



Universitetet
i Stavanger

Student: Lisabeth Oseland

**Søvnveiledning til spedbarnsforeldre – en kvalitativ
deskriptiv studie om helsesykepleieres erfaringer**

Masteravhandling 2022

Avhandlingen er innlevert som del av

«Mastergradstudiet i helsesykepleie»

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i helsesykepleie

01.06.2022

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
HELSESYKEPLEIE**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vårsemester 2022

FORFATTER:

Lisabeth Oseland

VEILEDER:

Thomas Westergren

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Søvnveiledning til spedbarnsforeldre – en kvalitativ deskriptiv studie om helsesykepleieres erfaringer

Engelsk tittel: Sleepguidance towards infant parents – a qualitative descriptive study on public health nurses' experiences

STIKKORD: Søvnveiledning; spedbarns søvn; helsesykepleier; støtte

Keywords: Sleepguidance; infant sleep; health nurse; support

ANTALL ORD:

Artikkelavhandling: 7660 i kappe + 4978 i artikkel (eksklusiv innholdsfortegnelse, referanseliste og vedlegg)

STAVANGER, 1. juni 2022

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på utdannelsen i Master i helsesykepleie. Det har vært en spennende, krevende, frustrerende og lærerik prosess, som har gitt meg verdifull kunnskap og erfaring. Både teoretisk kunnskap og kunnskap jeg har fått gjennom å lytte til deltakernes erfaringer. Å jobbe med kvalitativ metode har gitt meg verdifull lærdom om forskning som ikke kan erstattes av teori alene. Jeg håper min oppgave kan bidra som inspirasjon og ideer til videre forskning og fagutvikling innenfor temaet. På samme måte håper jeg studien bidrar som inspirasjon til at helsesykepleiere fortsetter med den gode jobben de gjør med å hjelpe og støtte foreldre som opplever vansker relatert til barnets søvn.

Jeg vil takke alle som har bidratt på sin måte. Jeg er svært takknemlig for alle deltakerne som sa ja til å delta i min studie, uten dere hadde ikke gjennomføring av masteroppgaven vært mulig. Takk til arbeidsgiver som har tilrettelagt for gjennomføring av studien i arbeidshverdagen. Jeg vil også rette en stor takk til min veileder Thomas Westergren for mange timer med konstruktiv veiledning og grundige tilbakemeldinger som har bidratt til å løfte oppgaven faglig, metodisk og strukturelt. Til slutt ønsker jeg å takke familie og venner som har bidratt med støtte og motiverende ord gjennom hele prosessen.

01.06.2022

Lisabeth Oseland

Innholdsfortegnelse

Del 1 – Kappe.....	1
Sammendrag	2
1.0 Introduksjon.....	3
1.1 Bakgrunn.....	3
1.2 Tidligere forskning på området	4
1.3 Hensikt med studien.....	5
1.4 Avhandlingens oppbygning	5
1.5 Helseesykepleiers kompetanse og ansvarsområde.....	5
2.0 Teoretisk rammeverk.....	7
2.1 Søvnssykluser, vaner og regulering	7
2.2 Transaksjonsmodellen	8
3.0 Design og metode	11
3.1 Metodevalg	11
3.1.1 Rekrutering.....	11
3.1.2 Datainnsamling.....	12
3.1.3 Transkribering av datamaterialet	13
3.1.4 Data analyse	13
3.2 Troverdighetskriterier	16
3.3 Forskningsetiske vurderinger	16
4.0 Resultater	18
4.1 Erfaringsbasert kunnskap danner veiledningsgrunnlaget.....	18
4.2 Forhandler og klargjør premisser.....	18
4.3 Må ta hensyn til barnets behov og situasjon	19
5.0 Diskusjon.....	20
5.1 Metodiske overveielser	23
5.2 Implikasjoner for praksis	24
6.0 Konklusjon	26
7.0 Referanser	27
Del 2 Artikkel.....	30 - 49

Vedlegg nr. 1 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg nr. 2 – Tiltrådning fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD)

Vedlegg nr. 3 – Intervjuguide

Vedlegg nr. 4 – Forfatterveiledning til Nordisk tidsskrift for helseforskning

Del 1 – Kappe

Sammendrag

Søvnveiledning til spedbarnsforeldre – en kvalitativ deskriptiv studie om helsesykepleiers erfaringer

Søvn er et viktig tema i helsesykepleiers arbeid ettersom det har stor betydning for barnets og foreldrenes fysiske og psykiske helse. Barns søvnregulering påvirkes av sammensatte faktorer, og er knyttet til samspill og andreregulering fra foreldrene. Hensikten med studien var å empirisk utforske helsesykepleieres erfaringer med veiledning til foreldre som har spedbarn (6- 12 måneder) med søvnvansker. Formålet med studien var å få innblikk i vurderinger og kriterier helsesykepleiere brukte for å gjøre seg kjent med foreldrenes situasjon og hvilke rammer som la grunnlag for videre råd og veiledning. Studiens forskningsdesign var kvalitativ deskriptiv metode med induktiv tilnærming. Det ble gjennomført semistrukturerte individuelle intervju med seks kvinnelige helsesykepleiere, som var valgt ut strategisk med tilgjengelighetsutvalg og snøballmetode. Intervjuene ble transkribert til totalt 74 siders datamateriale. Elo og Kyngäs (2008) sin innholdsanalyse ble benyttet i analyseprosessen. Analysen resulterte i tre hovedkategorier med navnene: «Erfaringsbasert kunnskap danner grunnlaget», «Forhandler og klargjør premisser» og «Må ta hensyn til barnets behov og situasjon». Helsesykepleierne var opptatt av å etablere en god relasjon til foreldrene og kartlegge familiens situasjon og behov, for å tilpasse søvnmetoden individuelt. Dermed ble veiledningen beskrevet som en forhandling om hva foreldrene kunne klare å gjennomføre og hva som burde gjennomføres. Studien viser at helsesykepleierne erfarer søvnveiledning til spedbarnsforeldre som en relasjonell forhandling og klargjøring av premiss, i en andreregulering av foreldrenes atferd som videre ville påvirke barnet. Denne transaksjonssekvensen måtte alltid ta utgangspunkt i helheten i familien og foreldrenes opplevelse.

1.0 Introduksjon

Søvn er et viktig tema i helsesykepleiers arbeid med å fremme barns helse og utvikling, samt med å bidra til at foreldre opplever mestring i foreldrerollen (Helsedirektoratet, 2022). Søvn har stor betydning for både barnets og foreldrenes fysiske og psykiske helse, og for familiefungeringen (Kempler et al., 2016; Lollies et al., 2022; Sadeh et al., 2010). Søvn er imidlertid svært komplekst og påvirkes av mange og sammensatte faktorer (Sadeh et al., 2010). Studien forsøker å utforske fenomenet søvnveiledning til spedbarnsforeldre og går i dybden av helsesykepleieres erfaringer.

1.1 Bakgrunn

Søvn angår alle, uansett alder, etnisitet og sosial bakgrunn. Det er et grunnleggende biologisk behov som har betydning for foreldre og barns fysiske og psykiske helse (Field, 2017; Hiscock & Fisher, 2015; Sadeh et al., 2010). Overgangen til foreldrerollen er assosiert med flere positive endringer, men også et mangfold av utfordringer, eksempelvis endring i søvnmønster og søvnmangel for foreldrene (Feeney et al., 2001). Mangel på søvn kan medføre en rekke konsekvenser for familien, eksempelvis problemer for relasjonen mellom barn og foreldre, - parforholdet eller for foreldrenes egen psykiske helse (Hiscock & Fisher, 2015; Kempler et al., 2016; Powell et al., 2018). Vet vi også at søvn har betydning for barnets fysiske, psykiske og sosiale utvikling (Mindell & Owens, 2010, s. 2). Dermed er bistand relatert til temaet er en vesentlig oppgave i primærhelsetjenestens forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2022, s. 72).

Som beskrevet i artikkelmanuskriptets introduksjon, er søvn hos barn en av de vanligste årsakene til at foreldre oppsøker hjelp. Vanskeligheter med å falle i søvn, søvnvarighet og søvnregulering er tema som går igjen (Field, 2017; Palmstierna et al., 2008).

Informasjonskildene om barns søvn spriker mellom det planmessig og det intuitive (se artikkelmanuskript). Nesten alle (98%) barn og familier følger helsestasjonsprogrammet (Statistisk sentralbyrå, 2021), hvilket setter helsesykepleier i kontakt med tilnærmet alle familier med råd og veiledning som er tilpasset deres behov og ønsker.

Søvn påvirkes av et komplekst samspill mellom flere faktorer, blant annet kultur, familie, spedbarnets temperament- og egenskaper og miljø (Sadeh et al., 2010). Foreldre har gjerne sterke meninger om hva som er gode søvnvaner for barnet (Refsdal, 2020). Refsdal (2020) understreker at det er helt opp til foreldrene og avgjøre når barnets søvnmønster blir et

problem. I motsetning til dette hevder Misvær og Svatun (2014, s. 99) at det er en fordel at fagfolk deler kunnskap og erfaringer om hva som kan føre til problemer senere, selv om ikke foreldrene opplever barnets søvn som et stort problem. Det kan dermed være en utfordring for helsesykepleier å vite når og hvordan hun eller han skal gi veiledning. På bakgrunn av dette vil det være hensiktsmessig å få mer kunnskap i helsesykepleiers perspektiv og hvilke faktorer som blir vektlagt i møte med foreldrene.

1.2 Tidligere forskning på området

For å få best mulig oversikt av tidligere forskning søkte jeg i databasene Cinahl, PubMed og British Nursing Index. Jeg brukte søkeordene “public health nurse” “community nurse”, “pediatric nurse”, “neonatal nurse” for å fange opp helsesykepleier. For å dekke spedbarn brukte jeg “infant”, “sleep”, “infant sleep”, “infant sleep problems”. For å få med veiledning brukte jeg “intervention”, “advice” “guidance”, “support”, “help”, “graduated extinction”. For å dekke foreldreperspektivet brukte jeg “parents”, “caregivers”, “mother”, “father”, “parent”, “perception” og “health”. De ble satt sammen til femten ulike søkekombinasjoner som ga varierende antall treff.

Mye tidligere forskning er redegjort i artikkelmanuskriptet. Utover dette viser tidligere forskning effektstørrelser av planmessige søvnintervensjoner, hvor majoriteten presenterer at det har positiv effekt (Gradisar et al., 2016; Hall et al., 2015; Mihelic et al., 2017; Tsai et al., 2022). Studier viser at planmessige metoder ofte har god effekt på blant annet barnets innsøvningsstid og antall nattlige oppvåkninger (Hall et al., 2015; Mihelic et al., 2017). Det finnes likevel også studier som viser at metoden ikke har effekt av betydning (Lassen & Bjørnfort, 2020).

Forskningen som jeg identifisert gjennom søk i databaser tok også for seg foreldreperspektivet. Tse og Hall (2008) sin studie undersøkte foreldres opplevelser og erfaringer med å delta i en søvnintervensjon, hvor resultatene viser at foreldrene blant annet opplevde å få et rammeverk for å takle barnets søvnproblem. Hsu et al. (2017) utforsket foreldres oppfatninger av spedbarns søvn. Her ble det avdekket at flere foreldre har lite kunnskap eller misoppfatninger av spedbarns søvn. Som beskrevet i artikkelmanuskriptet viste forskning også at foreldre kan oppleve stress med planmessige metoder (Loutzenhiser et al., 2014; Tse & Hall, 2008; Whittall et al., 2019, 2021). Studien til Črnčec et al. (2010) undersøkte imidlertid om planmessig søvnmetoder har negativ effekt på barnets emosjonelle

helse, atferd eller foreldre-barn tilknytningen. Resultatene viste at det ikke eksisterer nok empirisk støtte til å kunne si at metoden er skadelig. Ettersom enkelte foreldre likevel opplevde store utfordringer med metoden eller ikke var motiverte til å implementere den, ble det vurdert som hensiktsmessig og gjøre mer forskning omkring temaet søvnveiledning i et profesjonsperspektiv.

1.3 Hensikt med studien

Studiens hensikt er å empirisk utforske helsesykepleieres erfaringer med veiledning til foreldre som har spedbarn med søvnvansker, med følgende forskningsspørsmål: «Hvordan erfarer helsesykepleiere å gi søvnveiledning til foreldre med barn i alderen 6-12 måneder?» Det overordnede formålet med studien er å få innblikk i vurderinger og kriterier helsesykepleier bruker for å gjøre seg kjent med foreldrenes situasjon og hvilke rammer som legger grunnlag for videre råd og veiledning. Ved å ta utgangspunkt i helsesykepleiers perspektiv kan studien bidra til videre forskning og fagutvikling rundt temaet, hvilket kan føre til kvalitetsforbedring i tjenesten.

1.4 Avhandlingens oppbygning

Oppgaven består av kappe og artikkel. Kappen innledes med bakgrunn fra teori og presentasjon av tidligere forskning. Deretter presenteres oppgavens hensikt før studiens teoretiske rammeverk legges frem. Videre gis det en innføring i oppgavens metode, hvor det utdypes for metodevalg, design, utvalg, datainnsamling, analyse, troverdighetskriterier og forskningsetiske vurderinger. Påfølgende presenteres oppgavens resultater som videre diskuteres i lys av oppgavens teoretiske rammeverk og relevant bakgrunnskunnskap. Deretter diskuteres studiens styrker og svakheter. Kappen avsluttes med presentasjon av implikasjoner for praksis og studiens konklusjon. Siste del av avhandlingen er presentert i form av en vitenskapelig artikkel, basert på forfatterveiledningen til Nordisk Tidsskrift for Helseforskning (Vedlegg nr. 4). I artikkelmanuskriptet presenteres resultatene mer utførlig, og manuskriptet er skrevet slik at studien også kan leses uavhengig av kappen.

1.5 Helsesykepleiers kompetanse og ansvarsområde

Helsesykepleier har et sentralt ansvarsområde i å bidra til å opprettholde og forbedre helsen i befolkningen (Dahl, 2020, s. 43). Det overordnede målet i helsestasjonsarbeidet er å fremme fysisk, psykisk og sosial utvikling hos sped- og småbarn (Helsedirektoratet, 2022).

Helsefremming og forebygging er dermed hovedfokuset i helsesykepleiers mandat. Begrepet «empowerment» har fått en fremtredende rolle i det helsefremmende arbeidet (Dahl, 2020, s. 45). Målet er at helsesykepleierene skal bidra til at barn, unge og familier i lokalsamfunnet blir møtt ut fra sine individuelle behov og bli styrket slik at de mestrer utfordringer. Dahl et. al (2022) identifiserer ti kompetanseområder helsesykepleier har ansvar for, og blir definert som følgende; helsefremming og sykdomsforebygging, kompetanse innen barn og unges helse og utvikling, holistisk tenkning, kulturell- og etisk kompetanse, evidens basert praksis, kommunikasjonsferdigheter, relasjonell kompetanse, kompetanse innen tverrfaglig samarbeid, og organisatorisk kompetanse. Dette synliggjør en kompleks arbeidshverdag med flere fokusområder.

2.0 Teoretisk rammeverk

Teori om søvnfaser, -vaner og -regulering er nyttig for å belyse helsesykepleiers erfaringer med å gi søvnveiledning til spedbarnsforeldre (Mindell & Owens, 2010; Schmidt-Forth, 2005). Jeg vil derfor utdype hvilke faktorer som spiller inn og påvirker utviklingen av søvnvaner og søvnregulering. Søvn påvirker og påvirkes av samspillet mellom barn og foreldre (Sadeh et al., 2010). Arnold Sameroff (2009) sin transaksjonsmodell illustrerer at barns utvikling er et resultat av samspill mellom individ og kontekst over tid. For å belyse og forstå hvordan samspillet mellom helsesykepleier og foreldre videre kan påvirke samspillet mellom foreldre og barn, som kan få betydning for spedbarnets søvn, vil jeg presentere og bruke Sameroffs transaksjonsmodell i dette arbeidet.

2.1 Søvnssykluser, vaner og regulering

Atferdsfaktorer påvirker barns søvnregulering i de ulike søvnssykluserne, herunder kan foreldres atferd være av betydning (Sadeh et al., 2010). Søvnssykluser består av lett søvn med stadium 1 og 2, dyp søvn også kalt stadium 3 og REM søvn (Rapid Eye Movement) (Mindell & Owens, 2010, s. 3). Søvnssyklusen starter i lett søvn og går deretter over i en dyp søvnfase som avløses av REM søvn, etter hvert går det over i en lett søvnfase igjen. En natt består av flere søvnssykluser som består av alle søvnssyklusene. Søvnssyklusen endres gradvis frem mot fireårsalder. I de første levemånedene har barnet en kortere søvnssyklus på ca. 50 minutt, hvor de lette søvnssyklusene er av lengre varighet og barnet befinner seg mer i REM-søvn (Schmidt-Forth, 2005, s. 12). Under REM-søvn får spedbarn ofte rykninger, skjærer grimaser, lager smattelyder eller har raske øyebevegelser (Wilhelmsen-Langeland, 2020, s. 30). Foreldre tolker gjerne dette som signal på sult, engstelse eller ubehag, hvilket gjør at foreldre ofte i beste mening begynner å berøre eller tar opp barnet, slik at det vekkes opp fra sin aktive søvnssyklus (Mindell & Owens, 2010, s. 14).

Helt i starten er barn ofte avhengige av foreldrenes stimuli for å finne søvnssyklusen fordi de ikke har utviklet selvreguleringsevnen. Det tar minst tre måneder, vanligvis seks måneder før et barn får en noenlunde regelmessig dag- og nattrytme med tilnærmet faste soveperioder (Schmidt-Forth, 2005, s. 10). Biologisk, fysiologisk og individuell utvikling vil påvirke barnets sovehjerte og søvnssyklus (Sørensen, 2009). Temperament, kroppstemperatur, og utskillelse av hormonet melatonin som har en beroligende og søvnssyklusende effekt er eksempler på dette. Det fremheves imidlertid at miljø- og atferds faktorer også spiller en fremtredende rolle (Mindell & Owens, 2010, s. 13). Grova (2007) hevder at søvnproblemer kan være et uttrykk

for at det er etablert et uheldig vanemønster hvor foreldrene har overtatt for mye av barnets søvnregulering. Dette kan være atferd som inkluderer byssing, bæring, amming eller annet stimuli. Når barnet våkner forventer det foreldrenes stimuli for at det skal sove igjen (Hiscock, 2010). Hvordan foreldrene reagerer på barnets uttrykk når det beveger seg inn og ut av de ulike søvnfasene kan på den måten få betydning for barnets evne til å regulere søvnen og etablere søvnvaner etterhvert som det blir eldre (Sørensen, 2009). Det vil påvirke barnets kapasitet til å selv regulere overgangen fra innsovning, lett søvn eller normale oppvåkninger gjennom natten (Mindell & Owens, 2010, s. 15). Det er derfor av betydning at foreldre kjenner til signaler barnet sender ut i de ulike søvnfasene, for å unngå forstyrrelser i overgangene.

2.2 Transaksjonsmodellen

Transaksjonsmodellen legger vekt på at utviklingsmessige utfall ikke skyldes individfaktorer alene, men derimot en kontinuerlig vekselvirkning av påvirkning mellom barn og omsorgsperson over tid (Sameroff, 2009, s. 4). Modellen anses som en dominerende teori i dagens utviklingspsykologi. Samspillet mellom individ og miljø beskrives som utvekslinger i form av transaksjoner. Utviklingsprosessen forstås således som en transaksjonsmodell hvor det hele tiden skjer en påvirkning der begge er avhengige av hverandre. Modellen synliggjør på den måten kompleksiteten som ligger i samspillet mellom individ og miljø. Den er en enhetlig teori om utvikling som integrerer personlig endring, kontekst og regulering (Sameroff, 2010). Det vil si at i tillegg til arv og miljø vil individets utvikling også være et resultat av en større helhet bestående flere dynamiske prosesser med påvirkning fra eksempelvis sosiale interaksjoner, egne følelser og erfaringer.

Sameroff legger frem hvordan spørsmålet om «nature-nurture» oppstår når barnet har et problem:

«Who is responsible? » Most parents´ first response is to blame the child and most professionals´ first response is to blame the parents. However, most scientists know that it is both. It is both child and parent, but it is also neurons and neighborhoods, synapses and schools, proteins and peers, and genes and governments» (Sameroff, 2010).

Det er altså en rekke aktører og arenaer som er delaktig i barnets utvikling, disse betegnes

som miljøet, eksempelvis foreldre, barnehage og nabolag. Individets gener, personlighet, erfaringer og kunnskap i møte med miljøet, påvirker direkte og indirekte (Sameroff & Mackenzie, 2003, s. 41). Miljø involverer alt som omgir individet. Det er ikke bare det fysiske rundt, men også det menneskeskapte miljøet, herunder familie og hjem, samt kulturelle sosialiseringsmønstre (Sameroff, 2009, s. 14). Sameroff refererer til Bronfenbrennes (1979) utviklingsøkologiske modell når han beskriver hvordan miljøet fungerer som et organisatorisk rammeverk som får innflytelse gjennom ulike nivå hvor systemene er delt inn i ulike nivå fra innerst til ytterst; Mikro, meso, ekso og makro (Bronfenbrenner, 1979). Mikrosystemet representerer miljøet barnet har direkte kontakt med. Mesosystemet handler om forholdet mellom to miljø som barnet deltar aktivt i, eksempelvis forbindelsen mellom barnehagen og hjemmet. Eksosystemet er steder hvor barnet sjelden eller aldri er til stede, som foreldrenes arbeidsplass. Makrosystemet betegner kulturelle normer og verdssystem. Disse faktorene påvirker individet samtidig som individet påvirker dem og det skjer en gjensidig avhengig utvikling.

Adferd og utvikling generelt kan ikke skilles fra den sosiale konteksten (Sameroff, 2010). Den samme adferden kan forstås ulikt basert på hvilken kultur den forstås. Det kan dermed forstås som at adferd bli begrenset ut fra hvordan ulike kulturer verdsetter ulik atferd (Sameroff, 2012). Et eksempel på dette er hvordan amerikanere ofte ser på det som mer normalt å starte en samtale med fremmede, enn vi nordmenn gjør. Selv om miljøet defineres bredt, understrekes det at det sosiale miljøet, altså de mellom menneskelige relasjonene er av størst betydning. For at det skal skje utvikling eller endring må det imidlertid oppstå noe nytt i transaksjonssekvensen, hvor den enes reaksjon avhenger av den andres atferd (Sameroff, 2009, s. 8). Når foreldre eksempelvis er neglisjerende ovenfor barnet vil ingen transaksjon skje. Gjensidighet er et bærende premiss, modellen legger imidlertid vekt på at graden av gjensidighet også reguleres av de involverte partenes alder, funksjonsnivå og sosiale posisjon. I relasjonen mellom en voksen og et barn regnes den voksne som mer ansvarlig for relasjonens utforming. Den voksne må i prinsippet ta ansvar for hvordan han forholder seg til barnets væremåter, altså hvordan den voksne «lar» barnet forandre han (Sameroff, 2009, s. 18). Denne asymmetriske makten må tas i betraktning når man ser etter transaksjonseffekter.

Sameroff (2009) presenterer eksempler på forskning hvor transaksjonelle prosesser i det kognitive og sosio-emosjonelle nivå påvirker barnets eller omsorgspersoners utvikling i både positiv og negativ retning. Skolen kan, på samme måte som foreldrene bli en arena som

fremmer barns utvikling, samtidig kan den også bli en arena som forsterker barns sårbarhet (Sameroff, 2009, s. 18). Det blir fremhevet hvordan barnets biologiske og fysiologiske egenskaper påvirker sårbarhet og hvordan de håndterer eventuelle risikofaktorer (Sameroff, 2010, s. 17). Barnet vil gjennom personlighet, temperament og aktivitet påvirke foreldrenes måte å respondere og oppdra dem på, hvilket igjen vil virke inn på barnets responsrepertoar (Sameroff, 2009, s. 10). Hvis et barn med positive psykologiske og biologiske egenskaper vokser opp i et miljø preget av ulike risikofaktorer vil det være høyere sannsynlighet for at det får en mer uheldig utvikling (Kvelling, 2015; Sameroff, 2009, s. 16). Herunder har foreldres psykiske helse, sosioøkonomiske status, personlighet og andre egenskaper betydning. Sosiale, økonomiske og praktiske forhold er betydningsfulle for at omsorgspersonene skal ha kapasitet og motivasjon til å gi oppmerksomhet til barna og etablere situasjoner som gjør det mulig å ha et godt samspill (Rye, 2002, s. 89).

Sameroffs teori (2010) omhandler også regulering. Barn er født med liten evne til å regulere stressende eller utfordrende hendelser, de er helt avhengig av omsorgspersonen for trygghet og regulering av fysiologiske funksjoner og følelsesmessige tilstander (Mackenzie & McDonough, 2009, s. 9). Å imøtekomme barnets signal og behov blir fremhevet som en av de mest sentrale omsorgsfunksjonene. Her skjer det en transaksjonsprosess hvor foreldrene reagerer på barnets atferd og handler deretter. Dette blir betegnet som andreregulering (Sameroff, 2010). Etter hvert som barnet blir eldre, blir det mer i stand til selvregulering. Balansen mellom andreregulering og selvregulering er imidlertid sterkt påvirket av erfaring med regulering gitt av foreldrene. Evnen til selvregulering oppstår gjennom andres handlinger (Sameroff, 2010). Foreldrene må tilpasse seg spedbarnets nye fysiske, kognitive og emosjonelle kapasiteter. Spedbarnet trenger en kontinuerlig følelse av stabilitet og trygghet som er tilpasset deres behov. Dette vil over tid være viktig for optimal utvikling og fremvekst av en iboende individuell regulatorisk kapasitet (Sameroff, 2010).

3.0 Design og metode

Denne studien er basert på kvalitativ deskriptiv metode (Silverman, 2014), med et induktivt utgangspunkt, for å forstå og fortolke deltakernes erfaringer av søvnveiledning (Elo & Kyngäs, 2008; Thagaard, 2018, s. 11). Studien ble designet med individuelle semistrukturerte intervju med helsesykepleiere, som ifølge Kvale og Brinkman (2015, s. 20) egner seg til å fange deltakernes opplevelser og erfaringer.

3.1 Metodevalg

3.1.1 Rekruttering

I rekrutteringsprosessen benyttet jeg strategisk utvalg, som er basert på å systematisk velge personer som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54). Jeg hadde behov for å rekruttere helsesykepleiere med erfaring fra helsestasjon for barn på 0-5 år. Søvn er et tema som angår alle foreldre, det var derfor grunn til å tro at helsesykepleiere på helsestasjoner hadde refleksjoner rundt temaet. Jeg stilte ikke strenge krav til verken alder eller antall års erfaring i jobb på helsestasjon, men det var ønskelig at informantene hadde minst 1 års erfaring. Det essensielle i utvelgelsen var at de som ble rekruttert kunne bidra med betydningsrike data som jeg kunne gå i dybden med (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148; Thagaard, 2018, s. 55).

Jeg henvendte meg til helsestasjonsvirksomheter i fire ulike kommuner, og tok kontakt med lederne. Jeg tok imidlertid ikke kontakt med det distriktet hvor jeg jobber. Lederne fikk tilsendt et informasjonsskriv som jeg ba dem videresende til de ansatte med helsesykepleierutdanning. På denne måten fikk potensielle deltakere kontaktinformasjonen min, slik at de selv kunne vurdere om de ønsket å delta, og deretter ta kontakt. Dette kalles tilgjengelighetsutvalg (Marshall & Rossman, 2016, s. 116–115). Med hensyn til oppgavens omfang ville et antall på mellom 5-7 deltakere, være realistisk for å kunne gjennomføre en grundig tolkning. De tre første deltakerne meldte seg ved å kontakte meg. Det viste seg imidlertid å være utfordrende å rekruttere nok deltakere. Jeg sendte ut «purring» på e-post, og etter noen uker og fikk jeg rekruttert en til deltaker. Når jeg heller ikke kom i mål med dette benyttet jeg «snøballmetode» for å finne flere deltakere. Jeg sendte ut e-post til deltakere som hadde meldt interesse og spurte om de hadde kjennskap til potensielle deltakere. Jeg fikk kontaktinformasjon til helsesykepleiere de tenkte kunne ha interesse av å delta. Dermed sendte jeg mail direkte til tre nye helsesykepleiere, hvor to av de sa at de ønsket og delta. Jeg rekrutterte totalt seks kvinnelige deltakere.

3.1.2 Datainnsamling

Det ble på forhånd utarbeidet en intervjuguide slik at intervjuet holdt en rød tråd, samtidig som det var rom for fleksibilitet. Etter utarbeidelsen av intervjuguiden gjennomførte jeg et prøveintervju med en bekjent, for og være forberedt til selve gjennomføringen av intervjuet. Jeg startet med å stille fakta-relaterte spørsmål om erfaring, nåværende stilling og om de hadde annen relevant utdanning. Intervjuguidens substansstema ble bygget opp med hensyn til oppgavens problemstilling, hensikt og målsetning. Det ble tatt høyde for å stille åpne og enkle spørsmål som ikke styrte dem i en bestemt retning, men derimot oppfordret dem til å presentere sine synspunkt og erfaringer. Jeg innledet med spørsmål om hvordan de opplevde å gi søvnveiledning til spedbarnsforeldre. Videre spurte jeg spørsmål om hvordan de gikk frem for å ta opp temaet, og hvordan de kartla hva foreldrene opplevde som problematisk. Deretter ble det stilt spørsmål om hva som dannet grunnlaget for søvnveiledningen, og hva metoden de veiledet i gikk ut på. Påfølgende ble det stilt spørsmål om deres tanker om mottakelse og utfordringer med å gi veiledning. Det ble også utarbeidet en liste med oppfølgingsspørsmål som kunne stimulere dem til å utdype og reflektere mer rundt sine erfaringer. Dette var betydningsfullt ettersom jeg var ute etter induktive data om opplevelser og erfaringer (Elo et al., 2014). Avslutningsvis åpnet jeg for at deltakerne kunne komme med ekstra kommentarer og gjentok hvordan lydopptaket skulle oppbevares.

Jeg informerte deltakerne på forhånd om at jeg var ute etter deres erfaringer, opplevelser og tanker, slik at de ikke trengte å forberede seg til intervjuet. Alle intervjuene tok sted på deltakernes arbeidsplass og tidspunkt ble avtalt etter deltakers premisser og ønsker. Dette var for at det skulle være minst mulig merarbeid med deltakelsen. Jeg forsøkte å tilstrebe en vennlig tone i dialogen hvor jeg ga bekræftende tilbakemeldinger, anerkjennende blikk og gester, for å oppnå en felles trygghet og forståelse, slik at de skulle oppleve tillit, gjensidig respekt og likeverd i intervjusituasjonen. Dette blir beskrevet som betydningsfullt for å optimalisere muligheten til å rekonstruere deltakernes erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160; Thagaard, 2018, s. 41; Aadland, 2011, s. 266). Jeg opplevde en lett og god tone i samtlige av intervjuene hvor deltakerne fortalte fritt og utfyllende om sine erfaringer.

Under intervjuet benyttet jeg appen «Nettskjema-diktafon» (Universitetet i Oslo, 2021). Appen sørget for at lydopptakene ble oppbevart i tråd med personvernlovgivningen og gjeldende avtaler mellom nettskjema og Universitetet i Stavanger. Opptaket ble umiddelbart

kryptert på telefonen slik at det ikke kunne avspilles direkte fra den. Derfra ble opptaket lastet opp til Nettskjema sin server, hvor det ble tilgjengelig via pålogging og to-faktoridentifisering.

3.1.3 Transkribering av datamaterialet

I transkriberingsprosessen oversatte jeg tale til skriftlig tekst for å gjøre datamateriale mer oversiktlig og strukturert (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206). Jeg benyttet kun lydopptak i selve intervjuet slik at jeg kunne konsentrere meg om intervjuets formål og dynamikk uten å bli avbrutt av å notere underveis. Når jeg hadde gjennomført intervjuene skrev jeg opp stikkord om inntrykket av det enkelte intervjuet og hva som ble mest vektlagt, dette hjalp meg videre i analysearbeidet.

Jeg gjennomførte alle intervjuene før jeg startet transkriberingsprosessen. Jeg lyttet til hvert enkelt lydopptak og skrev det direkte inn i et word-dokument, ord for ord, for å holde transkriberingen så virkelighetsnær som mulig. Intervjuene varte fra 41 til 60 minutt. Gester som sukk og pauser ble ikke registrert. Prosessen resulterte i et datamateriale på 74 sider med 35 434 ord. Etter hvert som intervjuene ble transkribert, ble opptakene slettet umiddelbart. For å ivareta informantenes anonymitet, ble deltakerne markert som «D» for deltaker, og meg som «I» for intervjuer. Intervjuene ble nummerert fra en til seks. Jeg transkriberte dialekter og språkforskjeller over til bokmål, og ekskluderte informasjon om arbeidsplass, for å ivareta informantenes anonymitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 214)

3.1.4 Data analyse

Intervjuene ble transkribert, og dette ble utgangspunktet for analysen. Det transkriberte materialet ble analysert med innholdsanalyse etter Satu Elo og Helvi Kyngäs (2008) sin metode. Det finnes ingen objektiv tolkning av menneskelig ytringer, men det finnes ulike analysemetoder som er egnede verktøy i tolkningen av datamaterialet (Pope et al., 2000; Saldaña, 2016, s. 3). Innholdsanalysen bestod av dekontekstualisering og rekontekstualing med tre faser hvor innholdet ble lest, og organisert i koder og kategorier. Målet med innholdsanalysen var å konkretisere funnene i kategorier, ergo å skape en rekonstruksjon av deltakernes erfaringer, for å gi innsikt om hva som var resultatene (Elo & Kyngäs, 2008).

Transkripsjonen ble gjennomlest flere ganger for å få kjennskap til materialet. Dette var første

trinn i innholdsanalysen (Elo & Kyngäs, 2008). Jeg tok korte notater og dannet meg et overblikk av umiddelbare mønstre og meningsinnhold. Andre trinn i innholdsanalysen var å kode materialet til meningsbærende koder (Elo & Kyngäs, 2008). Studien har en induktiv tilnærming, dermed ble kodene bestemt av det som kom frem i intervjuene (Saldaña, 2016, s. 105). Det vil si at kodene ble dannet av forkortelser nært det deltakerne sa som samtidig fanget meningsinnholdet. Jeg gikk gjennom hvert intervju trinnvis og kodet hele materialet i programvaren Nvivo, som gjorde kodingen systematisk og oversiktlig. Innholdet ble en mer håndterbar mengde hvilket hjalp i prosessen med og bli kjent med deltakernes opplevelser og erfaringer. På den måten identifiserte jeg fremtredende temaer og mønstre som ikke var umiddelbart innlysende (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 227).

Jeg lagde først 230 koder. Kodingen gjorde det imidlertid mulig å navigere frem og tilbake i teksten, slik at jeg identifiserte likheter og variasjoner i kodene. Noen av kodene ble dermed slått sammen eller endret på. Deretter gikk jeg videre til trinn tre i analyseprosessen, hvor jeg organiserte kodene i kategorier. I denne prosessen gikk jeg gjennom kodene flere ganger slik at de fanget meninger som var gyldige for hele datasettet. Jeg satte etter hvert kodene og subkategoriene inn i et tekstdokument som tydeliggjorde flere sammenhenger, slik ble det etablert hovedkategorier hvor jeg plasserte sub-kategoriene. Analyse er ikke en lineær prosess, jeg beveget meg derfor frem og tilbake mellom de ulike fasene og kontrollerte at kategoriene kunne svare på problemstillingen, og hadde støtte i det deltakerne fortalte. Til slutt hadde jeg organisert materialet i ti sub-kategorier og tre hovedkategorier. Tabell 1 viser eksempel på utdrag av organiseringen:

Tabell 1: Eksempel på sammenheng mellom transkribert råmateriale fra intervjuene, koder, subkategorier og hovedkategori fra innholdsanalysen i studien.

Råmateriale	Kode	Sub-kategori	Hovedkategori
...Det må være et friskt barn som har det fint. Det er kjempeviktig at barnet ikke er sykt. (D3)	Sykdom må alltid utelukkes	Kartlegger barnets situasjon og behov	Må ta hensyn til barnets behov og situasjon
For noen barn kan det jo gå helt naturlig at de lærer seg å sovne selv før de er 6 måneder, men jeg hører også litt om hvordan barnet er. Noen trenger kanskje å bli bysset til er rundt 5-6 måneder. (D6)	Hører litt om hvordan barnet er i forhold til å sovne selv		
Det går på å lære nye vaner. Når barnet sovner med brystet og foreldrene forsøker å legge barnet ned, så våkner han igjen, altså da sier han jo «jamen hallo, jeg vil jo ikke ligge her, jeg vil jo ligge på brystet det var jo der jeg sov». Det er liksom litt av tanken der, det der med å lære barnet å sovne selv. (D1)	Å lære barnet nye vaner	Veileder og snakker om å etablere gode søvnrutiner	
Så sier jeg også at de kan øve litt i det små på at barnet kan finne søvnen selv, at barnet ligger i sengen og ikke får veldig mye stimuli, men at foreldrene er der og trygger barnet... (D5)	Gradert støtte for å forebygge søvnevansker		
snakker litt om sånn søvnfaser med lett og dyp søvn, og sånn hvis de klarer å sovne av seg selv igjen i en lett fase uten at du går inn, så er det bra for dem. Da vil de lære seg å sovne videre igjen. (D2)	Snakker om søvnfaser, slik at barnet lærer å sovne igjen selv		
Da tenker jeg at det å støtte barnet i å sove selv, å normalisere at barn kan være litt urolige når de skal sovne. Å stå sammen med barnet i det, ikke gi for mye stimuli... (D5)	Å stå sammen med barnet i gråten	Barnet skal oppleve trygghet og da må foreldrene være trygge	
... Da sier jeg også at det skal være trygt, barnet skal kjenne seg helt trygt, men det skal være kjedelig. Det er ingenting annet som skjer enn soving. Ikke leking, ikke spising, ingenting. (D2)	Det skal være trygt, men kjedelig		
Så det å trygge foreldrene på at det går helt greit, barnet vil jo ofte «herme» etter foreldrenes oppførsel. Så hvis barnet ser at foreldrene er rolige, sitter eller ligger og slapper av, så vil gjerne barnet etter hvert også bli trygg og kjenne at det er kjedelig og da bare legge seg ned i sengen sin. (D6)	Når foreldrene er rolige og trygge, kan barnet også lettere bli det		
Men det er jo noen som ikke klarer å stå i det. Jeg tenker ofte på litt sånn "hai-musikk" med grining, at foreldrene ikke tåler det ikke, klarer ikke å stå i det fordi det skjer noe med dem som foreldre. (D4)	Snakker om hva barnets gråt gjør med foreldrene		

Forkortelser: D; deltagernummer

3.2 Troverdighetskriterier

Som forsker i eget felt, hvor empiriske data samles inn, finnes det en viss sannsynlighet for å ikke være saklig og refleksiv nok. Et forsøk på å redusere denne sannsynligheten var å ikke rekruttere deltakere fra eget distrikt. Egen bevissthet, ideer og erfaring også vil være av betydning i kunnskapsutvikling (Aadland, 2011, s. 264). Ettersom jeg jobber på helsestasjon, og selv har gjort meg erfaringer og oppfatninger av hvordan det er å gi søvnveiledning, tilstrebet jeg så godt som mulig å være bevisst på dette i både intervjusituasjonen og analyseprosessen. Intervjuguiden bestod av åpne spørsmål for å unngå å legge føringer for svaret. Under intervjuene opplevde jeg det imidlertid som utfordrende å legge bort rollen som helsesykepleier når vi kom inn på tema som engasjerer meg eller som jeg har erfaring med. Jeg tok meg selv i å stille noen ledende spørsmål når jeg trodde jeg forstod hva deltakeren mente, eller at jeg sa et ord jeg trodde de lette etter når deltakeren kanskje bare reflekterte stille. Jeg er usikker på hvordan mitt engasjement påvirket deltakernes utsagn, men jeg tror at jeg jevnt over klarte å håndtere balansen mellom helsesykepleier og intervjuer godt nok.

Litteraturen fremhever at bruk av autentiske utsagn fra deltakere, samt tydeliggjøring av hvordan kategoriene ble dannet vil styrke troverdigheten (Elo et al., 2014; Elo & Kyngäs, 2008). Jeg har forsøkt å ha et kritisk blikk på ivaretagelse av troverdighet og kvalitet gjennom hele studien. Datainnsamling og analyse er presentert med en klar fremstilling, for å vise hvordan dataene er håndtert og vurdert. Jeg har fått god veiledning av min masterveileder Thomas Westergren gjennom hele prosessen. Han har stilt spørsmål om mine tolkninger og hvorfor disse er relevante. Dette har vært til god hjelp for refleksjon i analysearbeidet, slik at jeg regelmessig fikk sjekket egen oppfatning av utsagnene. Jeg har også gått gjennom materialet flere ganger for å sikre at det i størst mulig grad representerte det deltakerne faktisk ytret. Likevel må jeg ta høyde for at det er noen mangelfulle moment.

3.3 Forskningsetiske vurderinger

Intervjuene involverte persondata, deriblant stemmer på lydfiler som måtte behandles konfidensielt. Dermed hadde jeg meldeplikt til Norsk Senter for forskningsdata (NSD), hvor prosjektet måtte godkjennes før jeg kunne starte min forskning. Prosjektet ble sendt inn til godkjenning i september 2021. Både intervjuguide, informasjonsskriv til deltakerne og samtykkeskjema ble vedlagt. Tilrådingen kom kort tid etter (Meldeskjema 277282, vedlegg nr. 2). For og ivareta etikk var det sentralt å sikre at deltakelsen i studien var frivillig og basert

på informert samtykke (Thagaard, 2018, s. 22). Herunder sørget jeg for at de som ble rekruttert var informert om alle faktorer rundt studien og de måtte eksplisitt bekrefte at informasjonen var forstått og at deltakelsen var frivillig (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2021; Helseforskningsloven, 2009, §13). Jeg innhentet derfor dokumentasjon på samtykke i form av en signert avtale, hvor jeg brukte NSDs mal til samtykkeskjema tilpasset min studie. Hvis noen av deltakerne imidlertid skulle oppleve deltakelsen som mer belastende enn forespeilet, eller av øvrige grunner ikke ønsket å delta likevel, var jeg tydelig på at de hadde mulighet til å avbryte deltakelse i studien underveis (Helseforskningsloven, 2009, §16).

For å ivareta personvern og anonymitet ble lydfilene oppbevart i tråd med personvernlovgivningen og gjeldende avtaler mellom nettskjema og Universitetet i Stavanger. Jeg opplyste deltakerne om hvor lenge lydfilene skulle lages før de ble destruert. Deltakerne ble også anonymisert i transkriberingsprosessen. Konsekvensen av å delta i studien ble vurdert som liten. Dette fordi det var liten sannsynlighet for gjenkjenning eller andre sensitive opplysninger. Det ble imidlertid tatt i betraktning at deltakerne kunne sitte igjen med en subjektiv opplevelse av deltakelsen. Deres opplevelse av hvordan uttalelsene ble fremstilt i resultat eller diskusjon kunne eksempelvis være av betydning. Etter intervjuet spurte jeg derfor deltakerne om hvordan de syntes det var å bli intervjuet, og hvilke tanker de hadde om mitt videre arbeid. Samtlige deltakere anså det som verdifullt og få muligheten til å reflektere over egen yrkesutøvelse og kompetanse innenfor temaet søvnveiledning. De hadde ingen tanker om at det var utsagn fra intervjuet som ikke kunne tas med i presentasjon av resultater.

4.0 Resultater

Analysen resulterte i tre hovedkategorier og ti subkategorier som beskriver studiens resultat. Kategoriene er presentert i tabell 2 i artikkelen, men resultatene er sortert under de tre hovedkategoriene er kort oppsummert nedenfor.

4.1 Erfaringsbasert kunnskap danner grunnlaget

Deltakerne ga uttrykk for at de følte seg trygge på veiledningen og erfarte at den var nyttig. Erfaringsbasert kunnskap var det som dannet størst del av kunnskapsgrunnlaget, teori og forskning ble brukt som bekreftelse. Deltakerne hadde ikke oppdateringsrutine eller retningslinjer på sin arbeidsplass. Det ble derfor beskrevet som litt tilfeldig hvordan de tilegnet seg ny kunnskap, slik at veiledningen ble personavhengig til en viss grad.

4.2 Forhandler og klargjør premisser

Deltakerne beskrev veiledningen som en trinnvis prosess hvor de la vekt på å først etablere en god relasjon til foreldrene, som måtte bevares gjennom hele prosessen. Deretter kartla de foreldrenes opplevelse og behov, og lot dem definere problemet og målet selv. Deltakerne erfarte at foreldrenes motivasjon var avgjørende for om veiledningen var meningsfylt. Deltakerne hadde ikke noen systematisk måte de kartla motivasjonen, men stilte spørsmål som fikk frem hvor motivert og klar foreldrene var for å gjøre en endring (se artikkelmanuskript). Hvis foreldrene ikke virket motivert, brukte deltakere virkemidler for å skape motivasjon.

Deltakerne ga veiledning i en søvnmetode mellom planmessig og intuitivt, men var tydelige på at metoden alltid måtte tilpasses individuelt ut fra helheten rundt barnet og familien, fordi dette hadde betydning for hva de ville klare å stå i. For å muliggjøre en endring, var det enkelte premisser hos foreldrene som måtte klargjøres og etableres (se artikkelmanuskript). For å hjelpe foreldrene til å stå i endringen utfordret deltakerne foreldrene på å bruke ressursene rundt seg, og lage en strategi. Veiledningen var ikke alltid vellykket. Dette kunne ha ulike årsaker, men noen ganger hadde de ikke forklaring på hvorfor de ikke kom i mål. Når de ikke kom i mål var deltakerne opptatt av å vise forståelse for dette og legge til rette for at foreldrene kunne forsøke igjen når de var klar. Selv om veiledningen ikke skapte en endring der og da, ble det beskrevet at den likevel kunne hjelpe foreldrene på veien.

4.3 Må ta hensyn til barnets behov og situasjon

Samtlige deltakere dannet først et bilde av helheten rundt barnets situasjon, deretter kartla de søvnen. I gjennomføringen av søvntreningsmetoden var det viktig at barnets behov og situasjon ble tatt hensyn til. Deltakerne ga veiledning som skulle bidra til at foreldrene fikk økt forståelse for barnets signal og behov. Herunder var gradert støtte et viktig prinsipp for å at barnet skulle få gode søvnvaner (se artikkelmanuskript). Det var helt nødvendig at barnet skulle oppleve metoden som trygg. Foreldrene skulle skape en trygghet ved å være til stede, men ikke gi barnet stimuli. For å oppnå dette måtte foreldre og barn ha en trygg relasjon i utgangspunktet og foreldrene være trygge i gjennomføringen av metoden. De skulle fremstå rolige og forutsigbare slik at barnet også ble det. På bakgrunn av dette var deltakerne opptatt av å skape en refleksjon med foreldrene om hvordan og hvorfor de reagerte som de gjorde. De beskrev opplevelser med at foreldrenes egen barndom og bagasje påvirket dette.

5.0 Diskusjon

Studiens hovedresultater viste at erfaringsbasert kunnskap var det som dannet veiledningsgrunnlaget. Helsesykepleierne erfarte søvnveiledning som en forhandling og klargjøring av premiss med utgangspunkt i foreldres og barnets situasjon. Deltakerne hjalp foreldrene til å få økt forståelse for barnets signal og behov. I dette kapittelet vil disse funnene bli drøftet i forhold til teoretiske rammeverk, eventuell bakgrunnsteori og hva det kan bety for helsesykepleiepraksis. De nevnte resultatene utgjør utgangspunktet for drøftingen. Hensikten er å løfte frem resultatene og undersøke deltakernes erfaringer i lys av teori.

Erfaringsbasert kunnskap er grunnlaget for veiledningen

Deltakerne følte seg trygge på veiledningen de ga ut fra erfaring, de beskrev at teori, kurs, forskning og faglig veiledning ble innvevd i det de selv hadde erfart. Opplevelsen helsesykepleierne hadde med at erfaring dannet et viktig grunnlag for veiledningen understøttes av Sameroff (2009, s. 9; Sameroff & Mackenzie, 2003) fordi han beskriver at det sosiale miljøet, altså de mellommenneskelige møtene er av størst betydning i transaksjonssekvensen. Som diskutert i artikkelmanuskriptet, kan helsesykepleiers søvnveiledning forstås som en erfaringstransaksjon fordi den er drevet fremover av den pågående, gjensidige påvirkningen som finner sted i møtene med ulike foreldre som opplever søvnvanskene på ulike måter. Dette krever en stadig tilpasning, hvilket medfører utvikling av ny kompetanse og kunnskap.

Relasjonell forhandling og klargjøring av premiss

Å etablere en god relasjon ble beskrevet som et bærende premiss gjennom hele veiledningsprosessen. I relasjonen mellom helsesykepleier og foreldre er det en viss asymmetri. Helsesykepleier står i en høyere sosial posisjon, hvor hun er i «veilederrollen». Ifølge Sameroff (2009, s. 18) er dette viktig å ta hensyn til når man ser etter transaksjonseffekter. På samme måte fremhever Størksen et al. (2022) at dersom det oppstår brudd i relasjonen, «alliansen» mellom helsesykepleier og foreldre, er det helsesykepleier som må ta ansvar for å reparere. Den voksne regnes som mer ansvarlig for utformingen av relasjonen mellom foreldre – barn (Sameroff, 2009, s. 18). Det kan dermed forstås som at helsesykepleier er mer ansvarlig for å utforme en god relasjon til foreldrene fordi hun står i en høyere sosial posisjon.

Deltakerne la vekt på å kartlegge foreldrenes opplevelse og behov relatert til barnets søvn.

Med bakgrunn i Sameroffs teori (2012) vil toleransegrensen for hva slags atferd som oppleves som problematisk variere ut ifra kulturelle tradisjoner og sosialiseringmønstre. I mange kulturer er det eksempelvis flere som ønsker å samsove i flere år, noe som er mindre vanlig i vestlig kultur (Sadeh et al., 2010). Refsdal (2020) understreker at foreldrene selv må definere om barnets søvn er et problem. På samme måte viste empiriske utsagn i studien at deltakerne lot det være opp til foreldrene å definere om det var et problem, og erfarte at deres motivasjon for å gjøre en endring var avgjørende (se diskusjon i artikkelmanuskript). En transaksjonssekvens finner sted når den enes reaksjon er et resultat av den andres atferd (Sameroff, 2009, s. 8). For å muliggjør transaksjonssekvensen må helsesykepleier dermed tilpasse søvnmetoden til noe foreldrene synes er greit. Hvis foreldrene bare sitter som passive mottakere av hva helsesykepleier formidler vil ingen transaksjonssekvens skje. I likhet med dette erfarte helsesykepleierne at de ikke kunne gi ut en standard oppskrift med råd hvis veiledningen skulle bli vellykket.

For å muliggjøre bedring i barnets søvn erfarte deltakere at utgangspunktet måtte være en fast rutine og at foreldrene skulle gi minst mulig stimuli. Schmidt-Fort (2005, s. 26) presenterer at gode leggerutiner, med faste ritualer er effektivt for å få barnet til å sove. Som diskutert i artikkelmanuskriptet viser også tidligere forskning at dette er prinsipp som ofte har god effekt. Hvor lenge den forsinkede responsen skal være og hvor foreldrene fysisk befinner seg er ulikt ut i fra metodene (Mindell & Owens, 2010, s. 63; Størksen et al., 2022). Deltakerne understreket også at de ikke var rigide på å tilpasse ut fra foreldrenes premiss og helheten i familiesituasjonen. Sameroff (2010, s. 13) beskriver at utvikling og endring påvirkes av helheten rundt individet. Det vil si at omgivelsene, altså det fysiske miljøet, kulturelle sosialiseringmønstre, foreldres sosioøkonomiske status og psykiske helse, samt barnets individuelle egenskaper må tas i betraktning for å forstå utviklingsmessige utfall. Foreldrenes helse og sosioøkonomiske status kan eksempelvis få betydning for deres kapasitet og motivasjon til å etablere situasjoner som muliggjør godt samspill (Rye, 2002, s. 89). Det er dermed hensiktsmessig at helsesykepleier hjelper foreldrene til å finne ut hva som kan hjelpe deres situasjon.

Økt forståelse for barnets behov og skape trygghet

Helsesykepleierne hjalp foreldrene til å få økt forståelse for barnets signal og behov (se diskusjon i artikkelmanuskript). Sentralt i transaksjonsmodellen er at det legges like stor vekt på effekten barnet har på omgivelsene, som omgivelsene har på barnet (Sameroff &

Mackenzie, 2003, s. 614). Barnet påvirker omsorgspersonens forventninger og atferd, hvilket igjen vil påvirke barnet (Sameroff, 2009, s. 15). Barn har ulikt temperament, fysiologiske og biologiske egenskaper (Sameroff, 2010; Sørensen, 2009). Som diskutert i artikkelmanuskriptet vil dette påvirke foreldrenes atferd og handlinger. Barnets temperament vil eksempelvis påvirke om barnet er lett eller vanskelig og regulere (Sameroff & Mackenzie, 2003). Når barnets egenskaper påvirker foreldrenes omsorgsutøvelse, skjer det en transaksjon (Sameroff, 2009, s. 10). Å støtte foreldrene og samtidig gi veiledning i hvordan foreldre kan håndtere et utfordrende temperament eller en egenskap vil derfor være betydningsfullt.

Deltakerne fortalte at de ga veiledning i hvordan foreldrene kunne etablere gode søvnvaner, hvor å gi gradert støtte var et viktig poeng. På samme måte fremhever Grova (2007) at bearbeiding av holdninger til søvn og kognitiv restrukturering, er noe som ofte kan ha stor effekt og inngår i foreldreveiledning. Å gi gradert støtte handler om og hjelpe barnet til nye vaner, slik at det klarer å bevege seg mellom overgangen i søvnfasene (Mindell & Owens, 2010, s. 63). Når barnet får hjelp av foreldrene til tilstandsregulering kalles det andreregulering (Sameroff, 2010). Foreldrene tilpasser seg barnets nye fysiske, kognitive kapasiteter etter hvert som det blir eldre, ved å eksempelvis gi mindre og mindre støtte i søvnen. Gjennom denne andrereguleringen vil det skje en transaksjonseffekt hvor barnet blir mer i stand til selvregulering (Sameroff, 2010). Det er dermed nyttig at helsesykepleier fungerer som en støttespiller og veileder i prosessen (se diskusjon i artikkelmanuskript).

Helsesykepleierne erfarte at det var helt nødvendig at barnet opplevde trygghet i gjennomføring av søvnmetoden. Sadeh (2010, s. 91) trekker frem hypotesen om at spedbarn som opplever en utrygg tilknytning vil oppleve større grad av separasjonsangst når de skal sove og dermed ha større sannsynlighet for søvnproblem sammenlignet med trygge barn. Forutsetninger for utviklingen av en tilfredsstillende selvregulering er at barnet har en omsorgsperson kontinuerlig gir en følelse av stabilitet og trygghet tilpasset deres behov (Sameroff, 2010). Som fremhevet i artikkelmanuskriptet er derfor samspillsveiledning også en sentral oppgave i forbindelse med søvnveiledning, og er et av målene med helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2022, s. 43).

For at barnet skulle oppleve det som trygt, måtte foreldrene fremstå som trygge og rolige. Regulering lært i barndommen påvirker kognitiv, atferdsmessig og sosial emosjonell tilpasning videre i livet (Sameroff, 2009, s. 18). Det vil dermed påvirke foreldrene til hvordan

de regulerer eget barn (Sameroff, 2010). Benoit et al. (1992) fant i sin studie en sammenheng mellom at mødre med utrygg tilknytning hadde større sannsynlighet for å ha barn med søvnproblem. Som fremhevet i artikkelmanuskriptet er det derfor betydningsfullt å skape en refleksjon rundt hvilke følelser og atferd barnets gråt utløser hos foreldrene. Ettersom personlig utvikling er et resultat av en kontinuerlig gjensidig påvirkning av miljø og individ, kan foreldre med utrygg tilknytning fra barndommen, endre sin atferd gjennom å bli påvirket av andre senere i livet (Sameroff, 2009, s. 4). Helseesykepleier kan dermed hjelpe foreldrene til å endre sin kognisjon ved at de blir mer bevisst på sine reaksjonsmønstre, slik at de kanskje klarer å forholde seg rolige og trygge når barnet protesterer.

5.1 Metodiske overveielser

En usikkerhet i forbindelse med studien er at jeg ikke kan hevde å ha fullstendig oversikt over tidligere forskning da jeg ikke har gjort et systematisk søk om spedbarns søvn. Det kunne vært hensiktsmessig å inkludere et større utvalg informanter, men på grunn av oppgavens omfang og tidsramme ble det begrenset, hvilket er en svakhet i studien fordi det gjør at den ikke kan generaliseres (Krumsvik, 2015, s. 152). Studien var imidlertid ikke ment for å gjelde populasjonen, men for å få innsikt i helseesykepleiernes erfaringer. Det kan være en svakhet i studien at alle deltakerne hadde lang erfaring og var rekruttert ut fra tilgjengelighetsutvalg og snøballmetode, fordi det kan tenkes at de meldte seg frivillig til studien fordi de følte seg trygge på søvnveiledning, dette er med på å begrense studiens overførbarhet. Samtidig er det er styrke, da helseesykepleiere med lang erfaring kan ha mer å fortelle og kan ha møtt flere ulike familier med søvnproblemer. Som kunnskap om hvordan søvnveiledning foregår i norske helsestasjoner kan studien dermed ha mindre overføringsverdi, men ha større overføringsverdi som dybdeinnsikt i hvordan slik veiledning kan gjøres etter ervervet praksiserfaring og interesse for temaet.

Informasjonsskrivet deltakerne fikk tilsendt understreket at jeg var ute etter deres erfaringer og opplevelser, i tillegg fikk ingen av deltakerne intervjuguiden tilsendt på forhånd. På den måten ble det lagt grunnlag for å oppnå oppgavens hensikt om å fange deltakernes egne erfaringer, hvilket styrker studiens troverdighet. Intervjusituasjonen var preget av en trygg og tillitsfull atmosfære hvor deltakerne fortalte fritt og nyansert om deres erfaringer og opplevelser med å gi søvnveiledning til spedbarnsforeldre. Intervjuguiden ble utviklet med åpne spørsmål som bidro til at deltakerne kunne fortelle fritt om tema som skulle etterspørres, dette ansees også en styrke i studien (Malterud, 2017, s. 133). Det må likevel tas høyde for at

deltakerne kanskje ikke fortalte alt de tenkte på. Selv om utvalget var lite, nådde datamaterialet et metningspunkt. Datamaterialet ga på den måten et tilstrekkelig grunnlag for utvidet kunnskap om hvilke erfaringer som relateres til temaet og hva som kan være klokt å vektlegge i møte med foreldrene.

Min yrkesbakgrunn som helsesykepleier påvirket meg som forsker og styrket mitt interessefelt, til tross for at det ble tilstrebet å være bevisst på egen forståelse i gjennomføringen av intervjuene og analysen. Det tas likevel høyde for at jeg kanskje har oversett nyanser som ikke er i samsvar med mine erfaringer, hvilket kan utgjøre en svakhet i studien (Thagaard, 2018, s. 190). På den andre siden kan min kjennskap til arbeidshverdagen som helsesykepleier være en styrke fordi det kan ha bidratt til økt forståelse av deltakerne. I transkriberingsprosessen bevarte jeg meningsinnholdet ved å transkribere ord for ord, og jeg forholdt meg reflektert og kritisk til mulige fortolkninger i analyseprosessen ved å legge vekt på teoretisk transparens (Thagaard, 2018, s. 189). Kodene var et resultat av erfaringsnære og autentiske ord av deltakerne sa, noe som bidrar til å bevare meningsinnholdet og kan dermed være med på å styrke studiens troverdighet (Elo et al., 2014; Elo & Kyngäs, 2008). Analyseprosessen er detaljert beskrevet i metodekapittelet og er dermed med på å styrke studiens reliabilitet (Thagaard, 2018, s. 187).

5.2 Implikasjoner for praksis

Studien viser at søvnveiledning er en kompleks prosess hvor det må tas hensyn til flere faktorer. Studien synliggjør på den måten at søvnveiledning er en tidkrevende prosess, hvilket betyr at det bør tilrettelegges for dette i timebøkene helsesykepleiere jobber ut ifra. Ettersom samtlige deltakere fortalte at de ikke hadde retningslinjer for søvnveiledning, men likevel beskrev en trinnvis prosess de hadde utarbeidet og blitt trygge på gjennom erfaring, kan det også være aktuelt å utarbeide en veileder. Denne studien kan være et utgangspunkt for å ramme inn en slik veileder basert på profesjonell praksis delt av mine deltakere, slik at nyutdannede helsesykepleiere får retningslinjer og jobbe ut ifra. Som diskusjonen viser har helsesykepleiere et ansvar for å utarbeide og bevare en god relasjon med foreldrene ettersom de står i en høyere sosial posisjon. Studien anerkjenner viktigheten av å involvere foreldrene og hjelpe dem til å se hvordan de kan løse problemet på en måte som passer dem, det må dermed ikke gis standard råd i søvnveiledningen uten å ta hensyn til foreldrenes opplevelse og barnets situasjon, og det må veilederen inkludere.

Veiledning om barnets signal er hensiktsmessig for å hjelpe foreldrene til å få økt forståelse for barnet slik at de kan hjelpe barnet til å bli mer selvregulert i søvnen. Studien viser at samspillsveiledning er en viktig del av søvnveiledningen. Det å skape refleksjoner rundt foreldres kognisjon om barnets egenskaper og om egne reaksjonsmønstre er faktorer som bør inkluderes i søvnveiledningen fordi det kan hjelpe foreldrene til å fremstå trygge og forutsigbare. Jeg håper denne studien kan bidra til økt bevissthet rundt behovet for støtte og veiledning til foreldre som har spedbarn med søvnvansker. Forslag til videre forskning er å inkludere foreldrene og undersøke deres opplevelse av å få søvnveiledning på helsestasjonen. Dette kunne bidratt til økt forståelse om hvordan veiledningen skal legges opp på best mulig måte.

6.0 Konklusjon

Studien viser at helsesykepleierne gir veiledning ut ifra en trinnvis tilnærming som i stor grad tilpasses foreldrenes perspektiv. Studien løfter frem at det er viktig å etablere en god relasjon til foreldrene, kartlegge deres opplevelse gjennom dialog og ta hensyn til helheten rundt familien før de begynner forhandlingen om hvordan problemet kan løses. Å tilpasse seg foreldrenes behov og ønsker er med på å gjøre dem mer mottakelige for veiledning fordi de blir aktive deltakere i eget problem. Samtidig er det enkelte premisser som må være til stede for å muliggjøre en endring i barnets søvnvaner. Helsesykepleierne opplever dette som en forhandling mellom hva foreldre kan klare å gjennomføre og hva som bør gjennomføres. Det blir beskrevet som viktig å hjelpe foreldrene til å få økt forståelse for barnet, skape trygghet, og se egne styrker og ressurser for å skape motivasjon og mestringskompetanse. Deltakerne hadde erfaringer med at de ikke alltid kom i mål med veiledningen. Det var imidlertid ikke noe deltakerne opplevde som stressende, de viste forståelse og la grunnlag for at foreldrene kunne prøve igjen når de var klar for det. Helsesykepleiers veiledning av foreldre, og foreldres regulering av spedbarns søvn kan begge forstås som andreregulering, og noe som foregår i en kontinuerlig vekselvirkning mellom barn, foreldre og miljø/helsesykepleier, slik Sameroff (2009) beskriver det i sin transaksjonsmodell.

7.0 Referanser

- Benoit, D., Zeanah, C. H., Boucher, C., & Minde, K. K. (1992). Sleep Disorders in Early Childhood: Association with Insecure Maternal Attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 86–93. <https://doi.org/10.1097/00004583-199201000-00013>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Črnčec, R., Matthey, S., & Nemeth, D. (2010). Infant sleep problems and emotional health: A review of two behavioural approaches. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 44–54. <https://doi.org/10.1080/02646830903294995>
- Dahl, B. M. (2020). Helseesykepleierens arbeid—Utviklingstrekk i et folkehelseperspektiv. I B. M. Dahl (Red.), *Helseesykepleie: En grunnbok* (s. 57–71). Fagbokforlaget.
- Dahl, B. M., Glavin, K., Teige, A., Karlsen, A., & Steffenak, A. K. M. (2022). Norwegian public health nurses' competence areas. *Public Health Nursing*, phn.13083. <https://doi.org/10.1111/phn.13083>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2021, 16. desember) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. NESH. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 4(1), 215824401452263. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Feeney, J., Hohaus, L., Noller, P., & Alexander, R. (2001). *Becoming parents: Exploring the bonds between mothers, fathers, and their infants*. Cambridge University Press.
- Field, T. (2017). Infant sleep problems and interventions: A review. *Infant Behavior and Development*, 47, 40–53. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.02.002>
- Gradisar, M., Jackson, K., Spurrier, N. J., Gibson, J., Whitham, J., Williams, A. S., Dolby, R., & Kennaway, D. J. (2016). Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. *PEDIATRICS*, 137(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1486>
- Grova, B. (2007). *Prykologisk forståelse og behandling av søvnproblemer hos barn og unge*. <https://psykologtidsskriftet.no/sovn-og-sovnproblemer/2007/04/psykologisk-forstaelse-og-behandling-av-sovnproblemer-hos-barn-og-unge>
- Hall, W. A., Hutton, E., Brant, R. F., Collet, J. P., Gregg, K., Saunders, R., Ipsiroglu, O., Gafni, A., Triolet, K., Tse, L., Bhagat, R., & Wooldridge, J. (2015). A randomized controlled trial of an intervention for infants' behavioral sleep problems. *BMC Pediatrics*, 15(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0492-7>
- Helsedirektoratet, (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. IS-2582. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helseforskningsloven (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2018-06-22-76). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Hiscock, H. (2010). Rock-a-bye baby? Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 85–87. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.10.005>
- Hiscock, H., & Fisher, J. (2015). Sleeping like a baby? Infant sleep: Impact on caregivers and current controversies: Infant sleep: impact and controversies. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(4), 361–364. <https://doi.org/10.1111/jpc.12752>

- Hsu, P.-W., Wu, W.-W., Tung, Y.-C., Thomas, K. A., & Tsai, S.-Y. (2017). Parental professional help-seeking for infant sleep. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 5143–5150. <https://doi.org/10.1111/jocn.14061>
- Kempler, L., Sharpe, L., Miller, C. B., & Bartlett, D. J. (2016). Do psychosocial sleep interventions improve infant sleep or maternal mood in the postnatal period? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.08.002>
- Krumsvik, R. J. (2015). *Forskningsdesign og kvalitativ metode ei innføring*. Fagbokforl.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.). Gyldendal akademisk.
- Kvellido, Ø. (2015). *Barn i risiko skadelige omsorgssituasjoner*. Gyldendal akademisk.
- Lassen, M.-S., & Bjørnfort, M. (2020). *Study of guidance and practice in relation to child sleep and sleeping training in Denmark, Greeland and the Faroe Islands*. <https://soevnvejledning.dk/english/>
- Lollies, F., Schnatschmidt, M., Schlarb, A. A., & Genuneit, J. (2022). Child Sleep Problems Affect Mothers and Fathers Differently: How Infant and Young Child Sleep Affects Paternal and Maternal Sleep Quality, Emotion Regulation, and Sleep-Related Cognitions. *Nature and Science of Sleep, Volume 14*, 137–152. <https://doi.org/10.2147/NSS.S329503>
- Loutzenhiser, L., Hoffman, J., & Beatch, J. (2014). Parental perceptions of the effectiveness of graduated extinction in reducing infant night-wakings. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(3), 282–291. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.910864>
- Mackenzie, M. J., & McDonough, S. C. (2009). Transactions between perception and reality: Maternal beliefs and infant regulatory behavior. I A. Sameroff (Red.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (1st ed, s. 35–54). American Psychological Association.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2016). *Designing qualitative research* (Sixth edition). SAGE.
- Mihelic, M., Morawska, A., & Filus, A. (2017). Effects of Early Parenting Interventions on Parents and Infants: A Meta-Analytic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 26(6), 1507–1526. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0675-y>
- Mindell, J. A., & Owens, J. A. (2010). *A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems* (2nd ed). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Misvær, N., & Svaton, B. (2014). *Sove hele natten en håndbok for foreldre om barn og søvn*. Cappelen Damm.
- Palmstierna, P., Sepa, A., & Ludvigsson, J. (2008). Parent perceptions of child sleep: A study of 10 000 Swedish children. *Acta Paediatrica*, 97(12), 1631–1639. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00967.x>
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *BMJ*, 320(7227), 114–116. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7227.114>
- Powell, C., Bamber, D., Long, J., Garratt, R., Brown, J., Rudge, S., Morris, T., Bhupendra Jaicim, N., Plachcinski, R., Dyson, S., Boyle, E. M., & St James-Roberts, I. (2018). Mental health and well-being in parents of excessively crying infants: Prospective evaluation of a support package. *Child: Care, Health and Development*, 44(4), 607–615. <https://doi.org/10.1111/cch.12566>
- Refsdal, G. (2020). Helsestasjonen hjelper foreldre til å gi barna gode søvnvaner. *Sykepleien*, 81919, e-81919. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81919>
- Rye, H. (2002). *Tidlig hjelp til bedre samspill*. Gyldendal akademisk.

- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews, 14*(2), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.05.003>
- Saldaña, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3. utg.). SAGE.
- Sameroff, A. (2009). The Transactional Model. I A. Sameroff (Red.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11877-000>
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development, 81*(1), 6–22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x>
- Sameroff, A. J. (2012). Discontinuity: The Hallmark of Developmental Science. *International Journal of Developmental Science, 6*(1–2), 37–39. <https://doi.org/10.3233/DEV-2012-11100>
- Sameroff, A., & Mackenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology, 15*(3), 613–640. <https://doi.org/10.1017/S0954579403000312>
- Schmidt-Forth, A. (2005). *Barn og søvn*. Cappelen.
- Silverman, D. (2014). *Interpreting qualitative data: David Silverman* (Fifth edition). SAGE.
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. ISSN 2535-7271. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/449012?_ts=1783f9df1f8
- Størksen, H. T., Leksbø, T. S., Drozd, F., Sandtrø, H., & Slinning, K. (2022). Søvnvansker hos barn: Ny metode kan hjelpe. *Sykepleien, 88549*, e-88549. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.88549>
- Sørensen, E. (2009). Søvnforstyrrelser hos barn og ungdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 129*(19), 2000–2003. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0585>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitative metoder*. Fagbokforl.
- Tsai, S., Lee, C., Tsai, H., & Tung, Y. (2022). Bedtime routines and objectively assessed sleep in infants. *Journal of Advanced Nursing, 78*(1), 154–164. <https://doi.org/10.1111/jan.14968>
- Tse, L., & Hall, W. (2008). A qualitative study of parents' perceptions of a behavioural sleep intervention. *Child: Care, Health and Development, 34*(2), 162–172. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00769.x>
- Universitetet i Oslo. (2021). *Nettskjema-diktafon-appen*. Hentet 15.03.22. <https://www.uis.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Whittall, H., Kahn, M., Pillion, M., & Gradisar, M. (2019). Graduated extinction and its barriers for infant sleep problems: An investigation into the experiences of parents. *Sleep Medicine, 64*, S418. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.11.1163>
- Whittall, H., Kahn, M., Pillion, M., & Gradisar, M. (2021). Parents matter: Barriers and solutions when implementing behavioural sleep interventions for infant sleep problems. *Sleep Medicine, 84*, 244–252. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.05.042>
- Wilhelmsen-Langeland, A. (2020). *Våkne opp! Om søvnens psykologi* (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg ...: Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Universitetsforlaget.

Del 2 – Artikkel

Artikkelmanuskriptet tilpasses Nordisk Tidsskrift for Helseforskning sine retningslinjer, se vedlegg 4

Søvnveiledning til spedbarnsforeldre

En kvalitativ deskriptiv studie om helsesykepleieres erfaringer

Lisabeth Oseland

Lisabeth Oseland, L.Oseland@stud.uis.no

Sammendrag

Søvnvansker hos barn er en av hovedårsakene til at spedbarnsforeldre oppsøker hjelp.

Helsesykepleier står i en posisjon til å kunne hjelpe foreldrene i prosessen med å forbedre barnets søvn gjennom en andreregulering av foreldrenes atferd. Hensikten med denne studien var å utforske helsesykepleieres erfaringer med søvnveiledning til spedbarnsforeldre.

Kvalitativ metode med semistrukturerte individuelle intervju ble benyttet. De seks intervjuene ble analysert med Elo og Kyngäs (2008) sin innholdsanalyse. Tre hovedkategorier om hvordan helsesykepleiere erfarer å gi søvnveiledning ble avdekket i analysen:

«Erfaringsbasert kunnskap danner grunnlaget», «Forhandler og klargjør premisser» og «Må ta hensyn til barnets behov og situasjon». Konklusjon: Studien viser at helsesykepleierne erfarer søvnveiledning til spedbarnsforeldre som en relasjonell forhandling og klargjøring av premisser som alltid må ta utgangspunkt i helheten i familien og foreldrenes opplevelse.

Nøkkelord

Søvnveiledning; spedbarns søvn; helsesykepleier; støtte

Fagfelleurdert artikkel.

Introduksjon

Helsesykepleier skal fremme barns helse og utvikling og bidra til mestring hos foreldre (Helsedirektoratet, 2022). Spedbarn kan ofte ha innsovningsvansker, hyppige oppvåkninger og dårlig søvnregulering (Field, 2017; Palmstierna et al., 2008). Den fysiske og psykiske belastningen hos barn og foreldre kan medføre dårligere familiefungering, økt stress og depresjon hos mor (Kempler et al., 2016; Lollies et al., 2022; Sadeh et al., 2010). I ytterste konsekvens kan søvnproblemer føre til avmakt og vold mot barnet (Hiscock & Fisher, 2015).

Et barns søvn og søvnregulering er komplekst og påvirkes av sammensatte faktorer relatert til et barns utvikling (Mackenzie & McDonough, 2009; Sadeh et al., 2010). Sameroffs (2009) transaksjonsmodell legger vekt på at utviklingsmessige utfall er et resultat av en kontinuerlig vekselvirkning av påvirkning mellom barn, omsorgsperson og miljø over tid. Foreldrenes regulering av barnet betegnes som andreregulering (Sameroff, 2010). Spedbarns søvnrytmer er korte og består av mer lett- og REM-søvn i de første levemånedene (Schmidt-Forth, 2005). Barnet kan ofte virke urolig og lage ulike uttrykk når de beveger seg mellom søvnfasene (Wilhelmsen-Langeland, 2020). Foreldre tolker gjerne dette som signal på sult, engstelse og ubehag, og stimulerer barnet, slik at det vekkes opp fra sin aktive søvnfase (Mindell & Owens, 2010).

Foreldre forventer gjerne at barnet skal ha lengre sammenhengende søvn og større evne til å falle i søvn enn hva de egentlig har (Henderson et al., 2013; Hsu et al., 2017; Reader et al., 2017). Å sove gjennom natten for et spedbarn betyr fem timer sammenhengende søvn (Schmidt-Forth, 2005, s. 11). Fra seks måneder har de fleste utviklet en noenlunde fast rytme, flertallet har likevel oppvåkninger om natten de påfølgende månedene. Når foreldrenes forventninger ikke samsvarer med realiteten kan det oppleves som overveldende og slitsomt (Lollies et al., 2022). Foreldrenes atferd skaper muligens en transaksjon (Sameroff, 2009), som kanskje forsterker søvnproblemene istedenfor å hjelpe barnet og seg selv til å sove bedre.

Søvn hos barn er en av de vanligste årsakene til at foreldre oppsøker hjelp (Leahy Warren, 2005; Rudzik & Ball, 2016). Foreldrene møter et mangfold av informasjonskilder med ulikt teoretisk utgangspunkt (Field, 2017; Palmstierna et al., 2008). Det er hovedsakelig to teoretiske retninger som spriker mellom prinsipper, strategier, syn på spedbarnet og hva spedbarnet har behov for. Den ene siden beskriver søvnmetoder som omhandler at foreldrene skal respondere intuitivt på barnets signal (Črnčec et al., 2010; Paul et al., 2016). Den andre

siden beskriver planmessige metoder, som innebærer at foreldrene skal følge en fast plan og ha minst mulig interaksjon med barnet (Field, 2017; Hall et al., 2015; Tsai et al., 2022).

Til tross for at det finnes flere studier som viser hva som kan ha positiv effekt for barns søvnproblem (Gradisar et al., 2016; Hall et al., 2015; Hsu et al., 2017; Mihelic et al., 2017), finnes også forskning som viser at foreldre opplevde utfordringer og stress ved å implementere det de var blitt veiledet i, spesielt relatert til planmessige søvnmetoder (Loutzenhiser et al., 2014; Tse & Hall, 2008; Whittall et al., 2019, 2021). Programleder for podcasten «foreldrerådet» etterspør en enighet i hva som er de riktige søvnrådene (Klingenberg, 2017). Helseesykepleier skal derfor hjelpe foreldre å manøvrere innenfor en tematikk hvor det ikke er enighet om hva som er det beste. Helseesykepleiers mandat handler om å vektlegge sunne helsevaner og mestringsstrategier hos barn, unge og familier, samtidig som de har en sentral rolle i å avdekke brukere med behov for oppfølging (Dahl & Blindheim, 2020). Så langt jeg har klart å finne, finnes ingen studier som omhandler helseesykepleiers perspektiv på søvnveiledning. Derfor er studiens hensikt å empirisk utforske helseesykepleiers erfaringer med veiledning til foreldre som har spedbarn med søvnvansker. Studiens forskningsspørsmål er følgende: «Hvordan erfarer helseesykepleiere å gi søvnveiledning til foreldre med barn i alderen 6-12 måneder?».

Metode

Design

Studiens forskningsdesign er kvalitativ deskriptiv metode med induktiv tilnærming (Silverman, 2014). Helseesykepleierens subjektive beskrivelser fra veiledningssituasjoner med spedbarnsforeldre utgjorde grunnlaget for å forstå deres erfaringer, opplevelser og vurderinger.

Utvalg

Utvalget var strategisk og heterogent (Thagaard, 2018, s. 54). Det ble ikke stilt strenge krav til alder eller antall års erfaring i jobb på helsestasjon, men det var ønskelig at de hadde minst et års erfaring. De fire første deltakerne ble rekruttert via tilgjengelighetsutvalg (Marshall & Rossman, 2016), hvor et informasjonsskriv med invitasjon til deltakelse ble sent ut til ledere av helsestasjonsvirksomheter i fire ulike kommuner. De to siste ble rekruttert via snøballmetode, hvor to av deltakerne tipset om potensielle deltakere som jeg tok direkte kontakt med. Utvalget bestod av seks kvinnelige helseesykepleiere med mellom 5 – 20 års

yrkserfaring fra helsestasjon. Flere av deltakerne hadde andre relevante utdannelser utover helsesykepleierutdannelsen, eksempelvis spesialpedagogikk, New Born Behavioural Observation (NBO), psykisk helse hos barn og unge, og psykologi.

Datainnsamling

Det ble gjennomført individuelle, semistrukturerte intervju ved hjelp av en intervjuguide. Det innledende spørsmålet var «kan du fortelle litt om hvordan du opplever å gi søvnveiledning til spedbarnsforeldre?» For å lede deltakerne inn på viktige tema ble det stilt spørsmål som omhandlet helsesykepleiers kunnskapsgrunnlag rundt søvn, kartlegging, søvnmetode, utfordringer med søvnveiledning og hvordan de opplevde at veiledningen ble tatt imot. Utover dette ble det stilt oppfølgingsspørsmål. For å skape en atmosfære preget av respekt holdt jeg en vennlig tone, og for å skape tillit ga jeg bekreftende tilbakemeldinger, anerkjennende blikk og gester. Intervjuene varte i 41 – 60 minutt og ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass. Lydopptaket ble lagret digitalt ved hjelp av appen «Nettskjema diktafon» (Universitetet i Oslo, 2021). Lydopptaket ble transkribert ordrett i et tekstdokument hvor deltakerne ble anonymisert ved å erstatte navn med deltakernummer, og andre kjennetegn som for eksempel arbeidsplass ble fjernet. Datamaterialet ble totalt 74 sider.

Analyse

Materialet ble analysert gjennom innholdsanalyse (Elo & Kyngäs, 2008). I første trinn var hensikten å få et helhetsinntrykk av materialet gjennom gjentatte lesninger, hvorpå andre trinn var å identifisere meningsbærende koder (Elo & Kyngäs, 2008). Hvert utsagn fra deltakerne ble kodet med ord nært deltakernes egne ord. Det resulterte totalt 230 koder. Kodene ble gjennomgått på nytt hvor det ble identifisert likheter og variasjoner, slik at flere av kodene ble slått sammen eller formulert på nytt. I det påfølgende tredje trinnet ble kodene abstrahert til sub- og hovedkategorier. Abstraheringen innebar nøye refleksjon over sammenhengene slik at de fanget meninger som var gyldige for hele datasettet og kunne bidra til å belyse og svare på problemstillingen (Elo & Kyngäs, 2008). Analysen resulterte i tre hovedkategorier og ti subkategorier.

Forskningsetiske vurderinger

Deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt, og om hvordan dataene skulle samles inn og håndteres (Thagaard, 2018, s. 22). Dataene ble lagret i tråd med personvernlovgivning og gjeldende avtaler mellom nettskjema og Universitetet i Stavanger,

og tilrådet av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) i september 2021 (Meldeskjema 277282, vedlegg nr. 2). Deltakerne ga frivillig informert og skriftlig samtykke til deltakelse i studien. De ble også informert om at de til enhver tid hadde mulighet til å trekke seg fra deltakelse i studien (Helseforskningsloven, 2009, §16).

Resultater

Presentasjon av resultat er organisert i tre hovedkategorier som representerer ti subkategorier, se tabell 2.

Tabell 2. Resultater fra den kvalitative innholdsanalysen illustrert som tre hovedkategorier og ti subkategorier

Hovedkategori	Subkategori
Erfaringsbasert kunnskap danner grunnlaget	Føler seg trygge på veiledningen
	Erfaringsbasert kunnskap som grunnlag, teori og forskning som bekreftelse
Forhandler og klargjør premisser	Skaper en god relasjon til foreldrene
	Kartlegger foreldrenes opplevelse og behov
	Motivasjon er avgjørende
	Premisser for å få til endring
	Enkelte ganger går det ikke
Må ta hensyn til barnets behov og situasjon	Kartlegger og ivaretar barnets situasjon og behov
	Veileder og snakker om å etablere gode søvnrutiner
	Barnet skal oppleve trygghet og da må foreldrene være trygge

Erfaringsbasert kunnskap danner grunnlaget

Føler seg trygge på veiledningen

Samtlige deltakere ga uttrykk for at de følte seg trygge på veiledningen og at den var nyttig. De hadde erfart at veiledningen virket ut fra tilbakemelding fra foreldre, og fordi de var sikre på at metoden var trygt for foreldrene og for barnet, som en av deltakerne uttrykte: «Jeg lever ganske godt med den metoden vi veileder i og er blitt trygg på at dette ikke er skadelig verken

for barnet eller for mor og far» (D3).

Erfaringsbasert kunnskap som grunnlag, teori og forskning som bekreftelse

Resultatene viste at erfaringsbasert kunnskap utgjorde største del av grunnlaget for søvnveiledningen. Erfaring hadde gitt dem kunnskap om hvilke metoder og veiledning som hadde god effekt. En deltaker sa «altså vi har jo teori i bunn fra helsesykepleier-utdannelsen, men jeg synes jo at vi har lært mer i praksis, hva som fungerer og hva som ikke fungerer.» (D4)

Deltakerne understreket at veiledningen også var basert på teori, kurs, forskning og faglig veiledning. Denne kunnskapen ble innvevd i det de selv hadde erfart. Det var ulikheter i hvordan de tilegnet seg kunnskap; fra kollegaveiledning til kurs eller faglig veiledning med andre instanser. Ofte ble den teoretiske kunnskapen brukt som en bekreftelse. Det ble uttrykt:

Fordi av og til når jeg sitter her, så kan jeg tenke, hva er det egentlig jeg sier, er det bare tull, men når du får lest en sånn [forsknings-]artikkel, så kan du si okei, nei det var faktisk sånn. (D2)

Deltakerne hadde ikke en oppdateringsrutine eller retningslinjer på søvnveiledning, men hvis de oppdaget noe nytt, delte de det med hverandre. Dette medførte at veiledningen til en viss grad ble personavhengig, som en deltaker sa: «nå jobber jo vi veldig sånn individuelt, jeg vet jo ikke helt om jeg sier det samme som de andre gjør.» (D2)

Forhandler og klargjør premisser

Skaper en god relasjon til foreldrene

Deltakerne opplevde at en god relasjon var essensielt. Deltakerne var opptatt av å kommunisere på en slik måte at foreldrene følte seg sett og forstått. En deltaker beskrev prosessen slik: «jeg spiller på lag med foreldrene. Begynner litt der de er i prosessen for at de skal forstå hva jeg snakker om og oppleve det som nyttig» (D6). Det å styrke og skryte av foreldrene ble også beskrevet som viktig.

Kartlegger foreldrenes opplevelse og behov

Helsesykepleierne fremhevet betydningen av å kartlegge foreldrenes opplevelse og behov før de begynte veiledningen. De la vekt på at foreldrene skulle eie og definere problemet og

målet. Det ble beskrevet slik: «*Jeg må ikke tenke at det er jeg som ønsker en endring, det er jo foreldrene som må ønske det selv*» (D4). Deltakerne erfarte tilbakevendende utfordringer relatert til innsovning, hyppige oppvåkninger, og i forbindelse med å redusere amming. Det ble også beskrevet at foreldrene kunne ha høye krav og forventninger til barnets søvn.

Motivasjon er avgjørende

Deltakerne fortalte at foreldrenes motivasjon avgjorde om søvnveiledningen var meningsfylt. Det ble lagt frem slik: «*Vi kan jo gi så mye veiledning vi bare vil, men hvis foreldrene ikke er mottakelige, så det det liksom ikke noe vits*» (D4). Helsesykepleierne kartla motivasjon gjennom å stille spørsmål på en forsiktig og anerkjennende måte. Varsomhet ble beskrevet som viktig, herunder var det å ikke gi råd for tidlig et viktig tema, det kunne medføre et tillitsbrudd hvor foreldrene ikke følte seg forstått og dermed ikke ble mottakelige for veiledningen. Som en av deltakerne sa: «*man vil unngå at foreldrene bare sitter i andre enden og nikker, men egentlig ikke hører det vi sier*» (D3). For å unngå og gå for fort frem ble det beskrevet som viktig å ha nok tid. Dermed ble det satt opp ekstrakonsultasjoner ved behov.

Når foreldrene først ikke virket motivert, beskrev helsesykepleierne at de brukte ulike virkemiddel. Noen av deltakere brukte søvnklokker, som var et skjema hvor foreldrene fylte ut når barnet sovnet, når det våknet og hvor lang tid det brukte på å sovne igjen. Når det ble tydeligere at barnet brukte mindre tid på å sovne erfarte de at det ofte ga mer motivasjon. Deltakerne løftet frem at det å trygge foreldrene på at barnet ikke tok skade av metoden også kunne bidra til motivasjon. De opplevde at mange foreldre vegret seg for å gjennomføre ettersom de tenkte det ville skade barnets emosjonelle helse.

Premisser for å få til endring

Søvntreningsmetoden samtlig deltakere ga veiledning i, lå mellom planmessig og intuitivt. Helsesykepleierne var imidlertid tydelige på at veiledningen alltid måtte tilpasses familien. Ulikheter mellom foreldrene, hvordan familiesituasjonen var og hvilke utfordringer familiens stod i ellers var faktorer som måtte inngå i tilpasningen, ettersom det fikk betydning for hvor mye foreldrene klarte å stå i. Slik ble det beskrevet: «*Jeg prøver egentlig bare å finne en plan som passer for dem*» (D4). Helsesykepleierne signaliserte også at foreldrene ikke måtte begynne på metoden før de var klar for det.

Deltakerne var enige om at det var enkelte premisser som måtte være til stede for å

muliggjøre en endring. Faste rutiner, å være konsekvent og noen ganger barnevennlige regler var gjennomgående tiltak helsesykepleierne ga veiledning i. Som en av deltakerne fortalte: «Å ha en fast rutine, et rituale hvor det skjer det samme hver kveld» (D4). Helsesykepleierne var imidlertid ikke rigide på å tilpasse gjennomføringen av rutinen. Deltakerne opplevde en varsom forhandling med foreldrene som den beste strategien, og at begge foreldre måtte føle seg komfortable med metoden. Å stå i at barnet gråt uten at det ble tatt opp var noe deltakerne erfarte som et nødvendig premiss for å oppnå en endring i søvnmønsteret.

Deltakerne forsøkt å hjelpe foreldrene til å planlegge og forberede seg for å kunne ivareta seg selv i gjennomføringen. Deltakerne forhandlet og utfordret foreldrene på å lage en strategi med de nødvendige ressursene rundt seg. Som en sa:

«Jeg heier på dem og hjelper dem i å lage en strategi. Hvem kan de be om hjelp, kan det for eksempel være lurt at de tar det en helg, at de har noen besteforeldre eller venner som stiller opp slik at foreldrene vet at de kan få sove på dagen.» (D5)

Enkelte ganger går det ikke

Deltakerne hadde også erfaring med at de ikke alltid kom i mål med veiledningen. En deltaker sa: «Jeg har nok ingen god forklaring på hvorfor det ikke går enkelte ganger» (D3).

Deltakerne beskrev imidlertid tanker om årsaker, og de ble beskrevet som sammensatte. Det kunne være faktorer hos barnet, i familien generelt eller hos foreldrene. De hadde også erfaringer med at en årsak var at foreldrene ikke orket å være konsekvente nok på natten på grunn av eget søvnbehov.

Når de ikke kom i mål med veiledningen viste deltakerne forståelse for at foreldrene ikke klarte å gjennomføre endringen: «Det er viktig at vi ikke stigmatiserer de foreldrene som ikke klarer å stå i det» (D5). Deltakerne var også opptatt av å ha respekt for de foreldrene som ikke var enige i metoden eller ikke ønsket å forsøke. De ville etablere et grunnlag for at foreldrene kunne forsøke på nytt når de var klar.

Må ta hensyn til barnets behov og situasjon

Kartlegger og ivaretar barnets situasjon og behov

Deltakerne kartla barnets situasjon og var opptatt av helheten. Det ble beskrevet slik «Det er utrolig viktig å tenke at det ikke alltid er søvnen alene som skal være i fokus» (D3). Deretter

gikk de over til å kartlegge søvnen. Herunder ble innsovning, antall timer søvn, hvordan barnet var i de ulike søvnfasene, samt hvordan foreldrene reagerte, kartlagt. Samtlige deltakere understreket at de aldri måtte overkjøre barnets behov og situasjon. De var klare på at barnet måtte ha etablert minst to måltid fast føde og være sykdomsfri. En deltaker sa: «*En må liksom være sikker på at ting er ok i utgangspunktet*» (D1).

En del av å sørge for at barnets behov ble ivaretatt handlet også om å bevisstgjøre foreldrene på hva barnet har behov for, å skille mellom barnets og foreldrenes behov: «*Ofte så kan det jo nesten være sånn at foreldrene føler de bare må gi den melken for at de selv skal overleve og få nok søvn selv*» (D5). De ønsket å gi foreldrene en utvidet forståelse av barnets signal. Deltakerne snakket om søvnrytmer og om barnets toleransevindu. Dersom barnet hadde hatt behov for foreldrenes reguleringshjelp gjennom hele livet og fått mye støtte hver gang, normaliserte de at toleransevinduet var smalt når det kom til søvn. Som en deltaker sa: «*Jeg prøver alltid å si noe om at det barnet sovner til, vil han trenge når han våkner igjen*» (D4). De opplevde at denne kunnskapen hjalp foreldrene i å forstå barnet sitt bedre, slik at de fikk en ramme og jobbe ut ifra.

Veileder og snakker om å etablere gode søvnrutiner

Gradert støtte var et tema alle deltakerne var enige om at var et viktig for å etablere gode søvnrutiner. Deltakerne understreket imidlertid at de ikke kunne veilede i søvnmetode før barnet var seks måneder og beskrev tiltak med gradert støtte før dette, mer som forebygging. De viste forståelse hvis foreldrene alltid hadde gitt barnet mye støtte, samtidig som de ga veiledning i å hjelpe barnet til å venne seg av vanen.

Barnet skal oppleve trygghet og da må foreldrene være trygge

At barnet skulle oppleve trygghet ble beskrevet som et nødvendig behov å ivareta. Foreldrene skulle skape trygghet uten å stimulere barnet, de skulle stå sammen med barnet i gråten. Det ble beskrevet slik: «*Det handler jo om at barnet skal oppleve det som trygt, samtidig skal på en måte servicen fra foreldrene vekk*» (D1). De understreket at barnet måtte ha en god og trygg relasjon med foreldrene i utgangspunktet slik at det ble trygt nok til å tåle metoden. Som en av deltakerne la det frem: «*Jeg tenker det at trygghet, kos og oppmerksomhet på dagtid og før de legger seg er veldig viktig, barnet må få veldig mye påfyll på dagtid, på det følelsesmessige da*» (D2).

Deltakerne erfarte det som betydningsfullt at foreldrene fremsto som trygge i gjennomføringen av metoden, deltakerne var derfor opptatt av å snakke om hvordan barnets gråt påvirket foreldrene. De beskrev opplevelser med at foreldrenes egen barndom og bagasje kunne være av betydning. De ønsket å gi støtte til foreldrenes følelser og reaksjoner, og samtidig skape en refleksjon slik at foreldrene kunne bli i bedre stand til å hjelpe barnet. Det ble uttalt: «*Det er viktig å spørre dem direkte hva de føler på når barnet gråter. For at de skal klare å stå sammen med barnet, må de også bli bevisst på hvordan det påvirker dem*» (D3).

Diskusjon

Hiscock & Fisher (2015) identifiserer et sprik i søvnmetodene, med ulik teoretisk forankring, syn på spedbarnet og spedbarnets behov. I studiens utvalg ser det imidlertid ikke ut som helsesykepleierne lot seg stresse eller ble usikre av ulikhetene i metode. De fortalte at de følte seg trygge på veiledningen ut fra erfaring om hva som var effektivt. Deltakerne hadde ikke en systematikk på å oppdatere seg, men beskrev at teori, kurs, forskning og faglig veiledning ble innvevd i erfaringsbasert kunnskap.

Transaksjonsmodellen fremhever at personlig utvikling er et resultat av utvekslinger i form av transaksjoner (Sameroff, 2009). Ut fra dette perspektivet utvikler helsesykepleiere sin kompetanse ut fra et samspill mellom konteksten de befinner seg i, tidligere kunnskap de har tilegnet seg fra utdannelsen, og egne erfaringer og opplevelser. På samme måte poengterer Lindberg & Hvatum (2015) at helsesykepleieres personlige og profesjonelle erfaring samt det personlige verdisynet vil påvirke veiledningen. Dette synliggjør hvordan veiledningen til en viss grad blir personavhengig slik deltakerne beskrev. Helsesykepleiers veiledning kan ses på som en transaksjonssekvens (Sameroff, 2009) med andreregulering av foreldrenes atferd, hvilket kan påvirke foreldrenes andreregulering av barnet.

Helsesykepleierne beskrev veiledningen som en trinnvis prosess hvor de koblet seg på foreldrene ved å først etablere en god relasjon. Størksen et al. (2022) presenterer alliansebygging som det første trinnet i veiledningsprosessen og beskriver det som en forutsetning for gode endringsprosesser. For å få til dette må fagpersoner i likhet med det deltakerne fortalte, vise genuin interesse og lytte empatisk til det de forteller, forsøke å forstå og ikke vurdere foreldrene (Størksen et al., 2022). På den måten vil det etableres en allianse preget av respekt og trygghet.

Andre trinn i veiledningsprosessen var å kartlegge foreldrenes opplevelse og behov. Størksen (2022) fremhever at systematisk kartlegging er viktig for å få et klart bilde av situasjonen, og presenterer en metode hvor foreldrene skal fylle ut hvordan barnet sover en uke. Flertallet av deltakerne fortalte imidlertid at de ikke brukte en systematisk fremgangsmåte, men spurte og kartla. En dialog er en spiral av gjensidige uttrykk og inntrykk, kontakt og respons hvor det blir skapt økt forståelse (Børtnes, 2001, s. 95; Karlsson, 2010, s. 21). Helseesykepleierne erfarte søvnveiledning som mer relasjonell enn strukturell. En uformell samtale basert på åpen kommunikasjon kan bidra som en god måte å kartlegge foreldrenes opplevelse og behov (Refsdal, 2020). Deltakerne kommuniserte på en måte som gjorde at deltakerne følte seg sett og forstått. Resultater fra Hsu et al. (2017) sin studie viste at å ta foreldrenes opplevelse på alvor var en avgjørende faktor for å etablere tillit.

Tillit vil bidra til opplevelse av tilhørighet, hvilket er et av de tre grunnleggende behovene Ryan & Deci (2020) beskriver at må oppfylles for at indre motivasjon skal oppstå. Foreldrenes motivasjon ble beskrevet som en avgjørende faktor for om veiledningen var meningsfull. De andre behovene som må oppfylles for å oppnå indre motivasjon er autonomi og kompetanse (Ryan & Deci, 2020). Deltakerne var opptatt av å hjelpe foreldrene til å se hvilke ressurser de hadde rundt seg og la dem ha medbestemmelse. Å hjelpe en person til å se egne styrker og ressurser vil kunne bidra til å øke opplevelse av mestring (Ryan & Deci, 2006).

Samtidig som deltakerne fortalte at erfaringsbasert kunnskap var nøkkelen til veiledningen, overså de ikke forskningsbasert kunnskap om søvnmetodikk. I studier gjort på effekten av søvnmetoder, er det funnet to faktorer som har effekt for å fremme barnets søvn; lære barnet å sovne selv og at foreldre minimerer responsen ved innsovning på kvelds- og nattestid (Field, 2017; Hsu et al., 2017; Kempler et al., 2016; Mihelic et al., 2017). For at barnet skal lære å regulere søvnen selv er det avgjørende at foreldre endrer sin egen oppførsel og har klare grenser for trøst ved innsovning (Hall et al., 2015). Dette var et prinsipp alle deltakerne fortalte at måtte være utgangspunktet for å få til en endring i barnets søvnmønster. Som transaksjonsmodellen beskriver vil dette bidra til en andreregulering som vil hjelpe med å utvikle selvreguleringsevnen (Sameroff, 2009).

Et bærende funn var at veiledningen alltid måtte skje på foreldrene og barnets premisser,

helsesykepleierne var derfor ikke rigide med å tilpasse prinsippene. Studier viser at foreldre kan oppleve økt stress ved å la være å trøste når barnet gråter (Loutzenhiser et al., 2014; Whittall et al., 2021). Deltakerne erfarte at et sted mellom planmessige og intuitive søvnmetoder ofte var mest effektivt, fordi det var lettere å få foreldrene med på. Blunden & Dawson (2020) støtter opp om dette, de foreslår en tilnærming hvor barnet kan lære å sovne selv ved at foreldrene fortsatt reagerer på spedbarnets signal, men i mindre grad enn før. Selv om dette vil medføre litt gråting, blir gråtingen rapportert som mindre stressende for foreldrene (Blunden et al., 2018).

Deltakerne fremhevet at det var viktig å ta forelderens bakgrunn og livssituasjon i betraktning. I ulike studier beskrives dette som faktorer som kan påvirke barnets søvn (Bathory et al., 2016; Field, 2017). Studien til Reader et al. (2017) viste at uenigheter i hvordan de skulle respondere på barnets oppvåkninger var assosiert med dårligere foreldresamarbeid. Helsesykepleierne ønsket også å skape en refleksjon rundt eventuelle uenigheter for å finne en middelvei som passet begge. I tillegg understreket deltakerne at de alltid måtte ta hensyn til barnets situasjon. På samme måte understreker Størksen et al. (2022) at «metodene ikke skal brukes hvis barnet er sykt, signaliserer smerte eller et fysiologisk behov for mat». Sykdom vil ofte forverre søvnen (Mindell & Owens, 2010, s. 48; Sørensen, 2009).

Å hjelpe foreldrene til å få økt forståelse for barnets signal og behov var en viktig del av søvnveiledningen. Nyfødte befinner seg mest i lett- og REM søvn, de har ofte aktivitet i kroppen med bevegelser og lyder (Mindell & Owens, 2010; Schmidt-Forth, 2005). Informasjon om hva tegnene betyr kan gi foreldrene økt forståelse på hvordan de bør reagere (Črnčec et al., 2010; Grova, 2007; Størksen et al., 2022). Deltakerne forsøkte å skape en refleksjon om hva de tenkte barnets signal betydde. Sadeh et. al (2010) støtter opp om dette, de fremhever at foreldres kognisjon om spedbarnet og søvnen får betydning for deres reaksjonsmønstre og handlinger. Et barn som har utfordrende temperament vil eksempelvis utfordre foreldrenes evne til å være konsekvente og holde på rutiner (Field, 2017; Sadeh et al., 2010). På samme måte beskriver transaksjonsmodellen hvordan barnets egenskaper påvirker foreldrenes atferd, hvilket igjen påvirker barnet (Sameroff, 2009).

Deltakerne veiledet foreldrene i å skape gode søvnvaner og hjelpe barnet å finne søvnen selv gjennom gradert støtte. Hall et al. (2015) og Hiscock (2010) identifiserer en sammenheng mellom foreldres respons til spedbarnets signal og gråt, og at barnet ikke klarer å utvikle

selvreguleringsevnen. Resultater fra studier viser at intervensjonsgrupper som hadde gjennomført en søvnmetode basert på gradert støtte, opplevde å få et rammeverk for å håndtere barnets søvnproblem (Hall et al., 2015; Tse & Hall, 2008). På den andre siden beskrev 41,7 % av deltakerne i Loutzenhiser et al. (2014) sin studie at gradert støtte ikke reduserte antallet natthlige oppvåkninger. Deltakerne var imidlertid fra et samfunnsutvalg, hvor de hadde gitt gradert støtte ut fra eget initiativ. Dette indikerer at foreldre opplever mindre suksess hvis de gjennomfører metoden på egenhånd, enn hvis de deltar i en intervensjon og får støtte fra fagfolk. Dette understøttes av studier som fremhever at støtte er en nødvendig faktor i gjennomføringen av søvnmetoder (Črnčec et al., 2010; Tse & Hall, 2008; Whittall et al., 2021).

I gjennomføringen av en søvnmetode erfarte deltakerne det som helt nødvendig at barnet opplevde trygghet. På samme måte understreker Hall et al. (2015) at det er avgjørende at foreldre formidler trygghet til barnet. Deltakerne beskrev at foreldrene skulle skape trygghet ved å være til stede og ikke gi barnet stimuli. Mørch (i Westerveld, 2012) hevder dette ikke vil bidra til trygghet fordi barn som ikke føler seg hørt kan utvikle en utrygg tilknytning. På den andre siden fremhever St. James-Roberts et al. (2017) at når foreldre sørger for et godt samspill på dagtid, kan de redusere sosialt samspill på natten, og barnet vil likevel oppleve trygghet. Dette var noe deltakerne også fortalte. Samspillveiledning er dermed en sentral oppgave i søvnveiledningen.

For at barnet skulle oppleve trygghet fortalte deltakerne at det også var viktig at foreldrene var trygge i gjennomføringen. Studier beskriver det som sentralt at foreldre fremstår rolige og forutsigbare i metoden (Gradisar et al., 2016; Meltzer, 2010). Foreldre som opplever planmessige søvnmetoder som stressende rangerte metoden som mindre effektiv (Loutzenhiser et al., 2014). Det kan indikere sammenheng med at de ikke klarer å forholde seg rolige og trygge, dermed oppfatter barnet metoden som utrygg slik at den ikke har god effekt, slik også deltakerne fortalte. Gråt og protest er en reell utfordring for mange foreldre å stå i, fordi det oppstår krevende tanker og følelser, som kanskje har bakgrunn fra egen barndom eller andre opplevelser, det er derfor viktig og skape en refleksjon rundt (Sadeh et al., 2016).

Deltakerne hadde også erfaringer med at de ikke kom i mål med veiledningen, og kunne ikke alltid forklare hvorfor. Whittall et al. (2021) identifiserte at barrierene ved å implementere en

planmessig søvnmetode handlet om sosio-kulturelle faktorer, faktorer hos foreldrene eller hos barnet. Studier viser også at en stor andel av foreldre ikke er enige i metoden og synes det er vanskelig å implementere (Blunden et al., 2016; Etherton et al., 2014; Meltzer & Mindell, 2014), dette var noe deltakerne også erfarte. Helsesykepleierne ønsket å vise forståelse for dette, for å bevare relasjonen og legge grunnlag for at foreldrene kunne prøve igjen når de var klar.

Styrker og svakheter

Studiens utvalg var lite, deltakere hadde lang erfaring og var inkludert via tilgjengelighetsutvalg og snøballmetode, hvilket kan ha medført at de meldte seg frivillige fordi de var spesielt interesserte og følte seg kompetente i tematikken. Dette utgjør en svakhet og begrenser studiens overførbarhet til det brede lag av helsesykepleiere med kortere erfaring. Samtidig styrker det studien ved at det gir dybdeinnsikt fra deltakere som har mye erfaring med temaet som ble undersøkt. Intervjusituasjonene var preget av en trygg og tillitsfull atmosfære hvor deltakerne fortalte fritt og nyansert om deres lange erfaring med søvnveiledning. Dette bidro til å gi rike data, noe som er en styrke i studien. Selv om utvalget var lite kom studiens resultater til et metningspunkt hvor det ikke kom frem noe nytt, dette bidrar også som en styrke. Datamaterialet ble analysert ved å utarbeide ord nærliggende det deltakerne sa, hvilket bidro til å bevare meningsinnholdet og kan dermed være med på å styrke studiens troverdighet (Elo et al., 2014; Elo & Kyngäs, 2008).

Implikasjoner

Studien synliggjør betydningen av å undersøke foreldrenes perspektiv til barnets søvn og ta utgangspunkt i deres opplevelser og behov i veiledningen. Dette peker på behovet for studier om hvordan foreldre opplever søvnveiledning, og hva de har behov for. Ettersom samtlige deltakere fortalte at de ikke hadde retningslinjer for søvnveiledning, men likevel beskrev en trinnvis prosess de hadde utarbeidet og blitt trygge på gjennom erfaring, kan det være en mulighet å utarbeide en veileder for søvnveiledning ut fra studiens funn, teoretisk kunnskap og tidligere forskningsbasert kunnskap, slik at nyutdannede helsesykepleiere får et rammeverk å jobbe ut ifra.

Konklusjon

Studien viser at helsesykepleierne gir veiledning ut fra en trinnvis tilnærming som i stor grad tilpasses foreldrenes perspektiv. Studien løfter frem at det er viktig å etablere en god relasjon til foreldrene, kartlegge deres opplevelse gjennom dialog og ta hensyn til helheten rundt familien. Å tilpasse seg foreldrenes behov og ønsker er med på å gjøre dem mottakelige for veiledning fordi de blir aktive deltakere i eget problem. Det er imidlertid enkelte premisser som må være til stede for å muliggjøre endring i søvnmønsteret. Helsesykepleierne opplever dette som en forhandling mellom hva foreldrene klarer å gjennomføre og hva som bør gjennomføres. Det blir beskrevet som viktig å hjelpe foreldrene til å få økt forståelse for barnet, skape trygghet, se egne styrker og ressurser for å skape motivasjon og mestringskompetanse. Selv om de ikke alltid kom i mål med veiledningen, var det ikke noe deltakerne opplevde som stressende. De viste forståelse og la grunnlag for at foreldrene kunne prøve igjen når de var klar for det. Helsesykepleiers veiledning av foreldre, og foreldres regulering av spedbarns søvn kan begge forstås som andreregulering, og noe som foregår i en kontinuerlig vekselvirkning mellom barn, foreldre og miljø/helsesykepleier, slik Sameroff (2009) beskriver det i sin transaksjonsmodell.

Referanser

- Bathory, E., Tomopoulos, S., Rothman, R., Sanders, L., Perrin, E. M., Mendelsohn, A., Dreyer, B., Cerra, M., & Yin, H. S. (2016). Infant Sleep and Parent Health Literacy. *Academic Pediatrics, 16*(6), 550–557. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.03.004>
- Blunden, S., & Dawson, D. (2020). Behavioural sleep interventions in infants: Plan B – Combining models of responsiveness to increase parental choice. *Journal of Paediatrics and Child Health, 56*(5), 675–679. <https://doi.org/10.1111/jpc.14818>
- Blunden, S., Etherton, H., & Hauck, Y. (2016). Resistance to Cry Intensive Sleep Intervention in Young Children: Are We Ignoring Children’s Cries or Parental Concerns? *Children, 3*(2), 8. <https://doi.org/10.3390/children3020008>
- Blunden S, Osborne J, King Y, Reynolds A. (2018) Maternal and infant sleep and wellbeing factors in a responsive infant sleep intervention compared to controlled crying: Pilot data. *Adelaide Sleep Retreat*. <https://doi.org/10.1111/jpc.14818>
- Børtnes, J. (2001). Bakhtin, dialogen og den andre. I O. Dysthe (Red.), *Dialog, samspel og læring* (s. 91–106). Abstrakt forlag.
- Črnčec, R., Matthey, S., & Nemeth, D. (2010). Infant sleep problems and emotional health: A review of two behavioural approaches. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28*(1), 44–54. <https://doi.org/10.1080/02646830903294995>
- Dahl, B. M., & Blindheim, K. (2020). Helseesykepleiers hovedarenaer og viktigste samarbeidspartnere. I B. M. Dahl (Red.), *Helseesykepleie: En grunnbok* (s. 72–89). Fagbokforlaget.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open, 4*(1), 215824401452263. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Etherton, H., Blunden, S., Rainbird, S., & Hauck, Y. (2014). *Parent perspectives on child sleep practices in a large community sample*. <https://doi.org/10.13140/2.1.4822.7842>
- Field, T. (2017). Infant sleep problems and interventions: A review. *Infant Behavior and Development, 47*, 40–53. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.02.002>
- Gradisar, M., Jackson, K., Spurrier, N. J., Gibson, J., Whitham, J., Williams, A. S., Dolby, R., & Kennaway, D. J. (2016). Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. *PEDIATRICS, 137*(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1486>
- Grova, B. (2007). *Prykologisk forståelse og behandling av søvnproblemer hos barn og unge*. <https://psykologtidsskriftet.no/sovn-og-sovnproblemer/2007/04/psykologisk-forstaelse-og-behandling-av-sovnproblemer-hos-barn-og-unge>
- Hall, W. A., Hutton, E., Brant, R. F., Collet, J. P., Gregg, K., Saunders, R., Ipsiroglu, O., Gafni, A., Triolet, K., Tse, L., Bhagat, R., & Wooldridge, J. (2015). A randomized controlled trial of an intervention for infants’ behavioral sleep problems. *BMC Pediatrics, 15*(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0492-7>
- Helsedirektoratet, (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. IS-2582. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helseforskningsloven (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. (LOV-2018-06-22-76). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

- Henderson, J. M. T., Motoi, G., & Blampied, N. M. (2013). Sleeping through the night: A community survey of parents' opinions about and expectations of infant sleep consolidation: Parental expectations of infant sleep. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49(7), 535–540. <https://doi.org/10.1111/jpc.12278>
- Hiscock, H. (2010). Rock-a-bye baby? Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 85–87. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.10.005>
- Hiscock, H., & Fisher, J. (2015). Sleeping like a baby? Infant sleep: Impact on caregivers and current controversies: Infant sleep: impact and controversies. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(4), 361–364. <https://doi.org/10.1111/jpc.12752>
- Hsu, P.-W., Wu, W.-W., Tung, Y.-C., Thomas, K. A., & Tsai, S.-Y. (2017). Parental professional help-seeking for infant sleep. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23–24), 5143–5150. <https://doi.org/10.1111/jocn.14061>
- Karlsson, B. (2010). Fenomennær faglig veiledning. I F. Oterholt & B. Karlsson (Red.), *Fenomener i faglig veiledning* (s. 13–26). Universitetsforlaget.
- Kempler, L., Sharpe, L., Miller, C. B., & Bartlett, D. J. (2016). Do psychosocial sleep interventions improve infant sleep or maternal mood in the postnatal period? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.08.002>
- Klingenberg. (2017, 18. august) Foreldrerådet om søvn: - La barnet gråte! VG. <https://www.vg.no/forbruker/i/A2m6rj/foreldreradet-om-soevn-la-barnet-graate>
- Leahy Warren, P. (2005). First-time mothers: Social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479–488. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03425.x>
- Lindberg, A., & Hvatum, I. (2015). Møtet med helsestasjonen—Foreldre som aktive deltakere. I H. Holme, E. Olavesen Solstad, L. Valla, & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling* (s. 289–300). Gyldendal Akademisk.
- Lollies, F., Schnatschmidt, M., Schlarb, A. A., & Genuneit, J. (2022). Child Sleep Problems Affect Mothers and Fathers Differently: How Infant and Young Child Sleep Affects Paternal and Maternal Sleep Quality, Emotion Regulation, and Sleep-Related Cognitions. *Nature and Science of Sleep*, Volume 14, 137–152. <https://doi.org/10.2147/NSS.S329503>
- Loutzenhiser, L., Hoffman, J., & Beatch, J. (2014). Parental perceptions of the effectiveness of graduated extinction in reducing infant night-wakings. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(3), 282–291. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.910864>
- Mackenzie, M. J., & McDonough, S. C. (2009). Transactions between perception and reality: Maternal beliefs and infant regulatory behavior. I A. Sameroff (Red.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (1st ed, s. 35–54). American Psychological Association.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2016). *Designing qualitative research* (Sixth edition). SAGE.
- Meltzer, L. J. (2010). Clinical Management of Behavioral Insomnia of Childhood: Treatment of Bedtime Problems and Night Wakings in Young Children. *Behavioral Sleep Medicine*, 8(3), 172–189. <https://doi.org/10.1080/15402002.2010.487464>
- Meltzer, L. J., & Mindell, J. A. (2014). Systematic Review and Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Pediatric Insomnia. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(8), 932–948. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu041>
- Mihelic, M., Morawska, A., & Filus, A. (2017). Effects of Early Parenting Interventions on Parents and Infants: A Meta-Analytic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 26(6), 1507–1526. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0675-y>

- Mindell, J. A., & Owens, J. A. (2010). *A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems* (2nd ed). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Palmstierna, P., Sepa, A., & Ludvigsson, J. (2008). Parent perceptions of child sleep: A study of 10 000 Swedish children. *Acta Paediatrica*, *97*(12), 1631–1639. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00967.x>
- Paul, I. M., Savage, J. S., Anzman-Frasca, S., Marini, M. E., Mindell, J. A., & Birch, L. L. (2016). Parent perceptions of child sleep: A study of 10 000 Swedish children. *PEDIATRICS*, *138*(1), e20160762–e20160762. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0762>
- Reader, J. M., Teti, D. M., & Cleveland, M. J. (2017). Cognitions about infant sleep: Interparental differences, trajectories across the first year, and coparenting quality. *Journal of Family Psychology*, *31*(4), 453–463. <https://doi.org/10.1037/fam0000283>
- Refsdal, G. (2020). Helsestasjonen hjelper foreldre til å gi barna gode søvnvaner. *Sykepleien*, *81919*, e-81919. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81919>
- Rudzik, A. E. F., & Ball, H. L. (2016). Exploring Maternal Perceptions of Infant Sleep and Feeding Method Among Mothers in the United Kingdom: A Qualitative Focus Group Study. *Maternal and Child Health Journal*, *20*(1), 33–40. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1798-7>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-Regulation and the Problem of Human Autonomy: Does Psychology Need Choice, Self-Determination, and Will? *Journal of Personality*, *74*(6), 1557–1586. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, *61*, 101860. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>
- Sadeh, A., Juda-Hanael, M., Livne-Karp, E., Kahn, M., Tikotzky, L., Anders, T. F., Calkins, S., & Sivan, Y. (2016). Low parental tolerance for infant crying: An underlying factor in infant sleep problems? *Journal of Sleep Research*, *25*(5), 501–507. <https://doi.org/10.1111/jsr.12401>
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, *14*(2), 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.05.003>
- Sameroff, A. (2009). The Transactional Model. I A. Sameroff (Red.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11877-000>
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, *81*(1), 6–22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x>
- Schmidt-Forth, A. (2005). *Barn og søvn*. Cappelen.
- Silverman, D. (2014). *Interpreting qualitative data: David Silverman* (Fifth edition). SAGE.
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *Årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. ISSN 2535-7271. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/449012?_ts=1783f9df1f8
- St James-Roberts, I., Roberts, M., Hovish, K., & Owen, C. (2017). Video evidence that parenting methods predict which infants develop long night-time sleep periods by three months of age. *Primary Health Care Research & Development*, *18*(03), 212–226. <https://doi.org/10.1017/S1463423616000451>
- Størksen, H. T., Leksbø, T. S., Drozd, F., Sandtrø, H., & Slinning, K. (2022). Søvnvansker hos barn: Ny metode kan hjelpe. *Sykepleien*, *88549*, e-88549. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.88549>

- Sørensen, E. (2009). Søvnforstyrrelser hos barn og ungdom. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(19), 2000–2003. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0585>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitative metoder*. Fagbokforl.
- Tsai, S., Lee, C., Tsai, H., & Tung, Y. (2022). Bedtime routines and objectively assessed sleep in infants. *Journal of Advanced Nursing*, 78(1), 154–164. <https://doi.org/10.1111/jan.14968>
- Tse, L., & Hall, W. (2008). A qualitative study of parents' perceptions of a behavioural sleep intervention. *Child: Care, Health and Development*, 34(2), 162–172. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00769.x>
- Universitetet i Oslo. (2021). *Nettskjema-diktafon-appen*. Hentet 15.03.22. <https://www.uis.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Westerveld, J. (2012, september 15). Vil forby skrikekurer for spebarn. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/norge/i/Opzqb/vil-forby-skrikekurer-for-spebarn>
- Whittall, H., Kahn, M., Pillion, M., & Gradisar, M. (2019). Graduated extinction and its barriers for infant sleep problems: An investigation into the experiences of parents. *Sleep Medicine*, 64, S418. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2019.11.1163>
- Whittall, H., Kahn, M., Pillion, M., & Gradisar, M. (2021). Parents matter: Barriers and solutions when implementing behavioural sleep interventions for infant sleep problems. *Sleep Medicine*, 84, 244–252. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.05.042>
- Wilhelmsen-Langeland, A. (2020). *Våkne opp! Om søvnens psykologi* (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Helseesykepleiers erfaringer med søvnveiledning til spedbarnsforeldre ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å sette fokus på helseesykepleiers helsefremmende og forebyggende arbeid i temaet søvn for spedbarn. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studien er å utforske veiledningen helseesykepleier gir til foreldre som har barn (6-12 måneder) med søvnvansker. Jeg søker kunnskap om hvilke erfaringer helseesykepleier har rundt fenomenet. Kunnskap om dette kan danne grunnlag for videre forskning og fagutvikling på temaet slik at dette arbeidet kan gjøres enda bedre.

Dette er en masteroppgave som gjennomføres i studieprogrammet helseesykepleie ved Universitetet i Stavanger.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Førsteamanuensis Thomas Westergren er ansvarlig for prosjektet.

Lisabeth Oseland, helseesykepleierstudent gjennomfører prosjektet

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får inviteres til å delta i mastergradsprosjektet mitt ettersom du er ansatt som helseesykepleier på helsestasjon 0-5 år og dermed (mest sannsynlig) har erfaring med å gi søvnveiledning. Det er ønskelig med helseesykepleiere som har minst 2 års erfaring i jobb på helsestasjon 0-5 år. Målet er et antall på 5-7 deltakere. Det benyttes tilgjengelighetsutvalg, det vil si at du selv tar kontakt dersom du ønsker og delta.

Denne invitasjonen sendes ut til alle helseesykepleiere i to ulike kommuner via helsestasjonens leder.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du takker ja til å delta i prosjektet innebærer det at jeg gjennomfører et individuelt intervju med deg. Jeg ønsker å legge opp til en mest mulig åpen samtale, men vil ha

forhåndsdefinerte spørsmål for å holde en rød tråd i intervjuet. Målet med intervjuet er først og fremst å få frem et bilde av hvilke erfaringer og opplevelser du har rundt fenomenet søvnveiledning til spedbarnsforeldre. Jeg vil også understreke at intervjuene gjennomføres slik at det ikke fremkommer opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon. Vær spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates.

Intervjuene er planlagt gjennomført i løpet av høst 2021. Hvis du velger å delta i dette prosjektet innebærer det at vi avtaler tid og sted som passer deg. Intervjuet vil ta ca. 60 minutter. Jeg vil ta lydopptak underveis.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Veileder for prosjektet, Førsteamanuensis Thomas Westergren ved det helsevitenskapelige fakultetet ved UiS, vil ha tilgang til materialet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som ikke kan kobles til dataene. Alt materiale vil lages på forskningsserver eller innelåst.

Din deltakelse i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner. Her vil kun publiseres tolkninger og sammendrag av data og eventuelle beskrevne sitater. Du vil få mulighet til å se gjennom prosjektet før eventuell publisering.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Personopplysninger anonymiseres og lydopptak vil destrueres når prosjektet avsluttes, noe som etter planen er 01.06.22.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS

vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

- Universitetet i Stavanger ved Førsteamanuensis Thomas Westergen (Thomas.Westergren@uia.no) tlf: 40879560
- Vårt personvernombud: personvernombud@uis.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Tilbakesending av svar

Jeg håper at du takker ja til å delta i prosjektet

Dersom du takker ja ber jeg deg sende svar til følgende epostadresse:

Lisabeth.oseland@outlook.com

Dersom noe er uklart eller du ønsker med informasjon om prosjektet kan du også sende meg epost til overstående epostadresse.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Lisabeth Oseland

(Førsteamanuensis Thomas Westergen)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Helsesykepleiers erfaringer og opplevelser med søvnveiledning til spedbarnsforeldre» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.06.22

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Vurdering

Referansenummer

277282

Prosjekttittel

Søvnveiledning til spedbarnsforeldre - en kvalitativ deskriptiv studie fra helsesykepleiers perspektiv

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Per Christer Thomas Westergren, per.c.westergren@uis.no, tlf: +4740879560

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Lisabeth Oseland, L.oseland@stud.uis.no, tlf: 40438045

Prosjektperiode

15.10.2021 - 01.06.2022

Vurdering (1)

21.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 16.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- Lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- Formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- Dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- Lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 3 – Intervjuguide

Innledning

1. Takk for at jeg får komme og takk for at du velger å være med i prosjektet
2. Ramme for samtalen – praktisk. Ca. en time. Servering av drikke.
3. Opptakeren er en app på mobilen som ligger foran oss og jeg ønsker også å ta notater
4. Vil også minne om at du som deltaker også er underlagt taushetsplikt, at du ikke kommer med opplysninger som identifisere enkeltpersoner eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon
5. Innlede temaet – kort repetisjon av hensikt, mål og problemstilling

Fakta-relaterte spørsmål

1. Hvor lang erfaring har du erfaring med jobb som helsesykepleier på helsestasjon for barn 0-5 år?
2. Kan du si litt om din nåværende stilling? (hvor stort distrikt, hvor mange fødsler i året, prosent stilling, hvor mange kollegaer har du på helsestasjonen?)
3. Har du andre utdanninger eller kurs som du mener er relevante for ditt arbeid med søvnveiledning for spedbarnsforeldre?

Substansspørsmål med tema; kartlegging, rammevilkår og kunnskap samt mottakelse av søvnveiledning

Åpne spørsmål:

1. Kan du fortelle litt om hvordan du opplever å gi søvnveiledning til spedbarnsforeldre?
 - a. Kan du fortelle litt om hvordan du møter på temaet i løpet av en dag på helsestasjonen?

Kartlegge søvnproblem

2. Retningslinjene for helsestasjonsarbeidet legger føringer for at temaet søvn skal bli tatt opp på hver konsultasjon i barnets første leveår. Hvordan går du frem for å ta opp dette temaet?
 - a. Hvordan håndterer du det dersom noen foreldre svarer at barnets søvn er bra eller grei nok? Kan du fortelle hvilke vurderinger du gjør i dette valget?
3. Når foreldrene bekymrer seg for barnets søvn ved 6-12 måneder, hvordan kartlegger du hva som er problematisk for dem?

- a. Har du gjort deg opp noen erfaringer eller meninger om hvilke bekymringer foreldre har relatert til barnets søvn som går igjen blant spedbarnsforeldre?
- b. Hva vektlegger du i møte med foreldre som opplever barnets søvn som et problem? (foreldres opplevelse, forskning, motiverende intervju, Empowerment?)

Rammevilkår og kunnskap

4. Hvilke rammevilkår har du for å få kunnskap om søvnveiledning på helsestasjonen?
 - a. Er det noe du skulle ønske var annerledes?
 - i. Hvorfor, på hvilken måte?
5. Kan du fortelle litt om hva som danner grunnlaget for hvordan du gir søvnveiledning til foreldrene?
6. Vil du fortelle hvilke metoder du pleier å benytte for å forbedre barnet søvn du benytter oftere enn andre?
 - a. Har du erfaring og kunnskap med både planmessig og intuitiv omsorgsstil i forhold til søvnveiledning? (utdyp dersom det blir nødvendig)
 - b. Hvordan kartlegger og vurderer du hvilken metode eller hvilke tiltak du vil formidle til familien?
 - c. Hva er det med foreldre som får dette til å fungere bra og hva er det med de foreldre der dette ikke fungerer bra?
 - d. Har du egne tanker om hva som de beste metodene for å fremme barnets søvn?

Mottakelse av veiledning og utfordringer

7. Hvordan opplever du at foreldrene tar imot veiledningen?
 - a. Erfarer du at foreldrene implementerer rådene og veiledningen som er blitt gitt?
 - b. Har du eksempler på tilbakemeldinger du har fått av foreldre som du har gitt søvnveiledning til?
8. Hvilken betydning tenker du at din rolle har for å problem relatert til barnets søvnmønster?
 - a. Hvilke utfordringer ser du med å gi søvnveiledning til foreldre med barn på 6-12 mnd?

9. Har du noe du vil tilføye med tanke på de temaene vi har vært inne på, eller noe annet du har kommet på underveis som du ønsker å dele?

Avslutning

1. Nå skruer jeg av lydopptaket.
2. Dataene er nå lagret i nettskjema ved Universitetet i Oslo etter gjeldende databehandleravtale med Universitetet i Stavanger. Jeg vil transkribere intervjuet og slette lydopptaket så fort transkriberingsprosessen er ferdig. Det transkriberte intervjuet vil anonymiseres og lages med nummer
3. Dersom du kommer på noe du vil formidle i etterkant må du gjerne ta kontakt med meg på tlf eller epost.
4. Tusentakk for bidraget, jeg setter stor pris på din deltakelse.

«Hjelpearke» - liste over generelle innledninger til oppfølgingsspørsmål dersom det blir behov for det

Følgende åpningsfraser kan benyttes gjennom intervjuet ved behov

1. «Du sier at...»
2. «Vil du si noe mer om det...»
3. «Jeg merker at du har mange tanker rundt dette.. kan du fortelle meg mer..»
4. «Hva legger du i det...»
5. «Har du andre tanker rundt dette..»
6. «Hvorfor tror du det er slik..»
7. «På hvilken måte..»
8. «Hva tror du det kan komme av...»

Forfatterinstruks

Velkommen som bidragsyter til Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

Tidsskriftet er et tilbud til nordiske lesere innenfor helsefaglige miljøer, og til forskere innen helsefagene som ønsker å publisere egen forskning.

Tidsskriftet holder en bred fagprofil som reflekterer forskning og utviklingsarbeid ved nordiske helsefagutdanninger og praksisfelt. Tidsskriftet publiserer fagfelle-vurderte, vitenskapelige artikler og eller vitenskapelige essays. Tidsskriftet har knyttet anerkjente forskere på professor, dosent- og første nivå til vurdering og referee-bedømming av artiklene. Tidsskriftet tar også inn fagartikler og faglige utviklingsarbeider. Vi tar også imot kronikker, bokanmeldelser og debattinnlegg.

Alle innsendte tekster blir vurdert av ansvarlig redaktør og fagredaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom vitenskapelige manuskript vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, blir det vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle. Fagartikler og faglige utviklingsarbeider sendes ikke til fagfellevurdering, men vurderes av redaksjonen.

Det er ansvarlig redaktør som til slutt avgjør om en vitenskapelig artikkel, essay, fagartikkel eller annet kan publiseres. De innsendte manuskriptene må være originale. Manuskriptene blir rutinemessig kjørt gjennom en plagiattkontroll.

Tidsskriftet forholder seg fra høsten 2021 til innførte retningslinjer til universell utforming: (For nærmere informasjon, se [Microsoft-veiledningen om hvordan gjøre Word-dokumenter tilgjengelige](#) for personer med funksjonsnedsettelse.)

Kriterier for forfatterskap

Bare forfattere som tilfredsstill kravene til forfatterskap, kan oppføres som medforfattere av en artikkel. Forfatterskap skal tilfredsstill ICMJE (The International Committee of Medical Journal Editors) med norsk oversettelse av: Nylenna, M. Medforfatterskap i medisin og helsefag (Sist oppdatert: 8. september 2014). De nasjonale forskningsetiske komiteene. Tilgjengelig på: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Medforfatterskap/Medforfatterskap-i-medisin-og-helsefag/>

Enhver forfatter skal ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta et offentlig ansvar for innholdet.

For medforfatterskap kreves også at samtlige forfatterne oppfyller Vancouverreglene:

1. a) Vesentlig bidrag til ide og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data.
2. b) Utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.
3. c) Godkjenning av artikkelversjonen som skal publiseres.
4. d) Enighet om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon og integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt og løst.

Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt kan presiseres. Slik takk forutsetter at de aktuelle personer har samtykket. En slik takk legges inn ved en ev. publisering, ikke ved innsending, pga anonymisering.

Bekreftelse

Bekreftelse på at manuskriptet er mottatt og antatt /ikke antatt sendes til korresponderende forfatter.

Artiklene og essayene publiseres fortløpende.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning betaler ikke ut forfatterhonorar.

Språk og form

Bidragene skal skrives på et skandinavisk språk, det vil si norsk, svensk eller dansk. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning gir ikke språkvask, men forutsetter at forfatterne har hatt en kritisk gjennomgang av språket og korrekturlest manuskriptet før innsending og publisering.

Selve innsendingsprosessen

For å sende inn et manuskript, gå til [Online innsending av manuskript](#). Er du en ny bruker, husk å hake av for rollen **Forfatter** under registreringen. Tekster sendes inn som wordfiler, ikke pdf.

Forfatter legges inn etterspurte metadata ved innsending:

- Navn i korrekt rekkefølge for publisering med ev. titler på forfatter eller forfattere, tilhørighet, orcidnr om du har dette, samt epostadresse.
- For artikler og essays: en kopi av det skandinaviskspråklige sammendraget og nøkkelord fra selve manuskriptet.
- Engelsk tittel, abstract og keywords legges inn i dialog med redaksjonen før en ev. publisering

Anonymisering av tekster som skal sendes til fagfellevurdering¹

- Navn legges ikke inn på dette stadiet.
- Gjenkjennbare tekstelementer slik som prosjektnummer fra NSD, stedsnavn eller referering til egne publikasjoner skal ved innsending fjernes i selve manuskriptet. Dette erstattes foreløpig med ("anonymisert").
- Informasjon om forfatternavn som finnes under «fil/informasjon» i word-fila fjernes før innsending.
- Navn, tilhørighet, korrekte henvisninger og andre gjenkjennbare detaljer legges inn igjen i manuskriptet i dialogen med redaktørene før en eventuell publisering.

Notat til redaktøren legges inn i publiseringsverktøyet og skal inneholde følgende:

- Hvilken sjanger bidraget er skrevet innenfor: -forskningsartikkel, vitenskapelig essay, fagartikkel eller annet. Dette skal også stå på første side i manuskriptet.
- Eventuelt referansenummer fra behandlingen i REK og eller NSD, samt anonymiserte egne publikasjoner som er benyttet i teksten og referert til.

Manuskriptets utforming:

Last ned og legg manuskriptet inn i [tidsskriftets Word-mal](#).

Lengden på manuskriptet bør ikke overskride 5000 ord for vitenskapelige fagfelle-bedømte artikler og essays. Andre bidrag bør ha en lengde mellom 2000 og 5000 ord. Sammendrag og litteraturliste regnes ikke med i omfanget av artikkelen.

Alle tekster, inkludert figurer, tabeller og referanser, leveres i Times New Roman font 12 linjeavstand 1.5 pt. Venstre og høyre marg, topp- og bunnmarg skal alle være 3,5 cm. Innbindingsmarg skal være 0,5 cm.

Tidsskriftet benytter tre nivå overskrifter. For overskrifter skal forfatter bruke Word-stiler som oppgitt i [malen](#).

¹ Jeg har ikke anonymisert manuskriptet i min masteroppgave, slik som beskrevet i forfatterveiledningen, men vil gjøre det hvis oppgaven skal sendes inn

Sammendraget

Vitenskapelige artikler, essays og fagartikler skal ha et sammendrag på maksimum 150 ord på det skandinaviske språket teksten skrives i.

Under sammendraget skal forfatterne foreslå på 3-6 nøkkelord som synliggjør innholdet i artikkelen og essayet. Nøkkelordene (separert med komma) skrives på artikkelens originalspråk i selve manuskriptet.

Både sammendrag og nøkkelord settes også inn i «metadata» i publiseringsverktøyet ved innsending. Engelsk tittel, abstract og keywords legges inn i metadata i dialog med redaksjonen før ev. publisering.

Generelt i teksten

Manuskriptet skal ikke ha innrykk (unntatt ved sitater over tre linjer), tabulator, understreking, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskriften. Manuskriptet skal heller ikke ha sideskift og tomme linjer mellom avsnitt.

Sitater inntil tre linjer settes inn som en del av hovedteksten – med stilen «Normal», i kursiv. Sitater over tre linjer har stilen «Sitat».

Tabeller, figurer og bokser

Tabeller, figurer eller bokser plasseres inn i manuskriptet av forfatter. Tidsskriftet tar imidlertid forbehold om at tabeller og figurer kan flyttes av redaksjonelle hensyn. Tabell- og figurnavn settes inn som nummerert bildebeskrivelse og ulike typer nummeres uavhengige av hverandre. Vær oppmerksom på proporsjonene i tabellen slik at den passer inn i tidsskriftets Word-mal. Er det mye innhold i tabellen, kan du tilpasse ved å benytte mindre font. Tabeller bør ha en enkel struktur (uten delte/sammenslåtte celler) og presenteres på en oversiktlig måte.

For å ta hensyn til kravene til universell utforming (for brukere med nedsatt syn) skal informasjonen i kolonneoverskriften være formatert som overskriftsrad. Tabeller skal av samme grunn ha alternativ tekst i henhold til universell utforming. Høyreklikk på tabellen og velg «Rediger alternativ tekst». Skriv inn en kort beskrivende tekst som forteller om innholdet i tabellen.

Bilder

Det er egne opphavsrettigheter for fotografier og andre bilder. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning publiserer ikke fotografier og andre bilder uten at det foreligger skriftlig tillatelse fra rettighetshaver. Det vil si den som er opphav til bildene.

Litteraturhenvisninger

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten. Bruk overskriften Litteratur med stilen «kilder» slik det er beskrevet i [malen](#). Tidsskriftet har til og med 2021 brukt referansestilen APA 6th i artiklene, men benytter fra nyttår 2022 stilen APA 7th.

Utforming av referanser med gode eksempler finner du på nettstedet [Kildekompasset](#)

Om du bruker EndNote, kan stilen (for norsk bokmål) lastes ned fra <https://uit.no/ub/skrive/endnote#linje5>. Du kan også finne hjelp til bruk av stilen her: https://uit.no/ub/skrive/art?p_document_id=429864

Referansene i litteraturlista skal alltid inkludere DOI (Digital Object Identifier) for kildene som har dette. DOI skal være en klikkbar URL, og plasseres sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du bruke [dette gratis verktøyet](#) for å finne ev. DOI.

Anonymiserte referanser fra egne publikasjoner som gjør forfatter gjenkjennbar skal bare tas ut, ikke merkes i den alfabetiske litteraturlista, men i selve artikkelteksten merkes manglende referanse med (anonymisert). Både i tekst og litteraturliste legges referansene tilbake ved en ev. publisering.

Noter og appendikser

Bruk fotnoter, ikke sluttnoter. Notene skrives med arabiske tall (1,2,3 osv.). Ikke bruk flere noter enn strengt nødvendig. Noter bør i første rekke innarbeides i teksten. Unngå appendikser.

Revideringsprosessen

Ved en fagfellevurdering må det påregnes en til flere runder før en endelig avgjørelse blir tatt. Denne prosessen med nye versjoner og kommentarer mellom partene foregår i selve publiseringsverktøyet. Både fagredaktører og forespurte fagfeller gjør dette arbeidet på frivillig basis og det kan derfor ta noe tid før prosessen er gjennomført.

Forfatter besvarer fagfellenes anmerkninger på en strukturert, gjerne punktvis måte. Reviderte manuskript lastes opp som beskrevet i publiseringsverktøyet under «revideringer», gjerne med revideringer/ny tekst i rødt: husk også anonymisering av nye opplastede versjoner under «fil»/»informasjon».

Før publisering:

Før siste innsending før artikkelen/essayet blir publisert, må teksten være i tråd med kravene beskrevet ovenfor og følgende være på plass:

- Malen skal være fulgt med utforming, toppetekster og bunntekster med beskrevet innhold.
- Artikkelen eller essayet skal være korrekturlest.
- Engelsk tittel, abstract og keywords sendes til redaktøren i kommentarfeltet i publiseringsverktøyet for innlegging i metadata (som forfatter kun har tilgang til å skrive i ved innsending)
- Sjekk at det tidlig innsendte sammendraget i metadata og endelig versjon i artikkelen/essayet stemmer overens.
- Sjekk at forfatterrekkefølge og -informasjon stemmer
- Legg inn anonymiserte data i teksten: forfatternavn, ev. NSD-/REK-prosjektnummer, egne publikasjoner som det refereres til: i tekst og i litteraturlista.

Utviklingsarbeider i helsefagene

Kategorien "Utviklingsarbeider i helsefagene" har i hovedsak vært benyttet for fagartikler. Fra 2021 vil Nordisk tidsskrift for helseforskning kanalisere manuskripter i kategorien fagartikler under sin egen seksjon med samme navn.

Erklæring om opphavsrett

Forfattere som publiserer i dette tidsskriftet aksepterer følgende vilkår:

- a. Forfattere beholder opphavsretten til sine verker, og gir tidsskriftet rett til første publisering av verket, som samtidig lisensieres under en [Creative Commons Attribution License](#) som tillater andre å dele verket under forutsetning av at opphavsmannen og den opprinnelige publiseringen krediteres.
- b. Opphavsmenn kan inngå separate tilleggsavtaler om ikke-eksklusiv distribusjon av den publiserte utgaven av sine artikler (f.eks. avgi den til et institusjonelt vitenarkiv) så lenge dette tidsskriftet blir kreditert som første utgiver.
- c. Opphavsmenn tillates og oppmuntres til å gjøre sine verk tilgjengelig på internett (f.eks. i institusjonelle vitenarkiver eller på egne hjemmesider) før og under behandlingen av manuskriptet i tidsskriftet, da dette kan lede til fruktbare meningsutvekslinger såvel som til tidligere og mer sitering av verkene (se [The Effect of Open Access](#)).

Erklæring om personvern

Navn og e-postadresser som avgis til tidsskriftet på dette nettstedet vil kun bli benyttet til de formål de er innsamlet, og vil ikke bli gjort tilgjengelig for andre formål eller andre personer.