

Fedrar sine opplevingar av å delta på søvnkurs for små barn i regi av helsestasjonstenesta i Karmøy

ANE WILHELMSEN-LANGELAND^{1,2} & ANE ENGLAND¹

¹ Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet, Bergen

² Divisjon psykisk helsevern, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen

NY VITENSKAP

FAGFELLE- VURDERT ARTIKKEL

Introduksjon

God søvn i småbarnsperioden er viktig for kognitiv og psykososial utvikling samt fysisk vekst, og er ein av dei mange komplekse oppgåvene knytt til foreldrerolla. Korleis foreldra handterer desse utfordringane kan påverke utviklinga til barnet deira (1). I ein norsk systematisk oversiktsartikkel blir det presentert at tjue prosent av barn på seks månadar vaknar opp tre eller fleire gonger i løpet av natta, ti prosent av toåringane brukar meir enn tretti minuttar på å sovna, og at tjue prosent av fireåringane har utfordringar med søvn (2). For lite og for dårleg søvnkvalitet vert kopla til psykiske helseproblem hos foreldra, i tillegg til at det kan påverke utvikling hos barnet (2). Foreldre som kjenner på eit høgt stressnivå, tyr lettare til lite effektive og avvisande foreldrestrategiar (3).

Ved helsestasjonar i Noreg vert det tilbode søvnrettleiing i alderen 0-5 år. I den nasjonalfaglege retningslinja for det helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeidet i helsestasjonen, skulehelsestenesta og helsestasjon for ungdom, kjem det fram at helsesjukepleiarar kan gi støtte til foreldre ved spørsmål om søvnvanar hos barna (4). I ein kvalitativ studie gjennomført i Noreg i 2022, vart både mødrer og helsesjukepleiarar intervjuar om søvn. Mødrene fortalte at dei hadde ei oppleving av at søvn ikkje var prioritert på konsultasjonane (5). Samstundes fortalte helsesjukepleiarane at deira eiga utdanning om søvn var mangelfull og at dei sjeldan gav forskingsbasert rettleiing, men heller lente seg på egne erfaringar. I ein norsk kartleggingsoversikt frå 2022 fann forskarane at mødrene ønska kunnskapsbaserte råd, støtte i å etablere realistiske forventningar og å ta val basert på familien sine behov (6).

Trygg tilknytning handlar blant anna om å hjelpe barn med vanskelege kjensler, og å støtte dei (7). Dei grunnleggande behova hos småbarn er beskyttelse og omsorg, og å undersøkje og meistre verda (7). Tilknyttinga mellom foreldre og barn oppfyller viktige biologiske funksjonar. For at menneske skal kunne overleve, har spedbarnet trengt slik beskyttelse (9). Når søvnutfordringane vert så omfattande at barnet ser ut til å lide under dei, for eksempel ved at det blir svekka i å fungera på dagtid, eller når foreldra sin søvn blir svekka slik at deira omsorgsevne vert redusert, er det aktuelt å ta i bruk systemiske behandlingsmetodar for søvnutfordringane (8).

Søvnkurs på Helsestasjonstenesta i Karmøy

Helsestasjonstenesta i Karmøy kommune har dei siste tretti åra arrangert søvngrupper for foreldre til småbarn med søvnvanskar (7 månader – 2 år) i kommunen (9). Symptom på søvnvanskar hos barn er mellom anna at barnet kan ha raserianfall ved legging, det tek meir enn tretti minuttar å legge barnet eller barnet vaknar opp fleire gonger i løpet av natta. Søvngruppene finn stad i eit roleg lokale utan barn og telefonar, det er tre til fire foreldrepar per gruppe og kurset består av to samlingar med nokre veker mellomrom (9). Dei som har gjennomført metoden ei veke, deler sine erfaringar med nye deltakare. Sentrale element i søvngruppene er søvntrening og den gylne timen.

Søvntrening og den gylne timen

Foreldra set opp mål og forventningar for barnet sitt (til dømes at barnet skal sove mellom bestemte klokkeslett, at barnet skal sove gjennom natta eller sovne av seg sjølv). Den gylne timen er ein times samvær med barnet fylt med omsorg før legging der

skjerm og besøk skal unngås, slik at barnet får foreldra si fulle merksemd og at det er ei naturleg nedtrapping av inntrykk før leggetid. Den gylne timen byrjar med eit felles måltid, etterfølgd av roleg lek som til dømes å lese ei bok før kveldsstellet, for å skape ein positiv forventning om å sove godt (9). Under legginga skal foreldra roleg og varmt skru ned tempoet. Foreldra vert oppfordra til å bruke relativt kort tid på soverommet, til dømes kan ein synge ein song saman med barnet også sei «No skal (barnets namn) sove».

Foreldra skal sjå til barnet kvart femte minutt til barnet har sovna, som er i tråd med ekstinksjon, der tidligere betingede responser knyttet til leggetid skal avlærast (8). Her har ein sett eit fast (ikkje-aukande) tidsintervall frå barnet signaliserer til det vert gitt respons. Intervallet vert sett ut i frå barnets alder og utviklingsnivå. Det vert tilrådd å ta barnet opp til same tid kvar morgon for at det skal lære seg den indre søvnklokka (9). Kurshaldarane reflekterer saman med foreldra kring ulike årsaker til gråt og tolking av desse. Barnet skal vere trygg på at foreldra er i nærleiken og passar på (9).

Denne typen søvntrening har ikkje vist å gi ugunstige stressresponsar hos barnet på kortisol-målingar, ei heller skadelege langtidseffektar i tilknytning på eitt-årskontrollen mellom foreldre og barn, eller i barnet sine kjensler og oppførsel som følge av intervensjonane (10). Denne metoden skal berre brukast dersom barnet er friskt (8).

Kunnskapshull

Det finnas lite kunnskap om fedrane sine opplevingar og erfaringar med å ha barn som strevar med søvn (5, 11). Helsestasjonstenesta i Karmøy kommune har «sett søvn i system», og har samstundes fokus på å involvere begge foreldre. I denne studien hadde vi difor som føremål å undersøkje erfaringane til fedrane ved hjelp av følgjande forskningsspørsmål: Korleis opplever fedrar å ha barn som strevar med søvn? Kva erfaringar har dei etter å ha delteke på søvnkurs i regi av Karmøy kommune?

Metode

Denne studien var ein masteroppgåve og blei gjennomført av ein masterstudent (andreforfattar) i helsesjuepleie under rettleiing (av førsteforfattar). For å besvare forskningsspørsmålet valde vi eit kvalitativt forskingsdesign. Studien har eit utforskande design, og spørsmålsstillinga i studien er inspirert av fenomenologi, der ein ønskjer å forstå sosiale fenomen ut i frå aktørane sine eigne perspektiv og skildre verda slik den vert opplevd av informantane (12-14).

Utval og rekruttering

Forskingsspørsmålet krev at informantar har opplevd å ha barn som har streva med søvnen, og som har delteke på søvnkurs. Inklusjonskriteria i studien var: i) Far har delteke på søvnkurs i regi av Karmøy kommune det siste året, ii) Barnet skal ha vore i alderen sju månadar til to år då søvnvanskane føregjekk, iii) Far snakkar flytande norsk. Kursansvarleg helsesjuepleiar delte ut informasjonsskriva til 12 fedrar som deltok på kurs i 2024. Åtte fedrar tok kontakt over e-post.

Datainnsamling

Semistrukturerte intervju med fedrane blei gjennomført for å utforske deira opplevingar. Det vart utarbeida ein intervjuguide som vart bygd opp for å undersøkje fedrane sine opplevingar og erfaringar med å ha barn som strevar med søvn, og erfaringane dei har gjort seg ved å delta på søvnkurs. Intervjua vart tekne opp på lydfil. Intervjua vart transkribert ordrett via autotekst eller manuelt.

Etikk

REK Vest vurderte at prosjektet fall utanfor REK sitt mandat etter helseforskningslova (REK-referanse 771122). Deretter vart prosjektet vurdert av Kunnskapssektorens tenesteleverandør (Sikt) med tanke på personvern. Før intervjuet starta, samtykka alle skriftleg til å delta i undersøkinga og blei informert om at det var mogleg å trekke samtykket sitt når som helst, frem til masteroppgåva var levert. Lydfiler, informasjon om informantane og transkriberte intervju blei oppbevart på Høgskulen på Vestlandet (HVL) sin sikre forskingsserver SILAF.

Dataanalyse

Intervjua vart analyserte ved hjelp refleksiv tematisk analyse av Braun og Clarke (15). Styrken ved denne analyseforma er at den er fleksibel, og kan potensielt gi eit rikt og detaljert bilete av komplekse data (15). Det er seks fasar i refleksiv tematisk analyse; 1) Bli kjent med datasettet, 2) Generere kodar, 3) Leite etter tema på tvers av kodane, 4) Sjå over tema på nytt, 5) Definere og namngi tema og 6) Produsere analysen (16). Tema tek utgangspunkt i dei innsamla data som byggjer på orda til informantane, forskningsspørsmålet, innsikt og kunnskap (16). Braun og Clark syner til at ein i den første fasen blir kjent med datasettet ved at ein gradvis fordjupar seg i materialet (15). I denne fasen transkriberte masterstudenten intervjua frå lydfil til heiltekst. Ho las gjennom heiltekst-intervjua og fekk eit tydlegare inntrykk av innhaldet i datamaterialet. I fase 2 jobba masterstudenten detaljert gjennom datamaterialet. I utskrifta av heiltekst til alle intervjua markerte ho meningsfulle, relevante og interessante

Det finnas
lite kunnskap
om fedrane sine
opplevingar og
erfaringar med å ha
barn som strevar
med søvn.

kodar i teksten med ulike fargar ut i frå meiningsinnhaldet. Ho koda heile datasettet systematisk. Deretter vart kodane klipt ut i fase 3 frå dei einskilde intervju og sortert i grupper basert på meiningsinnhaldet (15). Kvar kode var merka med informantnummer. Utviklinga av tema er ein aktiv prosess. Temaa vart utvikla av masterstudenten i samråd med rettleiar. I fjerde fasen blei det vurdert korleis dei potensielle temaa passa saman med innsamla data og kor godt den samla analysen fungerte (15). Tittel på tema utvikla seg etter kvart som forfattarane blei betre kjent med innhaldet og etter diskusjonar mellom dei. Ved slutten av denne fasen definerte vi tre hovudtema med tilhøyrande undertema. I den femte fasen finjusterte masterstudenten analysen slik at kvart tema var tydeleg avgrensa og bygd rundt ei kjerne. Denne fasen kjem fram i resultatdelen, der det er summert opp kvart tema og undertema. I denne fasen har også rettleiar bidrege til tolking og kvalitetssikring av tema. I den sjette fasen flettast den analytiske forteljinga saman med overtydande og levande utdrag frå datasettet for å svare på forskingsspørsmålet (15).

Resultat

Alle fedrane budde saman med mor til barnet dei hadde vore på søvnkurs med. Alle fedrane var i arbeid og hadde mellom eitt til fire barn (sjå tabell 1). Nokre hadde arbeid som medførte at dei var vekke frå familiene i periodar på opptil eit par veker i gongen.

Tema 1: Betre kjent med barnet

I forkant av kurset gav fleire av fedrane uttrykk for at dei ikkje kunne avlaste mor, og at mykje fall på mor då barnet hadde utfordringar med søvnen. Fleire fortel at mellom anna amming har gjort det vanskeleg for dei å avlaste mor. Dei fortel at det i større grad er same kven som tek legginga etter kurset, i forhold til tidlegare. Informant 2 uttrykker det slik «... Eg vil påstå at eg har meir kommunikasjon med ungen etter søvnkurset». Informant 7 fortel at «Det er blitt meir likestilt på den fronten no (ref. leggesituasjon). Og hen ser kanskje meir på meg som ein tryggleiksperson i legginga på ein måte». Fleire av fedrane ser på den «gylne timen» som eit godt tiltak. Både for sovesituasjonen og for å roe ned, men også for å skape ein fin atmosfære i familien og for å bli betre kjent med barnet sitt. Fleire fortel at dei ser lite til barna sine i løpet av dagen. Dei fortel at jobb og barnehage tek mykje av tida. Når dei kjem heim skal det etes både middag og kveldsmat. Informant 4 uttrykte det slik:

«Det er jo faktisk den tida du får med ungane på kvelden. Du ser dei jo ikkje så mykje i løpet av dagen... den gylne timen er faktisk utruleg kjekk. [...] At det ikkje er grining, hyling eller slåssing, er noko eg set pris på kvar dag.»

Tabell 1: Informasjon om informantane.

	Alder	Antal barn	Møteform	Varighet
Informant 1	30	2	Telefon	21 min
Informant 2	31	3	Telefon	19 min
Informant 3	Ukjent	3	Video	32 min
Informant 4	35	4	Video	20 min
Informant 5	37	1	Telefon	15 min
Informant 6	30	1	Telefon	18 min
Informant 7	Ukjent	1	Telefon	21 min
Informant 8	33	2	Video	23 min

Gjennom dataanalysen kom vi fram til tre hovudtema: 1) Betre kjent med barnet, 2) Frå skytteltrafikk til fritid og 3) Frå skepsis til tryggleik.



Det er viktig å notere seg at nokre av fedrane som skulle ta legginga dei første kveldane fortel om ei anna oppleving. Dei fortel det var tøft å høyre på gråten i starten av intervensjonen, og at dei følte seg som «verdas dårlegaste foreldre». Dette endra seg for alle bortsett frå ein, etter kvart som barnets søvn ble betre.

Tema 2: Frå skytteltrafikk til fritid

Fleire fortel at søvnutfordringane påverka korleis dei fungerte på dag- og kveldstid. Informant 1 skildra det slik: «Det har gjort til at vi har hatt lite energi på kveldane, og mindre kapasitet til å ta vare på forholdet og kvarandre». Fleire fortel om kjensler som håpløys, frustrasjon og desperasjon etter hjelp i tida då dei hadde utfordringar med søvnen. Dei fleste fedrane peiker på verdien av å ha kveld og eigentid saman med sambuar eller ektefelle:

«Det vart jo lite familieliv, vertfall oss to åleine på kvelden. Det blei det jo på ein måte heilt slutt på. Så var det jo alltid ein av oss som heldt på med legginga og som blei liggande inne på rommet. Me såg jo kanskje ikkje kvarandre før neste morgon». Informant 5

Fleire gav uttrykk for at det å få kvelden tilbake var noko av det viktigaste for dei. Informant 7 uttrykte at «før så sprang me jo, 'det er din tur, no er det din tur' fem-seks gonger frå sju til elleve før me skulle leggje oss».

Fleire av fedrane fortel også at lite søvn over tid påverka korleis dei handterte utfordringar i løpet av dagen. Nokre fortel om opplevinga av å ha «kortare lunte», redusert toleranse og tolmod, i tillegg til at dei lettare hamna i «småkranglar» med sambuar eller ektefelle. Dei fleste fortel at søvnkurset og intervensjonen har påverka kvardagslivet deira i ei positiv retning. Informant 5 uttrykte det slik: «Det har blitt ei heilt ny verd etter kurset eigentleg. Både forholdet vårt og at den vetle er nøgd og smilande.» Informant 7 fortalte: «Eg vil seie 90 prosent av problema er vekke eigentleg». Dei fleste fortel at søvnutfordringane i stor grad er borte etter ei veker tid.

Tema 3: Frå skepsis til tryggleik

Dei fleste fortalte om positive erfaringar ved å ha delteke på kurset og seier dei anbefaler kurset til vener og kjende som står i liknande situasjonar. Informant 5 poengterte kor viktig det er at begge foreldre møter opp på kurs og får den same informasjonen: «...dersom eg ikkje hadde vore med på kurset, og berre ho hadde gått og kome heim og fortalt dette her, så hadde eg ikkje følt meg trygg på det». Fleire av informantane fortalte at dei eller sambuar/ektefelle var skeptiske til å delta. Informant 7 uttrykte det slik:

... ho var jo veldig skeptisk til dette søvnkurset og tenkte det var ein skrikekur, og at det ikkje passar i vår familie, og sånn eg vil ha det. Også fekk eg ho med på det første møtet, også blei ho eigentleg med det same overtydd om at dette skulle me gå all inn på og prøve».

Fleire karakteriserte støtta frå helsesjuekepleiarane som unik. Informant 8 fortalte: «... Ho vil me skal lukkast. Ho vil gjere det ho kan for at me skal lukkast. Og meir enn at det berre er ei oppgåve fordi ho har fått den. Og det... det hjelper veldig på». Fedrane fortalte at dei fekk auka tillit til opplegget og helsesjuekepleiarane allereie etter første kurskveld. Fleire gav uttrykk for at skepsisen var snudd, og at dei var overtydd om å investere tid og energi i intervensjonen. Informant 7 uttrykte det slik:

... med tanke på korleis du snakkar med barnet om søvn, at barna forstår mykje meir enn me trur. Å snakke positivt om søvn og alt dette her. Ja, så lærte me jo at det ville bli tøft dei første kveldane med søvnkurs, men skrikinga, den påførte ikkje barnet noko meir stress enn det å ha oppbrota søvn i følgje nokre studiar me fekk presentert. Og det var jo interessant».

Fleire av fedrane sa det var nyttig og motiverande å vere med i ei gruppe. Dei trakk fram at det å høyre at søvnutfordringane for mange var løyst etter tre til fire netter, gjorde at dei såg kor fort situasjonen kunne betre seg. Informant 1: «det var lettare å motivere seg for ei beinhard eller skikkeleg tøff natt når ein såg for seg at det berre var snakk om to-tre-fire netter som var tøffe, før det vart betre». Sju av åtte fedrar fortalte om at både innsovninga var blitt raskare og at tal på oppvakningar i løpet av natta var blitt redusert.

Informant 3 fortel imidlertid om ei krevjande tid under og etter søvnkurset og at dei ikkje har hatt positive opplevingar med intervensjonen. Han fortel om håpet dei fekk då dei hørde andre sine opplevingar lagt fram i kurset, og tanken om at dette ville vere ein «mirakelkur». Han fortel at dei ikkje har hatt positive opplevingar med intervensjonen og at barnet sitt søvnmonster ikkje er påverka i positiv retning under eller i etterkant. Det å vere del av ei gruppe gjorde at han tvilte endå meir; «kva er det me gjer feil? Er me ikkje flinke nok?». Denne faren trekte fram at det også er viktig å snakke om og vere open på at intervensjonen ikkje fungerer for alle. Han fortel at når ein ser det fungerer for «alle andre», men ikkje dei, så dukkar det opp bekymringar som «kva gjer me galt? Feilar det barnet vårt noko?».



Diskusjon

Denne kvalitative studien syner at sju av åtte fedrar hadde positive erfaringar ved å delta på søvnkurs. Fedrane skildra ei utfordrande tid med manglande søvn i forkant av søvnkurset. Dei fleste fedrane fortel om kurset som ein god sirkel, der dei har meir overskot i etterkant. Dei fortel om ei tettare tilknytning til barnet sitt i etterkant av søvnintervensjonen, og dei kjenner seg meir som ein tydeleg omsorgsperson ovanfor barnet og større tryggleik i farsrolla og i kva som fungera når det gjelder søvnrutinar.

Eit tydeleg rammeverk barn

Alle fedrane fortalde at dei etter første kurskveld var motivert til å byrje med søvnintervensjonen. Fedrane understreka at helsesjukepleiarane tydeleg hadde kunnskap om det dei formidla, og at kunnskapen var basert på forskning. Dette er i tråd med tidlegare studiar der kompetanse etterlysast, der det er avdekka at råda foreldra får kan vere lite konsekvente og føreseielege samt basert på egne erfaringar heller enn evidens (5, 17), det at ekstinksjon er ein

effektiv metode mot søvnlausheit hos barn, som ikkje medfører uønskta konsekvensar (8), var noko fedrane satt pris på å få kunnskap om før dei gjekk i gang med intervensjonen. Dette stemmer overeins med funn frå ein studie som intervjuar mødrer der forskarane konkluderte med at kunnskapsbaserte råd og det å etablere realistiske forventningar, var det mødrene ønskja (6).

På kurset lærte fedrane seg å snakke positivt om søvn og legging med barnet. barnet ønskja å vere.

Tryggleik i farsrolla

Det å gi barna ei forventning om at senga er ein trygg stad, er viktig for små barn. På kurset lærte fedrane seg å snakke positivt om søvn og legging med barnet. Dei skulle forsøke å etablere ei kjensle av at senga var ein trygg og god stad der barnet ønskja å vere (9). Som vist i resultatdelen, fekk fedrane tydeleg kommunisert at gråten ikkje påførte barnet noko meir stress enn det å ha oppbrota søvn. Dette gav dei tryggleik til å stå i intervensjonen til barnet fekk betre søvn. Dette frigjev tid til å ha det meir hyggeleg saman og mange opplevde også å få ein nærare kontakt med barnet etter intervensjonen. Nokre fortalte at det opplevde å være meir likestilt når det gjaldt

kontakten med barnet etter søvnkurset og at dei var meir deltakande i det daglege som far etter søvnkurset. Det ligg truleg et stort potensiale i å redusere søvnvanskar i småbarnsalderen da tidlegare forskning har vist at søvnvanskar i tidleg skolealder ofte ser ut til å vara inn i tenåra (18).

Styrker og svakheiter ved studien

Studien er den første kvalitative studien i Norge som rapporterer fedre sine erfaringar med søvnkurs på helsestasjon, noko som er en stor styrke ved studien. Ein svakheit ved utvalsmetoden er at det var kurshaldar som tok kontakt med aktuelle informantar. Det kan tenkjast at informantane følte at dei skulda kurshaldar å delta. Personar som ikkje er villige til å delta, kan oppleve utfordrande sider ved fenomenet som blir studert (14). På den andre sida var det også ein far som delte negative erfaringar med intervensjonen. Hans oppfatningar var med på å nyansere biletet.

Studien inkluderte ei relativt homogen informantgruppe. Fedrane som er inkluderte i studien snakket alle norsk. Alle var i arbeid, dei fleste var i trettiåra og budde saman med barnets

mor. Meir variasjon i kulturell- og sosioøkonomisk bakgrunn ville berika studien. Søvnintervensjonar og å sette grenser frå tidleg alder er noko som ofte vert sett i vestleg kultur, men vert gjerne ikkje sett på som den beste foreldrestilen i andre kulturar (5).

Konklusjon

Denne kvalitative studien viser at fedrane opplevde søvnvanskar hos barna som krevjande og at meinte dei var mindre delaktige i barnets liv enn mor da barnet hadde søvnvanskar. Fedrane opplevde det å delta på søvnkurs som viktig for dei sjølv, men også for heile familien og at dette styrka relasjonen med barnet, men også med barnets mor då det frigav tid. Dei fleste fedrane fortel at dei tilrår kurset til vener og kjente, og at dei ikkje ville ha vore forutan tilbodet. Denne kvalitative studien peiker på nytten i et strukturert kursopplegg som hjelp til familiar der små barn har store søvnvanskar. Vidare forskning kunne sett på effekten av dette kursopplegget over tid, både på relasjon/tilknytning mellom fedra og barna, men også på effekten på søvnutfordringane hos barna over tid.

REFERANSER

1. Wilhelmsen-Langeland A, Aardal H, Hjelmseth V, Fyhn KH, Stige SH. An Emotion Focused Family Therapy workshop for parents with children 6-12 years increased parental self-efficacy. Emotional and Behavioural Difficulties. 2019;1-13.
2. Drozd F, Leksbo TS, Størksen HT, Wilhelmsen CEW, Slinning K. An overview of reviews for preventing and treating sleep problems in infants. Acta Paediatr. 2022;111(11):2071-6.
3. Ansar N, Nissen Lie HA, Stiegler JR. The effects of emotion-focused skills training on parental mental health, emotion regulation and self-efficacy: Mediating processes between parents and children. Psychother Res. 2023;1-20.
4. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Helsedirektoratet; 2017.
5. Pettersen Sandtrø H, Glavin K, Størksen HT, Smogli Holter MT, Drozd F. Mothers and public health nurses' experiences of sleep problems in children aged 6 months to 3 years: A qualitative study. J Clin Nurs. 2023;32(15-16):4852-67.
6. Landsem IP, Cheetham NB. Infant sleep as a topic in healthcare guidance of parents, prenatally and the first 6 months after birth: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1135.
7. Brandtzæg I, Torsteinson S. Hva er tilknytning? : Norsk psykolog forening; u.å. [Available from: <https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/psykisk-helse/psykologiske-temaer/hva-er-tilknytning>.
8. Pallesen S. Søvnløshet hos barn—Behandling. Nasjonalt senter for søvnmedisin (SOVno) 2024 [Available from: <https://www.helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnlosket-hos-barn-behandling/>.
9. Fjeldheim BN, Martinsen J. Søvngruppe på helsestasjon gir resultater! SØVN. 2024(1):22-5.
10. Gradisar M, Jackson K, Spurrer NJ, Gibson J, Whitham J, Williams AS, et al. Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. Pediatrics. 2016;137(6).
11. Sviggum G, Sollesnes R, Langeland E. Parents' experiences with sleep problems in children aged 1-3 years: a qualitative study from a health promotion perspective. International journal of qualitative studies on health and well-being. 2018;13(1):1527605.
12. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. ed: Gyldendal akademisk; 2015.
13. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (Eleventh edition, international edition). Wolters Kluwer; 2021.
14. Thagaard T. Thagaard, T. (2018). Systematikk og innlevelse (5. utgave): Fagbokforlaget; 2018.
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.
16. Braun V, Clarke V. Thematic analysis: A practical guide: SAGE; 2022.
17. Cook G, Appleton JV, Wiggs L. Parentally reported barriers to seeking help and advice for child sleep from healthcare professionals. Child Care Health Dev. 2020;46(4):513-21.
18. Sivertsen B, Harvey AG, Pallesen S, Hysing M. Trajectories of sleep problems from childhood to adolescence: a population-based longitudinal study from Norway. J Sleep Res. 2017;26(1):55-63.