

Byssan lull, nå ble det bare tull!

- en kvalitativ studie om mødre og helsesykepleieres
erfaringer med søvnvansker hos barn

Hege Pettersen Sandtrø

Masteroppgave i sykepleie med et kommunehelsetjenesteperspektiv

Fordypning i helsesøstertjeneste

01.12.12

Tittel: Byssan lull, nå ble det bare tull!

Dato for innlevering: 01.12.21

Veileder: Professor Kari Glavin ved VID vitenskapelige høyskole og forsker Filip Drozd ved Regionsentret for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion Øst og Sør.

© Hege Pettersen Sandtrø

2021

«Byssan lull, nå ble det bare tull!»

Forord

Som kvinne, mor til tre og deltidsjobb i tillegg til det å være masterstudent kan på mange måter sammenliknes med erfaringene med å være mor til et barn med søvnutfordringer. Jeg har begitt meg ut på noe ukjent og krevende som strekker seg over tid og som jeg hadde helt andre forventninger til enn slik det faktisk ble. Forventningene var høye og knyttet til at dette kom til å bli spennende, morsomt, lærerikt og krevende, men ikke at det skulle bli så krevende.

Det at masteren er en del av et større forskningsprosjekt, skulle gi meg tilgang på mennesker og kompetanse fysisk rundt meg hele veien, men koronapandemien gjorde at jeg endte med hjemmekontor i «ensomhet» fra analyseprosessen og nesten frem helt til slutt.

Medstudenter og veiledere har ikke vært tilgjengelige for fysiske heiarop, klapp på skulden og korte oppklarende og inspirerende diskusjoner i korridorene og utenfor lærerkontorene på VID eller Regionsentret for barn og unges psykiske helse (RBUP). Alt har foregått sporadisk på nett. Læringskurven har vært som en berg-og-dalbane og feiltolkninger og ulike råd har det blitt mange av. Tanker om at jeg faktisk ikke får dette til, om jeg er god og nok og om jeg i det hele tatt vil klare å gjennomføre har kommet snikende mange ganger. Det har vært perioder hvor oppgaven har tatt alt overskudd og ført til mye frustrasjon som familien min har kjent på. Masteren viser til viktige, men ikke til oppsiktsvekkende resultater. Både studien og pandemien viser allikevel til at vi mennesker trenger hverandre for å være på en god plass i oss selv og i livet. Uansett så er jeg glad og stolt over at jeg «fødte denne babyen» i en ekstra krevende samfunnssituasjon og ble akkurat ferdig i det Norge åpnet opp igjen.

En stor takk til veilederne mine, Kari Glavin ved VID og Filip Drozd ved RBUP, for all støtte og fortløpende tilbakemeldinger underveis og ikke minst Filip sitt store bidrag inn i forarbeidet med intervjuguiden til fokusgruppene. Uten god veiledning ville dette arbeide aldri vært mulig å gjennomføre. Takk også til Hege Therese Størksen ved RBUP som gav uvurderlig hjelp med rekurrering og gjennomføring av fokusgruppeintervjuene, og hvor jeg hadde min morsomste periode med oppgaven siden vi var fysisk sammen og jeg hadde skriveplass på RBUP. Og ikke minst RBUP selv som lot min masteroppgave bli en del av deres forskning- og utviklingsprosjekt «Sov, godt».

Takk til alle som har lest korrektur og ellers tatt seg tid til å gi innspill til oppgaven: Marianne, Bente, Hanne, og Hege Therese. En takk rettes også Nydalen helsestasjon som innvilget studiepermisjon og lot meg jobbe der i redusert stilling under studiene. Det var fint å være en del av noe trygt og godt da masterutdanningen har bydd på mange nye utfordringer. Ikke minst er det fint å vite at min nye kunnskap vil komme helsestasjonen godt til nytte.

Og sist, men ikke minst: Takk til mannen min som har vært min aller viktigste støtte og hjelp underveis som lar meg plage han med korrekturlesning og datautfordringer til alle døgnets tider og som ønsker nå at jeg aldri mer skal studere ... Til mine tre barn; Herman, Jakob og Hedda som har hatt en mamma som har vært mye opptatt foran en skjerm, men som har vist meg tålmodige og forståelse underveis. Heldigvis har vi tross alt hatt gode stunder sammen. Det aller viktigst i livet er å være der for dere og det blir det mer av fremover.

Sammendrag

Denne kvalitative masterstudien er en del av Regionsentret for barn og unges psykiske helse (RBUP), Øst og Sørs forsknings- og utviklingsprosjekt «Sov godt», hvis hovedmål er å utvikle et veiledet nettbasert søvnprogram til blant annet bruk i helsestasjoner for å hjelpe foreldre med barn med søvnproblemer. Denne delen av prosjektets mål var å utføre behovsvurdering for utviklingen av søvnprogrammet, men hvor vurderingen også kan ha betydning for praksis for øvrig. Masteroppgaven er todelt med en metodefordypning hvor innhenting og utvelgelse av dataene og analysen blir nærmere beskrevet og en artikkel for publisering i Journal of Clinical Nursing.

Søvn er et grunnleggende behov. Rundt 20-40 % av barn i alderen 0-4 år har søvnproblemer, som kan påvirke deres vekst og utvikling og forelderens psykiske helse og velvære.

Helsesykepleiere kan i sitt arbeid identifisere søvnproblemer og gi foreldre søvnveiledning. Studier viser imidlertid at helsesykepleier har manglende søvnkunnskap og mange foreldre får ikke hjelp med barnets søvnproblemer på helsestasjonen. Kvalitativ forskning på foreldres og helsesykepleieres subjektive erfaringer med barn med søvnproblemer er også begrenset.

Hensikten med studien var derfor å utforske mødres og helsesykepleieres erfaringer med barn med søvnproblemer i alderen seks måneder til tre år, og identifisere likheter og ulikheter ved deres erfaringer.

Studiens forskningsspørsmål var 1) hva er mødrenes erfaringer med å ha barn med søvnproblemer og 2) hvilke erfaringer har helsesykepleiere i møte med foreldre til barn med søvnproblemer.

Datainnsamlingen ble utført med semistrukturerte fokusgruppeintervjuer, to med mødre (n=14) med barn med søvnproblemer og to med helsesykepleiere (n=14). Informantene ble rekruttert i og rundt Oslo. Intervjuene ble tatt opp og transkribert, og dataene analysert ved tematisk analyse og Framework Method.

Analysen resulterte i to hovedtemaer: «terapeutisk allianse» og «reorganisering av identitet». Studien viser at barns søvnproblemer gjorde prosessen å bli mamma mer

utfordrende ved at mødrenes forventinger ikke samsvarte med realiteten, og dette påvirket hvordan de følte seg som mødres og deres følelser overfor barnet.

Da mødrene søkte hjelp hos helsesykepleier erfarte de manglende god relasjon og at rådene var generelle, motstridende og ikke opplevdes som bra for barnet. Helsesykepleierne var klar over mødrenes erfaringer og mange av søvnproblemenes konsekvenser, men klarte i liten grad å hjelpe på grunn av begrenset tid og kunnskap. Resultatene viser at det synes viktig at helsesykepleier etablerer en terapeutisk allianse med mødrene og gir dem evidensbasert kunnskap og veiledning og samtidig hensyntar mødres reorganisering av identitet.

Nøkkelord: Kvalitativ studie, søvnproblemer, barn, mødre, helsesykepleiere

Abstract

“A lullaby – but still you cry!”

This qualitative master thesis study is part of the Regional Centre for Child and Adolescent Mental Health (RBUP), Eastern and Southern Norway research and development project “Sleep Well”. Sleep Well’s main objective is to develop a web-based sleep-program for use in inter alia well-child clinics (WCC) on assisting parents of children’s sleeping problems. This part of the project performs a need assessment for the program, but where the assessment may also impact clinical practise. The master’s thesis is divided into two parts with an in-depth section in methodology where the collection and selection of the data and with analysis are described in more detail and an article for publication in the Journal of clinical nursing.

Sleep is a basic need. Around 20–40% of children aged 0–4 years have sleeping problems, which can affect their growth and development and their parents’ mental health and well-being.

Public health nurses (PHNs) have the possibility in their work to identify children with sleep problems and provide parents with sleep guidance. However, studies show that PHNs lack knowledge on sleep, and many parents do not receive the needed help from PHNs. Qualitative research is limited on parents’ and PHNs subjective experiences on this topic.

The study’s objective was to explore mothers’ and PHNs working in WCC experiences of children with sleep problem aged six months to three years, and to identify similarities and differences between the data from the mothers and the PHNs.

The study research questions were 1) what are mothers’ experiences of having children with sleep problems, and 2) what experiences do PHNs have when consulting parents of children with sleep problems.

The data collection was performed using semi-structured focus group interviews, two with mothers (n=14) and two with PHNs (n=14). The informants were recruited in and around

Oslo, Norway. The interviews were recorded and transcribed. The data were analysed using the Framework Method.

The analysis resulted in two main themes: 'therapeutic alliance' and 'reorganisation of identity'. The study shows having young children with sleep problems presents challenges to new mothers as expectations did not match reality, and it affected how they felt as mothers and their feelings towards their children. When mothers sought help from a PHN, most of them experienced a lack of a quality relationship and the advice given general, contradictory and not perceived as good for the child. PHNs were mostly aware of the mothers' experiences and of the consequences of the sleep problems but were often unable to help, partly due to lack of time and knowledge. The results show the importance for PHNs to establish a therapeutic alliance with mothers and give them evidence-based knowledge and guidance while considering mothers' reorganisation of identity.

Keywords: qualitative study, sleep, mothers, public health nurses

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|------|
| Forord | V |
| Sammendrag | VIII |
| Abstract | X |
| Innholdsfortegnelse | XII |
| Del I: Mothers and public health nurses' experiences of sleep problems in children aged 6 months to 3 years – A qualitative study | 1 |
| Del II: Fordypningsoppgave i metode | 33 |
| 1 Innledning..... | 34 |
| 2 Forskningsdesign | 36 |
| 2.1 Populasjon og utvelgelse | 37 |
| 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 37 |
| 3 Datainnsamling..... | 39 |
| 3.1 Demografisk data..... | 39 |
| 3.2 Forskningsintervju | 39 |
| 3.3 Intervjuguide..... | 40 |
| 4 Gjennomføring av intervjuene | 42 |
| 5 Forskningsetikk..... | 44 |
| 5.1 Etiske hensyn | 44 |
| 5.2 Rekruttering..... | 45 |
| 5.3 Forskerens ståsted..... | 46 |
| 5.4 Etiske refleksjoner | 47 |
| 6 Analyse av data | 50 |
| 7 Mer om studiens validitet og reliabilitet..... | 57 |
| 8 Sluttord..... | 59 |

| | |
|--|----|
| Litteraturliste..... | 60 |
| Vedlegg..... | 62 |
| Vedlegg 1: Fokusgruppe med foreldre – En intervjuguide | 63 |
| Vedlegg 2: Fokusgruppe med helsesykepleiere – En intervjuguide | 64 |

Del I: Mothers and public health nurses' experiences of sleep problems in children aged 6 months to 3 years – A qualitative study

Bearbeidet for innsendelse til Journal of Clinical Nursing.

Antall ord: 7932

Abstract

Aim and objective. To explore mothers' and public health nurses' (PHN) experiences with sleep problems in children aged six months to three years.

Background. Sleep problems in children are common, affecting their health and development and their mothers' well-being. This is also a primary reason for parents seeking help in well-child clinics (WCC). However, there is limited knowledge regarding the experiences of these mothers and the public health nurses consulting them.

Design. Qualitative design.

Methods. Semi-structured focus group interviews with mothers of children with sleep problems and public health nurses in well-child clinics. The Framework Method was used for analysing the interviews of mothers. Data from public health nurses was entered into the analytic framework from maternal data to identify similarities and differences.

Result. Four focus groups were conducted: two with mothers (n=14) and two with public health nurses (n=14). The analyses resulted in two main themes: "therapeutic alliance", with the subcategories "alliance ruptures" and "demanding negotiation process", and "reorganisation of identity", with the subcategories "unfulfilled expectations" and "internal tension conflicts".

Conclusion. Young children's sleep problems present challenges to new mothers because expectations do not match reality, affecting how they feel as mothers and feelings towards their children. When seeking help from public health nurses, most mothers experienced

unsatisfactory therapeutic alliances and advice that was overly general, contradictory, and unsafe for their children. Public health nurses are mostly aware of the consequences of sleep problems for parents, but many appear unable to help due to limited time and knowledge.

Relevance to clinical practice. Public health nurses need to have a therapeutic alliance and provide evidence-based knowledge and guidance concerning sleep problems while also taking into consideration mothers' reorganisations of identity.

Keywords: Sleep problems, young children, mothers, public health nurse, therapeutic alliance, becoming a mother, well-child clinics, qualitative study.

Introduction

Having children can be both exciting and exhausting. Becoming a parent can be a substantial life stressor (Allen et al., 2016; Črnčec et al., 2010; Rafii et al., 2020), prompting significant life changes that create new needs and roles (Črnčec et al., 2010; Hiscock & Fisher, 2015; Rafii et al., 2020). The experience of having a child with sleep problems can make parenting even more stressful and exhausting and requires support to prevent difficulties in parental confidence and satisfaction (Fisher et al., 2011).

Sleep is crucial for health and well-being as nutrition and physical activity (Dement & Vaughan, 1999) and should account for more than half of the day for young children (Bathory & Tomopoulos, 2017). However, 20–40% of all children between 0–4 years have sleep problems, and it is considered to be “normal” (Steinsbekk et al., 2013).

Consequently, sleep problems are one of the main reasons that parents seek help from primary health care, as they have a significant effect on families’ health and well-being. Unfortunately, these problems seem complex, thereby making prevention and treatment challenging (Črnčec et al., 2010; Fisher et al., 2011), and health care professionals often seem to fail to meet parents’ needs (Fisher et al., 2011).

Norway has a system of universally free primary health care, which includes consultation with public health nurses (PHNs) in well-child clinics (WCCs). These clinics offer children aged 0–5 years and their families comprehensive preventative care and health promotion services, whose main objectives include offering guidance to parents concerning sleep problems. About 99% of the Norwegian childbearing population use these services. PHNs have consultations with parents approximately 13 times, from birth to the age of three. These consultations are governed by guidelines comprising different topics, each of which recommends addressing sleep (The Norwegian Directorate of Health, 2019).

PHNs can have a significant influence on mothers’ and children’s health by addressing sleep and giving guidance, making it essential to obtain further insight into how mothers and PHNs experience sleep problems. Further insight may have implications for practice in how to best support mothers to solve their children’s sleep problems.

This is the first stage in the multiphase study “Sleep well” on sleep problems in children between 0–5 years conducted by the Regional Centre for Child and Adolescent Mental Health (RBUP), Eastern and Southern Norway. The project’s start date was 17 August 2020, with an expected end by August 2022. Its goal is to develop a guided internet-based sleep program, offering support and help to parents having children with sleep problems.

Background

Sleep problems are mainly manifested as difficulties getting the child to sleep in the evening or frequent night-time or early-morning awakening (Allen et al., 2016). The most common of these are bedtime problems and night waking (Reuter et al., 2020). Sleep problems in children are only considered to exist after the age of six months. Prior to that, infants are physiologically immature with limited self-regulation and learning ability, as falling asleep themselves (St James-Roberts & Gillham, 2001). However, 15–35% of parents are reported to have experienced sleep problems similar to paediatric insomnia in children younger than six months (Hiscock & Fisher, 2015).

Sleep problems in children older than six months are typically defined as repeated problems with sleeping, sleep duration, consolidation, or quality, which occur despite age-appropriate time and opportunity for sleep and result in dysfunction during the day for children and/or their families (Mindell et al., 2006). By this definition, mild and transient symptoms are not considered to constitute a sleep problem.

Sleep problems often last over time and are associated with overweight and obesity, growth retardation, emotional difficulties, and increased risk of injuries and accidents in young children (Chaput et al., 2017). Children’s sleep problems can also lead to insufficient sleep for parents, negatively affecting their mental health (Kempler et al., 2016; Sivertsen et al., 2015). This has been especially widely reported for mothers, who can experience a higher risk of fatigue, postnatal depression, and overall inferior general and mental health (Reuter et al., 2020). Eventually, this may have consequences for the mother-child relationship (Symon & Crichton, 2017).

Even though sleep is essential and sleep problems are widespread in young children, considerably less is known about the health effects of children's sleep than of food and physical activity (Dement & Vaughan, 1999). A literature review of sleep in paediatric primary care show that nursing education includes either no training or a maximum of 4–5 hours on children's sleep (Honaker & Meltzer, 2016). As a result, these gaps in knowledge make sleep problems insufficiently addressed and underdiagnosed (Bathory & Tomopoulos, 2017).

Effective interventions for sleep problems in children exist but are rarely used due to the lack of knowledge and accessibility. These consist of planned interventions such as extinction-based intervention, bedtime fading, and scheduled awakenings. The most widely known are the extinction-based, including "crying-methods", which are concerned with the degree of parental involvement and presence during sleep, where the goal is to make children fall asleep by themselves. Such methods are often criticised for ignoring children's crying, presumably having a negative effect on children's mental health concerning mother-child attachment and stress, being unfortunate for brain development. While such claims have not yet been substantiated by research, there is evidence that lack of sleep and inability to self-regulate can affect children's mental health and development negatively (Črnčec et al., 2010; Gradisar et al., 2016). Nevertheless, according to Fisher et al (2011) there does seem to be agreement among maternal and child health nurses that interventions must be individualised.

Parents' knowledge of sleep is related to their ability to solve children's sleep problems (McDowall, Elder, et al., 2017). Although parents seek knowledge from many sources – such as sleep experts, books, and the internet (Fisher et al., 2011) – they generally have little knowledge about children's sleep (McDowall, Galland, et al., 2017).

When seeking help for their children's sleep problems, parents risk receiving minimal information, conflicting advice, and recommendations based on varying views not being evidence-based (Allen et al., 2016, Hiscock, 2015).

At the time of writing, only one qualitative study (Sviggum et al., 2018) appears to have been conducted on parents' subjective experiences with sleep problems in young children. The

study concludes that early customised guidance with appropriate goals, focusing on revealing and acknowledging experiences, is essential to cope with sleep problems.

Furthermore, no qualitative studies investigating PHNs' overall experiences of these phenomena have been performed, nor have similar studies compared the experiences of mothers and PHNs.

Objective

This study's aim was to explore how mothers and PHNs working in WCC experience sleep problems in children aged six months to three years. The purpose of the focus groups was to gain further insight into those experiences to obtain more understanding that may identify topics having implications for clinical practice.

Methods

Design

The study is qualitative, using semi-structured focus group interviews.

Participant selection

Mothers and PHNs were recruited through Facebook, the RBUP website, and WCCs in Oslo, Norway, and neighbouring areas. Additional participants were recruited who were previously registered in the RBUP course database and from the network of the author. Consequently, a combination of targeted maximum variation and "Snowball sampling" was used to select as diverse sample as possible in terms of experiences of the phenomenon (Tjora, 2017). The PHNs participating in this study were not the same PHNs consulting the participating mothers. Table 1 indicates inclusion and exclusion criteria for mothers and PHNs.

Table 1 Inclusion and exclusion criteria of mothers and PHNs.

| Inclusion criteria mothers | Exclusion criteria mothers |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • At least 18 years old and speaks Norwegian. • Has a young child between 6 months and 5 years old. • Believes the child has a “sleep problem” related to one of the following criteria: <ul style="list-style-type: none"> (a) short sleep duration (average <9 hours in total per 24 hours), (b) long sleep latency (≥ 30 min, several days a week), (c) frequent nocturnal awakenings (i.e., ≥ 3 per night, several days a week), or (d) difficulty falling asleep after nocturnal awakening / waking up early (before 06.00). • The infant must also have started eating solid food. | <ul style="list-style-type: none"> • Has child assessed as underweight by health personnel at the last measurement. • Has child born before gestational week 37. • Has child suspected of having or under examination for a developmental disorder (such as autism). • Has child with known gastrointestinal or respiratory disorders (such as reflux or asthma). • Has child with known allergies or skin diseases (such as paediatric eczema requiring medical follow-up). |
| Inclusion criteria for PHNs | Exclusion criteria for PHNs |
| <ul style="list-style-type: none"> • Works in a WCC with children between 0–5 years or has recently been employed there. | <ul style="list-style-type: none"> • Does not work in WCC and has never been employed there. |

Four focus group interviews were conducted at RBUP, two with mothers and two with PHNs, which will identify more than 80% of the most common topics within the data (Guest, 2017; Tjora, 2017). The interviews lasted for approximately 90 minutes each. The author moderated the interviews, together with a co-moderator, a PhD psychologist at RBUP. After the interviews, the co-moderator also participated in the discussion and summarised the interviews for participants at the end of the focus groups to confirm that they had been understood accurately. The moderators initiated every session with small-talk before presenting themselves and the study aim.

To ensure that the same questions were asked in all groups, the interviews followed a semi-structured interview guide developed by the author and the principal investigator of the broader “Sleep well” study. The interview guide consisted of seven open-ended main questions focused on expectations, experiences, advice, desired support, and needs. The same interview guide was used for both groups but customised to parents’ and PHNs’ points of view. For example, mothers were questioned about expectations on the children’s sleep when becoming a parent, and PHNs about the expectations they experienced parents had for the children’s sleep. The interviews were conducted from September to October 2020, recorded to audio, and transcribed verbatim.

Data analysis

A thematic analysis of the data was performed by using the Framework Method (FM), which is highly suitable for semi-structured interviews and data from different groups (Gale et al., 2013). The FM-method was applied in the study using the following steps: 1) verbatim transcription of interview data; 2) familiarisation with the interviews by repeated reading of the transcripts; 3) coding by subtraction of meaning units, which were subsequently condensed and then coded by pen and paper with an inductive approach; 4) development of an analytical framework, where codes were further analysed with a deductive approach, identifying subcategories, categories, and themes; 5) application of the data to the analytic framework using Microsoft Excel; 6) entry of data into the framework matrix by summarising the data according to categories from each focus group; and 7) interpreting data to ascertain if there were any connections and relationship between the categories (Gale et al., 2013). First, the FM-method was applied to the data from the interviews with the mothers, after which the data from the PHNs were transcribed and coded by the author with the same codes used in the interviews with the mothers. Subsequently, the data from the PHNs were entered into the analytical framework developed in the maternal interviews to assess standard features in the data and explore possible similarities and differences between data from mothers and PHNs. An example of the analysing process is demonstrated in Table 2.

Table 2 Example of thematic analysis of the collected data.

| CATEGORIES | CONDENSATE UNITS FROM FOCUS GROUP INTERVIEWS | | | |
|--------------------------|--|--|--|--|
| | Mothers | | PHNs | |
| | Focus group 1 | Focus group 2 | Focus group 1 | Focus group 2 |
| Alliance ruptures | <ul style="list-style-type: none"> We [the mother and the PHN] did not match too well. I hid things from the PHN. I wanted more time and continuous follow-up. I received advice to "just hang in there". Everything was normal. | <ul style="list-style-type: none"> I noticed that the PHN had little time, would not interfere. The WCC did not contribute anything other than "it passes". I did not feel seen or heard. | <ul style="list-style-type: none"> Important with assessment. Parents need "tailoring". I must plan and use time. It is important to be available. It is important that parents feel that their needs are met. It's about "that meeting". | <ul style="list-style-type: none"> Sleep is complex. Important with assessment. Availability is important. It is easiest to give advice when you know the parents. The relationship is maybe the most important thing. |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| Demanding negotiation process about sleep problems | <ul style="list-style-type: none"> • The WCC provided easy solutions, which felt wrong. • I was told to take a "crying cure", which felt wrong. • I needed confirmation that advice given was not harmful to my child. • I received other advice from friends and family about co-sleeping and when to let my child sleep in their room. | <ul style="list-style-type: none"> • I received advice from the WCC to stop rocking the child. • I desired reassurances that my child is not afraid when they cry. • I received simple (different) solutions from friends and family: "just do this and that..." | <ul style="list-style-type: none"> • "A standard approach" does not work. I am sceptical of the "crying cure". • Parents feel ambivalence and insecurity around the advice given. • I must give parents an understanding that letting the child cry does not hurt the child. | <ul style="list-style-type: none"> • "A standard approach" does not work. You must see the whole family. • Do not recommend the "crying cure". • Parents cannot bear the thought that the child will suffer to sleep. • Parents seek advice online. |
| Unfulfilled expectations | <ul style="list-style-type: none"> • I thought it was going to be great, but instead it became exhausting. • I always had to put my infant to bed and stay at home because the father could not. • The child does not want to go to sleep. • I expected to receive good advice at the WCC and talk about sleep there, but I did not. | <ul style="list-style-type: none"> • It did not turn out as expected. It was hard to imagine what it would be like. • I did not receive help from a partner. • My child wanted to play when they woke up at night. • I expected to receive advice from the WCC. | <ul style="list-style-type: none"> • Parents have high expectations for sleep. • They need help finding relief and seeing what the partner is contributing. | <ul style="list-style-type: none"> • Need to help parents having realistic expectations. • Both parents must attend consultations. • Parents need to support each other. • Parents say that the child will not sleep at night. • I believe parents expect that sleep is a topic in consultations. |
| Internal tension conflicts | <ul style="list-style-type: none"> • I chose to have children, so I must just carry on. • The sleep problems do something to my self-esteem. • I did not have the energy to do anything about the sleep problems. • It hurt to become irritated and angry with my child • I have been alone a lot. I have prioritised being a mother. | <ul style="list-style-type: none"> • I become an ugly version of myself. • I ask questions about who I am. • It hurts to be angry at my own child. • I am tired and weary. • I have been alone a lot. • If I had done the right things, the child would have slept. | <ul style="list-style-type: none"> • Parents experience a bad conscience. • Many parents do not think they are good enough. • It is not seen as easy to get a lot of advice when parents themselves are tired. | <ul style="list-style-type: none"> • Parents get tired and weary, have limited energy. • I must help parents get rid of their bad consciences. • I must teach parents to deal with their negative feelings towards the child and to regulate themselves. • A mother can feel more exhausted if she thinks she is the only one who experiences this. |

Ethical considerations

The study was approved by the Norwegian Social Science Data Service (NSD) (project no. 684718). The NSD considers the processing of personal data in this project to be following privacy regulations. Participation was voluntary, with written consent obtained. Potential participants were provided with study information on RBUP's website explaining the nature of the research and given details of participant involvement in the study. Mothers and PHNs had the opportunity to discuss any questions or concerns with the researcher before consent was obtained and could withdraw from the research project at any time, without any specific reason. The confidentiality of the interview data and anonymity was assured. Actual participant descriptions included in the text are anonymised.

Sample

A total of 14 mothers and 14 PHNs participated in the four focus groups. All mothers had children with sleep problems, and the PHNs worked or had recently worked at a WCC. For descriptive data of the participants, see Tables 3 and 4. All invited participants attended the focus group interviews.

Table 3 Socio-demographic characteristics of the mothers (n=14).

| <i>Variable</i> | | <i>Missing (n, %)</i> |
|--|--------------|-----------------------|
| Age (yrs., M ± SD) | 35.18 ± 4.02 | 2 (14%) |
| Marital status (n, %) | | 3 (21%) |
| Cohabiting | 8 | |
| Married | 3 | |
| Education (n, %) | | 3 (21%) |
| Elementary school/high school | 1 | |
| University or college less than 4 years | 4 | |
| University or college more than 4 years | 6 | |
| Working status (n, %) | | 3 (21%) |
| Unemployed | 1 | |
| Employed | 10 | |
| Number of children (n, %) | | 3 (21%) |
| 1 child | 5 | |
| 2 children | 4 | |
| 3 children | 2 | |
| Child age at the time of the interview (mos., M ± SD) | 20.46 ± 20.7 | 0 (0%) |

Table 4 Demographic characteristics of the PHNs (n=14).

| <i>Variable</i> | | <i>Missing (n, %)</i> |
|---|--------------|-----------------------|
| Age (yrs., M ± SD) | 47.55 ± 6.06 | 3 (21%) |
| Education (n, %) | | 3 (21%) |
| University or college less than 4 years | 4 | |
| University or college more than 4 years | 7 | |
| Working % (n, %) | | 3 (21%) |
| 21-40% | 1 | |
| 61-80% | 2 | |
| 81-100% | 8 | |
| Times per week believed having consultations with sleep problems | 3.55 ± 2.81 | 3 (21%) |

Six (43%) mothers considered the reported sleep problem severe, while seven (50%) considered it minor. Most children had a combination of different sleep problems. Nearly all mothers experienced the sleep problems started in the postnatal period. PHNs noted that the most common ages for parents to report sleep problems were between and twelve months.

Results

The analyses resulted in two main themes – “therapeutic alliance” and “reorganisation of identity” – derived from the data, with four categories and 14 subcategories, as shown in Figure 1.

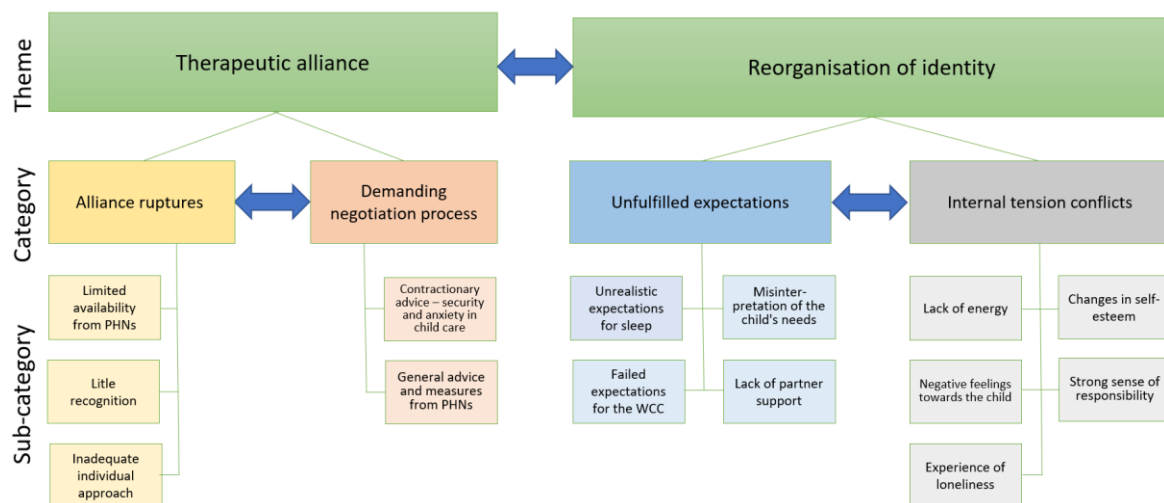


Figure 1 Mothers' experiences of their children's sleep problems by subcategory, category, and themes. The data from PHNs were categorised using this analytic framework.

Therapeutic alliance

The theme “therapeutic alliance” was identified from two categories – “alliance ruptures” and “demanding negotiating process” – which were manifested through five different subcategories, as shown in Figure 1. The associated categories and subcategories are presented below with quotations from mothers and PHNs.

Alliance ruptures

This category manifested through three subcategories, reflects how mothers experienced their relationships with PHNs in consultations.

Limited availability. All mothers wanted an attentive PHN and repetitive consultations on sleep problems but experienced that PHNs did not have enough time, were unavailable, and that consultations were brief, more like a check-up rather than help. The topic of sleep was not prioritised, and when and how the PHNs asked questions about sleep was decisive for whether mothers addressed sleep problems or not. One mother stated:

“I notice that they do not have time. It is like they sit and look at the clock ... and then I think, Okay, I will not disturb you anymore”. (FGF2D1)

According to PHNs, sleep is addressed in all regular consultations. PHNs' focus on sleep depended on the extent of the challenges, time available, when sleep was addressed, or

when parents raised it during consultations. A few PHNs spent the full duration of consultations on sleep problems, if necessary, while others believed that other topics should not be under-prioritised. Some PHNs said that sometimes they offered additional consultations and home visits for sleep guidance.

Little recognition. When mothers talked about their children's sleep problems and how they felt about them, they mainly experienced the challenges being downplayed, reporting that PHNs seemed uninterested. The response mothers received was often "*it will pass*" or "*everything is normal*". The mothers then felt rejected (not met, heard, seen, supported, or understood) and thus not recognised or taken seriously.

PHNs were concerned with establishing a quality relationship with the parents, which influences parents' help-seeking, but noted that this was time-consuming. The PHNs said they needed to be humble, listen, acknowledge, and take the parents seriously, showing that they are there for the parents. However, the PHNs experienced that they could not consistently manage to establish such quality relationships and so could not always properly assess and understand the sleep problems.

Inadequate individual approach. Mothers considered sleep problems to be complex, desiring assessment for individually adapted guidance, in addition to being able to follow their instincts. However, they reported PHNs focusing instead on general advice, not responding to their requests, and failing to pursue the challenges. One mother stated:

«... she came with advice or answers before I had finished talking, or that she had gotten to know me as, how I was as a mother, our family... It was just as if she already knew the answer, that everyone was similar, and that this took priority over the fact that people are unique». (FGF1D2)

PHNs also considered sleep problems complex and challenging, agreeing with the mothers about the importance of assessment to see the totality and find reasonable, feasible, and motivating individual solutions. PHNs believed that assessment should include becoming familiar with parents and children to gain insight into their individual experiences, to examine the challenges, and to test alternative solutions – as well as to obtain information

about children's health, circadian rhythms, and physical and social conditions within and around the family – to meet their needs. A PHN stated:

"... then I always scheduled a separate appointment just to be able to assess a bit ... What is it really about? Because I often think it's very much about the parents' feelings and expectations." (FGH2D3)

The essential factor for some mothers was not necessary to solve the sleep problem, but rather that a PHN was simply available and recognised them and the challenges, giving them realistic expectations and hope. A mother said:

"I had a PHN who simply listened. That this is very hard, you will manage it, one day at a time... she did not come up with any advice, and that made me feel that she trusted me." (FGF2D5)

Demanding negotiation process

This category manifested through two subcategories reflects how mothers experienced the advice and measures given by PHNs and others.

Contradictory advice – security and anxiety in childcare. All the mothers sought advice from the WCC – in addition seeking information from friends, family, books, and social media. However, they experienced that the advice given was contradictory, making them insecure about the quality and reliability of the information, especially concerning the safety of co-sleeping, crying, and which solutions being appropriate to help the child to sleep. The PHNs acknowledged this. Even though co-sleeping felt unsafe, most mothers practised it since it was the only thing that helped the child to sleep. One mother stated:

"He just wanted to lie on my chest, and [I] was told by the hospital that he should not because there is a risk of sudden infant death. I was terrified every time he lay on me." (FGF1D5)

PHNs reported giving different recommendations about co-sleeping. Some recommended it or left the parents to decide, while others did not recommend it due to the risk of sudden infant death syndrome.

In general, mothers wanted reassurance from PHNs that advice given would not harm the child, especially concerning being recommended “crying methods”, which mothers interpreted as leaving the child to cry when put to bed. Most mothers were recommended this method but considered it harmful for their children’s attachments and did not comply with the recommendations. One mother said:

“... [I] needed confirmation that I am not doing anything wrong, that he is not in pain and that we are not giving him trauma, because I was terrified that he would perceive that he is not getting enough love.” (FGF1D5)

PHNs reported not having recommended “crying methods” due to personal preferences, because parents do not want it, and because it prevents them from taking individual holistic considerations into account based on parents’ assumption of what is best for them. At the same time, they considered it necessary to address crying and normalise it, assuring parents that crying does not harm the child and make them insensitive. According to the PHNs, parents also need to learn to tolerate their children’s crying and regulate their own emotions. They acknowledged the potential contradiction between parents’ desires to give their children a secure attachment and to teach them self-regulation, including sleep.

General advice and measures from the PHN. Other received sleep advice, mothers experienced as simple, repetitive, admonishing, and unrealistic. PHNs acknowledged that parents might not receive satisfying and evidence-based advice or help at the WCC. Most PHNs are generally opposed to general methods/recipes, including the “crying method”, but all agreed on one essential advice – to help children fall asleep by themselves.

Mothers desired knowledge about appropriate bedtimes, expected hours of sleep, sleep cycles, and sleep states. PHNs also acknowledged that the information given to parents could be unpredictable and that parents need knowledge solving sleep problems. At the same time, PHNs reported their education and training on sleep being absent or inadequate. They mainly relied on experience from work and their children and said that research-based sleep knowledge and methods were used infrequently.

Reorganisation of Identity

The theme “reorganisation of identity” was identified from two categories – “unfulfilled expectations” and “internal tension conflicts” – which were manifested through nine different subcategories, as shown in Figure 1. The associated categories and subcategories are presented below with quotations from mothers and PHNs.

Unfulfilled expectations

This category manifested through four subcategories reflects mothers’ expectations concerning their children’s sleep and the help and support of PHNs.

Unrealistic expectations for sleep. Mothers had different expectations for children’s sleep. Most anticipated it would be challenging, but not as difficult as it became. They also had different expectations of what is typical of sleep at different ages, when sleep would be most challenging, and when children could learn to sleep – or if they had to be taught at all. One mother stated:

“I thought she would sleep all night, but that it [the sleep problems] never passes s has been challenging, especially when you are constantly told to just do this and that and that then everything gets better.” (FGF1D4)

Many PHNs believed it was essential to align parents’ expectations with reality and normalise the situation. PHNs also experienced parents often having unrealistic expectations for sleep. A PHN stated:

“They can be quite unrealistic. It is unrealistic for a child who is six weeks old to sleep through [the night] and not cry...” (FGH1DG)

Mothers believed they just had to accept the situation until their children were able to sleep themselves. To cope with the situation, mothers lowered their expectations, tried less to solve the sleep problem, and avoided reading about the harms of sleep deprivation.

Misinterpretation of children’s needs. Many mothers believed that their children did not want to sleep, wanted to play during the night, needed to be carried and rocked, were early risers, and would not learn to sleep. These perceptions were also reported by PHNs, who

thought this derived from parents being unaware of what to expect and misinterpreting their children. A PHN stated:

“They say the child does not want to sleep anymore [during the night], the child wants to be awake ... wants to play.” (FH2D5)

Failed expectations for the WCC. Mothers wanted WCCs to be their primary source of help for sleep problems and provide more information than being acquired alone. Mothers expected they would address and talk about sleep and receive help, knowledge, safety advice, and guidance, which many did not. PHNs also believed that WCCs should be a place where mothers could get help.

Lack of partner support. In general, many mothers experienced a lack of partner support and therefore wanted their partner to join them at the WCC to become more involved in their children’s sleep problems. In addition, mothers wanted the PHN to talk to both about parental cooperation, the relationship, and expectations of each other. Some mothers experienced, in addition to the sleep problems, demanding life events or their partners not having the necessary resources to help. This made it more challenging to share responsibility, and many mothers found it difficult to make requests of their partners. One mother stated:

“I think it is difficult to share the labour ... He works, and I am still on leave. I feel that he should be allowed to sleep when he goes to work. At the same time, he is the father of the child ... My job is to be at home with her ... So, it is difficult to divide how much one should get up at night.” (FGF2D1)

PHNs agree that partner support and cooperation is essential. They aimed for partners to attend consultations concerning sleep guidance. However, they experienced that partner involvement varied and that couples’ interactions are vital for addressing sleep problems, not least because the sleep challenges themselves affect the relationship.

Internal tension conflicts

This category manifested through five subcategories, reflects mothers’ expectations concerning their children’s sleep and the help and support of PHNs.

Lack of energy. All mothers experienced a lack of energy. Their children's sleep problems harmed their sleep, making them even more exhausted. They described the situation as "being in a crisis". They felt desperation, panic, despair, low mood, irritability, anger, dizziness, more flawed short-term memory, and absent-mindedness. One mother said:

"One is very tired ... [I] needed more energy, but there really was not any." (FGF1D2)

Several mothers had children who required much physical proximity and were breastfed frequently. This restricted the mothers to stay at home, making them feel locked in and not socialising. The mothers experienced being frustrated and in survival mode, with a fear of becoming depressed. The PHNs were also aware of the difficulties of taking advice and solving such challenges when parents are exhausted, if advice does not feel appropriate, especially when parents need consolation.

Changes in self-esteem. Mothers' self-esteem was also affected by their child's sleep problems; they experienced becoming a lesser version of themselves. They asked themselves recurring questions about who they were in these situations, whether they had mastered their motherhood, and if they wanted to be a mother. One mother stated:

"There is a parallel to sleep and the maternity role ... who am I other than the mother who is trying to get someone to sleep ... I felt like the world's worst mom. I felt like I had totally failed". (FG2D5)

Comparing themselves with other mothers, especially to mothers who had children sleeping soundly, was typical. Several expressed anger at themselves, sadness, disappointment, shame, and being unsuccessful for not having a child who slept normally. Advice from the PHN could serve as a reminder that they had failed. PHNs were familiar with parents having these experiences and thought it important to challenge such bad consciences and normalise the situation.

Negative feelings towards the child. Many mothers experienced negative feelings such as anger and irritation, making the situation even more challenging. Some fantasised about getting rid of their child or escaping. A mother said:

*“I think it was surprising and difficult ... difficult that I got annoyed and angry...
[Asking,] What’s wrong with me? I am a failure. To get angry at a little baby, is it
normal?” (FGF2D3)*

Mothers desired to talk about these feelings and receive help and support handling them. PHNs were aware of these feelings, but few PHNs mentioned the importance of helping parents cope with these negative feelings.

Strong sense of responsibility. Most mothers thought they had to accept their situations because it was their choice to have children. They considered the sleep problems a consequence of their failure and believed they should have done more to resolve them. Mothers undertook this as their responsibility to change their children’s sleeping habits and prioritise being a mother. PHNs, however, did not say anything about parents’ sense of responsibility.

Experience of loneliness. Many mothers experienced loneliness, feeling that they were the only ones having children with sleep problems. Therefore, they called for normalisation without trivialising. To cope with this feeling, some mothers suggested “sleep groups”. “Maternity groups” were also preferred if some of the participants in the group were having children with sleep problems. In both groups, mothers believed they could get help, support, and share their experiences. In general, PHNs acknowledged mothers’ experiences of loneliness, stressing the normalisation of the parents’ situation as crucial.

Discussion

Most mothers in this study had children with sleep problems did not experience quality relationships with their PHN. Advice given by PHNs was, according to the mothers’ opinions, general and not tailored, often conflicting, and not always in line with advice given from other sources such as friends and the internet. This made it challenging to solve sleep problems while being good, caring mothers simultaneously making the best choices for their children. Mothers also experienced that their children’s sleep problems made them question whether life as mothers turned out to be as expected, and they even doubted whether they were fit to be mothers. These experiences contributed to two main identified themes:

therapeutic alliance and reorganisation of identity. The sub-categories considered most essential is discussed below.

When the alliance breaks

“Alliance” is understood as the holistic, collaborative aspects of the therapist-client relationship and is considered one main factor leading to psychotherapy success. The term originated in psychodynamic literature and is becoming increasingly popular in nursing (Flückiger et al., 2018). Developing a quality nurse-patient relationship is considered necessary in most nursing situations and vital for (therapeutic) outcomes (Dziopa & Ahern, 2009), just as is the case for mothers and PHNs in this study when trying to solve child’s sleep problems.

Bordin’s (1979) theory of the working alliance, also interpreted as the therapeutic alliance, describes an alliance consisting of three interdependent components: 1) *the emotional bond* (in this study: between mothers and PHNs), 2) *tasks* (concerning how to solve the sleep problem), and 3) *goals* (of the given sleep guidance). Bordin claims that a working alliance is not achieved when one of the three components are not fulfilled, creating ruptures in the alliance (Bordin, 1979). Subsequently, Dryden (2008) proposed *views* as a fourth element to Bordin’s theory, which in this context relates to philosophy, principles, and beliefs regarding sleep and how to best approach them (Dryden & Reeves, 2008).

When mothers consult PHNs with their children’s sleep problems, they mainly experience PHNs as unavailable. Availability means being there physically and mentally, which is – according to Dziopa & Ahern’s (2009) literature review on quality therapeutic relationships – one key factor in a therapeutic relationship. The PHNs considered availability to be vital but acknowledged that time is a scarce resource in their practice. Consultations last about 30 minutes, during which time it is recommended to address several topics, of which sleep is only one. Furthermore, there is limited flexibility for extra consultations and home visits. PHNs prioritised sleep differently in their consultations, which influenced the time allocated to addressing sleep problems. However, according to Dement & Vaughan (1999), sleep needs to be acknowledged as vital for child health and development and should be addressed early in consultations. By prioritising and taking the time to address sleep problems adequately, mothers will presumably experience PHNs as being more physically and mentally present,

thereby helping to create an emotional bond which is a vital component in the therapeutic alliance more broadly.

Mothers also experienced that the child sleep problems and how it affected them was being downplayed. This may be because PHNs consider sleep problems to be a part of a normal continuum that will pass (Fisher et al., 2011) or due to their lack of knowledge (Bathory & Tomopoulos, 2017; Honaker & Meltzer, 2016). In Sviggum et al. (2018), qualitative study of parents' experience about sleep problems found that acknowledging parents' experiences was important for parents to cope with sleep problems. Similarly, recognition and availability have also been identified as key factors in a therapeutic relationship (Dziopa & Ahern, 2009). Lack of recognition may affect mothers' self-esteem, entailing feelings of depression, loneliness, and worthlessness (Fisher et al., 2011; Lindberg, 2010), as new mothers are especially vulnerable to not being recognised by others (Lindberg, 2010), including PHNs. PHNs wanted to give recognition and believed they already did so by being humble, listening, and taking parents seriously.

Another key factor for the therapeutic relationship is the individual approach (Dziopa & Ahern, 2009). However, in this study, mothers experienced advice and guidance from PHNs as swift, basic, and general. Mothers and PHNs agreed that seeing sleep problems as a part of a bigger picture and performing a sleep assessment is essential for achieving an individualised approach. Therefore, sharing knowledge and information should be considered mutually beneficial between mothers and PHNs (Dziopa & Ahern, 2009). Giving tailored guidance is effective in counselling (Bathory & Tomopoulos, 2017) and, according to Sviggum (2018), significant for helping parents cope with sleep problems.

Hence, mothers and PHNs agreed about the importance of availability, recognition, and an individualised approach. However, they experienced that an emotional bond was not always established, which Bordin has argued creates ruptures in such alliances. Several mothers expressed that their relationships with PHNs were more important than solving the sleep problems. However, according to Dziopa et al. (2009), a quality therapeutic relationship entails more than availability, recognition, and individual approach. Other key factors include offering support, being genuine and self-aware, promoting equality, and setting clear

boundaries. This indicates that PHNs require more awareness, knowledge, and competence regarding what the emotional bond in a therapeutic alliance entails.

PHNs want to provide effective and safe advice, construed as evidence-based, which they are obligated to give in their guidance. However, mothers and PHNs agreed that advice from PHNs and others, such as family or social media, is challenging to consider, as such advice may be conflicting. This pertains specially to co-sleeping and extinction-based methods, creating insecurity for parents (Fisher et al., 2011), as reflected in the data. In Norway, healthcare professionals working with new-borns have clear evidence-based recommendations from the Norwegian SIDS and Stillbirth Society (2021) concerning sleep positioning and co-sleeping. Therefore, giving advice on this topic should be easy, not leaving parents in doubt about what is best and safest for their children. However, mothers in this study reported not always following these recommendations. A recent Norwegian study concerning infants' sleeping environments and whether parents are following safe sleep recommendations showed that many parents co-sleep with their infants even though it includes risk factors for stillbirth (Osberg et al., 2021). Co-sleeping might indicate that it is the last resort for mothers to make their children sleep, despite the risks. On the other hand, guidelines governed for WCCs do not give any specific recommendations on solving sleep problems, potentially making guidance dependent on the individual PHN, which may cause unclear and conflicting advice to parents, impacting the alliance.

In addition, PHNs and mothers in this study agreed that general "recipes", especially concerning "crying methods", is not an option for solving sleep problems. Most PHNs seemed to impose an intuitive parental (IP) approach, which means responding to crying immediately and "parenting" the child to fall asleep for as long as needed (Fisher et al., 2011). This approach seems to be preferred by mothers too. In practice, the PHNs' advice seemed to be a variety of extinction-based interventions, enabling parents to interpret and handle crying when teaching children to fall asleep by themselves, which is known to be effective in solving sleep problems (Črnčec et al., 2010; Gradisar et al., 2016). Furthermore, addressing crying in consultations was important for PHNs, as crying is normal for young children and biologically inherent to their survival. However, many parents see crying as a sign of emotional distress, separation anxiety, or depression – or they believe that it must be

something physically wrong (Fisher et al., 2011). By ignoring crying, parents become stressed, believing they are neglectful or insensitive. However, there is no evidence supporting these fears (Byars & Simon, 2016), although there is also limited evidence to conclusively rule out any lasting adverse effects of extinction (Etherton et al., 2016).

The opposing approaches, IP and extinction-based interventions create emotional debate and conflicts within and beyond the WCC on the best approach for children (Allen et al., 2016; Fisher et al., 2011; Hiscock & Fisher, 2015). These divisions may also reflect differences in how PHNs in this study interpret the term “crying methods” and do not have clear views regarding sleep problems. This again affects their dissemination of knowledge to mothers and how parents relate to their advice and makes it difficult to agree on tasks and views for solving sleep problems, which creates a rupture in the therapeutic alliance.

PHNs in this study wanted to inform parents on various aspects of sleep but admitted lacking knowledge and education, as confirmed in other studies (Bathory & Tomopoulos, 2017; Honaker & Meltzer, 2016). It has been shown that primary health care providers mainly rely on their personal experiences, which are not always aligned with evidence-based standards concerning children’s sleep (Honaker & Meltzer, 2016; Zhou et al., 2020), as PHNs also expressed in this study. This acknowledged lack of knowledge reflects mothers’ experiences, who also reported not receiving sufficient information on various aspects of sleep and that PHNs seemed unequipped to meet their needs. This may result in delay to, or absence of, effectively solving sleep problems, underscoring the critical need for sleep training (Fisher et al., 2011).

Mothers’ experiences when addressing sleep problems in consultation with PHNs can prevent a therapeutic alliance from being established or even break it. If an emotional bond is not present, there can be disagreements on tasks, goals, and views between PHNs and mothers regarding how to solve sleep problems, according to Bordin (1979). PHNs also need to be aware of the continuous negotiation process between the “needs” of the patients and therapists, which constantly affects the working alliance (Flückiger et al., 2018). Therefore, PHNs need to establish the alliance and maintain and strengthen it throughout the relationship. Furthermore, when alliance ruptures occur, it is not necessarily a problem, provided that PHNs can repair it (Eubanks et al., 2018).

When mothers are in the process of forming a new identity

In this context, “reorganisation of identity” is considered the transformation process women must endure when becoming mothers. According to Mercer (2004), becoming a mother (BAM) is a complex cognitive and social process necessary to achieve maternal identity – a process that varies in duration from woman to woman. The transition is considered an important developmental event in a woman’s life and a significant life stressor, beginning in pregnancy, and lasting until mothers feel confident in their new role. It is also stressful for first-time mothers and a process women experience when becoming multiparas (Mercer, 2004; Mercer & Walker, 2006). Mothers in this study are all in the process of BAM, moving from an unknown new reality to a new normal, which requires restructuring goals, behaviours, and responsibilities, achieving a new conception of themselves. This transition entails, however, an extra burden when experiencing sleep problems in children. Mercer (2006) claims that nurses (PHNs) have an extraordinary opportunity to help women in BAM.

Being mothers and having children with sleep problems, mothers experienced a lack of energy and feelings of sadness, irritability, dizziness, and absent-mindedness. PHNs are aware of mothers experiencing these feelings but did not explicitly address how to provide help and support. However, mothers’ experiences are a sign of profound fatigue, which is widespread among new mothers and families with sleep problems in children (Fisher et al., 2011; Mercer & Walker, 2006). Profound fatigue is often trivialised and normalised despite the adverse impact on parents’ emotions and cognitive and physical functioning (Fisher et al., 2011). In context, lack of energy makes sleep guidance challenging as exhaustion makes it difficult to ignore crying (Etherton et al., 2016), make adequate decisions, or have self-awareness and insight into the problem (Fisher et al., 2011). Fatigue is not easily resolved (Etherton et al., 2016), and there are no exact evidence-based solutions to this problem (Fisher et al., 2011). However, intervening with sleep problems quickly and effectively may efficiently solve fatigue (Etherton et al., 2016) and should concern PHNs, as sleep problems seem to last over time (Chaput et al., 2017). Furthermore, mothers’ lack of energy needs to be taken seriously, as it affects mothers’ daily life and is symptomatic for depression. Giving support is important in this matter and screening for depression (Fisher et al., 2011).

Many mothers experienced their self-esteem becoming low, having existential thoughts and questions, and comparing themselves with mothers appearing to have children with normal sleep – which PHNs were aware of. Comparison disrupts mothers' feelings, competence, and self-confidence. The way a mother views herself results from the social and psychological expectations of the maternal role, influenced by her social relations (Mercer & Walker, 2006), including her relation to a PHN. Being competent in the maternal role significantly impacts the quality of parenting behaviours and, ultimately, the development of children (Rafii et al., 2020). PHNs in this study wanted to help mothers align their understanding of their situation since sleep problems in young children are normal (Steinsbekk et al., 2013). In addition, it seems important for PHNs to ask how they experience being mothers and give them positive feedback on their caregiving skills, making them feel competent and obtain self-esteem. Additionally, the PHNs should normalise the process of BAM – as mothers are asking questions such as “can I make my child survive?”, “can I love my child?”, or “can it love me?” (Stern et al., 1998) – and make mothers aware of their life-changing new needs and roles (Hiscock & Fisher, 2015).

When mothers are exhausted and feel they cannot cope due to sleep problems, many experiences being angry and irritated with their children. They desire help coping with these feelings, which the PHNs reported being aware of and wanting to address. Individuals' reduced self-confidence as mothers can increase these feelings, as they do not manage to get their children to sleep (Fisher et al., 2011). Infant crying due to sleep problems is an established trigger for parents' angry or abusive behaviours towards infants. Helping mothers regulate their feelings to prevent harming the child is therefore essential (Chaput et al., 2017; Fisher et al., 2011). Mothers were transparent about such negative feelings but disclosing such feelings during consultations is even more difficult than disclosing sadness and depression (Fisher et al., 2011), which PHNs need to consider.

Understanding a child's behaviour is not always intuitive and easy. Mothers in his study seemed to misinterpret their children's behaviour when it comes to sleep, which also PHNs reported, for example, believing that their children want to play when they wake up during the night. Understanding a child's behaviour is essential solving their sleep problems, as agreed by mothers and PHNs. However, mothers lack this knowledge, while PHNs' guidance

on parental cognitions about children's sleep can seem somewhat arbitrary. In contemporary infant care, it appears to be a general understanding that parents are the "experts" on their children and are encouraged to trust their intuition or instincts (Fisher et al., 2011). When mothers are experts but lack the knowledge to interpret their children's behaviour, their self-esteem and identity as a mother may be affected negatively. Supplying greater knowledge regarding children's behaviour is therefore necessary (Fisher et al., 2011).

The extent of partner support was something both PHNs and mothers were concerned about. They believed cooperation between parents is essential solving children's sleep problems. However, mothers found it difficult to have expectations of their partners and experienced lack of partner support. A mother's most important support in BAM is her partner (Mercer, 2006), and adjustment to motherhood and childcaring is more difficult when expectations of the partner are not met (Kalmuss et al., 1992). Mothers and PHNs in this study agreed that fathers' involvement solves sleep problems more effectively, and it is known to be associated with fewer infant night awakenings and longer total sleep (Reuter et al., 2020). However, fathers also experience poorer general mental health linked to infant sleep problems (Fisher et al., 2011; Reuter et al., 2020), presumably affecting their involvement. Consequently, PHNs should attempt to give both parents follow-ups and consider the child and both parents as a family unit (Høgmo et al., 2021).

PHNs and mothers agreed that mothers mainly had unrealistic expectations for their children's sleep, such as expecting the experience to be challenging but not as complex as it turned out. Expectations develop and change during pregnancy and are resistant to modification after birth (Kalmuss et al., 1992). Having unrealistic expectations of motherhood, including children's sleep, will make it more difficult for mothers to adapt to BAM. PHNs consider it appropriate to normalise and give information on what to expect. However, changing mothers' expectations is complex (Coleman et al., 1999), and the discrepancy between expectations and reality has been found to correlate with postnatal depression (Tammentie et al., 2004).

Reorganising identity is normal for all new mothers, but BAM tends to be even more demanding when struggling with sleep problems in children. It affects mothers' expectations and how they feel, causing internal conflicts. However, it appears that PHNs are unaware of

what major changes the mothers are undergoing and its consequences. Having greater knowledge of BAM and how sleep problems affect this process seems vital for PHN and mothers. However, despite all the research on maternal transition, healthcare professionals seem failing to translate this knowledge into clinical practice and tend to focus more on the physical health of mother and child (Nelson, 2003). According to Mercer (2006), it is necessary for nurses to establish a therapeutic alliance to normalise and help mothers deal with the process – and, consequently, the children’s sleep problems.

Limitations

After conducting the interviews, it became apparent that the participating mothers had children with significant sleep problems – although more than half of mothers reported their children’s sleep problems as mild – and that the participating PHNs seemed to be particularly interested in the topic of sleep. The data is thus not representative of all mothers or all PHN working in WCC experiences of children’s sleep problems. This is probably a result of recruitment mainly through snowballing. However, maximum variation is not the goal of qualitative research (Maxwell & Chmiel, 2014). Consequently, it might be said that “worst” practice (mothers experiences – the emotional side) meets “best” practice (PHNs the professional side) especially interested in children’s sleep). This may affect the comparison of the data.

Initially, we wanted fathers to join the study as they are highly important for addressing and handling the child’s sleep problems. The father’s participation would have strengthened the study as their experiences are understudied (Reuter et al., 2020), but no fathers expressed an interest. Hence, the PHNs’ responses presumably reflect their experiences predominantly with mothers, as mothers mainly bring children to the WCC, which may also exclude fathers’ experiences.

Mothers were required in this study to speak Norwegian and most had a high level of education. It is known that cultural and socio-economic factors affect maternal experiences of sleep problems (Etherton et al., 2016; Fisher et al., 2011) and may also have influenced the results. More diversity in the cultural and social-economic background of participants might have enriched the study since, for example, most paediatric sleep interventions,

such as extinction, are based in general on Western middle-class cultures promoting independence from a young age and setting boundaries, which may not be considered best parenting practice in other cultures (Etherton et al., 2016). In addition, some of the PHNs knew each other to some extent, and the researcher knew some of the PHNs, which may have influenced the study. On the one hand, the PHNs could have been anxious about not responding correctly; on the other hand, this might also have given them the confidence to be candid.

Although objectivity is not a requirement in qualitative research, the researcher's occupation as a PHN may also have influenced the data analysis. Being aware of this possibility, the participants' experiences were not taken for granted, and reflections around their statements were conducted throughout the analysing process.

Conclusion

Through the two main themes – therapeutic alliance and reorganisation of identity – most mothers did not experience having a therapeutic alliance with their PHN, which consequently affected whether the sleep problems were addressed and solved. The children's sleep problems experienced by mothers were challenging, especially in forming their new identities in becoming mothers. The PHNs recognised the importance of a therapeutic alliance but found sleep guidance challenging due to lack of knowledge and understanding of how complex and intrusive sleep problems are for mothers.

Because sleep problems are frequent and have an essential impact on children's and parents' health and well-being, further research is needed on parental subjective experiences to refine our understanding, better approach, and help families, and minimise the consequences of sleep deprivation in young children.

Implications for clinical practice

Creating a therapeutic alliance is decisive for whether PHNs can help mothers with their children's sleep problems, and PHNs need to recognise that mothers experience an identity change (BAM) when sleep problems occur. PHNs need increased knowledge about what

BAM entails and how to create a therapeutic alliance. Finally, knowledge about children’s sleep in the education and training of PHNs seems vital for giving mothers safe, individualised, and evidence-based guidance and help. Overall, it seems that sleep needs to be better prioritised in consultations. This is fundamental to children’s health while also addressing the transformation of mothers, as BAM influences their psychological health and ultimately impacts children’s development and well-being.

Conflict of interest statement

The author reports no conflict of interest.

Table 5 Impact statement

| |
|---|
| <p>What does this paper contribute to the wider global clinical community?</p> <ul style="list-style-type: none">• PHN nurses need to have a “therapeutic alliance” with mothers who has children with sleep problems to be able to find individual solutions to solve the problems.• Mothers need recognition support from the PHNs for the struggle they are experiencing with the child’s sleep problems while they at the same time are in process of becoming a mother. |
|---|

References

- Allen, S. L., Howlett, M. D., Coulombe, J. A., & Corkum, P. V. (2016). ABCs of SLEEPING: A review of the evidence behind pediatric sleep practice recommendations. *Sleep Medicine Reviews*, 29, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.08.006>
- Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(2), 29-42. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Byars, K. C., & Simon, S. L. (2016). Behavioral treatment of pediatric sleep disturbance: Ethical considerations for pediatric psychology practice. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 4(2), 241. <https://doi.org/10.1037/cpp0000149>
- Chaput, J.-P., Gray, C. E., Poitras, V. J., Carson, V., Gruber, R., Birken, C. S., . . . Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17(5), 91-107. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4850-2>
- Coleman, P., Nelson, E., & Sundre, D. (1999). The relationship between prenatal expectations and postnatal attitudes among first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(1), 27-39. <https://doi.org/10.1080/02646839908404582>
- 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>
- Dement, W. C., & Vaughan, C. (1999). *The promise of sleep: A pioneer in sleep medicine explores the vital connection between health, happiness, and a good night's sleep*. Dell Publishing Co.
- Dryden, W., & Reeves, A. (2008). *Key Issues for Counselling in Action* (2. ed.). SAGE Publications Ltd.
- Dziopa, F., & Ahern, K. J. (2009). What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: A review of the research literature. *Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(1), 7-7. <https://ispub.com/IJANP/10/1/7218>
- Etherton, H., Blunden, S., & Hauck, Y. (2016). Discussion of extinction-based behavioral sleep interventions for young children and reasons why parents may find them difficult. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(11), 1535-1543. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6284>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>
- Fisher, J., Rowe, H., Hiscock, H., Jordan, B., Bayer, J., & Colahan, A., & Amery, V. (2011). Understanding and responding to unsettled infant behaviour: A discussion paper for the Australian Research Alliance for Children and Youth. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol*, 13(1), 117. <http://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>

- Gradisar, M., Jackson, K., Spurrier, N. J., Gibson, J., Whitham, J., Williams, A. S., . . . 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>
- Guest, G., Namey, E., McKenna, K. (2017). How Many Focus Groups Are Enough? Building an Evidence Base for Nonprobability Sample Sizes. *Field Methods*, *29*(1), 3-22. <https://doi.org/10.1177/1525822X16639015>
- Hiscock, H., & Fisher, J. (2015). Sleeping like a baby? Infant sleep: Impact on caregivers and current controversies. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *51*(4), 361-364. <https://doi.org/10.1111/jpc.12752>
- Honaker, S. M., & Meltzer, L. J. (2016). Sleep in pediatric primary care: A review of the literature. *Sleep Medicine Reviews*, *25*, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.01.004>
- Høgmo, B. K., Bondas, T., & Alstveit, M. (2021). Going blindly into the women's world: a reflective lifeworld research study of fathers' expectations of and experiences with municipal postnatal healthcare services. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *16*(1), 1918887. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1918887>
- Kalmuss, D., Davidson, A., & Cushman, L. (1992). Parenting expectations, experiences, and adjustment to parenthood: A test of the violated expectations framework. *Journal of Marriage and the Family*, 516-526. <https://doi.org/10.2307/353238>
- 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. <http://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.08.002>
- Lindberg, A. (2010). Tidlig intervensjon: Terapeutisk arbeid med mor og barn. In V. Moe, K. Slinning, & M. Bargum Hansen (Eds.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 663-685). Gyldendal Akademisk.
- Maxwell, J. A., & Chmiel, M. (2014). Generalization in and from qualitative analysis. *The SAGE handbook of qualitative data analysis*, *7*(37), 540-553. <https://dx.doi.org/10.4135/9781446282243.n37>
- McDowall, P. S., Elder, D. E., & Campbell, A. J. (2017). Relationship between parent knowledge of child sleep, and child sleep practices and problems: A pilot study in a children's hospital cohort. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *53*(8), 788-793. <http://doi.org/10.1111/jpc.13542>
- McDowall, P. S., Galland, B. C., Campbell, A. J., & Elder, D. E. (2017). Parent knowledge of children's sleep: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, *31*, 39-47. <http://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.01.002>
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*, *36*(3), 226-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Mercer, R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *35*(5), 649-651. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *35*(5), 568-582. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x>
- Mindell, J. A., Emslie, G., Blumer, J., Genel, M., Glaze, D., Ivanenko, A., Roth, T. (2006). Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. *Pediatrics*, *117*(6), e1223-e1232. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1693>
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *32*(4), 465-477. <https://doi.org/10.1177/0884217503255199>

- Norwegian SIDS and Stillbirth Society. (2021). Retrieved 1.august 2021 from <https://www.lub.no/krybbedod>
- Osberg, S., Kalstad, T. G., & Stray-Pedersen, A. (2021). Norwegian parents avoid placing infants in prone sleeping positions but frequently share beds in hazardous ways. *Acta Paediatrica*.
<https://doi.org/10.1111/apa.15797>
- Rafii, F., Alinejad-Naeini, M., & Peyrovi, H. (2020). Maternal role attainment in mothers with term neonate: A hybrid concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(4), 304.
https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_201_19
- Reuter, A., Silfverdal, S. A., Lindblom, K., & Hjern, A. (2020). A systematic review of prevention and treatment of infant behavioural sleep problems. *Acta Paediatrica*, 109(9), 1717-1732.
<https://doi.org/10.1111/apa.15182>
- Sivertsen, B., Hysing, M., Darheim, S. K., & Eberhard-Gran, M. (2015). Trajectories of maternal sleep problems before and after childbirth: a longitudinal population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1).
<http://doi.org/10.1186/s12884-015-0577-1>
- St James-Roberts, I., & Gillham, P. (2001). Use of a behavioural programme in the first 3 months to prevent infant crying and sleeping problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 37(3), 289-297.
<https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2001.00699.x>
- Steinsbekk, S. S., Berg-Nielsen, S. T., & Wichstrøm, S. L. (2013). Sleep Disorders in Preschoolers: Prevalence and Comorbidity with Psychiatric Symptoms. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(9), 633-641. <https://doi.org/10.1097/01.DBP.0000437636.33306.49>
- Stern, D., Bruschiweiler-Stern, N., & Feiland, A. (1998). *The birth of a mother: How The Motherhood Experience Changes You Forever* Basic Books.
- Sviggum, G., Sollesnes, R., & Langeland, E. (2018). 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*, 13(1), 1527605. <http://doi.org/10.1080/17482631.2018.1527605>
- Symon, B., & Crichton, G. E. (2017). The joy of parenting: infant sleep intervention to improve maternal emotional well-being and infant sleep. *Singapore medical journal*, 58(1), 50.
<http://doi.org/10.11622/smedj.2016046>
- Tammentie, T., Paavilainen, E., Åstedt-Kurki, P., & Tarkka, M. T. (2004). Family dynamics of postnatally depressed mothers—discrepancy between expectations and reality. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 65–74. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00824.x>
- The Norwegian Directorate of Health. (2019). *Nasjonal faglig retningslinje helsestasjons- og skolehelsetjensten*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Zhou, E. S., Mazzenga, M., Gordillo, M. L., Meltzer, L. J., & Long, K. A. (2020). Sleep Education and Training among Practicing Clinical Psychologists in the United States and Canada. *Behavioral Sleep Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/15402002.2020.1860990>

Del II: Fordypningsoppgave i metode

Antall ord: 7542

1 Innledning

Denne masteroppgaven består av en vitenskapelig artikkel for publikasjon i Journal of Clinical Nursing og med en fordypningsdel i form av et metodekapittel, hvor metode og analyseprosessen som ble brukt for å besvare forskningsspørsmålene vil bli nærmere beskrevet. Denne fordypningen er valgt da det er et viktig forskningsetisk prinsipp at metoddelen i en studie skal være så transparent som mulig for oppnåelse av metodisk integritet og sørge for at andre forskere skal kunne vurdere kvaliteten på studien, kunne replisere den med et sammenlikningsformål og/eller gjenskape den. Ved at flere replikasjoner har funn som peker i samme retning vil resultatene kunne bli anerkjent som vitenskapelig kunnskap. Replikasjoner vanskeligjøres i mange publikasjoner da det i en forskningsartikkel kun vil være mulighet å gjengi metoden kortfattet og av mer generell karakter på grunn plassbegrensninger hos tidsskriftene (Levitt et al., 2018). Ikke minst også siden det er ønskelig at resultatene og diskusjonsdelen i artikkelen vies størst plass.

For masteroppgaven hadde jeg tre ønsker; at den skulle være en del av et større forskningsprosjekt, omhandle et tema som er høyst aktuelt og viktig i min praksis som helsesykepleier og skrive artikkel. Siden jeg allerede har et ansetteselsforhold hos Regionsentret for barn og unges psykiske helses (RBUP), Helseregion Øst og Sør tok jeg kontakt med RBUP og min master utgjør et ledd i del en av det firefasede forsknings- og utviklingsprosjektet «Sov godt». «Sov godt» er et prosjekt knyttet til søvnutfordringer hos barn fra seks måneder og opp til tre år hvor forsker Filip Drozd er prosjektleder. Prosjektets startdato var 17. august 2020 med forventet sluttdato 16. august 2022. Stiftelsen Dam har finansiert prosjektet gjennom Rådet for psykisk helse.

Hovedmålet med «Sov godt» er å utvikle et veiledet nettbasert program som blant annet skal tilbys helsestasjonstjenesten som støtte til småbarnsforeldre for å behandle søvnproblemer hos barn.

Søvn er et grunnleggende biologisk behov som er viktig for barns vekst og utvikling, og kvaliteten på barnets søvn påvirker mødrenes opplevelse av mestring og selvtillit i sin rolle som mor og også hennes psykiske og fysiske helse (Bathory & Tomopoulos, 2017). Til tross

for dette viser det seg at å oppnå god søvn ikke alltid er så lett, og mange barn og mødre strever og oppsøker derfor hjelp, fra for eksempel helsestasjonen, men som ikke alltid vet hvordan de kan hjelpe. Spesielt blir dette vanskelig da søvn er et følelsesladet tema som skaper debatt og kontroverser både blant mødre og helsesykepleier (Fisher et al., 2011), og som kan tenkes å ha en betydning i deres møter på helsestasjonen. Målet med denne delen av «Sov godt» er derfor å utføre en behovsvurdering. Vurderingen har blitt gjort ved å utforske erfaringene til foreldre av barn med søvnproblemer i alderen seks måneder til tre år, samt erfaringene helsesykepleiere har fra møter med mødre på helsestasjonen. Videre er det vurdert om det var samsvar mellom mødrenes behov og det helsesykepleier yter i praksis, samt om det framkom eventuelle temaer som kunne gi implikasjoner i praksis for det nettbaserte programmet, veiledningen eller praksis for øvrig.

Som et ledd i fase én av «Sov godt» har denne masteroppgaven følgende problemstilling:
Hvilke erfaringer har foreldre og helsesykepleiere med søvnproblemer hos barn i alderen 0-3 år?

Problemstillingen besvares med utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

1. Hva er mødrenes erfaringer med det å ha barn med søvnproblemer?
2. Hvilke erfaringer har helsesykepleiere i møte med foreldre til barn med søvnproblemer?

2 Forskningsdesign

Studiens mål var å utforske hvordan mødre erfarer søvnproblemer for en dypere forståelse og innsikt i fenomenet som kunne ha betydning for helsesykepleieres praksis og foreldres erfaringer i møte med helsestasjonstjenesten. Eventuell ny kunnskap knyttet til erfaringer fra helsesykepleiere og foreldre for fenomenet vil være relevant da søvnutfordringer anses vanlige (Steinsbekk et al., 2013), samt siden helsestasjonstjenesten oppdrag blant annet er å gi helseopplysninger og veiledning for å fremme fysisk-, psykisk- og sosial utvikling hos sped- og småbarn som også omfatter temaet søvn.

Studien er en samfunnsvitenskapelig studie med et fenomenologisk/hermeneutisk vitenskapgrunnlag (Thornquist, 2018; Tjora, 2017). Siden studiens problemstilling baserer seg på menneskelige erfaringer som ikke kan kvantifiseres ved bruk av tall, og søker en fordypning i et fenomen med utgangspunkt i hvordan noe gjøres, sies, oppleves, fremstår eller utvikles (Brinkmann & Tanggaard, 2012), er metoden som velges en kvalitativ utforskende metode ved hjelp av intervjuer (Johannessen et al., 2016).

Studien hentet data fra to ulike kilder: mødre og helsesykepleiere. Data fra mødrene utgjorde primærkilden for forskningsspørsmål 1, mens helsesykepleiedata utgjorde sekundærkilden, og var med på å besvare forskningsspørsmål 2. For analyse av datamaterialet fra mødrene ble det foretatt en tematisk analyse, det vil si at dataene har blitt analysert etter tema (Johannessen et al., 2016) ved hjelp av Framework Metoden (FM) (Gale et al., 2013). Videre ble dataene fra helsesykepleierne satt inn under sub-kategoriene og kategoriene som framkom fra analysen av data fra mødrene, for å kunne se fenomenet ut ifra deres erfaringer for så å utforske om det finnes likheter og forskjeller i erfaringene (Ryan & Bernard, 2003). Å bruke data fra to ulike kilder for så å sammenlikne dem ga mulighet til å studere fenomenet fra ulike synspunkter og synsvinkler for en mer detaljert, balansert og utvidet forståelse av fenomenet. Data fra to ulike kilder, som her, både fra mødre og helsesykepleiere, anses som en styrke som øker troverdigheten og gyldigheten, validiteten, i besvarelse av studiens problemstilling, og som kan medføre unike funn (Levitt et al., 2018).

2.1 Populasjon og utvelgelse

Det ble foretatt en strategisk utvelgelse av informanter i prosjektet som anses hensiktsmessig for å få innhentet nødvendige data for besvarelse av forskningsspørsmålene (Johannessen et al., 2016). Bakgrunnen var at prosjektet søkte å se på erfaringer ved søvnproblemer generelt og ikke spesifikt knyttet opp mot medisinske faktorer som kan påvirke søvn, og så heller ikke på mødre og deres enkelte helsesykepleier.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Siden studien ønsket å se på fenomenet søvnproblemer, og i utgangspunktet foreldres erfaringer rundt dette, var inklusjonskriteriene følgende: Foreldrene måtte være 18 år eller eldre og beherske god muntlig norsk for å kunne forstå spørsmålene de ble stilt, og kunne uttrykke deres erfaringer rundt søvnutfordringene. Videre var inklusjonskriteriene for foreldrene at 1) de hadde et spedbarn mellom seks måneder og fem år, og 2) opplevde at barnet hadde et søvnproblem. Grunnen til at prosjektet ønsket å inkludere foreldre med barn opptil fem år, var fordi det var ønskelig med å ha med foreldre som også hadde vært gjennom en søvnutfordring med barn i alderen seks måneder til tre år, da disse foreldrene kan bidra med verdifulle innspill i retrospekt, når de kan se og tenkte tilbake i tid på hvordan dette var, og hvordan de ser på det nå som søvnutfordringer er over. Det var imidlertid ingen fedre som meldte sin interesse i å delta i studien og heller ingen mødre med barn over tre år. Alle mødre hadde barn med søvnutfordringer under intervjuene og dermed var det ingen som så på tidligere opplevde søvnproblemer i retrospekt.

Videre måtte det opplevde søvnproblemet hos barnet vedrøre minst ett av følgende karakteristika hos spedbarn; (a) kort søvnvarighet (gjennomsnittlig <9 timer totalt per 24 timer), (b) lang innsovningstid (≥ 30 min, flere dager i uken), (c) hyppige nattlige oppvåkninger (dvs. ≥ 3 per natt, flere dager i uken), og/eller (d) problemer med innsovning etter nattlig oppvåkning/våkner tidlig (før kl. 06.00) (Mindell et al., 2006). Spedbarnet måtte også ha startet med fast føde.

Fordi det var ønskelig å utelukke alle eventuelle tilleggsutfordringer hos barn som kunne påvirke søvnen for å ha mest mulig «rene» erfaringer rundt fenomenet ble følgende eksklusjonskriterier satt: 1) barn født før svangerskapsuke 37, 2) spedbarn vurdert som undervektige av helsepersonell ved siste måling, 3) barn mistenkt å ha, eller er under utredning for utviklingsforstyrrelse (som barneautisme), 4) barn med kjente mage-, tarm- eller luftveislidelser (for eksempelrefluks eller astma), og 5) barn med kjente allergier eller hudsykdommer (som barneeksem med medisinsk oppfølging).

Inklusjonskriteriene for helsesykepleierne var at de jobbet i helsestasjonstjenesten med barn mellom 0-5 år eller nylig hadde jobbet der slik at de hadde relevante erfaringer knyttet til forskningsspørsmålet.

3 Datainnsamling

3.1 Demografisk data

Samtykke og demografiske data som alder, kjønn og utdanning ble samlet inn via den elektroniske datainnsamlingsløsningen «Confermit» via RBUPs nettside (www.sovgodt.r-bup.no).

De deskriptive resultatene av bakgrunnsdataene er presentert i tabell 3 og 4 i artikkelen.

3.2 Forskningsintervju

For innsamling av data ble det i studien valgt intervjuer. Kvalitative intervjuer er den vanligste måten å innhente data på og inneholder myke data som er konkrete representasjoner av den sosiale virkeligheten. Metoden er fleksibel, mye benyttet og muliggjør fylldige og detaljrike beskrivelser av det fenomenet som skal utforskes, som her søvnutfordringer. Intervjuer egner seg spesielt til å se på menneskers erfaringer for å forstå og beskrive, men må ha en struktur og et formål til forskjell fra en vanlig samtale. Det er det som kommer frem i intervjuene med informanten(e) som utgjør dataene i studien - altså deltakernes subjektive opplevelser av fenomenet. Intervjuer kan utføres enkeltvis eller i grupper og kan være mer eller mindre strukturerte (Johannessen et al., 2016). Innenfor kvalitativ forskning er det også ønskelig at man som forsker er aktivt og deltakende i datasamlingsprosessen som muliggjøres ved bruk av intervjuer og som gir forsker nærhet til dataene (Johannessen et al., 2016; Tjora, 2017).

I denne studien ble semistrukturerte fokusgruppeintervjuer valgt, som er intervjuer som har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt. Intervjuene er fleksible siden temaene, spørsmål og rekkefølge kan variere ut fra hva informantene forteller. Ved dette kan intervjuer bevege seg mellom ulike temaer og la det som sies og skjer i gruppen styre fremdriften samtidig som man får informasjon knyttet til fenomenet som skal utforskes (Johannessen et al., 2016). I tillegg gis det også rom for ikke-planlagte temaer som kan gi en

enda dypere innsikt i erfaringene til informantene. Samtidig muliggjør strukturen i guiden at dataene fra de to ulike gruppene kan sammenliknes da alle deltakerne blir stilt de samme hovedspørsmålene og for å kunne besvare forskingsspørsmål nr. 2.

Det å velge fokusgruppeintervjuer fremfor individuelle intervjuer var mer egnet i denne studien, da spedbarn og søvn er et kontroversielt tema blant foreldre og fagpersoner (Hiscock & Fisher, 2015). Et gruppeformat kan lette diskusjonen hos deltakerne i større grad enn eksempelvis individuelle intervjuer. Gruppeintervjuer kan bidra til mer spontane svar hvor deltakerne stimulerer hverandre, og gjør dem mer villige til å dele informasjon enn når de sitter alene med en forsker (Johannessen et al., 2016). I fokusgruppeintervjuer vil det komme frem data som er både individuelle og som fremkommer av interaksjon i gruppen (Tjora, 2017), hvilket gir mer bredde i erfaringene som uttrykkes, noe som var ønskelig for studien.

Videre er fokusgruppeintervjuer effektivt for å samle inn data både tidsmessig og økonomisk, og det er lang erfaring med designet innenfor kvalitative studier i sykepleieforskning (Johannessen et al., 2016).

3.3 Intervjuguide

Det ble utarbeidet to intervjuguides siden studien innhentet data fra to ulike grupper, foreldre og helsesykepleiere. Disse ble utarbeidet av masterstudenten i samarbeid med prosjektleder i «Sov, godt». «Intervjuguiden inneholdt bl.a. beskrivelse av forarbeidet, hvordan gruppen arbeidet, roller og ansvarsfordelinger, kjøreregler for gruppen, spørsmålene for intervjuene mv. I utarbeidelsen av spørsmålene til intervjuguiden ble det søkt å sikre at de var åpne og enkle å besvare for deltakerne med egne ord. Spørsmålene skulle være relevante for å kunne besvare forskingsspørsmålene basert på fag- og forskningslitteratur for å sikre tilstrekkelig faglig bakgrunn. Det ble så foretatt gjennomgang av spørsmålene ved diskusjoner og utprøving med de involverte og prosjektgruppen i «Sov godt». Guiden inneholdt syv hovedspørsmål knyttet til fenomenet søvn konsentrert om forventinger, opplevelser, råd og hjelp, ønsker og behov. Intervjuguidene inneholdt de

samme spørsmålene, men ble tilpasset ut fra om det var foreldre eller helsesykepleierne som ble intervjuet (se vedlegg 1 og 2).

Før fokusgruppeintervjuene forberedte moderatorene seg i henhold til intervjuguiden.

Begge moderatorene har lang erfaring med grupper og intervjusituasjoner gjennom sine profesjoner, hvilket ble ansett som tilstrekkelig for gjennomføringen av de aktuelle fokusgruppene, og det ble i derfor ikke gjennomført pilotintervjuer.

4 Gjennomføring av intervjuene

Mødrene og helsesykepleierne som meldte sin interesse for deltakelse i prosjektet, gjorde dette via skjema på RBUPs hjemmeside hvor de fikk skriftlig informasjon om prosjektet og ble bedt om å gi bakgrunnsdata. De interesserte ble så kontaktet og fikk invitasjon til fokusgruppene.

I et av fokusgruppene for helsesykepleierne deltok én deltaker fra frivillig organisasjon ved en feil da «Sov-godt» også søkte etter frivillige, men som var ment til å delta i et annet fokusgruppeintervju. Dette ble oppdaget underveis i fokusgruppeintervjuet, men siden deltakeren hadde erfaring med å gi råd/veiledning til foreldre til barn med søvnproblemer i aktuell aldersgruppe og hadde kompetanse på søvn. Det ble vurdert slik at den frivilliges erfaringer kunne bidra med et utvidet perspektiv og dynamikk i gruppen, og derfor besluttet at vedkommende kunne fortsette i gruppen. Dataen fra den frivillige er derfor med i materialet, og uttalelsene omtales inn under helsesykepleierens for å sikre anonymitet.

Intervjuene ble utført av moderator, masterstudent og helsesykepleier, og medmoderator (assistent), psykolog og post doktor stipendiat Hege Therese Størksen ansatt ved RBUP. Moderatorene introduserte seg selv i henhold til fokusgruppeguiden og presenterte hensikten med studien.

Fokusgruppene ble gjennomført fysisk i RBUP sine lokaler fra kl 14.00-15.30 i perioden september til oktober 2020 med en varighet på 1,5 timer. Det samme tidspunktet ble valgt for alle grupper av hensyn til at det skulle bli minst mulig belastning for helsesykepleierne og mødrene med tanke på eventuelle arbeidsdag og/eller henting i barnehage og skole. Alle fikk enkel servering og et gavekort på kr 250 for deltakelsen sin noe som ikke ble annonsert på forhånd.

For å sikre et antall deltakere som er anbefalt for slike fokusgrupper, og som anses tilstrekkelig for å identifisere 80 % av de mest utbredte temaene for belysning av fenomenet (Guest, 2017) (Tjora, 2017), ble det gjennomført fire semistrukturerte fokusgruppeintervjuer med seks til åtte deltakere i hver gruppe, med til sammen 14 mødre og 14 helsesykepleiere, altså totalt 28 deltakere. Mødrene og helsesykepleierne ble intervjuet hver for seg i

henholdsvis to grupper. Det ble tatt lydopptak av intervjuene for å sikre at alt som ble sagt kom med samtidig som det gav mer frihet å ha fokus på selve intervjuet underveis. Det ble fortløpende gjort notater i intervjuprotokollen. Umiddelbart etter fokusgruppene hadde moderator og medmoderator samtaler vedrørende intervjuene hvor innskytelser, fortolkninger, ideer og sammenlikninger fra de gjennomførte fokusgruppene ble notert ned i intervjuguiden. Alle notatene ble renskrevet og oppsummert som et refleksjonsnotat i intervjuguiden.

I gruppene med mødre var det i tillegg henholdsvis ett og fire barn under ett år til stede. På et av helsesykepleierintervjuene var to utviklere fra Youwell (www.youwell.no), Bergen, med for innsikt i temaet med tanke på utviklingen av det nettbaserte programmet «Sov godt». Det var opprinnelig planlagt en barnevaktordning på RBUP, men på grunn av koronasituasjonen ble dette ikke gjennomførbart og for at enkelte av mødrene skulle kunne delta ble det tillatt å ha med barn under intervjuet. Deltakerne med barn ble innledningsvis anmodet om å ta med barnet ut av rommet ved mye støy til barnet roet seg. Til tross for dette skapte barna allikevel noe uro og avbrytelser i intervjusituasjonene, samt at ikke alle mødrene var til stede under hele intervjuet. Allikevel ble det en opplevelse av at mødrene raskt fortsatte å fortelle om sine erfaringer. Helsesykepleierne ble informert om at utviklerne fra Youwell var tilstede da de ble intervjuet og ingen motsatte seg dette. Utviklerne satt der kun som observatører og så ikke ut til å påvirke intervjusettingen av betydning.

Under de fire fokusgruppeintervjuene ble alle hovedspørsmålene stilt. Deltakernes utsagn ble vurdert og ut ifra dette var det varierende hvor mange oppfølgingsspørsmålene som ble benyttet. Noen spørsmål svarte også informantene på før de ble stilt, som er i tråd med fleksibiliteten til semistrukturerte intervjuer. Guiden fungerte som et godt arbeidsredskap og støtte under fokusgruppeintervjuene, og det ble ikke gjort noen endringer i guiden underveis. I fokusgruppeintervjuene med helsesykepleierne er det viktig å merke seg at helsesykepleierne i sine intervjuer ble spurt om erfaringen de hadde med foreldre, ikke eksplisitt mødre, da det opprinnelig var ønskelig at både fedre og mødre skulle delta i studien.

5 Forskningsetikk

5.1 Etske hensyn

Etske hensyn innebærer at forskningen ikke skal medføre uforsvarlige konsekvenser for deltakerne, at fordeler veier opp for ulemper. Tre forhold skal spesielt hensyntas for å sikre etisk gjennomføring av forskning: 1) informantens rett til selvbestemmelse og autonomi 2) forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og 3) forskerens ansvar for å unngå skade (Johannessen et al., 2016).

Etske hensyn ble primært ivaretatt ved at all forskning må følge forskningsregelverket og formelle etske krav hvor etikken ligger implisitt uavhengig av de juridiske krav som stilles til et forskningsprosjekt (Tjora, 2017). Alle prosjekter som inneholder personopplysninger, har en lovpålagt meldeplikt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) (2021) før prosjektstart. Siden dette masterprosjektet er en del av forsknings- og utviklingsprosjektet «Sov godt» med oppstart 17. august 2020 har RBUP sørget for søknad og godkjenning fra NSD (ref. nr.: 684718). Behandlingen av forskningsdata var i henhold til personvernlovgivningen, og de gjennomførte informasjonssikkerhetstiltak ble vurdert som tilstrekkelige. Alle personidentifiserbare opplysninger som navn, telefonnummer og e-postadresser (det vil si opplysninger gitt i samtykke), ble lagret i egen database atskilt fra deltakernes besvarelser (det vil si opplysninger gitt i det elektroniske spørreskjemaet). For å sikre deltakernes rettigheter (for eksempel, rett til innsyn i egne data eller be om å få slettet opplysninger) ble det opprettet en koblingsnøkkel mellom databasene. Transskripsjonene av intervjuene ble pseudonymisert for å sikre deltakernes anonymitet, og lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt. Dette medførte at analysene er gjennomført uten personidentifiserbare opplysninger.

Videre er det utført tekniske og fysiske tiltak for å sikre personopplysninger som at opplysninger er kryptert ved lagring og under forsendelse, det ble opprettet endringslogg, adgangslogg og adgangsbegrensninger og to-faktorautentisering for tilgang til data. Notater og oppsummeringer fra fokusgruppeintervjuene har blitt skannet for lagring og overført til

sikker sone og så lagt i egen avfallsdunk med lås for makulering. Deltakernes personvern er derfor ivaretatt under hele prosessen og alle opplysninger er derfor blitt behandlet konfidensielt.

Denne delen av «Sov godt» falt utenfor kriteriene for godkjenning fra Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (2021), da formålet med fokusgruppeintervjuene ikke har vært å skaffe til veie ny kunnskap om sykdom og helse. Dette var også NSD sin vurdering.

Siden prosjektet har godkjenning gjennom NSD og basert på ovennevnte er det tre forhold som skal hensyntas for å sikre etisk gjennomføring av forskning ivaretatt. Siden de fleste deltakerne ble rekruttert gjennom «snøballmetoden» eller ved direkte kontakt av forsker eller prosjektgruppa, var det viktig å ivareta en god maktbalanse slik at de spurte ikke opplevde deltakelse som frivillig tvang. Det ble derfor sørget for at alle fikk en reell mulighet til å få informasjon, stille spørsmål og selv bestemme om de ønsker å delta. Samtlige ga samtykke til deltakelse i studien, som skjedde uten de ansvarlige for prosjektet tilstedeværelses for å unngå utilbørlig press til deltakelse. Deltakerne kunne trekke seg fra studien til enhver tid og uten begrunnelse. På denne måten ble deltakerens selvbestemmelsesrett ivaretatt.

5.2 Rekruttering

I rekruttering av informanter var det ønskelig å bruke en kombinasjon av målrettet maksimal variasjon og «snøballmetoden», siden en studie bør ha mest mulig mangfold og ulike erfaringer rundt fenomenet (Tjora, 2017). For målrettet maksimal variasjon ble mødre og helsesykepleiere forsøkt rekruttert gjennom helsestasjoner i Oslo-området, Facebook, RBUPs nettsider og via RBUPs kursdatabase hvor kursdeltakere har sagt seg villige til å delta i eventuelle forskningsprosjekter. «Snøballmetoden» var at forsker og forskergruppen i «Sov godt» forhørte seg om personer som har erfaring med søvnproblemer som ble kontaktet og at disse igjen kunne vise til andre informanter (Johannessen et al., 2016). Rekrutteringen startet mai 2020 og ble avsluttet oktober 2020, siden det da ble vurdert til at det var tilstrekkelig informanter til å belyse fenomenet.

I utgangspunktet var det ønskelig å rekruttere både fedre og mødre, men prosjektet endte kun med mødre. Dette resulterte i at det opprinnelige forskningsspørsmålene ble endret fra å utforske foreldres erfaringer til å utforske kun mødrenes. Rekrutteringsarbeidet var vanskelig, noe som var overraskende, da temaet er svært aktuelt. I rekrutteringsperioden var Norge midt i en korona-pandemi som medførte begrensninger i hva helsesykepleiere fikk lov til å delta i utenfor helsestasjonenes regi samt stor arbeidsbelastning på grunn av smittevern. Mødrene kunne trolig også kjenne på frykten for smitte og at de heller ikke hadde overskudd til å delta når de stod midt i søvnutfordringene, som kan ha påvirket rekrutteringen. På grunn av disse utfordringer ble flest informanter rekruttert gjennom «snøballmetoden». Det kan også tenkes at en mer direkte kontakt med for eksempel helsestasjonen i form av deltakelse på møter og lignende kunne gjort rekrutteringen enklere. På grunn av rekrutteringsutfordringene ble det ikke gjort noen ekstra tiltak for å rekruttere fedre selv om studien også ønsket å utforske deres erfaringer da det ville ha beriket studien.

På grunn av måten deltakerne ble rekruttert på, kjente noen av informantene hverandre fra før, som ved at de kom fra samme arbeidssted eller hadde jobbet sammen tidligere. Videre kjente noen helsesykepleiere moderator fra før og noen mødre kjente medmoderator. Disse relasjonene kan påvirke dynamikken i gruppen og det som kommer frem i intervjuene. Det var derfor viktig at det ikke ble en for personlig tone, men at den formelle settingen ble ivaretatt gjennom den utarbeidede intervjuguiden og det ble understreket for deltakerne at prosjektet ikke var opptatt av hva som er riktige eller gale svar, men deltakernes faktiske erfaringer.

5.3 Forskerens ståsted

All forskning hviler på tillit mellom forsker og den det forskes på. Dette er en sentral dimensjon i all forskning som omhandler mennesker, hvor tilliten forvaltes ved at forsker skal sikre konfidensialitet og ved å vise tillit, respekt og gjensidighet overfor deltagerne (Tjora, 2017). Dette var spesielt viktig i denne studien med tanke på at forsker ikke har en symmetrisk relasjon til de som ble intervjuet, spesielt i intervjuene med mødre, da moderatorene er fagpersoner og mødrene var der i kraft av å være mødre, og forskningen skal ha respekt for menneskeverdet og deltakernes integritet. I dette tilfelle ble

konfidensialitet søkt sikret gjennom overholdelse av personvernlovgivningen mv. Tillit, respekt og gjensidighet ble søkt gjennomført ved intervjuguiden og moderatorens opptreden ved intervjuene.

Ved kvalitativ forskning anerkjennes det at forskerens subjektive forhold, som erfaringer, tolkninger og forforståelse av fenomenet og preger forskningsprosessen, og vil derfor ikke være objektiv (Johannessen et al., 2016), men dette reiser også etiske spørsmål.

Med 25 års erfaring som sykepleier til barn, derav 11 års som helsesykepleier hvor jeg har møtt mange mødre med barn som har søvnproblemer, og som mor med barn som har hatt søvnutfordringer, vil mine erfaringer, min sensitivitet, eget engasjement og interesse rundt temaet påvirke forskningen. Studien vil også være påvirket av at den er en del av «Sov godt» hvor fagpersoner knyttet til prosjektet er psykologer samt at veileder fra RBUP er psykolog. Dette er etiske aspekter som ga muligheter og begrensinger i møtet med informantene og analyse av dataene. Ved å være nysgjerrig på deltakernes erfaringer mer enn det å få bekreftet egen forforståelse og ha et åpent forskerblikk har derfor vært viktig og blitt tilstrebet underveis.

Videre med at min forforståelse av fenomenet samtidig skal balanseres og forstås sammen med helsesykepleierne og mødrenes faktisk erfaringer, så skal deler av det som ble sagt også ses i forhold til en helhet og omvendt slik at nye innsikter kan oppnås. Min subjektivitet er en nødvendig forutsetning for forskningen, men den må ha en viss kontroll for å ikke påvirke forskningen på en ugunstig måte. Disse påvirkningsforholdet, som omtales som den hermeneutiske spiral (Krogh, 2014), kom tydelig frem under i analysen av dataene og utarbeidelsen av det analytiske rammeverket da jeg hele veien måtte diskutere for- og motargumenter for forståelsen av dataene slik at resultatene fikk mest mulig troverdighet (validitet). Det å ikke la forforståelsen ta over for hva som egentlig informanten har uttalt har vært utfordrende samtidig som den klart har hatt betydning for tolkningen av funnene.

5.4 Etiske refleksjoner

Søvn er et kontroversielt tema slik at det kan oppstå polariserende meningsutvekslinger som moderatorene måtte være forberedt på og kunne håndtere på en god måte. Det kunne

oppleves ubehagelig for deltakerne og kan ha medført at de følte at de ikke kunne ytret sine meninger (at det utløses forsvarsmekanismer). Det var derfor en viktig oppgave for moderatorene å ta vare på alle i gruppene under og etter intervjuene. Det ble sørget for at alle deltakerne fikk uttale seg og som forsker måtte jeg være beviste mine egne følelsesmessige reaksjoner for å unngå mulige overtråkk av personlige grenser og etiske krenkelser (Kvale et al., 2015).

I intervjuene av mødrene kom det frem kritikk av helsestasjonstjenesten og helsesykepleiere. Dette var ikke uventet da både forskning og erfaringer tilsier at tjenesten ikke alltid er rustet til å møte søvnutfordringer på en god måte. Det var derfor ikke vanskelig som moderator og helsesykepleier å høre kritikken, og det var ønskelig for studien med både negative og positive erfaringer, hvilket også ble tydeliggjort innledningsvis i intervjuene. Det at moderator var helsesykepleier og mødrene var brukere av den tjenesten moderator representerer syntes ikke å legge begrensinger på informantene som opplevdes svært åpne om sine erfaringer. I intervjuene med helsesykepleier var det en mulighet for at informantene ville vise seg frem fra sin «beste side», og at meninger de hadde om det som er viktig ikke alltid var det som gjenspeiles i praksis som kan ha betydning for dataenes validitet.

Etter gjennomføring av intervjuene var inntrykket at mødrene som deltok hadde store søvnutfordringer med ett eller flere barn. Helsesykepleier som deltok var spesielt opptatt av søvn i sin praksis, altså var ikke utvalget representativt for alle mødre som erfarer søvnutfordringer og for alle helsesykepleiere som jobber med dem, noe som heller ikke er målet i kvalitativ forskning. Følgelig kan man si at utvalget i denne studien var mødre med barn med store søvnutfordringer og helsesykepleiere med spesiell interesse for søvnproblemer i sitt arbeide, hvilket følgelig påvirket resultatene i studien og som det var viktig å reflektere over i analyseprosessen.

Siden mødrene i studien hadde store utfordringer med søvn og søvn er et kontroversielt tema, kunne det være aktuelt at noen av dem ville trenge oppfølging i etterkant. Som forsker har man ikke behandlingsansvar overfor deltakerne eller meldeplikt for fritak av taushetsplikten; dette gjelder kun ved uønskede medisinske hendelser (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2019). Ved eventuelt avdekking av behov

for videre oppfølging, skal deltakerne oppfordres til å ta kontakt med relevant instans. Det ble ikke registrert tilfeller hvor dette syntes nødvendig, men tvert imot ga deltakerne uttrykk for at det var godt å komme et sted hvor de kunne fortelle åpent om sine utfordringer; det opplevdes terapeutisk.

Et annet viktig etisk aspekt er at man som forsker søker å bruke den kunnskapen som allerede eksisterer på best mulig måte, og at det i analysen blir benyttet metoder som søkes å være til det beste for vurdering av dataene og dermed resultatet. I resultatet skal deltakernes integritet ivaretas, men funnene skal være så nøyaktige og representative som mulig slik at deltakerne kan kjenne seg igjen i det (Kvale et al., 2015), hvilket ble etterlevd.

Prosjektet er forhåndsregistrert i Open Science Framework (OSF):

<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/6AG38>.

6 Analyse av data

Datanalysen består i å analysere tekst fra intervjuene ved å finne meningsbærende ytringer som kan gi større innsikt og forståelse rundt fenomenet, for så å analysere og tolke fenomenet (Johannessen et al., 2016). For analyse av datamaterialet i denne studien ble Framework Metoden (FM) benyttet (Gale et al., 2013). FM har blitt anvendt i kvalitativ forskning siden 1980-tallet og brukes ofte innenfor helseforskning, som i sykepleie, for tematisk analyse av semistrukturerte intervjuer. Tematisk analyse er en metode for identifisering, analyse og rapportering av mønstre (kjernetemaer) som befinner seg i dataene (Braun & Clarke, 2006). Metoden analyserer og oppsummerer dataene ved hjelp av en matrise med rader for deltakerne, og kolonner for tema, koder, sub-kategorier og kategorier. Cellene inneholder intervjudata/oppsummeringer. Metoden er hensiktsmessig ved analyser som omfatter mye data, og ved analyser med data fra to ulike grupper, som i dette tilfellet fra mødre og helsesykepleiere (Gale et al., 2013). Oppsummeringen av data ved hjelp av matrise skiller FM fra mer vanlig brukte analysemetoder mer kjent innenfor sykepleieforskning og var dertil mer egnet i denne sammenheng, spesielt med tanke på data fra to ulike grupper. Analysen av dataene i studien har bestått av følgende syv trinn (for nærmere beskrivelse se nedenfor): 1) transkribering av intervjudata, 2) gjennomgang av intervjuene, 3) koding, 4) utvikling av et analytisk rammeverk, 5) benyttelse av det analytiske rammeverket, 6) kartlegging av data i matrise, og 7) tolking av dataene (Gale et al., 2013).

I FM kan analysen være både deduktivt og induktivt, eller en kombinasjon av disse. Ved en deduktiv tilnærming går man fra det generelle til det konkrete og ved en induktiv tilnærming er analysen drevet av dataene fra fokusgruppeintervjuene ved såkalt åpen koding ved at man går fra det spesielle til det mer allmenne (Gale et al., 2013; Johannessen et al., 2016).

Metoden er epistemologisk nøytral. Teorier og perspektiver dataene forstås ut ifra bestemmes ut fra datainnsamlingen og analysen med bakgrunn i hva som fremkommer av kjernetemaer, og hva som er mest hensiktsmessig for å besvare forskningsspørsmålene (Gale et al., 2013).

Det ble ført forskningsdagbok fortløpende, hvor refleksjoner rundt dataene og analyseprosessen og inntrykk ble notert. Slik loggføring er viktig da dataanalyse er en

kontinuerlig pågående prosess og det har hele veien blitt tilstrebet fleksibilitet og tilpasning gjennom analyseprosessen for best mulige funn (Tjora, 2017).

I det følgende vil hvert enkelt trinn i FM-metoden og hvordan den ble benyttet i denne studien beskrives. Analysen har en induktiv tilnærming, knyttet til trinn én og delvis over i fire, og så er det benyttet en mer deduktiv tilnærming på de følgende trinnene.

Trinn 1. Transkribering

Etter gjennomføring av intervjuene må dataene omformes til tekstmateriale gjennom transkribering, som betyr å skifte fra en form til en annen (Kvale et al., 2015). Dette arbeidet ble utført av masterstudenten. Transkriberingen utgjør første strukturering av datamaterialet og tolkning av dem (Braun & Clarke, 2006). Det er anbefalt å utføre transkriberingen så raskt som mulig etter utførelse av intervjuene, men på grunn av formelle og praktiske årsaker måtte noen intervjuer avvendes. Transkriberingen ble gjennomført i perioden november 2020 til januar 2021.

Det ble foretatt verbatim transkribering, som vil si ord for ord samt at alle fyllord, pauser, lyder som påvirket transkriberingen og avbrytelser under intervjuene ble inntatt. Dette ble gjort for å gjengi det muntlige så godt som mulig for å sikre transkripsjonenes pålitelighet. Uansett vil gjengivelsen av samtalen være svekket da man mister annen kommunikasjon som kroppsspråket, ansiktuttrykk, intonasjon og gester. Det er uansett innholdet i transkripsjonen som er det primære, og at denne inneholder informasjon som er nødvendig for at dataene skal være så tett opp til kilden som mulig og beholde sin opprinnelige natur (Braun & Clarke, 2006; Gale et al., 2013; Kvale et al., 2015).

På grunn av mye bakgrunnsstøy i lydopptakene, bl.a. fra barn, samt betydningen av hvor høyt, tydelig og sammenhengene deltakerne snakket var transkriberingen tidkrevende. For å kvalitetssikre transkribering (ble alle intervjuer sammenholdt med transkriberingen minst tre ganger for å sikre så korrekt gjengivelse som mulig. Underveis ble transkriberingen gjennomført mer effektivt og gav muligheten til å bli enda bedre kjent med og øke forståelsen av datamaterialet, hvilket er en viktig læreprosess for nye forskere (Braun & Clarke, 2006; Gale et al., 2013).

Trinn 2. Gjennomgang av intervjuene

Gjennomgang av intervjuene er, ifølge FM-metoden, et trinn som er spesielt viktig for forskere som ikke har transkribert intervjuene. Dette var ikke var tilfelle her. Selv om jeg transkriberte intervjuene selv ble de etter transkribering gjennomlest på nytt for å bli enda bedre kjent med datamaterialet og nye tanker, refleksjoner, inntrykk og mulige koder ble notert.

Trinn 3. Koding

Kodingen ble gjennomført av masterstudent og kontinuerlig diskutert med veilederne. Arbeidet med å kode ble startet ved å gjennomgå fokusgruppeintervjuene nøye linje for linje samtidig som en setning og/eller avsnitt ble markert som anses viktige og relevante med tanke på å besvare forskningsspørsmålene. Det er en måte å avdekke og organisere teksten på til meningsfulle grupper. Dette kalles for åpen koding i FM-metoden og målet med kodingen er å klassifisere data slik at de kan bli systematisk sammenliknet med andre deler av datasettet (Gale et al., 2013; Johannessen et al., 2016). For å håndtere og kode materialet ble kodingen gjort manuelt ved å benytte de tre første stegene i Graneheim og Lundmans (2004) tematiske innholdsanalyse som er utvelgelse av meningsbærende enheter, kondensering og koding.

Det å finne frem til koder er en prosess i prosessen. Første steg ble utført ved hjelp av papirutskrifter av intervjuene og markeringspenn for å markere enkel tekst og sitater som anses relevante og viktige for å besvare problemstillingen. Dette kaller Graneheim og Lundman (2004) å identifisere meningsbærende enheter. Her var det viktig å få frem et helhetlig inntrykk på det som blir sagt og se sammenhenger, det vil si å markere også det som ikke eksplisitt blir sagt eller umiddelbart kanskje ikke ser ut til å være relevant for forskningsspørsmålet. Dette styrket analysearbeidet. Videre ble de meningsbærende enhetene kondensert, det vil si å gjøre enhetene korte og mer konsise ved å endre på setningsoppbyggingen og utelukke småord, men å sørge for at ord og uttrykk deltakeren brukte stod igjen. Dette gjør utsagnene lettere å håndterbare videre i prosessen uten å endre mening i dem (Graneheim & Lundman, 2004).

Ved gjennomlesning opplevdes en vesentlig del av det deltakerne sa som viktig og mye tekst ble markert. Det ble ikke gjort noe forsøk på å begrense, da det ville gå utover dataens validitet ved at viktige data kunne godt tapt og også forståelsen av helheten svekket. I stedet ble det jobbet med å få til gode, konsise og beskrivende kondensater som var et mer krevende arbeid og hvor de ble lest gjennom på nytt opp mot meningsbærende enhetene for en ekstra kvalitetssjekk. Kondensatene ble videre ordnet etter hovedspørsmålene i intervjuguiden, som var forventninger, erfaringer og opplevelser, hjelp og råd og ønsker og behov. Dette er ikke uvanlig å gjøre som en første inndeling/rydding av data (Braun & Clarke, 2006; Johannessen et al., 2016). Videre i analysearbeidet ble intervjuene fra helsesykepleierne lagt til side og intervjuene fra mødrene analysert videre da hovedfokus var på disse primærdataene.

Dertil ble kondensatene fra mødreintervjuene gjennomlest på nytt og grovkategorisert (hva er det egentlig under hvert hovedspørsmål mødrene eksplisitt sier), for å kunne identifisere noen kjernetemaer (såkalt semantisk koding) (Braun & Clarke, 2006). Det arbeidet endte som kodene relasjon, søvnråd og søvnutfordringenes belastninger som anses å være interessante og identifiserte trekk ved rådataen rundt fenomenet søvnproblemer og alle dataene fra mødreintervjuene ble kodet (Braun & Clarke, 2006).

Trinn 4. Utarbeidelse av et analytisk rammeverktøy

Et analytisk rammeverk er at identifiserte koder blir gruppert i sub-kategorier rundt lignende konsepter for så å samles videre i mer generelle kategorier, hvilket vil forenkle håndtering og oppsummering av data ved å lage en tre-struktur over disse (Gale et al., 2013).

For å komme frem til sub-kategorier og videre til kategorier ble kodene fra mødrene ytterligere delt opp og gruppert på nytt (re-kategorisert/organisert) i sub-kategorier hvor det, for eksempel, ble undersøkt nærmere hva som ble sagt under koden «relasjon» om den bestod av flere ting. Det vil si at for identifisering av sub-kategoriene ble det valgt en semantisk tilnærming hvor det som eksplisitt blir sagt er tema for gjennomgangen (Braun & Clarke, 2006). Dette er en prosess hvor kodene ble abstrahert for unngåelse av referering hvor informantens utsagn blir forstått ut ifra forskers faglige og vitenskapelige forståelse.

Alle data ble tilordnet sub-kategorier uavhengig av omfanget av data, siden dataene hadde relevans for besvarelsen av forskningsspørsmålet.

Sub-kategorier ble så tilordnet én eller flere mulige kategorier. Ved ytterligere gjennomgang av materialet, ble sub-kategoriens tilknytning til kategorier revurdert (videre raffinering), og endret om nødvendig.

I denne prosessen ble sub-kategorier, kategorier og temaer navngitt. Hensikten var å se sammenhengen mellom sub-kategoriene for å oppnå best mulig resultat, samt å synliggjøre tydelige og identifiserbare skiller mellom både sub-kategoriene, kategoriene og tema. Kategoriene ble videre tilknyttet temaer, og her ble det også endringer som en følge av endringer i sub-kategoriens tilknytning til kategorier. Det endte med to hovedtemaer som kan forklare funnene i dataene og som kan besvare forskningsspørsmål 1: Terapeutisk allianse og reorganisering av identitet.

Figur 1: Illustrasjon av det analytiske rammeverket

| 1. Koder | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------------|----------------------|---------------------|
| Relasjon | | | Søvnråd | | Søvnutfordringens belastninger | | | | | | | | |
| 2. Sub-kategorier | | | | | | | | | | | | | |
| Helse-sykepleiers begrensede tilgjengelighet | Lite anerkjennelse | Mangelfull individuell tilnærming | Motstridene råd - sikkerhet og engstelse ved ivaretagelse av barnet | Genrelle og råd og tiltak fra helse-sykepleier | Urealistiske forventninger til søvn | Feitolkning av barnets og behov | Høye forventninger til helse-stasjonen | Manglende partnerstøtte | Tap av overskudd | Endring av selvbildet | Negative følelser overfor barnet | Sterk ansvarsfølelse | Ensomhetsopplevelse |
| 3. Kategorier | | | | | | | | | | | | | |
| Allianserupturer | | | Søvnrådets krevende forhandlingsprosess | | Uinfridde forventninger | | | | Indre spenningskonflikter | | | | |

Trinn 5. Innlemming av det analytiske rammeverket

Mange forskere gjør de foregående trinnene i FM-metoden manuelt, for så i trinn 5 å legge dataene inn i egnet programvare for enklere lagring, organisering og tilgjengelighet. Det er essensielt når et forskningsprosjekt har flere ved forskere fra ulike disipliner, men i dette tilfellet var det kun én forsker og å benytte et komplisert dataverktøy ble ansett for å ikke være nødvendig.

Trinn 6. Innlegging av data i det analytiske rammeverktøyet

Videre ble det gjort oppsummeringer av alle kondensatene tilhørende under hver sub-kategori for mødreintervjuene lagt inn i et analytisk rammeverk. Alle kondensatene fra intervjuene med helsesykepleierne ble systematisert under de samme sub-kategoriene identifisert fra mødreintervjuene og lagt inn i det samme analytiske rammeverktøyet i form av oppsummeringer. Dataene fra helsesykepleierne fra passet naturlig inn i sub-kategoriene til mødreintervjuene, da helsesykepleierne ble stilt de samme spørsmålene fra intervjuguiden, selv om spørsmålene var tilpasset denne gruppen. Under de ulike sub-kategoriene ble også interessante eller illustrative utsagn lagt inn.

Når alle kondensatene var lagt inn i det analytiske rammeverket ble det ytterligere gjort oppsummeringer av sub-kategoriene for hver kolonne og hver rad. Oppsummeringen for mødre- og helsesykepleierne ble gjort hver for seg. Her var det av betydning å finne balansen mellom å redusere dataene og beholde essensen av dem. Dette var tidkrevende arbeid, men på denne måten søktes det å tydeliggjøre at data fra intervjuene med mødrene knyttet til de ulike sub-kategoriene, sammenholdt med data fra intervjuene med helsesykepleierne for å kunne vurdere dataene fra de to gruppene (fellestrekk og ulikheter).

I dette trinnet viste FM-metoden seg hensiktsmessig siden studien har data fra to ulike kilder jf. ovenfor. Metoden gir en god og oversiktlig struktur av oppsummeringen og analyse av dataene det benyttes en matrise (tabell) hvor deltakerne er organisert i rader, sub-kategorier og kategorier i kolonner som det analytiske rammeverktøyet (Gale et al., 2013). Siden det ikke ble benyttet spesifikk programvare for analyse av data ble plottingen av dataene gjort i Excel. Oppsummeringen for hver sub-kategori og på tvers av sub-kategoriene ble også gjort i matrisen.

For eksempler på kondensater tilhørende de ulike kategoriene og på plotting i det analytiske rammeverktøyet, se tabell 2 i oppgavens artikkel.

Trinn 7. Tolking av dataene

I dette trinnet ble dataene tolket for å finne karakteristika og forskjeller i datamaterialet, spesielt med tanke på data fra mødre og helsesykepleierne. Dette for å finne mulige teorier (representasjoner av vår kunnskap og våre antagelser av virkeligheten) (Johannessen et al.,

2016), som kunne forklare funnene fra primærdataene og avdekke og utforske sammenhenger mellom kategoriene og de ulike datakildene (Gale et al., 2013). Ved å tolke dataene settes de inn i en større sammenheng hvor det forsøkes å «se bak dataene» (Johannessen et al., 2016). For å komme frem til et troverdig og gyldig resultat som kunne representere dataene ble det gått mange runder i datamaterialet for å forstå dem og navngi sub-kategorier og kategoriene for å sørge for dekking av tolkningen av dem.

Samtidig underveis i analyseprosessen ble det nedtegnet inntrykk, ideer og tidligere tolkninger spesielt med tanke på hvordan dataene skal forstås og mulige teorier som kunne benyttes, hvilket var i stadig endring i takt med analyseprosessen og den økte innsikten i dataene som har blitt til underveis og har vært med på å forme det endelige resultatet av dataene.

Karakteristika ved dataene har blitt identifisert og sett i lys av hverandre med tanke på likheter og ulikheter mellom det mødrene helsesykepleierne erfarer om barn med søvnproblemer, samt bakgrunnen/årsaken til erfaringene.

De to teoriene som ble ansett som mest hensiktsmessig for å forstå dataene på er Bordin's (1979) teori om «arbeidsallianse» og Mercers (2004) sykepleieteori om det å bli mor (Becoming a Mother, BAM). Disse vil kort bli presentert i artikkelen knyttet opp mot funnene i diskusjonsdelen.

7 Mer om studiens validitet og reliabilitet

Et sentralt spørsmål innenfor forskningen er hvor godt eller relevant dataene i en studie representerer fenomenet det forskes på, som her søvnevansker. I forskningslitteraturen brukes gjerne begrepet validitet både i kvantitativ og kvalitativ forskning, men her litt ulik betydning (Drageset & Ellingsen, 2011). Uansett type studie er validitet et kvalitetskrav som skal være tilnærmet oppfylt (Johannessen et al., 2016). For en kvalitetsvurdering innen kvalitativ forskning ses validitet på som et overordnet begrep som handler om studiens troverdighet og som omfatter studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Drageset & Ellingsen, 2011). Validiteten handler slik sett i hovedsak om hvorvidt forskerens valg av metode er egnet for det som skal undersøkes (Kvale et al., 2015) og om funnene i studien er overførbare eller generaliserbare – om utvalget er representativt for populasjonen (Johannessen et al., 2016).

Videre omhandler spørsmål om gyldighet om forskeren har undersøkt det denne skal undersøke og har kompetanse til arbeidet som skal utføres (Drageset & Ellingsen, 2011). At en studie har flere forskere kan påvirke gyldigheten, noe som ikke er tilfelle her ved at det er kun én forsker. Dette er en masteroppgave hvor forsker har begrenset med kompetanse, men studien er knyttet til en større studie, «Sov godt», og har to veiledere som har gitt tilbakemeldinger på alle relevante forhold i studien som også bidrar til å øke dens gyldighet.

I all forskningen forespørres det om dataene er reliable (Johannessen et al., 2016). Dette knytter seg til hvor nøyaktig og konsistent studien er beskrevet (Drageset & Ellingsen, 2011). Ved at forskningsdesign, datainnsamling, gjennomføring av intervjuer og analyse av dataen er beskrevet mer inngående enn det som er mulig i en artikkel, er det nettopp reliabiliteten en fordykning i metode søker å øke. Ikke minst skal det beskrives hvem forskeren er og dens bakgrunn for studiens reliabilitet og hvordan dette kan påvirke noe som det blant annet reflekteres over under kapittelet om «Forskerens ståsted» og under «Ethiske refleksjoner», se også under «Limitations» i artikkelen. Metodisk utdypning muliggjør også i større grad en replikasjon av denne studien, noe som også handler om studiens reliabilitet (Drageset & Ellingsen, 2011), som beskrevet i oppgavens innledning.

Overførbarhet dreier seg om funnene har gyldighet utover utvalget og konteksten, og er relevante og anvendbare i andre situasjoner; om funnene er generaliserbare (Drageset & Ellingsen, 2011; Kvale et al., 2015). Denne studiens resultater anses relevante og anvendbare for «Sov godt» sin videre utvikling av sitt nettveiledet foreldreprogram da studien utforsker mødres og helsesykepleier erfaringer med barn med søvnvansker. Dataene i studien er representasjoner av virkeligheten for de mødre som ble intervjuet og som opplever å ha barn med til dels store søvnutfordringer og for de helsesykepleiere som ble intervjuet som møter dem i sin praksis med en spesiell interesse for fenomenet. Funnene er derfor knyttet til studiens konkrete utvalg, og derfor ikke direkte overførbare til alle mødre med barn med søvnproblemer og helsesykepleier som møter dem i sin praksis. Dette er en begrensning ved kvalitativ forskning, men samtidig støtter annen forskning opp om mange av erfaringene mødre og helsesykepleier som fremkommer i diskusjonsdelen i artikkelen, og er slik sett gjenkjennbare. Trolig vil imidlertid hovedfunnene kunne være overførbare og anvendes for andre utfordringer mødre erfarer med barnet sitt og for helsesykepleier som møter dem da metastudier viser og understøtter funnene i oppgavens artikkel ved at den terapeutiske alliansen er forutsetning i alt endringsarbeidet (Flückiger et al., 2018). Ikke minst vil alle mødre som kommer på helsestasjonen være i BAM som påvirker utfordringer mødre erfarer hos barnet som også kan hensyntas i andre sammenhenger. Slik sett er funnene til en viss grad også være generaliserbare.

8 Sluttord

Siden denne masteroppgaven er en del av RBUP sitt forsknings- og utviklingsprosjekt «Sov godt» så forenklet det planleggingen og forarbeidet til prosjektet, rekruttering av deltakere og gjennomføring av intervjuene.

Den påfølgende transkriberingen ble derimot mer omfattende og utfordrende, hovedsakelig på grunn av koronapandemien og dens konsekvenser, og dermed også svært tidkrevende. Under dette arbeidet forsøkte jeg blant annet å lære meg NVIVO på egenhånd for forenkling av håndtering av alle dataene, men dette ble for komplisert. Det var også tid- og arbeidskrevende å få kontroll på analysedelen, siden jeg hadde en tendens til å gå for raskt frem og det var avgjørende å utføre den riktig for dataenes reliabilitet og validitet, og for ikke å trekke for raske konklusjoner.

Jeg opplever at arbeidet med oppgaven har gitt meg erfaring innenfor kvalitativ forskning og økt kunnskap i et svært aktuelt og viktig tema innenfor min praksis som helsesykepleier. Oppgaven har også gitt meg innsikt i hvor mye arbeid som ligger bak forskningsresultater og gitt en økt respekt for forskning.

Jeg håper at mitt nitidige og grundige arbeid gjenspeiles i oppgaven, da jeg anser funnene viktige for helsesykepleiers praksis og for RBUP arbeide vider utarbeidelse av et veiledet nettbasert program for foreldre med barn med søvnproblemer. Resultatene sier noe hvordan helsesykepleier bedre kan møte mødre med barn som har søvnproblemer, og som vil kunne medvirke til å hjelpe mødre i de utfordringene de står i og mulig løse søvn problemene. Dette vil kunne gi både mødre, barnet og familien som helhet en bedre hverdag. God søvn er et grunnleggende behov hos mennesker og dermed er god søvn av stor betydning for alles psykiske og fysiske helse.

Litteraturliste

- Bathory, E. & Tomopoulos, S. (2017). Sleep Regulation, Physiology and Development, Sleep Duration and Patterns, and Sleep Hygiene in Infants, Toddlers, and Preschool-Age Children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(2), 29-42. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder - En grundbog* (Bd. 28). Sammenslutningen af Medieforskere i Danmark (SMID).
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2019). <https://www.forskningsetikk.no/>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (4), 332-335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>
- Fisher, J., Rowe, H., Hiscock, H., Jordan, B., Bayer, J. & Colahan, A., & Amery, V. (2011). Understanding and responding to unsettled infant behaviour: A discussion paper for the Australian Research Alliance for Children and Youth. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S. & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Med Res Methodol*, 13(1), 117. <http://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Guest, G., Namey, E., McKenna, K. (2017). How Many Focus Groups Are Enough? Building an Evidence Base for Nonprobability Sample Sizes. *Field Methods*, 29(1), 3-22. <https://doi.org/10.1177/1525822X16639015>
- Hiscock, H. & Fisher, J. (2015). Sleeping like a baby? Infant sleep: Impact on caregivers and current controversies. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(4), 361-364. <https://doi.org/10.1111/jpc.12752>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt.
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R. & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>

- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*, 36(3), 226-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>
- Mindell, J. A., Emslie, G., Blumer, J., Genel, M., Glaze, D., Ivanenko, A., Johnson, K., Rosen, C., Steinberg, F. & Roth, T. (2006). Pharmacologic management of insomnia in children and adolescents: consensus statement. *Pediatrics*, 117(6), e1223-e1232. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1693>
- Norsk senter for forskningsdata. (2021). Hentet 1. august 2021 fra <https://www.nsd.no/>
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2021). Hentet 1. august 2021 fra <https://rekportalen.no/>
- Ryan, G. W. & Bernard, H. R. (2003). Techniques to identify themes. *Field Methods*, 15(1), 85-109. <https://doi.org/10.1177/1525822X02239569>
- Steinsbekk, S. S., Berg-Nielsen, S. T. & Wichstrøm, S. L. (2013). Sleep Disorders in Preschoolers: Prevalence and Comorbidity with Psychiatric Symptoms. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(9), 633-641. <https://doi.org/10.1097/01.DBP.0000437636.33306.49>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori, for helsefag* (2. utg. utg.). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Fokusgruppe med foreldre – en intervjuguide

Fokusgruppe med foreldre

– En intervjuguide



**Regionsenter for barn og
unges psykiske helse**

Helseregion Øst og Sør

Hege Pettersen Sandtrø & Filip Drozd



Protokoll

FokusgruppelD:

Dato: Klikk her for å skrive inn en dato.

Moderator: Velg et element.

Assisterende moderator: Velg et element.

Sted:

RBUP

Annet: Klikk her for å skrive inn tekst.

Antall deltakere: Velg et element.

Tid brukt på fokusgruppen:

Start (tt:mm):

Slutt (tt:mm):

Totalt (mm):



Oppgaven

Du skal intervjuer en gruppe foreldre som har barn fra 6 måneder og opptil 3 år, og som strever med insomni («søvnløshet»). Hensikten med fokusgruppen er å kartlegge deres erfaringer med det å ha barn som strever med søvn, hvorvidt de har søkt råd og hjelp, hvordan de har opplevd rådene og hjelpen og hva som evt. kan ha hindret de fra å oppsøke hjelp.

Sjekkliste

Forarbeid

- Lag en avtale med deltakere og inviter til en 2-timers fokusgruppe om lag 14 dager før gjennomføring i egnede lokaler, fortrinnsvis på RBUP.
- Reserver rom med tilstrekkelig plass til deltakerne så snart en avtale er på plass.
- Kontakt hver deltaker på telefon eller SMS 1–2 dager før fokusgruppen og minne om fokusgruppen.
- Utstyrliste (husk å teste alt elektronisk utstyr før bruk):
 - PC
 - 2 digitale båndopptakere
 - Intervjuprotokoll
 - Studieinformasjon og samtykkeskjema
 - Spørreskjema
- Moderator forbereder seg ved å sette seg godt inn i intervjuprotokollen og intervju spørsmålene.
- Det er anbefalt at moderator forbereder seg ved å lese OMNI Institute. (n.d.). *Toolkit for conducting focus groups*. Denver, CO: OMNI Institute.

I fokusgruppen

- Innled med å forklare hensikten med studien på [side 6](#).
- Følg intervjuprotokollen for fokusgruppen i [DEL 1](#) løst, men sørg for å være innom hvert hovedspørsmål ila. intervjuet.
- Sonder og utforsk det som blir sagt, og bruk oppfølgingsspørsmålene til hjelp for hvert hovedspørsmål.
- Ta tak i ulike synspunkter, motstridende meninger, uenigheter, kontraster, osv. mellom deltakerne, eller utsagn som virker ulogiske, uklare, eller står i strid med hva den enkelte deltaker har sagt tidligere.
- La deltakerne selv komme med løsningsforslag på deres utfordringer og problemer basert på egne erfaringer og kjennskap til egen hverdag.
- Skriv notater underveis i intervjuprotokollen. Du kan også bruke intervjuprotokollen som et verktøy hvor du noterer spørsmål underveis som du kan stille ved en passende anledning, uten å avbryte samtalen.
- Avslutt med en runde rundt bordet og be deltakerne formidle sin «take-home message» til oss, oppsummer og takk for innsatsen.
- Assisterende moderator sin rolle er:

FØR INTERVJU

- Reservere rom
- Sørg for at partner og barn kan være med og barnevaksordning og leker
- Sørg for behagelig temperatur i rommet
- Ordne behagelige stoler



- Arrangere slik at alle sitter i sirkel
- Kontakte hver enkelt deltaker 1-2 dager før fokusgruppen for påminnelse
- Ordne med utstyr og forfriskninger
- Sørg for at samtlige deltakere får studieinformasjon, signerer samtykkeskjema og fyller ut spørreskjema, før intervjuet begynner.

UNDER INTERVJU

- Hente, ta imot og ønske deltakere velkommen («small talk»)
- Operere opptaksutstyr
- Ta notater
- Ikke delta med mindre man blir invitert inn i diskusjonen
- Gi en muntlig oppsummering til slutt

ETTER INTERVJU

- Renskrive notater, innskytelser, fortolkninger og ideer
 - Sammenligne og kontrastere denne fokusgruppen med andre grupper (dvs. diskutere med assisterende moderator i den andre fokusgruppen)
 - Merke og lage back-up av notater, lydopptak, transkripsjoner, mv.
 - Overføre alle samtykke- og spørreskjemaer, intervjuprotokoller, lydopptak, osv. til prosjektansvarlig for sikker lagring og oppbevaring av opplysninger.
 - Debriefe moderator
 - Gi tilbakemeldinger på analyser og rapporter
- Moderator sin rolle er:

FØR INTERVJU

- Forberede seg til fokusgruppen gjennom å sette seg grundig inn i intervjuprotokollen og lese «Toolkit for conducting focus groups».

UNDER INTERVJU

- Introdusere fokusgruppen
- Etablere et givende miljø hvor alle er avslappet og føler seg vel
- Styre gruppeprosessen og –dynamikken, og gripe inn ved uenigheter
- Håndheve kjørereglene
- Være ordstyrer og styre tiden
- Bruke og følge intervjuprotokollen på en effektiv måte

ETTER INTERVJU

- Delta på debriefing med assisterende moderator

Etterarbeid

- Umiddelbart etter fokusgruppen, oppsummer det du lærte i [DEL 2](#).
- Renskriv notatene og konklusjonene dine.
- Drøft fokusgruppen sammen med moderator og bli enige om sentrale og viktige temaer som må diskuteres og følges opp i neste fokusgruppe.
- Elektroniske data lagres og oppbevares på kryptert minnepenn så fremt det er mulig, eller overføres til Sikker sone på RBUP så snart som mulig etter fokusgruppen. Papirskjemaer leveres for lagring og oppbevaring i brannsikre arkivskap til prosjektmedarbeider ved RBUP.



DEL 1 – Fokusgruppeintervjuet

Innledning

Velkommen til denne fokusgruppen og takk til dere som stiller opp for å snakke om deres erfaringer som foreldre til sped- og småbarn som ikke vil sove.

Mitt navn er [navn] og jeg er [stillingbetegnelse] ved [organisasjon]. Med meg har jeg [assisterende moderator] som jobber ved [organisasjon].

Hensikten med denne fokusgruppen er å forstå og øke vår kunnskap om deres erfaringer og opplevelser med det å ha barn som strever med søvn.

Det er dere som sitter på viktig førstehåndskunnskap om dette. Og det er vi som skal lære av dere.

Det dere skal gjøre, er å drøfte dere imellom blant annet hvilke forventninger dere gikk med til barn og søvn da dere ble foreldre, når søvnevanskene oppsto – hva slags råd dere fikk, hvordan det har vært og hva slags hjelp dere hadde trengt å få.

Når vi sier råd og hjelp mener vi alle former for anbefalinger, råd, veiledning, støtte, hjelp, tiltak eller behandling for søvn, selv om vi for enkelthets skyld sier råd og hjelp.

Det er viktig for oss at hver og en av dere kan dele og fortelle oss om deres erfaringer så åpent som mulig.

For det dere bidrar med vil i sin tur danne et viktig grunnlag for vårt arbeid med å utvikle hjelpetiltak for foreldre som har barn som strever med søvnevansker.

For at vi skal få med oss alt og ikke gå glipp av viktig informasjon, gjør vi et lydopptak av fokusgruppen. Det skal hjelpe oss med å huske og få med alt som er viktig.

Vi har plassert navnekort foran dere. Det er for å gjøre det lettere å snakke sammen, men vi vil ikke navngi noen når vi legger frem resultatene fra fokusgruppene.

All informasjon dere oppgir i løpet av intervjuet behandles konfidensielt og uten direkte eller indirekte gjenkjennbare opplysninger.

Vi har satt av 1 1/2 time. Avhengig av hvor mye dere har å fortelle, kan vi bruke mer eller mindre tid. Det er i orden, selv om vi må begrense oss for ikke å gå over tiden.

For at fokusgruppen skal gå så knirkefritt som mulig, er det viktig at vi har noen enkle kjøreregler som gjelder for alle i gruppen.

1. Kun en person snakker om gangen – dette gjør vi for ikke å avbryte hverandre, men også fordi vi gjør et lydopptak av fokusgruppen.
2. Det er ingen riktige eller gale svar – kun ulike erfaringer, opplevelser, synspunkter, ideer og meninger, og alle er like gyldige. Det er viktig å høre flere sider av en sak.
3. Vi trenger ikke å være enig i alt som blir sagt, men vi må lytte til hverandre og respektere at vi kan ha hatt ulike opplevelser og synspunkter på barn og søvn.



4. Vår oppgave er å tilrettelegge for en god diskusjon og påse at alle kommer til orde. Deres oppgave er å snakke og diskutere med hverandre, og ikke med oss.
5. Vi ber om at alle mobiltelefoner skrur av. Hvis du må ta en telefon, gjør det så stille som mulig, forlat rommet og kom tilbake så snart du kan.
6. All informasjon behandles konfidensielt av alle – «Det som blir sagt i dette rommet, forblir i dette rommet»

Høres dette greit ut? Er det noen som lurere på noe, før vi begynner?

La oss begynne med å ta en runde rundt bordet; Fortell oss litt kort hvem er du, hvor mange barn har du, hvor gamle er barna og hvordan har du sovet i natt?



Intervjuspørsmål til gruppedeltakerne

Spørsmål 1: Hvilke forventninger hadde du generelt til søvn hos spedbarn da du ble forelder?

Oppfølgings-
spørsmål: • Hvilke forventninger hadde du til søvn hos ditt barn da du ble forelder?

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 2: Fortell om din opplevelse av søvn hos ditt barn.

Oppfølgings-
spørsmål: • Har du fortalt noen om din opplevelse av barnets søvn?
• Hvis "Ja", hvem snakket du med først om disse utfordringene?
• Hvis "Nei", hvorfor ikke?

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 3: Hvordan påvirket barnets søvnvansker din opplevelse av å være forelder?

Oppfølgings-
spørsmål: • Hvordan påvirket barnets søvnvansker deg som forelder?
• ... din søvn?
• ... din psykiske helse?
• ... parforholdet?
• ... familiefungering?
• ... permisjonstiden/jobb/skole?

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 4: Har du oppsøkt råd eller hjelp for barnets søvnvansker?

Oppfølgings-
spørsmål: • Hvis "Ja", når og hvor oppsøkte du først råd og hjelp? Hvem oppsøkte du da?
• Hvis "Nei", hva hindret deg i å oppsøke råd og hjelp?

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 5: Hva slags råd og hjelp fikk du for barnets søvnvansker?

Oppfølgings-
spørsmål: • Hvordan opplevde du de rådene og den hjelpen du fikk? Hvordan forsto/oppfattet du de rådene og den hjelpen du fikk?
• Var de rådene og den hjelpe du fikk, det du trengte?
- Hvis "Ja", på hvilken måte var det det du trengte? Hvilket råd eller hva slags hjelp hjalp mest? Hva hjalp minst? Hva var det som gjorde at det hjalp?



- Hvis "Nei", hvorfor ikke? Hva gjorde at du ikke fulgte de rådene og den hjelpen du fikk? Hva var det som gjorde at rådene og hjelpen du fikk ble vanskelig å følge?

- Fikk dere råd og hjelp som par?

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 6: Hva slags råd og hjelp skulle du ønske at du fikk?

Oppfølgings-
spørsmål:

- Hvor skulle du ønske at du fikk disse rådene eller hjelpen? Av hvem?
- Når hadde du trengt å få råd og hjelp?

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 7: Hva er dine beste råd til andre foreldre som strever med søvnvansker?

Oppfølgings-
spørsmål:

- Hva skulle du ønske at du visste om barn og søvn før du fikk barn?
- Hva skulle du ønske at noen fortalte deg om barn og søvn før dere begynte å streve med søvnen? Mens dere strevde?
- Hva ville du i dag fortalt til andre foreldre som er i samme situasjon som deg?

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 8: Av alt dere har snakket om i dag – hva er det viktigste du vil formidle og som vi må ta med oss fra i dag? Vi begynner fra venstre og går en runde rundt bordet.

Oppfølgings-
spørsmål:

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 9: [Når dere er igjennom fokusgruppeintervjuet, la assisterende moderator oppsummere de viktigste hovedpunktene som han eller hun sitter igjen med].

For å avrunde denne første delen av fokusgruppen skal jeg oppsummere de viktigste hovedpunktene dere har snakket om, og dere må gjerne avbryte meg for å tilføye noe eller korrigere meg underveis.

[OPPSUMMERING – BRUK DINE NOTATER TIL HJELP]

Var dette noenlunde riktig oppsummert?



Notater: Skriv inn notater

Spørsmål
10:

Takk for alt dere har delt i denne delen av fokusgruppen. Målet har vært å lære om hva slags behov dere som foreldre har, for hjelp og støtte. Hvilke råd og hvilken hjelp dere har fått og hvordan dette har dekket deres behov.

Dette vil danne et viktig grunnlag for oss i vårt arbeid med å lage et internettbasert hjelpetiltak for foreldre som har barn med søvnevansker.

Er det noe nå som dere har tenkt på, lyst til å kommentere, eller som dere sitter inne med, og som ikke er blitt snakket om?

Da går vi over til siste del av programmet hvor vi vil bruke ca. 15 minutter på å be dere vurdere noen prototyper?

Notater: Skriv inn notater

Avslutning

I prosjektet Sov godt, lille skatt skal vi nå gå i gang med å utvikle innhold til søvnprogrammet, og vi ønsker i denne siste delen av fokusgruppeintervjuet tilbakemeldinger fra dere på sentrale elementer, såkalte prototyper, vi skal utvikle til programmet. Vi vil nå vise dere 6 power point slides, der dere skal vurdere 2 og 2 slides opp mot hverandre.

- 1) Det første vi vil vise dere er en tekst. Innholdet i teksten er likt, men dere vil se to ulike måter å kommunisere den på. Her ser dere tekst 1, fint om dere leser gjennom det som er skrevet. Her ser dere tekst 2, fint om dere også her leser gjennom det som er skrevet.
 - Hvilken tekst foretrekker du? Rekk opp hånden de som foretrekker tekst 1. Rekk opp hånden de som foretrekker tekst 2.
 - Hvorfor foretrekker du teksten?
 - Hva er fordelene og ulempene med hver tekst/prototype?



- 2) De to neste slidene er beskrivelser av ulike måter foreldre kan drive med søvntrening på, og forskning har vise at de begge er effektive. Her ser dere metode 1. Her ser dere metode 2.
- Hvilken metode vil dere foretrekke? Rekk opp hånden de som foretrekker metode 1. Rekk opp hånden de som foretrekker metode 2.
 - Hvorfor?
 - Hva er fordelene og ulempene med hver metode/prototype?
- 3) De to siste slidene dere skal få se, før vi avslutter for i dag, er ulike måter å kartlegge barns søvn på. På den første sliden ser dere en søvndagbok. Her ser dere døgnet (kveld/midnatt/formiddag/ettermiddag) og klokkeslett (pek). Foreldre skal tegne inn en pil som peker nedover når barnet er i seng, en pil opp når barnet er ute av sengene, og skraverer ruter når barnet sove. Slide nr. 2 viser spørsmål foreldrene skal svare på slik at barnets søvn blir kartlagt.
- Hvilken metode vil dere foretrekke? Rekk opp hånden de som foretrekker søvndagboken. Rekk opp hånden de som foretrekker spørreskjema.
 - Hvorfor?
 - Hva er fordelene og ulempene med hver metode/prototype?

Avslutning:

Tusen takk for alle gode råd og tilbakemeldinger. Da gjenstår det ikke annet en å si tusen takk for at dere stilte opp.



DEL 2 – Dine refleksjoner

Etter intervjuet

Skriv ned dine («forhastede», foreløpige) inntrykk, opplevelser, konklusjoner, og refleksjoner umiddelbart etter intervjuet.

Ta det mens det ennå er ferskt.

Drøft deretter notatene dine med det generelle inntrykket moderator har og gi han eller henne en debriefing på fokusgruppen (se eget hjelpeark for debriefing).



Dine refleksjoner

Spørsmål 1: Hvilke forventninger hadde du til søvn hos spedbarn da du ble forelder?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 2: Fortell om din opplevelse av søvn hos ditt barn.

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 3: Hvordan påvirket barnets søvnvansker din opplevelse av å være forelder?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 4: Har du oppsøkt råd eller hjelp for barnets søvnvansker?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 5: Hva slags råd og hjelp fikk du for barnets søvnvansker?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 6: Hva slags råd og hjelp skulle du ønske at du fikk?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 7: Hva er dine beste råd til andre foreldre som strever med søvnvansker?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 8: Av alt dere har snakket om i dag – hva er det viktigste du vil formidle og som vi må ta med oss fra i dag?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner



Spørsmål 9: Oppsummering

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 10: Er det noe nå som dere har tenkt på, lyst til å kommentere, eller som dere sitter inne med, og som ikke er blitt snakket om?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Refleksjon prototyper:

Kommunikasjon:

Søvntrening:

Kartlegging av søvn:

Vedlegg 2: Fokusgruppe med helsesykepleiere og koordinatører/frivillige – en intervjuguide

Fokusgruppe med helsesykepleiere og koordinatorer/frivillige

– En intervjuguide



**Regionsenter for barn og
unges psykiske helse**

Helseregion Øst og Sør

Hege Pettersen Sandtrø & Filip Drozd



Protokoll

FokusgruppelD:

Dato: Klikk her for å skrive inn en dato.

Moderator: Velg et element.

Assisterende moderator: Velg et element.

Sted:

RBUP

Annet: Klikk her for å skrive inn tekst.

Antall deltakere: Velg et element.

Tid brukt på fokusgruppen:

Start (tt:mm):

Slutt (tt:mm):

Totalt (mm):



Oppgaven

Du skal intervjuer en gruppe helsesykepleiere og koordinatore/frivillige som jobber med helsestasjon 0–5 år og familiestøttende programmer med barn i aktuelle aldersgruppen. Hensikten med fokusgruppen er å få tak i erfaringer med deres arbeid i familier med barn som strever med søvn, hva slags råd og hjelp de som helsesykepleier/koordinator/frivillig gir og hvordan foreldre opplever disse rådene.

Sjekkliste

Forarbeid

- Lag en avtale med deltakere og inviter til en 2-timers fokusgruppe om lag 14 dager før gjennomføring i egnede lokaler, fortrinnsvis på RBUP.
- Reserver rom med tilstrekkelig plass til deltakerne så snart en avtale er på plass.
- Kontakt hver deltaker på telefon eller SMS 1–2 dager før fokusgruppen og minne om fokusgruppen.
- Utstyrliste (husk å teste alt elektronisk utstyr før bruk):
 - PC
 - 2 digitale båndopptakere
 - Intervjuprotokoll
 - Studieinformasjon og samtykkeskjema
 - Spørreskjema
- Moderator forbereder seg ved å sette seg godt inn i intervjuprotokollen og intervju spørsmålene.
- Det er anbefalt at moderator forbereder seg ved å lese OMNI Institute. (n.d.). *Toolkit for conducting focus groups*. Denver, CO: OMNI Institute.

I fokusgruppen

- Innled med å forklare hensikten med studien på [side 6](#).
- Følg intervjuprotokollen for fokusgruppen i [DEL 1](#) løst, men sørg for å være innom hvert hovedspørsmål ila. intervjuet.
- Sonder og utforsk det som blir sagt, og bruk oppfølgingsspørsmålene til hjelp for hvert hovedspørsmål.
- Ta tak i ulike synspunkter, motstridende meninger, uenigheter, kontraster, osv. mellom deltakerne, eller utsagn som virker ulogiske, uklare, eller står i strid med hva den enkelte deltaker har sagt tidligere.
- La deltakerne selv komme med løsningsforslag på deres utfordringer og problemer basert på egne erfaringer og kjennskap til egen arbeidshverdag.
- Skriv notater underveis i intervjuprotokollen. Du kan også bruke intervjuprotokollen som et verktøy hvor du noterer spørsmål underveis som du kan stille ved en passende anledning, uten å avbryte samtalen.
- Avslutt med en runde rundt bordet og be deltakerne formidle sin «take-home message» til oss, oppsummer og takk for innsatsen.
- Assisterende moderator sin rolle er:

FØR INTERVJU

- Reservere rom
- Sørg for behagelig temperatur i rommet
- Ordne behagelige stoler
- Arrangere slik at alle sitter i sirkel



- Kontakte hver enkelt deltaker 1-2 dager før fokusgruppen for påminnelse
- Ordne med utstyr og forfriskninger
- Sørgе for at samtlige deltakere får studieinformasjon, signerer samtykkeskjema og fyller ut spørreskjema, før intervjuet begynner.

UNDER INTERVJU

- Hente, ta imot og ønske deltakere velkommen («small talk»)
- Operere opptaksutstyr
- Ta notater
- Ikke delta med mindre man blir invitert inn i diskusjonen
- Gi en muntlig oppsummering til slutt

ETTER INTERVJU

- Renskrive notater, innskytelser, fortolkninger og ideer
- Sammenligne og kontrastere denne fokusgruppen med andre grupper (dvs. diskutere med assisterende moderator i den andre fokusgruppen)
- Merke og lage back-up av notater, lydopptak, transkripsjoner, mv.
- Overføre alle samtykke- og spørreskjemaer, intervjuprotokoller, lydopptak, osv. til prosjektansvarlig for sikker lagring og oppbevaring av opplysninger.
- Debriefe moderator
- Gi tilbakemeldinger på analyser og rapporter

- Moderator sin rolle er:

FØR INTERVJU

- Forberede seg til fokusgruppen gjennom å sette seg grundig inn i intervjuprotokollen og lese «Toolkit for conducting focus groups».

UNDER INTERVJU

- Introdusere fokusgruppen
- Etablere et givende miljø hvor alle er avslappet og føler seg vel
- Styre gruppeprosessen og –dynamikken, og gripe inn ved uenigheter
- Håndheve kjørereglene
- Være ordstyrer og styre tiden
- Bruke og følge intervjuprotokollen på en effektiv måte

ETTER INTERVJU

- Delta på debriefing med assisterende moderator

Etterarbeid

- Umiddelbart etter fokusgruppen, oppsummer det du lærte i [DEL 2](#).
- Renskriv notatene og konklusjonene dine.
- Drøft fokusgruppen sammen med moderator og bli enige om sentrale og viktige temaer som må diskuteres og følges opp i neste fokusgruppe.
- Elektroniske data lagres og oppbevares på kryptert minnepenn så fremt det er mulig, eller overføres til Sikker sone på RBUP så snart som mulig etter fokusgruppen. Papirskjemaer leveres for lagring og oppbevaring i brannsikre arkivskap til prosjektmedarbeider ved RBUP.



DEL 1 – Fokusgruppeintervjuet

Innledning

Velkommen og takk til dere som stiller opp til denne fokusgruppen.

Mitt navn er [navn] og jeg er [stillingsbetegnelse] ved [organisasjon]. Med meg har jeg [assisterende moderator] som jobber ved [organisasjon].

Hensikten med denne fokusgruppen er å forstå og øke vår kunnskap om deres erfaringer og opplevelser fra deres arbeid i familier med barn som strever med søvn.

Det er dere som sitter på viktig førstehåndskunnskap om dette. Og det er vi som skal lære av dere.

Det dere skal gjøre, er å drøfte dere imellom blant annet om ditt arbeid med foreldre, hvilke forventninger dere opplever foreldre har til søvn hos barn, hva slags råd dere gir og hvordan foreldrene opplever og tar i bruk de rådene og den hjelpen dere tilbyr.

Når vi sier råd og hjelp mener vi alle former for anbefalinger, råd, veiledning, støtte, hjelp, tiltak eller behandling for søvn, selv om vi for enkelthets skyld sier råd og hjelp.

Det er viktig for oss at hver og en av dere kan dele og fortelle oss om deres erfaringer så åpent som mulig.

For det dere bidrar med vil i sin tur danne et viktig grunnlag for vårt arbeid med å utvikle hjelpetiltak for foreldre som har barn som strever med søvnvansker.

For at vi skal få med oss alt og ikke gå glipp av viktig informasjon, gjør vi et lydopptak av fokusgruppen. Det skal hjelpe oss med å huske og få med alt som er viktig.

Vi har navnekort foran dere. Det er for å gjøre det lettere å snakke sammen, men vi vil ikke navngi noen når vi legger frem resultatene fra fokusgruppene.

All informasjon dere oppgir i løpet av intervjuet behandles konfidensielt og uten direkte eller indirekte gjenkjennbare opplysninger.

Vi har satt av 1 1/2 time. Avhengig av hvor mye dere har å fortelle, kan vi bruke mer eller mindre tid. Det er i orden, selv om vi må begrense oss for ikke å gå langt over tiden. Og må noen gå når tiden er slutt, gjør dere det.

For at fokusgruppen skal gå så knirkefritt som mulig, er det viktig at vi har noen enkle kjøreregler som gjelder for alle i gruppen – dere kan se reglene her på lerretet.

1. Kun en person snakker om gangen – dette gjør vi for ikke å avbryte hverandre, men også fordi vi gjør et lydopptak av fokusgruppen.
2. Det er ingen riktige eller gale svar – kun ulike erfaringer, opplevelser, synspunkter, ideer og meninger, og alle er like gyldige. Det er viktig å høre flere sider av en sak.
3. Vi må ikke være enig i alt som blir sagt, men vi må lytte til hverandre og respektere at vi kan ha ulike opplevelser og synspunkter på foreldre, barn og søvn.



4. Vår oppgave er å tilrettelegge for en god diskusjon og påse at alle kommer til orde. Deres oppgave er å snakke og diskutere med hverandre, og ikke med oss.
5. Vi ber om at alle mobiltelefoner skrur av. Hvis du må ta en telefon, gjør det så stille som mulig, forlat rommet og kom tilbake så snart du kan.
6. All informasjon behandles konfidensielt av alle – «Det som blir sagt i dette rommet, forblir i dette rommet»

Høres dette greit ut? Er det noen som lurere på noe, før vi begynner?

La oss begynne med å ta en runde rundt bordet; Fortell oss litt kort hvem er du, hvor du jobber, om du selv har barn og hvordan du har sovet i natt?



Intervjuspørsmål til gruppedeltakerne

Spørsmål 1: Fortell om ditt arbeid med foreldre hos barn fra de er nyfødte og opp til 4 år.

Oppfølgings-spørsmål:

- Hvor mye av arbeidet ditt handler direkte om søvn?
- Fortell om ditt arbeid med foreldre som enten bare spør om søvn(råd) eller som opplever barnets søvn som problematisk.
- Hvor mye av arbeidet ditt i familier tenker du berører temaet søvn på en eller annen måte, selv om det kanskje ikke handler direkte om søvn?

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 2: Hvilke forventninger har foreldre til søvn hos spedbarn når de er nybakte foreldre?

Oppfølgings-spørsmål:

- Hvordan endrer forventningene seg til barnets søvn når barnet er 1, 2, 3 og 4 år?
- Hvilke forventninger hadde du til søvn hos ditt barn da du ble forelder? Er det annerledes nå enn da du fikk barn?

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 3: Hvordan opplever dere at barnets søvnvansker påvirker foreldreskapet og foreldrenes opplevelse av det å være foreldre?
(F.x. mestringsfølelse, kompetanse, tilfredshet, stress, ferdigheter, mv.)

Oppfølgings-spørsmål:

- Hva sier foreldrene selv at det gjør med dem og familien?
- Hvordan påvirket barnets søvnvansker ...
 - ... foreldrenes søvn?
 - ... foreldrenes psykiske helse?
 - ... parforholdet?
 - ... familiefungering?
 - ... permisjonstiden/jobb/skole?

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 4: Når oppsøker foreldre råd og hjelp for barnets søvnvansker hos deg?

Oppfølgings-spørsmål:

- Når og hvor oppsøker de først råd og hjelp? Hvem eller hvor oppsøker de da råd og hjelp?
- Hva har de forsøkt selv, før de kommer til deg?
- Hva har hindret foreldre fra å oppsøke hjelp (tidligere)?

Notater: Skriv inn notater



Spørsmål 5: Hva slags råd og hjelp gir du til foreldre for søvnevansker hos barnet?

- Oppfølgings-spørsmål:
- Hva slags tiltak finnes og som er tilgjengelige for deg, der hvor du jobber?
 - Hva slags råd, hjelp og tiltak har du erfaring med?
 - I hvilken grad dekker de rådene og den hjelpen du kan tilby foreldrene og barnets behov? Er det det de trenger? Hva mangler?
 - Hva slags råd og hjelp tror du at foreldre trenger?
 - Hvordan inkluderer dere partner inn i arbeidet med søvn?
 - Forklar bare så vi alle forstår – hva mener du med råd/hjelp/tiltak X [f.x. «gråte- eller «skrikekur»]
-

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 6: Hvordan opplever foreldre de rådene og den hjelpen du gir?

- Oppfølgings-spørsmål:
- Hvilket råd eller hva slags hjelp synes å være mest nyttig? Hvorfor?
 - Hva virker minst hjelpsomt? Hvorfor?
 - Erfaringsmessig, hva er det som gjør at foreldre ikke følger de rådene og den hjelpen du tilbyr?
 - Når hadde foreldre som kommer til deg, trengt å få råd og hjelp?
-

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 7: Hva er dine beste råd til foreldre som strever med søvnevansker?

- Oppfølgings-spørsmål:
- Hva skulle du ønske at foreldre visste om barn og søvn før de fikk barn?
 - Hva skulle du ønske at noen fortalte foreldre om barn og søvn før de begynte å streve med søvn? Mens de strever?
 - Hva ville du fortalt til foreldre som strever med søvnevansker (hos barnet)?
-

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 8: Av alt dere har snakket om i dag – hva er det viktigste du vil formidle og som vi må ta med oss fra i dag? Vi begynner fra venstre og går en runde rundt bordet.

Oppfølgings-spørsmål:

Notater: Skriv inn notater



Spørsmål 9: [Når dere er igjennom fokusgruppeintervjuet, la assisterende moderator oppsummere de viktigste hovedpunktene som han eller hun sitter igjen med].

For å avrunde denne første delen av fokusgruppen skal jeg oppsummere de viktigste hovedpunktene dere har snakket om, og dere må gjerne avbryte meg for å tilføye noe eller korrigere meg underveis.

[OPPSUMMERING – BRUK DINE NOTATER TIL HJELP]

Var dette noenlunde riktig oppsummert?

Notater: Skriv inn notater

Spørsmål 10: Takk for alt dere har delt i denne delen av fokusgruppen. Målet har vært å lære om hvilke forventninger foreldre har til søvn hos barn, om ditt arbeid med foreldre, hva slags råd dere gir og hvordan disse rådene og den hjelpen dere tilbyr blir oppfattet eller tatt i bruk.

Dette vil danne et viktig grunnlag for oss i vårt arbeid med å lage et internettbasert hjelpetiltak for foreldre som har barn med søvnvansker.

Er det noe nå som dere har tenkt på, lyst til å kommentere, eller som dere sitter inne med, og som ikke er blitt snakket om?

Da går vi over til siste del av programmet hvor vi vil bruke ca. 15 minutter på å be dere vurdere noen prototyper.

Notater: Skriv inn notater

I prosjektet Sov godt, lille skatt skal vi nå gå i gang med å utvikle innhold til søvnprogrammet, og vi ønsker i denne siste delen av fokusgruppeintervjuet tilbakemeldinger fra dere på sentrale elementer, såkalte prototyper, vi skal utvikle til programmet. Vi vil nå vise dere 6 power point slides, der dere skal vurdere 2 og 2 slides opp mot hverandre. Noe av det vi viser kan kanskje vekke sterke meninger, men det er ikke en drøfting eller diskusjon vi er ute etter. Kun umiddelbare korte, refleksjoner.

- 1) Det første vi vil vise dere er en tekst. Innholdet i teksten er likt, men dere vil se to ulike måter å kommunisere den på. Her ser dere tekst 1, fint om dere leser gjennom



det som er skrevet. Her ser dere tekst 2, fint om dere også her leser gjennom det som er skrevet.

- Hvilken tekst foretrekker du? Rekk opp hånden de som foretrekker tekst 1. Rekk opp hånden de som foretrekker tekst 2.
 - Hvorfor foretrekker du teksten?
 - Hva er fordelene og ulempene med hver tekst/prototype?
- 2) De to neste slidene er beskrivelser av ulike måter foreldre kan drive med søvntrening på, og forskning har vise at de begge er effektive. Her ser dere metode 1. Her ser dere metode 2.
- Hvilken metode vil dere foretrekke? Rekk opp hånden de som foretrekker metode 1. Rekk opp hånden de som foretrekker metode 2.
 - Hvorfor?
 - Hva er fordelene og ulempene med hver metode/prototype?
- 3) De to siste slidene dere skal få se, før vi avslutter for i dag, er ulike måter å kartlegge barns søvn på. På den første sliden ser dere en søvndagbok. Her ser dere døgnet (kveld/midnatt/formiddag/ettermiddag) og klokkeslett (pek). Foreldre skal tegne inn en pil som peker nedover når barnet er i seng, en pil opp når barnet er ute av sengene, og skraverer ruter når barnet sove. Slide nr. 2 viser spørsmål foreldrene skal svare på slik at barnets søvn blir kartlagt.
- Hvilken metode vil dere foretrekke? Rekk opp hånden de som foretrekker søvndagboken. Rekk opp hånden de som foretrekker spørreskjema.
 - Hvorfor?
 - Hva er fordelene og ulempene med hver metode/prototype?

Avslutning:

Tusen takk for alle gode råd og tilbakemeldinger. Da gjenstår det ikke annet enn å si tusen takk for at dere stilte opp.



DEL 2 – Dine refleksjoner

Etter intervjuet

Skriv ned dine («forhastede», foreløpige) inntrykk, opplevelser, konklusjoner, og refleksjoner umiddelbart etter intervjuet.

Ta det mens det ennå er ferskt.

Drøft deretter notatene dine med det generelle inntrykket moderator har og gi han eller henne en debriefing på fokusgruppen (se eget hjelpeark for debriefing).

Dine refleksjoner

Spørsmål 1: Fortell om ditt arbeid med foreldre hos barn fra de er nyfødte og opp til 4 år.

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 2: Hvilke forventninger har foreldre til søvn hos spedbarn når de er nybakte foreldre?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 3: Hvordan opplever dere at barnets søvnvansker påvirker foreldreskapet og foreldrenes opplevelse av det å være foreldre?
(F.x. mestringsfølelse, kompetanse, tilfredshet, stress, ferdigheter, mv.)

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 4: Når oppsøker foreldre råd og hjelp for barnets søvnvansker hos deg?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 5: Hva slags råd og hjelp gir du til foreldre for søvnvansker hos barnet?



Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 6: Hvordan opplever foreldre de rådene og den hjelpen du gir?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 7: Hva er dine beste råd til foreldre som strever med søvnvansker?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 8: Av alt dere har snakket om i dag – hva er det viktigste du vil formidle og som vi må ta med oss fra i dag?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 9: Oppsummering

Notater: Skriv inn dine refleksjoner

Spørsmål 10: Er det noe nå som dere har tenkt på, lyst til å kommentere, eller som dere sitter inne med, og som ikke er blitt snakket om?

Notater: Skriv inn dine refleksjoner
