

Barnhälsovårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta med sömnproblem

Emy Larsson
Hannah Svanberg Hjelm

**Specialistsjuksköterska, Distriktssköterska
2018**

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap

Barnhälsovårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta med sömnproblem

Emy Larsson

Hannah Svanberg Hjelm

Luleå tekniska universitet

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

Abstrakt

Bakgrund: Sömnproblem hos barn är vanligt förekommande och orsakerna till sömnproblem kan variera. Sömnproblem kan ge konsekvenser för barnet men påverkar hela familjen. Barnhälsovårdssjuksköterskan har en viktig roll i arbetet för att stödja familjer med sömnproblem. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka barnhälsovårdssjuksköterskors upplevelser av att arbeta med sömnproblem. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med åtta deltagare på hälsocentraler i norra Sverige genomfördes. Materialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Analysen resulterade i sex kategorier: *Att utgå från ett familjeperspektiv, Att rådgivningen är individuellt anpassad, Att stärka föräldrarna i sin roll, Att det sociala sammanhanget påverkar familjens behov, Att normer och förväntningar påverkar föräldrars syn på sömnproblem, Att ha behov av mer kunskap och samverkan.* Barnhälsovårdssjuksköterskorna ansåg att upplevelsen av sömnproblem alltid utgick från familjens perspektiv. De påpekade att rådgivning till en familj med sömnproblem bör vara individuellt anpassad och en viktig del i arbetet består i att stödja föräldrarna. Flera saker påverkade hur familjer upplevde sömnproblem, såsom föräldrarnas relation, sociala sammanhanget samt normer och förväntningar kring sömnproblem. **Konklusion:** För att arbeta med sömnproblem inom barnhälsovården behöver barnhälsovårdssjuksköterskan ha kunskap om sömnproblem hos barn samt ha samverkansmöjligheter för att tillgodose familjernas behov då sömnproblem anses vara komplext, samt ha ett familjeperspektiv och en förståelse för att det är många faktorer runt en familj som påverkar.

Nyckelord: Omvårdnad, sömnproblem, kvalitativ studie, BHV-sjuksköterskor, upplevelser, barnhälsovården.

Barnhälsovårdens uppdrag

Enligt Socialstyrelsen (2014) samt Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare i Sverige (2017) är målet med barnhälsovården bland annat att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn, tidigt identifiera samt initiera åtgärder vid risker eller problem i barns hälsa. Enligt Socialstyrelsen (2014) ska barnhälsovården ge individuellt utformad hjälp till barnen och dess föräldrar, framförallt om ett barn har riskfaktorer för att löpa högre risk att drabbas av ohälsa eller redan har nedsatt hälsa. Enligt Eronen, Pincombe och Calabretto (2007) behöver föräldrar ofta betydande stöd från barnhälsovården redan första veckorna efter barnets födsel. Att inte kunna få sitt barn att sova är en stressfaktor och ger konsekvenser i form av försämrat mående för föräldrarna och är associerat med postnatal depression. I en studie av Arborelius och Bremberg (2003) framkom det att mammor som upplevde stödet från barnhälsovården som positivt hade mindre depressiva symtom. Rollen för en specialistsjuksköterska inom barnhälsovården är bland annat att stödja det emotionella välbefinnandet hos mammor, utveckla en terapeutisk relation med familjen, arbeta med familjen i ett partnerskap och stötta familjer genom att erbjuda bland annat föräldragrupper (Fraser, Grant och Mannix, 2014). Enligt Börjesson, Paperin och Lindell (2004) känner sig alla mammor trötta det första året efter att de fått barn. Många mammor söker råd för sömn från barnhälsovården och upplevde att de fick goda råd och bra stöd. Det framkom även att förstagångsmammor hade ett större behov av stöd.

Sömn

Optimal sömn är viktigt för normal tillväxt och utveckling, koncentrationsförmåga, kognitiva förmågor, emotionell hälsa och immunförsvarets normala funktion (Allen, Howlett, Coulombe & Corkum, 2016; Bathory & Tomopoulos, 2017; Davis, Parker & Montgomery, 2004; Field, 2017; Galland, Tayler, Elder & Herbison, 2012; McDowall, Galland, Campbell & Elder, 2017; St James-Roberts, 2007). Enligt Davis et al. (2004) spenderar spädbarn och småbarn större delen av dygnet sovandes, jämfört med vuxna, då sömn är viktigt för den växande kroppen och hjärnan under utveckling. Ett nyfött barn sover ungefär 16–18 timmar per dygn. När barnet blir äldre minskar det totala sömnbehovet. Ljusexponering signalerar vakenhet och mörker signalerar sömn till hjärnan och på så sätt styrs dygnsrytmen. Hos nyfödda spädbarn är dygnsrytmen inte etablerad, vid två-tre månaders ålder börjar en dygnsrytm formas och barnet påverkas mer av yttre faktorer som ljus och mörker. Sömnen kan delas in i fyra nivåer från lättsömn till djupsömn, spädbarn och småbarn spenderar normalt mer tid i lättsömn och har fler perioder av semivakenhet jämfört med äldre barn och vuxna. Enligt Galland et al. (2012) är det normalt med nattliga

uppvaknande för barn i spädbarns- och förskoleåldern med i genomsnitt 0,8–2,9 uppvaknanden per natt upp till två års ålder, därefter avtar detta.

Orsak och prevalens till sömnproblem

Sömnproblem hos barn är ofta beteendemässiga och påverkas av barnets temperament, sociala faktorer, föräldrastil, barn-föräldrainteraktioner och miljöfaktorer (Bathory & Tomopoulos, 2017). Våldigt sällan beror sömnproblem på någon somatisk orsak. Internationellt sett visar studier att mellan 15–35 % av barn över tre månaders ålder har någon form av sömnproblem (Boerner, Coulombe & Corkum, 2015a; Owens, 2004; St James-Roberts, 2007). Vad föräldrar anser vara normal sömn för barn är enligt Owens (2004) förankrat i deras kultur, sociala sammanhang och vanor. Enligt McDowall et al. (2017) har föräldrar ofta dåliga kunskaper om vad som är normal sömn, god sömnhygien, om sömnproblem och metoder för att hantera sömnproblem. Sömnproblem kan delas in i insomningssvårigheter, svårigheter att fortsätta sova utan förälders närvaro, svårigheter med gränssättning hos föräldrarna eller en kombination av detta (Morsbach Honaker & Meltzer, 2014). Enligt Loutzenhiser, Ahlquist och Hoffman (2011) är det nattliga uppvakningar, att barnet har svårt att somna men även deras egen trötthet och sömnkvalitet som mammor väger in i bedömningen om de anser att deras barn har sömnproblem.

Konsekvenser och riskfaktorer

Enligt studier (Field, 2017; Magee & Hale, 2012) finns det ett samband mellan sömnproblem hos barn och utveckling av övervikt. Barn med sömnproblem har även ökad risk för att senare utveckla sociala och emotionella problem, uppmärksamhetssvårigheter, beteendemässiga störningar och affektiva problem (Field, 2017; Sivertsen, et al., 2015). I likhet med detta visar O'Callaghan et al. (2010) att tidiga sömnproblem kunde leda till uppmärksamhetsproblem senare under ungdomsåren. Även hyperaktivitet har kunnat kopplas till sömnproblem (Touchette et al., 2009). Koulouglioti, Cole och Kitzman (2008) fann ett samband mellan brist på sömn och ökad risk för oavsiktliga skador.

Den största riskfaktorn för sömnproblem är tidigare sömnproblem, där barn som har haft sömnproblem har större risk att även få sömnproblem längre fram (Field, 2017; Hysing, et al. 2014; Morell & Steele, 2003; Owens, 2004; St James-Roberts, 2007; Thome & Skuladottir, 2005). Ytterligare riskfaktorer för sömnproblem är låg hälsokunskap hos föräldrarna, TV i samma rum som barnet ska sova i, lek innan sänggående, nära kroppskontakt vid sänggående, bristande sömnrutiner, föräldrar som har låg tolerans för barnets gråt, depression hos mamman

och vissa temperament hos barnet (Field, 2017). Samsovning visar både Field (2017) och Hysing et al. (2014) kunna vara en riskfaktor för sömnproblem medan Teti, Shimizu, Crosby och Kim (2016) inte kunde påvisa att barnens sömn påverkades av samsovning men att mamman däremot fick sämre sömn. Skyddsfaktorer för god sömn är fasta rutiner vid sänggående, tumsugande barn, pappa som deltar i omsorgen av barnet och en känslomässigt närvarande mamma vid sänggående (Field, 2017).

Enligt Bathory och Tomopoulos (2017) har den genomsnittliga sovtiden minskat med en timme det senaste århundradet samtidigt som den tekniska utvecklingen har gått framåt. Ljusexponering från skärmar påverkar dygnsrytmen och påverkar också melatoninnivåer. Skärmar och teknik kan också störa sömnen genom att förskjuta sänggående och minska totala sovtiden.

Ett familjeperspektiv

Sömnproblem är inte bara ett problem för barnet utan också för familjen då det är belastande för föräldrarna och andra familjemedlemmar (Allen et al., 2016; Bathory & Tomopoulos, 2017; Boergers, Hart, Owens, Streisand & Spirito, 2007; Hall, Clauson, Carty, Janssen & Saunders, 2006; Thome & Skuladottir, 2005). Enligt Morrell och Steel (2003) kan sömnproblem hos små barn ha ett samband med ökat dåligt mående, depressiva problem och ångest hos mammor. Flertalet studier visar på att effektiva interventioner mot sömnproblem hos barn också har positiv effekt på mödrarnas psykiska mående så som minskad ångest, utmattning, stress, depressiva symtom samt kan öka deras sömnkvalitet (Hall et al., 2006; Hiscock et al., 2007; Symon, Bammann, Crichton, Lowings & Tucsok, 2012). Enligt Bathory och Tomopoulos (2017) har föräldrars eventuella depressiva symtom och ångestnivåer effekt på barnet så att barn till deprimerade mammor sover sämre. Utifrån detta framkommer att sömnproblem hos barn dels kan leda till att mammor har sämre psykiskt mående men också att mammor som har sämre psykiskt mående kan påverka så att barnen sover sämre.

Behandling

Omvårdnadsinterventioner som prövats som behandling för sömnproblem är bland annat information till föräldrarna om sömnhygien, betydelsen av att lära barnet att somna om själv på nätterna, rutiner kring sänggående, regelbundna sovtider, att inte samsova, massage och eller bad innan sänggående och olika beteendemässiga interventioner så som att inte ta upp barnet när hen gråter eller är orolig, detta kallas även för utsläckning i litteraturen (Allen et al., 2016; Bathory & Tomopoulos, 2017; Field, 2017). Efter endast en konsultation om 45 minuter med

sjukvårdspersonal angående normala sömnmönster och tekniker för självständigt insomnande har goda effekter kunnat påvisas på barnets sömn, med ökad sömntid men även på minskade nattliga uppvaknanden (Hiscock & Wake, 2002; Symon, Marley, Martin & Norman, 2005). De omvårdnadsinterventioner som har starkast evidens enligt Allen et al. (2016) är ge barnet en åldersadekvat mängd sömn med fasta sovtider, ha rutiner kring sänggående, att begränsa barnets tillgång till elektronik innan sänggående och ta bort elektronik från barnets sovrum, att lära barnet att somna själv utan föräldrarna. Enligt en studie av Crncec, Matthey och Nemeth (2010) påverkas inte barnets anknytning till sin förälder av så kallad utsläckning, där barnet lämnas att gråta och därmed argumenterar de för att det inte påverkar barnets mentala hälsa. Morrell och Steele (2003) visar att barn med en ambivalent otrygg anknytning i högre utsträckning hade sömnproblem än barn med trygg anknytning eller undvikande otrygg anknytning.

Hälso-och sjukvårdens förutsättningar för arbete med sömnproblem

Enligt studier (Allen et al., 2016; Boerner et al., 2015a; Boerner, Coulombe & Corkum 2015b) har personal inom öppenvården, som inte är specialister på sömn bristande kunskaper, utbildning, tid och resurser till att adekvat möta sömnproblem. Personalen inom öppenvården har dessutom svårt att identifiera sömnproblem från normal sömn. Enligt Boerner et al. (2015b) är det ansträngande praktiskt och emotionellt för föräldrar att åtgärda barns sömnproblem. Enligt Eronen, et al. (2007) och St James-Roberts (2007) får föräldrar ofta motstridiga råd när de söker hjälp för sina barns sömnproblem, vilket är en stressfaktor och förvirrande för föräldrarna. Enligt Boerner et al. (2015a) kan ett hinder för god sömnrådgivning vara motstånd från föräldrarna till förändring. Även kulturella skillnader mellan föräldrarna och vårdgivare kan skapa svårigheter vid sömnrådgivningen. Möjliggörande för god sömnrådgivning är bland annat en god relation mellan föräldrarna och vårdpersonalen, kunskaper om sömn hos vårdpersonalen samt resurser och tid hos vårdpersonalen.

Rational

Barn som lider av sömnproblem har ökad risk för många hälsoproblem både tillfälligt och på lång sikt, vilket kan innebära konsekvenser för familjen. Studier visar att interventioner för sömnproblem har god effekt men att hälso-och sjukvårdspersonal som arbetar med detta har bristande kunskaper, tid och resurser för att arbeta med sömnproblem. Om familjer som lider av sömnproblem inte kan få den omvårdnad de behöver ökar risken för fortsatta problem hos både barnet och familjen som helhet. Enligt vår litteraturgenomgång finns få studier som belyser

barnhälsovårdssjuksköterskors (BHV-sjuksköterskors) upplevelser av arbete med sömnproblem. Då många interventioner kan utföras inom barnhälsovården för att hjälpa familjer med sömnproblem finns det ett värde i att undersöka BHV- sjuksköterskornas upplevelser av detta.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka BHV-sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med sömnproblem.

Metod

Design

Studien genomfördes med en kvalitativ design med induktiv ansats för att undersöka BHV-sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med sömnproblem. En kvalitativ design lämpar sig bra när man vill få en djupare förståelse inom ett valt område (Polit & Beck, 2017). Studien genomfördes som en kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer för att fånga BHV-sjuksköterskornas upplevelser (jfr. Polit & Beck, 2017, s. 50).

Deltagare och procedur

Inklusionskriterier för studien var att deltagarna skulle ha specialistutbildning med inriktning mot distriktssköterska alternativt specialistutbildning inom hälso- och sjukvård med inriktning mot barn och ungdom, ha erfarenhet av arbete med sömn och arbetar aktivt inom barnhälsovården. Med utgångspunkt i inklusionskriterierna användes ett bekvämlighetsurval (jfr. Polit & Beck, 2017, s. 492), vilket innebär att deltagare som var tillgängliga för författarna tillfrågades om deltagande i studien.

Deltagarna i denna studie var åtta BHV-sjuksköterskor, tre var barnsjuksköterskor, två distriktssköterskor och tre distriktsbarnmorskor. Alla arbetade inom barnhälsovården på fyra hälsocentraler i norra Sverige. Deltagarna hade erfarenhet av att arbeta inom barnhälsovården mellan 2 till 46 år. Alla deltagarna var kvinnor med ålder mellan 37 till 71 år.

Efter att etikansökan godkänts av lektor vid institutionen för hälsovetenskap vid Luleå tekniska universitet skickades ett informationsbrev ut till chefer på hälsocentraler med BHV-mottagning via e-post med förfrågan om att delta. Efter godkännande att delta i studien förmedlades kontakt till de BHV-sjuksköterskor som arbetade på respektive hälsocentral. Författarna kontaktade

deltagarna via telefon eller e-post för information om studien samt skickade ut samtyckesformulär. När de hade accepterat att delta bokades tid och plats för intervjun. Alla BHV-sjuksköterskor som tillfrågades valde att delta. Vid intervjun fick deltagarna fylla i ett samtyckesformulär där deltagande i studien godkändes. Muntlig information om frivilligt deltagande, konfidentialitet och om möjligheten till att avbryta sitt deltagande närhelst man så önskade utan ytterligare förklaring gavs återigen vid intervjutillfället.

Datainsamling

Åtta semistrukturerade intervjuer fördelat lika på författarna genomfördes för att samla data. I enlighet med Polit och Beck (2017, s. 510) användes en intervjuguide vid intervjuerna, Bilaga 1. Intervjuguiden berörde frågeområden som togs upp under intervjun där intervjuaren uppmuntrade deltagarna att prata fritt om frågeområdena, samt att utveckla sina svar för att få ta del av information utifrån syftet. Intervjuerna dokumenterades med ljudinspelning genom en applikation i författarnas mobiltelefoner, även anteckningar skrevs under intervjun. Intervjuerna utfördes under 20 till 30 minuter och ägde rum på deltagarens arbetsplats under deras arbetstid. Därefter transkriberades alla intervjuer ordagrant.

Dataanalys

Intervjuerna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats enligt Graneheim och Lundman (2004). En manifest ansats innebär att texten bearbetas textnära, det som faktiskt sägs i texten utan att tolka innebörden. Efter transkribering lästes intervjuerna igenom ett flertal gånger för att få en känsla för helheten och för att fördjupa sig i materialet. Ur data extraherades meningsbärande enheter som svarade mot syftet. Därefter kondenserades dessa för att kortas ned men behålla kärnan av innehållet. I nästa steg kodades de kondenserade meningsbärande enheterna varefter de sorterades in underkategorier efter vad de handlade om. Därefter sammanfogades underkategorierna till kategorier efter att likheter i data kunde ses, dessa sammanfogades till bredare kategorier och därefter till slutkategorier. Denna process genomfördes med målet att kategorierna skulle innehålla data som inte kunde placeras i en annan kategori utan kategorierna skall vara internt homogena och externt heterogena mot varandra enligt Graneheim och Lundman (2004).

Etiska överväganden

Efter godkänd etikansökan påbörjades insamlandet av empiriska data. Detta för att svara mot lagen om etikprövning (SFS 2003:460) som syftar till att ”skydda den enskilda människan och

respekten för människovärdet vid forskning.” I denna lag regleras att forskning på människor bara får utföras om den har godkänts vid en etikprövning. Informerat samtycke inhämtades från alla deltagare, samt chefer vid de medverkande hälsocentralerna. Utöver detta gavs även muntlig information till deltagaren vid intervjutillfället (jfr. Kvale & Brinkmann, 2014, s. 107–108).

Etiska överväganden i intervjusituationen är om det ställs frågor som berör känsliga ämnen och vad detta kan ge för personliga konsekvenser för deltagarna enligt Kvale och Brinkmann (2014, s. 99). I detta fall rörde intervjufrågorna inte känsliga ämnen utan hur BHV- sjuksköterskorna upplever att arbeta med sömnproblem, dock kunde vi ha svårt att förutse vad detta väckte för reaktioner hos den enskilda individen. En risk för deltagarna i studien var att de kunde känna sig utpekade och otillräckliga om det skulle framkomma att de saknade kunskaper om arbete med sömnproblem. Nyttan med studien kan vara att se hur BHV-sjuksköterskor upplever att arbeta med sömnproblem och detta är något som i nuläget inte finns omfattande forskning om. Nyttan med studien kan också vara att denna kunskap kan användas för att utveckla och förbättra stöd till föräldrar som upplever sömnproblem.

Konfidentialitet i studien skyddades genom att författarna förvarat inspelade intervjuer och fullständiga transkriberingar så att materialet är oåtkomligt för andra (jfr. Helgesson, 2015, s. 92–94). Endast författarna och handledare har haft tillgång till transkriberade data. Innan den kvalitativa innehållsanalysen avidentifierades materialet så att specifika uttalanden inte kunde kopplas till specifika deltagare (jfr. Kvale & Brinkmann, 2014, s. 109–110). Materialet raderas när uppsatsen är publicerad vid Luleå tekniska universitet.

Resultat

Tabell 1, Översikt över kategorier (n=6)

Att utgå från ett familjeperspektiv

Att rådgivningen är individuellt anpassad

Att stärka föräldrarna i sin roll

Att det sociala sammanhanget påverkar familjens behov

Att normer och förväntningar påverkar föräldrars syn på sömnproblem

Att ha behov av mer kunskap och samverkan

Att utgå från ett familjeperspektiv

BHV-sjuksköterskorna beskrev att sömnproblem förekommer och är något som föräldrar frågar om på barnhälsovården. De menade att sömnproblem inte går att definiera efter något specifikt symtom utan att de bedömde det utifrån hur föräldrarna upplever barnens sömn. BHV-sjuksköterskorna menade att det vanligast var att föräldrarna upplever sömnbesvär hos sina nyfödda barn, och att det inte var lika vanligt med sömnbesvär hos de äldre barnen. BHV-sjuksköterskorna beskrev att det handlade om trots eller kunde vara ett tecken på neuropsykiatriska besvär. I dessa fall kunde barnen bli trötta dagtid och inte orka med den verksamhet de medverkar i. BHV-sjuksköterskorna beskrev att sömnproblem sällan drabbar barnet utan att det främst drabbar föräldrarna och medför att de inte orkar med vardagen. Främst beskrevs det påverka flerbarnsföräldrarna som på dagtid behövde energi för att ta hand om de äldre syskonen.

För vissa är det ett problem men för vissa är samma sak inte ett problem. Så att det är ju väldigt individuellt.

BHV-sjuksköterskorna beskrev att sömnbrist påverkade hela familjen och kunde leda till att föräldrarna fick ett försämrat psykiskt mående. Psykisk ohälsa, framförallt hos mamman beskrevs kunde påverka sömnen negativt hos barnet. Att arbeta med problem som fanns hos föräldrarna beskrevs som svårare än när problemen fanns hos barnet.

Föräldrar som är trygga i sin roll beskrevs kunna skapa en trygghet hos sina barn vilket BHV-sjuksköterskorna beskrev är viktigt för barnens sömn. Äldre föräldrar beskrevs vara tryggare i sin roll och påverkades mindre av barnets sömnvanor, men BHV-sjuksköterskorna beskrev också att

föräldrar ibland uttryckte ånger över att ha skaffat barn relaterat till den sömnbrist barnets sömnproblem skapade hos dem. De poängterade att därför var det viktigt att de i sin rådgivning utgick från varje familjs behov.

Att rådgivningen är individuellt anpassad

Sömnrådgivning beskrevs av BHV-sjuksköterskorna som intressant och som en naturlig del i det dagliga arbetet. Trots detta upplevdes arbetet som komplext då de inte kunde erbjuda familjer med sömnproblem en specifik metod eller universallösning som fungerar för alla.

BHV-sjuksköterskorna beskrev att det var stor variation i hur barns sönmönster såg ut och behov av förälders närvaro nattetid. De uttryckte att de behövde ha en ödmjukhet inför att alla barn och familjer var olika och hade olika behov varför alla råd som gavs behövde vara individuellt anpassade. De beskrev att föräldern känner sitt barn bäst och vet vad som fungerar i deras familj, att lyssna på föräldrarna och respektera dem och deras inställning till förändring ansåg BHV-sjuksköterskorna vara viktigt. BHV-sjuksköterskorna tog upp att de aldrig kunde ge råd eller rekommendationer om någon specifik sömnmetod men upplevde samtidigt att föräldrar efterfrågade enkla metoder och förslag på lösningar på sömnproblemen. De beskrev att en del föräldrar använde egna strategier för att hantera barnens sömnproblem för att skapa en enkel lösning.

Ja, och för en familj kanske man säger det där och för en annan säger man det här. Mm, så det finns ju inte ett råd som funkar för alla. Det är svårt för att vi inte ger någon egentlig färdig liksom metod.

BHV-sjuksköterskorna beskrev att det fanns flera faktorer som gjorde att rådgivningen behövde vara individuellt anpassad. Detta kunde vara att föräldrar inte orkar vara konsekventa, att familjer som kommer från en annan kultur har andra normer och värderingar gällande sömn. De beskrev att föräldrarna har egna problem så som psykisk ohälsa, neuropsykiatriska diagnoser eller begåvningshandikapp medförde att rådgivningen behövde vara individuellt anpassad.

Att stärka föräldrarna i sin roll

BHV-sjuksköterskorna beskrev att arbetet med sömnproblem till stor del bestod i att stötta föräldrar till att våga göra en förändring och att kunna vara konsekventa med förändringarna. Föräldrarna beskrevs vara i behov av stöd att sätta gränser och skapa rutiner. Stöttningen beskrevs vara att bara lyssna och bekräfta föräldrarna även i det som fungerade bra. Genom att

prata om sömnproblemen menade BHV-sjuksköterskorna att föräldrarna blev tryggare i sin roll som föräldrar. BHV-sjuksköterskorna upplevde att föräldrar var tacksamma för och uppskattade stödet och rådgivningen de fick och framförallt att någon lyssnade på dem.

Föräldrarna beskrevs ha förtroende för dem som BHV-sjuksköterskor och sökte bekräftelse hos dem. De betonade att för en god relation krävdes att föräldrarna kände trygghet och tillit till dem. Relationssvårigheter med bristande förtroende mellan dem som BHV-sjuksköterskor och föräldrarna beskrevs var ett hinder i sömnrådgivningen.

Barnet är i centrum på barnhälsovården men att föräldrarna också måste få stöd i att orka.

För att stärka föräldrarna i sin roll beskrev BHV-sjuksköterskorna att information om sömn till föräldrarna var viktigt. Information om barns normala sömn, hur sömncykeln skiljer sig mellan barn och vuxna, hur viktigt det är att vi får sova och vad som händer när vi inte får sova beskrevs vara de viktigaste delarna och för att främja förståelsen hos föräldrarna kunde de använda sig av bildstöd. Enligt BHV-sjuksköterskorna var det bra om föräldrarna kunde få information om sömn redan innan barnet har fötts så det är beredda på vad som är normalt. Förstagångsföräldrar ansågs vara en grupp som var i särskilt behov av stöd och information om hur det är att leva med barn. När sömnproblem redan uppstått ansågs konkreta råd om sovmiljö, matintag och skärmtid vara viktigt och att enkel rådgivning kunde förebygga vidare problem. BHV-sjuksköterskorna beskrev att det var bra och kunde vara lugnande för föräldrarna att de normaliserade sömnproblemen. De menade att det kunde vara viktigt och skönt för föräldrarna att höra att det är jobbigt men normalt med sömnstörningar hos små barn och föräldrarna fick stöd i detta.

Man ska vara beskyddare av allas sömn och redan när de väntar barn och man träffar dem från början i föräldragrupp – var beskyddare av varandras sömn snälla par!

BHV-sjuksköterskorna beskrev att uppföljning var viktigt vid arbetet med sömnproblem. Tät kontakt och att följa upp menade de betydde mycket för föräldrarna. Uppföljningen kunde även enligt BHV-sjuksköterskorna göra att föräldrarna kände att BHV-sjuksköterskan kom ihåg dem och tänkte på dem. Telefonuppföljning beskrevs kunna vara ett bra verktyg för att ge föräldrarna detta stöd, framförallt när de som BHV-sjuksköterskor hade fullbokat schema.

En liten sak att följa upp dem väldigt tätt, ringa dem och ta hit dem. Det betyder så mycket. Så det är ganska tacksamt tycker jag.

Att det sociala sammanhanget påverkar familjens behov

BHV-sjuksköterskorna beskrev hur föräldrarelationen påverkade upplevelsen av sömnproblem hos föräldrarna. De beskrev att det oftast var mamman som var föräldraledig och ansvarade över barnets sömn. Det beskrevs problematiskt när bara en av föräldrarna ansvarade över barnets sömn. Det förekom även att föräldrarna inte har samma upplevelse av sömnproblemet samt att mammor tycker det är svårt att involvera den andra föräldern. BHV-sjuksköterskorna beskrev att sömnbesvär i en familj kan leda till relationsproblem mellan föräldrarna. De betonade att de involverade båda föräldrarna då de ansåg att det var lättare att hantera sömnproblem om föräldrarna hjälpte och stöttade varandra. En utmaning som beskrevs var att ge sömnrådgivning till separerade föräldrar där det kunde förekomma olika rutiner. BHV-sjuksköterskorna beskrev att det var vanligare idag att båda föräldrarna är involverade i barnets omsorg. Att båda föräldrarna deltar vid besöken på barnhälsovården ansågs vara en möjliggörande faktor för att arbeta med sömnproblem. BHV-sjuksköterskorna beskrev att dagens föräldrar är klokare vad gäller sömn och bättre på att hjälpa varandra jämfört med tidigare.

Det har skett någonting. Sen att man börjar jobba karlarna är inte riktigt som karlarna var förr och inte kvinnorna heller utan kan mer stå upp för sig själv och sina egna behov. Och delar man på sömnproblemen så är de mindre än om man bär dem helt och hållet själv.

BHV-sjuksköterskorna betonade vikten av ett socialt nätverk omkring familjen, det kunde vara både anhöriga men även andra småbarnsföräldrar. De beskrev föräldragrupper inom barnhälsovården som ett bra stöd. De menade att där fanns möjlighet att lära känna andra i samma situation, dela med sig av egna erfarenheter och att känna sig mindre ensamma. Det sociala nätverket i form av nära anhöriga ansågs av BHV-sjuksköterskorna som ett viktigt stöd för att hantera sömnproblem där de menade att avlastning är viktigt i tuffa perioder. Föräldrar utan nära stöd av anhöriga ansågs vara en grupp i behov av extra stöd från barnhälsovården.

Jag tycker faktiskt nu att de är lite utsatta de som har långt till sina anhöriga, de som förut hade sina farmor och mormor och farfar och morfar och lite släktingar liksom som kunde backa upp och vara med barnet en stund och de kunde få lite space.

Att normer och förväntningar påverkar föräldrars syn på sömnproblem

Sömnrådgivningen som förekommer idag skiljer sig inte från de råd som gavs förr enligt BHV-sjuksköterskorna. Men däremot ansåg de att det går trender i olika sömnmetoder i samhället. BHV-sjuksköterskorna beskrev att föräldrarna har en bild av hur sömnen ska vara för små barn och att detta inte alltid överensstämmer med verkligheten. Vissa föräldrar förväntar sig att små barn ska sova hela nätterna och kunde enligt BHV-sjuksköterskorna uppleva det jobbigt när barnen inte sover enligt deras förväntning. De beskrev att föräldrarna hör hur andras barn sover och att föräldrarna då funderar över varför inte deras barn sover på samma sätt, föräldrar påverkas även av saker som skrivs på internet.

Kompisar och vänner som säger att det ska vara på ett visst sätt, de har inte läst så mycket om det. Man har bara en bild av att allt ska vara så himla mysigt och härligt och så när man får barn, man kanske inte pratar om alla problem som är och hur jobbigt det faktiskt är att få ett litet spädbarn som stör alla ens vanliga rutiner.

BHV-sjuksköterskorna beskrev hur föräldrar är pressade att prestera, jobba hårt och vara pigga trots att de har småbarn. De ansåg även att föräldrar ibland är oförstådda på sitt arbete om hur tungt det kan vara med små barn som inte sover. BHV-sjuksköterskorna beskrev att föräldrar hamnar i ett dilemma mellan att prestera på arbetet och ta hand om sitt barn. De ansåg att pressen hamnar på föräldrarna i ett samhälle som inte är byggt för barn.

Att ha behov av mer kunskap och samverkan

BHV-sjuksköterskorna beskrev att deras egna kunskaper gällande sömnproblem låg på en grundläggande nivå. De upplevde att det finns ett ständigt behov av att hålla sig uppdaterad med ny kunskap, att ta del av ny forskning. Rikshandboken ansågs vara ett gott stöd när det gällde sömnrådgivning. BHV-sjuksköterskorna önskade sig mer kunskaper om sömnproblem och menade att det är ett område som inte berördes så mycket i deras utbildning. De beskrev att vid svårare sömnproblem räcker inte enkla råd vilket beskrevs leda till en känsla av kunskapsbrist och otillräcklighet hos dem som BHV-sjuksköterskor. De var dock nöjda med sina kunskaper om sömnproblem och upplevde att de hade bra sömnrådgivning att erbjuda. Lång arbetslivserfarenhet och att ha erfarenhet av att själv vara förälder beskrevs ligga som grund för kunskaper om sömnproblem hos barn och familjer.

Man kan alltid lära sig mer.... Så är det väl alltid, man kan alltid lära sig mer, man är aldrig fullärd. Och det kommer ju nya rön hela tiden.

BHV-sjuksköterskorna beskrev ett behov av samverkan med andra professioner. I regel samarbetade de med läkare men vilka andra professioner som teamet bestod av och vilka samverkansmöjligheter som fanns var olika beroende på var de arbetade. Korta besökstider till läkare beskrevs som ett hinder för god vård till familjen. Barnpsykologen kunde BHV-sjuksköterskorna konsultera och remittera till och detta beskrevs som ett sätt att stötta hela familjen. Detta är också något som familjerna själv uppskattade enligt BHV-sjuksköterskorna. I de fall psykologen inte hade tid eller ville ta sig an familjen beskrev sig BHV-sjuksköterskor kände en frustration och hjälplöshet om psykologen inte hade möjlighet att ta sig an familj. De menade att de själva inte hade tillräckliga resurser för att hjälpa familjen. Ytterligare professioner i teamet nämndes såsom socionom, förskolepedagoger och familjerådgivning, vilket beskrevs som positivt att de tillsammans kunde erbjuda familjerna ett utökat stöd angående sömn. De beskrev att de har goda samverkansmöjligheter vad gäller sömnproblem hos barn inom den egna organisationen och att teamarbete, vilket de betonade är viktigt speciellt vid svåra fall. De som inte hade lika goda samverkansmöjligheter beskrev ett behov av detta. Att inte själv behöva sitta med alla svar och kunna allt utan ha möjlighet att ta stöd från eller överlämna till en annan profession beskrevs skapa känslan av trygghet i sitt arbete.

Att ta hjälp av teamet! Det är jätteviktigt, att kunna lyfta detta med sina kollegor när man har något som är svårt. Så sjukt viktigt. Att man verkligen känner att man inte är ensam.

Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka BHV-sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med sömnproblem. Analysen resulterade i sex kategorier; *Att utgå från ett familjeperspektiv, Att rådgivningen är individuellt anpassad, Att stärka föräldrarna i sin roll, Att det sociala sammanhanget påverkar familjens behov, Att normer och förväntningar påverkar föräldrars syn på sömnproblem och Att ha behov av mer kunskap och samverkan.*

I resultatet framkommer att BHV-sjuksköterskor ansåg att sömnproblem behöver ses ur ett familjeperspektiv, då hela familjen påverkas av att barn har sömnproblem. Enligt Galovan, Kramer Holmes, Schramm och Lee (2014) ska en familj ses som en organiserad enhet där alla är beroende av varandra och att varje individ förstås bäst som en del av helheten. Funktionen hos en individ måste relateras till ett komplext system i hela familjen. Enligt Socialstyrelsen (2014) kommer faktorer som påverkar familjen även att påverka barnet. De anser även att BHV-sjuksköterskor behöver arbeta med barns hälsa ur ett familjeperspektiv där föräldrarnas känslor och tankar tas i beaktan. Enligt studier (Arborelius & Bremberg, 2002; Börjesson, et al., 2003; Eronen, et al., 2007; Fraser, et al., 2014; Fägerskiöld, Timpka & Ek, 2003; Rautio, 2013; Sundelin & Håkansson, 2000) är det viktigt att barnhälsovården ser föräldrarna och ger omvårdnad till hela familjen. Enligt Fägerskiöld och Ek (2003) är detta föräldrastöd något som föräldrar förväntar sig från BHV-sjuksköterskorna. Söderlund (2017) beskriver vårdande som att nå en förståelse för andra människors upplevelser. Den som vårdar vill med respekt lindra lidande genom värme, närhet och med en vilja att värna om värdighet. Wright, Watson och Bell (1996) beskriver familjefokuserad omvårdnad som att utgå från hela familjen och dess föreställningar om ohälsa, deras resurser och hur tillståndet påverkar just dem som familj. En vinst med familjecentrerad omvårdnad är att det kan stärka familjen, ge dem ökad kunskap om eventuella besvär, ökad egenvård och därmed förbättrad hälsa för familjen (Kuo, Bird & Tilford, 2011). Enligt studier (Bell, 2009; Bell, 2013; Johnson, 2000; Kuo et al., 2012; Wells, 2011) beskrivs familjefokuserad omvårdnad vara byggd på ett partnerskap med familjen, värdighet, respekt, delande av information och delaktighet av familjemedlemmarna i vården. Baserat på detta anser författarna till denna studie att detta skapar en förståelse för att barns sömn både behöver ses utifrån barn som en individ men även som en del i en familj.

Resultatet i vår studie visar att BHV-sjuksköterskorna upplevde att de inte kunde erbjuda någon universallösning till familjer med sömnproblem relaterat till att familjer är olika och har olika

behov. Därav behöver rådgivningen vara individuellt anpassad. En personcentrerad vård beskrivs (Ekman et al., 2011; Fix et al., 2018; Santana et al., 2018) som att se patienten som en unik individ med ett unikt sammanhang. Vården reducerar inte patienten till en sjukdom eller ett besvär utan utgår då från denna unika individ i sitt sammanhang. Personcentrerad vård innefattar inte bara patienten utan också familj och anhörigas behov av omvårdnad. Sjuksköterskan bör arbeta i ett partnerskap med patienten och dess familj i utformandet av vården. Enligt Fix et al. (2018) delas då makt och ansvar mellan patient, närstående och personal samt att de utformar vården tillsammans. På det sätt BHV-sjuksköterskorna i vår studie beskrev deras arbetssätt och tankar kring att de behöver individanpassa omvårdnaden anser vi att de arbetar personcentrerat. De utformar en unik vård, anpassad till den individuella familjen och deras behov. För att kunna möta familjer med sömnproblem anser vi att BHV-sjuksköterskan behöver kunskaper i personcentrerad vård men även i den familjefokuserade omvårdnaden.

Denna studies resultat visar att BHV-sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att stödja föräldrarna. Föräldrastöd beskrivs av Arborelius och Bremberg (2003) som att visa intresse för mamman och hennes barn, att lugna henne, få stöd i sin föräldraroll och bli bekräftad i sin föräldrakompetens. Information och instruktioner är också en viktig del av stödet. Vårt resultat överensstämmer med Vuorenmaa, Halme, Perälä, Kaunonen och Åstedt-Kurki (2016) som beskriver att tillgången till information är viktig för att föräldrarna ska få stöd och empowerment i sitt föräldraskap. I vårt resultat beskrivs en god relation med ett gott bemötande vara en grund för att kunna stötta föräldrarna vid barnens sömnproblem. Bemötandet är viktigt då mammor enligt Arborelius och Bremberg (2003) kan uppleva kontakten med BHV-sjuksköterskan negativt om de får känslan av att de ses ha bristande föräldrakompetens. Ytterligare faktorer som kunde leda till dålig relation mellan mamman och BHV-sjuksköterskan var om rådgivningen gavs utifrån sociala normer om hur barn ska tas omhand och som inte överensstämde med mammans syn och föreställning. I vår studies resultat framkom att genom att vara lyhörd och ödmjuk inför föräldrars behov och syn på sömnproblemen kunde en tillitsfull relation skapas mellan dem och BHV-sjuksköterskan. Studier (Fägerskiöld & Ek, 2003; Rautio, 2013) bekräftar betydelsen av en god relation mellan föräldrar och vårdpersonal för att vård och stöd ska upplevas som positivt. Enligt Fredrikson (2017) är kommunikation en viktig del av omvårdnaden, en mänsklig kommunikation kan ge stöd, tröst och hälsa genom en förbindelse människor emellan. Men det kan också ge upphov till ohälsa, konflikter och spänningar. I studierna (Fredrikson, 2017; Fägerskiöld & Ek, 2003; Rautio, 2013) nämns relation och kommunikation som grunden för ett gott stöd. Goda tillitsfulla relationer tar även BHV-sjuksköterskorna i vår studie upp som viktigt

för att kunna stötta föräldrar till barn med sömnproblem. Vi anser att en viktig del i arbetet med sömnproblem är att kunna skapa en god relation till föräldrarna. Detta anser vi även vara en utmaning då goda relationer är något som skapas över tid och att människor har olika personligheter.

Resultat i vår studie beskriver att BHV-sjuksköterskor arbetar för att involvera båda föräldrarna i det aktuella sömnproblemet. Fortfarande är det kvinnor som utför den största delen av obetalt hemarbete i Sverige, tar ut föräldraledighet och tar hand om barn (Statistiska centralbyrån [SCB], 2018). Även om skillnaderna har minskat vid mätningar idag jämfört med tidigare kvarstår fortfarande ojämlikheter. År 2017 tog kvinnor ut 72 % av all föräldraledighet och män 28 % (Försäkringskassan, 2018; SCB 2018). Enligt Yogman et al. (2016) är närvarande pappor viktiga för barnets fysiska och mentala utveckling. Ett samband mellan jämställd syn på könsroller hos pappor och högre grad av involvering i omsorgen av barnet visar en studie av Kuo, Volling och Gonzalez (2018). Att bli förälder kan enligt Krieg (2007) leda till att rollerna i en parrelation förändras och att relationen blir mer ojämnställd med ojämlig fördelning av omsorg av barnet och obetalt hemarbete. Studien visar även att kvinnors stress ökar och deras äktenskapliga tillfredsställelse minskar när de får barn. Mammorna upplever inte att de får det stödet som de förväntar sig från pappor till barnen. Galovan, et al. (2014) visar att både kvinnor och män upplevde större tillfredsställelse med sina äktenskap när männen var involverade i omsorgen av barnen. Fägerskiöld (2006) beskriver att pappor vill vara involverade i omsorgen av sina barn men att de upplever att BHV-sjuksköterskan vänder sig till mamman och att de inte ses som en självklar deltagare av BHV-sjuksköterskorna. Detta överensstämmer inte med vårt resultat där BHV-sjuksköterskorna arbetade för att involvera båda föräldrarna i omsorgen av barnet. Vi resonerar att detta delvis kan bero på att studien är några år gammal och att vi idag har kommit längre i arbetet med jämställdhet i Sverige. BHV-sjuksköterskorna i vår studie beskriver att det är lättare att ge stöd angående sömnproblem när det utförs tillsammans med båda föräldrarna.

I denna studies resultat framkommer att BHV-sjuksköterskors tillfredsställelse angående kunskaper om sömnproblem varierade, vissa är nöjda med sina kunskaper, andra tycker de har för lite kunskap. En studie av Kruske och Grant (2012) om utbildningarna till specialistsjuksköterskor inom familjevård i Australien visar på bristande standard för vad utbildningarna skall innehålla och hävdar att utbildningarna inte ger förberedelse för det verkliga arbetet med små barn. I Sverige poängterar Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare och vårdutvecklare i Sverige (2017) att specialistsjuksköterskor inom barnhälsovården behöver

breda kunskaper omkring barn, hälsa och utveckling, att de har ett personligt ansvar för sitt yrkesutövande, att de behöver kontinuerlig kompetensutveckling samt att arbetet ska vila på en evidensbaserad praktik. Det kan enligt författarna till denna studie vara en svårighet om BHV-sjuksköterskorna känner att de inte har fått den utbildningen inom till exempel sömnproblem för att kunna uppnå detta samt känna sig trygga i sin kunskap så som det framkom i vår studie. Sarkade, Gluenc och Hiscock (2014) visade i likhet med resultatet från vår studie att sjuksköterskor med längre arbetslivserfarenhet har större förtroende för sin egen kompetens. Författarna till denna studie anser att en utbildning till specialistsjuksköterska borde innehålla kunskaper om sömn och behandling av sömnproblem samt att arbetsgivare inom barnhälsovården behöver tillgodose BHV-sjuksköterskors behov av kompetensutveckling för att säkerställa god vård och omvårdnad till familjer med sömnproblem. Det är samtidigt av vikt att eventuella råd som ges vid sömnproblem inom barnhälsovården baseras på evidens och inte på den individuella sjuksköterskans erfarenheter och tyckande (jfr. Socialstyrelsen, 2014). Då sömnproblem kan leda till stora konsekvenser både hos barnet och familjen anser vi att BHV-sjuksköterskan utgör en viktig roll i arbetet för att främja goda sömnvanor och förebygga sömnproblem. Ser vi det ur ett samhällsperspektiv borde det vara av vikt att BHV-sjuksköterskan har goda kunskaper, möjlighet till kompetensutveckling och känner en trygghet i att de råd hon ger baseras på evidens för att kunna tillgodose de behov av omvårdnad dessa familjer har.

Metoddiskussion

Syftet med vår studie var att undersöka BHV-sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med sömnproblem. För att besvara syftet valde vi att använda en kvalitativ metod som vi bedömde vara lämplig då den enligt Polit och Beck (2017) fokuserar på mänskliga erfarenheter och handlar om deltagarnas subjektiva upplevelser. För att uppnå trovärdighet i en kvalitativ studie beskrivs begrepp som tillförlitlighet, giltighet, överförbarhet. För att uppnå trovärdighet är det enligt Granheim, Lindgren och Lundman (2017) viktigt att välja deltagare som har erfarenheter inom området och kan berätta om det samt samla in tillräckligt med material för att täcka signifikanta variationer. Då ett av våra inklusionskriterier var att deltagarna skulle arbeta som BHV-sjuksköterskor med erfarenhet av arbete med sömnproblem skapar det trovärdighet till studien. Då vi utfört intervjuer på fyra olika hälsocentraler och med åtta olika BHV-sjuksköterskor i olika åldrar med olika lång arbetslivserfarenhet torde viss överförbarhet finnas men dock begränsad då studien är genomförd på begränsat område i en del av norra Sverige. Variation i ålder och arbetslivserfarenhet hos deltagarna är även något som stärker giltigheten enligt Graneheim och Lundman (2004) vilket vi hade stor spridning på i vår studie. En nackdel i aspekten giltighet är

att det endast var kvinnliga deltagare med i och med att det inte funnits några manliga BHV-sjuksköterskor på de hälsocentraler som deltagit. Detta kan även anses vara en mindre betydande faktor då det sannolikt är så könsfördelningen ser ut så inom barnhälsovården.

För att ta del av deltagarnas upplevelser valdes intervju som datainsamlingsmetod.

Semistrukturerade intervjuer genomfördes för att få deltagarna att beskriva om det valda området men samtidigt inom ramen för att det skulle svara mot vårt syfte. Enligt Polit och Beck (2017) är intervjuarens roll att engagera deltagaren att berätta fritt inom det området som valts med stöd av en intervjuguide. Vi hade en intervjuguide som stöd så att intervjuerna var uppbyggda på liknande sätt. För att få deltagarna att fördjupa sina svar eller utveckla sina svar ställdes följdfrågor såsom ”kan du berätta mer”. Tiden för intervjuerna varade mellan 20 till 30 minuter, de första var kortare vilken kan bero på att vi som intervjuare saknade erfarenhet av detta. Efter några genomförda intervjuer upplevde vi att deltagarna utvecklade sina svar i större utsträckning. Detta kan ha påverkat studiens tillförlitlighet. Enligt Graneheim et al. (2017) kan man inte ange ett specifikt antal intervjuer som krävs för att få ett rikt material att analysera. Vi upplevde att vi fått ut mycket material att arbeta med och där det fanns en variation i intervjuerna

En begränsning i studiens datainsamling kan vara att intervjuerna delades upp mellan författarna, vi valde att utföra fyra intervjuer var istället för att genomföra dessa gemensamt. Detta kan ha begränsat deltagarna att utveckla sina svar. Trost (2010) beskriver att om intervjuaren är oerfaren kan det vara en fördel att vara två för att få ut maximal informationsmängd. Det finns även en nackdel med att vara två, då den som blir intervjuad kan känna sig i underläge. Vi anser dock att vi har informationsrikt data. En annan aspekt att beakta vid intervjutillfället är att alla intervjuer utförts på deltagarnas arbetsplats vilket kan påverka deltagaren. Enligt Trost (2010) kan det vara en nackdel då det finns en risk för störningar av telefoner, att någon knackar på eller dylikt. Trost (2010) tar även upp att de flesta platser som väljs för intervjuens genomförande har både för- och nackdelar och vi ville att deltagarna själva skulle få välja var de ville utföra intervjun. Alla önskade att intervjuerna utfördes på deras arbetsplats. Inga störningsmoment förekom under intervjuerna.

Vi som intervjuare har transkriberat intervjuerna individuellt och tagit ut meningsbärande enheter och koder för att sedan jämföra dessa med varandra. En styrka gällande tillförlitligheten anses vara att de koder som framkommit var liknande när jämförelserna gjordes. Analysen genomfördes tillsammans, där vi fortlöpande har gått tillbaka till intervjun för att stämma av att

budskapet inte missuppfattats. Stöd från handledare samt respons från andra studenter i analysprocessen stärker resultatets giltighet och trovärdighet. Författarna har beskrivit processen från urval, datainsamling samt analys för att det ska gå att följa hur studien är genomförd, detta stärker enligt Graneheim och Lundman (2004) giltigheten. För att stärka tillförlitligheten är ett viktigt moment enligt Graneheim et al. (2017) då forskaren sorterat in koder i kategorier och väljer vilka citat som ska presenteras som stöd, detta har vi som författare upplevt som en utmaning, då det ibland upplevts som att vissa koder kan gå in under flera kategorier.

Tillsammans med handledare har förförståelse diskuterats, då en av författarna har arbetat inom barnhälsovården är det oundvikligt att inte ha egen kunskap och erfarenhet i området. Även Graneheim et al. (2017) tar upp att förförståelse kan påverka tillförlitligheten i en studie. För att undvika att förförståelsen ska påverka tillförlitligheten har författarna gemensamt bearbetat materialet och vi har upprepade gånger gått tillbaka till den transkriberade texten för att undvika egna tolkningar. En annan aspekt som vi har diskuterat är att vi båda har haft en tidigare arbetsrelation med några av deltagarna och hur detta kan ha påverkat resultatet. Upplevelsen är inte att deltagarna inte velat dela med sig på grund av detta utan snarare att relationen har möjliggjort en intervju där deltagaren känner sig trygg med intervjuaren, kunnat öppna sig och beskriva sina upplevelser.

Konklusion

Resultatet i studien visar att arbetet med sömnproblem inom barnhälsovården upplevs som komplext och är något som påverkas av många faktorer. Detta i kombination med att deltagarna i vår studie upplevde att de har grundläggande kunskaper kring sömnproblem men önskar mer utbildning för att möta dessa familjer. Då sömnproblem är mångfacetterat och påverkas av många faktorer behöver BHV-sjuksköterskor kunskaper om sömnproblem och alla olika påverkansfaktorer. Då allt från familjens sociala nätverk till föräldrarnas parrelation kan påverka upplevelsen av sömnproblem behöver BHV-sjuksköterskan arbeta utifrån ett familjeperspektiv för att kunna få en bild av sömnproblemet samt hjälpa familjen med detta. Mer forskning behövs inom området, studier som kan ge ett mer strukturerat arbetssätt gällande sömnproblem då det idag i stor utsträckning utgår från egen erfarenhet och många års arbete. Samverkansmöjligheter för olika BHV-sjuksköterskor skulle även vara intressant att studera då detta visar sig ha betydelse för vilket stöd som kan erbjudas till familjer med sömnproblem.

Referenser

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. doi: 10.1016/j.smrv.2015.08.006.

Arborelius, E.U., & Bremberg, S. G. (2003). Supportive and nonsupportive qualities of child health nurses contacts with strained infant mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 17*, 169-175. doi: 10.1046/j.1471-6712.2003.00123.x

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 Adolescent Health Care, 47*(2), 29-42. doi: 10.1016/j.cppeds.2016.12.001.

Bell, J. M. (2009). Family systems nursing re-examined. *Journal of Family Nursing, 15*, 123–129. doi:10.1177/1074840709335533

Bell, J. M. (2013). Family nursing is more than family centered care. *Journal of Family Nursing, 19*(4), 411-417. doi: 10.1177/1074840713512750

Boergers, J., Hart, C., Owens, J. A., Streisand, R., & Spirito, A. (2007). Child sleep disorders: associations with parental sleep duration and daytime sleepiness. *Journal of Family Psychology, 21*(1), 88-94. doi: 10.1037/0893-3200-21.1.88

Boerner, K. E., Coulombe, J. A., & Corkum, P. (2015a). Barriers and facilitators of evidence-based practice in pediatric behavioral sleep care: qualitative analysis of the perspectives of health professionals. *Behavioral Sleep Medicine, 13*, 36-51. doi:10.1080/15402002.2013.838766

Boerner, K. E., Coulombe, J. A., & Corkum, P. (2015b). Core competencies for health professionals training in pediatric behavioral sleep care: a delphi study. *Behavioral Sleep Medicine, 13*, 265-284. doi: 10.1080/15402002.2013.874348

Börjesson, B., Paperin, C., & Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing, 45*(6), 588-594. doi: 10.1046/j.1365- 2648.2003.02950.x

Crnec, R., Matthey, S., & Nemeth, D. (2010). Infant sleep problems and emotional health: a review of two behavioral approaches. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28 (1), 44-45. doi: 10.1080/0264830903294995

Davis, K. F., Parker, K. P., & Montgomery, G. L. (2004). Sleep in infants and young children: part one: normal sleep. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 65-71. doi:10.1016/S0891-5245(03)00149-4

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care—ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*; 10, 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Eronen, R., Pincombe, J., & Calabretto, H. (2007). Support for stressed parents of young infants. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*, 10(2), 20-27.

Field, T. (2017). Infant sleep problems and interventions: a review. *Infant Behavior and Development*, 47, 40-53. doi: 10.1016/j.infbeh.2017.02.002

Fix, G. M., VanDeusen Lukas, C., Bolton, R. E., Hill, J. N., Mueller, N., LaVela, S. L., & Bokhour, B. G. (2018). Patient-centered care is a way of doing things: How healthcare employees conceptualize patient-centered care. *Health Expectations*, 21, 300-307. doi: 10.1111/hex.12615

Fraser, S., Grant, J., & Mannix, T. (2014). The role and experience of child and family health nurses in developed countries: a review of the literature. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*, 17(3), 2-10. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1694.

Fredriksson, L. (2017). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 415–425). Lund: Studentlitteratur.

Fägerskiöld, A. (2006). Support of fathers of infants by the child health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 79-85.

Fägerskiöld, A., & Ek, A-C. (2003). Expectations of the child health nurse in Sweden: two

perspectives. *International Nursing Review*, 50, 119-128.

Fägerskiöld, A., Timpka, T., & Ek, A-C. (2003). The view of the child health nurse among mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 160–168.

Försäkringskassan. (2018). *Statistik föräldrapenninguttag 2017*. Stockholm: Försäkringskassan. Hämtad 2018-10-14 från <https://www.forsakringskassan.se/statistik/barn-familj/foraldrapenning>

Galland, B. C., Taylor, B. J., Elder, D. E., & Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 16, 213-222. doi: 10.1016/j.smrv.2011.06.001

Galovan, A. M., Kramer Holmes, E., Schramm, D. G., & Lee, T. R. (2014). Father Involvement, Father-Child Relationship Quality, and Satisfaction with Family Work: Actor and Partner Influences on Marital Quality. *Journal of Family Issues*, 35(13), 1846-1867. doi: 10.1177/0192513X13479948

Graneheim, U.H., Lindgren, B-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. doi: 0.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hall, W. A., Clauson, M., Carty, E. M., Janssen, P. A., & Saunders, R. A. (2006). Effects on parents of an intervention to resolve infant behavioral sleep problems. *Pediatric Nursing*, 32 (3), 243-250.

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik*. Lund: Studentlitteratur.

Hiscock, H., Bayer, J., Gold, L., Hampton, A., Ukoumunne, O., & Wake, M. (2007). Improving infant sleep and maternal mental health: a cluster randomized trial. *Archives of Disease in*

Childhood, 92(11), 952-958. doi: 10.1136/adc.2006.099812

Hiscock, H. & Wake, M. (2002). Randomized controlled trial of behavioral infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *British Medical Journal*, 324, 1-6. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7345.1062>

Hysing, M., Harvey, A., Torgersen, L., Ystrom, E., Reichborn-Kjennerud, T. & Sivertsen, B. (2014). Trajectories and Predictors of Nocturnal Awakenings and Sleep Duration in Infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 35, 309-316. doi:10.1097/DBP.0000000000000064

Johnson, B. H. (2000). Family-centered care. Four decades of progress. *Families, Systems, & Health*, 18, 137-156. doi:10.1037/h0091843

Koulouglioti, C., Cole, R., & Kitzman, H. (2008). Inadequate sleep and unintentional injuries in young children. *Public Health Nursing*, 25(2), 106-114. doi:10.1111/j.1525-1446.2008.00687.x

Krieg, D.B. (2007). Does motherhood get easier the second-time around? Examining parenting stress and marital quality among mothers having their first or second child. *Parenting: Science and Practice*, 7(2), 149-175. doi: 10.1080/15295190701306912

Kruske, S. & Grant, J. (2012). Educational preparation for maternal, child and family health nurses in Australia. *International Nursing Review*, 59, 200-207.

Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal Child Health Journal*, 16, 297-305. doi:10.1007/s10995-011-51

Kuo, D. Z., Bird, T. M., & Tilford, J. M. (2011). Associations of family-centered care with health care outcomes of children with special health care needs. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 794-805. doi: 10.1007/s10995-010-0648-x

Kuo, P. X., Volling, B. L., & Gonzalez, R. (2018). Gender role beliefs, work-family conflict, and

father involvement after the birth of a second child. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(2), 243-256. doi: 10.1037/men0000101

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e rev. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Loutzenhiser, L., Ahlquist, A., & Hoffman, J. (2011). Infant and maternal factors associated with maternal perceptions of infant sleep problems. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5), 460-471. doi: 10.1080/02646838.2011.653961

Magee, L., & Hale, L. (2012). Longitudinal associations between sleep duration and subsequent weight gain: A systematic review. *Sleep Medicine Review*, 16(3), 231-241. doi: 10.1016/j.smrv.2011.05.005

McDowall, P. S., Galland, B. C., Campbell, A. J. & Elder, D. E. (2017). Parents knowledge of children's sleep: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 31, 39-47. doi: 10.1016/j.smrv.2016.01.002

Morrell, J., & Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping problems. *Infant Mental Health Journal*, 24(5), 447-468. doi: 10.1002/imhj.10072

Morsbach Honaker, S., & Meltzer, LJ. (2014). Bedtime Problems and Night Waking's in Young Children: An Update of Evidence. *Pediatric Respiratory Reviews*, 15, 333-339. doi:10.1016/j.prrv

Nationella nätverket för barnhälsovårdssamordnare/vårdutvecklare i Sverige. (2017). *Nationell målbeskrivning för sjukskötersketjänstgöring inom barnhälsovården (BHV)*. Hämtad 2018-10-14 från: [http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom- Barnhalsovarden/](http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Malen-for-yrkesforeningarna/Nationell-malbeskrivning-for-sjukskotersketjanstgoring-inom-Barnhalsovarden/)

O'Callaghan, FV., Mamun, AA., O'Callaghan, M., Clavarino, A., Williams, GM., Bor, W., Heussler, H., & Najman, JM. (2010). The link between sleep problems in infancy and early childhood and attention problems at 5 and 14 years: Evidence from a birth cohort study. *Early*

Human Development, 86(7), 419-424. doi: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.05.020>

Owens, J. A. (2004). Sleep in children: cross-cultural perspective. *Sleep and Biological Rhythms*, 2, 165-173. doi: 10.1111/j.1479-8425.2004.00147.x

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rautio, S. (2013). Parents experiences of early support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 927-934. doi: 10.1111/scs.12006

Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M. (2018). How to practice person-centered care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21, 429-440.

Sarkadi, A., Gulenc, A., & Hiscock, H. (2014). Maternal and child health nurses self- perceived confidence in dealing with child behavior problems. *Child: Care, Health and Development*, 41(2), 324-328. doi:10.1111/cch.12150

SFS 2003:460. *Lag om etikprovning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 13 maj 2018, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Sivertsen, B., Harvey, A., Reichborn-Kjennerud, T., Torgersen, L., Ystrom, E., & Hysing, M. (2015). Later Emotional and Behavioral Problems Associated with Sleep Problems in Toddlers A Longitudinal Study. *JAMA Pediatrics*, 169(6), 575–582. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.0187

Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården* (Socialstyrelsens rapport, nr 2014-4- 5). Stockholm: Socialstyrelsen. Från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014- 4-5>

Statistiska centralbyrån [SCB]. (2018). *På tal om kvinnor och män: lathund om jämställdhet* 2018. Stockholm: SCB. Från: https://www.scb.se/contentassets/528dd6d093b64a38895735f333a89a8a/le0201_2017b18_br_x10br1801.pdf

St James-Roberts, I. (2007). Helping parents to manage infant crying and sleeping: a review of the evidence and its implications for services. *Child Abuse Review*, 16, 47-69. doi: 10.1002/car.968

Sundelin, C. & Håkansson, A. (2000). The importance of the child health services to the health of children. *Acta Paediatrica*, 434, 76-79.

Symon, B., Bammann, M., Crichton, G., Lowings, C., & Tucsok, J. (2012). Reducing postnatal depression, anxiety and stress using an infant sleep intervention. *British Medical Journal Open*, 2(5). doi: 10.1136/bmjopen-2012-001662

Symon, B., Marley, J., Martin, J., & Norman, E. (2005). Effect of a consultation teaching behavior modification on sleep performance in infants: a randomized controlled trial. *The Medical Journal of Australia*, 182(5), 215–218.

Söderlund, M. (2017). Vårdande. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 295–308). Lund: Studentlitteratur.

Teti, D. M., Shimizu, M., Crosby, B., & Kim, B-R. (2016). Sleep arrangements, Parent-Infant sleep during the first year and family functioning. *Developmental Psychology*, 52(8), 1169- 1181. doi:10.1037/dev0000148

Thome, M., & Skuladottir, A. (2005). Changes in sleep problems, parents distress and impact of sleep problems from infancy to preschool age for referred and unreferred children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 86–94. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00322.x

Touchette, E., Côté, SM., Petit, D., Liu, X., Boivin, M., Falissard, B., Tremblay, RE. & Montplaisir, JY. (2009). Short nighttime sleep-duration and hyperactivity trajectories in early childhood. *Pediatrics*, 124(5), 985-993. doi: 10.1542/peds.2008-2005.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vuorenmaa, M., Halme, N., Perälä, M-L., Kaunonen, M., & Åstedt-Kurki, P. (2016). Perceived

influence, decision-making and access to information in family services as factors of parental empowerment: a cross-sectional study of parents with young children.

Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30, 290-302. doi: 10.1111/scs.12243

Wells, N. (2011). Historical perspective on family-centered care. *Academic Pediatrics*, 11, 100-102. doi:10.1016/j.acap.2011.01.007

Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Yogman, M., Garfield, C. F., Bauer, N. S., Gambon, T. B., Lavin, A., Lemmon, K. M., ... the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2016). Fathers' roles in the care and development of their children: The role of pediatricians. *Pediatrics*, 138 (1), 1-15. doi: 10.1542/peds.2016-1128