

”Babyen min sover ikke! Hva kan jeg gjøre med det?”

En systematisk litteraturgjennomgang av hvilken effekt planmessige foreldreintervensjoner har på etablering av søvnvaner og behandling av søvnproblemer hos spedbarn

Turid Skjerve Leksbø og Cathrine Elisabeth Weyde Wilhelmsen



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2017

”Babyen min sover ikke!
Hva kan jeg gjøre med det?”

*En systematisk litteraturgjennomgang av hvilken effekt
planmessige foreldreintervensjoner har på etablering av
søvnvaner og behandling av søvnproblemer hos spedbarn*

Copyright Turid Skjerve Leksbø og Cathrine Elisabeth Weyde Wilhelmsen

2017

"Babyen min sover ikke! Hva kan jeg gjøre med det?" En systematisk litteraturgjennomgang av hvilken effekt planmessige foreldreintervensjoner har på etablering av søvnvaner og behandling av søvnproblemer hos spedbarn

Turid Skjerve Leksbø og Cathrine Elisabeth Weyde Wilhelmsen

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfattere: Turid Skjerve Leksbø og Cathrine Elisabeth Weyde Wilhelmsen

Tittel: ”Babyen min sover ikke! Hva kan jeg gjøre med det?” En systematisk litteraturgjennomgang av hvilken effekt planmessige foreldreintervensjoner har på etablering av søvnvaner og behandling av søvnproblemer hos spedbarn

Veiledere: Margrethe Seeger Halvorsen og Kari Slinning

Innledning: Det er uenighet om hvordan foreldre kan etablere søvnvaner og behandle søvnproblemer hos spedbarn. Nyere søvnforskning har bidratt til kunnskap om spedbarns normale søvnutvikling og er viktig for å forstå spedbarns søvnatferd. Det første leveåret er tilstandsregulering en sentral utviklingsoppgave, og foreldre bidrar med andreregulering for å støtte spedbarnets utvikling av tilstands- og selvregulering. Evne til innsovning og opprettholdelse av søvn kan ses på som første steg i selvregulering. Foreldre og fagfolk har ulik teoretisk forankring og oppfatning av hvordan man skal få spedbarnet til å sove, og de kan deles inn i to grupper: Intuitiv og planmessig omsorgsstil. Foreldres atferd og spedbarns søvnmønster kan videre forstås i lys av transaksjonsmodellen som resultat av et kontinuerlig samspill. Denne oppgaven ser på hvilken effekt planmessige foreldreintervensjoner har på etablering av søvnvaner og behandling av søvnproblemer hos spedbarn med en normal utvikling.

Metode: Det ble utført et systematisk litteratursøk i søkemotoren OVID PsycINFO og gjennomgått 1247 treff. Totalt tre litteraturgjennomganger med 21 enkeltstudier møtte inklusjonskriteriene. Disse er blitt systematisk vurdert og danner bakgrunnen for resultatene.

Resultater: De tre litteraturgjennomgangene fant at planmessige foreldreintervensjoner har effekt på etablering av søvnvaner og behandling av søvnproblemer hos spedbarn. Undervisning til foreldre om å minimere responsen og lære spedbarnet å sovne selv, har effekt på etablering av spedbarnets søvnvaner. Modifiserte ekstinksjonsmetoder ser ut til å ha effekt på behandling av søvnproblemer hos spedbarn over seks måneder.

Diskusjon/konklusjon: Resultatene viser at planmessige foreldreintervensjoner har en positiv effekt på spedbarns søvn, men at bruken av dem er omdiskutert med grunnlag i ulik forståelse av teori. Forskningsfeltet er preget av heterogenitet, og videre forskning bør undersøke hvilke komponenter i planmessige foreldreintervensjoner som har best effekt på spedbarns søvn.

Forord

”Babyen min sover ikke! Hva kan jeg gjøre med det?” Denne fortvilende situasjonen med det håpefulle spørsmålet har opptatt oss som småbarnsmødre det siste året. Vi har selv erfart dette og stusset over at det ikke har vært en tydeligere kunnskapsformidling av hvordan man kan innarbeide gode søvnvaner til barnets, foreldrenes og familiens beste. Hvordan spedbarn ”bør” sove er svært omdiskutert og fører til sprikende råd for foreldre. Det er fortvilende ikke å vite hva man kan gjøre når spedbarnet skriker og man selv har behov for søvn, og desto viktigere å være trygg på at man gjør det rette. Gitt disse uklarhetene i søvn- og spedbarnsfeltet, ble vi interesserte i hva forskningslitteraturen sier om hva foreldre kan gjøre for å etablere søvnvaner og behandle søvnproblemer hos spedbarn, og hvorfor dette er så omdiskutert.

Det har vært en interessant og lærerik prosess å jobbe med denne oppgaven. Mange personer fortjener en takk for å ha bidratt til at vi kom i mål. Først og fremst en stor takk til veilederne våre, Margrethe Seeger Halvorsen og Kari Slinning, som hadde tro på oss og ga grundig og motiverende veiledning. Takk til Bjørg Grova, Nina Misvær, Hanne Braarud, Dag Nordanger og Ståle Pallesen for verdifulle innspill underveis, og takk til Birgitte Magnus Weyde for solid korrekturlesing. Takk til våre foreldre som tillot en effektiv skriveprosess ved å tilby barnepass og husrom. En stor takk går også til våre kjære ektefeller, Vetle og Svein Atle, for tålmodighet, oppmuntringer og støtte gjennom hele prosessen. Ikke minst takk til barna våre, Benjamin, Jonatan og Ellinor, for å ha vekket nysgjerrigheten på feltet og gitt oss inspirasjon til å ta fatt på og fullføre arbeidet.

Turid Skjerve Leksbø og Cathrine Elisabeth Weyde Wilhelmsen, oktober 2017.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	<i>Kunnskapsfeltet i dag</i>	1
1.2	<i>Avgrensning.....</i>	3
1.3	<i>Oppgavens struktur.....</i>	3
1.4	<i>Søvnens utvikling.....</i>	4
1.4.1	<i>Utvikling av døgnrytme</i>	4
1.4.2	<i>Søvnens arkitektur</i>	6
1.4.3	<i>Søvmengde</i>	7
1.4.4	<i>Søvnregulering</i>	8
1.4.5	<i>Amming og søvnutvikling.....</i>	9
1.5	<i>Søvnproblemer</i>	9
1.5.1	<i>Klassifisering av søvnproblemer</i>	9
1.5.2	<i>Forekomst av søvnproblemer</i>	11
1.5.3	<i>Konsekvenser av søvnproblemer</i>	11
1.6	<i>Transaksjonsmodellen.....</i>	12
1.7	<i>Foreldres to omsorgsstiler.....</i>	15
1.7.1	<i>Planmessig omsorgsstil</i>	16
1.7.2	<i>Intuitiv omsorgsstil.....</i>	18
1.8	<i>Problemstilling.....</i>	19
2	Metode	20
2.1	<i>Inklusjonskriterier</i>	20
2.2	<i>Søkemetode.....</i>	21
2.3	<i>Datainnsamling og analyser.....</i>	23
2.4	<i>Seleksjon av systematiske litteraturgjennomganger</i>	23
2.5	<i>Uttevlgelse og håndtering av data</i>	25
2.6	<i>Vurdering av metodologisk kvalitet på inkluderte litteraturgjennomganger.....</i>	25
2.6.1	<i>Kvalitet på inkluderte litteraturgjennomganger.....</i>	25
2.6.2	<i>Kvalitet på evidens i inkluderte litteraturgjennomganger</i>	26
2.7	<i>Sammenstilling av data.....</i>	26

3	Resultater	28
3.1	<i>Null til seks måneder: Planmessig omsorgstil ved etablering av søvnvaner</i>	28
3.2	<i>Seks til tolv måneder: Planmessig omsorgstil ved behandling av søvnproblemer</i>	30
4	Diskusjon	32
4.1	<i>Effekten av planmessige foreldreintervensjoner</i>	32
4.1.1	<i>Effekt på etablering av søvnvaner</i>	32
4.1.2	<i>Effekt på behandling av søvnproblemer</i>	34
4.2	<i>Innvendinger mot planmessige foreldreintervensjoner</i>	35
4.2.1	<i>Spedbarnets tilknytning kan svekkes når foreldrene minimerer responsen</i>	36
4.2.2	<i>Spedbarn har ulik evne til selvregulering og skal ikke læres å sovne selv</i>	39
4.2.3	<i>Ekstinkjonsmetoder for behandling av søvnproblemer er skadelig for spedbarnet</i>	43
4.3	<i>Styrker og svakheter ved oppgaven</i>	48
4.4	<i>Fremtidig forskning</i>	48
4.5	<i>Kliniske implikasjoner</i>	49
4.6	<i>Konklusjon</i>	49
5	Vedlegg	51
	Litteraturliste	56

1 Innledning

Søvn er et grunnleggende biologisk behov, og å sove er noe mennesker og spedbarn har gjort til alle tider (Hiscock & Fisher, 2015). Likevel er det ikke like enkelt som det høres ut. Et spedbarn sovner ikke nødvendigvis av seg selv når det er trøtt, og mange foreldre forsøker å finne svar på hvor mye spedbarnet skal sove, når det bør sove, hvordan man kan få det til å sove og ikke minst hva som er *normalt* i ulike aldre. Som nybakte foreldre møter man et mangfold av informasjonskilder som tilbyr råd og veiledning om spedbarn og søvn, men rådene har ofte utgangspunkt i ulik teori (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Teoriene varierer i prinsipper, strategier, synet på spedbarns utviklingsmessige behov og hva som er passende spedbarnsomsorg, noe som kan være forvirrende for søvntrengende foreldre (Hiscock & Fisher, 2015). For noen familier er spedbarnets søvn – eller rettere sagt mangel på søvn – så utfordrende at det skaper store problemer for relasjonen mellom foreldrene og barnet, resten av familien og parforholdet (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011; Hiscock & Fisher, 2015; Sadeh, Tikotzky, & Scher, 2010). Når man i tillegg vet at søvn er viktig for spedbarnets emosjonelle, sosiale, fysiske og kognitive utvikling (Sadeh et al., 2010), er det vesentlig å spørre hva foreldre kan gjøre for å etablere sunne søvnvaner og behandle søvnproblemer hos spedbarn.

1.1 Kunnskapsfeltet i dag

Som nevnt ser det ut til å være ulike anbefalinger om hva foreldre bør gjøre og hva som er barnets beste når det gjelder søvn (Hiscock & Fisher, 2015). Australian Research Alliance for Children and Youth fremla i 2011 en rapport som fokuserer på hvordan man kan forstå og respondere på spedbarn som ikke sovner eller som ikke opprettholder søvnen (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth). I rapporten presenteres to hovedgrupper kalt «*infant behavior management*» (planmessig omsorgsstil) og «*intuitive parenting*» (intuitiv omsorgsstil), og det fremheves hvordan de har ulik teoretisk forankring og omsorgsstil (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Disse to gruppene vil bli mer inngående presentert mot slutten av innledningen. Det ser ut til å eksistere lignende grupperinger i Norge, og dette kommer frem i uttalelser fra ulike fagfolk som jobber med spedbarn, som psykologer, psykiatere, helsesøstre, barnevernspedagoger og

tilknytningspedagoger via avisartikler, nettsteder, blogger, podcaster og bøker, som vi vil presentere i de følgende avsnittene.

Gruppen som minner om den planmessige omsorgsstilen, omtales av enkelte som en ”hard” omsorgsstil som lar spedbarnet gråte, og fremstår ofte kald og regelbasert (Westerveld, 2012). Representanter for denne tilnærmingen kan være Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer. Helsedirektoratets anbefalinger til søvnrutiner for spedbarn er klare. De oppmuntrer foreldre til å lære barnet å sovne ved å legge det søvning, men våkent og å prøve å roe barnet uten å gi det mat eller ta det opp. Videre anbefaler de gradvis å forlenge tiden mellom nattmåltidene slik at barnet kan lære å sove lengre økter uten mat. I tillegg fraråder de foreldre og spedbarn å sove i sammen seng, fordi det øker risikoen for krybbedød (Helsenorge, 2016). Det anbefales å innarbeide gode søvnvaner så tidlig som mulig med faste rutiner og konsistent leggerituelle (Sørensen, 2011). Dette står i sterk kontrast til representanter for den ”myke” siden, som minner om en intuitiv omsorgsstil. Nettsteder som *Sov lille baby*, *Midt i mellom*, *Lykkelig barndom*, *Sovehjelp*, *Barn og søvn* og *Tilknytningspedagogene* kan være representanter for en slik tilnærming (Westerveld, 2012). Felles for disse representantene er at de fremstår varme og oppmerksomme og oppmuntrer foreldrene til alltid å respondere umiddelbart på spedbarnets gråt.

At det er store uenigheter mellom disse gruppene, ser man i hvilke råd som gis, og det kommer frem i offentligheten med jevne mellomrom. I 2012 satte Aftenposten søkelys på at enkelte representanter for den ”myke” omsorgsstilen ønsker å forby helsepersonell å anbefale ”skrikekurer” (ekstinksjonsbaserte søvnmetoder) for spedbarn (Westerveld, 2012). Enkelte talspersoner for dette forslaget hevder det er ”psykisk terror” å la barn ligge alene og gråte og sammenligner det med å bruke fysisk vold mot barn (Westerveld, 2012). Talspersonene oppmuntrer foreldre til å samsove med spedbarnet, bysse, bruke bæresjal og la spedbarnet bestemme hvor ofte og lenge det vil ammes. Helsesøster og høyskolelektor Nina Misvær mener på den andre siden at det er barna som får for *mye* omsorg, som sliter med søvn, og at tilbud om mat, melk, flaske, smokk, byssing og kos kan gi søvnproblemer på lang sikt. Misvær påpeker at ”skrikekurer” har vist seg å være effektive for å få spedbarn inn i gode søvnrutiner dersom søvnen er blitt et problem. Uenighetene mellom de to gruppene kom senest frem i september 2017, da podcasten *Foreldrerådet* inviterte Misvær til å informere foreldre om hvordan man kan etablere gode søvnvaner for spedbarn. Reaksjonene på Misværs ”harde” råd var mange og sterke fra den ”myke” siden og handlet om hvorvidt dette

var barnets beste eller ikke. Redaktøren bak *Foreldrerådet* skrev et innlegg i VG der hun etterlyser at søvneksperter går sammen for å bli enige om hva som er de rette søvnrådene å gi til spedbarnsforeldre (Klingenberg, 2017).

Denne oppgaven er et bidrag til å tydeliggjøre den oppdaterte forskningskunnskapen om spedbarn og søvn slik at foreldre kan gjøre det som har best effekt for å få spedbarnet inn i gode søvnvaner og behandle eventuelle søvnproblemer. Vi vil derfor undersøke hvilken effekt foreldreintervensjoner har på etablering av søvnvaner og behandling av søvnproblemer hos spedbarn. Vårt ønske var å sammenligne effekten av foreldreintervensjonene til den planmessige/”harde” og den intuitive/”myke” omsorgsstilen, men dette lot seg ikke gjennomføre og blir utdypet i metoddelen. Oppgaven ser derfor på effekten av en planmessig omsorgsstil for å etablere søvnvaner og behandle søvnproblemer hos spedbarn.

1.2 Avgrensning

I denne oppgaven velger vi å se på etablering av søvnvaner og behandling av søvnproblemer hos spedbarn fra null til tolv måneder med en normal utvikling. Vi går ikke inn i medisinske tilstander eller somatisk sykdom som kan bidra til søvnproblemer. Oppgaven har som formål å være relevant for helsepersonell i Norge som jevnlig møter spedbarn i sin praksis, som ansatte ved helsestasjoner, fastlegekontorer og BUP spedbarnsteam, samt for foreldre til spedbarn. Av hensyn til oppgavens omfang går vi ikke inn i kulturelle forskjeller som kan tenkes å påvirke foreldres rolle i etablering av søvnvaner og behandling av søvnproblemer, som for eksempel individualistiske og kollektivistiske kulturers syn på søvn selv om det kunne vært relevant i dagens flerkulturelle samfunn.

1.3 Oppgavens struktur

Søvnforskning har bidratt med uvurderlig kunnskap man ikke hadde tidligere, og vi vil derfor begynne med å gjøre rede for teori om spedbarns søvnutvikling med hensyn til døgnrytme, søvnens arkitektur, søvnmengde, søvnregulering og søvnproblemer. For å gi et inntrykk av utbredelsen av søvnproblemer, vil vi deretter vise til tilgjengelige tall på forekomst av søvnproblemer og belyse hvilke konsekvenser søvnvanene medfører for individ, familie og samfunn. For å forstå hvordan spedbarns søvnvaner og søvnproblemer utvikles og opprettholdes i et samspill, ønsker vi å presentere en utgave av transaksjonsmodellen for regulering av våkenhet og søvn. For å forstå hvorfor foreldre får så sprikende råd om

spedbarns søvn, vil vi gjøre rede for den planmessige/”harde” og den intuitive/”myke” omsorgsstilen og deres ulike teoretiske forankring. Vi avslutter innledningen med oppgavens problemstilling.

Videre i oppgaven vil vi presentere det metodiske arbeidet med en beskrivelse av litteratursøket som er utført i OVID PsycInfo. Deretter vil vi legge frem resultatene fra litteratursøket basert på spedbarnets alder. Til slutt diskuterer vi effekten av de ulike foreldreintervensjonene og vanlige innvendinger mot å anvende dem samt kliniske implikasjoner og en retning for videre forskning.

1.4 Søvnens utvikling

Søvnutvikling er en biologisk prosess påvirket av et komplekst samspill mellom mange faktorer, blant annet kultur, miljø, familie, foreldre og barns interaksjoner samt spedbarnets egenskaper (Sadeh et al., 2010). Et av de mest robuste funnene i litteraturen om foreldre og spedbarns søvn er relatert til sammenhengen mellom spedbarns søvnmønstre og foreldrenes kognisjoner og atferd (George & Solomon, 1996; Sadeh et al., 2010).

Foreldreatferd i foreldre-barn-interaksjoner ved leggetid, nattlige oppvåkninger og beroligende rutiner er særlig knyttet til spedbarnets søvn (Sadeh et al., 2010). Eksempelvis er foreldres tilstedeværelse ved barnets innsovning den viktigste faktoren for å predikere antall nattlige oppvåkninger og lengste uavbrutte søvnperiode (Adair, Bauchner, Philipp, Levenson, & Zuckermann, 1991; Sadeh et al., 2010). Et barn som er vant til å sovne med foreldre til stede, våkner oftere og har kortere uavbrutte søvnperioder om natten (Mindell, Du Mond, Tanenbaum, & Gunn, 2012; Sadeh, Mindell, Luedtke, & Wiegand, 2009; Sadeh et al., 2010). Dette tyder på at foreldre spiller en viktig rolle i utviklingen og opprettholdelsen av søvnvaner og søvnproblemer i barndommen.

1.4.1 Utvikling av døgnrytme

Utviklingen av en døgnrytme fra mange søvnperioder fordelt på 24 timer til én søvnperiode om natten – kalt *søvnkonsolidering* – er en kompleks utviklingsprosess som i stor grad engasjerer og utfordrer foreldre i løpet av barnets første leveår (Burnham, Goodlin-Jones, Gaylor, & Anders, 2002). Søvn mønsteret hos sped- og småbarn er i stadig endring, og dette gjør at søvnen forblir en utfordring for mange foreldre (Mindell et al., 2016). Den største endringen i søvnkonsolidering skjer i løpet av de første månedene og årene, og særlig de

første seks månedene ser ut til å være en viktig utviklingsperiode for søvnkonsolideringen (Mindell et al., 2016). Biologisk sett har et nyfødt barn kapasitet til å sove fire timer i strekk, og det sover mellom fjorten og atten timer per døgn (Hiscock & Fisher, 2015; Sørensen, 2011). Det betyr at det er mange søvnperioder og korte våkenperioder. De første ukene kan spedbarnet være like våkent om natten som om dagen og sove like mye om natten som om dagen. Etter fire til seks uker er døgnrytmen (den cirkadiske rytmen) blitt mer etablert, og spedbarnet sover mer om natten og er mer våkent om dagen enn om natten (Pallesen, 2013). Henderson et al. (2011) har sett på tre aspekter ved spedbarns søvnkonsolidering: Lengste uavbrutte søvnperiode, lengste selvregulerte søvnperiode (dvs. at barnet ikke signaliserer til foreldrene når det våkner, men klarer å finne søvnen igjen selv) og ”å sove gjennom natten”. Den største utviklingen i lengste uavbrutte søvnperiode skjer de første tre månedene, og gjennomsnittet er på 3,57 timer ved én måneds alder og 5,16 timer ved to måneders alder (Henderson et al., 2011). Den største endringen i lengste selvregulerte søvnperiode skjer fra én til fire måneders alder, og ved tre måneders alder kan de fleste klare å sove sju til elleve timer. Dette utfordrer hva som lenge har blitt oppfattet som å ”sove gjennom natten”, som i lang tid har vært på fem timer, fra kl. 00:00 til kl. 05:00 (Moore & Ucko, 1957). Henderson et al. (2011) sin litteraturgjennomgang indikerer at Moore og Uckos kriterium har undervurdert spedbarnets søvnkapasitet, og at foreldre kan forvente lengre selvregulert søvnperiode allerede ved tre måneders alder. Dette støttes av Mindell et als. (2016) studie, som fant at søvnperiodene varte ca. 3,5 timer de første månedene, og at nattesøvnen utviklet seg til å vare ca. 10,5 timer fra tre til sju måneder. Fra fire til åtte måneders alder har søvnkonsolideringen avtatt slik at søvnvarigheten om natten endres lite. Det skjer en beskjeden økning i søvnkonsolideringen fra ni til tolv måneders alder (Mindell et al., 2016). Søvnrytmen på dagtid ser ut til å bli konsolidert på et senere tidspunkt. De første sju månedene er det få klare observerbare mønstre i søvn på dagtid. Søvnøktene øker i lengde, og mange har tre til fire blunder, men de har ikke et fast tidspunkt og kan opptre til ulike tider fra en dag til den neste. Fra åtte til tolv måneders alder har dagsøvnen utviklet seg til to tydelige søvnperioder for de fleste, hvorav én blund starter ca. kl. 09:30 og en annen ca. kl. 14:00 (Mindell et al., 2016). Fra tretten til atten måneder endres dagsøvningen igjen, og rytmen med to blunder skifter til én blund av lengre varighet som starter senere på dagen (Mindell et al., 2016). Morgenoppvåkningen er relativt konsistent de første par årene på tvers av kultur og alder og opptre mellom 06:30 og 08:00 for mange sped- og småbarn (Mindell et al., 2016). Leggetiden varierer mer, og dermed blir den totale nattesøvnen påvirket av når man legges for kvelden. Det antas at nattesøvnen reduseres med en halvtime for hver time senere barnet

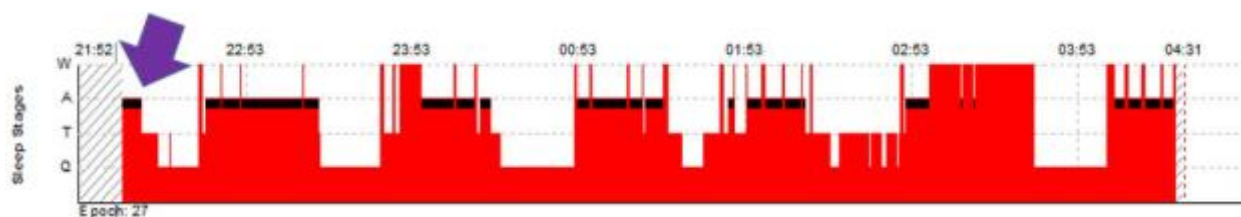
blir lagt (Mindell et al., 2016).

Som sagt innledningsvis, sovner ikke spedbarn nødvendigvis av seg selv når de er trøtte. Foreldrerollen det første året handler derfor mye om å hjelpe spedbarnet med å falle til ro i søvnen ved å være en ekstern regulator og bistå med tilstandsregulering (Møller-Pedersen, 2012). Mennesket har seks kvalitativt forskjellige tilstander: Dyp søvn, lett søvn, døsighet og delvis våkenhet, rolig våkenhet og oppmerksomheten rettet mot sine nære omgivelser, urolig våkenhet og misnøye samt gråt (Møller-Pedersen, 2012; Nordanger & Braarud, 2017). Foreldres oppgave er å gi tilstrekkelig støtte til tilstandsreguleringen – ikke for mye og ikke for lite – slik at spedbarnet utvikler seg fra å bli ytre regulert til indre regulert og lærer å veksle mellom tilstandene på egenhånd (Nordanger & Braarud, 2017).

1.4.2 Søvnens arkitektur

I tillegg til at man skiller mellom dyp og lett søvn i de seks søvntilstandene som nevnt over, er det nyttig med en grundigere beskrivelse av søvnens arkitektur for å bli i stand til å tolke spedbarnets signaler bedre. Det er for eksempel ikke slik at et spedbarn er våkent og ferdig med å sove selv om det lager noen lyder eller er urolig. Figur 1 illustrerer en typisk søvnrytme for et spedbarn som er fra null til to måneder gammelt. Ved denne alderen skiller man mellom REM-søvn og non-REM søvn (Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer, 2007). REM-søvn kjennetegnes ved hurtige øyebevegelser og nærmest total muskelavspenning. REM-søvn kalles også for drømmesøvn, og den nyfødte har gjerne mange grimaser og mye bevegelse i ansiktet i denne søvnfasen. 50 % av den nyfødtes søvn er REM-søvn, og ved tre års alder er den blitt redusert til 30 % (Pallesen, 2013, januar).

Figur 1. Hypnogram for søvnrytme for spedbarn null til to måneder (Grigg-Damberger, 2016). Pilen viser innsøvn, de mørke områdene er REM-søvn og de røde områdene non-REM-søvn.

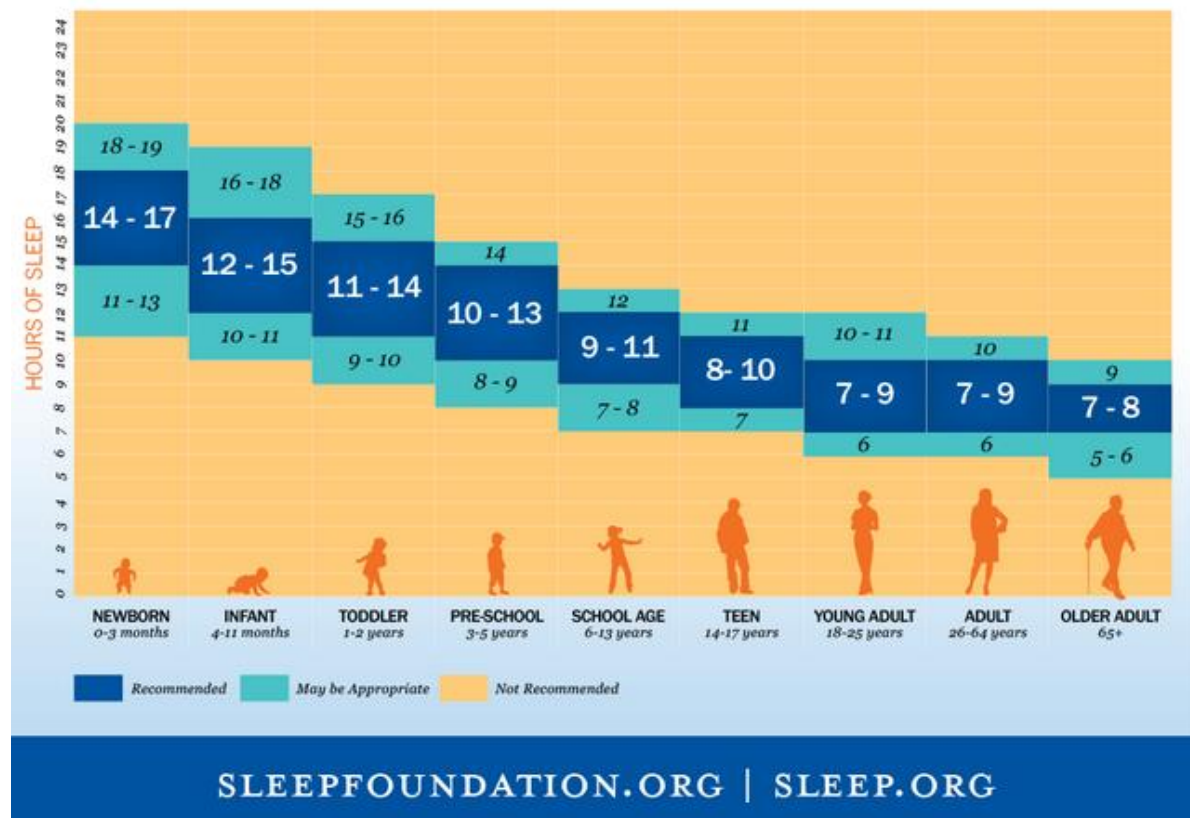


Ved seks måneders alder skiller det mellom non-REM stadium 1 til 4 og REM-søvn (Pallesen, 2013, januar). Non-REM Stadium 1 er en overgangsfase mellom våkenhet og søvn, og det er lett å bli vekket (Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer, 2007). Stadium 2 kalles lett søvn, og barnet befinner seg i dette stadiet 50 % av søvntiden. Det er middels lett å bli vekket. Stadium 3 og 4 regnes som dyp søvn og er den viktigste søvnen for å bli uthvilt og fungere godt neste dag. I disse stadiene ser man ofte at spedbarnets hender slipper opp gripetaket. Det er vanskelig å bli vekket, og det er i den dype søvnen veksthormoner skiller ut (Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer, 2007). De første tre til fire timene av nattesøvnen har spesielt mye dyp søvn. Når man har vært gjennom alle søvnstadiene, har man sovet én søvnsyklus. For spedbarn over seks måneder varer en søvnsyklus ca. 30-45 minutter, men yngre spedbarn kan ha enda kortere syklus (Fisher & Rowe, 2014). Ved endt syklus er barnet ofte urolig og våkner litt til før det går inn i en ny syklus. Når foreldre er tilgjengelige på dagtid, kan de oppfatte overgangen mellom to sykluser som et tegn på at barnet er våkent og ferdig med å sove. Mange tar dermed barnet opp på dette tidspunktet i stedet for å gi det mulighet til å lære å sove flere søvnsykluser etter hverandre. Hvis dette blir et mønster, vil barnet etter hvert forvente å bli tatt opp etter én søvnsyklus og sjelden sove mer enn 30-45 minutter per blund på dagtid. Dette kan også bli et problem for nattesøvnen fordi barnet ikke har lært å sove mer enn én syklus etter hverandre uten foreldreinnblanding (Fisher & Rowe, 2014).

1.4.3 Søvnmengde

Det er viktig å lære spedbarnet å sove mer enn én syklus av gangen slik at det får nok søvn i løpet av et døgn. Dette er en viktig del av å etablere gode søvnvaner, og det kan være lettere for foreldre å legge til rette for nok søvn dersom de vet hva som er normal søvnmengde. Den amerikanske National Sleep Foundation har gjennomført en verdensomfattende studie for å oppdatere sine anbefalinger om hvor mye søvn mennesker trenger til enhver tid (Hirshkowitz et al., 2015), se figur 2. Denne forskningen viser at nyfødte spedbarn på null til tre måneder i snitt trenger 14–17 timer søvn og spedbarn på fire til elleve måneder trenger 12-15 timer, mens småbarn på ett og to år trenger 11–14 timer søvn. Det er ikke anbefalt at nyfødte sover mindre enn 11 timer eller mer enn 19 timer i døgnnet. Spedbarn bør ikke sove mindre enn 10 timer eller mer enn 18 timer.

Figur 2. Anbefalt søvnmengde etter alder (Hirshkowitz et al., 2015)



1.4.4 Søvnrulering

For at spedbarnet skal klare å sovne og opprettholde søvnen gjennom flere sykluser, er søvnrulering et viktig begrep. Søvnrulering er et samspill av ulike faktorer, og hvor dypt og hvor lenge man sover, avhenger av søvnbehov (homeostatisk faktor), døgnrytme (cirkadisk faktor) og vaner (atferdsfaktor) (Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer, 2007). Døgnrytmen utvikles etter hvert til å ha en indre klokke på litt over 24 timer og styres av nucleus suprachiasmaticus (SCN), som er lokalisert i hypothalamus (Pallesen, 2013). Nevronene i SCN er koblet til konglekjertelen som utskiller hormonet melatonin (Zhdanova & Wurtman, 1997). Melatonin har en avslappende og søvndyssende effekt og påvirkes av lys og mørke. Tendensen til å sove påvirkes av kroppstemperaturen, og man sover lettest når kroppstemperaturen synker (Pallesen, 2013). Av den grunn er det viktig at spedbarnet ikke har det for varmt når det skal sove. Søvnrulering avgjør hvor dypt man sover. Jo større behov, jo dypere søvn. Døgnrytmen og søvnbehovet er dermed svært viktig for søvnlengde- og dybde. I tillegg spiller atferdsfaktorer inn på søvnruleringen. I denne oppgaven er vi særlig opptatt av den sentrale rollen foreldres atferd har på utviklingen av spedbarnets søvnrulering (Hiscock, 2010). Vi vet at dårlige vaner kan føre til søvnproblemer, og at ubehandlede

søvnproblemer i spedbarnstiden har en tendens til å vedvare til småbarnsalderen (Byars, Yolton, Rausch, Lanphear, & Beebe, 2012). Søvnproblemer kan også bli kroniske og følge en videre inn i ungdoms- og voksenlivet (Lam, Hiscock, & Wake, 2003). Det er derfor viktig å forebygge søvnproblemer ved å etablere gode søvnvaner på et tidlig tidspunkt (Sadeh & Anders, 1993). Forskningslitteraturen tyder på at faste og gode rutiner bidrar til bedre søvnutvikling (Crichton & Symon, 2016; Sadeh et al., 2010).

1.4.5 Amming og søvnutvikling

I tillegg til at gode rutiner ser ut til å bidra til bedre søvnutvikling, tyder forskningen på at amming er en faktor som påvirker søvnutviklingen (Mindell et al., 2012). Amming er universelt vurdert som den beste ernæringen for spedbarn, og ammebarn ser ut til å sove totalt mer i løpet av et døgn og ha flere blunder på dagtid enn spedbarn som får morsmelkerstatning (Mindell et al., 2012; Ramamurthy et al., 2012). På den andre siden er amming assosiert med hyppigere og lengre oppvåkninger om natten og dermed mer fragmentert søvn for mor og barn sammenlignet med spedbarn som får morsmelkerstatning (Mindell et al., 2012; Ramamurthy et al., 2012). Helsedirektoratet (2017) anbefaler i dag gradvis introduksjon av fast føde i tillegg til morsmelk for spedbarn fra seks måneders alder. Videre anbefales det å gi fast føde fra fire måneders alder dersom spedbarnet uttrykker behov for mer næring (Helsedirektoratet, 2017).

1.5 Søvnproblemer

1.5.1 Klassifisering av søvnproblemer

Selv om søvn er noe mange spedbarnsforeldre strever med (Galland, Taylor, Elder, & Herbison, 2012) er det ingen universell definisjon på hva som kan regnes som søvnproblemer hos spedbarn (Blunden, Thompson, & Dawson, 2011; Hiscock & Fisher, 2015). Årsaken til dette er blant annet at det er uenighet om hvor mye søvn spedbarn trenger for optimal helse og utvikling, og at kulturelle og sosiale variasjoner former spedbarns søvnmønstre (Hiscock & Fisher, 2015). Søvnproblemer betegner et søvnmønster som oftest fører til søvnmangel eller en døgnrytme som ikke samsvarer med hverdagslivets krav (Lode-Kolz & Hansen, 2017). Det kan skyldes vansker med innsovning, vansker med opprettholdelse av søvn på grunn av hyppige oppvåkninger og/eller tidlig morgenoppvåkning. Slike vansker kalles *insomni* (søvnløshet) og er de vanligste søvnrelaterte problemene det første leveåret og i

barndommen (Hiscock & Fisher, 2015; Hysing et al., 2014). Det foreløpig beste kriteriet for spedbarns søvnproblemer er dermed om foreldrene opplever at det er et problem (Hiscock & Fisher, 2015). Dersom de gjør det, vil helsepersonell, for eksempel på helsestasjonen, enten justere foreldrenes forventninger til hva som er normalt i ulike aldersfaser, eller gå inn med tiltak for å bedre spedbarnets søvn.

Basert på det vi har lest i forskningslitteraturen, er vårt inntrykk at International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3) er det mest brukte klassifiseringssystemet for søvnproblemer. Siden det ikke er vanlig praksis å diagnostisere spedbarns søvnproblemer, velger vi kun kort å gjøre rede for den delen av systemet vi vurderer som relevant for vår oppgave, og som spedbarns søvnproblemer kan være en forløper til. ICSD-3 definerer en insomniforstyrrelse som at 1) personen har problemer med innsovning, opprettholdelse av søvn eller tidlig morgenoppvåkning, 2) søvnvansker oppstår til tross for adekvate muligheter og omstendigheter for søvn, og 3) personen beskriver svekket fungering på dagtid grunnet søvnvanskene (Sateia, 2014). Alle tre kriterier må bli møtt for å bli diagnostisert med insomni. Derne har man bygget inn to symptomer som er typiske for barn i kriteriene for en insomniforstyrrelse: Motstand mot å legge seg til passende tidspunkt, og vanskeligheter med å sove uten intervensjoner fra omsorgsgiver (Sateia, 2014). Videre beskrives atferdsbasert insomni hos barn som en av flere undergrupper til en insomniforstyrrelse, og det er vanlig å skille mellom to typer (Pallesen & Sørensen, 2016; Sateia, 2014). Den ene typen, ”sleep onset association type” (SOA), er relatert til assosiasjoner til innsovning som gjør at man krever spesielle betingelser for å falle i søvn, eksempelvis foreldres tilstedeværelse, byssing, bilkjøring eller mat (Kuhn, 2014; Sateia, 2014). Den andre typen, ”limit-setting type” (LS), er relatert til grensetting og foreldres evne til å etablere passende søvnatferd hos barnet (Kuhn, 2014; Sateia, 2014). Dersom foreldrene mangler evnen til konsekvent grensesetting, kan denne type søvnløshet utvikles. En større andel av barn med søvnproblemer er førstefødte, og det kan forklares med at førstegangsforeldre har en lavere toleranse for å høre gråt uten å gripe inn, at de har større problemer med å sette tydelige grenser og større mulighet til å tilby mat, byssing eller lignende (Kuhn, 2014). Til tross for uenighet om begrepet søvnproblemer, har det en klinisk nytteverdi (Kuhn, 2014), og begrepet brukes i forskning, av klinikere og av foreldre. Vi velger å bruke det videre når det er snakk om problemer med innsovning, hyppige, nattlige oppvåkninger som signaliseres til foreldre, og/eller tidlig morgenoppvåkning hos spedbarn over seks måneder.

1.5.2 Forekomst av søvnproblemer

Søvnproblemer er vanlig i alle aldersgrupper, og insomni er det vanligste søvnproblemet i befolkningen (Folkehelse rapporten, 2014). Grunnet uenighet om hva som regnes som søvnproblemer hos spedbarn, er det sprikende tall på forekomst for denne gruppen. En del studier ser likevel ut til å enes om en forekomst av søvnproblemer hos spedbarn på 15–35 % (France, Blampied, & Henderson, 2003). Problemer med innsovning og hyppige oppvåkninger om natten er dessuten vanlig for småbarn fra ett til tre år, og nyere tall fra Norge viser at ett av fem førskolebarn har et diagnosebasert søvnproblem (Hysing et al., 2014; Steinsbekk, Berg-Nielsen, & Wichstrom, 2013). Videre viser forskning at forekomsten av innsovningsvansker øker blant barn i Norge, og at 25 % av norske barn har kroniske vansker med innsovning eller opprettholdelse av søvn (Pallesen et al., 2008; Pallesen & Sørensen, 2016). Insomni er også utbredt blant ungdom og voksne og øker med alderen (Folkehelse rapporten, 2014; Hysing, Pallesen, Stormark, Lundervold, & Sivertsen, 2013). Forekomsten av søvnproblemer blant voksne har økt i perioden 2000–2010 (Pallesen, Sivertsen, Nordhus, & Bjorvatn, 2013). Siden søvnproblemer i spedbarnstiden har en tendens til å vedvare og søvnproblemer er et økende problem i den generelle befolkningen på tvers av alder, gir det støtte til viktigheten av å etablere gode søvnvaner tidlig for å forebygge senere søvnproblemer (Pallesen & Sørensen, 2016; Sadeh & Anders, 1993).

1.5.3 Konsekvenser av søvnproblemer

Forekomsten av søvnproblemer i befolkningen økt, og her følger en kort presentasjon av hvilke konsekvenser dette har for individet, familien og samfunnet for øvrig.

Individ: Søvnproblemer i spedbarnstiden, hyppige, nattlige oppvåkninger og redusert søvnmengde, er assosiert med vektproblemer ved tolv og tretten års alder (Field, 2017). Studier har også vist at det kan bidra til vanskeligheter med atferds- og emosjonsregulering (Crncec, Matthey, & Nemeth, 2010; Field, 2017). Hos skolebarn er søvnproblemer forbundet med dårligere skolefunksjon og utvikling av somatiske og mentale helseplager (Dewald, Meijer, Oort, Kerkhof, & Bogels, 2010; Shochat, Cohen-Zion, & Tzischinsky, 2014). Søvnproblemer i ungdomstiden har vist seg å være forbundet med økte psykiske helseproblemer, problematisk alkoholbruk samt økt skolefravær og reduserte skoleprestasjoner (Hysing, Harvey, Linton, Askeland, & Sivertsen, 2016; Hysing, Posserud, Lundervold, & Sivertsen, 2015; Sivertsen, Harvey, Lundervold, & Hysing, 2014; Sivertsen, Skogen, Jakobsen, & Hysing, 2015). For voksne har søvnproblemer en negativ påvirkning på

en rekke områder, og søvnproblemer er assosiert med redusert arbeidskapasitet og doblet risiko for å bli sykmeldt og uføretrygdet (Sivertsen et al., 2013; Sivertsen, Overland, Bjorvatn, Maeland, & Mykletun, 2009; Sivertsen et al., 2006). Samlet sett viser dette at søvnproblemer kan ha en rekke negative konsekvenser for enkeltindividet.

Familie: Spedbarns søvnproblemer kan føre til store belastninger i familien og er assosiert med dårligere familiefungering, økt stress og depresjon hos mor (Gelman & King, 2001; Meijer, Godfried, & Wittenboer, 2007; Sadeh et al., 2010). Foreldre til barn med insomni kan oppleve mer stress og irritabilitet knyttet til foreldrerollen, dårlig nattesøvn og større misnøye i parforholdet (Byars, Yeomans-Maldonado, & Noll, 2011). I verste fall kan søvnproblemer føre til avsky og vold mot barnet (Hiscock & Fisher, 2015).

Samfunn: For samfunnet er det også store økonomiske kostnader knyttet til søvnproblemer. I USA er disse kostnadene anslått til over 90 milliarder dollar i året. Dette inkluderer direkte medisinske kostnader og indirekte kostnader som søvnrelaterte ulykker og tapt arbeidskapasitet (Kessler et al., 2011). Det finnes ingen tilsvarende tall for Norge, men det er grunn til å anta at de økonomiske kostnadene er store også her.

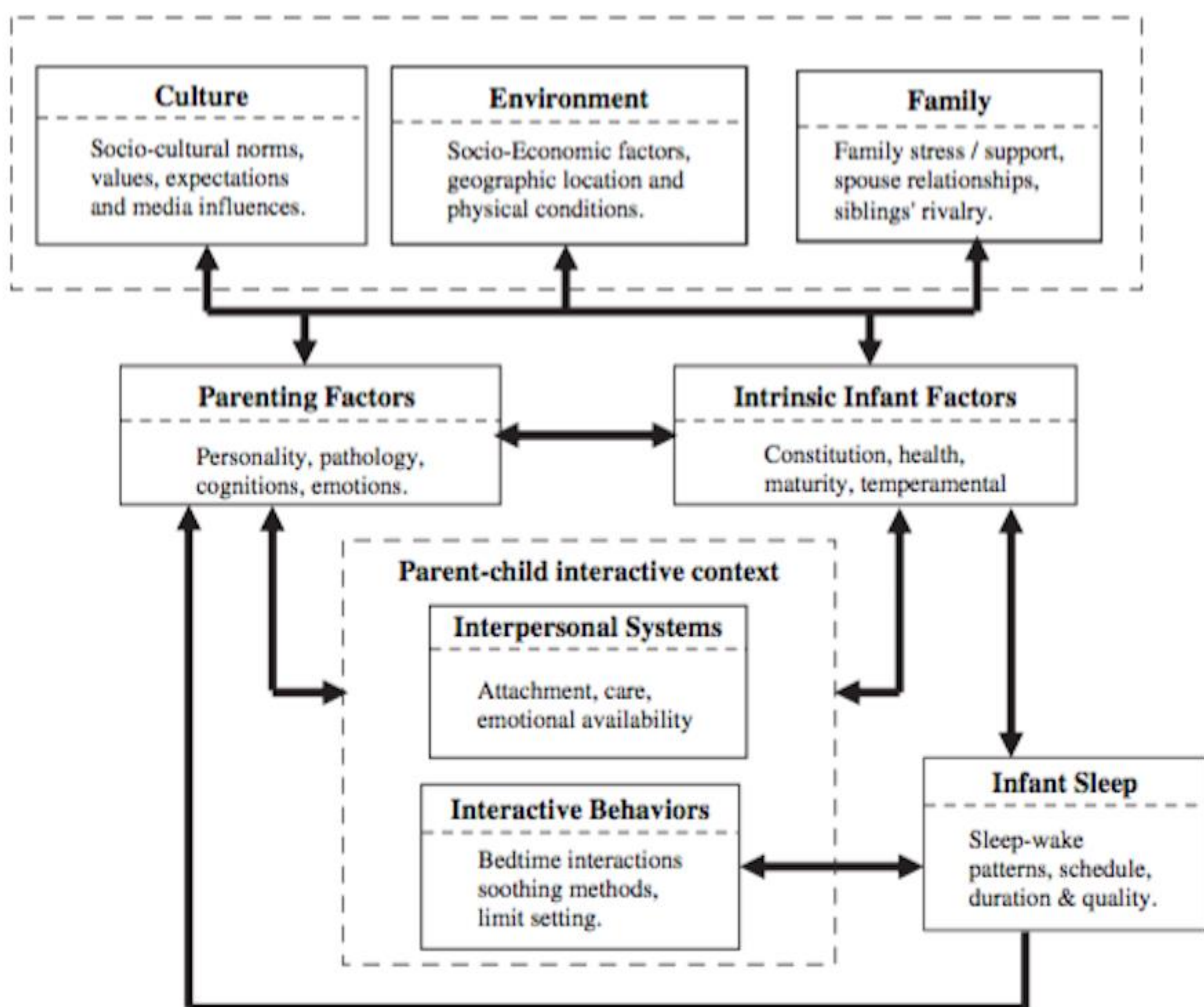
1.6 Transaksjonsmodellen

Når man kjenner til konsekvensene av søvnproblemer for individ, familie og samfunn, er det viktig å prøve å forstå hva søvnproblemene og søvnvanene handler om.

Transaksjonsmodellen til Sameroff (1975, 2009) viser at barns utvikling er et resultat av samspill mellom individ og kontekst over tid. Modellen er dermed relevant i denne sammenheng fordi den er et nyttig perspektiv for å forstå spedbarns søvnvaner og søvnproblemer som et samspill mellom foreldre og barn. Den er dessuten sentral innenfor utviklingspsykologi. I denne oppgaven er vi opptatt av samspillet i situasjoner forbundet med innsovning og oppvåkninger, og derfor vurderer vi Sadehs (1993) utgave av transaksjonsmodellen for regulering av søvn og våkenhet (figur 3) som relevant. Ifølge Sadeh et al. (2010) er det mest vedvarende funnet i litteraturen om foreldres rolle og spedbarns søvn relatert til sammenhengen mellom omsorgsrelatert nattlig atferd og spedbarns søvnproblemer (2010). Men foreldres atferd er ikke påvirket av spedbarnets atferd. Barnet påvirker foreldrenes atferd og påvirkes også selv av foreldrenes atferd. Måten barnet påvirker og blir påvirket endrer seg kontinuerlig ved at både barnet og foreldrene endrer og utvikler seg (Sameroff, 2009). Et vesentlig poeng er at barnets eller omsorgsgivers karakteristikk, henholdsvis temperament og personlighet, er verken skjebnesvangre eller beskyttende i seg

selv for barnets utvikling av søvnproblemer. Foreldres holdninger, forventninger, indre arbeidsmodeller, følelser og atferd relatert til spedbarnets søvn påvirkes av deres sosiokulturelle og miljømessige kontekst, familie, utviklingshistorie, personlighet og psykopatologi samt barnets alder, utviklingsegenskaper og søvnmønster (Sadeh et al., 2010). Spedbarnets søvn påvirkes av biologisk utviklingsnivå og modning, temperament, somatisk helse, mer akutte forhold som sult, trøtthet og kroppstemperatur og foreldres påvirkning og interaktive atferd (Sadeh et al., 2010).

Figur 3. Transaksjonsmodell for regulering av spedbarnets søvn og våkenhet (Sadeh & Anders, 1993). Vi har valgt å beholde de engelske begrepene for å øke gjenkjenneligheten i forskningslitteraturen.



Innen utviklingspsykologien blir *andrerregulering*, det vil si den primære omsorgsgiverens regulering av barnet, fremhevet som en av de mest sentrale omsorgsfunksjonene (Nordanger & Braarud, 2017). Spedbarn er avhengige av stabile og trygge omsorgspersoner som hjelper dem med å regulere sine kroppslige og fysiologiske funksjoner (som motorikk, søvn,

sult/metthet) og affekter (som frykt og frustrasjon), og de trenger også beskyttelse mot stimuli som er for intense (som taktile sansninger, lys og lyder) (Møller-Pedersen, 2012). Når den primære omsorgspersonen toner seg inn på og imøtekommer spedbarnets behov, utvikler spedbarnet ”indre arbeidsmodeller” av omsorgspersonen og samspillet som noe grunnleggende trygt (Nordanger & Braarud, 2017).

I kontrast til andreregulering kan *selvregulering* enkelt sagt defineres som evnen til å kontrollere tanker, følelser og atferd (Backer-Grøndahl & Nærde, 2015). I tidlig spedbarnsalder handler dette om å regulere svært lave eller høye tilstander av aktivering på en måte som gjør at barnet klarer å delta i et meningsfullt samspill med andre, eller å beskytte søvnen mot forstyrrende ytre stimuli (Hansen, 2012). Evnen til selvregulering begynner å dannes i spedbarnstiden på grunnlag av barnets predisposisjoner og omsorgspersoners atferd. Et tidlig tegn til selvregulering hos spedbarn er å suge på totten for å roe seg eller å ta en pause fra kontakt ved å se bort eller lukke øynene (Møller-Pedersen, 2012). Selvreguleringen utvikles i en sosial sammenheng der en annen som har kommet lenger i utviklingen, bidrar med andreregulering (Sameroff, 2009). Det kan være ved å hjelpe, trøste og sette ord på følelser. Det er andrereguleringen som støtter den stadig mer komplekse sosiale, emosjonelle og kognitive erfaringen av selvregulering, og som fungerer som et sikkerhetsnett når selvreguleringen svikter. Selvregulering og andreregulering ligger slik på en linje der samreguleringen befinner seg et sted i mellom. Barnets kapasitet til selvregulering varierer innenfor forskjellige områder. Disse områdene omhandler regulering av syklus mellom våkenhet og søvn (tilstandsregulering), opprettholdelse av bevissthetstilstand, mekanismer som beskytter barnet mot forstyrrende stimuli, barnets egne muligheter til å roe seg, regulerende bearbeiding av sanseinntrykk, trøstbarheten hos barnet og rytmens regulerende funksjon (Møller-Pedersen, 2012).

Forutsetninger for utvikling av tilfredsstillende selvregulering er at barnet har en *relasjon* til en primær omsorgsperson, og at denne støtter barnet med regulering av følelser og atferd (Møller-Pedersen, 2012). Disse er nært knyttet sammen fordi barn ikke kan hente ut reguleringsstøtte uten å være i relasjon til en som er tryggere, klokere og sterkere enn dem selv (Nordanger & Braarud, 2017; Powell, Cooper, Hoffman, & Marvin, 2014). En forutsetning for god reguleringsstøtte er at omsorgsgiver har kapasitet til å reflektere rundt egne og barnets indre mentale opplevelser (Kelly, Slade & Grienberger, 2005), det vil si har en høy grad av refleksiv fungering. Dette er en kognitiv og emosjonell prosess som

muliggjør å bearbeide mellommenneskelige opplevelser og oppfatninger av seg selv og andre. Omsorgspersonens oppgave er å regulere spedbarnet, det vil si å holde det innenfor den optimale aktiveringssonen eller hjelpe det tilbake dit. Denne reguleringen av barnets tilstander kalles reguleringsstøtte. Når spedbarnet etter hvert internaliserer reguleringsstøtten som ligger i relasjonen til omsorgsgiver (Kogan & Carter, 1996), etableres indre arbeidsmodeller for hvordan barnet kan regulere seg selv. Stadig flere stimuli som før var overveldende, er ikke lenger det fordi barnet har erfart at det er håndterbart eller at omsorgsgiver kan mobiliseres for å hjelpe. Slik utvides evnen til selvregulering litt etter litt (Nordanger & Braarud, 2017).

1.7 Foreldres to omsorgsstiler

Som nevnt innledningsvis ser det ut til at foreldres omsorgsstil i møte med å forstå og respondere på spedbarn som ikke sovner eller som ikke opprettholder søvnen, kan fordeles i to grupper: En planmessig/”hard” og en intuitiv/”myk” omsorgsstil (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011; Westerveld, 2012). Fisher og Australian Research Alliance for Children and Youth fremla rapporten ”Understanding and Responding to Unsettled Infant Behaviour” i 2011). Rapporten oppsummerer forskning og praksis i spedbarn- og søvnfeltet og beskriver to foreldreomsorgsstiler som har en ulik tilnærming til spedbarns gråt og uro. Forfatterne bak rapporten påpeker at det er ulike begreper for de to omsorgsstilene, og at de befinner seg på forskjellige steder langs et kontinuum, men at de av praktiske grunner deler dem inn i to grupper. For å tydeliggjøre hvilke begreper som brukes og hvilken omsorgsstil de tilhører, har vi laget en tabell (tabell 1). Radene representerer begrepspar som brukes sammen for å beskrive de to omsorgsstilene, og kolonnene viser ulike begreper for samme omsorgsstil. Siden grupperingene ser ut til å eksistere i Norge, vurderer vi det som nyttig å bruke denne todelingen videre. Vi velger å bruke begrepene planmessig omsorgsstil (gruppe 1) og intuitiv omsorgsstil (gruppe 2), og under følger en presentasjon av de to omsorgsstilene.

Tabell 1. Begreper for de to foreldreomsorgsstilene. Vi har valgt å beholde de engelske begrepene for å øke gjenkjenneligheten i forskningslitteraturen.

Gruppe 1 (planmessig)	Gruppe 2 (intuitiv)	Kilde
Strictness	Permissiveness	(Liedloff, 1975/1986; Spock, 1979)
Scheduled		(Ford, 2002)
Structured		(Ford, 2002)
Routinebased		(Ford, 2002)
	Attachment parenting	(Pantley, 2002)
	Infant-demand	(St James-Roberts, 2012)
	Infant-led	(St James-Roberts, 2012)
	Natural parenting	(St James-Roberts, 2012)
Limit-setting	Infant-cued care	(St James-Roberts, 2012)
Behavioural approach	Immediately responsive	(Crncec et al., 2010)
Infant behavior management	Intuitive parenting	(Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011)
Planmessig omsorgsstil	Intuitiv omsorgsstil	Vår oversettelse

1.7.1 Planmessig omsorgsstil

En planmessig omsorgsstil vektlegger utviklingstilpassede strategier for å vurdere når man skal respondere på spedbarnet (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Strategiene tar utgangspunkt i spedbarns behov for rutiner, forutsigbarhet og trygghet og er forankret i teori om fysiske og kognitive utviklingstrinn og læringsteori. Omsorgsstilen er mer strukturert. Strategiene – eller intervensjonene – blir definert som en praksis gjennomført av en forelder med det formål å tilrettelegge for gode søvnvaner og behandle søvnproblemer (Crichton & Symon, 2016). En grunnleggende antakelse innenfor denne omsorgsstilen er at mye innblanding fra foreldre når barnet skal sove, forstyrrer barnets mulighet for å utvikle selvregulering (Sadeh et al., 2010). De fleste planmessige intervensjoner er derfor opptatt av å redusere foreldres innblanding. Læringsteorien som ligger til grunn, impliserer at spedbarnets atferd kan formes av omsorgsmiljøet (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Et forutsigbart miljø med

regelmessige måter å respondere på spedbarnets gråt og uro fremholdes fordi det kan forme spedbarnets søvnmønster. Å innføre en spise-våken-sove-syklus kan bidra til gode rutiner, forutsigbarhet og regelmessighet gjennom døgnet samt å skille amming fra innsovning (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Det oppfordres til oppmerksomhet på trøtthetstegn, overstimulering og å legge barnet døsigg, men våkent slik at spedbarnet kan lære å finne søvnen selv uten uhensiktsmessige assosiasjoner til innsovning . Dersom barnet gråter, oppfordres det til å gi en forsinket respons på spedbarnets gråt for å se om barnet klarer å finne roen og søvnen selv (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Det samme gjelder hvis spedbarnet våkner etter én søvnsyklus. Dersom det ikke roer seg selv, skal forelderen trygge barnet ved å snakke, vise sitt kjente ansikt eller klappe forsiktig rytmisk på spedbarnets mage (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Psykoedukasjon om spedbarns søvn og utvikling, trøtthetstegn og foreldreferdigheter er en viktig del av intervensjonene. Kunnskapen i denne tilnærmingen er hovedsakelig utledet av forskningsresultater som er publisert i fagfelleverderte tidsskrift, og klinisk erfaring (Hiscock & Fisher, 2015).

Planmessig omsorgsstil fremholder at urolig spedbarnsatferd vanligvis ikke skyldes fysisk sykdom, men gjenspeiler forskjeller i spedbarnets temperament som kan håndteres med ulike strategier (Hiscock & Fisher, 2015). En annen antakelse er at foreldre som søker hjelp på grunn av et urolig spedbarn, sannsynligvis har et spedbarn som gråter mer enn normalt og at dette øker sjansen for at babyen ikke får en optimal mengde søvn samt at mangel på søvn påvirker foreldrene og familiens fungeringsevne (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Omsorgsstilen anerkjenner at spedbarn kan ha søvnproblemer hvis foreldrene opplever det som et problem.

For spedbarn over seks måneder kan det gis større rom for å utvikle og lære selvreguleringsferdigheter (Crnec et al., 2010). Ekstinksjonsbaserte strategier kan anvendes hvis spedbarnet har problemer med innsovning, opprettholdelse av søvn på dagtid eller hyppige, nattlige oppvåkninger som signaliseres til foreldrene (Kuhn, 2014).

Ekstinksjonsmetoder baserer seg på læringsteori om klassisk og operant betingning, hvor man tenker at sannsynligheten for at en atferd inntreffer, reduseres ved at opprettholdende stimuli fjernes (Crnec et al., 2010). Eksempelvis er sannsynligheten for at barnet slutter å gråte når det ligger i sengen for å sove, avhengig av at foreldrene slutter å ta barnet opp hver gang det gråter. Ved å endre responsen, vil atferden kunne endres. Foreldrene kan istedenfor roe

barnet ved å stryke det på kinnene og si at det er natt. Ekstinksjonsmetoder kalles for skrikekur ("cry-it-out-approach"), søvntrening, trøstekur og systematisk ignorering (Kuhn, 2014), og finnes i ulike varianter. Gradert ekstinksjon, kjent som Ferbers metode, baserer seg på at barnet legges i sengen, og at en forelder går inn og roer barnet i sengen etter et økende eller fast tidsintervall før den går ut igjen (Hill, 2011). Ekstinksjon med tilstedeværelse går ut på at barnet legges i sengen, og at en forelder sitter ved sengen eller legger seg på madrass ved siden av sengen og gir barnet minst mulig oppmerksomhet. For hver kveld plasserer forelderen seg lengre unna sengen slik at spedbarnet til slutt sovner med forelderen utenfor rommet (Kuhn, 2014). Det presiseres at strategiene kun skal anvendes dersom barnet er utenfor fare og fysisk sykdom er utelukket. Barnet *skal* gis oppmerksomhet dersom det er sykt eller har smerter (Pallesen & Sørensen, 2016).

1.7.2 Intuitiv omsorgsstil

I kontrast til en planmessig omsorgsstil, anbefaler talspersoner for en intuitiv omsorgsstil at foreldre følger sin intuisjon snarere enn et sett med strategier for å bestemme når de skal respondere på spedbarnets gråt i forbindelse med soving (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Siden alle barn er ulike, vektlegges det at foreldre er eksperter på å tolke *sitt* barn. Det er opp til hver enkelt forelders intuisjon å avgjøre hvordan de skal møte spedbarnets signaler og om det har behov for mat, søvn, stell eller kos.

Omsorgsstilen har sitt utgangspunkt i tilknytningsteori (Bowlby, 1958) og psykodynamisk teori om spedbarns emosjonelle utvikling (Winnicott, 1988). Tilknytningsteoretikere er ofte talspersoner for denne omsorgsstilen, og de vektlegger spedbarnets behov for nærhet, kroppskontakt og tilhørighet sterkt.

Tilknytningsteoretikere anser barnets gråt som en overlevelses- og kommunikasjonsmekanisme og et sterkt signal man skal respondere umiddelbart på (Pantley, 2002). Foreldre blir rådet til å svare på babyens gråt med aktiv trøst (Pantley, 2002). Dette innebærer intervensjoner som å ta opp barnet fra sengen for å bysse det i søvn, ha det i bæresjal, trille eller tilby mat. Når det gjelder evne til innsovning, mener representanter for en intuitiv omsorgsstil at spedbarn trenger aktiv foreldrehjelp for å klare å sovne – når som helst og så lenge som de trenger det (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Barnet kan legges ned når det er døsig, men foreldrene skal reagere raskt og ta barnet opp dersom det ikke klarer å sovne eller signaliserer med gråt eller annen lyd på natten

(Crncec, et al., 2010). Et hovedprinsipp er at søvnvaner skal endres gradvis og med minimalt ubehag og stress for barnet (Pantley, 2002). Spedbarns nattlige oppvåkninger anses som helsefremmende og med beskyttende funksjoner og betraktes derfor som adaptivt. Oppvåkningene skaper muligheter for emosjonell påkobling og stimulering for optimal hjerneutvikling, og det tillater hyppig amming og inntak av nødvendig næring for å vokse (Mobbs, Mobbs, & Mobbs, 2016). I tillegg hevder enkelte at det er potensielt beskyttende mot krybbedød fordi det hindrer spedbarn i å være i dyp søvn lenge, noe som i seg selv er en risikofaktor for krybbedød (Narvaez, 2011). Videre oppfordres det til samsoving, som vil si felles seng for foreldre og spedbarn. Dette representerer "et integrert tilpasningssystem" som beskytter mødres og spedbarns helse og fremmer amming (McKenna & McDade, 2005; McKenna & Gettler, 2016). Det argumenteres for at omsorgsstilen samsvarer med barnets tilknytningsbehov, og at umiddelbar respons fremmer trygg tilknytning og emosjonell utvikling (Mobbs et al., 2016). Det finnes lite forskning på denne omsorgsstilen, og kunnskapen er hovedsakelig basert på teori og klinisk erfaring (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011).

Både teori, forskning og klinisk erfaring fremhever foreldrenes sentrale rolle i spedbarnets utvikling av reguleringsferdigheter og således også søvnvaner. For å oppsummere kan vi si at det finnes to ulike former for omsorgsstiler med tilhørende foreldreintervensjoner relatert til spedbarns søvn: Den planmessige og den intuitive. Disse anbefaler på mange måter diametralt motsatte foreldrestrategier i møte med spedbarns søvn.

1.8 Problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å gjøre en systematisk litteraturgjennomgang for å finne ut hvilken effekt planmessige foreldreintervensjoner har på etablering av søvnvaner og behandling av søvnproblemer hos spedbarn. Vi vil undersøke dette spørsmålet ved å dele spedbarnets første leveår i to slik at det handler om å etablere søvnvaner ved null til seks måneder og å behandle eventuelle søvnproblemer hos spedbarn fra seks til tolv måneder. Med utgangspunkt i teorien som er presentert her, er følgende problemstilling utarbeidet:

Hvilken effekt har planmessige foreldreintervensjoner på etablering av søvnvaner og behandling av søvnproblemer hos spedbarn?

2 Metode

Innen feltet spedbarn og søvn finnes det svært mye og heterogen forskning. For å få et bredest mulig inntrykk av forskningsfeltet, valgte vi å gjøre en systematisk gjennomgang av tidligere systematiske gjennomganger. Vi har latt oss informere av fremgangsmåten til Cochrane Overviews of Reviews (Becker & Oxman, 2011). Den er beregnet på å summere flere Cochrane Intervention Reviews som ser på effekten av to eller flere intervensjoner for en tilstand eller helseproblem. En slik gjennomgang innebærer dermed inklusjon av litteraturgjennomganger med *kun* randomiserte kontrollerte studier. Det er langt utover denne oppgavens omfang å gjennomføre en slik systematisk gjennomgang av systematiske gjennomganger, men vi tar utgangspunkt i den metodiske oppbygningen til Cochrane Overviews of Reviews.

Som kommende psykologer skal vi arbeide i henhold til prinsipperklæringen om evidensbasert praksis som ble godkjent for American Psychological Association (APA) i 2005 og tilsluttet av Norsk Psykologforening i 2007, for å kunne ivareta brukernes rettigheter (Norsk psykologforening, 2007). Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er ”*integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål*” (Norsk psykologforening, 2007). Hensikten med EBPP er å fremme virksom og effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper. Prinsipperklæringen fremmer et bredt spekter av forskningsdesign, hvorav randomiserte kontrollerte studier (RCT) er det designet som kan si noe om *effekten* av en intervensjon (Rønnestad, 2008). Siden vi ønsker å se på effekten av planmessige foreldreintervensjoner på spedbarns søvn, vurderte vi RCT som det mest passende forskningsdesignet for denne oppgaven. Den beste tilgjengelige forskningen handler i vårt tilfelle om å formidle oppdatert kunnskap om etablering av søvnvaner og behandling av søvnproblemer hos spedbarn. Litteratursøket ble gjennomgått og vurdert av begge oppgaveforfatterne. Alle inkluderte studier ble kodet inn i et registreringsskjema (Helsebiblioteket, 2016), se vedlegg 1.

2.1 Inklusjonskriterier

Før vi gjennomførte søket vårt, bestemte vi oss for hvilke inklusjonskriterier vi skulle bruke for å finne relevante litteraturgjennomganger om etablering av søvnvaner og behandling av

søvnproblemer hos spedbarn. Vi satte følgende inklusjonskriterier: a) artikler som ble publisert fra januar 2010 til april 2017, b) artikler som undersøkte søvn hos spedbarn fra null til tolv måneder med en normal utvikling, c) engelskspråklige artikler, d) artikler hvor intervensjonene ble utført i vestlige kulturer med fokus på foreldreintervensjoner, e) artikler som beskrev forskningsdesignet som ble brukt og f) systematiske litteraturgjennomganger og enkeltstudier med randomiserte kontrollerte studier (RCT). Vi satte en nedre tidsgrense for søket til 2010, ettersom Fisher et al. (2011) sin rapport inkluderer studier publisert frem til 2010 med unntak av én fra 2011, og Helsedirektoratets anbefalinger om *Leggerutiner for spedbarn* sist ble oppdatert i 2011 (Sørensen, 2011). Vi mente dermed at vi var oppdaterte på hva forskningen indikerte frem til 2010/2011 og ønsket å se om det var kommet noen nye indikasjoner de siste seks–sju årene. Siden én av motivasjonene for å skrive denne oppgaven var å bidra til oppdatert kunnskap om dette i Norge, valgte vi at intervensjonene skulle være utført i vestlige kulturer for å ha størst mulig overførbarhet til vår kultur. RCT ble satt som inklusjonskriterium fordi dette designet er vurdert som det beste for å si noe om *effekten* av en intervensjon (Helsebiblioteket, 2016). Eksklusjonskriterier var artikler som hadde hovedvekt på amming, krybbedød, psykiske lidelser, mors søvn og spedbarn med utviklingsforstyrrelser.

2.2 Søkemetode

Som vi skrev innledningsvis, startet prosessen med søk i Google for å danne oss et inntrykk av hvilken informasjon foreldre møter om spedbarn og søvn. Treffene ga oss et inntrykk av at foreldre får motstridende råd om hvordan man kan etablere sunne søvnvaner og behandle søvnproblemer hos spedbarn. Videre utførte vi et utforskende søk i Google Scholar med de samme søkeordene og oppdaget at forskningslitteraturen ikke var like motstridende som rådene i populærlitteraturen selv om det var et stort meningsmangfold også her.

Før vi gjennomførte det systematiske litteratursøket, utarbeidet vi en liste med aktuelle søkeord basert på litteraturen vi hadde lest i Google Scholar. Denne listen (figur 4) danner utgangspunkt for søket som ble gjort i søkemotorene OVID PsycINFO og OVID Medline. Søkemotoren OVID inneholder artikler fra over 1400 fagfelleverderte tidsskrifter innen medisin, sykepleie og helseprofesjoner, atferdsvitenskap, basalforskning, humaniora og teknologi. OVID PsycINFO administreres av American Psychological Association (APA), og OVID Medline administreres av National Library of Medicine.

Med veiledning fra hovedbibliotekar Glenn Karlsen Bjerkenes gjennomførte vi litteratursøk i OVID PsycINFO og OVID Medline 4. april 2017. Det ble brukt samme søkeord og fremgangsmåte i begge søkemotorene. Vi fikk ca. 500 treff på litteraturgjennomganger, metaanalyser og systematiske oversikter (fra nå: litteraturgjennomganger brukes udifferensiert om alle disse tre oversiktene for enkelhets skyld) i de to søkemotorene, i tillegg til at Medline ga mange treff av medisinsk karakter som ble vurdert som uvesentlige for problemstillingen vår. Vi vurderte også 500 litteraturgjennomganger som et for omfattende datamateriale å gå gjennom med tanke på oppgavens omfang. I samråd med hovedbibliotekaren valgte vi derfor bort Medline og gikk videre med PsycINFO. For å utvide søket i PsycINFO inkluderte vi enkeltstudier i tillegg til litteraturgjennomganger for å øke sjansen for å få med viktige studier som ennå ikke var inkludert i en litteraturgjennomgang.

Søket ble gjennomført i PsycINFO som beskrevet i figur 4. Søket er bygd opp slik at første del (punkt 1.-5.) inneholder fem synonymer for å dekke begrepet ”søvn”: Sleep OR Insomnia OR Nap/Naps OR Cirkadian Rhythm OR Wakefulness. Andre del (punkt 7.-10.) inneholder tre synonymer for ”spedbarn”: Infant OR Baby/Babies OR Newborn / new born OR Neonatal. Disse to delene ble koblet sammen (punkt 12) – for eksempel Sleep AND Infant – og begrenset til tidsrommet 2010–2017 (punkt 13). Dette ga 1247 treff i PsycINFO, hvorav 78 var litteraturgjennomganger (punkt 14) og 1169 var enkeltstudier (punkt 15).

Figur 4. Søkeord brukt i søkemotoren OVID PsycINFO

NR	SØKEORD	ANTALL
1	Sleep*	
2	Insomnia*	
3	Nap or naps	
4	Cirkadian rhythm*	
5	Wakefulness	
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	
7	Infant*	
8	Baby or babies	
9	Newborn or new born	
10	Neonatal	
11	7 or 8 or 9 or 10	
12	6 and 11	
13	Limit 12 to yr="2010 – Current"	1247
14	Limit 13 to "literature review" or "systematic review" or "meta analysis"	78
15	13 not 14	1169

2.3 Datainnsamling og analyser

For å oppsummere et forskningsfelt på en god måte, brukes litteraturgjennomganger, metaanalyser og systematiske oversikter (Helsebiblioteket, 2016). I stedet for å basere seg på enkeltstudier, oppsummeres resultatene fra flere studier som besvarer samme forskningsspørsmål for å finne trendene i forskningsfeltet. Vi valgte dermed å legge bort de 1169 enkeltstudiene vi fikk i søket vårt og konsentrere oss om litteraturgjennomgangene. Vi vurderte dette som en god måte å besvare vårt forskningsspørsmål siden vi hadde et omfattende datamateriale å gå gjennom. Da vi bestemte oss for dette, hadde vi allerede ekskludert 1044 enkeltstudier basert på tittel og sammendrag (abstract) og stod igjen med 125 enkeltstudier basert på inklusjonskriteriene våre. Videre hadde vi utført et søk etter RCT blant de 125 enkeltstudiene i EndNote og stod igjen med 18 enkeltstudier. Av disse 18 var det kun to som oppfylte inklusjonskriteriene, og vi vurderte det som mer oversiktlig for oppgavens helhet å gå videre uten de to enkeltstudiene. Ved å bruke kun systematiske litteraturgjennomganger, vurderte vi risikoen for skjevheter i datamaterialet som mindre siden slike gjennomganger forsøker å oppsummere funnene fra forskningen (Glasziou, 2013). Vi vurderte at litteraturgjennomgangene dekket det vi hadde lest i enkeltstudiene, og at det reduserte risikoen for at vi gikk glipp av noe viktig ved å ekskludere enkeltstudiene.

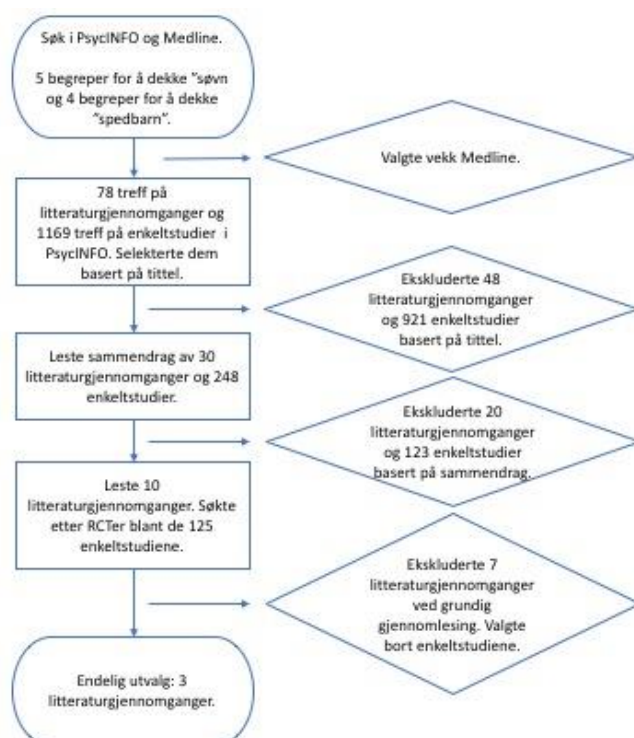
2.4 Seleksjon av systematiske litteraturgjennomganger

De 78 litteraturgjennomgangene ble fordelt mellom oppgaveforfatterne og gjennomgått og selektert hver for seg. Vi ekskluderte 48 litteraturgjennomganger basert på tittel, eksempelvis om spedbarn med utviklingsforstyrrelser, krybbedød, amming, mors søvn og psykiske helse, småbarns («toddler») søvn og studier av ikke-vestlige kulturer. Videre leste vi sammendrag av 30 litteraturgjennomganger. Vi ekskluderte 20 litteraturgjennomganger basert på sammendrag som blant annet handlet om foreldres psykopatologi og barns søvn, søvnforstyrrelser i barne- og ungdomstid og forskjellen mellom ulike kulturers normale søvnmønster hos barn. Vi stod dermed igjen med ti litteraturgjennomganger som ble gjennomgått og diskutert av begge oppgaveforfatterne. De som ved grundigere gjennomlesning og diskusjon likevel viste seg ikke å møte inklusjonskriteriene for søket, ble lagt bort. Noen av litteraturgjennomgangene var uklare med hensyn til spedbarnets alder slik at vi samarbeidet om å gjennomgå alle de inkluderte enkeltstudiene og ekskludere de studiene som så på barn over 12 måneders alder. Siden vi ikke kjente til forskningsfeltet fra før og

dermed var uten forskerpreferanser, vurderte vi det som unødvendig å lage strategier for at vi skulle være blinde for forfatterne av studiene eller stedstilhørighet.

Av de ti litteraturgjennomgangene var det kun én som utelukkende inkluderte studier med RCT-design (Kempler, Sharpe, Miller, & Bartlett, 2016). To litteraturgjennomganger (Crichton & Symon, 2016; Mihelic, Morawska, & Filus, 2017) hadde en hovedvekt av RCT, men inkluderte også studier med mellomgruppe- og longitudinelle design. Disse litteraturgjennomgangene undersøkte resultatene fra henholdsvis ni, elleve og seksten enkeltstudier og så kun på den planmessige omsorgsstilen og hvilken effekt den har på spedbarns søvn. De sju andre litteraturgjennomgangene var enten ikke-systematiske litteraturgjennomganger eller hadde en overvekt av andre forskningsdesign enn RCT. Vi ekskluderte derfor dem og stod igjen med et endelig utvalg på tre litteraturgjennomganger. I utgangspunktet ønsket vi å sammenligne effekten av planmessige og intuitive foreldreintervensjoner, men siden vi ikke fant RCT på en intuitiv omsorgsstil, begrenset vi problemstillingen vår til kun å omhandle effekten av planmessige foreldreintervensjoner. Vi velger likevel å bruke litteraturgjennomgangen til Douglas og Hill (2013) i diskusjonen for å belyse en intuitiv omsorgsstil. Se figur 5 for flytskjema av søkeprosess og utvelgelse av litteratur.

Figur 5. Flytskjema for søkeprosess og utvelgelse av litteratur.



2.5 Utvelgelse og håndtering av data

For å vurdere kvaliteten på de tre utvalgte litteraturgjennomgangene ble de systematisert ved hjelp av registreringsskjemaet *Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel* (vedlegg 1) (Helsebiblioteket, 2016). Kolonnene i skjemaet var som følger: a) forfatter og år, b) antall deltakere, c) formål (populasjon, intervensjoner og utfallsmål), d) studiedesign, e) sannsynligheten for at relevante studier var funnet (inklusions- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, gjennomgang av referanselister, fagfellevurdert publikasjon, engelskspråklig artikkel), g) resultatenes indikasjoner og h) konfidensintervaller (hvis tilgjengelige) (Helsebiblioteket, 2016). Alle de tre litteraturgjennomgangene var systematiske gjennomganger (Crichton & Symon, 2016; Kempler, Sharpe, & Bartlett, 2016; Mihelic et al., 2017) og publiserte resultater som omhandlet intervensjoner til det første halve leveåret til spedbarnet. To av litteraturgjennomgangene inkluderte også intervensjoner for det andre halvåret (Kempler, Sharpe, Miller, et al., 2016; Mihelic et al., 2017).

Vi har laget en tabell som gir en oversikt over alle enkeltstudiene i de tre litteraturgjennomgangene (tabell 2). Se vedlegg 2 for en detaljert oversikt over enkeltstudienes innhold. Totalt var det 36 enkeltstudier i de tre litteraturgjennomgangene som handlet om spedbarns søvn. 15 av de 36 enkeltstudiene var inkludert i mer enn én litteraturgjennomgang. Vi endte dermed med 21 unike enkeltstudier fra litteraturgjennomgangene med et totalt utvalg på 3363 mor-barn-dyader (N=3363). 18 av disse 21 enkeltstudiene var randomiserte, kontrollerte studier med et totalt utvalg på 2890 mor-barn-dyader (N=2890). Seks av disse 21 enkeltstudiene var også inkludert i den australske rapporten til Fisher (2011) som vi henviste til innledningsvis. Vi gjennomgikk en stor del av referanselistene i de tre litteraturgjennomgangene for å undersøke om det var flere relevante studier enn de som var kommet med i litteratursøket vårt. Av hensyn til oppgavens omfang har vi ikke hatt anledning til å gå systematisk gjennom alle referansene i hver av litteraturgjennomgangene.

2.6 Vurdering av metodologisk kvalitet på inkluderte litteraturgjennomganger

2.6.1 Kvalitet på inkluderte litteraturgjennomganger

Systematiske litteraturgjennomganger er mindre utsatt for skjevheter i datamaterialet fordi man starter med et forskningsspørsmål man prøver å besvare ved å søke systematisk etter den beste forskningen tilgjengelig (Glasziou, 2013). Vi valgte derfor kun å inkludere *systematiske* litteraturgjennomganger for å få best mulig kvalitet på resultatene. Videre inkluderte vi litteraturgjennomganger som hadde en klar beskrivelse av metode med inklusjonskriterier, intervensjoner og utfallsmål. Siden vår problemstilling spør om *effekten* av foreldreintervensjoner, valgte vi kun å inkludere litteraturgjennomganger som hadde randomiserte kontrollerte studier som et inklusjonskriterium for enkeltstudiene eller hadde en overvekt av RCT. Vi mener kvaliteten på de tre litteraturgjennomgangene er god.

2.6.2 Kvalitet på evidens i inkluderte litteraturgjennomganger

Evidensen i de inkluderte litteraturgjennomgangene baserte seg i hovedsak på randomiserte kontrollerte studier (18 av 21 studier). Det er viktig å understreke at RCT i seg selv ikke er en kvalitetssikring av evidens, men at det er et design som undersøker effekten av én eller flere intervensjoner. Kvalitet på resultater fra en RCT avhenger av studiens forskningsspørsmål, metode, utførelse samt innhenting og analysering av data. Det er heller ikke slik at alle spørsmål kan besvares med RCT, og andre forskningsdesign kan gi viktig og utfyllende kunnskap om et tema. En utfordring med evidensen vi baserer resultatene våre på, er at det er et mangfold av inklusjonskriterier, intervensjoner og utfallsmål. Det gjør det mer utfordrende å sammenligne de tre litteraturgjennomgangene og deres resultater. Vi vurderer likevel de inkluderte litteraturgjennomgangene som godt egnet til å svare på problemstillingen vår.

2.7 Sammenstilling av data

De tre litteraturgjennomgangene og alle de inkluderte enkeltstudiene i hver litteraturgjennomgang er presentert i tabell 2 og vedlegg 1 og 2. Enkeltstudienes resultater og litteraturgjennomgangenes konklusjoner er grunnlaget for resultatene vi skal legge frem. Vi velger å presentere resultatene etter spedbarnets alder og skiller mellom planmessige foreldreintervensjoner implementert på spedbarn fra null til seks måneder og seks til tolv måneder. Dette begrunner vi med at det er de første seks månedene den største utviklingen av døgnrytme og dermed utvikling av søvnvaner finner sted (Henderson, France, Owens, & Blampied, 2010; Mirmiran, Maas, & Ariagno, 2003), og at man anbefaler behandling av søvnproblemer med ekstinkjonsmetoder først ved seks måneders alder (Crichton & Symon, 2016).

Tabell 2: Oversikt over enkeltstudiene

Nr	Studie	N	Design	Kempler 2016 (N= 1656)	Crichton 2016 (N= 2021)	Mihelic 2017 (N= 2569)
1	Wolfson et al., 1992	60	RCT	X	X	X
2	Pinilla & Birch, 1993	26	RCT	X	X	
3	St James-Roberts et al., 2001	117	RCT	X	X	X
4	Hiscock & Wake, 2002	146	RCT	X		X
5	Symon et al., 2005	216	RCT	X	X	X
6	Stremmer et al., 2006	246	RCT	X	X	X
7	Hiscock et al., 2007	309	RCT	X		X
8	Stremmer et al., 2013	205	RCT	X	X	X
9	Hiscock et al., 2014	547	RCT	X	X	X
10	Adair et al., 1992	164	Prospektiv kohort		X	
11	Smart & Hiscock, 2007	131	Pre-post		X	
12	Kerr et al., 1996	169	RCT		X	
13	Hauck et al., 2012	178	Pre-post		X	
14	McRury & Zolotor, 2010	33	RCT			X
15	Nikolopoulou & St James-Roberts, 2003	134	RCT			X
16	Salisbury et al., 2012	57	RCT			X
17	Scott & Richards 1990	60	RCT			X
18	Sleep et al., 2002a	408	RCT			X
19	Dihigo, 1998	14	RCT			X
20	Keefe et al., 2006	121	RCT			X
21	Parkin et al., 1993	22	RCT			X

3 Resultater

I denne delen vil vi presentere funnene fra den systematiske litteraturgjennomgangen. Først skal vi legge frem hva resultatene sier om å etablere søvnvaner for spedbarn fra null til seks måneder, og deretter hva de sier om å behandle søvnproblemer hos spedbarn fra seks til måneder.

3.1 Null til seks måneder: Planmessig omsorgstil ved etablering av søvnvaner

Alle de tre litteraturgjennomgangene publiserte resultater som omhandlet intervensjoner det første halvåret. De planmessige foreldreintervensjonene ble gitt til foreldrene via undervisning ved en fagperson (individuell eller i gruppe), og skriftlig materiale ble delt ut i etterkant (Crichton & Symon, 2016; Kempler et al., 2016; Mihelic et al., 2017).

Undervisningen fokuserte på barnets evne til å lære å sovne selv og inkluderte informasjon om spedbarns søvnmønstre, teknikker for å lære spedbarnet selvregulering, trøtthetstegn og bruk av rutiner ved legging. Strategiene dreide seg om å holde foreldre-spedbarn-interaksjonen til et minimum ved legging og ved nattlige oppvåkninger for slik å lære spedbarnet å finne søvnen selv.

Litteraturgjennomgangen til Crichton og Symon (2016) inneholdt elleve studier fra 1992 tom. 2014. De undersøkte om effekten av planmessige foreldreintervensjoner forbedret spedbarns søvn. Crichton og Symon utførte et elektronisk søk og inkluderte åtte RCT, to pre-post studier og én prospektiv kohortstudie. To studier ga informasjon til foreldre prenatalt og fant at spedbarna ved 6-8 ukers alder sov lenger om natten sammenlignet med kontrollgruppa (Pinilla & Birch, 1993; Wolfson, Lacks, & Futterman, 1992). Fem studier ga informasjon til foreldrene de første fire ukene etter fødsel. Tre av disse viste en signifikant effekt på spedbarns søvn (Smart & Hiscock, 2007; Stremler, Hodnett, Lee, & al., 2006; Symon, Marley, Martin, & Norman, 2005), mens de to siste ikke fant en signifikant effekt sammenlignet med kontrollgruppa (St James-Roberts, Sleep, Morris, & Gilham, 2001; Stremler et al., 2013). To studier ga intervensjonen til foreldrene da barnet var tre til fire måneder gammelt og rapporterte om færre nattlige oppvåkninger hos intervensjonsbarna

sammenlignet med kontrollgruppa (Adair, Zuckerman, Bauchner, & al., 1992; Kerr, Jowett, & Smith, 1996).

Kempler et al. (2016) sin litteraturgjennomgang undersøkte også om planmessige foreldreintervensjoner forbedret spedbarns søvn. De utførte et systematisk søk og inkluderte ni RCT fra 1992 tom. 2014 som de gjorde metaanalyser av. Sju av de ni studiene omhandlet spedbarn fra null til seks måneder og overlapper den nevnte litteraturgjennomgangen til Crichton og Symon (2016). To studier undersøkte spedbarn over seks måneder (Hiscock et al., 2007; Hiscock & Wake, 2002) og vil bli nærmere presentert under *4.2 Seks til tolv måneder: Planmessig behandling av spedbarns søvnproblemer*.

Kempler et al. (2016) gjennomførte to metaanalyser. Den første metaanalysen undersøkte spedbarnets totale nattlige søvnmengde rapportert av mor. Sju studier med totalt 1201 spedbarn ble inkludert. Resultatet var signifikant, og det indikerte at intervensjonene var vellykkede med hensyn til å øke total nattlig søvnmengde hos spedbarn. Det ble funnet en signifikant forskjell i studienes resultater (heterogenitet), noe som kan tyde på at forskjellene var reelle og ikke skyldtes tilfeldigheter (Espehaug, 2016). Det var også en liten effektstørrelse. Den andre metaanalysen undersøkte om søvnintervensjoner reduserte nattlige oppvåkninger rapportert av mor. Seks studier med totalt 1268 mor-barn-dyader ble inkludert. Resultatet var ikke signifikant og viste en liten effektstørrelse. Forskjellene i resultatene (heterogenitet) var heller ikke signifikant, og det kan bety at forskjellen skyldtes kliniske forskjeller, metodiske forskjeller eller tilfeldige forskjeller (Espehaug, 2016).

Litteraturgjennomgangen til Mihelic et al. (2017) undersøkte effekten av foreldreintervensjoner på foreldre, spedbarn og foreldre-spedbarn-relasjonen. Studiene som ikke var relevante for denne oppgaven, ble valgt bort (effekten på foreldre og på foreldre-spedbarn-relasjonen), og 16 RCT fra 1992 tom. 2014 ble inkludert. Tretten av disse undersøkte søvn, og åtte så spesifikt på gråt. Intervensjonene baserte seg hovedsakelig på undervisning til foreldre med konkrete råd og strategier for å håndtere gråt og søvnproblemer samt hvordan foreldre kunne styrke spedbarnets evne til å roe seg selv.

Mihelic et al. (2017) gjennomførte to metaanalyser om spedbarns søvn og gråt. Den første omhandlet søvn og fant at spedbarna i intervensjonsgruppa viste signifikant bedre søvnatferd

sammenlignet med kontrollgruppa. Det var signifikant variasjon i effektstørrelser for disse studiene, og moderatorer ble brukt for å forklare heterogeniteten. Resultatene indikerte at tidlige foreldreintervensjoner hadde en middels signifikant effekt med hensyn til å forbedre søvn og en svak signifikant effekt med hensyn til å forebygge søvnproblemer. Den andre metaanalysen fant ingen signifikant effekt av tidlig forebygging for å redusere gråt. Det var ingen signifikant heterogenitet i effektstørrelsen for disse studiene.

3.2 Seks til tolv måneder: Planmessig omsorgstil ved behandling av søvnproblemer

Hva sier forskningslitteraturen om effekten av planmessig omsorgstil ved behandling av søvnproblemer hos spedbarn? To av litteraturgjennomgangene publiserte resultater som omhandlet behandling av søvnproblemer det andre halvåret (Kempler, Sharpe, Miller, et al., 2016; Mihelic et al., 2017). Begge litteraturgjennomgangene inkluderte to av de samme enkeltstudiene som spesifikt så på behandling av søvnproblemer hos spedbarn mellom seks og tolv måneder (Hiscock & Wake, 2002; Hiscock et al., 2007), og Mihelic et al. (2017) inkluderte også en tredje enkeltstudie som så på dette (Scott & Richards, 1990).

Den første studien (H. Hiscock & Wake, 2002) undersøkte 156 spedbarn fra seks til tolv måneder med foreldrerapporterte søvnproblemer. I behandlingen brukte de modifiserte ekstinksjonsstrategier, altså kontrollert gråt og foreldres tilstedeværelse, som primærintervensjon. I tillegg fikk foreldrene undervisning om normal søvnsyklus og læringsaspektet ved å roe seg selv. Denne informasjonen fikk også kontrollgruppa. Ved oppfølging to måneder etter intervensjonen hadde spedbarna i behandlingsgruppa en signifikant reduksjon av søvnproblemer ($d=.44$ og $SE=0.19$) målt med foreldrenes selvrapportering og spørreskjema sammenlignet med kontrollgruppa (Mihelic et al., 2017).

Hiscock et al. (2007) undersøkte spedbarn på sju måneder med foreldrerapporterte søvnproblemer og brukte den samme behandlingen i intervensjonsgruppa som beskrevet over. Ved oppfølging da barna var ti måneder, var utbredelsen av søvnproblemer signifikant lavere blant spedbarna i behandlingsgruppa sammenlignet med kontrollgruppa selv om

effekten var liten ($d=.30$). Oddsene for å rapportere om søvnproblemer ved tolv måneders alder var 50 % lavere for intervensjonsgruppa.

Scott og Richards (1990) undersøkte ti måneder gamle spedbarn med hyppige, nattlige oppvåkninger. Foreldrene ble delt i tre intervensjonsgrupper og en kontrollgruppe. Gruppe 1 fikk en brosjyre med søvnråd og mulighet til å diskutere spedbarnets oppvåkninger med en av forskerne. Gruppe 2 fikk samme brosjyre ved oppstart. Gruppe 3 ble oppmuntret til å fortsette som før uten noen råd og fikk brosjyren ved siste oppfølging. Gruppe 4 fikk ingen intervensjoner og fungerte som kontrollgruppe. Ved tre måneders oppfølging fant de ingen sammenheng mellom ekstinksjonsmetoder og bedring av søvnproblemer ($d=.07$ og $SE=.19$).

4 Diskusjon

Denne oppgaven baserer seg på et litteratursøk om forskning på spedbarns søvn i perioden 2010–2017. Formålet var å undersøke hvilken effekt planmessige foreldreintervensjoner har på etablering av søvnvaner og behandling av søvnproblemer hos spedbarn. Diskusjonen følger en tredeling der vi først tolker resultatene og deretter diskuterer tre ulike innvendinger mot tre planmessige foreldreintervensjoner. Til slutt vil vi avslutte med refleksjoner rundt styrker og svakheter ved denne oppgaven, videre forskning, kliniske implikasjoner og vår konklusjon.

4.1 Effekten av planmessige foreldreintervensjoner

4.1.1 Effekt på etablering av søvnvaner

Resultatene fra de tre litteraturgjennomgangene viste at planmessige foreldreintervensjoner har en positiv effekt på spedbarns søvnvaner målt ved økt søvnvarighet og et redusert antall nattlige oppvåkninger (Crichton & Symon, 2016; Kempler, Sharpe, Miller, et al., 2016; Mihelic et al., 2017). Intervensjonene ble gitt i form av *undervisning* til foreldre gjennom et planmessig forebyggende undervisningsprogram (Crichton & Symon, 2016; Kempler, Sharpe, Miller, et al., 2016; Mihelic et al., 2017). Flertallet av studiene i litteraturgjennomgangene til Crichton og Symon (2016) og Kempler et al. (2016) viste signifikante effekter på økt total nattlig søvnmengde hos spedbarna. Mihelic et al. (2017) fant en middels signifikant effekt med hensyn til å forbedre søvn og en svak signifikant effekt på å forebygge søvnproblemer. Disse funnene er i samsvar med hovedtrendene i forskningsfeltet om spedbarn og søvn.

Selv om tendensen er at intervensjonene, altså undervisning til foreldre, har effekt, er det likevel enkeltstudier som ikke finner denne effekten. Dette gjelder i hovedsak for utfallsmålene nattlige oppvåkninger og spedbarns gråt. Kempler et al. (2016) fant ingen støtte til at planmessige foreldreintervensjoner reduserte spedbarns nattlige oppvåkninger rapportert av mor. Forfatterne argumenterer for at den manglende effekten kan være resultat av en publiseringsbias og derfor må tolkes med forsiktighet. Videre fant ikke Mihelic et al. (2017) signifikant effekt av undervisningen på reduksjon av gråt. Forfatterne mente det var flere

forklaringer på de svake resultatene knyttet til søvnproblemer og gråt. Først og fremst handlet det om at få studier (hhv. tretten og åtte studier) ga begrenset kraft i metaanalysen og dermed begrenset effekt. For det andre inkluderte studiene spedbarn i ulik alder: Noen var nyfødte, og andre var opp mot tolv måneder gamle (Mihelic et al., 2017).

Disse motstridende resultatene åpner opp for en diskusjon om hvorvidt planmessige foreldreintervensjoner har effekt eller ikke. Douglas og Hill (2013) er talspersoner for en retning i forskningsfeltet som mener at den observerte effekten av planmessige foreldreintervensjoner på spedbarns søvn er historisk konstruert. De gjennomførte i 2013 en narrativ litteraturgjennomgang og konkluderte med at planmessige foreldreintervensjoner for spedbarn under seks måneder verken har effekt på å redusere gråt eller forebygge søvn- og atferdsvansker i senere barndom. De peker videre på tre metodiske begrensninger ved å basere konklusjonene om effekten av planmessige foreldreintervensjoner på spedbarn under seks måneder på randomiserte, kontrollerte studier (Douglas & Hill, 2013). For det første mener de man mislykkes i å identifisere og kontrollere for ammeproblemer de første seks månedene, noe som kan påvirke spedbarnets søvn ved at de som ikke får nok melk våkner hyppigere for å få melk. For det andre argumenterer Douglas og Hill (2013) for at man ikke skiller mellom første og andre halve leveårs svært ulike utviklingstrinn ved å bruke resultater fra studier som inkluderer spedbarn over og under seks måneder når man konkluderer med at planmessige foreldreintervensjoner har effekt på spedbarns søvn. For det tredje mener Douglas og Hill (2013) at RCT ikke er riktig design for å studere komplekse problemstillinger om spedbarn og søvn, og at man ofte tolker korrelasjoner som kausaliteter. Forfatterne argumenterer for å bruke en meta-narrativ systematisk gjennomgang ved sammenstilling av data for å få frem den mangfoldige litteraturen om spedbarns søvn.

Vårt inntrykk er at Douglas og Hill (2013) har en viktig stemme i dette forskningsfeltet fordi de tre litteraturgjennomgangene inkludert i denne oppgaven argumenterer mot konklusjonene deres om at planmessige foreldreintervensjoner ikke har effekt. Hovedargumentet mot Douglas og Hills (2013) resultater er at de baserer seg på studier som ikke er valide når det gjelder spørsmål om effekt av planmessige foreldreintervensjoner. Crichton et al. (2016) mener konklusjonene til Douglas og Hill (2013) baserer seg på et mangfold av heterogene studier, og at flere av studiene ikke har søvn som primærfokus i det hele tatt. Mihelic et al. (2017) påpeker at Douglas og Hill (2013) ikke har inkludert noen RCT, og at indikasjon på en positiv eller negativ effekt krever sammenligning av en intervensjons- og kontrollgruppe i

et RCT-design. Mihelic et al. (2017) fremhever videre at Douglas og Hill (2013) ikke har gjennomført metaanalyser. Som vår litteraturgjennomgang viser, er det overvekt av studier som finner signifikante effekter på spedbarns søvn etter planmessige foreldreintervensjoner. Den foreløpig manglende empiriske støtten til intuitive foreldreintervensjoner betyr derimot ikke at man avskriver disse intervensjonene, men at man trenger flere studier som kan studere effekten på spedbarns søvn. I vårt systematiske litteratursøk fant vi, som tidligere nevnt, *ingen* RCT som ser på intuitive foreldreintervensjoners effekt. Det kan være flere grunner til dette, blant annet at den intuitive omsorgsstilen vektlegger foreldres intuisjon som gjør rådene mindre spesifikke og vanskelige å undersøke empirisk (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Det kan tenkes at foreldre i kontrollgrupper i større grad benytter intuitive intervensjoner.

Samtidig kan det være utfordrende å forske på effekten av den planmessige omsorgsstilen fordi innholdet i undervisningen er preget av heterogenitet. Foreldre blir undervist om ulike strategier for å forbedre spedbarnets søvn, og strategiene implementeres til ulike tidspunkt det første året. Vi vet dermed ikke hvilken intervensjon som er nødvendig eller tilstrekkelig for endring, eller når den bør implementeres. Samtidig påpeker Crichton et al. (2016) at vi vet *noe* om hva i undervisningen som gir effekt. Undervisning om spedbarns søvnmønster, rutiner og viktigheten av foreldres atferd for å støtte utviklingen av selvregulering har demonstrert effekt i flere studier (Crichton & Symon, 2016). Undervisning som ikke gir konkrete råd eller går i detalj om mange temaer, er ikke like effektive (Hiscock et al., 2014; Robyn Stremmer et al., 2013). Resultatene viser at jo mer direkte råd foreldrene får om å minimere responsen ved innsovning og å lære spedbarnet å sovne selv, jo større er effekten (Crichton & Symon, 2016).

4.1.2 Effekt på behandling av søvnproblemer

Resultatene tyder på at en planmessig omsorgsstil kan være gunstig for å behandle søvnproblemer hos spedbarn fra seks til tolv måneder. Vårt litteratursøk fant få studier som undersøkte dette, men to av tre studier viste signifikant effekt på behandling av spedbarns søvnproblemer for denne aldersgruppa (Hiscock et al., 2007; Hiscock & Wake, 2002). I disse studiene fikk både intervensjons- og kontrollgruppa generell undervisning om spedbarns søvn, men bare intervensjonsgruppa fikk opplæring i en modifisert ekstinksjonsmetode. Den observerte forskjellen mellom gruppene kan dermed tilskrives bruken av en modifisert

ekstinksjonsmetode for behandling av søvnproblemer, men effekten av metoden kan være påvirket av undervisningen som ble gitt. Altså er det ikke gitt at ekstinksjonsmetoden ville gitt lik effekt uten undervisning. Denne observerte effekten demonstrerer at planmessige foreldreintervensjoner, her modifisert ekstinksjonsmetode, har effekt på behandling av søvnproblemer hos spedbarn over seks måneder (France & Blampied, 2005). Imidlertid fant Scott og Richards (1990) ingen sammenheng mellom undervisning og bedring av søvnproblemer i sin studie, noe som tyder på at undervisning og støtte til foreldre ikke er tilstrekkelig for å behandle spedbarns søvnproblemer.

4.2 Innvendinger mot planmessige foreldreintervensjoner

Etter å ha gått gjennom hva forskningslitteraturen sier om å etablere søvnvaner og behandle søvnproblemer hos spedbarn, peker resultatene i retning av at en planmessig omsorgsstil har en signifikant effekt på spedbarns søvn målt ved lengre uavbrutt søvn, færre nattlige oppvåkninger og reduksjon av søvnproblemer. Vårt inntrykk er at forskningsfeltet i hovedsak argumenterer *for* implementering av planmessige foreldreintervensjoner. Det synes likevel å være en motstand blant fagfolk og foreldre mot å bruke disse intervensjonene (Douglas & Hill, 2013; Hiscock & Fisher, 2015). Når man vet at lite og dårlig søvn kan påvirke den sosiale, emosjonelle, fysiske og kognitive utviklingen til spedbarnet, er det relevant å diskutere hvorfor det synes å være en slik motstand mot de planmessige foreldreintervensjonene.

Dette fører oss over på kunnskapsbasert praksis i psykologi. Hvilken kunnskap skal ligge til grunn for profesjonell praksisutøvelse, og i hvilken grad skal praksis være forskningsbasert? American Psychological Association (APA) definerer som tidligere nevnt evidensbasert praksis slik: *”Evidensbasert praksis i psykologi (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål”* (Norsk psykologforening, 2007). EBPP består altså av tre deler som integreres, og det indikerer at det ikke bare er den ”beste tilgjengelige forskningen” som avgjør hvilken behandling man gir, men også klinikerens erfaringsbaserte kunnskap og pasientens preferanser (Rønnestad, 2008). Brukermedvirkning inngår dermed i forståelsen av evidensbasert praksis. En intuitiv omsorgsstil baserer seg på tilknytningsteori og klinisk erfaring og ser ut til å være en preferanse for mange foreldre (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Det virker dermed som at valget av

intuitive foreldreintervensjoner i stor grad hviler på to av elementene i evidensbasert praksis, klinisk ekspertise og pasientens preferanser, og at den ”beste tilgjengelige forskningen” vektlegges i mindre grad. Selv om EBPP inkluderer et bredt spekter av forskningsdesign, mener vi at den ”beste tilgjengelige forskningen” for å si noe om effekten av planmessige foreldreintervensjoner er randomiserte kontrollerte studier fordi det forskningsdesignet er best egnet til å si noe om effekt. Vi ønsker dessuten å løfte frem at det er verdiladede og ideologisk ulike begrep som brukes om de to omsorgstilene, og at dette kan påvirke foreldrenes preferanser for valg av intervensjoner. *Intuitiv, spedbarnssentrert, umiddelbar responsiv og tilknytningsbasert omsorgstil* appellerer muligens mer til foreldre enn *planmessig, strukturert, grensesettende og atferdsbasert omsorgstil*. Ved å ha negative assosiasjoner til begrepene som brukes om den planmessige omsorgstilen, risikerer man at foreldre avskriver planmessige foreldreintervensjoner generelt fordi man ikke vil være blant dem som anvender ”harde” intervensjoner (Sadeh, Mindell, & Owens, 2011).

I de neste avsnittene velger vi å ta utgangspunkt i de tre foreldreintervensjonene som ser ut til å ha størst effekt på å etablere søvnvaner og behandle søvnproblemer hos spedbarn. Vi vil diskutere hva som kan ligge bak den observerte motstanden mot planmessige foreldreintervensjoner. De tre intervensjonene er: 1) Å minimere foreldres respons ved innsøvn, 2) å lære barnet å sovne selv (Crichton & Symon, 2016; Kempner, Sharpe, Miller, et al., 2016) og 3) å bruke modifiserte ekstinksjonsmetoder for å behandle søvnproblemer (Crichton & Symon, 2016; Hiscock et al., 2007; Hiscock & Wake, 2002; Mihelic et al., 2017). Vårt inntrykk er at argumentene mot implementering av disse intervensjonene kan oppsummeres med tre innvendinger: At det svekker spedbarnets tilknytning, at spedbarn har ulik evne til selvregulering og at det er skadelig for spedbarnet å gråte. Innvendingene tar utgangspunkt i en intuitiv omsorgstil og vil drøftes i avsnittene som følger.

4.2.1 Spedbarnets tilknytning kan svekkes når foreldrene minimerer responsen

En trygg tilknytning kjennetegnes av foreldres følsomhet for spedbarnets signaler, men også følelsesmessig tilgjengelighet og respons på et bredt spekter av spedbarns emosjonelle tilstander og behov (Sadeh et al., 2010). Å minimere foreldres respons ved innsøvn, står dermed i motsetning til tilknytningsteorien som talspersoner for den intuitive omsorgstilen tar utgangspunkt i. Spedbarns signalisering med gråt ved innsøvn tolkes som fravær av

evne til selvregulering eller som brudd i foreldre-barn-relasjonen (Hofacker & Papousek, 1998). Foreldre bør derfor reagere raskt og med aktive strategier slik at spedbarnet ikke utvikler en utrygg tilknytning til foreldrene fordi det er usikkert på om foreldrene er der eller ikke. Å roe seg om kvelden eller natten i et mørkt rom, og i mange tilfeller i egen seng på eget rom, representerer adskillelse fra det pågående samspillet med tilknytningsfiguren og er en potensielt stressende situasjon (Anders, 1994). En av de underliggende hypotesene har vært at spedbarn som opplever usikkerhet, spesielt ambivalens i deres tilknytningsforhold, har større sannsynlighet for å oppleve søvnproblemer sammenlignet med trygge spedbarn (Sadeh et al., 2010). Det er foreløpig lite forskning på sammenhengen mellom spedbarns søvn og tilknytning (Crnec et al., 2010), men resultatene har foreløpig gitt svært begrenset støtte til denne hypotesen. Flertallet av spedbarn med vedvarende søvnproblemer har en trygg tilknytning til sine mødre (Morrell & Steele, 2003). Dette kan handle om at høy grad av tilgjengelighet og sensitivitet for å møte barnets reelle og oppfattede behov samt den generelle gleden foreldre erfarer i omsorgsrollen, øker toleransen for spedbarnets nattlige oppvåkninger. Dette kan bidra til å opprettholde foreldreinvolvering om natten for å hjelpe spedbarnet med søvnregulering og føre til søvnproblemer på sikt. Resultatene indikerer også at spedbarn som sover godt og som har lært å sovne på egenhånd, har en trygg tilknytning (Crnec et al., 2010). Det ser dermed ut til at søvnproblemer ikke kan assosieres med type tilknytning, men at søvnproblemer er klarere assosiert med barnets temperament og mødres kognisjon (Morrell & Steele, 2003).

Mødres kognisjon kan blant annet operasjonaliseres som mødres grad av separasjonsangst. På samme måte som adskillelse fra mor aktiverer barnets tilknytningssystem (Bowlby, 1958), aktiveres et komplementært omsorgssystem hos mor ved separasjon fra spedbarnet (George & Solomon, 1996). Siden adskillelse fra avkommet truer foreldres evne til å gi umiddelbar beskyttelse og omsorg, er mangel på nærhet om natten forventet å være angstfremkallende for omsorgspersonen (George & Solomon, 1996). Mødres separasjonsangst (MSA) kan defineres som en ” *ubehagelig følelsesmessig tilstand som involverer følelser av skyld, bekymring og tristhet som følger med kortsiktige separasjoner fra barnet*” (Hock, McBride, & Gnezda, 1989, s. 794). Høyere nivåer av mødres separasjonsangst ble funnet å være forbundet med overfølsomhet for spedbarns signalisering og gråt (Hsu, 2004), fysisk nærhet ved leggetid (Scher, 2008) og mer involvering i løpet av natten (Scher & Blumberg, 1999). Forskningsfunn har vist at høyere angstnivå hos mor er forbundet med mer fragmentert søvn, og at denne sammenhengen var uavhengig av spedbarnets temperament (Scher, 2008).

Foreldres bruk av *aktiv fysisk trøst* ser altså ut til å være en faktor som kan predikere vedvarende søvnproblemer (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011; Sadeh et al., 2016; Sadeh et al., 2010). Sammen gir disse funnene støtte til påstanden om at mødres separasjonsangst bidrar til å regulere mors nattlige involvering hos spedbarnet, noe som kan forstyrre utviklingen av selvregulering hos spedbarnet.

Akkurat som mors omsorgssystem er nødvendig for et velfungerende tilknytningssystem hos barnet, belyser tilknytningsteorien at barnets tilknytning til foreldrene er et resultat av to konkurrerende systemer: Avhengighet og selvstendighet (Løvlie Schibbye & Løvlie, 2017). Det første systemet handler om at barnet skal føle tilhørighet, nærhet og kontakt. Det andre systemet dreier seg om å bli autonom, utforskende og selvstendig. Denne vekslingen illustreres i trygghetssirkelen ved at barnet pendler mellom ”det trygge fanget” og ”verden der ute” (Løvlie Schibbye & Løvlie, 2017). Barnet trenger en trygg havn å komme tilbake til når verden blir for krevende eller når følelsene er ute av kontroll, og barnet trenger foreldre som støtter og hjelper med å bli mer og mer selvstendig (Powell et al., 2014). Foreldrene skal med andre ord øve seg i å støtte en optimal balanse mellom selvstendighet og avhengighet hos barnet (Løvlie Schibbye & Løvlie, 2017). En intuitiv omsorgstil ser ut til å ivareta systemet for avhengighet ved å gi mye nærhet og kontakt, men vi stiller spørsmål ved om den glemmer å ivareta systemet for selvstendighet. Når skal spedbarnet få mulighet til å bli selvstendig dersom foreldrene alltid responderer umiddelbart? En planmessig omsorgstil mener vi imøtekommer begge disse systemene på en bedre måte ved å gi spedbarnet nærhet og kontakt på dagtid og mulighet til å være selvstendig i korte perioder ved innsøvn. Trygghetssirkelen beskriver at tilknytningspersonen *alltid* skal være større, sterkere, klokere og god (Powell et al., 2014). Når det er mulig, skal den voksne følge barnets behov. Når det er nødvendig, skal den ta tak og lede (Powell et al., 2014). Dette mener vi innebærer å ta valg som imøtekommer behovet for avhengighet og selvstendighet. Å ta spedbarnet opp fra senga når det gråter ved innsøvn for å gi mat og bysse, vil i tråd med en intuitiv omsorgstil tolkes som å følge barnets behov for avhengighet og videre som å styrke tilknytningen ved at foreldrene responderer og er tilgjengelige for spedbarnet (Crnec et al., 2010). En planmessig omsorgstil vil derimot argumentere for at spedbarnets behov i denne situasjonen er søvn, og at foreldre bør ta tak og lede ved å tillate selvstendighet for å utvikle evnen til å roe seg selv før de eventuelt intervensjoner ved å gå inn og roe spedbarnet i sin egen seng (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011).

Resultatene fra vårt litteratursøk viste at sentrale intervensjoner i den planmessige omsorgsstilen fokuserer på å endre foreldres kognisjoner og atferd relatert til spedbarns søvn. Forskning på nattlige oppvåkninger hos spedbarn med søvnproblemer tyder på at hovedproblemet er spedbarnets manglende evne til å sovne igjen uten foreldrehjelp og ikke at de våkner mer enn spedbarna i kontrollgruppa (Sadeh, 1994; Sadeh, Flint-Ofir, Tirosh, & Tikotzky, 2007; Sadeh, Lavie, Scher, Tirosh, & Epstein, 1991). Som transaksjonsmodellen illustrerer, påvirkes foreldres søvnrelaterte atferd av forventninger, kognisjoner og følelser (Sadeh et al., 2010). Derfor er et sentralt mål med planmessige foreldreintervensjoner ikke bare å endre foreldres atferd, men også deres kognisjoner og forventninger til spedbarns søvnproblemer (Sadeh et al., 2010). De fleste tiltak vil innebære et visst nivå av protest og gråt fra spedbarnet på grunn av foreldrenes endrede atferd med tilbaketrekning og eliminering av spedbarnets kjente rutiner (bli tatt opp, vugget, sovne ved bryst osv.) (Sadeh et al., 2010). Spedbarnets protest og gråt er en reell utfordring for mange foreldre fordi det er krevende å takle følelser og angst som oppstår i foreldrene når spedbarnet signaliserer med gråt (Philbrook & Teti, 2016). Bekymringene for at dette kan skade tilknytningen mellom foreldre og barn, har som tidligere nevnt ingen støtte i forskningen (Sadeh et al., 2010).

4.2.2 Spedbarn har ulik evne til selvregulering og skal ikke læres å sovne selv

Spedbarnets begrensede evne til selvregulering er en innvending mot at foreldre skal lære barnet å sovne selv. Det er individuelt hvor mye støtte og andreregulering spedbarnet trenger for å roe seg og sovne. Noen spedbarn kan ha en evne til tilstandsregulering som gjør at de håndterer innsovning på egen hånd allerede som nyfødte, mens andre trenger mer hjelp i lengre tid (Møller-Pedersen, 2012). De fleste spedbarn vil trenge noe støtte og hjelp til tilstandsreguleringen det første leveåret og til å utvikle evnen til å sove sammenhengende. Spedbarns signalisering med gråt tolkes ofte som fravær av evne til selvregulering (Hofacker & Papousek, 1998), og talspersoner for en intuitiv omsorgsstil vil aldri råde foreldre til å forlate barnet alene for å øve opp denne evnen (Fischer, 2011; Sadeh et al., 2010). En intuitiv omsorgsstil oppfordrer til aktive foreldreintervensjoner som innebærer å ta opp barnet for å bysse det i søvn eller la spedbarnet sovne på brystet (Pantley, 2011).

Tilhengere av en intuitiv og en planmessig omsorgsstil er enige om at spedbarn under seks måneder ikke har en fullt utviklet evne til tilstands- og selvregulering, men det er ulike syn på

hvordan foreldre kan støtte denne utviklingen. Talspersoner for en planmessig omsorgsstil mener at å sovne selv er en lært ferdighet som utvikles gradvis ved hjelp av foreldre (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011; Staarvik, 2012).

Foreldreatferd som hjelper barnet å lære å roe seg selv ved innsøvn, er et steg i utviklingen av selvregulering (Sadeh et al., 2011). Det kan være å ha en beroligende stemme, klappe spedbarnet forsiktig på magen eller finne smokken (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011; Staarvik, 2012). Foreldre oppfordres til å avvente når barnet signaliserer med gråt eller kny under en søvnperiode for å gi det rom til å finne tilbake til søvnen og trene på evnen til selvregulering. Selve signaliseringen fra barnet tolkes ikke nødvendigvis som et rop om hjelp, men som naturlige lyder ved oppvåkninger og lettere søvn. Dersom signaliseringen øker i intensitet, vil talspersoner for en planmessig omsorgsstil oppmuntre til å holde foreldres respons til et minimum for å unngå aktivere barnet, men heller bruke intervensjoner som har en beroligende effekt (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Et viktig prinsipp er at foreldrene skal tolke og vurdere spedbarnets gråt *før* de intervensjoner. En planmessig omsorgsstil støtter dermed opp under utviklingen av selvregulering ved å gi spedbarnet *noe* selvstendighet og tilpasse seg spedbarnets behov. Dette er i tråd med den kjente barnelegen og psykoanalytikeren, Donald Winnicott, som brukte uttrykket ”god nok mor” for å beskrive hvordan sensitive mødre gjennom utviklingsløpet stopper å respondere på et hvert ønske fra barnet og hvor viktig den prosessen er for å muliggjøre at spedbarnet utvikler selvregulerende ferdigheter (Winnicott, 1953). En ”god nok mor” gjør aktive tilpasninger til spedbarnets behov, og den aktive tilpasningen avtar i samsvar med spedbarnets økende ferdigheter til å håndtere tilpasningssvikt og tolerere frustrasjon (Winnicott, 1953). Dette samsvarer med trygghetssirkelen der foreldre og andre voksne er sensitive for barnets behov slik at det hjelper barnet til å ta nye utviklingssteg (Powell et al., 2014). At foreldrene minimerer responsen ved innsøvn og støtter spedbarnet i å lære å sovne, kan dermed forstås som at foreldrene gjør aktive tilpasninger til spedbarnets behov og utvikling.

Videre kan det være krevende å finne en god rytme i tilværelsen med et nyfødt spedbarn. Å ha en langsiktig plan med det man gjør, kan dermed være til god hjelp, og en planmessig omsorgsstil foreslår å forsøke å etablere rutiner tidlig for å strukturere døgnet (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth). Særlig for førstegangsførelse kan det være nyttig siden det er en større forekomst av søvnproblemer blant førstegangsfødte (Kuhn, 2014). Hyppige oppvåkninger er vanlig den første tiden, og søvnforskning indikerer at

oppvåkningene er knyttet til endt søvnsyklus (Henderson et al., 2010). Mange foreldre strever med at spedbarnet sover kun 30–45 minutter før det våkner, og da er det viktig å vite at slike oppvåkninger ikke trenger å bety at spedbarnet er ferdig sovet, men at det ikke har *lært* å sove mer enn én søvnsyklus etter hverandre (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Dersom spedbarnet fra det var nyfødt er blitt vant til å bli tatt raskt opp med *aktiv trøst* når det våkner og er urolig, kan spedbarnet ha utviklet en forventning om alltid å bli tatt opp etter endt søvnsyklus. Spedbarnets signaler tolkes av foreldrene som at det er ferdig med å sove (Sadeh et al., 2010). Foreldrenes raske respons er gjort i beste hensikt, men forskningsresultatene indikerer at responsen kan ha forstyrret spedbarnets evne til å roe seg selv og gå inn i en ny søvnsyklus (Fisher & Rowe, 2014). En viktig foreldreoppgave blir dermed å minimere sin involvering for å lære barnet å sove flere søvnsykluser etter hverandre. Dette er en selvreguleringsferdighet som støtter utviklingen av sammenhengende søvn (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011; Staarvik, 2012). Enkelte mener at oppmerksomheten knyttet til å få barnet til å sove sammenhengende, er foreldresentrert fremfor å være opptatt av spedbarnets behov (Blunden et al., 2011). En planmessig omsorgsstil argumenterer for at sammenhengende søvn for spedbarn er positiv for deres utvikling av biologiske årsaker, men også fordi det vil øke foreldres velvære. Resultatene tyder på at utslitte, stressede og trøtte foreldre har en negativ effekt på spedbarns utvikling, og at det er til barns beste å ha friske, uthvilte og responderende foreldre (Field, 2017; Sadeh et al., 2011).

Hva kan foreldre gjøre hvis barnet ikke roer seg på tross av disse intervensjonene? Som transaksjonsmodellen illustrerer, vil spedbarnet også påvirke foreldrene. Et krevende spedbarnstemperament vil utfordre foreldres evne til å være konsekvente og holde på rutiner (Sadeh et al., 2010). Noen spedbarn gråter mye, og å forholde seg rolig når spedbarnet gråter, er krevende. I øyeblikkets fortvilelse fremstår det enklere å bruke strategier som umiddelbart roer barnet, for eksempel å ta det opp og tilby mat, enn å bruke strategier som på sikt vil lære barnet å sovne selv, for eksempel å sitte ved senga til spedbarnet og roe det uten å ta det opp. Det er fort gjort å utvikle en negativ spiral der foreldrene ikke klarer å ha gode rutiner fordi spedbarnet protesterer og gråter høylytt, som fører til at spedbarnet blir tatt opp fra senga, mer overtrøtt og enda vanskeligere å roe. Som transaksjonsmodellen illustrerer, vil dette igjen påvirke foreldrene (Sadeh et al., 2010). En planmessig omsorgsstil er et forskningsbasert forslag til hvordan foreldre kan møte et krevende spedbarnstemperament ved å bruke

intervensjoner som har vist seg å ha effekt på spedbarns søvn (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011).

Disse intervensjonene kan man med foreldres sensitive tilpasninger og spedbarns stadige utvikling begynne med allerede fra fødselen av (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011), for så å tilpasse den til spedbarnets temperament slik transaksjonsmodellen viser. En forsiktig start på læringsprosessen kan være å innføre en spise-våken-sove-syklus slik at spedbarnet venner seg til å få mat *etter* at det har sovet for å forebygge en assosiasjon mellom mors bryst / flaske og innsovning (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). Ved å knytte assosiasjoner ved innsovning til foreldreuavhengige elementer som kosebamse, smokk eller å suge på totten, legger man til rette for at spedbarnet lærer å sovne selv og opprettholde søvnen på egenhånd (Mindell et al., 2012). Jo likere innsovningsbetingelsene er om kvelden og ved oppvåkning mellom søvnsykluser om natten, jo mindre foreldrehjelp trenger barnet for å sovne selv (Mindell et al., 2012). Dette er en viktig faktor i etableringen av gode søvnvaner og forebyggingen av senere søvnproblemer. En planmessig omsorgsstil ønsker dessuten å legge til rette for at barn og foreldre kan få nok søvn til å utvikle seg og mestre hverdagen, begrunnet i at det er til det beste for barnet (Sadeh et al., 2011).

Hyppige, nattlige oppvåkninger står i kontrast til utvikling av evnen til å sove lengre perioder sammenhengende, og som beskrevet innledningsvis, er amming assosiert med hyppigere oppvåkninger og fragmentert søvn (Mindell et al., 2012). Dette kan forklares med at morsmelk fordøyes raskere enn morsmelkerstatning på grunn av næringsstoffenes sammensetning, og at spedbarnet våkner for å få melk (Galbally, Lewis, McEgan, Scalzo, & Islam, 2013). En spise-våken-sove-syklus bør derfor tillate ammebarn å få mat like før det skal sove (Galbally et al., 2013) for å hindre at det legger seg sultent. Dette gjelder særlig for nyfødte som ikke klarer å spise så mye om gangen. Forskjellen mellom spedbarn som kun får morsmelk og spedbarn som kun får morsmelkerstatning, ser derimot ut til å forsvinne i løpet av det første leveåret (Mindell et al., 2012), noe som kan forklares med at spedbarn begynner med fast føde. En annen forklaring er at mødres praksis med å amme spedbarnet i søvn ved innsovning og oppvåkninger om natten, ser ut til å moderere forholdet mellom amming og forstyrret søvn. Ammebarn som ikke blir ammet i søvn, har lengre uavbrutte søvnperioder og våkner sjeldnere enn ammebarn som ammes i søvn (Mindell et al., 2012). Dette stemmer

overens med tidligere studier som har vist at foreldres tilstedeværelse ved innsovning er en primærfaktor for forstyrret søvn og oppvåkninger (Sadeh et al., 2009; Sadeh et al., 2010).

4.2.3 Ekstinksjonsmetoder for behandling av søvnproblemer er skadelig for spedbarnet

Det er mange innvendinger mot å behandle spedbarn med ekstinksjonsmetoder, og de tar utgangspunkt i at det er skadelig for barnet å ligge alene og gråte (Narvaez, 2011). Det er viktig å møte disse innvendingene med etisk forsvarlig og forskningsbasert kunnskap (Byars & Simon, 2016; Rønnestad, 2008). Som helsepersonell er det viktig å gjøre en grundig utredning for å undersøke om det kan være somatiske årsaker til spedbarnets søvnproblemer og få tak i foreldres forventninger og opplevelse av situasjonene. Deretter må man gjøre en vurdering av hvilken behandling som er riktig med utgangspunkt i en kunnskapsbasert praksis som integrerer forskning, klinikerens ekspertise og pasientens preferanser (Norsk psykologforening, 2007). Talspersoner for en intuitiv omsorgsstil henviser ofte til studier fra traume- og tilknytningfeltet (Byars & Simon, 2016) og mener at det stresset spedbarn opplever når det ikke får umiddelbar respons på gråten, er skadelig for spedbarnets hjerneutvikling og evne til selvregulering (Deoni et al., 2013; Hinde & Milligan, 2011). En intuitiv omsorgsstil mener altså at man svikter i omsorgsrollen ved å ignorere spedbarnets gråt. Psykologisk kunnskap blir brukt for å understreke poenget, eksempelvis tilknytningsteori og teori om lært hjelpeløshet. Effekten av ekstinksjonsmetoder er altså at det skaper en hjelpeløshet i barnet når det erfarer at gråten ikke blir respondert på av foreldrene (Keller, 2010). Sears (Ask Dr. Sears) skriver i et innlegg på nettsiden sin at en mor som holder tilbake fra å respondere på spedbarnet sitt, blir ”*gradvis og ubevisst ufølsom og går inn i en negativ spiral av avknytning («detachment») og vil på sikt undergrave spedbarnets tillit og skade spedbarnets gryende selvfølelse*”.

Verken en intuitiv eller en planmessig omsorgsstil anbefaler å ignorere spedbarnets gråt, men en planmessig omsorgsstil argumenterer for et kognitivt fokus snarere enn en følelsesmessig fokusert respons (Rowe & Fisher, 2010) (Rowe, 2010). Ved å redusere intervensjoner som aktiv trøst og heller bruke modifiserte ekstinksjonsmetoder, vil man på sikt hjelpe barnet til å finne søvnen selv (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011). På nåværende tidspunkt er det ingen relevant litteratur som indikerer negative konsekvenser av å benytte ekstinksjonsmetoder (Crncec et al., 2010). Mer spesifikt er det ikke støtte i

forskningslitteraturen for at ekstinkjonsmetoder er skadelig for spedbarnets tilknytning (Crichton & Symon, 2016). Gullstandarden for å måle barns tilknytning til sine foreldre, er fremmedsituasjonen (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 2015a, 2015b). Den måler barnets respons på forelderens etter en kort og plutselig adskillelse. I studien til Hiscock et al. (2007) var det ingen tegn til redusert følelsesmessig og atferdsmessig funksjon, svekket foreldre-barn-relasjon, kronisk stress eller utrygg tilknytning hos barna som mottok behandlingen ved fem års oppfølging (Price, Wake, Ukoumunne, & Hiscock, 2012). Tvert i mot viser den begrensede forskningen på feltet det motsatte: Barna som ble behandlet med ekstinksjon, ble tryggere og mindre ansente sammenlignet med kontrollgruppa (France, 1992). En studie som undersøkte 95 barn i alderen 4–45 måneder med søvnproblemer, støtter dette funnet (Eckerberg, 2004). Barna i intervensjonsgruppa ble vurdert som mer usikre enn kontrollgruppa, men denne forskjellen forsvant etter implementering av ekstinkjonsmetoder for søvnproblemer. Jo engsteligere barna var før behandlingen, jo mer dro de nytte av intervensjonen (Eckerberg, 2004). Studier som har sett på sekundære utfall hos barn som har blitt behandlet med ekstinkjonsmetoder, indikerer ved 4–6 måneders oppfølging en positiv effekt på barnets humør, temperament og funksjon på dagtid samt en positiv effekt på foreldres søvnkvalitet, grad av trøtthet, stress, humør og tilfredshet i parforholdet (Moore & Mindell, 2013; Price et al., 2012). Forskningen indikerer med andre ord at spedbarn som reguleres av planmessige foreldreintervensjoner, ikke har dårligere tilknytning enn barn som reguleres av intuitive intervensjoner, og i noen tilfeller en tryggere tilknytning. Det er heller ingen støtte i forskningslitteraturen for at spedbarn gir opp og lærer hjelpeløshet som resultat av en ekstinkjonsbehandling (Sadeh et al., 2011).

Videre er det ikke uvanlig at det argumenteres for at spedbarn kan bli traumatisert av å bli behandlet med ekstinkjonsmetoder fordi det fører til en kraftig stressreaksjon som gir økt kortisolnivå i hjernen (Schore, 1996). For å bruke et eksempel fra Norge, skriver pedagog og forfatter bak bloggen *Tilknytningspedagogene*, Ingrid Prøsch, i et blogginnlegg at Norge bryter FNs barnekonvensjon og barneloven § 30 ved å tillate ekstinkjonsmetoder (Prøsch, 2012). Hun begrunner det med at behandlingen ikke tar hensyn til barnets beste, ikke beskytter mot misbruk og ikke gir den beste medisinske hjelpen. Hun stiller seg dermed bak forfatteren av bloggen *Lykkelig barndom*, som ønsker å forby skrikekurer i Norge, slik vi nevnte innledningsvis (Westerveld, 2012). Dette er et tydelig eksempel på det gapet vi beskrev innledningsvis mellom de to omsorgstilene.

For å undersøke psykologisk ubehag hos spedbarn, kan man måle kortisolnivået i spytt (Philbrook et al., 2014). Det er imidlertid ikke enighet om hvordan man skal tolke kortisolnivået da det også blir påvirket av døgnrytmen (Hiscock & Fisher, 2015; Philbrook et al., 2014). I en studie av 25 spedbarn som ble behandlet med full ekstinksjon, så man at kortisolnivået var høyere ved måling på dag én og tre av behandlingen selv om det på dag tre ikke var noe gråt før innsovning (Middlemiss, Granger, Goldberg, & Nathans, 2012). Kortisoløkningen var derimot så liten at det ikke er kjent hvorvidt den indikerer at barna fikk en negativ effekt av behandlingen eller om det var andre grunner til økningen (Hiscock & Fisher, 2015). I en annen studie undersøkte Hiscock et al. (2007) spedbarn som mottok ekstinksjonsbehandling for sine søvnproblemer, og de fant ingen forskjell i kortisolnivået mellom intervensjons- og kontrollgruppa ved fem års oppfølging (Price et al., 2012).

Å hevde at man ved å bruke ekstinksjonsmetoder påfører spedbarnet utviklingstraumer, er dermed uten forskningsstøtte (Crncec et al., 2010). Innenfor traumepsykologien har man erkjent at de mest skadelige stressbelastningene pågår over tid, skjer i tidlige leveår og påføres barnet i dets omsorgsbasis (Herman, 1994). Eksempler på slike traumer er gjentatte eller vedvarende barndomsopplevelser av vanskjøtsel, mishandling eller seksuelt, fysisk eller emosjonelt misbruk i hjemmet, hyppige separasjoner og vold mellom omsorgspersoner (Stien & Kendall, 2004). Det finnes ingen dokumentasjon på at ekstinksjonsmetoder er av en slik karakter, og dermed er det ikke grunnlag for å si at spedbarn blir traumatisert av ekstinksjonsmetoder med mindre dette foregår i en mer kompleks belastningshistorie i familien (Nordanger & Braarud, 2017). Å hevde at spedbarn blir utsatt for komplekse traumer ved ekstinksjonsbehandling, mener vi bidrar til å undervurdere konsekvensene av virkelig å oppleve traumer eller skadelige stressbelastninger. Slike påstander kan dessuten skremme foreldre fra å bruke godt dokumenterte behandlingsformer (Crichton & Symon, 2016). Det er forståelig at skepsisen til planmessige foreldreintervensjoner fortsetter å prege feltet (Byars & Simon, 2016) når enkelte talspersoner for en intuitiv omsorgsstil kommer med så sterke påstander som etter vår mening ikke har støtte i forskningslitteraturen.

Videre anerkjenner ikke en intuitiv omsorgsstil at spedbarn har søvnproblemer (Crncec et al., 2010), men mener oppvåkninger og lite søvn er en naturlig del av foreldreskapet (Pantley, 2002). Oppvåkningene kan være tegn på behov for mat, nærhet, trygghet, rap, bleieskift eller smerte. Dette tar utgangspunkt i blant annet Elizabeth Pantleys bok *Sove uten gråt* (Pantley, 2002), og nettsiden "Ask Dr. Sears" (Ask Dr. Sears), som tilhengerne av en intuitiv

omsorgsstil i Norge etter vårt inntrykk ofte refererer til. Dersom foreldre likevel ønsker å endre spedbarns søvnmønster, hevder en intuitiv omsorgsstil at det bør skje gradvis og med lite ubehag for spedbarnet (Pantley, 2002). Det er imidlertid ingen forskning som tyder på at det er bedre enn å gjøre det raskt med større protester fra barnet. En gradvis endring tar lengre tid, og det øker sjansen for sekundære problemer som familiært stress (Meijer et al., 2007), depresjon og stress hos mor (Gelman & King, 2001) og sosio-emosjonelle problemer for barnet på et senere tidspunkt (Hysing et al., 2015). Hvor fort man ønsker å endre søvnproblemer, får være opp til hver enkelt familie og dens holdninger, verdier og situasjon. Hvert spedbarn er unikt, og hver foreldresituasjon er ulik (Sadeh et al., 2010). For noen svært få familier er søvnproblemene så altomfattende med en slik utbredelse og varighet at det må raske endringer til for å hindre at situasjonen forverrer seg. Dette kan handle om foreldrenes mentale og fysiske helse, for eksempel at mor er på vei inn i en psykose på grunn av langvarig søvnmangel. For andre familier kan søvnproblemene handle om spedbarnets innsøvningssvanser. Dersom all tid etter barnets leggetid går med til å få barnet til å sovne, vil dette gå på bekostning av behovet til eventuelle andre barn, behovet for å ta vare på parforholdet og behovet for overskudd til å utføre andre oppgaver i hjemmet.

For å hjelpe klinikere med å sammenligne empirisk evidens for ulike psykologiske behandlinger, utviklet en arbeidsgruppe i American Psychological Association, Task Force 12, kriterier for å karakterisere behandlinger som veletablerte, trolig effektive eller eksperimentelle (Chambless et al., 1996; Crncec et al., 2010). Per i dag er det ingen intuitive foreldreintervensjoner som tilfredsstillter Chambless' kriterier for veletablert behandling av spedbarns søvnproblemer, men to planmessige foreldreintervensjoner som gjør det (Crncec et al., 2010). Den ene er full/umodifisert ekstinksjon, dvs. at foreldrene ignorerer barnet fra det legges til neste morgen, og den andre er gradert/modifisert ekstinksjon, dvs. at foreldrene går inn til barnet etter bestemte intervaller for å roe det med minimal respons (Crncec et al., 2010). Det er identifisert to hovedfaktorer i modifisert ekstinksjonsbehandling: 1) Foreldrene skal ikke respondere umiddelbart, men avvente i noen minutter for å tolke barnets signaler og gråt før de eventuelt går inn til barnet. 2) Foreldrene skal ikke ta opp barnet, men bruke mindre inngripende strategier, for eksempel å stryke barnet på kinnet eller snakke beroligende til barnet før de forlater rommet. De to identifiserte hovedfaktorene i de planmessige foreldreintervensjonene innebærer altså ikke å ignorere spedbarnets gråt, men å vurdere hvor raskt man skal respondere på spedbarnets signaler og hva som er den mest adekvate responsen (Sadeh et al., 2011). Det understrekes at modifiserte ekstinksjonsmetoder

kun skal gis til spedbarn over seks måneder til tross for at det ikke er noen studier som tyder på at spedbarn under denne alderen tar psykologisk eller fysiologisk skade av det (Crichton & Symon, 2016).

Full ekstinksjon overlater tilstandsreguleringen til spedbarnet uten noen form for andreregulering. Det er til nå ingen forskning som indikerer at spedbarn tar skade av en slik behandling (Crichton & Symon, 2016; Crncec et al., 2010), men likevel ser det ut til at helsearbeidere sjeldnere anbefaler full ekstinksjon i dag, begrunnet med at det er emosjonelt vanskelig for foreldrene å gjennomføre og være konsekvente (Crncec et al., 2010; Kuhn, 2014). Evnen til å være konsekvent i sin respons på barnet, er avgjørende i behandlingen da hele tanken er å avlære en uhensiktsmessig assosiasjon mellom innsøvning og foreldrehjelp (Crncec et al., 2010). Man risikerer tilbakefall og forverring av søvnproblemene dersom foreldrene ikke er konsekvente, men intervensjoner ved å gå inn til barnet og ta det opp. I dag tyder mye på at det er vanligere å anbefale den andre behandlingen som oppfyller Chambless' kriterie, nemlig modifisert ekstinksjon eller en variant med foreldres tilstedeværelse (Sadeh et al., 2011). Denne behandlingen ser ut til å være emosjonelt lettere for foreldre å gjennomføre i tillegg til at foreldre på den måten bidrar med noen grad av andreregulering. Når foreldrene går inn og ut av rommet og trygger spedbarnet på at de er der, eller når de sitter inne i rommet, unngår man at spedbarnet blir engstelig for å bli forlatt. Modifiserte ekstinksjonsmetoder er dessuten i tråd med Helsestasjonstjenesten (2017), som skriver på sine nettsider at dersom intensiteten på gråten øker og barnet kaver seg opp, skal foreldre hjelpe barnet med å roe seg ned.

Kort oppsummert har vi diskutert om de tre planmessige foreldreintervensjonene – å minimere foreldres respons ved innsøvning, å lære barnet å sovne selv og å behandle søvnproblemer med modifiserte ekstinksjonsmetoder – tar hensyn til spedbarnets evne til selvregulering, om de svekker tilknytningen mellom foreldre og barn og om de skader spedbarnet. Forskningen indikerer at intervensjonene støtter utviklingen av selvregulering, kan styrke tilknytningen og at det ikke er skadelig å behandle spedbarn over seks måneder med ekstinksjonsmetoder. Noen studier viser dessuten at spedbarn får en tryggere tilknytning etter en ekstinksjonsbehandling. Modifiserte ekstinksjonsmetoder tar hensyn til spedbarnets behov for andreregulering og støtter utviklingen av selvregulering, som er viktig for å lære å sovne og opprettholde søvnen på egenhånd (Sadeh et al., 2011). Det er til barnets beste å få gode søvnvaner og lære å mestre søvnen på egenhånd, og det kan spedbarn lære seg med

riktig nivå av reguleringsstøtte fra foreldre (Fisher & Australian Research Alliance for Children and Youth, 2011; Henderson et al., 2010).

4.3 Styrker og svakheter ved oppgaven

En styrke ved denne systematiske litteraturgjennomgangen er at operasjonaliseringen av søket ser ut til å ha vært tilfredsstillende. Å være to forfattere er også en fordel i gjennomføringen av en systematisk litteraturgjennomgang fordi utvelgelsen av studier er mindre utsatt for systematiske skjevheter. Det øker sjansen for at det er relevante studier som inkluderes for vurdering. En styrke kan også være at vi ikke kjente til forskningsfeltet fra før, og at vi derfor var blinde for forsker- og stedspreferanser. Søkemotoren PsycINFO er blant den mest anerkjente når det gjelder publisering av studier som omhandler psykologi, men vi kunne med fordel inkludert litteraturgjennomganger fra flere søkemotorer for å sikre at eventuelle andre aktuelle studier ble identifisert. Dersom vi hadde søkt i flere databaser, kan det hende vi hadde funnet andre studier som ga andre resultater. Dette kunne videre påvirket diskusjonen og konklusjonen vår. Det er dessuten få studier som skiller mellom null til seks måneder og seks til tolv måneder slik at utvalget av studier ble begrenset. Hadde vi hatt andre alderskriterier, ville vi fått et bredere utvalg studier. Vi ønsket å se effekten av planmessige foreldreintervensjoner, og det er få randomiserte kontrollerte studier som ser på en planmessig omsorgstil. En svakhet ved oppgaven er også at vi kun valgte å inkludere litteraturgjennomganger bestående i hovedsak av RCT. Det kan også være en svakhet at søket ble begrenset til perioden 2010–2017.

4.4 Fremtidig forskning

Videre forskning bør undersøke *hvilke* komponenter som har størst effekt av de planmessige foreldreintervensjonene, *hva* som er tilstrekkelig for endring og *når* intervensjonene bør implementeres for å få best effekt (Kempler et al., 2016). Det bør utføres flere RCT med større homogenitet og bedre kvalitet for å kunne trekke valide konklusjoner (Mihelic et al., 2017), samt utføres RCT for å sammenligne en planmessig og en intuitiv omsorgstil med en kontrollgruppe. Videre bør man definere *hva* intuitive foreldreintervensjoner er slik at det blir mulig å sammenligne en planmessig og intuitiv omsorgstil. Man bør også undersøke kort- og langtidseffekten av økt kortisolnivå hos spedbarn og barn etter modifisert ekstinksjonsbehandling (Blunden et al., 2011; Crichton & Symon, 2016). Fremtidige studier bør prioritere direkte målemetoder for å få et mer objektivt mål på spedbarns søvn, og det bør

gjøres studier som sammenligner direkte målemetoder med foreldres selvrapportering (Mihelic et al., 2017). Videre bør det gjennomføres flere studier som ser på effekten av tidligere intervensjoner og hvordan reduksjon i spedbarns søvn og gråt korrelerer med senere utvikling (Mihelic et al., 2017). Hovedvekten av forskningen i dette feltet er gjort internasjonalt, og vi mener derfor det bør forskes mer på dette i en norsk kontekst. Videre bør man undersøke hvilke intervensjoner som gis til foreldre og hvilken kunnskapsbasert praksis de baserer seg på.

4.5 Kliniske implikasjoner

Forskningslitteraturen gir støtte til de planmessige foreldreintervensjonene, og funnene viser en sammenheng mellom foreldrenes atferd ved innsovning og oppvåkninger og utvikling av søvnproblemer. Vi argumenterer for at denne kunnskapen bør formidles til foreldre i svangerskapet siden de trolig er mer åpne for kunnskapsbaserte råd som kan påvirke deres holdninger, forventninger og atferd, før barnet er født. Da vil vi kunne rette opp inntrykket av at planmessige foreldreintervensjoner *kun* handler om umodifisert ekstinksjon og at barnet tar skade av en slik metode. Når vi vet at foreldres atferd, kognisjoner og følelser henger sammen, må vi ta hensyn til pasientens preferanser med hensyn til hvilke intervensjoner som anbefales. Vi vil samtidig fremheve viktigheten av at klinikere er oppdaterte på den beste tilgjengelige forskningen, og bruker sitt kliniske skjønn ved formidlingen av denne kunnskapen. I et helseperspektiv er det bedre å forebygge enn å behandle, og dette gjelder også for spedbarns søvnproblemer. Vi må samtidig sikre at foreldre som kommer med en opplevelse av at spedbarnet har et søvnproblem, tas på alvor av helsevesenet.

4.6 Konklusjon

Den intuitive og planmessige omsorgsstilen har ulike svar på det innledende spørsmålet: ”Babyen min sover ikke – hva kan jeg gjøre med det?” Svarene er motstridende med grunnlag i ulik tolkning av teori, noe som skaper usikkerhet hos foreldre. Hva foreldre velger å gjøre og hvor fort de intervensjoner når spedbarnet våkner, er av betydning for spedbarnets søvn. Foreldres måte å møte spedbarnets gråt og uro på ser ut til å kunne deles i to grupper – en planmessig og en intuitiv omsorgsstil. Resultatene fra vår litteraturgjennomgang viste at det finnes godt dokumenterte, planmessige foreldreintervensjoner som bedrer spedbarnets søvn vist med lengre søvnvarighet og redusert antall nattlige oppvåkninger. Undervisning om disse intervensjonene bør gis tidlig og inneholde informasjon om spedbarns søvnutvikling og

relatert foreldreatferd. Det er knyttet mer usikkerhet rundt nøyaktig hva i undervisningen som gir effekt. To faktorer som ser ut til å være spesielt viktige, er å minimere foreldres respons ved innsovning og å lære barnet å sovne selv. En nøkkelkunnskap for at foreldre skal jobbe for å etablere søvnvaner, er at søvn er en lært atferd. Evnen til å roe seg selv og sovne må trenes på i takt med økt kapasitet til selvregulering. Ekstinksjonsmetoder har vist seg å være effektive for å behandle søvnproblemer, lære spedbarn over seks måneder en ny søvnatferd og utvikle evnen til selvregulering, og modifiserte ekstinksjonsmetoder har vist seg enklere å gjennomføre for foreldre. I lys av våre funn vil vi hevde at planmessige foreldreintervensjoner, inkludert ekstinksjonsmetoder til spedbarn over seks måneder, er etisk forsvarlige å bruke for å etablere søvnvaner og behandle søvnproblemer da ingen forskning tyder på at de er skadelige for spedbarnet på kort eller lengre sikt. Et sentralt aspekt er å endre fagfolk og foreldres holdninger til planmessige foreldreintervensjoner slik at flere ønsker å ha en planmessig omsorgstil for å etablere søvnvaner og behandle søvnproblemer hos spedbarn

5 Vedlegg

Vedlegg 1: Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel (Helsebiblioteket, 2016)

Forfatter, år	Populasjon	Formål	Studiedesign	Resultatenes pålitelighet	Resultatenes indikasjoner
Kempler et al., 2016	9 studier N=1656 mor- spedbarn- dyader	Formål: psykososiale søvnfokusede intervensjoner gitt i perinatal periode forbedrer spedbarns søvn og mors humør Intervensjon: psykososial og søvnfokusede informasjon eller behandling. Kontrollgruppe: enten venteliste eller informert only condition Utfallsmål: søvn (søvnloggbok eller aktigrafi) eller humør hos mor	Inklusjon: gravide og mødre med barn under 12 mnd., RCT, psykososial og søvnfokusede, kontrollgruppe, utfall Eksklusjon: trial uten data, ikke søvn, ikke undersøkte psykososial intervensjon, ikke kliniske trials	God metodisk oversikt Databasesøk: Pub-med, PsycINFO, EMBASE, CINAHL Beskrevet søkestrategi Søkt i referanselister Fagfelle vurdert Engelsk Fornuftig med metanalyse: Ja, alle var RCT. Tydelige utfallsmål. Cochrane Kvalitet på studier: Ja, tilstrekkelig vurdert, men risiko for bias var uklar eller høy i 7 av 9 studier (ikke-blinded)	Økt total nattesøvn (målt med mors rapport) Ikke redusert nattlige oppvåkninger (målt med mors rapport) Konfidensintervall: 95 % CI (0,119 -0,289) SIGN Konfidensintervall: 95 % CI (-0,032-0,238) IKKE SIGN
Crichton et al, 2016	11 studier: 8 RCT, 3 pre-post 2 studier prenatalt, 5 studier de første 3 ukene, 3 studier ved 3-4 måneder N= 2663	Formål: effekten av atferdsteknikker på spedbarns søvn de første 6 mnd. av livet og gi evidensbasert anbefalinger for håndtering av spedbarns søvnforstyrrelser. Intervensjon: 1) selvedroing (søvn, teknikker, leggerutiner, trøtthetstegn) 2) konsistent respondering	Inklusjon: beskrive og måle effektiviteten av atferdsintervensjon i normalpopulasjon. Spedbarn 0–6 mnd. Ikke RCT, men måtte inkludere implementering av behandlingsprotokoll. Eksklusjon: hvis intervensjonen ble gitt på sykehus til pasienter (ikke normalpopulasjon).	Databasesøk: Medline, Easy web of science, EMBASE, PsycINFO Beskrevet søkestrategi. Søkt i referanselister. Fagfelle vurdert. Engelsk. Nei, ikke metaanalyse. Kvalitet på studier: God. Alle studiene så på planmessige foreldreintervensjoner effekt på	Signifikant forbedring i spedbarnssøvn etter søvnopplæring Ingen tidspunkt for når intervensjonen gir bedre effekt enn andre. Lengre intervensjoner er ikke funnet å være bedre enn korte Prenatal undervisning gir effekt Tydelig beskrivelse av strategiene er effektivt (legge barnet døsige, men våkent). Lignende teknikker er effektivt for eldre barn (3-4mnd) med søvnproblem

		(respondere på all gråt i Ngala-gruppen) 3) fokus på mors søvnhygiene og avslapningsteknikker. Utfallsmål: søvnutfall (søvnvarighet, antall nattlige oppvåkninger, foreldres rapporterte søvnproblem, objektive søvnmålinger som aktigrafi)		spedbarns søvn. Alle spedbarn var under seks måneder ved start.	
Mihelic et al, 2017	36 studier, derav 16 om spedbarns søvn. Alle RCT N=4880	Formål: evaluere effektiviteten av foreldreintervensjon på foreldre, barn og foreldre-barn under 12 måneder Intervensjon (35 ulike foreldreintervensjoner gruppert etter utfall): forbedre spedbarns søvn og gråteatferd med planer, strategier, teknikker, informasjon om søvn, støtte, råd. foreldres responsivitet (tilknytning, kognitive atferdsmodeller) Utfallsmål: Barn: gråteatferd, roing, søvnproblemer. Foreldre: kompetanse og selvtillit. Foreldre-barn-relasjonen: foreldres responsivitet	Inklusjon: evaluering av foreldreintervensjon som lærer bort foreldreferdigheter med opplæringskomponent, RCT, implementering: svangerskap - 12mnd, Målte: babyens søvn- og gråteatferd eller foreldres responsivitet, selvtillit og kompetanse Eksklusjon: hvis program ikke så på foreldreferdigheter, men på behandling/forebygg av psykiske forstyrrelser eller kun målte utfall på barns kognitive/motoriske helse. Ikke-normalpopulasjon, ikke amming, ikke bare enkeltstrategier/teknikker	Systematisk litteratursøk Databasesøk: PsycINFO, Medline, Cinahl, Scopus, Cochrane library Beskrevet søkestrategi Søkt i referanselister Fagfellevurdert Engelsk Kvalitet på studier: God. PEDro-skalaen brukt for å vurdere metodologisk kvalitet Metaanalyse: 3 stk. (foreldre responsivitet, spedbarns gråt, spedbarns søvn)	Sign forbedring i søvnatferd Ikke signifikant effekt på gråteatferd Konfidensintervall: 0-14-0.35, 95 % Konfidensintervall: 0,034 - 0,498. Lav power

Vedlegg 2: Detaljert oversikt over enkeltstudiene

Forfattere	Utvalg	Alder (baseline – follow up)	Omsorgsstil	Mål	Intervensjon	Informasjon gitt	Måling	Resultat
Wolfson et al., 1992	60 foreldre mellom 21 og 40 år (RCT)	Graviditet - 20 uker	Ikke oppgitt	Fasilitere hensiktsmessig spedbarnssøvn	2 prenatal og 2 postnatale gruppesesjoner	Søvnfysiologi, rutiner, uavhengig søvn, fokal mat, forskjell natt og dag	Selvrapport: søvndagbok.	Sign. forbedring av søvn d=.74 (SE=0.27) 36% færre nattlige oppvåkninger enn kontrollgr.
Pinilla and Birch, 1993	26 mødre med friskt spedbarn som ammes (RCT)	Uklar - 8 uker	Planmessig	Fasilitere å sove gjennom natten	Hjemmebesøk i graviditeten. Muntlig og skriftlig undervisning. Ukentlig hjemmebesøk etter fødsel	Fokal mat, forskjell natt og dag, selvnedroing, unngå byssing i søvn. Fra 3 uker: Forlenge nattmåltidsintervall	Selvrapport: søvndagbok.	3 uker: sign. lenger søvn 8 uker: 100% sov gjennom natten sml med. 23% av kontrollgruppen. Hedge's g: 3.474 (SE= 0.6) P-verdi: 0.000
St. James-Roberts et al., 2001	610 mødre med friskt spedbarn (RCT)	2–12 uker	Planmessig	Forbedre søvn og gråt	Postnatalt hjemmebesøk og brosjyre. 1 undervisningssesjon og egenlæring i 3 måneder	Fokal mat, selvnedroing, minimal interaksjon på natt, forskjell dag og natt. Fra 3 uker: Forlenge nattmåltidsintervall	Selvrapport: søvndagbok gråtedagbok	Ingen sign. forbedring av søvn d=.15 (SE0.10) Ingen sign. forbedring av gråt D=.08 (SE=0.10)
Hiscock & Wake, (2002)	152 mødre til spedbarn med søvnproblem (RCT)	6–12 måneder	Planmessig	Forbedre søvn	Postnatal individuelle sesjoner på helsestasjon. 3 sesjoner og egenlæring i 6 uker		Selvrapport: søvnproblem ja eller nei	Sign. reduksjon av søvnproblem d=.44 (SE=0,19)
Symon et al., 2005	253 foreldre med friskt spedbarn (RCT)	3–12 uker	Planmessig	Forbedre søvn og gråt	Postnatal individuell sesjon på sykehus. 1 sesjon og egenlæring i 3 uker	Søvnmonster, trøtthet, selvnedroing, minimal foreldrerrespons	Selvrapport: Søvndagbok og Gråtedagbok	Sign. forbedring av søvn d=.25 (SE=0.13) Ingen sign. forbedring av gråt d=.01 (SE=0.01)
Stremler et al., 2006	246 førstegangsmødre med friskt spedbarn (RCT blind)	0–6 uker	Planmessig	Forbedre søvn	Postnatal individuell sesjon. 6 sesjoner og egenlæring i 6 uker	Mors søvnhygiene, avslapningsteknikker, søvnstruktur, selvnedroing, foreldrestøtte	Observasjon: søvn-aktigrafi	Sign. forbedring av søvn d= .64 (SE=0.39)
Hiscock et al., 2007	286 mødre til spedbarn med søvnproblemer (RCT)	7–12 måneder	Planmessig	Forbedre søvn	Individuelle sesjoner på helsestasjon etter fødsel. 1 sesjon og egenlæring i 3 måneder		Selvrapport: søvnproblem ja eller nei	Sign. reduksjon av søvnproblemer d=.30 (SE=0.13)
Stremler et al., 2013	212 førstegangsmødre med friskt spedbarn(RCT)	0–3 måneder	Planmessig	Forbedre søvn	Postnatal individuell sesjon. 4 sesjoner og egenlæring i 3 måneder	Søvnstrategier, mors søvnhygiene, søvnstruktur, selvnedroing	Observasjon: søvn-aktigrafi	Ingensig. forbedring av søvn d=.15 (SE=0.14)
Hiscock et al., 2014	770 mødre med friskt spedbarn (RCT)	4 uker–6 måneder	Ikke oppgitt	Forebygge søvn- og gråteproblem	Postnatal. 1 telefonsesjon og 1 gruppesesjon, hovedsakelig egenlæring med bok og DVD	Søvn- og gråtemønster, uavhengig selvnedroingsteknikker, medisinsk årsak til gråt, rutiner	Selvrapport: søvn og søvnproblem: ja eller nei. Dagbok om intensitet.	Ingen reduksjon søvnproblem d=.04 (SE=0.08) Ingen sign. reduksjon av gråt d=.04 (SE=0.09)

Adair et al., 1992	164 (prospektiv kohort)	4–9 måneder	Ikke oppgitt		1 undervisnings sesjon med barnelege	Innsøvningsassosiasjoner, søvndagbok, instruksjon om å legge barnet våkent.		Intervensjonsbarna hadde 36% færre nattlige oppvåkninger. Kontrollgruppen hadde dobbelt så hyppig nattlige oppvåkninger som intervensjonsbarna
Smart & Hiscock, 2007	131 (Pre-post-intervensjon)	2 uker–7 måneder			1 times konsultasjon hos barnelege	Søvn møster, selvedroing, bruk av atferdsdagbok, råd om god sosial støtte, skriftlig plan		3 uker: sign. færre foreldre rapporterte om problemer, depr.skåre sank sign., rapporterte om mindre krevende temperament hos spedbarnet, økt søvnkvalitet hos mor
Kerr et al., 1996	169 (RCT)	3–9 måneder			1 hjemmebesøk, undervisning, bok	Nedroingsmetoder, rutiner		Sign. færre nattlige oppvåkninger og nedroingsvansker enn hos kontrollgr. 46% av kontrollgr. våknet >2 ganger/natten sml. med 23% av intervensjonsgr.
Hauck et al., 2012	178 (pre-post-intervensjon)	4–6 måneder	Intuitiv		6 timer lang undervisnings sesjon	Søvn syklus, forstå gråt, rutiner, søvnvaner, nedroingsteknikker. Respondere på all gråt uansett		Ingen forskjell i antall nattlige oppvåkninger eller tid brukt på nedroing mellom første og andre måling
McRury & Zolotor, 2010	33 mødre	Nyfødt	Planmessig	Forbedre søvn og redusere gråt	Hjemmebesøk etter fødsel. 1 sesjon og egenlæring i 6 uker		Selvrapport: søvndagbok Gråtedagbok	Ingen sign. forbedring av søvn d=.05 (SE=0.39) Ingen sign. forbedring av gråt d= .39 (SE=0.40)
Nikolopoulou and St. James-Roberts, 2003	134 mødre med spedbarn i risiko for å utvikle søvnproblem	1 uke	Planmessig	Forbedre søvn	Hjemmebesøk og brosjyre. 1 sesjon og egenlæring i 10 uker		Selvrapport: søvndagbok	Sign. forbedring av søvn d=.62 (SE=0.19)
Salisbury et al., 2012	57 mødre til spedbarn med kolikk	7 uker	Planmessig	Forbedre søvn og redusere gråt	Individuelle sesjoner i klinikk. 3 sesjoner i 6 uker		Selvrapport: søvndagbok Gråtedagbok	Ingen sig. forbedring av søvn d=.02 (SE=0.26) Sign. reduksjon av gråt d=.14 (SE0.27)
Scott & Richards, 1990	60 mødre til spedbarn med søvnproblem	10 måneder	Planmessig	Forbedre søvn	Hjemmebesøk. 3 sesjoner og egenlæring i 3 måneder		Selvrapport: søvndagbok	Ingen sig. forbedring av søvn d=.07 (SE=0.26)
Sleep et al., 2002	408 mødre	1 uke	Planmessig	Forbedre søvn	Postnatalt hjemmebesøk og brosjyre. Sesjon og egenlæring i 3 måneder		Selvrapport: søvndagbok	Sign. forbedring av søvn d=.21 (SE=0,10)
Dihigo, 1998	14 foreldre til spedbarn med kolikk	6 uker	Planmessig	Redusere gråt og forbedre foreldre-barn-interaksjon	5 daglige sesjoner i 1 uke		Selvrapport: gråtedagbok	Sign. reduksjon av gråt d=3.19 (SE=0.81)
Keefe et al., 2006	121 foreldre til spedbarn med uforklarlig gråt	5 uker	Planmessig	Regulere spedbarns aktivering og redusere gråt	Postnatalt hjemmebesøk. 4 sesjoner i løpet av 8 uker		Selvrapport: spedbarnsgråt	Sign. forbedring av gråt d=.61 (SE=0.19)
Parkin et al., 1993	22 mødre til spedbarn med kolikk	6 uker	Planmessig	Redusere spedbarnsgråt	Individuell postnatal sesjon i klinikk. 3 sesjoner i løpet av 6 uker		Selvrapport: gråtedagbok	Ingen sign. reduksjon av gråt d= .01 (SE=0.01)

Litteraturliste

- Adair, R., Bauchner, H., Philipp, B., Levenson, S., & Zuckerman, B. (1991). Nightwaking during infancy: role of parental presence at bedtime. *Pediatrics*, *87*, 500-504.
- Adair, R., Zuckerman, B., Bauchner, H., & al., e. (1992). Reducing night waking in infancy: a primary care intervention. *Pediatrics*, *89*, 585-588.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (2015a). Discussion of Normative Issues. In M. Ainsworth, M. Blehar, E. Waters, & S. Wall (Eds.), *Patterns of Attachment - A Psychological Study of the Strange Situation* (pp. 247-300). New York: Psychology Press.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (2015b). Introduction. In M. Ainsworth, M. Blehar, E. Waters, & S. Wall (Eds.), *Patterns of Attachment - A Psychological Study of the Strange Situation* (pp. 1-22). New York: Psychology Press.
- Anders, T. (1994). Infant sleep, nighttime relationships, and attachment. *Psychiatry*, *57*, 11-21.
- Backer-Grøndahl, A., & Nærde, A. (2015). Den viktige og vanskelige selvreguleringen hos barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *52*(6), 497-503.
- Barcat, L., Decima, P., Bodin, E., Delanaud, S., Stephan-Blanchard, E., Leke, A., . . . Bach, V. (2017). Distal skin vasodilation promotes rapid sleep onset in preterm neonates. *Journal of Sleep Research*, *26*(5), 572-577. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jsr.12514>
- Becker, L., & Oxman, A. (2011). Chapter 22: Overviews of reviews. In J. Higgins & S. Green (Eds.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Vol. Version 5.1.0): The Cochrane Collaboration. Retrieved from www.handbook.cochrane.org.
- Blunden, S. L., Thompson, K. R., & Dawson, D. (2011). Behavioural sleep treatments and night time crying in infants: Challenging the status quo. *Sleep Medicine Reviews*, *15*(5), 327-334. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2010.11.002>
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*(39), 350-373.
- Burnham, M. M., Goodlin - Jones, B. L., Gaylor, E. E., & Anders, T. F. (2002). Nighttime sleep - wake patterns and self - soothing from birth to one year of age: a

- longitudinal intervention study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 713-725. doi:10.1111/1469-7610.00076
- 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), 241-248. doi:http://dx.doi.org/10.1037/cpp0000149
- Byars, K. C., Yeomans-Maldonado, G., & Noll, J. G. (2011). Parental functioning and pediatric sleep disturbance: An examination of factors associated with parenting stress in children clinically referred for evaluation of insomnia. *Sleep Medicine*, 12(9), 898-905. doi:10.1016/j.sleep.2011.05.002
- Byars, K. C., Yolton, K., Rausch, J., Lanphear, B., & Beebe, D. W. (2012). Prevalence, patterns, and persistence of sleep problems in the first 3 years of life. *Pediatrics*, 129(2), 276-284. doi:10.1542/peds.2011-0372
- Chambless, D., Sanderson, W., Shoham, V., Bennet Johnson, S., Pope, K., Crits-Christoph, P., & al., e. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*(49), 5-18.
- Crichton, G. E., & Symon, B. (2016). Behavioral management of sleep problems in infants under 6 months-What works? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 37(2), 164-171. doi:http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0000000000000257
- Crncec, 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. doi:http://dx.doi.org/10.1080/02646830903294995
- Deoni, S., Dean, D. I., Piriatsinsky, I., O'Muircheartaigh, J., Waskiewicz, N., & Lehman, K. (2013). Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *NeuroImage*, 82(11), 77-86. doi:10.1016/j.neuroimage.2013.05.090
- Dewald, J., Meijer, A., Oort, F., Kerkhof, G., & Bogels, S. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review *Sleep Medicine Reviews*, 14(3), 179-189.
- Douglas, P. S., & Hill, P. S. (2013). Behavioral sleep interventions in the first six months of life do not improve outcomes for mothers or infants: A systematic review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34(7), 497-507. doi:http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0b013e31829cafa6

- Eckerberg, B. (2004). Treatment of sleep problems in families with young children: Effects of treatment on family well being. *Acta Paediatrica*, 93, 126–134. doi:10.1111/j.1651-2227.2004.tb00686.x
- Espehaug, B. (2016). *Hvordan forstå meta-analyse*. Paper presented at the Nettverkskonferansen i kunnskapsbasert praksis 2016, Bergen.
<http://www.hib.no/contentassets/45dbf221e3b34452875f8e68a46a055f/metaanalyse0504.pdf>
- 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
- Fisher, J., & Australian Research Alliance for Children and Youth. (2011). *Understanding and responding to unsettled infant behaviour: A discussion paper for the Australian Research Alliance for Children and Youth*. Australia: Australian Research Alliance for Children & Youth Retrieved from
<http://trove.nla.gov.au/work/151577056?q&versionId=165233214>.
- Fisher, J., & Rowe, H. (2014, 27. februar). *Enough sleep*. Retrieved from
<http://www.whatwerewethinking.org.au/parents/enough-sleep-.WVtWbpOsVOE>
- Folkehelseerapporten. (2014). *Folkehelseerapporten 2014: Helsetilstanden i Norge*. (2014:4). Oslo: Folkehelseinstituttet Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>.
- Ford, G. (2002). *The New Contented Little Baby Book* London: Vermilion.
- France, K. (1992). Behavior characteristics and security in sleep disturbed infants treated with extinction. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 467–475.
- France, K., Blampied, N., & Henderson, M. (2003). Infant sleep disturbance. *Current Paediatrics*, 13(3), 241-246. doi:10.1016/S0957-5839(03)00004-6
- France, K., & Blampied, N. M. (2005). Modifications of systematic ignoring in the management of infant sleep disturbance: efficacy and infant distress. *Child and Family Behavior Therapy*, 27(1), 1-16.
- Galbally, M., Lewis, A. J., McEgan, K., Scalzo, K., & Islam, F. (2013). Breastfeeding and infant sleep patterns: An Australian population study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49(2), E147-E152. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jpc.12089>
- Gelman, V., & King, N. (2001). Wellbeing of mothers with children exhibiting sleep disturbance. *Australian Journal of Psychology*(53), 18-22.
doi:10.1080/00049530108255117

- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 198-216. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<198::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-L
- Glasziou, P. (2013). Chapter 14 How to write a review. In G. Hall (Ed.), *How to Write a Paper* (pp. 89-97): John Wiley & Sons. Ltd. doi:10.1002/9781118488713.ch14
- Grigg-Damberger, M. M. (2016). The visual scoring of sleep in infants 0 to 2 months of age. *Journal of clinical sleep medicine*, 12(3), 429-445. doi:10.5664/jcsm.5600
- Hansen, B. (2012). Affektive dialoger - fra regulering til mentalisering. In M. Hansen (Ed.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 116-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, 06.06.2016). *Kunnskapsbasert praksis*. Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2017, 06.03.17). *Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring: Anbefalinger for morsmelk, morsmelkerstatning og introduksjon av mat*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Spedbarnsern%C3%A6ring.pdf>
- Helsenorge. (2016, 19.02.2016). *Krybbedød - SIDS*. Retrieved from <https://helsenorge.no/etter-fodselskrybbedod>
- Helsestasjonstjenesten. (2017). *Hvordan hjelpe barnet å sovne?*. Retrieved from <http://www.helsestasjonstjenesten.no/sovn-2/hjelpe-barnet-aa-sovne/>
- Henderson, J. M., France, K. G., & Blampied, N. M. (2011). The consolidation of infants' nocturnal sleep across the first year of life. *Sleep Medicine Reviews*, 15(4), 211-220. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2010.08.003
- Henderson, J. M., France, K. G., Owens, J. L., & Blampied, N. M. (2010). Sleeping through the night: The consolidation of self-regulated sleep across the first year of life. *Pediatrics*, 126(5), e1081-1087. doi:http://dx.doi.org/10.1542/peds.2010-0976
- Herman, J. (1994). Coping with trauma – theory, prevention and treatment. *Journal of Traumatic Stress*(7), 151-152.
- Hinde, K., & Milligan, A. (2011). Primate milk: Proximate mechanisms and ultimate perspectives. *Evolutionary Anthropology*, 20(1), 9-23. doi:10.1002/evan.20289
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., . . . Hillard, P. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations:

- methodology and results summary. *Sleep Health*, 1, 40-43.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010
- Hiscock, H. (2010). Rock-a-bye baby? Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 85-87. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2009.10.005
- Hiscock, H., Bayer, J., Gold, L., Hampton, A., Ukoumunne, O. C., & Wake, M. (2007). Improving infant sleep and maternal mental health: a cluster randomised trial. *Archives of Disease in Childhood*, 92(11), 952. doi:10.1136/adc.2006.099812
- Hiscock, H., Cook, F., Bayer, J., Le, H. N. D., Mensah, F., Cann, W., . . . James-Roberts, I. S. (2014). Preventing early infant sleep and crying problems and postnatal depression: A randomized trial. *Pediatrics*, 133(2), e346-e354.
doi:http://dx.doi.org/10.1542/peds.2013-1886
- 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.
doi:10.1111/jpc.12752
- Hiscock, H., & Wake, M. (2002). Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *BMJ (Clinical Research Edition)*, 324(7345), 1062-1065.
- Hock, E., McBride, S., & Gnezda, M. (1989, s. 794). Maternal separation anxiety: mother–infant separation from the maternal perspective. *Child Development*, 60(4), 793–802. doi:10.2307/1131019
- Hofacker, N., & Papousek, M. (1998). Disorders of excessive crying, feeding, and sleeping: the Munich Interdisciplinary Research and Intervention Program. *Infant Mental Health Journal*, 19(2), 180–201. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199822)19:2<180::AID-IMHJ7>3.0.CO;2-S
- Hsu, H. (2004). Antecedents and consequences of separation anxiety in first-time mothers: infant, mother, and social–contextual characteristics. *Infant Behavior & Development*, 27(2), 113–133. doi:10.1016/j.infbeh.2003.09.005
- Hysing, M., Harvey, A., Linton, S., Askeland, K., & Sivertsen, B. (2016). Sleep and Academic Performance in Later Adolescence. Results from a Large Population-based Study. *Journal of Sleep Research*, 25(3), 318-324. doi:10.1111/jsr.12373

- Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K., Lundervold, A., & Sivertsen, B. (2013). Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population-based study. *J Sleep Res.*, *22*(5), 549-556. doi:10.1111/jsr.12055
- Hysing, M., Posserud, M., Lundervold, A., & Sivertsen, B. (2015). Association between sleep problems and symptoms of ADHD in adolescence. Results from a large population-based study. *Behavioral Sleep Medicine*, *14*(5), 550-564. doi:10.1080/15402002.2015.1048448
- Hysing, M., Torgersen, L., Ystrøm, E., Harvey, A., Reichborn-Kjennerud, T., & Sivertsen, B. (2014). Trajectories and predictors of nocturnal awakenings and short sleep duration in infants from 6 to 18 months. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *35*, 309-316.
- Keller, I. (2010). *What, when and why develops in sleep development*. (Doktorgradsavhandling Dissertation Empirical Study; Quantitative Study), Berkeley, Retrieved from <http://www.escholarship.org/uc/item/83j77327> Available from Ovid Technologies PsycINFO database. (6-B)
- Kempler, L., Sharpe, L., & Bartlett, D. J. (2016). Response to SMRV-D-15-564: Not yet time to throw the baby out with the bathwater, a paradigm shift is premature. *Sleep Medicine Reviews*, *29*, 119-120. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2015.11.001>
- 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. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2015.08.002>
- Kerr, S., Jowett, S., & Smith, L. (1996). Preventing sleep problems in infants: a randomized controlled trial. *J Adv Nurs*, *24*(5), 938–942. doi:10.1111/j.1365-2648.1996.tb02929.x
- Kessler, R., Berglund, P., Coulouvrat, C., Hajak, G., Roth, T., Shahly, V., & al., e. (2011). Insomnia and the Performance of US Workers: Results from the America Insomnia Survey. *Sleep*, *34*(9), 1161-1171. doi:10.5665/SLEEP.1230
- Klingenberg, T. (2017, 19. august). Foreldrerådet om søvn: -La spedbarnet gråte! VG. Retrieved from http://pluss.vg.no/2017/08/19/2902/2902_24120134
- Kuhn, B. R. (2014). Practical strategies for managing behavioral sleep problems in young children. *Sleep Medicine Clinics*, *9*(2), 181-197. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.03.004>

- Lam, P., Hiscock, H., & Wake, M. (2003). Outcomes of infant sleep problems: a longitudinal study of sleep, behavior, and maternal well-being. *Pediatrics*, *111*(3), e203-207. doi:10.1542/peds.111.3.e203
- Liedloff, J. (1975/1986). *The Continuum Concept*. London: Penguin Books.
- Lode-Kolz, K., & Hansen, B. (2017). Søvnforstyrrelser hos barn og unge - hvorfor er dette aktuelt? *35*(2), 50-53. Retrieved from <https://paidos.no/sovnforstyrrelser-hos-barn-og-unge-hvorfor-er-dette-aktuelt/>
- Løvlie Schibbye, A., & Løvlie, E. (2017). *Du og barnet*: Universitetsforlaget.
- McKenna, J., & McDade, T. (2005). Why babies should never sleep alone: a review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatr Respir Rev.*, *6*(2), 134-152. doi:10.1016/j.prrv.2005.03.006
- McKenna, J. J., & Gettler, L. T. (2016). There is no such thing as infant sleep, there is no such thing as breastfeeding, there is only breastsleeping. *Acta Paediatrica*, *105*(1), 17-21. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/apa.13161>
- Meijer, A., Godfried, L., & Wittenboer, v. (2007). Contribution of infants' sleep and crying to marital relationship of first-time parents in the 1st year after child birth. *Journal of Family Psychology*, *21*(1), 49-57. doi:10.1037/0893-3200.21.1.49
- Middlemiss, W., Granger, D. A., Goldberg, W. A., & Nathans, L. (2012). Asynchrony of mother-infant hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity following extinction of infant crying responses induced during the transition to sleep. *Early Human Development*, *88*(4), 227-232. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.08.010>
- Mihelic, M., Morawska, A., & Filus, A. (2017). Effects of early parenting interventions on parents and infants: A meta-analytic review. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(6), 1507-1526. doi:10.1007/s10826-017-0675-y
- Mindell, J. A., Du Mond, C., Tanenbaum, J. B., & Gunn, E. (2012). Long-term relationship between breastfeeding and sleep. *Children's Health Care*, *41*(3), 190-203. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02739615.2012.685038>
- Mindell, J. A., Leichman, E. S., Composto, J., Lee, C., Bhullar, B., & Walters, R. M. (2016). Development of infant and toddler sleep patterns: Real-world data from a mobile application. *Journal of Sleep Research*, *25*(5), 508-516. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jsr.12414>

- Mirmiran, M., Maas, Y., & Ariagno, R. (2003). Development of fetal and neonatal sleep and circadian rhythms. *Sleep Med. Rev.*, 7(4), 321–334. doi:10.1053/smr.2002.0243
- Mobbs, E., Mobbs, G., & Mobbs, A. (2016). Imprinting, latchment and displacement: a review of early instinctual behaviour influencing breastfeeding success. *Acta Paediatrica*, 105, 24–30. doi:10.1111/apa.13034
- Moore, M., & Mindell, J. A. (2013). The impact of behavioral interventions for sleep problems on secondary outcomes in young children and their families. In *The Oxford handbook of infant, child, and adolescent sleep and behavior* (pp. 547-558). New York, NY: Oxford University Press; US.
- Moore, T., & Ucko, L. (1957). Night waking in early infancy: part 1. *Arch Dis Child*, 32(264), 333-342. doi:10.1136/ad.32.164.333
- 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
- Møller-Pedersen, K. (2012). Urolige sped- og småbarn: Reguleringsvansker som forløpere for oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet og kanskje ADHD? . In M. Hansen (Ed.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (pp. 374-390). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Narvaez, D. (2011). *Dangers of "Crying It Out"*. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/blog/moral-landscapes/201112/dangers-crying-it-out>
- Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer. (2007). *Søvn og søvnproblemer* [Brosjyre]. Bergen: Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer.
- Nordanger, D., & Braarud, H. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis 44(9), 1127-1128. Retrieved from http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=31378&a=2
- Pallesen, S. (2013, januar). *Søvn og søvnforstyrrelser hos barn og unge*. Trondheim. Abstract hentet fra [https://www.nsf.no/Content/1137253/S%F8vn St%E5le Pallesen.pdf](https://www.nsf.no/Content/1137253/S%F8vn%20St%20E5le%20Pallesen.pdf)
- Pallesen, S., Hetland, J., Sivertsen, B., Samdal, O., Torsheim, T., & Nordhus, I. (2008). Time trends in sleep-onset difficulties among Norwegian adolescents: 1983–2005.

- Scandinavian Journal of Public Health*, 36(8), 889-895.
doi:10.1177/1403494808095953
- Pallesen, S., Sivertsen, B., Nordhus, I., & Bjorvatn, B. (2013). A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Med.*, 15(2), 173-179.
doi:10.1016/j.sleep.2013.10.009
- Pallesen, S., & Sørensen, E. (2016, 19. september). *Søvnløshet hos barn*. Retrieved from <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovnloshet-hos-barn>
- Pantley, E. (2002). *The no-cry sleep solution: Gentle ways to help your baby sleep through the night*. New York: McGraw Hill.
- Pantley, E. (2011). *Sove uten gråt - hvordan du varsomt hjelper barnet ditt å sove natten gjennom*: Vigmostad Bjørke.
- Philbrook, L. E., Hozella, A. C., Kim, B.-R., Jian, N., Shimizu, M., & Teti, D. M. (2014). Maternal emotional availability at bedtime and infant cortisol at 1 and 3 months. *Early Human Development*, 90(10), 595-605.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.05.014
- Philbrook, L. E., & Teti, D. M. (2016). Associations between bedtime and nighttime parenting and infant cortisol in the first year. *Developmental Psychobiology*, 58(8), 1087-1100.
doi:http://dx.doi.org/10.1002/dev.21442
- Pinilla, T., & Birch, L. (1993). Help me make it through the night—behavioral entrainment of breast-fed infants sleep patterns. *Pediatrics*, 91(2), 436–444.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2014). Part 1 Attachment in early caregiving relationships. In *The circle of security intervention - enhancing attachment in early parent-child relationships* (pp. 3-122). New York: The Guilford press.
- Price, A. M., Wake, M., Ukoumunne, O. C., & Hiscock, H. (2012). Five-year follow-up of harms and benefits of behavioral infant sleep intervention: Randomized Trial. *Pediatrics*, 130(4), 643-651. doi:http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-3467
- Prøsch, I. (2012, 31. oktober). Når myndighetene svikter [Blogginlegg]. Retrieved from <http://www.tilknytningspedagogene.no/tilknytningsbloggen/god-sovn/378-nar-myndighetene-svikter>

- Ramamurthy, M. B., Sekartini, R., Ruangdaraganon, N., Huynh, D. H. T., Sadeh, A., & Mindell, J. A. (2012). Effect of current breastfeeding on sleep patterns in infants from Asia-Pacific region. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *48*(8), 669-674.
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1754.2012.02453.x>
- Rowe, H., & Fisher, J. (2010). The contribution of Australian residential early parenting centres to comprehensive mental health care for mothers of infants: Evidence from a prospective study. *International Journal of Mental Health Systems*, *4*(6).
doi:10.1186/1752-4458-4-6
- Rowe H, F. J. (2010). Development of a universal psycho-educational intervention to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: a multiple method approach. *BMC Public Health*, *10*, 499.
- Rønnestad, M. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *45*(4), 444-454.
- Sadeh, A. (1994). Assessment of intervention for infant night waking: parental reports and activity-based home monitoring. *Journal of Consult Clin Psychology*, *62*(1), 63–68.
doi:10.1037/0022-006X.62.1.63
- Sadeh, A., & Anders, T. (1993). Infant Sleep Problems: Origins, Assessment, Interventions *Infant Mental Health Journal*, *14*(1), 17-34. doi:10.1002/1097-0355(199321)14:1<17::AID-IMHJ2280140103>3.0.CO;2-Q
- Sadeh, A., Flint-Ofir, E., Tirosh, T., & Tikotzky, L. (2007). Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *J Fam Psychol*, *21*(1), 74–87. doi:10.1037/0893-3200.21.1.74
- Sadeh, A., Juda-Hanael, M., Livne-Karp, E., Kahn, M., Tikotzky, L., Anders, T. F., . . . Sivan, Y. (2016). Low parental tolerance for infant crying: An underlying factor in infant sleep problems? *Journal of Sleep Research*, *25*(5), 501-507.
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jsr.12401>
- Sadeh, A., Lavie, P., Scher, A., Tirosh, E., & Epstein, R. (1991). Actigraphic home-monitoring sleep-disturbed and control infants and young children: a new method for pediatric assessment of sleep-wake patterns. *Pediatrics*, *87*(4), 494–499.
- Sadeh, A., Mindell, J., Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *J Sleep Res.*, *18*(1), 60-73. doi:10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x

- Sadeh, A., Mindell, J. A., & Owens, J. (2011). Why care about sleep of infants and their parents? *Sleep Medicine Reviews, 15*(5), 335-337.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2011.03.001>
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews, 14*(2), 89-96. doi:10.1016/j.smr.2009.05.003
- Sameroff, A. J. (1975). Early influences on development: Fact or fancy? *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development, 21*(4), 267-294.
- Sameroff, A. J. (2009). The Transactional Model. In A. J. Sameroff (Ed.), *The Transactional Model of Development: How children and contexts shape each other* (pp. 3-21). Washington, DC, US: American Psychological Association. Retrieved from <https://vpn2.uio.no/+CSCO+0h756767633A2F2F63666C706172672E6E636E2E626574+/index.cfm?fa=browsePB.chapters&pbid=11877>.
- Sateia, M. (2014). International Classification of Sleep Disorders - Third Edition. Highlights and Modifications. *CHEST, 146*(5), 1387-1394. doi:10.1378/chest.14-0970
- Scher, A. (2008). Maternal separation anxiety as a regulator of infants' sleep. *J Child Psychol Psychiatry, 49*(6), 618-625. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01872.x
- Scher, A., & Blumberg, O. (1999). Night waking among 1-year olds: a study of maternal separation anxiety. *Child Care Health Dev, 25*(5), 323-334. doi:10.1046/j.1365-2214.1999.00099.x
- Schore, A. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 8*, 59-87.
- Ask Dr. Sears (ukjent). *Why do babies cry?* Retrieved from <https://www.askdrsears.com/topics/health-concerns/fussy-baby/why-do-babies-cry>
- Shochat, T., Cohen-Zion, M., & Tzischinsky, O. (2014). Functional consequences of inadequate sleep in adolescents: a systematic review. *Sleep Med Rev, 18*(1), 75-87. doi:10.1016/j.smr.2013.03.005
- Sivertsen, B., Harvey, A., Lundervold, A., & Hysing, M. (2014). Sleep problems and depression in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16-18 years. *European Child & Adolescent Psychiatry, 23*(8), 681-689. doi:10.1007/s00787-013-0502-y

- Sivertsen, B., Lallukka, T., Salo, P., Pallesen, S., Hysing, M., Krokstad, S., & al., e. (2013). Insomnia as a risk factor for ill health. Results from the large population-based prospective HUNT study in Norway. *Journal of Sleep Research, 23*(2), 124-132. doi:10.1111/jsr.12102
- Sivertsen, B., Overland, S., Bjorvatn, B., Maeland, J., & Mykletun, A. (2009). Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study. *J Psychosom Res, 66*(1), 67-74. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.06.011
- Sivertsen, B., Overland, S., Neckelmann, D., Glozier, N., Krokstad, S., Pallesen, S., & al., e. (2006). The long-term effect of insomnia on work disability: the HUNT-2 historical cohort study. *Am J Epidemiol, 163*(11), 1018-1024.
- Sivertsen, B., Skogen, J., Jakobsen, R., & Hysing, H. (2015). Sleep and use of alcohol and drug in adolescence. A large population-based study of Norwegian adolescents aged 16 to 19 years. . *Drug and Alcohol Dependence, 149*(April), 180-186. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.01.045
- Smart, J., & Hiscock, H. (2007). Early infant crying and sleeping problems: a pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. *Journal of Paediatric Child Health, 43*(4), 284-293. doi:10.1111/j.1440-1754.2007.01060.x
- Spock, B. (1979). *Baby & Child Care*. New York: W H Allen & Co Ltd.
- St James-Roberts, I. (2012). *The Origins, Prevention and Treatment of Infant Crying and Sleeping Problems. An evidence-based guide for healthcare professionals and the families they support*. Great Britain: Routledge.
- St James-Roberts, I., Sleep, J., Morris, S., & Gilham, 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*, 289–297. doi:10.1046/j.1365-2214.2002.t01-1-00262_11.x
- Steinsbekk, S., Berg-Nielsen, T., & Wichstrom, L. (2013). Sleep disorders in preschoolers: prevalence and comorbidity with psychiatric symptoms. *J Dev Behav Pediatr, 34*(9), 633-641. doi:10.1097/01.DBP.0000437636.33306.49
- Stien, P., & Kendall, J. (2004). *Psychological trauma and the developing brain*. New York: Routledge.

- Stremler, R., Hodnett, E., Kenton, L., Lee, K., Weiss, S., Weston, J., & Willan, A. (2013). Effect of behavioural-educational intervention on sleep for primiparous women and their infants in early postpartum: Multisite randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal Vol 346 2013, ArtID f1164, 346.*
- Stremler, R., Hodnett, E., Lee, K., & al., e. (2006). A behavioral-educational intervention to promote maternal and infant sleep: a pilot randomized, controlled trial. *Sleep, 29(12), 1609–1615.*
- Staarvik, K. (2012, 23. oktober). Søvndebatten: Gråtekur eller ikke? *KK - kvinner og klær, 2017.*
- Symon, B., Marley, J., Martin, A., & Norman, E. (2005). Effect of a consultation teaching behaviour modification on sleep performance in infants: a randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia, 182(5), 215–218.*
- Sørensen, E. (2011, 15. juni). *Leggerutiner for barn*. Retrieved from <https://helsenorge.no/sykdom/sovnproblemer/leggerutiner-for-barn>
- Westerveld, J. (2012, 15. september). Vil forby skrikekurer for spebarn. *Aftenposten*. Retrieved from <http://www.aftenposten.no/norge/Vil-forby-skrikekurer-for-spebarn-144253b.html>
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession. *The International Journal of Psychoanalysis, 34(2), 89-97.*
- Winnicott, D. (1988). *Babies and their Mothers*. London: Free Association Books.
- Wolfson, A., Lacks, P., & Futterman, A. (1992). Effects of parent training on infant sleeping patterns, parents stress, and perceived parental competence. *Journal of Consult Clinical Psychology, 60(1), 41–48.* doi:10.1037/0022-006X.60.1.41
- Zhdanova, I. V., & Wurtman, R. J. (1997). Efficacy of Melatonin as a Sleep-Promoting Agent. *Journal of Biological Rhythms, 12(6), 644-650.* doi:10.1177/074873049701200620