



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2023 30 stp

Fakultet for landskap og samfunn
Institutt for folkehelsevitenskap

Erfaringer fra søvnkurs - en kvalitativ studie av deltakererfaringer etter gjennomgått gruppebasert søvnkurs

Experiences from a Sleep Course
- A Qualitative Study of Participant Experiences
After Completing a Group-Based Sleep Course

Thea Catrine Hjetland

Master i Folkehelsevitenskap

Forord

Arbeidet med denne oppgaven har vært både lærerikt og krevende. Det har vært interessant å få et innblikk i andre menneskers erfaringer relatert til søvn, og det har vært spennende å se deres erfaringer i lys av eksisterende forskning og relevant teori.

Først og fremst vil jeg takke informantene som stilte opp for denne oppgaven. Uten dere ville ikke denne oppgaven eksistert.

Videre vil jeg takke den studerte frisklivssentralen som var positive til mitt valg av tema for denne oppgaven. En ekstra takk til kursholderne ved frisklivssentralen, som gjorde en iherdig innsats for å skaffe informanter til oppgaven.

Og takk til min veileder, Hilde Sylliaas, som har støttet meg, og bidratt med konstruktive tilbakemeldinger underveis i prosessen.

Til slutt må jeg takke familie, venner og medstudenter for oppmuntrende ord gjennom denne perioden. En spesiell takk til min mann og våre tre barn som har lagt til rette for gode arbeidsøkter og nødvendige pustepauser!

Det er litt vemodig at studenttilværelsen går mot slutten, men jeg gleder meg til å ta fatt på folkehelse relaterte utfordringer i ny jobb!

Thea Catrine Hjetland

Asker, 13.05.2023

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge er søvnevansker en av de vanligste helseutfordringene, og beskrives som et folkehelseproblem. Omtrent hver tredje nordmann strever med søvn ukentlig, og omtrent 15% oppfyller kriteriene for insomni. Søvnmangel påvirker humør, konsentrasjon og overskudd, og kan forårsake både psykiske og fysiske lidelser. Ikke-medikamentell behandling er anbefalt ved insomni, og Helsedirektoratets søvnkurs-mal, «Sov godt», kan benyttes som behandlingstilbud mot søvnevansker og insomni. Frisklivssentralen i den studerte kommunen tilbyr gruppebaserte søvnkurs som baserer seg på «Sov godt».

Hensikt: Formålet med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer mennesker har etter deltakelse på gruppebasert søvnkurs.

Metode: Studien benyttet en kvalitativ tilnærming med fokusgruppeintervju som metode. Studiens funn ble analysert ved bruk av en tematisk analyse hvor informantenes erfaringer ble identifisert og systematisert.

Funn: Tre informanter deltok i fokusgruppeintervjuet, og samtlige hadde deltatt på søvnkurs ved den studerte frisklivssentralen tidligere. Alle informantene delte et ønske om å endre egen situasjon, men informantene hadde ulik grad av motivasjon og tro på endring. Informantene erfarte at både økt kunnskap og en opplevelse av fellesskap med likesinnede, bidro til å sette egen situasjon i perspektiv. Ved kursslutt hadde informantene ulike erfaringer knyttet til endring av egne søvnutfordringer og insomni. Studiens funn ble diskutert i lys av sosial-kognitiv teori og annen relevant forskning.

Konklusjon: Studiens funn viser at informantene hadde *ulike* erfaringer med søvnkursdeltakelsens påvirkning på egen insomni. Selv om informantenes erfaringer knyttet til endring av egne søvnutfordringer var ulike, beskrev alle informantene søvnkursdeltakelsen som en *positiv* opplevelse. Informantene erfarte en følelse av fellesskap gjennom kursdeltakelsen, noe som bidro til økt *mestringstro* knyttet til håndtering av egen situasjon. Funnene i studien kan forklares med sosial-kognitiv teori, som blant annet beskriver at individets mestringstro vil påvirke et individs erfaringer og valg av helseatferd.

Nøkkelord: søvnevansker, insomni, søvnkurs, frisklivssentral, fokusgruppeintervju, sosial-kognitiv teori

Abstract

Background: Sleep problems are a common health challenge in Norway and are considered a public health issue. About one-third of Norwegians have difficulties sleeping every week, and roughly 15% meet the criteria for insomnia. Lack of sleep can affect mood, concentration, and energy levels, leading to mental and physical disorders. Non-pharmacological treatments are recommended for insomnia, and the "Sleep Well" (no. "Sov godt") course template from the Norwegian Directorate of Health can be used for insomnia treatment. The Healthy Life Center in the studied municipality offers group-based sleep courses based on the "Sleep Well" template.

Purpose: This study aimed to investigate the experiences of individuals who participated in group-based sleep courses.

Method: This study utilized a qualitative approach with focus group interview as the chosen method. The findings were analyzed using thematic analysis, which involved identifying and organizing participants' experiences.

Findings: Three participants participated in the focus group interview, all of whom had previously attended a sleep course at the studied Healthy Life Center. While they shared a desire to change their situation, their motivation and belief in their ability to change varied. Participants reported that increased knowledge and a sense of community with like-minded individuals helped them put their situation into perspective. At the end of the course, participants had different experiences related to their ability to address their sleep challenges and insomnia. The findings in this study were discussed considering social cognitive theory and other relevant research.

Conclusion: The study reveals that the participants had varying experiences regarding the impact of sleep course participation on their insomnia. However, regardless of improvement in insomnia, the participants reported that attending the sleep course was a positive experience. In addition, they experienced a sense of community through the course participation, contributing to increased self-efficacy related to managing their situation. The findings in this study can be explained using the social cognitive theory, which describes how an individual's self-efficacy can affect their experiences and choices related to health behaviors.

Keywords: sleep difficulties, insomnia, sleep course, Healthy Life Center, focus group interview, social cognitive theory

Innhold

1 Innledning	6
2 Problemstilling.....	8
3 Bakgrunn og teori	9
3.1 Helse og livskvalitet	9
3.2 Søvn.....	10
3.2.1 Søvnstadier	10
3.2.2 Søvnregulering	11
3.2.3 Søvnhygiene	12
3.2.4 Insomni.....	12
3.2.5 Helsedirektoratets søvnkurs.....	14
3.3 Sosial-kognitiv teori.....	15
3.3.1 Triadisk gjensidighet	15
3.3.2 Kunnskap.....	15
3.3.3 Mestringstro.....	16
3.3.4 Resultatforventning	17
3.3.5 Målsetning	18
3.3.6 Sosiostrukturelle faktorer	18
4 Metode	19
4.1 Kvalitativ metode	19
4.1.1 Fokusgruppeintervju som metode.....	20
4.2 Utvalg og rekruttering av informanter	20
4.2.1 Inklusjonskriterier.....	20
4.2.2 Rekruttering av informanter	21
4.2.3 Bakgrunnsinformasjon om informantene	22
4.3 Datainnsamling	22
4.3.1 Intervjuguide.....	22
4.3.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervju	22
4.4 Transkribering av fokusgruppeintervju	24
4.5 Analyse	25
4.5.1 Tematisk analyse	25
4.5.2 Gjennomføring av analyse.....	26
4.6 Forskers bakgrunn og forforståelse.....	27
4.7 Etske vurderinger.....	28
5 Funn	29
5.1 Ønske om endring.....	29

5.1.1	Motivasjon.....	30
5.1.2	Kunnskapsperspektiv.....	31
5.2	Opplevelse av fellesskap.....	32
5.2.1	Selvperspektiv	33
5.2.2	Speiling.....	34
5.3	Mestring på egenhånd.....	35
5.3.1	Mestringsstrategier	36
5.3.2	Fremtidsperspektiv	38
5.4	Oppsummering av funn	40
6	Diskusjon	41
6.1	Diskusjon av metode.....	41
6.1.1	Pålitelighet.....	41
6.1.2	Gyldighet.....	42
6.1.3	Generaliserbarhet.....	44
6.2	Diskusjon av funn.....	45
6.2.1	Ønske om endring.....	45
6.2.2	Opplevelse av fellesskap	50
6.2.3	Mestring på egenhånd.....	52
6.2.4	Oppsummering av diskuterte funn.....	57
7	Konklusjon.....	58
8	Referanser	59
	Vedlegg.....	69
	Vedlegg A: Intervjuguide	70
	Vedlegg B: Informasjonsskriv	71
	Vedlegg C: Samtykkeerklæring.....	74
	Vedlegg D: Bekreftelse fra NSD (Sikt)	75

1 Innledning

Verdens Helseorganisasjon omtaler søvnevansker som en epidemi i den industrialiserte verden (Walker, 2022). Opp mot 45 % av verdens befolkning sover så lite at de står i fare for å påvirkes av de negative helseeffektene som søvnmangel kan medføre (De Clercq et al., 2021). I Norge er søvnevansker en av de vanligste helseutfordringene, og vurderes som et folkehelseproblem av stort omfang og betydning, og det anslås at omtrent hver tredje nordmann strever med søvn ukentlig (Helsedirektoratet, 2017). Søvnmangel kan blant annet medføre økt sannsynlighet for depresjon, kreft, kardiovaskulære sykdommer og gi økt mottakelighet for smittsomme sykdommer (Irwin, 2015). Søvn er viktig ikke bare for å redusere risiko for sykdom, men også for å opprettholde humør, konsentrasjon og overskudd gjennom dagen (Mullington et al., 2021). Søvnutfordringer sees ikke bare som et vanlig symptom ved utvikling av de fleste psykiske lidelser, men er i tillegg forbundet med lavere mestringstro og redusert livskvalitet (Helsedirektoratet, 2017).

Forskning viser at opplevelsen av egen livskvalitet kan påvirkes av søvnkvalitet, og at dette igjen kan påvirke egen helseatferd. Videre finner man en sammenheng mellom god helseatferd og opplevelsen av god livskvalitet (Alamir et al., 2022; FN-sambandet, 2022; Strine & Chapman, 2005). Norske myndigheter ønsker å styrke befolkningens psykiske helse og livskvalitet, og vektlegger søvn og søvnmangel som viktige fokusområder i sitt arbeid (Meld. St. 19 (2018 – 2019)). Søvnutfordringer som blir så omfattende at normal hverdagsfunksjon forringes, er definert som *insomni* (Dyregrov, 2016). Insomni er en søvnlidelse som ofte resulterer i et uheldig atferdsmønster, og tilhørende redusert helse og livskvalitet (Bjorvatn, 2013; Walker, 2022).

I 2017 ble det nedsatt et utvalg med et mandat om å utarbeide «Nasjonal anbefaling for utredning og behandling ved insomni». Utvalget poengterte at kunnskapsnivået knyttet til insomni stadig øker, men at det er behov for mer forskning på feltet (Bjorvatn et al., 2018). Hovedvekten av studier innen fagfeltet ser ut til å være av kvantitativ metode. Innen norsk forskning ser man eksempelvis flere studier som har benyttet data fra store helseundersøkelser som HUNT (Overland et al., 2008). Det ser imidlertid ut til at antallet kvalitative studier innen fagfeltet øker. Den økende trenden med kvalitative studier vurderer Araújo et al. (2017) som viktig fordi kvalitative funn kan berike forståelsen for hvordan mennesker som lider av insomni erfarer egen situasjon (Araújo et al., 2017).

Til tross for at søvnevansker vurderes som et økende folkehelseproblem, anslås det at kun 15% får behandling for sine søvnevansker (Helsedirektoratet, 2017). Folkehelseloven impliserer at folkehelsearbeidet i Norge skal vektlegge forebyggende arbeid knyttet til blant annet kroppslige og psykiske lidelser, med mål om å fremme helse og trivsel i befolkningen (Folkehelseloven, 2011). Folkehelseinstituttet anbefaler at ikke-medikamentelle intervensjoner og forebyggende tiltak tilgjengeliggjøres for kommunens innbyggere som strever med søvn (Helsedirektoratet, 2017). En frisklivssentral er en helsetjeneste på kommunalt nivå, som vektlegger helsefremming og helseforebyggende arbeid (Meld. St. 19 (2018 – 2019)). Flere frisklivssentraler innehar kompetanse knyttet til søvnevansker og insomni, og holder individuelle oppfølginger og gruppekurs rundt temaet (Meld. St. 19 (2018 – 2019)). Søvnkurset som gis ved frisklivssentralen studiens informanter er rekruttert fra benytter helsedirektoratets søvnkurs-mal «Sov godt» (Helsedirektoratet, 2018). Målet med kurset er å øke deltakernes kunnskapsnivå omkring temaene søvn og søvnevansker, slik at den enkelte kan ta bedre helsevalg for seg selv (Helsedirektoratet, 2016; Helsedirektoratet, 2018).

Denne studien ønsker å belyse deltakererfaringer etter gjennomgått søvnkurs. Målet er at disse subjektive erfaringene kan gi innsikt i hvilke erfaringer mennesker som strever med søvn opplever etter deltakelse på gruppebasert søvnkurs. Først vil en introduksjon til problemstillingen bli gitt, før relevant teori og forskning presenteres. Videre vil et metodekapittel beskrive fremgangsmåten for studien før påfølgende kapittel presenterer studiens funn. I diskusjonskapittelet vil både diskusjon av metode og diskusjon av funn legges frem. Avslutningsvis vil en konklusjon besvarer problemstillingen basert på studiens funn.

2 Problemstilling

Det er gjort lite forskning på deltakererfaringer knyttet til søvnkurs ved frisklivssentraler.

Innsikt i deltakererfaringene knyttet til kurset kan være av interesse både for frisklivssentralen i den studerte kommunen, men også for andre kommuner som enten tilbyr kurset eller vurderer å starte opp kurset.

Problemstillingene presentert nedenfor er basert på ønsket om å frembringe kvalitative data som belyser deltakererfaringer etter deltakelse ved et bestemt kurs.

Hovedproblemstilling:

- *Hvilke erfaringer har deltakere etter gjennomgått søvnkurs?*

Underproblemstillinger:

- *Hvilke erfaringer har deltakerne med å anvende de metodene som søvnkurset inneholder?*
- *Hvordan erfarer deltakerne egne søvnutfordringer etter gjennomgått søvnkurs?*

3 Bakgrunn og teori

I dette kapittelet vil relevant bakgrunn og teori presenteres. I lys av at helse og livskvalitet forringes ved søvnevansker, vil en definisjon av begrepene *helse* og *livskvalitet* presenteres. Deretter vil temaer relatert til *søvn* beskrives for å gi en forståelse av *søvn* som allment fenomen, før søvnlidelsen *insomni* blir gjort rede for. Videre vil Helsedirektoratets søvnkursmal, «*Sov godt*», presenteres overordnet da søvnkurset studiens informanter har deltatt på har vært basert på kurs-malen. Avslutningsvis vil *sosial-kognitiv teori* bli presentert da denne teorien benyttes i diskusjonskapittelet for å belyse prosjektets funn.

3.1 Helse og livskvalitet

Søvnutfordringer påvirker opplevelsen av egen helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2017; Walker, 2022; Whale & Gooberman-Hill, 2022). FNs bærekraftsmål nr. 3, «God helse og livskvalitet», vektlegger viktigheten av å fremme god helse (FN-sambandet, 2022). Verdens Helseorganisasjon definerer *god helse* som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og fysisk svekkelse» (WHO, 1946). Definisjonen av god helse vektlegges i stor grad som individets muligheter til å mestre utfordringer i livet (Meld. St. 19 (2014 – 2015)). Begrepet *livskvalitet* brukes tidvis synonymt med begrepet «well-being», og kan beskrives som en tilstand av positive opplevelser og følelser som bidrar til å fremme og utforske eget potensiale (Helsedirektoratet, 2015; Simons & Baldwin, 2021). I norsk sammenheng vurderes livskvalitet som et subjektivt element som omhandler våre følelser og tilfredshet med livet (Helsedirektoratet, 2015).

Ved at enkeltindividet får brukt sitt fulle potensiale fremmes opplevelsen av mestring, og dette kan bidra til å skape god helse og trivsel (Samdal et al., 2017). Videre øker opplevelsen av god helse muligheten for at den enkelte i enda større grad utnytter sitt fulle potensiale, og påfølgende blir en bidragsyter til samfunnsutvikling (FN-sambandet, 2022). Søvnvansker er en faktor som kan gjøre at mennesker faller helt eller delvis ut av arbeidslivet. Gjennom deltakelse i arbeid kan enkeltindividet oppleve positive helsegevinster slik som mestring, motivasjon og sosial støtte (Wilhelmsen-Langeland, 2022). Enkeltindividets mulighet til å optimalisere og opprettholde egen helse er avhengig av ressurser i omgivelser og miljø (DiClemente et al., 2019). I Norge er det fastsatt gjennom folkehelseloven at alle sektorer ved samtlige forvaltningsnivå skal arbeide for å fremme folkehelse (Folkehelseloven, 2011). Gjennom aktiv deltakelse på et kurs ved en kommunal frisklivssentral vil et individ kunne

medvirke til egen helsefremming (Meld. St. 19 (2018 – 2019)). Ansatte ved sentralene har kompetanse om levevaners påvirkning på fysisk og psykisk helse, og kan bidra med å redusere risiko for at individer tar uheldige helsevalg (Meld. St. 19 (2018 – 2019)).

3.2 Søvn

Søvn er et universelt fenomen hos mennesker, og et grunnleggende fysiologiske behov (Walker, 2022). Mennesker bruker nærmere en tredjedel av livet på å sove (Dyregrov, 2016). Gjennom natten reetablerer hjernen nivået av stoffer som er avgjørende for vår evne til å lære, tenke og huske. Søvn fungerer dermed som en restitusjon som er avgjørende for vår opplevelse av velvære og helse (Dyregrov, 2016). Søvn er i tillegg viktig for opprydding, utviklingen og vedlikehold av kroppen og hjernen (Helsedirektoratet, 2018; Walker, 2022). Til tross for søvnens viktige funksjon for menneskelig fungering og helse er det ikke antall timer man sover, men kvaliteten på timene man sover som er avgjørende for opplevelse av velvære og helse (Bjorvatn, 2013; Walker, 2022). Samtidig er søvntid som er kortere enn 5 timer eller lengre enn 9 timer oftere forbundet med en økning i helseproblemer (Dyregrov, 2016). Hvis man opplever en natt med dårlig søvn oppleves en redusert konsentrasjon, dårligere humør og en generelt lavere yteevne neste dag (Bjorvatn, 2013). Som følge av dette blir søvn en avgjørende brikke for vår mulighet til å ta aktivt del i eget liv (Wilhelmsen-Langeland, 2022), og der igjennom fremme egen helse og trivsel (Samdal et al., 2017).

3.2.1 Søvnstadier

Selv om en sovende person kan se tilsynelatende fredelig ut, skjuler det seg en annen aktivitet på innsiden. Det finnes 5 ulike søvnstadier som frembringer ulik hjerneaktivitet, grad av øyebevegelser og muskelspenninger (Bjorvatn, 2013). Søvn deles inn i to hovedtilstander: nREM-søvn (non-REM-søvn) og REM-søvn (Rapid Eye Movement-søvn) (Bjorvatn, 2013; Walker, 2022). Videre deles nREM-søvn inn i 4 ulike søvnstadier (Bjorvatn, 2013). Det første søvnstadiet i nREM-søvn gjenkjennes ved en døsighet. Det regnes som et søvnstadium, men kan kalles et overgangsstadium mellom våken og sovende tilstand hvor man har en viss kontakt med omgivelsene (Dyregrov, 2016). Mennesker som strever med søvn tilbringer ofte unormalt mye tid i søvnstadium 1, fordi søvnen flytter seg unormalt lett fra søvnstadium 2 tilbake til søvnstadium 1 (Bjorvatn, 2013; Wei et al., 2017). Ved å tilbringe mer tid i

søvnstadium 1 kan dette medføre økt stress som respons på at man ikke får sove, og dermed hindre kroppen ytterligere med å falle i søvn (Helsedirektoratet, 2018; Walker, 2022). Søvn i søvnstadium 1 har i utgangspunktet liten påvirkning på den fysiske og psykiske opplevelsen av egen helse, men ved at tiden som tilbringes i søvnstadium 1 kan medføre en økt psykisk og fysisk belastning kan dette ha utslag på opplevelsen av egen søvn (Bjorvatn, 2013; Walker, 2022). I søvnstadium 2 inntreffer en lettere søvn, denne utgjør omtrent 50% av den totale søvnlengden. Kroppsbevegelser reduseres, pulsen blir roligere og pusten dypere. Disse faktorene bidrar til at man enklere får sove, og etter omtrent 10-20 minutter inntreffer den dype søvnen, deltasøvn, i det som utgjør søvnstadium 3 og 4 (Dyregrov, 2016). Dyp søvn utgjør normalt 20-25% av den totale søvnlengden, og det er deltasøvnen som er av betydning for hvordan man føler seg neste dag (Bjorvatn, 2013). For mennesker som strever med søvn er gjerne mengden dyp søvn redusert, noe som medfører en økning av negative helsekonsekvenser som sees i sammenheng med søvnmangel (Bjorvatn, 2013; Walker, 2022).

Omtrent hvert 90. minutt foretar nREM-søvnen en reise tilbake fra stadium 4, til stadium 3 og til stadium 2. Ved stadium 2 går søvnen over i REM-søvn. REM-søvnens varighet er fra 1-10 minutter og kjennetegnes ved raske øyebevegelser og økt hjerneaktivitet, samtidig som kroppen er som lammet (Dyregrov, 2016; Walker, 2022). Under REM-søvn jobber hjernen kognitivt og bidrar til minnelagring og organisering (Walker, 2022). Videre er REM-søvn viktig for den emosjonelle reguleringen vår (Wassing et al., 2016). I tillegg er REM-søvn nært forbundet med den subjektive opplevelsen av egen søvn og insomni (Benz et al., 2020). Funn tyder på at det hos mennesker som strever med søvn og insomni oppstår en økt aktivitet og forstyrrelse av REM-søvn, noe som påvirker REM-søvnens funksjon. Dette kan bidra til en økt sårbarhet for å utvikle blant annet depresjon (Wassing et al., 2016).

3.2.2 Søvnregulering

To faktorer bidrar til å regulere hvor dypt og lenge man sover, det er søvnbehovet og døgnrytmen. Søvnbehovet øker i takt med våkentid, og er dermed med på å regulere vekslingen mellom våken og sovende tilstand (Jennum et al., 2015). Døgnrytmen reguleres biologisk i hjernen og en døgnrytme beskrives i utgangspunktet som 24-timer (Jennum et al., 2015), selv om den gjennomsnittlige døgnrytmen normalt er nærmere 25 timer (Bjorvatn, 2013). Døgnrytmen styres blant annet av vår kroppstemperatur og mengden dagslys man utsettes for (Dyregrov, 2016). Hjernen skiller ut melatonin når det er mørkt, og holder igjen

melatonin når det er lyst (Jennum et al., 2015). På denne måten er dagslys og melatonin viktige faktorer for søvnregulering (Bjorvatn, 2013). Søvnkvaliteten påvirkes i stor grad av søvnbehovet og døgnrytmen, og er faktorer som påvirker opplevelsen av helse og livskvalitet (Bjorvatn, 2013).

3.2.3 Søvnhygiene

Vaner og atferd knyttet til søvn omtales som *søvnhygiene* (Helsedirektoratet, 2018). Eksempler på god søvnhygiene er å stå opp til faste tider, sørge for eksponering av dagslys, være i fysisk aktivitet og være bevisst hvilke mat og drikke (kaffe/alkohol) man inntar utover ettermiddagen/kvelden. I tillegg er det anbefalt å sørge for at soverommet har en god temperatur og at man ikke forstyrres av lys- eller lydkilder når man legger seg (Dyregrov, 2016; Helsedirektoratet, 2018). Skjermbruk før og under legging er et eksempel på en faktor som forårsaker søvnutfordringer (Hysing et al., 2015). Mindre skjermbruk før leggetid trekkes frem som et viktig element for å fremme søvn, og dermed fremme helse og øke livskvalitet (FN-sambandet, 2022). Ugunstige rutiner knyttet til (inn)soving er forbundet med en økt risiko for å utvikle søvnevansker og insomni (Yang et al., 2010).

3.2.4 Insomni

Når søvnutfordringer blir så enerverende at normal hverdagsfunksjon påvirkes defineres dette som *insomni* (søvnløshet) (Walker, 2022). I Norge anslår man at omtrent 15% har så alvorlige søvnevansker at kriteriene for insomni oppfylles (Helsedirektoratet, 2018). Ved *kronisk insomni* er søvnutfordringene tilstedeværende mer enn tre netter i uken, over minimum tre måneder (Bjorvatn, 2021). Diagnostisering av insomni gjøres basert på subjektiv rapportering av faktorer som påvirker søvnkvaliteten. Faktorene kan være innsovningsvansker, jevnlig nattlige oppvåkninger eller at man våkner for tidlig om morgenen (Helsedirektoratet, 2017). Ved psykofysiologisk insomni oppleves en økt våkenhet i tidsrommet man forsøker å sove. Typisk for mennesker med denne tilstanden er at de lettere sovner når de ikke anstrenger seg for å sove, og gjerne andre steder enn sengen. Andre kan oppleve insomni på grunn av bruk av medikamenter eller misbruk av alkohol og narkotiske stoffer (Bjorvatn, 2013). Paradoksal insomni er en subjektiv opplevelse av å få for lite eller ingen søvn, men påvirker ikke nødvendigvis funksjon på dagtid. Videre er det noen mennesker som av ukjent årsak har hatt insomni siden barndommen, denne undergruppen

kalles idiopatisk insomni (Bjorvatn, 2013). Det finnes i tillegg andre søvnlidelser som blant annet søvnapnè, forsinket søvnfase og restless legs (Dyregrov, 2016).

Det ser ut til å være en sammenheng mellom økende alder og sannsynligheten for å utvikle insomni (Madrid-Valero et al., 2017). Videre viser forskningsfunn liten forskjell mellom kjønn når søvnkvaliteten rapporteres som god, mens kvinner er overrepresentert blant de som rapporterer insomni (Zeng et al., 2020). Forskningsfunn viser til at overrepresentasjonen av kvinner med insomni trolig er årsaket i at kvinner er mer disponible for underliggende psykiske plager som angst og depresjon (Voderholzer et al., 2003; Zeng et al., 2020). Insomni forårsakes ofte av bakenforliggende årsaker som depresjon og angst (Haugland et al., 2021). Ved tilstedeværelsen av insomni som en sekundær lidelse forårsaket av andre underliggende psykiske eller fysiske lidelser omtales dette som *komorbid insomni*. Studier utforsker komorbid insomni knytte til diagnoser som eksempelvis kreft (Reynolds-Cowie & Fleming, 2021) eller depresjon (Dyrberg et al., 2021). Psykisk sykdom som angst eller depresjon er tilstedeværende hos opp mot halvparten av individene som strever med insomni (Bjorvatn, 2022). Underliggende psykisk sykdom kan medføre forsterkning av negative tanker, noe som kan påvirke egen søvn og videre medføre at man identifiserer seg med mennesker som har insomni. Denne identifiseringen kan bidra til at søvnutfordringer opprettholdes og potensielt medføre utvikling av insomni (Lichstein, 2017).

Det finnes flere metoder for behandling av insomni. Medikamentell behandling er en metode som kan redusere plagene ved insomni, uten at behandlingen ser ut til å ha noen langtidseffekt på kronisk insomni eller løse de underliggende problemene (Sivertsen et al., 2010). I verden eksisterer det nå en enighet om at kognitiv atferdsterapi er den foretrukne behandlingsformen ved insomni (Bjorvatn, 2022; Riemann et al., 2022). Kognitiv atferdsterapi forsøker å styrke individet til å gjenkjenne uønskede tanker og handlinger, og videre erstatte eksisterende tanker og handlingsmønstre med konstruktive og hensiktsmessige tanker og atferd (Håkonsen, 2010; Helsedirektoratet, 2018).

3.2.5 Helsedirektoratets søvnkurs

Søvnkurset «Sov godt» er basert på elementer fra kognitiv atferdsterapi, og vektlegger å heve kunnskapsnivået om søvn, søvnhygiene og ikke-medikamentelle behandlingsverktøy (Helsedirektoratet, 2018). Målgruppen for kurset er mennesker som strever med lettere søvnevansker eller insomni, samtidig kan mennesker med andre søvnlidelser også oppleve verdi av å delta på kurset (Helsedirektoratet, 2018). Det er en underliggende antakelse om at deltakere i slike kursgrupper er motivert og mottakelige for kunnskap som kan bedre egen søvnkvalitet, og derigjennom hverdagsfungering og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2018).

Kurset går over fire kursdager og introduserer følgende temaer: søvn og søvnevansker, søvnvaner (egne og anbefalte), stimuluskontroll, holdninger til søvn, søvnrestriksjon og veien videre (Helsedirektoratet, 2018). Deltakerne får hjemmeøvelser mellom hvert kurstreff som går ut på å dokumentere egen søvnhygiene, registrere uhensiktsmessige tanker og å utfordre uhensiktsmessige tanker. I tillegg oppfordres deltakerne til å føre en søvndagbok for å få oversikt over blant annet når man sover, hvordan man sover og opplevelsen av egen søvnkvalitet (Carney et al., 2012; Helsedirektoratet, 2018). En av hjemmeøvelsene er stimuluskontroll som går ut på at deltakeren står opp til faste tider, og kun får legge seg når tretthet er tilstedeværende. Målet er at nye søvnvaner utvikles ved at gammelt atferdsmønster utfordres (Helsedirektoratet, 2018). Videre er søvnrestriksjon en annen hjemmeøvelse som går ut på at deltakeren kun skal oppholde seg i sengen ved soving. Tiden som normalt brukes til eksempelvis tankekjør må nå tilbringes utenfor sengen. Det vil si at søvnbehovet opparbeides ved at deltakeren kun får være i sengen tilsvarende det timeantallet deltakeren normalt tilbringer i sovende tilstand. Når søvnrestriksjonen har hatt virkning på søvneffektiviteten forlenges tiden deltakeren får tilbringe i sovende tilstand (Helsedirektoratet, 2018). Gjennom økt kunnskap og relevante verktøy er målet at deltakerne skal kunne ta tilbake en mer normal søvn, og på den måten bedre egen helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2018).

3.3 Sosial-kognitiv teori

Mennesker som strever med søvn og insomni er i behov av en endret søvnatferd for å oppnå bedring av egesituasjon (Helsedirektoratet, 2018). Ved bruk av gruppebaserte søvnkurs er målet at deltakerne skal kunne endre atferd og vaner som muliggjøre en reetablering av søvn, og dermed fremme helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2017; Helsedirektoratet, 2018; Walker, 2022). En tilnærmingen til menneskets evne til å lære atferd gjennom sosiale forhold og kunnskap beskrives i *sosial-kognitiv teori* (Bandura, 1971; Svartdal, 2021; Tadayon Nabavi & Bijandi, 2012). Sosial-kognitiv teori er av interesse for dette prosjektet da den belyser at mennesker ikke kan tolkes som isolerte upåvirkelige vesen, men at det er gjennom samhandling og aktive livsstilsvaner mennesker danner egen atferd og fremmer livskvalitet (Bandura, 1997; Bandura, 2004).

3.3.1 Triadisk gjensidighet

Sosial-kognitiv teori ser menneskers atferd i lys av individets personlige og sosiostrukturelle determinanter og kan bidra til å forstå, forutsi og endre menneskers handling og atferd (Tadayon Nabavi & Bijandi, 2012). Sosial-kognitiv teori vektlegger samspillet mellom individ og omgivelser, interaksjon og kunnskap som grunnlag for atferd (Bandura, 2004). Den gjensidige påvirkningen mellom situasjon, person og atferd er i sosial-kognitiv teori kjent som «triadisk gjensidighet» (triadic reciprocal causation). For søvnkursdeltakerne vil atferdsendringen kunne vurderes som resultat av den gjensidig påvirkning mellom søvnkursets kontekst, deltakeren og deltakerens atferd (Bandura, 1999; Bandura, 2001). Sosial-kognitiv teori beskrives videre gjennom fem grunnleggende determinanter: *kunnskap, opplevd mestringstro, resultatforventning, målsetning og sosiostrukturelle faktorer* (Bandura, 2004).

3.3.2 Kunnskap

Kunnskap om fordeler og ulemper ved en bestemt helseatferd kan danne et grunnlag for atferdsendring (Bandura, 2004). For søvnkursdeltakere vil dette omhandle kunnskap om blant annet søvn og søvnvaner (Helsedirektoratet, 2018). Uten kunnskap og forståelse for hvordan egne valg og atferd kan ha påvirkning på egen helse vil ikke den enkelte oppleve et behov for å iverksette endringer (Bandura, 2004). Fra en helsefremmende innfallsvinkel kan man dele

kunnskap inn i to. Den ene formen for kunnskap vektlegger selve innholdet, og referer til kunnskap som danner det nødvendige grunnlaget for å forstå atferd som hensiktsmessig eller skadelig. Videre aktiveres en mer avansert form for kunnskap ved at man evner å se hvordan man skal benytte kunnskapen og utføre aktuelle atferdsendringer. Det er med andre ord avgjørende at mennesker som deltar på søvnkurs får kunnskap som bidrar til en forståelse for hvorfor og hvordan en endring skal gjøres for å oppnå atferdsendring (Bandura, 2004; Helsedirektoratet, 2018).

3.3.3 Mestringstro

For at kursdeltakerne skal evne å gjennomføre nødvendige atferdsendringer er en tro på egne muligheter og ferdigheter for å løse problemene avgjørende (Crosby et al., 2019). Troen på egen evne til å håndtere en situasjon er kjent som et individs *mestringstro* (Bandura, 2004). Hvilke muligheter deltakeren ser for å håndtere en situasjon eller atferdsendringer er avgjørende for grad av mestringstro (Bandura, 1997; Crosby et al., 2019). Mestringstro er knyttet til enkeltoppgaver og er dermed varierende for ulike situasjoner og handlinger. At individet opplever en kontroll over egen situasjon er vesentlig ikke bare for endring, men for å opprettholde endring (Bandura, 2004; Crosby et al., 2019). Mestringstro danner et grunnlag for handling så vel som for motivasjon for handling (Bandura, 2004). Mestringstro og motivasjon er kognitivt fundamentert og har en gjensidig påvirkningskraft (Bandura, 1997). Mestringstro er en subjektiv opplevelse, noe som vil bety at kursdeltakere kan erfare ulik grad av mestringstro ved kursstart (Bandura, 1997). En deltaker med lav grad av mestringstro kan overvurdere utfordringer knyttet til enkelthandlinger og dermed ikke agerer. Dette vil medføre en redusert sannsynlighet for at en atferdsendring gjennomføres (Bandura, 1997; Crosby et al., 2019).

Den enkeltes mestringstro påvirkes av fire elementer som knytter seg til muligheten for økt læring og dermed styrking av egen mestringstro. Disse fire elementene er *psykiske og fysiske forutsetninger, observasjon av rollemodeller, sosial overbevisning og mestringserfaringer* (Bandura, 1999; Crosby et al., 2019). Den første faktoren omhandler *fysiske og psykiske forutsetninger*. Eksempelvis hvordan en deltaker evner å regulere egen fysiologiske respons til skremmende eller stressende situasjoner (Bandura, 1997). Samtidig er den psykiske kapasiteten som bedømmer vår egen mestringsevne og mestringstro relevant og avgjørende for atferd. Å lære seg å håndtere situasjoner man opplever som skremmende, uten at de

nødvendigvis er det, er vesentlig for å styrke egen mestringstro (Bandura, 1997; Crosby et al., 2019). Videre er *rollemodeller* medvirkende i å styrke mestringstro, spesielt ved et individs usikkerhet på egen evne til å mestre en situasjon eller atferd. Ved søvnkurs vil meddeltakere og kursholdere kunne ha denne rollen. Gjennom deltakelse på søvnkurs oppstår muligheten for å lære gjennom å observere og lytte til andres erfaringer. Ved å imitere det deltakerne har observert dannes egne erfaringer som kan påvirke egen atferd (Bandura, 1997; Tadayan Nabavi & Bijandi, 2012). Gjennom å observere andre kursdeltakere kan hver enkelt vurdere konsekvensene ved atferden, og eventuelt foreta en selvstyring av egen atferd (Bandura, 1971; Bandura, 1999). Gjennom å observere andre kan man enten etablere økt mestringstro ved å se at andre gjennomfører en atferd på en vellykket måte, eller redusert mestringstro hvis den observerte ikke mestrer (Bandura, 1999). En *sosial overbevisning* enten verbalt eller ved å iscenesette situasjoner som trolig vil gi gode erfaringer, kan bidrar til økt mestringstro. Ved at meddeltakere eller kursholdere overbeviser om at man har det som trengs for å mestre en atferd eller handling, er det mer sannsynlig at man unngår en selvkritisk holdning til manglende ferdigheter i krevende situasjoner (Bandura, 1999; Crosby et al., 2019).

Den siste faktoren for økt læring og mestringstro handler om *mestringserfaringer*. Gjennom ulike situasjoner i livet håndteres eller mestres situasjoner i varierende grad, det er disse erfaringene som danner grunnlag for mye av vår mestringstro (Bandura, 1999).

Kursdeltakerne kommer til kurset med ulike erfaringer som har lagt føringer for den enkeltes mestringstro. Negative mestringserfaringer tidlig i livet setter dypest spor og har stort påvirkning på egen mestringstro. Samtidig ser man at der mestringserfaringene i stor grad har vært positive resulterer en negativ mestringserfaring ofte i en demotivert holdning (Bandura, 1999). I tillegg til nevnte faktorer er det flere andre kognitive og personlige faktorer som er avgjørende for troen på kapabilitet til å mestre. Dette omhandler blant annet den enkeltes evne til å kognitiv prosessering av informasjon, og hvordan omgivelser og observert atferd tolkes eller tilpasses (Bandura, 1999).

3.3.4 Resultatforventning

Den tredje nøkkeldeterminanten som beskriver i sosial-kognitiv teori er *resultatforventning* (Bandura, 1999; Crosby et al., 2019). Resultatforventning er sammen med mestringstro et avgjørende element for å oppnå atferdsendring. Selv om en deltaker ved søvnkurs har en sterk mestringstro, vil ikke deltakeren evne å igangsette aktive atferdsendringer med mindre

en sterk resultatforventning er til stede (Bandura, 1997; Crosby et al., 2019).

Resultatforventningene vil blant annet kunne påvirkes av observasjon av rollemodeller, noe som er en av faktorene som påvirker mestringstro (Bandura, 1997; Crosby et al., 2019).

Erfaringer og påvirkning fra sosiale miljøer kan påvirke resultatforventningene. Et slikt miljø kan for eksempel være som deltaker i en søvnkursgruppe. Atferden en kursdeltaker velger kan dermed være basert på imitasjon av andre deltakere, eller som respons på en forventet atferd i søvnkurs-miljøet (Bandura, 2004). I tillegg er positive opplevelser og erfaringer knyttet til atferdsendringer selvmotiverende og tilfredsstillende, noe som gjør at man gjerne velger den aktuelle atferden ved en senere anledning (Bandura, 2004; Crosby et al., 2019).

3.3.5 Målsetning

Videre er *målsetning* en nøkkeldeterminant for å oppnå atferdsendring. Ved at kursdeltakere setter seg *mål* bidrar dette med å skape en årsaksforklaring for den aktuelle atferdsendringen (Bandura, 1999). Samtidig øker sannsynligheten for at vedkommende opplever en indre drivkraft, motivasjon og intensiv for atferdsendring hvis målene er personlige. Selv om større mål er det som i utgangspunktet skaper nødvendig atferdsendring bidrar *delmål* til at man opplever positive erfaringer underveis (Bandura, 2004). Delmålene kan etableres gjennom eksempelvis hjemmeøvelser som søvnkursdeltakerne skal gjennomføre (Helsedirektoratet, 2018). Ved hjelp av delmål vil man kunne styrke både motivasjon og mestringstroen underveis, spesielt der hvor måloppnåelse ikke er mulig basert på kapasiteten og mestringstroen som er til stede i utgangspunktet (Bandura, 2004; Crosby et al., 2019).

3.3.6 Sosiostrukturelle faktorer

Siste nøkkeldeterminant i sosial-kognitiv teori er *sosiostrukturelle faktorer*. Denne determinanten forklarer hvordan opplevelsen av muligheter og hindringer i individets sosiostrukturelle betingelser legger føringer for atferdsendringer (Bandura, 2004). En opprettholdelse av atferdsendring er ikke kun basert på mestringstro og resultatforventning, men på hvilke muligheter som ligger i omgivelsene (Bandura, 2004; Crosby et al., 2019). Disse faktorene kan være blant annet grunnleggende personlige holdninger og vaner, eller hvordan helsevesenet er strukturert og tilgjengelig basert på eksempelvis politiske og økonomiske føringer (Bandura, 2004).

4 Metode

I dette kapitlet vil først prosjektets forskningstilnærming og metodevalg bli presentert, med en begrunnelse for hvorfor metoden er relevant for dette forskningsprosjektet. Videre vil fokusgruppeintervju som metode bli overordnet presentert. Deretter følger en redegjørelse for utvalg og rekruttering av deltakere gjennom beskrivelse av inklusjonskriterier, rekrutteringsprosess og bakgrunnsinformasjon om informantene. Videre vil intervjuguide og gjennomføring av fokusgruppeintervju beskrives, før transkripsjon av datamaterialet forklares. En tematisk analyse er valgt som analysemetode, og både analysemetoden og gjennomføring av analysen vil beskrives. Avslutningsvis vil forskers bakgrunn og forforståelse, samt prosjektets etiske betraktninger legges fram da dette kan ha betydning for studiens funn.

4.1 Kvalitativ metode

En metode kan forklares som fremgangsmåten man velger for å skape empiri (Jacobsen, 2015). Dette prosjektet ønsket å fremskaffe empiri basert på forskerens fortolkning av individets og gruppens unike oppfattelse og tolkning av sin virkelighet. Den metodiske tilnærming og videreformidling av data reflekterer hvilket vitenskapsteoretisk paradigme prosjektet er tuftet på (Malterud, 2018). Basert på problemstillingen faller prosjektet inn under det *fortolkende paradigmet* og benytter en *kvalitativ tilnæringsmetode* (Dalen, 2011).

Generelt gjenkjennes kvalitative forskningsmetoder ved at man ønsker å *forstå* mer enn å forklare (Malterud, 2018). Gjennom en induktiv tilnærming, hvor man for dette prosjektet søker empiri basert på hver informants erfaringer, kan man forsøke å trekke slutninger mot det allmenne (Malterud, 2018). Målet er at den empiriske datainnsamlingen kan gi et innblikk i unike personlige deltakererfaringer, og at disse forstås i lys av konteksten (Jacobsen, 2015).

Ved å benytte en forskningsmetode som aksepterer at forskeren har en subjektiv tolkning av menneskelige meninger for å tilegne seg kunnskap og forståelse, faller prosjektet innunder en hermeneutisk tilnærming (Malterud, 2018). En hermeneutisk tilnærming passer godt til dette forskningsprosjektet da man søker å beskrive og forstå deltakererfaringer etter deltakelse på søvnkurs.

4.1.1 Fokusgruppeintervju som metode

Med utgangspunkt i at prosjektet ønsker å danne empiri basert på erfaringer knyttet til en spesifikk sosial kontekst og et spesifikt tema, er fokusgruppeintervju valgt som metode. Fokusgruppeintervju er en anerkjent metode ved kvalitative studier (Malterud, 2018). Ved å samle flere informanter fra søvnkurset til diskusjon rundt temaer som omhandler utfordringer knyttet til søvn, er målet å skape rom for interessante diskusjoner og refleksjoner (Krueger, 2015; Malterud, 2018). Informantene til dette prosjektet har alle en felles erfaring knyttet til søvnevansker, og en felles erfaring gjennom å ha deltatt på søvnkurs. Ved å skape en diskusjon som løfter erfaringer, og eventuelle enigheter og uenigheter, kan metoden bidra med en innsikt og forståelsen knyttet til deltakererfaringene (Hummelvoll, 2015). Håpet er at informantenes erfaringsutveksling kan bidra til å belyse prosjektets problemstilling (Tjora, 2017).

4.2 Utvalg og rekruttering av informanter

For denne oppgaven var målet å undersøke deltakererfaringer etter gjennomgått søvnkurs. Prosjektet har forsøkt å sikre *informasjonsstyrke* ved å velge informanter som kan gi et bredt og fyldig bilde av det problemstillingen ønsker å besvare (Malterud, 2018). Ved å foreta et *strategisk utvalg* var målet at utvalgte informanter kunne frembringe best mulig materiale for å belyse prosjektets problemstillingen (Malterud, 2018). I forlengelsen av å ta et strategisk utvalg av informanter ble det foretatt et *kriterieutvalg* gjennom å fastsette kriterier som informantene skulle ha til felles for å være en aktuell informant for å belyse problemstillingen (Tjora, 2017).

4.2.1 Inklusjonskriterier

Kriteriet for deltakelse i prosjektet var at informanten hadde deltatt på søvnkurs i regi av den studerte frisklivssentralen. For å kunne delta på søvnkurs i regi av frisklivssentralen må man være over 18 år. I tillegg må man ha søvnevansker i den grad at det defineres subjektivt som insomni (Helsedirektoratet, 2018). Gjennom disse fastsatte kriteriene fra frisklivssentralen bidro dette til at rekrutterte informanter var over 18 år, og hadde utfordringer knyttet til insomni. Grunnen til at det ikke ble satt ytterligere inklusjonskriterier som eksempelvis kjønn, alder eller alvorlighetsgrad av søvnevansker, var en antakelse om at det ville kunne gjøre det vanskelig å skaffe nok informanter til prosjektet.

4.2.2 Rekruttering av informanter

Frisklivssentralen holder to søvnkurs i året, ett på våren og ett på høsten. Søvnkursene går over fire uker, med ett treff per uke. Tanken var at informantene skulle rekrutteres fra det siste søvnkurset som var holdt ved frisklivssentralen. For å rekruttere informanter møtte jeg, i samråd og etter avtale med kursholdere, opp på en av de siste søvnkursdagene. Der introduserte jeg meg for deltakerne, forklarte prosjektet og leverte ut informasjonsskriv (Vedlegg 2). Deltakerne ble informert om at de kunne kontakte kursholderne eller meg ved interesse for deltakelse. En informant tok kontakt med meg på mail etter dette. Da det etter flere uker ikke var vist noen ytterligere interesse ble det besluttet at kursholdere sendte ut en forespørsel på mail, men også denne ble det lav respons på. Det ble gjort et nytt forsøk med SMS og mail fra kursholdere, denne gangen ble forespørselen sendt ut til deltakere både fra det siste kurset og fra kurset holdt et halvt år før. På denne forespørselen ble det noe mer respons. Totalt var det seks stykker som meldte seg som informanter.

Jeg fikk overlevert kontaktinformasjon til informantene av kursholderne. Etter nærmere dialog med hver enkelt informant viste det seg at en var bortreist gjennom våren og en annen ikke ønsket å delta når det var fokusgruppeintervju som metode. Ved fokusgruppeintervju er et antall på 5-8 deltakere en ideell størrelse (Malterud, 2018), så det ble valgt å gå videre med fire informanter til tross for at det ble noen færre informanter enn ønskelig. Gjennom mailkorrespondanse med hver enkelt informant kom vi frem til at samtlige av informantene ønsket digitalt fokusgruppeintervju. For å beholde flest mulig informanter ble dette imøtekommet, og fremsto som en god løsning basert på at det ved digitale fokusgruppeintervjuer er hensiktsmessig med en mindre gruppe (Lander et al., 2023). Det ble avklart en dato og klokkeslett som passet for alle informantene. En møteinvitasjon gjennom Teams ble sendt ut til alle fire informanter, sammen med informasjonsskriv og samtykkeerklæring (Vedlegg B og C). Da fokusgruppeintervjuet skulle gjennomføres stilte tre av fire informanter på Teams til intervju.

4.2.3 Bakgrunnsinformasjon om informantene

De tre informantene som stilte til fokusgruppeintervjuet, representerte deltakere fra to ulike søvnkurs. Begge søvnkursene hadde vært holdt samme år ved en frisklivssentral i en stor norsk kommune (Thorsnæs & Askheim, 2022). Informantene hadde blitt kjent med kurset gjennom ulike arenaer, eksempelvis gjennom bekjente eller gjennom kursholdere ved deltakelse på andre frisklivstilbud. Alle tre informantene hadde kronisk insomni ved kursstart. To av informantene hadde komorbid insomni. En informant hadde levd med insomni i 1-2 år ved kursstart, mens to informanter hadde strevet med insomni i over 10 år. Ved presentasjon av funn, og i diskusjonskapittelet vil det noen steder skilles og omtales som eksempelvis kortvarig og langvarig insomni. Det var varierende hvor mye utredning den enkelte hadde vært til for sin insomni tidligere, og det var variasjon i antall tjenestetilbud og fagpersoner den enkelte hadde vært i kontakt med før deltakelse på søvnkurset.

4.3 Datainnsamling

I dette avsnittet vil det bli gitt en beskrivelse av intervjuguiden som ble benyttet under fokusgruppeintervjuet. Videre vil gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet gjøres rede for.

4.3.1 Intervjuguide

Før fokusgruppeintervjuet ble gjennomført ble en intervjuguide utarbeidet (Vedlegg A). Intervjuguiden ble brukt for å opprettholde struktur gjennom intervjuet og på denne måten bidra med å sikre at aktuelle temaer for prosjektets problemstillingen ble belyst (Krueger, 2015; Malterud, 2018). Under utarbeidelse av spørsmål til intervjuguiden ble det vektlagt å skape spørsmål som kunne frembringe svar og diskusjoner av kvalitativ art da det var disse funnene som var av interessert i for dette prosjektet. Med kvalitativ art menes spørsmål som lot informantene svare åpent, personlig og utfyllende, og som skapte rom for refleksjon og diskusjon rundt den enkeltes erfaringer, tanker og følelser (Malterud, 2018).

4.3.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Det digitale fokusgruppeintervjuet ble avholdt i januar 2023, og på grunn av bruk av digitalt intervju ble intervjuvarigheten på omtrent 1 time (Krueger, 2015; Lander et al., 2023). I starten av intervjuet var det en løs og ledig tone, og en uformell småprat fløt mens man ventet

på at alle skulle finne seg til rette. Informantene var svært imøtekommende og hadde et oppriktig ønske om å bidra til prosjektet. Ingen av informantene hadde møtt forsker under presentasjon på den ene søvnkursdagen. Gruppedynamikken var god og et lavere informantantall kan ha bidratt til at det var lettere å etablere en trygg atmosfære som påvirket dynamikken positivt (Krueger, 2015). Informantene fikk anledning til å hilse på hverandre og alle, inkludert forsker, fikk presentert seg. Som forsker og leder av et fokusgruppeintervju blir man kalt en moderator. Etter introduksjonen forsøkte moderator på en vennlig og tydelig måte å gi informasjon om struktur, intervjurammer og målsetting før intervjustart (Krueger, 2015; Kvale & Brinkmann, 2009). Denne informasjonen hadde informantene allerede fått kjennskap til gjennom mail med informasjonsskriv (Vedlegg B) om prosjektet (Nielsen et al., 2021). Siden intervjuet foregikk digitalt ga hver enkelt informant et muntlig samtykke til deltakelse og til at det ble gjort lydopptak (Vedlegg C).

Under fokusgruppeintervjuet ble intervjuguiden (Vedlegg A) benyttet. Det ble i tillegg lagt til noen nye spørsmål spontant under intervjuet for å gå mer i dybden på interessante og aktuelle temaer som kom frem underveis (Krueger, 2015; Malterud, 2018). Under intervjuet passet moderator på at det ikke ble stilt for mange spørsmål i starten av intervjuet for å legge til rette for en fri diskusjon. Da det etter hvert var nødvendig med nye spørsmål stilte moderator disse for å holde intervjuet i gang (Krueger, 2015). Ved behov sørget moderator for å stille spørsmål direkte til ulike informanter underveis i intervjuet. Dette ble gjort for å sikre at alle fikk muligheten til å uttrykke seg om de samme temaene, og at taletiden ble relativt jevnt fordelt mellom informantene (Nielsen et al., 2021). Oppfølgingsspørsmål ble også stilt for å sikre at moderator hadde forstått og tolket svaret til informanten rett (Krueger, 2015). På slutten av intervjuet oppsummerte moderator hovedfunnene fra intervjuet for å få en bekreftelse på at moderators tolkning samstemte med informantenes erfaringer (Krueger, 2015).

Det gikk fint å gjennomføre intervjuet uten medhjelpere, spesielt fordi intervjuet ble tatt opp og moderator kun fokuserte på å samhandle med informantene og å ta notater (Krueger, 2015). Intervjuet ble tatt opp ved hjelp av en kryptert app fra nettskjema.no, «Diktafon-app». Det ble tatt notater underveis i intervjuet for å sikre at stemning og umiddelbare refleksjoner ikke skulle forsvinne og utebli ved transkribering (Tjora, 2017).

4.4 Transkribering av fokusgruppeintervju

Umiddelbart etter at intervjuet var gjennomført skrev jeg ned mine opplevelser og inntrykk av intervjuet (Tjora, 2017). I tillegg forsøkte jeg å gjengi stemningen og informantenes fremtoning slik at jeg skulle ha muligheten til å hente tilbake denne følelsen ved senere behov (Nielsen et al., 2021). Både hvordan intervjuet ble gjennomført, men og hva som eventuelt var endret fra den opprinnelige planen ble notert. Den eneste konkrete endringen fra opprinnelig plan var at moderator stilte ytterligere avklarende og fordypende spørsmål til enkelte av informantenes utsagn (Krueger, 2015).

Selve transkriberingen ble gjennomført kort tid etter intervjuet da dette sees som en fordel for å sikre at man har alle detaljer rundt intervjusituasjon friskt i minne. I transkribering fra lyd til tekst ble informantene anonymisert ved at de fikk tildelt hvert sitt informantnummer, dette for å ivareta personvern så tidlig i prosessen som mulig (Malterud, 2018). I og med at det var jeg som gjennomførte intervjuet var det naturlig at jeg selv gjennomførte transkriberingen for å sikre et mest mulig presist datamateriale (Tjora, 2017). I tillegg var transkriberingen en fin måte å bli bedre kjent med intervjuet og datamaterialet på, og det startet tanker som ble nyttige for bruk i videre dataanalyse (Nielsen et al., 2021).

4.5 Analyse

Etter transkriberingen av intervjuet ble datamaterialet analysert. Innenfor kvalitativ metode er det flere anerkjente metoder for dataanalyse, og analysemetoden som ble benyttet for dette prosjektet ble valgt på bakgrunn av problemstillingen og typen datamateriale som var innhentet (Tjora, 2017). Prosjektet benyttet en tematisk analysemetode som følgende vil presenteres før gjennomføringen av analysen legges frem.

4.5.1 Tematisk analyse

En tematisk analyse vektlegger verdien av fleksibilitet i arbeidet med å utforske temaer og teori, og er mindre rigid i sin tilnærming til datamaterialet enn andre kvalitative metoder (Braun & Clarke, 2006). På bakgrunn av dette kan det hevdes at tematisk analyse ikke er en egen metode, men snarere ett ledd som eksisterer i all kvalitativ forskning. Braun og Clarke (2006) mener derimot at tematisk analyse bør sees som en egen metode og at den er spesielt egnet til forskere som ønsker å utvikle grunnleggende ferdigheter innen analyse av kvalitative data. Basert på dette var metoden egnet for dette prosjektet, ikke bare med tanke på problemstillingens art, men og fordi jeg som forsker har liten erfaring fra tidligere med å analysere kvalitativ data (Braun & Clarke, 2006).

Den tematiske analysemetoden til Braun og Clarke (2006) gjennomføres i seks steg:

1. *Bli kjent med datamaterialet* etter transkribering ved å lese igjennom materialet flere ganger, samt notere det man eventuelt opplever av mønster eller tema.
2. *Utarbeide de første kodene* slik at man kan sortere data opp mot hver kode.
3. *Lete etter tema* som de etablerte kodene og dataen kan passe inn under.
4. *Kontrollere valgte tema* ved å vurdere om kodene passer inn under valgte tema.
5. *Lage tydelig avgrensede tema* som defineres og navngis.
6. *Skrive rapporten.*

(Braun & Clarke, 2006)

4.5.2 Gjennomføring av analyse

Som metoden anbefalte startet jeg med å lese igjennom den transkriberte teksten flere ganger for å danne meg et helhetlig bilde av materialet. I tillegg noterte jeg fortløpende ned stikkord som reflekterte hvilke temaer jeg umiddelbart antok ville være relevante og av interesse for å belyse problemstillingen.

Videre utarbeidet jeg de første kodene basert på hva jeg så som relevant for problemstillingen. Noen kodeord ble hentet direkte fra informantenes utsagn, andre var min fortolkning av hva informantene ga uttrykk for.

Ved tredje steg forsøkte jeg å finne temaer som kunne romme de etablerte kodeordene. Som ved de foregående stegene var også dette en prosess som ble gjort i flere omganger for å sikre at de valgte kodene og temaene var dekkende nok for funnene. En kontroll av valgte tema ble gjennomført som steg fire, og i steg fem definerte jeg følgende temaer med tilhørende koder:

- *Ønske om endring* – motivasjon og kunnskapsperspektiv
- *Opplevelse av fellesskap* – selvperspektiv og speiling
- *Mestring på egenhånd* – mestringsstrategier og fremtidsperspektiv

Avslutningsvis ble en 15 punkts sjekklister tilhørende analysemetoden gjennomgått for å kontrollere at den tematiske analysen var gjennomført på best mulig måte, og dermed sikre best mulig grunnlag for videre rapportskrivning (Braun & Clarke, 2006). Gjennom analysefasen ble ulike sitater fra informantene markert slik at de enkelt skulle være tilgjengelige for fremstilling i kapittelet som presenterer funn. Informantenes respektive sitater vil i påfølgende kapittel som presenterer funn bli gjengitt i kursiv med et tilhørende informantnummer.

4.6 Forskers bakgrunn og forforståelse

Ved kvalitative studier må forsker være åpen om sin forforståelse. Forforståelse kan forstås som den bagasjen man bærer med seg inn i et forskningsprosjekt i form av kunnskap, erfaringer eller fordommer (Malterud, 2018). Min tidligere bakgrunn er som klinisk audiograf ved øre-nese-halsklinikk. Gjennom det siste året som mastergradsstudent innen folkehelsevitenskap har jeg ervervet grunnleggende kompetanse knyttet til folkehelse, men ingen dyptgående kunnskap om søvnevansker og insomni. Jeg har hverken nå eller tidligere i livet hatt utfordringer knyttet til søvn. Mitt utgangspunkt for valg av tema er en interesse for at søvn er viktig tema i et folkehelseperspektiv. Jeg går inn i prosjektet med et åpent sinn, og ønsker å danne meg et nøytralt faglig perspektiv som er basert på blant annet relevant forskning på fagfeltet. Samtidig må jeg anerkjenne min subjektivitet som forsker, og være transparent i fremstilling av prosjektprosessen, slik at det tydelig kommer frem hvilke briller jeg har hatt på gjennom arbeid med forberedende faser, intervjuer, dataanalyser og sluttprodukt (Kvale & Brinkmann, 2009). Det var selvsagt vesentlig at jeg som forsker og moderator stilte forberedt til intervjuene ved å ha kunnskap om fokusgruppeintervju, fagfeltet og mellommenneskelige aspekter ved intervjuformen. I tillegg var det vesentlig at jeg eksempelvis unngikk ledende spørsmål under intervjuet da dette kan være et uttrykk for forskers forforståelse og kan prege retningen på diskusjonen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det ble mer krevende å innhente informanter enn jeg hadde sett for meg. Denne motgangen preget i perioder min motivasjon da jeg var usikker på om oppgaven ville komme i havn grunnet manglende datamateriale. Opprinnelig prosjektplan var å gjennomføre to fokusgruppeintervjuer med seks ukers mellomrom for å kunne belyse deltakererfaringer over tid. Ved lav tilgang på informanter måtte opprinnelig plan avvikes, noe som var krevende å bearbeide fordi ønsket om å få til et rikt datagrunnlag for prosjektet sto sterkt. Samtidig ble møtet med informantene en positiv opplevelse som påvirket min motivasjon til å gå videre. Basert på erfaringer og tanker som informantene delte rundt egne utfordringer fikk jeg et innblikk i deres krevende situasjon, og min empati og medfølelse for informantene ble større etter intervjuet. Underveis i prosjektprosessen ble jeg med andre ord mer følelsesmessig preget og engasjert. Jeg utviklet et innstendig ønske om å ivareta informantenes ønske om at utfordringer knyttet til søvn synliggjøres. Mitt følelsesmessige engasjement etter etablering av merforståelse rundt tema og introduksjon til informanterfaringer kan dermed ha påvirket videre arbeid med oppgaven.

4.7 Etske vurderinger

For å sikre forsvarlig forskningsetikk gjennom prosjektet ble Helsinkideklarasjonen fulgt da denne legger føringer som er gjeldende for denne typen prosjekter (Førde, 2014). Eksempel på god forskningsetikk er at forsker har kunnskap og en vitenskapelig tilnærming til informantene, og at det utvises spesielt varsomhet for sårbare grupper (Førde, 2014). For å følge de forskningsetiske retningslinjene har informantene gjennom hele prosjektet mottatt nødvendig informasjon om prosjektet, om hvordan konfidensialiteten vil opprettholdes, og om hvordan materialet vil håndteres både i analysefasen og i resultatformidlingen (World Medical Association, 2022). Informert samtykke er viktig for å følge de forskningsetiske retningslinjene (Førde, 2014). Forsker ga informantene nødvendig informasjon før muntlig samtykke ble gjennomført, og informasjonen baserte seg på innhold i informasjonsskriv (Vedlegg B) og samtykkeerklæring (Vedlegg C) som også var sendt ut på mail før gjennomføring av intervjuet. Det ble presisert både i skriv og muntlig at informantene når som helst kunne trekke seg uten grunn, og at dette ikke ville medføre noen konsekvenser for informanten. Informantene ga et muntlig samtykke til deltakelse og aksept av bruk av lydopptak før selve intervjuet startet.

Lydopptakene ble gjort ved bruk av en lydopptaksapp «Diktafon-app» fra nettskjema.no, dette var i tråd med retningslinjer ved NMBU og ivaretok nødvendig personvern (Fossum-Raunehaug, 2022). Lydfilene ble slettet i midten av mars, etter endt transkribering. Notatene som ble tatt under og umiddelbart etter intervjuet inneholdt ikke informasjon om kunne knyttes til informantene, og ved transkribering fra lyd til tekst ble informantene anonymisert og kryptert slik at de ikke kunne gjenkjennes.

På bakgrunn av at dette prosjektet ville håndtere personopplysninger ble det søkt om godkjenning fra NSD - Norsk senter for forskningsdata (Nielsen et al., 2021). Prosjektet ble godkjent av NSD (Vedlegg D).

5 Funn

I dette kapittelet vil funnene fra analysen presenteres. I den tematiske analysen ble informantenes erfaringer identifisert og systematisert. Erfaringene ble kategorisert etter følgende hovedkategorier, med to tilhørende kodeord i hver kategori:

- *Ønske om endring* – motivasjon og kunnskapsperspektiv
- *Opplevelse av fellesskap* – selvperspektiv og speiling
- *Mestring på egenhånd* – mestringsstrategier og fremtidsperspektiv

Direkte sitater fra informantene vil markeres med kursiv, og gjengis med et informantnummer. Dette for å sikre at det kommer tydelig frem når det ikke er forskers gjengivelse, og for å ivareta anonymiteten til informantene.

5.1 Ønske om endring

Den gjennomgående tilbakemeldingen fra informantene var at situasjonen til den enkelte ved oppstart av kurset var krevende. Fellesnevneren og årsaken til at informantene hadde meldt seg på kurset var et ønske om en endring av egen situasjon. Det var stor variasjon blant informantene når det gjaldt varighet på den enkeltes insomni og utfordringer knyttet til søvnmangel. Gjennomgående var informantenes opplevelse av håpløshet og et genuint ønske, og behov, for endring. En informant ordla seg på denne måten angående eget valg om å delta på kurset:

«(...) da tenkte jeg bare det var verdt et forsøk.» (Informant 2)

Det var gjennom ulike fora informantene hadde fått kjennskap til at det eksisterte et søvnkurs i kommunen. Ingen av informantene hadde deltatt på denne typen søvnkurs tidligere. Årsaken til at informantene med langvarig insomni ikke hadde deltatt på søvnkurs tidligere fremsto som todelt. Det ene grunnen var den tilsynelatende «tilfeldig» introduksjonen til at det eksisterte et kurs, og den andre grunnen var mer relatert til overskudd og motivasjon for deltakelse. Informantene med langvarig insomni beskrev at redusert overskudd og manglende

konsentrasjon gjorde det krevende å endre på flere aspekter ved egen situasjon samtidig. En informant belyste det på følgende måte:

«For du kan jo ikke gape over for mye med en gang ikke sant så jeg har tatt det i tur og orden.» (Informant 1)

Graden av motivasjon bunnet i informantenes ulike bagasje og utgangspunkt. Selv om motivasjonen kom ulikt til uttrykk var den tilstedeværende hos samtlige av informantene.

5.1.1 Motivasjon

Den største motivasjonsfaktoren som informantene hadde til felles var det overhengende ønske om endring av eksisterende krevende situasjon. En av informantene som hadde strevet med insomni i lang tid sa det på følgende måte:

«Motivasjonen er der. Altså det er ikke holdbart (...)» (Informant 2)

Det genuine ønsket og behovet for at noe måtte skje var førende for informantenes motivasjon. I tillegg var det et tydelig uttrykk for frustrasjon og mangel på overskudd som preget graden av motivasjon. Informanten som opplevde situasjonen som uholdbar fikk bekreftende støtte fra de andre informantene, og fortsatte:

*«(...) det er ikke motivasjonen det stopper på, men litt den gjennomføringen. Litt sånn fleipete sagt du må være frisk for å være syk. Du må ha overskudd, du må nesten sykmelde deg fra jobb for å kunne lage et system (...)»
(Informant 2)*

Informantene som hadde hatt langvarig insomni ga uttrykk for at motivasjonen var preget av både en desperasjon for å endre egen situasjon, og en lav tro på mulighet for endring. Informantene forklarte at å leve med søvnmangel over lang tid var så altoppslukende i hverdagen at det preget motivasjonen og gjennomføringsevnen til å etablere endring og fremdrift. Søvnmangel var som en informant påpekte blitt til hinder for egen evne til å håndtere egen situasjon. Der insomni ikke hadde vært et problem over så lang tid var motivasjonen derimot sterke:

«For mitt vedkommende var jeg veldig motivert for å prøve å endre på min egen natt eller «lack of» for å si det sånn (...)» (Informant 3)

Videre kom det frem at en tilleggsfaktor som skapte motivasjon for å melde seg på kurset, var et ønske om å unngå å være en belastning for de nærmeste. Gjennom å uttrykke irritasjon og frustrasjon knyttet til egen situasjon var det noen av informantene som opplevde at dette ble en belastning for andre familiemedlemmer. En informant pratet med en kursholder før påmelding til kurs. Gjennom samtale ble informanten ytterligere overbevist om at deltakelse på kurs kunne være hensiktsmessig:

«(...) så når jeg kom på det kurset så hadde hun gitt meg en motivasjon for å komme dit og prøve det. (...) så hvis jeg da klaga hjemme for at jeg ikke fikk sove så måtte jeg prøve i hvertfall noe for å rette på det, så jeg var veldig motivert (...)» (Informant 3)

5.1.2 Kunnskapsperspektiv

Flere av informantene hadde mye kunnskap om søvn og insomni allerede før kursstart. Dette var kunnskap og perspektiver som var preget av blant annet tidligere personlige erfaringer, og informasjon fra andre instanser. Informantene opplevde at kurset var lagt på et faglignivå som samstemte med deres behov, og at det var tilrettelagt som et lavterskeltilbud. En av informantene ordla seg på følgende måte om kurset:

*«(...) for kurset er jo greit og det er lavterskel, det er lett å forstå.»
(Informant 2)*

Selv om mye av kursinformasjonen var kjent for informantene hadde det en positiv verdi å få presentert kunnskapen på nytt. Det at kunnskapen opplevdes som lettfattelig og tilgjengelig gjorde at flere av informantene i tillegg erfarte at kunnskapen var mer håndterbar. Presentasjon av fakta og ufarliggjøring av kunnskap og informasjon var en positiv bidragsyter til å håndtere egen situasjon:

«Når du da får litt fakta på bordet og litt verktøy så har du ikke, jeg har jo to til fire netter i uka, ikke sant (...) jeg sovner på sofaen og det er jo ikke riktig livssituasjon og jeg er mer bevisst etter kurset og jeg stresser ikke med det da

sover jeg der og så får jeg ta den hvilen der, så litt bevissthet har jeg fått med kurset.» (Informant 1)

Under kurset fikk informantene kunnskap om omfanget og utbredelsen av søvn, og om søvn som folkehelseproblem. Dette faktabaserte perspektivet ga en innsikt som informantene opplevde som nyttig. Det faktum at søvnutfordringer ikke var så sjeldent som de selv hadde trodd ga informantene et nytt perspektiv på egen situasjon. Informantene opplevde at ny innsikt ga en form for ro og aksept av egen situasjon:

«At 20-25 % av Norges befolkning sliter med søvn (...) over tid, så fikk jeg satt ting litt i perspektiv og da følte jeg at jeg fikk ting på plass.» (Informant 3)

Disse kunnskapsperspektivene bidro til et økt perspektiv og forståelse rundt egen situasjon.

5.2 Opplevelse av fellesskap

Informantene kom ikke fra de samme kursgruppene, men ga alle uttrykk for at gruppedynamikken i de respektive gruppene hadde vært god. Det faktum at de alle delte et felles utgangspunkt gjennom sine søvnutfordringer uttrykte informantene at hadde gitt en umiddelbar ro og trygghet i gruppen under kurset. Denne raske tilliten til de andre kursdeltakerne bidro positivt til informantenes opplevelse under hver kurssamling, men var og en bidragsyter til den positive erfaringen av kursdeltakelsen som helhet. Informantene reflekterte rundt den positive verdien denne tilliten og opplevelsen av fellesskap ga:

*«Folk ble veldig ærlig og veldig fort åpne, alle er i samme båt da.»
(Informant 2)*

Selv om kursdeltakerne var ukjente for hverandre ved kursstart hadde det umiddelbart oppstått en åpen og ærlig deling av utfordringene den enkelte erfarte. Flere av informantene var overrasket over hvor raskt man var blitt fortrolig med hverandre, til tross for at det var både en ukjent situasjon og ukjente mennesker:

«Jeg er egentlig overrasket hvor fort i den gruppa vi kom inn i en troverdig ... vi kunne åpne og kunne snakke sammen. Du kjente ingen og så skal du åpne

og brette ut om sånn og sånn, alle delte og var trygt og greit å gjøre det.»

(Informant 3)

Videre poengterte flere at engasjementet og optimismen hos kursholderne hadde hatt betydning for gruppedynamikken. Informantene følte at dette allerede fra starten bidro til at de følte seg ivaretatt og sett, og at det var rom for å si det man ønsket:

«De var innmari flinke til å få oss til å føle at ingen problemer var hva skal jeg si.. teit.» (Informant 1)

At kursholderne og kursdeltakerne sammen bidro til en god dynamikk var en vesentlig faktor for at hver deltaker hadde en positiv erfaring med søvnmurset. Ved å ta aktiv del i dialog med de andre kursdeltakerne følte informantene at de fikk utforsket aspekter ved egen situasjon som ga de et verdifullt perspektiv.

5.2.1 Selvperspektiv

Kursdeltakerne kom inn i kurset med ulike bagasje både hva gjaldt erfaring med søvnmurser og med andre tjenestetilbud. De to informantene som hadde strevet langvarig med insomni kategoriserte seg som «krevende caser», og ga uttrykk for at de kanskje ikke burde vært med på kurset. En av informantene ga et bilde på hvordan hen så på seg selv som kandidat for kurset basert på egen situasjon:

«Jeg er nok en litt dårlig kandidat til kurset for jeg har slitt med dette som sagt siden jeg var 12 - 13 - 14 år, jeg har vært gjennom hele regla.» (Informant 2)

Den andre informant som hadde levd med insomni i mange år uffet seg over eget utgangspunkt ved kursstart, og sammenlignet seg med de andre deltakerne:

«Og det var vel fra første til andre uke så følte jeg at.. åh.. nesten krøp du under bordet når andre fortalte liksom hva de hadde gjort av forberedelser, og så hadde du så vidt greid å fordøye forrige kursdag.» (Informant 1)

Informantene som hadde hatt mangeårige utfordringer opplevde at de kom inn i kurset med en håpløs og umulig situasjon. Følelsen av utenforskap og ensomhet stakk relativt dypt hos disse informantene basert på den uholdbare situasjonen de levde i:

«(...) jo mer kjørt man er jo mer behov får man for å endre vaner, og jo vanskeligere er det nesten (...).» (Informant 2)

Til tross for at enkelte informanter så sin egen situasjon som fastlåst, bidro kurset til en økt forståelse og aksept for egen situasjon. Det faktum at man fikk løftet blikket ut over å se kun seg og sine utfordringer hadde en påvirkning på informantene:

«Jeg hadde ikke snakket med noen andre om dette (...) når jeg da fikk snakket litt med andre, hørt hvordan andre har det og at det er liksom ikke så unikt allikevel.» (Informant 3)

At man fikk åpnet øynene ved å ta del i andres utfordringer bidro til at informantene ikke følte seg så alene med sine utfordringer. Følelsen av at man var en del av noe større enn seg selv ga et perspektiv på egensituasjonen som hadde gitt en god opplevelse for flere av informantene. Den utmattende situasjonen hver informant sto i ble påvirket gjennom ny innsikt, og fremsto ikke lenger som like skremmende.

5.2.2 Speiling

Det var tydelig stor frustrasjon hos den enkelte rundt egen situasjon. Og selv om hver og en hadde ulike grad av insomni og andre tillegg utfordringer, ble det reflektert rundt det faktum at alle kjente på at situasjonen man sto i var enerverende. En av informantene belyste det faktum at hver av informantene opplevde egensituasjon som krevende, uavhengig av alvorlighetsgrad og varighet:

«Jeg tenker på når jeg sitter her nå og hører på (...) det er jo nesten banalt det jeg var igjennom, og dere har slitt med det mye lenger enn jeg og jeg føler med dere at dere deler de tingene. (...) og jeg tenker at det jeg var igjennom var peanuts, men for meg så tårnet det seg opp i hodet mitt (...).» (Informant 3)

Samtidig vektla informantene verdien av å få sitte i en gruppe hvor alle opplevde utfordringer knyttet til det samme. Det å få erfare hvor store forskjeller det var mellom egne og andres utfordringer, ga en annen forståelse for søvnutfordringenes mangfold. I tillegg til å lære gjennom andres erfaringer opplevde informantene læring og refleksjon gjennom å dele egne

erfaringer. Opplevelsen av trygge omgivelser bidro til at informantene turte å vise sårbarhet, frustrasjon og fortvilelse, uten at de opplevde å bli sett ned på. En informant forklarte det slik:

«Når du har søvnproblemer føler du deg sårbar, men i gruppedynamikken vi hadde så følte du at du ble anerkjent for problemet du hadde - om det var stort eller lite.» (Informant 1)

Erfaringene fra de andre deltakerne ga et økt forståelsesperspektiv. Informantene opplevde at det ga verdifull innsikt å få høre hvordan andre levde med sine utfordringer, og hvordan de håndterte eller ikke håndterte disse:

«(...) det er verdi å, i mangel av bedre ord, felles skjebne felles trøst. Altså se de andre og høre litt og hva gjør de da. (...)Så det er en læring, altså du plukker opp noen tips fra noen andre, og så var det som du sa du er ikke aleine da. Så du senker litt skuldre (...)» (Informant 2)

Informantene forklarte at erfaringsdeling og økt selvperspektiv bidro til en følelse av optimisme for egen situasjon. Denne positive følelsen bidro til å forsterke informantenes tro på en endring for fremtiden.

5.3 Mestring på egenhånd

Hos samtlige informanter påvirket søvnmangelen både hverdagslivet og hverdagsfunksjonen. Informantene poengterte at søvnmangelen påvirket muligheten til å ta aktivt del i jobb og familieliv, eller prioritere egentid. Søvnutfordringene preget informantenes i så stor grad at det tidvis var vanskelig å se noen utvei. En informant forklarte hvilke tanker manglende søvn fremprovoserte:

«(...) jeg gjorde det til en stor greie for meg, at dette funker liksom ikke. Og nå er liksom siste timen kommet for jeg sover jo ikke, tenkte jeg.» (Informant 3)

Alle informantene opplevde at stress og utfordringene knyttet til søvnmangel hadde påvirket muligheten til å ta aktivt del i jobb. Informantene opplevde at arbeidskapasiteten ble påvirket av redusert søvn. To informanter hadde falt helt eller delvis ut av arbeidslivet, og reflekterte

rundt følelsen av utenforskap og ensomhet. En informant forklarte egensituasjon på følgende måte:

«(...) situasjonen er ikke holdbar, vi snakker jo ut av arbeidslivet og.. det er på det nivået.» (Informant 2)

Informantenes individuelle erfaringer la grunnlaget for et ønske om endring av egen situasjon. Informantenes håp ved kursstart var at kursdeltakelsen ville gjøre at nødvendige endringer ville skje. Informanten som hadde hatt kortvarig insomni opplevde at de nye perspektivene kurset hadde gitt hadde hatt positiv virkning på egensituasjon. Men for informantene som hadde strevet lenge med insomni var opplevelsen en annen. Til tross for både repetert og nyervervet kunnskap gjennom kursdeltakelse opplevde ikke disse informantene stor endring på egen situasjon. En informant beskrev at kursdeltakelsen ikke hadde endret situasjonen:

«For jeg har ikke kommet et bågdrag videre, egentlig annet enn at jeg har bare.. jeg har samme søvnproblemer, jeg er like sliten (...)» (Informant 1)

Det var forskjell på hva informantene opplevde av endring på egen situasjon etter kursdeltakelse. I tillegg var det ulikt hva hver enkelt informant så av muligheter for egen søvnatferd for fremtiden. Kurset hadde introdusert informantene for mestringsstrategier og verktøy som de kunne benytte på veien videre.

5.3.1 Mestringsstrategier

Gjennom kurset fikk informantene kunnskap om blant annet søvn, insomni, søvnhygiene og ulike mestringsstrategier og verktøy for å håndtere egensituasjon. Underveis i kursperioden opplevde informantene ulike erfaringer med å anvende kunnskapen de hadde fått. Erfaringen med at mer stress kun skape en ond sirkel av dårlige følelser og søvnrelaterte utfordringer var kjent hos samtlige informanter. Gjennom kurset fikk informantene en økt forståelse for verdien av å håndtere egen stressreaksjon og tankesett. En informant ordla seg på følgende måte om verdien av økt kunnskap for å håndtere stressopplevelser i forbindelse med søvnutfordringer:

«For alt det stresset ved å ikke sove på riktig tid av døgnet, riktig mengde og sånn det er jo litt lettere ved å ha vært på det kurset. At «sånn har jeg det i perioder», tenker jeg at du blir litt tatt fra det stressaspektet fordi du vet at det er ikke så viktig del. Stresse seg over så sover du bare enda dårligere.»

(Informant 1)

I tillegg til kognitive verktøy som skulle forsøke å bidra til en endring av deltakernes eget tankesett, ble også mer konkrete mestringsverktøy introdusert under kurset. Informantene erfarte at de mer «håndfaste» verktøyene var litt enklere å forholde seg til. Verktøyene ble presentert på kurset, og det ble gitt hjemmelekser mellom kursøktene slik at man kunne prate sammen om erfaringer ved neste kurstreff. Flere av informantene uttrykte enighet om at spesielt søvndagboken hadde gitt en visst struktur og mer konkret fremstilling av egne utfordringer. Samtidig hadde informantene positiv erfaring knyttet til at egne notater og kursmateriell bidro til at kunnskapen ikke gikk i glemmeboken. En informant forklarte at bevisstgjøringen man fikk av å se på kursinformasjon på nytt var av verdi:

«(...) det gjorde jeg og. Selv om jeg ikke fikk gjort alle leksene så var søvndagboka.. den ble liksom bibel i perioden rett og slett. Og så hadde du de power-pointene som vi da hadde foran oss hver uke vi var der så du kunne skrive egne notater ved siden av. Og du blir vel kanskje litt mer bevisst hvis du tar frem de igjen, selv om man glemmer litt det som skjer direkte på kurset så får du en sånn bevisstgjøring; nei, nå må jeg ta meg sammen litt igjen for å si det sånn, og så se om jeg kan få snurra på usøvn igjen, ikke sant.»

(Informant 1)

Samtidig som verktøyene var av verdi opplevde spesielt to av informantene at bruken av verktøyene var krevende på grunn av manglende overskudd til å teste det ut hjemme. Følelsen av å mislykkes ved manglende utføring av hjemmelekser la en demper for videre entusiasme for bruk av andre verktøy.

I tillegg til konkrete verktøy knyttet direkte til søvn introduserte kurset generell søvnhygiene. Noe av det informantene ble bedt om å forsøke var å skape rom for blant annet mer fysisk aktivitet. Denne oppgaven opplevde flere av informantene som utfordrende i allerede hektiske hverdager. En informant forklarte at kursets bevisstgjøring knyttet til nødvendigheten av egentid og fysisk aktivitet hadde vært noe hen hadde forsøkt å prioritere:

«(...) stress på jobb, ungene skal ha sitt, du skal lage middag og alle vet hvordan det der er. Det er en sånn tidsklemme. Så det å prøve å være bevisst på det at du klarer å få skvisa inn noe tid til deg selv. Om det er lese en bok eller for min del at jeg går meg turer, eller jeg løper, eller jeg.. det har jeg blitt mye flinkere på.» (Informant 3)

Informanten påpekte videre at denne prioriteringen av egentid hadde hatt positiv påvirkning på opplevelsen av egen helse og søvn. De andre informantene bekreftet også at fysisk aktivitet, og det å være fysisk utslitt på en annen måte enn ved søvnmangel gjorde godt for kroppen. Videre fulgte en annen informant opp med å legge til et poeng om at det å pålegge seg ytterligere oppgaver i en slitsom hverdag fort kunne mane frem uønsket og ugunstig stress:

«Jeg vet at jeg sikkert burde gått meg tur og greier, men det blir ond sirkel og blir lett stressa også når du vet at du må.» (Informant 2)

Denne følelsen av at det er mange elementer som skal håndteres samtidig for å oppnå en endring ble av en informant beskrevet som overveldende og utmattende. Samtidig hadde gruppefellesskapet og mestringsstrategiene gitt informantene en opplevelse av et verdifullt og nyttig fundament for veien videre.

5.3.2 Fremtidsperspektiv

Alle informantene opplevde at kursdeltakelse hadde gitt positive erfaringer. Det ble poengtert at det ikke var kunnskapen fra kurset som hadde gitt de beste erfaringene, men snarere muligheten til å høre og dele erfaringer med andre likesinnede. Opplevelsen av tilhørighet hadde hatt stor betydning, og informantene reflekterte rundt at det hadde vært positivt med en arena hvor man fikk møte andre i lignende situasjon. Videre oppga informantene som hadde opplevd minst endringer på egensituasjon et ønske om endring av kursstruktur. Disse informantene ønsket seg at kurset hadde hatt en lengre varighet, og at intervallene mellom kursdagene kunne vært noe lengre. Disse informantene hadde et ønske om å være en del av et fellesskap over lengre tidsrom, og hadde kjent på at å gjennomføre nødvendige endringer ikke hadde vært håndterbart i den perioden kurset varte. Videre forklarte informantene at muligheten for å treffe andre likesinnede etter kursslutt var et ønske. En informant forklarte opplevelsen ved kursslutt slik:

«(...) da føler du deg veldig alene igjen. Og jeg tror nok at for min del at hvis det hadde vært en gruppe da for de tilfellene som ikke kommer helt ut av det, og som kanskje trenger et treff innimellom, og kunne dele litt erfaringer for da senker du litt skuldra når du møter likesinnede.» (Informant 1)

Samtlige informanter var enige i at en slik gruppe kunne være av interesse. Videre bekreftet alle informanter at det ikke var vesentlig om det var de samme eller andre deltakere man eventuelt møtte igjen.

Det kom frem at informantene som hadde levd lengst med insomni opplevde minst endring på egensituasjon etter kursdeltakelsen. Disse informantene slet med andre søvnlidelser i tillegg til insomni og påpekte at kurset ikke kunne løse disse fysiologiske aspektene ved hjelp av å endre eksempelvis tankesettet. Videre ytret de samme informantene stor frustrasjon overfor det en av informanten omtalte som blant annet «systemet» og til «helsenorge»:

«Frustrasjonen min er ikke på kurset, men på helsenorge som ikke har utbredt nok til den masseprosenten som har problemer. For det går utover jobb og hverdag for de fleste som sliter med det.» (Informant 1)

Informantene som hadde vært i det de omtalte som «systemet» lenge, opplevde stor frustrasjon knyttet til en lav forståelse blant leger og behandlere om søvn og søvnlidelser. Informantene etterlyste et helhetlig helsetilbud, og opplevde etter kursslutt igjen å bli stående alene i kampen om å skape varige endringer i egen situasjon. Selv om søvnkurset hadde gitt informantene et positivt påfyll gjennom både kunnskap og tilhørighet, var det basert på tidligere erfaringer varierende grad av fremtidstro for endring.

5.4 Oppsummering av funn

Informantene delte et felles ønske om å oppleve en bedring av egen situasjon knyttet til insomni. Informantene hadde ulik grad av motivasjon, og samtlige hadde et ønske og et behov for å endre en uholdbar eksisterende situasjon. Gjennom kurset opplevde informantene at kunnskapen de tilegnet seg ikke nødvendigvis var ny eller ukjent, men snarere en repetisjon av kunnskap de hadde tilegnet seg andre steder. Kunnskapen bidro likevel til at informantene fikk satt sin egen situasjon i perspektiv, og dette var en gjennomgående positiv opplevelse for informantene. En annen positiv erfaring informantene tok med seg fra kurset var opplevelsen av tilhørighet. Ved å høre andres erfaringer, og ved å dele egne erfaringer, erfarte informantene en økt forståelse for egne utfordringer og en opplevelse av fellesskap. Kunnskapen og opplevelsen av fellesskap informantene opplevde gjennom kursdeltakelsen ga et nytt perspektiv å vurdere sin egen situasjon ut ifra. Selv om informantene hadde en god opplevelse ved deltakelse på kurset, var det like vel ulikt hvordan de opplevde endring i egen situasjon. Etter kursslutt opplevde en av informantene at kurset hadde gitt en positiv fremtidstro på at insomni ikke skulle prege hverdagen slik som ved kursstart. Videre var det fortsatt to av informantene som opplevde at egesituasjon ikke var endret til det bedre etter deltakelse på kurs. Disse informantene opplevde en frustrasjon knyttet til at de igjen ble stående alene med egne søvnutfordringer etter kursslutt.

6 Diskusjon

I dette kapitlet legges først en diskusjon av metode frem for å belyse forskningsprosjektets kvalitet. Følgende vil studiens funn diskuteres opp mot presentert sosial-kognitiv teori og annen relevant forskning. Avslutningsvis følger en overordnet oppsummering av diskuterte funn.

6.1 Diskusjon av metode

I dette avsnittet er metoden diskutert med hensyn på begrepene *pålitelighet*, *gyldighet* og *generaliserbarhet* da dette er anerkjente kriterier for å vurdere kvaliteten på et forskningsprosjekt (Tjora, 2017)

6.1.1 Pålitelighet

Pålitelighet reflekteres gjennom metodevalg i en studie (Jacobsen, 2015). Denne studien har benyttet et fokusgruppeintervju for å innhente deltakererfaringer. Ved valg av en intervjuform med flere informanter til stede, kan spesielt intervjuereffekten og konteksteffekten ha påvirkning på studiens funn (Jacobsen, 2015). Ved gjennomføring av fokusgruppeintervjuet ble moderator mer aktiv enn det som var planlagt grunnet manglende grad av diskusjon mellom informantene (Tjora, 2017). Moderator kan i større grad enn ønskelig ha påvirket intervjusituasjonen og informantene med sin forforståelse og manglende erfaring med å holde intervju. Gjennom bruk av oppfølgingsspørsmål til informantene fikk moderator bekreftet eller avkreftet om egen oppfattelse av informantenes utsagn var tolket riktig (Malterud, 2018). Det er et eget underkapittel i metodekapitlet viet til å skape åpenhet rundt forskers forforståelse for å belyse hvilke bakgrunn forsker hadde ved gjennomføring av intervjuet og arbeid med datamaterialet (Jacobsen, 2015; Malterud, 2018).

Moderator opplevde ingen utfordring med å få informantene i tale ved bruk av digitalt intervju, og informantene delte villig av sine erfaringer. Den gode dynamikken som oppsto kan ha vært avgjørende for å sikre interessant og relevant datamateriale (Malterud, 2018). Informantene svarte på flere spørsmål ved å forklare etter hverandre heller enn å diskutere seg imellom, og dette er noe man i større grad kan forvente av en digital intervjusituasjon hvor moderator må ta mer ansvar for å lede diskusjonen (Lander et al., 2023). Noen av

årsakene til uteblitt diskusjon kan forklares gjennom deltakernes manglende mulighet til å tolke nonverbale tegn via skjerm, samt redusert mulighet for små-prating mellom deltakerne uten at det ble synlig for alle (Hinkes, 2021).

Grunnet bruk av digitalt intervju kunnen informantene delta fra kjente omgivelser noe som kan ha skapt en opplevelse av trygghet hos informanten (Jacobsen, 2015). En ulempe ved digitalt intervju kan derimot være at det er lettere at informantene blir forstyrret under selve intervjuet av eksempelvis andre familiemedlemmer, distraksjoner på mobiltelefon eller tekniske utfordringer (Lander et al., 2023). I starten av intervjuet hadde en informant noen tekniske utfordringer knyttet til ustabil nettverksdekning, men dette ordnet informanten raskt på egenhånd. Ingen av informantene så ut til å bli forstyrret underveis av andre elementer som eksempelvis mobiltelefon eller familie. Informantene var forberedt på når intervjuet skulle gjennomføres og hadde på den måten hatt mulighet til å planlegge for å unngå slike forstyrrelser (Jacobsen, 2015). Generelt fremsto det som at bruk av digitalt intervju ikke påvirket intervjusituasjonen uheldig (Archibald et al., 2019). Ved åpenhet rundt ovennevnte interne forhold styrkes studiens pålitelighet (Tjora, 2017).

6.1.2 Gyldighet

Gyldighet er et annet sentralt begrep innen kvalitativ forskningsmetode. Dette begrepet viser til om man i et forskningsprosjekt faktisk undersøker det man ønsker å undersøke. Gjennom dette prosjektet har valg av metode, datagenerering og teori blitt presentert for å legge til rette for at leseren selv kan danne seg et bilde av forskningens gyldighet basert på de rammer som er satt (Tjora, 2017). Ved å etterstrebe et metodevalg av relevans for forskningsprosjektet har dette bidratt til prosjektets gyldighet (Tjora, 2017). Gjennom et fokusgruppeintervju kan man få frem en gruppes synspunkter rundt avgrensede tema, og man kan få frem eventuelle enigheter eller uenigheter innad i gruppen (Jacobsen, 2015). Personer som velger å delta på søvnkurs, og videre stille som informanter, kan ha andre personlige utgangspunkt og forutsetninger som vil gjenspeiles i erfaringene som formidles. Dette kan påvirke datamaterialet ved at erfaringene som presenteres kun representere et lite utvalg av erfaringer mennesker kan gjøre seg etter deltakelse på søvnkurs (Jacobsen, 2015). Informantene ble rekruttert fra ulike søvnkurs og kan dermed ha ulike erfaringer basert på at eksempelvis gruppedynamikk eller kursstrukturen kan være noe ulik. Videre var det ulike tid siden informantene deltok på kurset og dette kan ha påvirket den enkeltes minner og erfaringer fra

kurset. Informantenes kjønn eller alder ble ikke vektlagt i denne studien, men basert på andre funn om at kjønnsforskjeller og alder kan påvirke opplevelsen av egen søvn og insomni kan ha påvirket informantenes erfaringer og videre datamaterialet (Malterud, 2018). Videre kan en utfordring ved fokusgruppeintervju være at erfaringene som løftes frem bærer preget av hvilke informanter som har hevet stemmen mest, eller hvilken retning diskusjonen har tatt (Jacobsen, 2015). Moderator valgte å styre spørsmålene i større grad enn planlagt for å sikre at hver informant fikk taletid (Jacobsen, 2015). Denne tilpasningen ble gjort for å sikre at informantene fikk mulighet til å fremme sin oppriktige mening uten selv å måtte heve stemmen eller gjøre seg synlig og sårbar i en intervjusetting med få andre informanter (Jacobsen, 2015; Nielsen et al., 2021). At prosjektet fikk færre informanter enn ønskelig kan ha påvirket muligheten for diskusjon og datainnsamling, og dermed påvirket studiens gyldighet. Samtidig kan en fordel med lavt informantantall være at intervjusituasjonen skapte en trygg ramme som bidro til at det følte naturlig å dele personlige erfaringer (Tjora, 2017). Påvirkningen informantantallet kan ha hatt på datamaterialet henger sammen med blant annet informasjonsstyrken til utvalget. For denne studien vurderes det til at representerte informanter bidro til høy informasjonsstyrke fordi informantene villig delte sine erfaringer som var av høy relevans for studiens problemstillingen (Malterud, 2018).

Ved fokusgruppeintervjuer kan blant annet en utfordring være at synspunktene som kommer frem bærer preget av hvilke informanter som har hevet stemmen mest, eller hvilken retning diskusjonen har tatt (Jacobsen, 2015). At det metodologiske valget passet for dette prosjektet kan i utgangspunktet bidra til en høyere gyldighet (Tjora, 2017). Den opprinnelige planen om å gjennomføre flere fokusgruppeintervjuer måtte fravikes, noe som kan ha påvirket muligheten til å utdype relevante tema ytterligere. Dette medført i tillegg at muligheten til å belyse informanterfaringer over tid bortfalt, og informantene fikk ikke en ny mulighet til å dele andre eller nye erfaringer etter første intervju. At kun ett fokusgruppeintervju ble gjennomført kan ha påvirket datamaterialet og derigjennom studiens gyldighet (Jacobsen, 2015). Samtidig valgte en mulig informant å utestå fra deltakelse i prosjektet på grunn av intervjumetode og intervjuform. Dette kan ha gjort at prosjektets metodevalg har påvirket muligheten for å frembringe et nyansert datamateriale basert på flere deltakererfaringer (Malterud, 2018). Ved bruk av en annen forskningsmetode som dybdeintervju ville muligens en informant til deltatt, og intervjuformen kunne gitt mer utfyllende og dyptgående beskrivelser av informantenes erfaringer sammenlignet med bruk av fokusgruppeintervju (Tjora, 2017). På den annen side ville trolig færre informanter stilt til dybdeintervju fordi

bruken av digitalt intervju bidro til at flere hadde mulighet til å delta på grunn gjennom effektivisering av tidsbruk og minimering av reisevei (Lander et al., 2023). Prosjektet etterstrebet å velge en relevant forskningsmetode basert på problemstillingen noe som har bidratt til studiens gyldighet (Tjora, 2017).

6.1.3 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet eller ekstern gyldighet omhandler muligheten for at prosjektets funn er overførbare til andre enheter utover den studerte (Jacobsen, 2015; Malterud, 2018; Tjora, 2017). I dette forskningsprosjektet har informantenes refleksjoner knyttet til søvnkursdeltakelse gitt en forståelse og innsikt i hvilke erfaringer et slikt kurs kan gi. Dette reflekterer prosjektets kvalitative generalisering (Jacobsen, 2015).

Funn fra denne studien er preget av informantenes erfaringer knyttet til deres individuelle bakgrunn. Eksempelvis kan informantenes erfaringer og påvirkning gjennom sosiostrukturelle forhold ha påvirket utgangspunkt for atferd, og mulighet for atferdsendring (Bandura, 1999). Samtidig kan funnene fra denne studien være preget av at informantene er fra samme sted av landet, noe som kan forklare at denne typen funn kan være vanskelig eller uhensiktsmessig å generalisere (Malterud, 2018). Samtidig er det ikke bare utvalget og det kontekstuelle som er vesentlig for generaliserbarheten, men også hvorvidt funnene kan være av interesse for å belyse andre lignende problemstillinger (Malterud, 2018). For dette prosjektet vurderes det dit hen at funnene kan være av interesse for andre frisklivssentraler eller instanser som ønsker innsikt i søvnkurserfaringer. Til tross for at utvalget er lite og fra samme geografiske område representerer funnene relevante deltakererfaringer som kan bidra med innsikt og forståelse for hvilke erfaringer deltakere gjør seg etter deltakelse ved et slikt kurs.

6.2 Diskusjon av funn

I dette avsnittet vil studiens funn diskuteres. Diskusjonen er strukturert etter de tre hovedkategoriene som ble benyttet ved presentasjon av funn: *Ønske om endring*, *Opplevelse av fellesskap* og *Mestring på egenhånd* som ble benyttet ved presentasjon av funn.

6.2.1 Ønske om endring

Funn fra denne studien viser at alle informantene hadde et ønske og motivasjon for endring av egen situasjon ved kursstart. Dette samstemmer med Helsedirektoratet (2018) sin antakelse om at mennesker som strever med insomni er motivert for en atferdsendring basert på valget om å melde seg på et søvnkurs (Helsedirektoratet, 2018). Informantenes motivasjon for å endre egen situasjon handlet om at de negative helseutfordringene ved insomni påvirket opplevelsen av egen livskvalitet. At utfordringer knyttet til søvnmangel og insomni har negative helseeffekter som påvirker helse og livskvalitet finnes igjen i annen litteratur og forskningsfunn (Dyregrov, 2016; Walker, 2022; Whale & Goberman-Hill, 2022).

I hverdagen opplevde informantene mye negative tanker knyttet til en frustrasjon rundt sin egen krevende situasjon. Det er tidligere dokumentert at negative erfaringer og tanker over lang tid kan forsterke eller utvikle insomni, og dermed hindre nødvendige atferdsendringer (Bandura, 2004; Dyrberg et al., 2021). Informantene opplevde at stress knyttet til insomni eller andre livshendelser påvirket søvnvarigheten negativt. Lignende funn er presentert av Liu et al. (2016) som forklarer at når mengden stresshormoner i kroppen øker blir man mer følelsesladet, og dermed øker sannsynligheten for at tankekjøret knyttet til søvnutfordringene eskalerer (Liu et al., 2016). To av informantene opplevde reduserte forutsetninger både psykisk og fysisk for å håndtere egen situasjon. Disse informantene strevet med langvarig komorbid insomni. Et langvarig forhøyet stressnivå knyttet til redusert håndtering og mestring av egne livsutfordringer som insomni, kan gi negative konsekvenser på psykisk og fysisk helse (Samdal et al., 2017). Videre erfarte disse informantene ved kursstart en noe lavere motivasjon og tro på endringsmuligheter enn informanten med kortvarig insomni. Denne studiens funn er sammenfallende med studiefunn gjort av Boyle et al. (2020) som viser til en sammenheng mellom insomni, utvikling av komorbid insomni og redusert grad av motivasjon (Boyle et al., 2020). En negativ stress- og helsebelastning over lang tid kan ha redusert mestringsevne og mestringstro hos den enkelte, noe som kan ha hatt påvirkning på motivasjon og valg av atferd. Dette samstemmer med sosial-kognitiv teori som påpeker en

sammenheng mellom motivasjon og grad av mestringstro (Bandura, 1997; Crosby et al., 2019).

Negative erfaringer og helseutfordringer kan medføre at informantene opprettholder en redusert mestringstro, og dermed mister tillit til egne evner for å håndtere utfordringene knyttet til insomni. At evnen til å håndtere og mestre egne helseutfordringer legger føringer for individets mestringstro er belyst av andre, og samstemmer med sosial-kognitiv teori (Bandura, 1997; Samdal et al., 2017). For å få kontroll over negative tanker som påvirker nattesøvnen, og for å gjennomføre nødvendige atferdsendringer belyser Helsedirektoratet (2018) nødvendigheten av å øke kompetansenivået hos den enkelte (Helsedirektoratet, 2018). Kursdeltakelsen ga informantene tilgang til relevant kunnskap knyttet til søvn, og informantenes erfaringer var at økt kunnskap ga et utvidet perspektiv på egen situasjon. Et utvidet perspektiv opplevde informantene som verdifullt for å øke egen mestringstro. Disse funnene er i tråd med sosial-kognitiv teori som vektlegger kunnskap, og evnen til å anvende kunnskap som en forutsetning for økt mestringstro og atferdsendring (Bandura, 2004).

Ingen av informantene nevnte positive mestringserfaringer knyttet til atferdsendringer tidligere. Basert på dette var det en antakelse om at informantenes resultatforventning ved kursstart var lav som følge av manglende positive erfaringer som kunne styrket mestringstroen og resultatforventningene, disse funnene sammenfaller med sosial-kognitiv teori (Bandura, 1998). Informantenes syn på egne mestringsmuligheter kan basert på sosial-kognitiv teori ha påvirket den enkeltes mestringstro, og videre påvirket troen på å nå ønskede delmål og mål. Samtidig kan dette ha påvirket informantenes motivasjon for å sette seg nye mål, og å nå disse målene. En lav mestringstro og resultatforventning kan ha medført redusert grad av endring underveis og etter kurset. Disse funnene reflekterer sosial-kognitiv teori sin tilnærming til atferd som resultat av en gjensidige påvirkningen mellom mestringserfaringer, mestringstro og individets målsetning og resultatforventning (Bandura, 1997; Bandura, 2004). Informantenes individuelle erfaringer med atferdsendring etter kurset kan dermed sees i sammenheng med informantenes mestringstro, tidligere målsetninger og mestringserfaringer ved inngang til kurset.

En av informantene tok en prat med en kursholder før kurspåmelding. Gjennom denne samtalen økte motivasjonen for deltakelse basert på økt kunnskap om insomni og om kurset. Forskningsfunn gjort av Cho et al. (2021) viser til at en motiverende samtale før gjennomføring av insomnibehandling kan ha positiv virkning på utfall av kursdeltakelse ved

at man blir tryggere på behandlingsstruktur og innhold (Cho et al., 2021). Erfaringene denne informanten har gjort seg etter samtalen med kursholder samstemmer videre med elementer fra sosial-kognitiv teori. Gjennom økt kunnskap gitt av en rollemodell ble en resultatforventning etablert hos informanten. Dette utgjorde videre en motiverende faktor for å gjennomføre kurset, samtidig som en økt mestringstro ble etablert hos informanten (Bandura, 1999; Crosby et al., 2019). Det var ulik opplevelse av kontroll over egen situasjon blant informantene både ved inngang til kurset og ved kursslutt. Sosial-kognitiv teori belyser at graden av et individs atferdsendring henger sammen med grad av kontroll, noe som kan forklare individuelle forskjeller og erfaringer med endring før og etter kursdeltakelse (Bandura, 2004; Crosby et al., 2019).

Informantene som opplevde minst grad av endring på egsituasjon etter deltakelse ved søvnkurs slet med andre søvnlidelser i tillegg til insomni. Ifølge Helsedirektoratet (2018) ligger det en antakelse om at kurset ikke vil ha like god virkning for mennesker som har andre søvnlidelser eller komorbid insomni, da disse ofte vil trenge annen behandling eller oppfølging av lege (Helsedirektoratet, 2018). Samtidig viser andre studiefunn til at insomnibehandling kan ha god virkning på komorbid insomni (Geiger-Brown et al., 2015). Dette bekreftes ytterligere av en annen studie som viser til at deltakelse ved gruppebasert søvnkurs kan ha positiv virkning for voksne som strever med komorbid insomni (Sadler et al., 2020). Bjorvatn (2013) forklarer at søvnmangel gir redusert overskudd til å gjennomføre hverdagslige handlinger og endringer, noe som kan ha vært gjeldende for denne studiens informanter med komorbid insomni (Bjorvatn, 2013). Sosial-kognitiv teori forklarer at mestringserfaringer påvirker grad av motivasjon, og mennesker med komorbid insomni kan ha flere negative erfaringer knyttet til tidligere atferdsendringer noe som kan påvirke evnen til å gjennomføre nye atferdsendringer (Bandura, 1997).

Informanten som hadde opplevd insomni i kortest periode hadde en bedre opplevelse av egsituasjon etter kursdeltakelse, sammenlignet med de andre informantene. Hvor lenge informantene hadde strevet med insomni ble undersøkt i denne studien, men det ble ikke undersøkt hvilken grad av insomni informantene erfarte. En systematisk studiegjennomgang gjort av Matthews et al. (2013) finner en tendens til at mennesker som strever med insomni oppsøker behandlingstilbud først ved moderat insomni (Matthews et al., 2013).

Helsedirektoratet (2018) forklarer at graden av søvnevansker og insomni ved kursstart kan være en forklarende faktor for individuelle erfaringer og endringer etter søvnkursdeltakelse (Helsedirektoratet, 2018). Videre er det tidligere forskningsfunn som poengterer at varigheten

av søvnutfordringer kan bidra til at man utvikler kronisk insomni på grunn av negative erfaringer med søvn (Yang et al., 2010). I tillegg kan en økt varighet bidra til at man identifiserer seg med insomni-diagnosen noe som øker sannsynligheten for å utvikle insomni (Lichstein, 2017). Informantenes individuelle erfaringer etter søvnkursdeltakelse kan basert på ovennevnte forklares ved en mulig sammenheng mellom informantenes varighet av insomni og grad av insomni ved kursstart.

Selv om samtlige informanter var kjent med mye av kunnskapen de lærte på kurset, erfarte de at kurset ga nyttig faglig påfyll. En mulig forklaring på dette kan finnes i sosial-kognitiv teori (Bandura, 2004). Ved at søvnkurset har gitt informantene evnen til å anvende kunnskapen kan dette ha medvirket til atferdsendringer. Ifølge sosial-kognitiv teori og forskningsfunn gjort av Latocha et al. (2023) påvirkes graden av atferdsendring av individuelle ferdigheter og individets ønske om endring, noe som kan forklare den ulike graden av atferdsendring som informantene opplever etter søvnkurset (Bandura, 2004; Latocha et al., 2023). Det er med andre ord ikke bare kunnskap alene som bidrar til endret helseatferd, men individets motivasjon og evne til å benytte kunnskapen til aktiv handling (Bandura, 2004). Informantene ga uttrykk for ulik tilnærming og grad av gjennomføring av hjemmeøvelsene. Informantene som hadde levd med langvarig insomni hadde i mindre grad hatt overskudd og mestringstro nok til å gjennomføre hjemmeøvelsene, og disse funnene kan bekreftes og belyses av sosial-kognitiv teori og annen forskning som relevante faktorer for atferdsendring (Bandura, 1997; Bjorvatn, 2013). Videre er søvnrestriksjon en av hjemmeøvelsene som presenteres under søvnkurset. Ifølge Helsedirektoratet (2018) er søvnrestriksjon kjent for å være en effektiv, men krevende øvelse for å bedre insomni (Helsedirektoratet, 2018). I hvilken grad informantene prøvde søvnrestriksjon vites ikke for denne studien, men grad av gjennomføring av denne eller andre hjemmeøvelser kan være medvirkende faktorer til informantenes opplevde atferdsendring.

Søvnkurset «Sov godt» baserer seg på kognitiv atferdsterapi og ønsker å styrke mennesker til å se, forstå og utføre nødvendige atferdsendringer for å bedre egen helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2018). Studiefunn finner at kognitiv atferdsterapi er en behandlingsform som kan gi ønskede atferdsendringer da den vektlegger en målrettet fremgangsmåte (Cox & D'Oyley, 2011; Helsedirektoratet, 2018). Viktigheten av delmål og mål for atferdsendring bekreftes av sosial-kognitiv teori (Bandura, 1997). Hvilke delmål og mål som velges bør ifølge sosial-kognitiv teori ta utgangspunkt i den enkeltes motivasjon og mestringstro, da grad av mestringstro reflekteres i vilje til å nå målsetningene. Den enkeltes

resultatforventning vil påvirkes av troen på måloppnåelse som videre påvirker motivasjonen (Bandura, 2004). I hvilken grad det under søvnkurset ble tilpasset individuelle målsetninger vites ikke. Det kan diskuteres om informantenes ulike erfaring med å mestre blant annet hjemmeøvelsene skyldes manglende individuelle målsetninger. Studiens funn kan ikke gi svar på dette, men Helsedirektoratet (2018) viser i sin søvnkurs-mal til at individuell oppfølging kan være hensiktsmessig for å støtte og motivere deltakere ved gjennomføring av krevende øvelser som søvnrestriksjon (Helsedirektoratet, 2018).

Det er flere fysiologiske faktorer som kan ha påvirket informantenes erfaringer med søvnkurset. Man ser blant annet en relasjon mellom økende alder og insomni (Madrid-Valero et al., 2017). Det er noe ulik oppfatning når det gjelder søvnbehovets utvikling gjennom livet. Bjorvatn (2013) mener at søvnbehovet og søvnlengden er relativt stabil fra omtrent 20 årsalder (Bjorvatn, 2013). Dyregrov (2016) påpeker at søvnbehovet reduseres ved økende alder og at eldre gjerne opplever dårligere nattesøvn og økt søvnighet på dagtid (Dyregrov, 2016). Samtidig ser man blant annet at kvinner har en større tilbøyelighet til å rapportere redusert søvnkvalitet, samtidig som kvinner i større grad kan oppleve komorbid insomni grunnet psykiske lidelser (Boyle et al., 2020; Dyregrov, 2016; Mong & Cusmano, 2016; Zeng et al., 2020). Denne studien har ikke studert en spesifikk alder eller hatt kjønn som kriterier, men denne typen funn kan bidra med en forståelse for informantenes ulike erfaringer knyttet til insomni og til den enkeltes søvnkurserfaringer.

Informantene opplevde ulik grad av sosial støtte, aksept og forståelse for søvnutfordringene sine fra nære relasjoner og arbeidsplass. Informantene som erfarte minst endring gjennom søvnkurset, sto i tillegg helt eller delvis utenfor arbeidslivet. Sosial støtte fra kollegaer, venner og familie er ifølge studiefunn viktige faktorer for et individs evne til å håndtere egen insomni, og påvirker opplevelse av egen søvnkvalitet (Chang et al., 2022; Omichi et al., 2022). Videre viser forskning at aksept og støtte kan påvirke et individ positivt til å gjennomføre nødvendige atferdsendringer (Bandura, 2004; Billings et al., 2020; Strine & Chapman, 2005). Informantenes ulike grad av opplevd støtte og aksept fra omgivelsene kan baserte på refererte studiefunn ha påvirket deltakererfaringen.

Informantene bor alle i en stor norsk kommune, men det kan like vel være interne forskjeller i bo- og levestandard (Thorsnæs & Askheim, 2022). Eksempelvis kan bosted og nærhet til grøntarealer være elementer som kan ha påvirkning på søvn og livskvalitet (Billings et al., 2020; Crosby et al., 2019). Selv om det ikke ble stilt spørsmål om bosted og sosiostrukturelle

forhold delte en informant erfaringer knyttet til forstyrrende trafikkstøy nattetid ved et tidligere bosted. Informanten ga uttrykk for at dette ikke hadde hatt en positiv påvirkning på søvnen, noe som samstemmer med forskningsfunn som viser til at støyforurensning er en årsak til forstyrret søvn (Halperin, 2014). Informantens erfaringer samstemmer videre med sosial-kognitiv teori som belyser at omgivelser og sosiostrukturelle faktorer har påvirkning på menneskers mulighet og grunnlag for atferdsendring (Bandura, 2004). Videre viser en studie gjort av Yang et al. (2022) en sammenheng mellom mental helse og sosiodemografiske forhold. Mennesker som bor landlig og som sover under 6 timer per natt, samt mennesker som bor urbant, har størst helsegevinst av sosial deltakelse (Yang et al., 2022). For informantene i denne studien er ikke sosiodemografiske forhold undersøkt, men basert på kunnskap om den studerte kommunen er det naturlig å anta at funnene til Yang et al. (2022) kan belyse deltakererfaringenes opplevelse av sosial deltakelse som veridfullt.

6.2.2 Opplevelse av fellesskap

Til tross for ulik grad av endring på egne utfordringer erfarte informantene kursdeltakelsen som positiv. Opplevelsen om at kursdeltakelsen ga en positiv helsegevinst kan forstås av sosial-kognitiv teori og forskningsfunn som belyser at sosial støtte kan hindrer utviklingen av mental uhelse og uatferd, samtidig som risikoen for å utvikle komorbid insomni reduseres (Walker, 2022; Yang et al., 2022). Studiefunn viser at gruppebasert behandlingsform bidrar med sosial støtte og samhold, og at dette har påvirkning på opplevd insomni og resultat etter gjennomgått insomnibehandling (Belber et al., 2013; Kamen et al., 2019; Koffel et al., 2015). Informantenes positive erfaringene kan videre reflektere Helsedirektoratet (2015) antakelse om at en økt tilfredshet kan bidra til opplevelsen av økt livskvalitet, og at dette kan være tilfelle for informantene under kursdeltakelsen (Helsedirektoratet, 2015). Informantenes erfaringer med gruppebasert behandlingstilbud samstemmer med funn av Sandlund et al. (2018). Deres studie har sett på gruppebaserte behandlingstilbud for pasienter med insomni som gjennom et fellesskap med likesinnede erfarte et pusterom hvor man kunne være seg selv og oppleve tilhørighet (Sandlund et al., 2018). Informantene erfarte at deltakelse på et gruppebasert kurs hadde påvirkning på opplevelsen av egen helse, og på graden av motivasjon. Funnene samstemmer med andre forskningsfunn og sosial-kognitiv teori som viser til en kobling mellom sosial aktivitet som bidragsyter for opplevelsen av egen helse og motivasjon (Bandura, 1997; Holding et al., 2020).

Informantene erfarte at observasjon av likesinnede ga et utvidet perspektiv på egne utfordringer. Gjennom å sette sine egne utfordringer i perspektiv reflekterte informantene rundt at ikke alle utfordringene lenger opplevdes like uoverkommelige som først antatt. Ifølge sosial-kognitiv teori er observasjon av omgivelsene og andres atferd med på å danne grunnlag for valg av egen atferd og tro på egne mestringmuligheter (Bandura, 1999; Bandura, 2004). Den gruppebasert undervisningsform bidro til en arena for observasjon av meddeltakere og kursholdere, noe som i lys av sosial-kognitiv teori kan ha styrket motivasjon og mestringstro gjennom at alle deltakerne fikk ta del i andres erfaringer og trekke lærdom fra dette. Videre er ifølge sosial-kognitiv teori individuelle forskjeller og forutsetninger avgjørende for hvordan den enkelte evner å håndtere og anvende kunnskapen for å gjennomføre en atferdsendring (Bandura, 1999; Bandura, 2004).

Informantene anerkjente kursholderens viktige rolle for å skape god gruppedynamikk. Gjennom kompetansen om fysisk og psykisk helse bidro kursholderne som gode rollemodeller, noe som ifølge sosial-kognitiv teori skaper rom for observasjon og interaksjon som kan påvirke helseatferd. Kursholderne la til rette for en læringsarena som bidro til at informantene fikk nødvendig kompetanse, noe som er et element sosial-kognitiv teori mener er av betydning for å redusere risiko for å ta ugunstige helsevalg videre (Bandura, 2004). At kursholderens rolle ble vurdert som vesentlig for informantenes kurserfaringer bekreftes av lignende studiefunn gjort av Sadler et al. (2020). Videre forklarte informantene at kursholderne evnet å tilrettelegge for samhandling og erfaringsdeling mellom informantene. En studie gjort av Burlingame et al. (2011) viste at samhold er et resultat av gruppebasert behandling. Videre poengterer studien at det er avgjørende hvordan kurset er lagt opp for at det skal være en arena for å fremme samhold (Burlingame et al., 2011). Kursholderens engasjement og evne til å involvere deltakerne kan dermed ha hatt betydning for informantenes kurserfaringer.

Informantene opplevde at å samhandle med andre deltakere bidro til redusert stressopplevelse knyttet til egen situasjon, og at egen mestringstro ble forsterket. Dette samstemmer med sosial-kognitiv teori og andre forskningsfunn som belyser at sosialt samhold påvirker individets mestringstro. En økt mestringstro kan videre påvirke evnen til å håndtere fysiske og psykiske responser noe som vil bidra til en opplevelse av kontroll og dermed fremme søvnkvalitet og helse (Bandura, 1997; Helsedirektoratet, 2018; Liu et al., 2016). Andre studier viser til tilsvarende sammenheng mellom sosial støtte, opplevd stress og søvnvarighet (Liu et al., 2016; Pow et al., 2017). En annen studie indikerer at gruppebaserte kurs som

behandlingstilbud mot insomni har positiv virkning på medisinbruk, angst og depresjon (Belber et al., 2013). Slike forskningsfunn kan sammen med sosial-kognitiv teori belyse informantenes positive opplevelse knyttet til deltakelse på gruppebasert kurs.

6.2.3 Mestring på egenhånd

Informantene opplevde at kurset bidro til en redusert følelse av utenforskap, og til en følelse av samhold. Gjennom kursperioden hadde informantene en konkret og fast avtale med likesinnede hver uke gjennom fire uker. Helsedirektoratet (2015) og sosial-kognitiv teori belyser et underliggende menneskelig behov om å få være aktiv i eget liv og at dette kan bidra til økt tro på mestring og endring (Bandura, 1997; Helsedirektoratet, 2015).

Informantenes deltakelse ved kurset kan ha gitt en utvidet positiv erfaring grunnet aktiv handling for å fremme egen helse. Informantenes erfaringer samstemmer også med andre forskningsfunn som forklarer at opplevelsen av tilhørighet kan bidra til økt trivsel, mestringsfølelse og derigjennom bedre helse og livskvalitet (Samdal et al., 2017; Simons & Baldwin, 2021). To av informantene var helt eller delvis ute av arbeidslivet på grunn av utfordringer relatert til komorbid insomni, informantene opplevde dette som vanskelig. Forskningsfunn bekrefter informantenes erfaringer om at det å stå utenfor arbeidslivet kan påvirke motivasjon så vel som selvfølelse og egen mestringstro (Boyle et al., 2020; Wilhelmsen-Langeland, 2022). For menn er det spesielt en kobling mellom utvikling av depresjon knyttet til økonomiske og yrkesmessige stressorer (Boyle et al., 2020). Sosial-kognitiv teori og funn fra Boyle et al. (2020) viser at sosiostrukturelle faktorer kan være medvirkende til utvikling av komorbid insomni, men at samfunnets tilrettelegging for aktiv deltakelse kan påvirke et individs tro på egne muligheter, mestring og resultatforventning (Bandura, 1998; Boyle et al., 2020).

Informantene som var utenfor arbeidslivet hadde begge erfart å forsove seg til søvnmessig, til tross for at kurset startet sent på formiddagen. Dette kan mulig være en indikasjon på at informantene som var utenfor arbeidslivet hadde en ujevn døgnrytme, og redusert eksponering for blant annet dagslys. Dagslys er viktig for regulering av melatonin og har innvirkning på regulering av søvn (Bjørvatn, 2013). For å bedre søvnkvalitet er det ifølge Bjørvatn (2013) avgjørende at man opprettholder en form for døgnrytme, eksponeres for dagslys og foretar seg aktiviteter som kan øke søvnbehovet (Bjørvatn, 2013). Det å delta på en aktivitet slik som søvnmessig kan sørge for at vedkommende må stå opp om morgenen til et

fast tidspunkt, og videre innfinne seg på selve kursstedet. Dette vil kunne bidra til en økt tretthet, noe som kan påvirke søvnkvaliteten positivt (Bjorvatn, 2013; Jennum et al., 2015). Informantene fikk kunnskap om slik søvnhygiene under søvnkurset, men informantene fulgte disse rådene i ulik grad noe som kan ha påvirket den enkeltes erfaringer knyttet til egen atferdsendring.

Informantene fikk hjemmeøvelser og lekser mellom hver kurssamling som baserte seg på verktøy og mestringsstrategier som var gjennomgått på kurset. Informantene som hadde hatt langvarig komorbid insomni så det mest krevende å gjennomføre øvelsene. Disse funnene kan forklares i lys av sosial-kognitiv teori da den enkeltes tidligere erfaringer med håndtering av insomni kan ha resultert i en redusert mestringstro og motivasjon, og dermed påvirket den enkeltes resultatforventning til disse øvelsene (Bandura, 2004). Informantene erfarte at eget syn på mulighet for endring forandret seg noe etter å ha hørt meddeltakere fortelle om sine erfaringer etter å ha gjennomført øvelser. Basert på sosial-kognitiv teori kan informantenes observasjon av meddeltakere ha medført en konsekvensvurdering av de aktuelle øvelsene, og en positiv oppfattelse av disse øvelsene og atferdsendringene kan ha økt motivasjon og mestringstro for å gjennomføre tilsvarende handlinger selv (Bandura, 1998). I tillegg forklarte informantene at det reduserte pågangsmotet handlet om manglende overskudd og humør. Denne opplevelsen kan forklares ved at søvnutfordringer skaper redusert søvnkvalitet, noe som påvirker kapasiteten og muligheten til å tilegne seg ny kunnskap og å gjennomføre atferdsendringer basert på denne (Bandura, 2004; Bjorvatn, 2013; Yang et al., 2010). Blant hjemmeøvelsen informantene ble introdusert for under søvnkurset var det enighet om at det var bruk av søvndagbok som hadde gitt best opplevelse. Informantene opplevde et nytt perspektiv på egne søvnutfordringer gjennom å notere seg når de la seg, når de sto opp og hvordan de hadde opplevde egen søvnkvalitet. Andre studiefunn viser at å føre søvndagbok kan gi nyttig oversikt over egen søvnstruktur og kvalitet, og dermed være et verktøy for kartlegging og planlegging av videre insomnibehandling (Carney et al., 2012; Helsedirektoratet, 2018).

Informantene hadde erfaringer både fra før kurset og under kurset med at fysisk aktivitet kunne være positivt på opplevelsen av egen søvn. En forklaring på denne opplevelsen er at fysisk aktivitet kan øke søvnbehovet, og at dette bedrer opplevelsen av søvnkvalitet (Dyregrov, 2016; Helsedirektoratet, 2018). Samtidig viser forskning at både for lavt og for høyt aktivitetsnivå kan påvirke opplevelsen av egen søvnkvalitet (Kline et al., 2012). Dette viser til at deltakerne selv må finne det nivået med fysisk aktivitet som gir størst opplevelse

av mestrings og resultat på egen søvnkvalitet. Helsedirektoratet (2022) bekrefter at det er viktig at det tas hensyn til individuelle forskjeller ved tilpasning av tiltak (Helsedirektoratet, 2022). Informantene erfarte videre at når de hadde klart å prioritere egentid resulterte dette i et ønske om å klare å gjenta prioriteringen. Dette kan forstås i sammenheng med sosial-kognitiv teori da dette kan bidra til en mestringsfølelse og økt mestringstro. Samtidig kan prioriteringen ha bidratt til en opplevelse av å nå delmål og mål, noe som har styrket mestringstroen ytterligere og dermed økt muligheten for å utvikle seg som menneske (Bandura, 1999; Crosby et al., 2019). Forskning gjort av Endeshaw og Yoo (2019) viser at organisert fysisk aktivitet sammen med andre har positivt virkning på insomni. Basert på dette kunne informantene muligens hatt glede av et gruppebasert treningstilbud for å oppnå ytterligere positiv helsegevinst og bedring av insomni (Endeshaw & Yoo, 2019).

Informantene påpekte at det å opprettholde god søvnhygiene kunne være krevende ikke bare på grunn av hektisk hverdag, men også fordi enkelte av informantene slet med at de falt i søvn på dag tid. En forklaring på informantenes opplevelse ved å sove på dagtid kan være at dette har påvirket søvnbehovet på kvelden, og dermed bidratt til å opprettholde ugunstig søvnatferd (Dyregrov, 2016). Informantene som erfarte disse utfordringene, opplevde en stadig påminnelse om at de ikke lyktes med å håndtere egen søvn. Basert på sosial-kognitiv teori kan påminnelsen om at man ikke mestrer egen helseatferd bidra til en redusert mestringstro og motivasjon som derigjennom påvirker helseatferd negativt (Bandura, 1998). Samtidig erfarte informantene at kunnskapen om at det ikke er antall timer, men antall timer med god søvnkvalitet bidro til opplevelsen av stressreduksjon. I lys av sosial-kognitiv teori og annen søvnlitteratur kan dette forklares med at en økt forståelse og kunnskap gjorde den enkelte i stand til å håndtere egne psykofysiologiske responser. Gjennom en økt kontroll på egen situasjon opplevdes en økt mestringstro og stressreduksjon, noe som videre bidro positivt til sannsynligheten for å oppleve mestring og tilhørende atferdsendring (Bandura, 1997; Bjorvatn, 2013). I tillegg vil en håndtering av insomni kunne bidra til at negative assosiasjoner rundt egen insomni reduseres, og dette kan hindre en eventuelt forverring av insomni (Helsedirektoratet, 2018; Lichstein, 2017).

Funn fra denne studien viser at informantene erfarte ulikt rundt kursets struktur. Spesielt en informant opplevde at det å møte på kurs hver uke var krevende på grunn av manglende energi, noe som forklares gjennom den reduserte søvnmengden årsaket i insomni (Bjorvatn, 2013). To av informantene ytret et ønske om flere kurssamlinger for å opprettholde muligheten for videre selvutvikling og følelsen av tilhørighet. Disse informanterfaringene kan

sees i sammenheng med sosial-kognitiv teori og forskningsfunn om at kursets kontekst var viktig for atferdsendring gjennom samhandling og observasjon, og ved at informantene fikk utforske sitt fulle potensiale (Bandura, 1999; Samdal et al., 2017). Sosial-kognitiv teori kan forklare at grunnlaget for å øke den enkeltes motivasjon, mestringstro og målsetninger forsvant ved kursslutt, fordi muligheten til å benytte kursomgivelsene som ledd i egenutvikling og atferdsendring opphørte (Bandura, 1998). Kurskonteksten kan basert på teori og forskningsfunn ha bidratt til økt helse og trivsel, og derigjennom skapt informantenes positive opplevelse med kursdeltakelse (Bandura, 1998; Samdal et al., 2017). Forskning viser at gruppebaserte kurs kan ha god virkning, men at det ikke nødvendigvis er kursets varighet som er avgjørende for resultatet (Dautovich et al., 2010). Videre viser studiefunn at et søvnkurs varighet og lengde er avgjørende både for følelsen av samhold (Burlingame et al., 2011), og for at endringene skal vedvare hos den enkelte (Koffel et al., 2015). Denne studiens funn samstemmer med ovennevnte, og følgende funn gjort av Sadler et al. (2020) som viser til at kurslengde, kursinnhold og kursstruktur er elementer som kan vurderes for å treffe kursdeltakerne bedre (Sadler et al., 2020).

Informantene forklarte videre at de savnet et tilbud, fysisk eller digitalt, som etter kursslutt kunne ivareta følelsen av tilhørighet og muligheten for erfaringsdeling med likesinnede. Informantene som hadde ønsket flere kurssamlinger mente at et slikt tilbud kunne erstatte dette ønsket. Informantenes erfaringer og forslag kan bekreftes av sosial-kognitiv teori og annen forskning gjennom at en plattform eller arena med likesinnede kan påvirke egen helseatferd ved å fremme læring og motivasjonen for å opprettholde og endre helseatferd (Bandura, 2004; Koffel et al., 2015). Informantenes tanker om at det ikke var det fysiske oppmøtet som var avgjørende for opplevelsen av samhold bekreftes av flere studier. Rajabi Majd et al. (2020) har i sin studie funnet at gruppebasert insomnibehandling gjennom bruk av en app gir bedre behandlingsresultater sammenlignet med enkel pasientundervisning. Selv ved bruk av en app hadde med andre ord gruppetilhørigheten en funksjon (Rajabi Majd et al., 2020). En studie gjort av de Bruin et al. (2014) viser at et nettbasert insomnikurs kan være like effektivt som et gruppebasert insomnikurs (de Bruin et al., 2014). Det ble i denne studien ikke undersøkt hvorfor informantene ikke etablerte et slikt tilbud på egenhånd. Men basert på at informantene strever med søvnmangel og dermed opplever lavt overskudd, konsentrasjon og humør kan dette være mulige årsaksforklaringer til manglende egeninitiativ (Bjorvatn, 2013). Videre viser annen forskning og sosial-kognitiv teori til følelsen av håpløshet og redusert mestringstro i sammenheng med insomni, noe som kan påvirke informantenes

mulighet til å initiere etableringen av grupper med likesinnede (Bandura, 1997; Bjorvatn, 2013; Chang et al., 2022).

Informantene som strevet med langvarig komorbid insomni delte en frustrasjon knyttet til opplevelsen av et manglende helhetlig helsetilbud. Studiefunn viser at mennesker med insomni benytter seg mer av helsevesenet enn mennesker som opplever god søvn (Daley et al., 2009). Videre erfarte de samme informantene det krevende å navigere blant ulike helsetilbud hvor de opplevde å møte ulik kompetanse knyttet til insomni. Annen forskning viser til at det er viktig at behandlere i helsevesenet og samfunnet generelt får økt kunnskap om hvilke helseutfordringer som kan oppstå som følge av dårlig søvnkvalitet og insomni (Chattu et al., 2019). Samtidig viser forskning til at det er viktig at mennesker som ikke har effekt av kognitiv atferdsterapi mot sin insomni blir henvist videre til spesialister for ytterligere hjelp (Ng & Cunningham, 2021). Helsedirektoratet (2018) har i sin søvnkurs-mal en anbefaling om at det holdes en oppfølgingssamtale med hver kursdeltaker etter kursslutt for å kunne diskutere den enkeltes vei videre (Helsedirektoratet, 2018). Hvorvidt informantene faktisk benyttet eller fikk tilbud om en slik oppfølgingssamtale under eller etter kurset er ikke undersøkt i denne studien.

Studiefunn gjort av Riemann et al. (2022) viser til sammenhengen mellom insomni og ulike helseutfordringer, og poengterer behovet for å finne gode og effektive behandlingstilbud og metoder mot insomni for fremtiden (Riemann et al., 2022). Det er ifølge FN-sambandet (2022) i samfunnets interesse å bedre menneskers opplevelse av egen helse og livskvalitet. Gjennom bedre helse og livskvalitet vil motivasjonen for den enkeltes samfunnsdeltakelse øke, og på denne måten vil mennesker i større grad kunne bidra til samfunnet (Bandura, 2004; FN-sambandet, 2022). I lys av sosial-kognitiv teori og annen litteratur er det opp til samfunnet å tilrettelegge for at hvert enkelt individ opplever at helsen opprettholdes gjennom et tilstrekkelig helsetilbud (Bandura, 1998; DiClemente et al., 2019). Studiefunn vurderer insomni til å kunne ha store sosioøkonomiske konsekvenser for et samfunn (Léger & Bayon, 2010). Mennesker som sover dårlig kan oppleve en redusert produktivitet på jobb (Daley et al., 2009) og en økt sannsynlighet for å falle helt eller delvis ut av arbeidslivet (Overland et al., 2008). Det er i samfunnets interesse å finne gode behandlingstilbud for søvnvansker og insomni da dette vil kunne bidra til at flere orker å stå i arbeid. Gjennom arbeidslivet kan mestringserfaringer skapes og sosial støtte oppleves, noe som vil styrke og fremme den enkeltes helse og livskvalitet (Overland et al., 2008; Sivertsen et al., 2009; Wilhelmsen-Langeland, 2022).

6.2.4 Oppsummering av diskuterte funn

Gjennom gruppebaserte søvnkurs kan den enkelte kursdeltakeren oppleve fellesskap og samhold med likesinnede. Gruppebaserte søvnkurs bidrar med en mulighet for å heve eget kunnskapsnivå slik at dette kan medføre forståelse for behov for atferdsendring. Evnen til å håndtere psykiske og fysiske responser knyttet til egne søvnutfordringer er en egenskap som har betydning for å endre egen helseatferd, og kan læres gjennom gruppebaserte søvnkurs. Videre bidrar kunnskap og forståelse for mestringsstrategier knyttet til søvnutfordringer for muligheten til å ta gunstigere helsevalg og dermed påvirke egen helseatferd. Gruppekurset skaper i tillegg en arena for observasjon av kursholdere og meddeltakere, og både kunnskap og observasjon bidrar til et utvidet perspektiv knyttet til egen situasjon. Et utvidet perspektiv kan gi en økt mestringstro og resultatforventning, og derigjennom danne grunnlag for en (re)vurdering av egen helseatferd. Et godt og helhetlig helsetilbud til mennesker med søvnevansker og insomni kan påvirke et individs mulighet for aktiv samfunnsdeltakelse. Dette vil kunne fremme individets helse og livskvalitet, samtidig som det bidrar til samfunnsutvikling.

7 Konklusjon

Hovedmålet for denne oppgaven var å belyse hvilke erfaringer deltakere har etter å ha gjennomgått søvnkurs. Målet var at disse funnene kunne gi en unik innsikt i deltakererfaringer.

Studiens funn viser at informantene hadde *ulike* erfaringer med søvnkursdeltakelsens påvirkning på egen insomni. Selv om informantenes erfaringer knyttet til endring av egne søvnutfordringer var ulike, beskrev alle informantene søvnkursdeltakelsen som en *positiv* opplevelse. Gruppebasert søvnkurs ser ut til å være et godt behandlingstilbud for *insomni*. Deltakererfaringene kan se ut til å sammenfalle med Helsedirektoratets antakelse om at deltakere med *komorbid insomni* vil kunne ha begrenset utbytte av søvnkurset «Sov godt».

Informantene erfarte at økt *kunnskap* og *observasjon av rollemodeller* ga et utvidet perspektiv som resulterte i en økt *mestringstro* og *motivasjon* for endring. Informantene erfarte en følelse av fellesskap og tilhørighet gjennom kursdeltakelsen, noe som bidro til økt *motivasjon* for *læring*, og økt *mestringstro* knyttet til håndtering av egen situasjon. Søvnkurset introduserte informantene for *mestringsstrategier* og verktøy for å håndtere egne søvnproblemer. Informantenes *målsetninger* og *resultatforventninger* knyttet til egen atferdsendring var preget av den enkeltes *mestringstro*, noe som igjen kan ha påvirket informantenes faktiske atferdsendringer etter kurset. En *triadisk påvirkning* mellom deltakeren, søvnkursets kontekst og deltakerens atferd bidro i ulik grad til endringer av den enkelte deltakers søvnatferd. Individets *mestringstro* og *resultatforventning* ved kursstart kan ha påvirket den enkelte informants endringserfaringer etter kursdeltakelse. Gjennom *samhandling* på gruppekurset kan atferd ha blitt påvirket, og dette kan ha fremmet egen *helse* og *livskvalitet*. Funnene i studien ser ut til å kunne forklares med *sosial-kognitiv teori*.

Selv om studiens overførbarhet begrenses av studiens design og informantantall, gir funnene innsikt i hvilke erfaringer deltakere gjør seg etter å ha gjennomgått et slikt kurs.

Overførbarheten styrkes ved at studiefunn bekrefter tidligere forskningsfunn. Ved eventuelt videre forskning ville det vært interessant å innhente deltakererfaringer ved ulike tidspunkt etter kursslutt for å belyse om deltakererfaringene endrer seg over tid.

8 Referanser

- Alamir, Y. A., Zullig, K. J., Kristjansson, A. L., Wen, S., Misra, R. & Montgomery-Downs, H. (2022). A theoretical model of college students' sleep quality and health-related quality of life. *Journal of Behavioral Medicine*. doi: 10.1007/s10865-022-00348-9.
- Araújo, T., Jarrin, D. C., Leanza, Y., Vallières, A. & Morin, C. M. (2017). Qualitative studies of insomnia: Current state of knowledge in the field. *Sleep Medicine Reviews*, 31: 58-69. doi: <https://doi.org/10.1016/j.smr.2016.01.003>.
- Archibald, M. M., Ambagtsheer, R. C., Casey, M. G. & Lawless, M. (2019). Using Zoom Videoconferencing for Qualitative Data Collection: Perceptions and Experiences of Researchers and Participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 18: 1609406919874596. doi: 10.1177/1609406919874596.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. USA: General Learning Press. Tilgjengelig fra: https://web.archive.org/web/20131024214846/http://www.jku.at/org/content/e54521/e54528/e54529/e178059/Bandura_SocialLearningTheory_ger.pdf (lest 27.03.2023).
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13 (4): 623-649. doi: 10.1080/08870449808407422.
- Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. I: Pervin, L. & John, O. (red.) *Handbook of personality*, s. s. 154-196. New York: Guilford Publications.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory of Mass Communication. *Media Psychology*, 3 (3): 265-299. doi: 10.1207/S1532785XMEP0303_03.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*, 31 (2): 143-64. doi: 10.1177/1090198104263660.
- Belber, M., De La Fuente, L. & Canellas, F. (2013). Insomnia group therapy. *Sleep Medicine*, 14: e87. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.11.181>.
- Benz, F., Riemann, D. & Feige, B. (2020). Dreaming and Insomnia: Link between Physiological REM Parameters and Mentation Characteristics. *Brain Sci*, 10 (6). doi: 10.3390/brainsci10060378.
- Billings, M. E., Hale, L. & Johnson, D. A. (2020). Physical and Social Environment Relationship With Sleep Health and Disorders. *Chest*, 157 (5): 1304-1312. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2019.12.002>.

- Bjorvatn, B. (2013). *Bedre søvn. En håndbok til deg som sover dårlig*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bjorvatn, B., Sivertsen, B., Waage, S., Holsten, F. & Pallesen, S. (2018). Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av insomni. *søvn*, 10. (1): 12-17.
- Bjorvatn, B. (2021). *Behandling av langvarige søvnproblemer uten medisiner*. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/behandling-av-langvarige-sovnproblemer-uten-medisiner> (lest 21.04.2023).
- Bjorvatn, B. (2022). *Insomni*. Tilgjengelig fra: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/sovnforstyrrelser/insomni#kilder-authors> (lest 10.10.2022).
- Boyle, C. C., Cho, J. H., Eisenberger, N. I., Olmstead, R. E., Piber, D., Sadeghi, N., Tazhibi, M. & Irwin, M. R. (2020). Motivation and sensitivity to monetary reward in late-life insomnia: moderating role of sex and the inflammatory marker CRP. *Neuropsychopharmacology*, 45 (10): 1664-1671. doi: 10.1038/s41386-020-0735-7.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2): 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T. & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48 (1): 34-42. doi: 10.1037/a0022063.
- Carney, C. E., Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Lichstein, K. L. & Morin, C. M. (2012). The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep*, 35 (2): 287-302. doi: 10.5665/sleep.1642.
- Chang, Q., Lai, D. & Fu, Y. (2022). Mechanisms connecting insomnia to hopelessness among Chinese older adults: Serial mediating roles of fatigue and social support. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37 (6). doi: <https://doi.org/10.1002/gps.5720>.
- Chattu, V. K., Manzar, M. D., Kumary, S., Burman, D., Spence, D. W. & Pandi-Perumal, S. R. (2019). The Global Problem of Insufficient Sleep and Its Serious Public Health Implications. *Healthcare*, 7 (1): 1.
- Cho, J. H., Kremer, S. & Young, J. (2021). Who to Refer to a Behavioral Insomnia Clinic? — Recommendations Based on Treatment Rationale and Response Prediction. *Current Sleep Medicine Reports*, 7 (4): 213-220. doi: 10.1007/s40675-021-00220-3.
- Cox, D. & D'Oyley, H. (2011). Cognitive-behavioral therapy with older adults. *British Columbia Medical Journal*, 53 (7): 348-352.

- Crosby, R. A., Salazar, L. F. & DiClemente, J. (2019). *Social Cognitive Theory Applied to Health Behavior*. 2. utg. I: Health Behavior Theory for Public Health. Burlington, MA: Jones Bartlett Learning.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoire, J. P., Savard, J. & Baillargeon, L. (2009). Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Medicine*, 10 (4): 427-438. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.04.005>.
- Dautovich, N. D., McNamara, J., Williams, J. M., Cross, N. J. & McCrae, C. S. (2010). Tackling sleeplessness: Psychological treatment options for insomnia. *Nat Sci Sleep*, 2: 23-37.
- de Bruin, E. J., Oort, F. J., Bögels, S. M. & Meijer, A. M. (2014). Efficacy of internet and group-administered cognitive behavioral therapy for insomnia in adolescents: a pilot study. *Behav Sleep Med*, 12 (3): 235-54. doi: 10.1080/15402002.2013.784703.
- De Clercq, D., Papalambros, N. & Silberzahn, T. (2021). *Sleep on it: Addressing the sleep-loss epidemic through technology*. Tilgjengelig fra: <https://www.mckinsey.com/industries/life-sciences/our-insights/sleep-on-it-addressing-the-sleep-loss-epidemic-through-technology> (lest 13.09.2021).
- DiClemente, R. J., Salazar, L. F. & Crosby, R. A. (2019). *Health Behavior in the Context of the "New" Public Health*. 2. utg. I: Health Behavior Theory for Public Health. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Dyrberg, H., Juel, A. & Kragh, M. (2021). Experience of Treatment and Adherence to Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia for Patients with Depression: An Interview Study. *Behav Sleep Med*, 19 (4): 481-491. doi: 10.1080/15402002.2020.1788033.
- Dyregrov, A. (2016). *Den lille søvnboken. Håndbok for folk som vil sove bedre*. 2. utg. Bergen Vigmostad & Bjørke AS.
- Endeshaw, Y. W. & Yoo, W. (2019). Organized Social Activity, Physical Exercise, and the Risk of Insomnia Symptoms Among Community-Dwelling Older Adults. *J Aging Health*, 31 (6): 989-1001. doi: 10.1177/0898264317747705.
- FN-sambandet. (2022). *FNs bærekraftsmål. 3 god helse og livskvalitet*. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet> (lest 11.10.2022).

- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> (lest 24.03.2023).
- Førde, R. (2014). *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (lest 14.03.2023).
- Fossum-Raunehaug, S. (2022). *Informasjon for studentar om behandling av forskningsdata og persondata*. Tilgjengelig fra: <https://www.nmbu.no/forskning/forskere/forskningsdata/node/42342> (lest 03.11.2022).
- Geiger-Brown, J. M., Rogers, V. E., Liu, W., Ludeman, E. M., Downton, K. D. & Diaz-Abad, M. (2015). Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 23: 54-67. doi: <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.11.007>.
- Håkonsen, K. M. (2010). *Innføring i psykologi*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Halperin, D. (2014). Environmental noise and sleep disturbances: A threat to health? *Sleep Science*, 7 (4): 209-212. doi: <https://doi.org/10.1016/j.slsci.2014.11.003>.
- Haugland, B. S. M., Hysing, M., Baste, V., Wergeland, G. J., Rapee, R. M., Hoffart, A., Haaland, Å. T. & Bjaastad, J. F. (2021). Sleep Duration and Insomnia in Adolescents Seeking Treatment for Anxiety in Primary Health Care. *Frontiers in Psychology*, 12. doi: 10.3389/fpsyg.2021.638879.
- Helsedirektoratet. (2015). *Well-being på norsk*. Rapport fra Helsedirektoratet 06/2015. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf/_attachment/inline/46a66c5f-e872-4e52-96b5-4ae1c95c5d23:488beb667da23e74e06e64a4e800417c2f205c90/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf (lest 21.04.2023).
- Helsedirektoratet. (2016). *Hva er en frisklivssentral?* Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral#formaaletmedfrisklivssentraler> (lest 10.10.2022).
- Helsedirektoratet. (2017). *Søvn og søvnvansker*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnvansker> (lest 10.03.2023).
- Helsedirektoratet. (2018). *Sov godt. Mal for søvnkurs for deg som jobber på frisklivssentralen*. Rapport fra Helsedirektoratet 10/2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/sov-godt-mal-for-sovnkurs-for-deg-som-jobber-pa->

[frisklivssentralen/Sov%20godt%20%E2%80%93%20Mal%20for%20s%C3%B8vnkurs%20for%20deg%20som%20jobber%20p%C3%A5%20frisklivssentralen.pdf/attachment/inline/770eb7f5-7dc2-4938-ab73-40c9044b506c:eca157e9eb10989be1c41f9d9a3703a3df91ebf2/Sov%20godt%20%E2%80%93%20Mal%20for%20s%C3%B8vnkurs%20for%20deg%20som%20jobber%20p%C3%A5%20frisklivssentralen.pdf](https://www.frisklivssentralen.no/Sov%20godt%20%E2%80%93%20Mal%20for%20s%C3%B8vnkurs%20for%20deg%20som%20jobber%20p%C3%A5%20frisklivssentralen.pdf/attachment/inline/770eb7f5-7dc2-4938-ab73-40c9044b506c:eca157e9eb10989be1c41f9d9a3703a3df91ebf2/Sov%20godt%20%E2%80%93%20Mal%20for%20s%C3%B8vnkurs%20for%20deg%20som%20jobber%20p%C3%A5%20frisklivssentralen.pdf) (lest 11.03.2023).

Helsedirektoratet. (2022). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud*. Oslo. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:94a0131dab82438294c9705ce1155dcea34e7ec7/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf> (lest 07.11.2022).

Hinkes, C. (2021). Key aspects to consider when conducting synchronous text-based online focus groups – a research note. *International Journal of Social Research Methodology*, 24 (6): 753-759. doi: 10.1080/13645579.2020.1801277.

Holding, B. C., Sundelin, T., Schiller, H., Åkerstedt, T., Kecklund, G. & Axelsson, J. (2020). Sleepiness, sleep duration, and human social activity: An investigation into bidirectionality using longitudinal time-use data. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 117 (35): 21209-21217. doi: 10.1073/pnas.2004535117.

Hummelvoll, J. K. (2015). Flerstegsfokusgruppeintervju – en sentral metode i deltagerbasert og handlingsorientert forsknings samarbeid. *Klinisk Sygepleje*, 24 (3): 4-13. doi: 10.18261/ISSN1903-2285-2010-03-02.

Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Jakobsen, R., Lundervold, A. J. & Sivertsen, B. (2015). Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. *BMJ Open*, 5 (1): e006748. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006748.

Irwin, M. R. (2015). Why sleep is important for health: a psychoneuroimmunology perspective. *Annu Rev Psychol*, 66: 143-72. doi: 10.1146/annurev-psych-010213-115205.

- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Jennum, P. J., Bonke, J., Clark, A. J., Flyvbjerg, A., Garde, A. H., Hermansen, K., Johansen, C., Møller, M., Rod, N. H., Sjödin, A., et al. (2015). *Søvn og sundhed*. Rapport fra Vidensråd for forebyggelse 2015. Tilgjengelig fra: https://vidensraad.dk/sites/default/files/node/field_report_download/vidensraad_soevn-og-sundhed_digital.pdf.
- Kamen, C., Garland, S. N., Heckler, C. E., Peoples, A. R., Kleckner, I. R., Cole, C. L., Perlis, M. L., Morrow, G. R., Mustian, K. M. & Roscoe, J. A. (2019). Social Support, Insomnia, and Adherence to Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia After Cancer Treatment. *Behavioral Sleep Medicine*, 17 (1): 70-80. doi: 10.1080/15402002.2016.1276019.
- Kline, C. E., Sui, X., Hall, M. H., Youngstedt, S. D., Blair, S. N., Earnest, C. P. & Church, T. S. (2012). Dose–response effects of exercise training on the subjective sleep quality of postmenopausal women: exploratory analyses of a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 2 (4): e001044. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001044.
- Koffel, E. A., Koffel, J. B. & Gehrman, P. R. (2015). A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 19: 6-16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2014.05.001>.
- Krueger, R. A. (2015). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 5. utg. USA: SAGE Publications.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Adademisk.
- Lander, J., Altawil, H., Dilger, E.-M., Bruett, A. L., Fricke, L. M., Hoekstra, D., John, C., Krauth, C., Krüger, K., Schaubert, K., et al. (2023). Synchronous online focus groups in health research: application and further development of methodology based on experiences from two mixed-methods research projects. *BMC Research Notes*, 16 (1): 18. doi: 10.1186/s13104-023-06288-0.
- Latocha, K. M., Løppenthin, K., Jennum, P., Christensen, R., Østergaard, M. & Esbensen, B. A. (2023). Experiences of group-based cognitive behavioural therapy for insomnia among patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. *BMJ Open*, 13 (1): e066221. doi: 10.1136/bmjopen-2022-066221.
- Léger, D. & Bayon, V. (2010). Societal costs of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 14 (6): 379-389. doi: <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2010.01.003>.

- Lichstein, K. L. (2017). Insomnia identity. *Behaviour Research and Therapy*, 97: 230-241. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.08.005>.
- Liu, X., Liu, C., Tian, X., Zou, G., Li, G., Kong, L. & Li, P. (2016). Associations of Perceived Stress, Resilience and Social Support with Sleep Disturbance Among Community-dwelling Adults. *Stress and Health*, 32 (5): 578-586. doi: <https://doi.org/10.1002/smi.2664>.
- Madrid-Valero, J. J., Martinez-Selva, J. M., Ribeiro do Couto, B., Sánchez-Romera, J. F. & Ordoñana, J. R. (2017). Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. . *Gaceta Sanitaria [online]*, 31 (1): 18-22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.013>.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4 utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Matthews, E. E., Arnedt, J. T., McCarthy, M. S., Cuddihy, L. J. & Aloia, M. S. (2013). Adherence to cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 17 (6): 453-464. doi: <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2013.01.001>.
- Meld. St. 19 (2014 – 2015). *Folkehelsemeldingen - mestrings og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1> (lest 08.03.2023).
- Meld. St. 19 (2018 – 2019). *Folkehelsemeldinga. Gode liv i eit trygt samfunn*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=1> (lest 06.03.2023).
- Mong, J. A. & Cusmano, D. M. (2016). Sex differences in sleep: impact of biological sex and sex steroids. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371 (1688): 20150110. doi: doi:10.1098/rstb.2015.0110.
- Mullington, J. M., Cunningham, T. J., Haack, M. & Yang, H. (2021). Causes and Consequences of Chronic Sleep Deficiency and the Role of Orexin. *Front Neurol Neurosci*, 45: 128-138. doi: 10.1159/000514956.
- Ng, L. & Cunnington, D. (2021). Management of insomnia in primary care. *Aust Prescr*, 44 (4): 124-128. doi: 10.18773/austprescr.2021.027.
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q. & Jørgensen, P. S. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. 1. utg. Oslo: Vigmostad & Bjørke AS.

- Omichi, C., Kaminishi, Y., Kadotani, H., Sumi, Y., Ubara, A., Nishikawa, K., Matsuda, A. & Ozeki, Y. (2022). Limited social support is associated with depression, anxiety, and insomnia in a Japanese working population. *Frontiers in Public Health*, 10.
- Overland, S., Glozier, N., Sivertsen, B., Stewart, R., Neckelmann, D., Krokstad, S. & Mykletun, A. (2008). A comparison of insomnia and depression as predictors of disability pension: the HUNT Study. *Sleep*, 31 (6): 875-80. doi: 10.1093/sleep/31.6.875.
- Pow, J., King, D. B., Stephenson, E. & DeLongis, A. (2017). Does social support buffer the effects of occupational stress on sleep quality among paramedics? A daily diary study. *J Occup Health Psychol*, 22 (1): 71-85. doi: 10.1037/a0040107.
- Rajabi Majd, N., Broström, A., Ulander, M., Lin, C. Y., Griffiths, M. D., Imani, V., Ahorsu, D. K., Ohayon, M. M. & Pakpour, A. H. (2020). Efficacy of a Theory-Based Cognitive Behavioral Technique App-Based Intervention for Patients With Insomnia: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, 22 (4): e15841. doi: 10.2196/15841.
- Reynolds-Cowie, P. & Fleming, L. (2021). Living with persistent insomnia after cancer: A qualitative analysis of impact and management. *Br J Health Psychol*, 26 (1): 33-49. doi: 10.1111/bjhp.12446.
- Riemann, D., Benz, F., Dressle, R. J., Espie, C. A., Johann, A. F., Blanken, T. F., Leerssen, J., Wassing, R., Henry, A. L., Kyle, S. D., et al. (2022). Insomnia disorder: State of the science and challenges for the future. *Journal of Sleep Research*, 31 (4): e13604. doi: <https://doi.org/10.1111/jsr.13604>.
- Sadler, P., McLaren, S., Klein, B. & Jenkins, M. (2020). Cognitive behaviour therapy for insomnia and depression: qualitative reflections from older adults who participated in a randomised controlled trial. *Aging Ment Health*, 24 (6): 932-938. doi: 10.1080/13607863.2019.1571013.
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring*. Rapport fra Helsedirektoratet 08/2017 Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mesting.pdf (lest 08.03.2023).

- Sandlund, C., Kane, K., Ekstedt, M. & Westman, J. (2018). Patients' experiences of motivation, change, and challenges in group treatment for insomnia in primary care: a focus group study. *BMC Fam Pract*, 19 (1): 111. doi: 10.1186/s12875-018-0798-2.
- Simons, G. & Baldwin, D. S. (2021). A critical review of the definition of 'wellbeing' for doctors and their patients in a post Covid-19 era. *International Journal of Social Psychiatry*, 67 (8): 984-991. doi: 10.1177/00207640211032259.
- Sivertsen, B., Øverland, S., Bjorvatn, B., Mæland, J. G. & Mykletun, A. (2009). Does insomnia predict sick leave?: The Hordaland Health Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 66 (1): 67-74. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.06.011>.
- Sivertsen, B., Nordhus, I. H., Bjorvatn, B. & Pallesen, S. (2010). Sleep problems in general practice: a national survey of assessment and treatment routines of general practitioners in Norway. *J Sleep Res*, 19 (1 Pt 1): 36-41. doi: 10.1111/j.1365-2869.2009.00769.x.
- Strine, T. W. & Chapman, D. P. (2005). Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. *Sleep Medicine*, 6 (1): 23-27. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2004.06.003>.
- Svartdal, F. (2021). *Albert Bandura*: Store norske leksikon. Tilgjengelig fra: https://snl.no/Albert_Bandura (lest 29.03.2023).
- Tadayon Nabavi, R. & Bijandi, M. (2012). Bandura's Social Learning Theory & Social Cognitive Learning Theory.
- Thorsnæs, G. & Askheim, S. (2022). *Asker*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/Asker> (lest 20.03.2023).
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Voderholzer, U., Al-Shajlawi, A., Weske, G., Feige, B. & Riemann, D. (2003). Are there gender differences in objective and subjective sleep measures? A study of insomniacs and healthy controls. *Depress Anxiety*, 17 (3): 162-72. doi: 10.1002/da.10101.
- Walker, M. (2022). *Hvorfor vi sover* 1. utg. Oslo: Forlaget Press.
- Wassing, R., Benjamins, J. S., Dekker, K., Moens, S., Spiegelhalder, K., Feige, B., Riemann, D., van der Sluis, S., Van Der Werf, Y. D., Talamini, L. M., et al. (2016). Slow dissolving of emotional distress contributes to hyperarousal. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113 (9): 2538-2543. doi: doi:10.1073/pnas.1522520113.

- Wei, Y., Colombo, M. A., Ramautar, J. R., Blanken, T. F., van der Werf, Y. D., Spiegelhalder, K., Feige, B., Riemann, D. & Van Someren, E. J. W. (2017). Sleep Stage Transition Dynamics Reveal Specific Stage 2 Vulnerability in Insomnia. *Sleep*, 40 (9). doi: 10.1093/sleep/zsx117.
- Whale, K. & Gooberman-Hill, R. (2022). The Importance of Sleep for People With Chronic Pain: Current Insights and Evidence. *JBMR Plus*, 6 (7): e10658. doi: <https://doi.org/10.1002/jbm4.10658>.
- WHO. (1946). *Constitution*: WHO - World Health Organization. Tilgjengelig fra: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> (lest 08.03.2023).
- Wilhelmsen-Langeland, A. (2022). Søvnvansker og arbeidsevne: et klinisk eksempel. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59 (10.): 923-927.
- World Medical Association, W. (2022). *WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR MEDICAL RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS*. Tilgjengelig fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (lest 03.11.2022).
- Yang, C. M., Lin, S. C., Hsu, S. C. & Cheng, C. P. (2010). Maladaptive sleep hygiene practices in good sleepers and patients with insomnia. *J Health Psychol*, 15 (1): 147-55. doi: 10.1177/1359105309346342.
- Yang, Y., Li, Y., Zhao, P., Wang, J., Mi, B., Pei, L., Zhao, Y. & Chen, F. (2022). The association between social engagement and depressive symptoms in middle-aged and elderly Chinese: A longitudinal subgroup identification analysis under causal inference frame. *Front Aging Neurosci*, 14: 934801. doi: 10.3389/fnagi.2022.934801.
- Zeng, L.-N., Zong, Q.-Q., Yang, Y., Zhang, L., Xiang, Y.-F., Ng, C. H., Chen, L.-G. & Xiang, Y.-T. (2020). Gender Difference in the Prevalence of Insomnia: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Frontiers in Psychiatry*, 11. doi: 10.3389/fpsy.2020.577429.

Vedlegg

Vedlegg A: Intervjuguide

Vedlegg B: Informasjonsskriv

Vedlegg C: Samtykkeerklæring

Vedlegg D: Bekreftelse fra NSD (Sikt)

Vedlegg A: Intervjuguide

Introduksjon før intervjustart:

- Kort introduksjon om meg selv og min bakgrunn
- Informasjon om prosjektet
- Gjenta at det er frivillig å delta, og at man kan velge å trekke seg når som helst
- Forklare kort om hvordan intervjuet skal gjennomføres, opptak og datalagring
- Åpne opp for eventuelle spørsmål fra informantene

Gjennomføring fokusgruppeintervju:

- Først innhente muntlig samtykke til deltakelse fra hver informant
- La hver informant presentere seg basert på hva de selv ønsker å dele
 - o Subjektiv vurdering av egen hverdag og helse – hektisk/stressende/rolig
 - o Eventuelle plager/sykdommer/tilleggsutfordringer av relevans
- Hva var årsaken til at dere ble med på kurset?
- Hvordan kom dere i kontakt med kurset?
- Hvordan opplevde dere egen motivasjon før kurset?
- Hvordan opplevde dere selve kurssituasjonen/gruppedynamikken?
- Opplevde dere å få den hjelpen/verktøyene/øvelsene dere trengte?

Vedlegg B: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Søvn – en folkehelseutfordring. En kvalitativ studie av deltakererfaringer etter deltakelse ved søvnkurs»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på deltakererfaringer etter endt deltakelse ved søvnkurs. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Søvn er en folkehelseutfordring og et viktig tema i moderne tid. Frisklivssentralen i XXX kommune gjennomfører søvnkurs. Dette prosjektet ønsker å se på om søvnkurs gir deltakere noen egenerfaringer, positive eller negative, og om disse kan gi innsikt i eventuelle fordeler eller ulemper ved deltakelse på søvnkurs.

Dette prosjektet og dataene som innhentes vil benyttes for en masteroppgave ved master i Folkehelsevitenskap ved NMBU.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NMBU – fakultet landskap og samfunn, universitetet i Ås.

Mastergradsstudent: Thea Catrine Hjetland, veileder: Hilde Sylliaas

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Da prosjektet ønsker å se på deltakererfaringer fra søvnkurs gjennomført ved XXX kommunes frisklivssentral er du en aktuell deltaker for prosjektet da du har gjennomført det aktuelle kurset.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du møter opp til ideelt sett to fokusgruppeintervjuer. Det første vil avholdes kort tid etter gjennomgått søvnkurs, det andre etter omtrent 6 uker etter kursslutt.

Fokusgruppeintervjuet vil bestå av deltakere fra den gruppen du allerede har vært en del av gjennom kurset. Fokusgruppeintervju lar dere som gruppe føre en samtale og diskusjon, men dere vil bli stilt spørsmål og styrt i den retningen som er aktuelt for prosjektet.

Skulle det bli for få deltakere eller at datamaterialet blir for lite etter endt datainnsamling vurderes muligheten for å hente opp deltakere fra tidligere gjennomførte kurs ved samme frisklivssentral. Ved for lite datagrunnlag vil ikke resultatene fra undersøkelsen ha like stor nytteverdi som ved et større datagrunnlag. Da vi ønsker at prosjektet skal kunne gi verdifull informasjon for blant annet kursholdere og frisklivssentralen er det ønskelig med datamateriale av en viss størrelse.

Samlingen vil ta maksimalt 2 timer hvor av ca 1 time benyttes for selve fokusgruppeintervjuet. Tid til informasjon og eventuelle spørsmål settes av både før og etter intervjutiden og benyttes ved behov. Det vil bli gjort lydopptak og notater under intervjuet.

Det er frivillig å delta

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

Fokusgruppeintervjuene vil gjennomføres i frisklivssentralens lokaler, men prosjektet er fristilt fra frisklivssentralens søvnkurstilbud. Ved behov kan andre lokaler eller eventuelt digitale løsninger vurderes.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det er mastergradsstudent som vil sitte med opplysningene etter intervjuet og disse vil lagres på en forsvarlig måte når det gjelder personvern. Navn og kontaktopplysninger vil ikke lagres sammen med lydopptak og notater fra intervjuet.

Identiteten til deltakere ved prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven da ingen personopplysninger vil bli publisert.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes juni 2023. Etter prosjektslutt vil alle personopplysninger, opptak og notater makuleres og slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NMBU har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. ‘

Dine rettigheter

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

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

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

Mastergradsstudent: Thea Catrine Hjetland

Tlf: XXX

Mail: XXX

Veileder/prosjektansvarlig ved NMBU: Hilde Sylliaas

Tlf: XXX

Mail: XXX

Personvernombud for NMBU: XXX

Mob: XXX

Mail: XXX

Med vennlig hilsen

Hilde Sylliaas
(Forsker/veileder)

Thea Catrine Hjetland
(Mastergradsstudent)

Vedlegg C: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Søvn – en folkehelseutfordring. En kvalitativ studie av deltakererfaringer etter deltakelse ved søvnkurs», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervjuer


at det gjøres lydopptak av selve intervjuet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg D: Bekreftelse fra NSD (Sikt)

5/12/23, 7:55 PM Meldeskjema for behandling av personopplysninger

 Sikt

[Meldeskjema](#) / [Søvn – en folkehelseutfordring. En kvalitativ studie av deltakererfaringe...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 945394	Vurderingstype Standard	Dato 07.12.2022
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Prosjekttittel
Søvn – en folkehelseutfordring. En kvalitativ studie av deltakererfaringer etter deltakelse ved søvnkurs.

Behandlingsansvarlig institusjon
Norges miljø- og biovitenskapelige universitet – NMBU / Fakultet for landskap og samfunn / Institutt for folkehelsevitenskap

Prosjektansvarlig
Hilde Sylliaas

Student
Thea Catrine Hjetland

Prosjektperiode
15.12.2022 - 30.07.2023

Kategorier personopplysninger
Alminnelige
Særlige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.07.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar
OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 30.07.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

Behandlingen av særlige kategorier av personopplysninger er basert på uttrykkelig samtykke fra den registrerte, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a og art. 9 nr. 2 a.

<https://meldeskjema.sikt.no/636e2678-213e-4fc3-b8ef-21192d679767/vurdering> 1/2

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

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

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!



Norges miljø- og biovitenskapelige universitet
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003
NO-1432 Ås
Norway