

# Bachelorgradsoppgave

## Søvnforstyrrelse Sleep disorder

Ikke – medikamentell behandling til Parkinsonpasienter  
Non – medical treatment for Parkinson patients

Cathrine Solheim Jenssen

Ord: 9097

SPU 110

**Bachelorgradsoppgave i**

Sykepleie

Avgangskull 2013



Avdeling for Helsefag  
HiNT Levanger

## 1.0 Abstrakt

Hensikt: Oppgavens hensikt var å se hva forskningen sa om hvilke ikke-medikamentelle søvnbehandling som hadde effekt å bedre søvn hos PS-pasienter som bodde på sykehjem.

Metode: Dette var en litteraturstudie basert på 13 forsknings artikler som er gått igjennom en tekstanalyse, oppgaven bygger på IMRaD struktur. De fleste artiklene ble funnet på Medline sin søke database. Søkeordene som ble brukt er følgende: Parkinson Disease, Nursing Homes, Treatment, Therapy, Sleep\*, Sleep disorder, Quality of life. Analysen dannet kategorier som blir presentert i resultatet.

Resultat: Kategoriene som kom frem bestod av "Adferd og miljømessige faktorer som forårsaker søvnforstyrrelser hos PS-pasienter", "konsekvenser ved søvn forstyrrelse" og "Ikke- medikamentelle søvn behandlings metoder".

Diskusjon: Belyser behandlingsmetodene og hvordan disse er overførbare på sykehjem. Hvilke konsekvenser og helsegevinster disse behandlingen har for pasientgruppen og kort hvilken forsknings retning som bør tas videre. Det kommer også frem hvorfor dette temaet er viktig for sykepleiefaget.

Nøkkelord: Søvnforstyrrelse, Parkinson Sykdom, behandling, søvn.

## 2.0 Forord

## *Han får ikke sove*

Her ligger han da, som vanlig,  
og slenger seg rundt fra side til side.

Han håper å finne en stilling,  
en stilling som han kan sovne i.

Men uansett hva han velger,  
og anstrenger seg for å tvinge frem.  
Følelser om å være skikkelig trøtt,  
han når ikke frem til dem.

Legen har sagt han må lære seg,  
til å ta det litt mer med ro.

Og legen har gitt ham piller,  
til å sove på må du tro.

Men pillene hjelper ham ikke,  
uansett hvor mange han tar.  
Dessuten frykter han bivirkningene,  
som slike piller har.

Dagen er hans verste fiende,  
han må stadig legge seg ned.

Når trettheten kommer over ham,  
han finner sitt vanlige hvilested.

Han slenger seg ned på sofaen,  
mens katten hans rusler omkring.

På leting etter et egnet sted,  
å sove en stund i fred.

Trond Rudslid (2010)

## 3.0 Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Abstrakt</b> .....	<b>1</b>
<b>2.0 Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>3.0 innholdsfortegnelse</b> .....	<b>3</b>
<b>4.0 Innledning</b> .....	<b>4</b>
4.1 Parkinson sykdom .....	4
4.2 Søvn .....	4
4.3 Hensikt .....	5
4.4 Begrepsavklaringer.....	5
<b>5.0 Metode</b> .....	<b>6</b>
5.1 Fremgangsmåte .....	6
5.2 Etiske overveielser .....	7
5.3 Inklusjoner og eksklusjoner .....	8
<b>6.0 Resultat</b> .....	<b>8</b>
6.1 Adferds og miljømessige faktorer som bidrar til søvnforstyrrelser .....	8
6.2 Konsekvenser av søvnproblemer .....	10
6.3 Alternativ søvnbehandlingsmetoder og nyttige verktøy.....	11
<b>7.0 Diskusjon</b> .....	<b>14</b>
7.1 Resultatdiskusjon .....	14
7.1.1 Alternativ søvnbehandlingsmetoder og nyttige verktøy .....	14
7.1.1.1 Musikkbehandling.....	15
7.1.1.2 Lysbehandling.....	16
7.1.1.3 Fysisk aktivitet som behandling .....	17
7.1.1.4 Hindre Støy.....	18
7.1.1.5 Søvnhygienetiltak.....	20
7.1.1.6 Kombinerte behandlingsmetoder .....	21
7.1.1.7 Informasjon og kartlegging i forhold til behandling .....	21
7.1.1.8 Hensyn i forbindelse med behandling.....	22
7.2 Metodediskusjon.....	23
8.0 Konklusjon.....	25
Referanseliste .....	26
Vedlegg.1 Søkemetoden .....	29
Vedlegg.2 Vurdering av forskningsartikkel .....	30
Vedlegg.3 Oversikt over innholdet til forsknings artiklene.....	30

## 4.1 Parkinson sykdom

Gjennomsnittlig rammes 100 – 150 pr. 100 000 innbygger av Parkinson sykdom (heretter referert til som *PS* i denne oppgaven). Utbredelsen av *PS* øker med alderen og diagnostiserte pasienter er ofte over 55 år (Norges Parkinsonforbund 2012).

*PS* er en nevrologisk sykdom, det vil si at hjernecellene på et bestemt sted i hjernen begynner å dø. Sykdommen er kronisk, økes og forverres med alderen. Parkinsonisme er de motoriske symptomene som *PS*-pasienter vanligvis får. Symptomer innebærer tremor (skjelving), rigiditet (stivhet) og aktinesi (manglende bevegelse) (Norges Parkinsonforbund 2012).

Normalt har dopaminproduserende nerveceller i midthjernen og forbindelser fra subthalamiske kjerne til basalganglierne innflytelse på veksling mellom søvn og våken tilstand. Ved *PS* kan forandringer i disse nervebanene og tap av celler i det sentrale søvnregulerendesenteret endre dette. Sykdomsutviklingen spiller en viktig rolle i hvordan søvn endrer seg på dagen og ved søvnforstyrrelser på natten (Werdelin m.fl. 2006).

*PS* består av flere stadium. Stadium 1 kan vise seg som tremor på en side, som kan være det første synlige tegn på sykdommen. Stadium 2 defineres med tremor på begge sidene av kroppen. Nå vil kroppen være lettere funksjonshemmet og det synes ved gange og holdning. Stadium 3 utvikler trege bevegelser som påvirker i større grad holdning og gange. Her opplever pasienten en moderat form for funksjonshemming. Stadium 4 endrer seg slik at tremor kan avta litt. Pasienten opplever rigiditet i muskulatur og langsomme bevegelser. Symptomene er alvorlige og pasienten har begrenset gangfunksjon. I siste stadium 5 klarer ikke pasienten lenger å gå eller stå, er avhengig av hjelp og omsorg hele døgnet og har i tillegg spisevansker (Wolland og Heier 2011).

## 4.2 Søvn

Av alle personer med *PS* lider 60-98% med en eller annen form for søvnproblemer. Årsakene til denne problematikken kan være vanskeligheter med å sovne eller forbli sovende, forstyrret søvn, mareritt, søvn på dagtid (Mehanna og Ondo 2011). Søvnproblemer øker faren for kardiovaskulær dødelighet, fall, depresjon og kognitivt underskudd (Gooneratne 2011).

Det finnes flere typer søvnforstyrrelser hos *PS*-pasienter. Den typen som er mest forsket på og viser seg ofte er insomni. Insomni er vanligst hos pasienter som har hatt *PS* lenge. Den andre typen er hypersomni der pasienten har økt tretthet på dagen, som utløses hvis pasienten har opplever dårlig søvnkvalitet på

natten (Aarsland m.fl. 2008). Søvn trenger ikke være håndterlig for alle, spesielt ikke for denne sårbare pasientgruppen.

Det er lite evaluert behandling ved søvnløshet og søvnforstyrrelser hos PS-pasienter. De fleste anbefalingene som finnes for behandling er heller ukjente (Mehanna og Ondo 2011).

Søvnforstyrrelser er elementært og beklageligvis ofte oversett hos eldre. PS-pasienter som lider i forskjellig grad av nattlige forstyrrelser opplever nedsatt livskvalitet (Herlofson & Kirkevold 2008).

Det å benytte søvnforstyrrelse som en tidlig biologisk markør for PS og andre neurodegenerative sykdommer kan føre til tidlig oppdagelse og forhåpentligvis intervensjoner med fokus på effektiv sykdomstilpassende behandling (Mehanna og Ondo 2011).

Dette viser til et problem som bør få mer oppmerksomhet.

#### 4.3 Hensikt

Oppgavens hensikt er hovedsakelig å belyse alternative former for søvnbehandling. Videre refereres det til hva forskningen sier om søvnproblemer hos PS-pasienter. Det er fokus på hvordan en sykepleier bedre kan hjelpe pasienten. Det ønskes at oppgaven ikke bare skal være en hjelp til sykepleiere men også for andre i helsevesenet som er i kontakt med denne lille pasientgruppen.

Oppgaven er skrevet i sykepleiers perspektiv. Resultatet som kommer frem skal være til hjelp for å yte bedre sykepleie til pasienten.

#### 4.4 Begrepsavklaringer

Oppgaven bruker uttrykkene: *søvnforstyrrelser*, *søvnproblemer*, *søvnbegrensninger*, *unormal søvn* og *søvnplager* om hverandre. *PS* er forkortelse for *Parkinson sykdom*, *Pasienten* og *pasientgruppen* vil si *Parkinson sykdom-pasienten*. *Ikke-medikamentell*, *alternativ behandling* og *alternativ søvnbehandling*, *terapi* eller *metode* menes som det samme. Det påpekes at *alternativ* i denne oppgaven ikke betyr f.eks. healing, kosttilskudd, naturmedisin osv., men en behandling som går på fysisk aktivitet og lysbehandling som ikke krever en annen utdanning enn det sykepleiere har.

*Resultatet i forskningsartiklene* blir benevnt som *resultatet i forskningen*, *studiet* og *forskningen*.

## 5.0 Metode

### 5.1 Framgangsmåte

Denne allmenn litteraturstudien tar for seg 12 forskningsartikler som fordyper seg i en hensikt. Denne forskningen skal ligge som et grunnlag og forme utfallet av oppgaven. Allment litteraturstudier skal hjelpe sykepleiere å tilegne seg ny og relevant forskning, da bøker ikke alltid er oppdaterte (Forsberg & Wengström 2008).

Det ble ført lagt en planskisse som tok for seg hensikt og problemstilling til et spesifikt tema, deretter ble det laget en tidsplan, denne ble godkjent for videre utarbeiding ble gjort.

Databasene som ble brukt for å finne forsknings artiklene var Medline og Cinahl. Søkeordene som ble brukt var Parkinson Disease, Nursing Homes, Treatment, Therapy, Sleep\*, Sleep disorder, Quality of life.

Plasseringen av \* i enden av et ord legger til rette for å søke opp ord som er relatert til dette ordet. Alle søkeordene er brukt men ikke alle ga resultater. Beste utvalget ble når 2 søkeord ble kombinert sammen og begrenset som vist i vedlegg.1. De fleste artiklene ble funnet på Medline. Artikkelsøk ble også gjort på Tidsskrift for Den Norske legeforening og Sykepleien uten hell. Artiklene ble sortert ut ved først å se om overskriftene var relevant, deretter om abstraktet hadde betydning for oppgaven. Disse artiklene ble lest nøye og vurdert som en pålitelig og relevant studie, se vedlegg.2. De inkluderte forsknings artiklene som ble brukt er presentert i vedlegg.3. Det er vist til om studiene tatt stilling til om de er etisk godkjent. 4 kvantitative og 8 kvalitative studier ble inkludert, dette er originalartikler med IMRaD struktur. Det er blitt trukket ut resultatet som hadde betydning for å svare på hensikt. Studiene har gått igjennom en tekstanalyse som har trukket frem likheter og forskjeller og deretter formet underkategorier.

Underkategoriene har blitt koblet sammen til oppgavens hovedkategorier, som det vises under

Artikkel	Kode	Underkategori	Kategori
1. Funnene som er observert er at eldre voksne bruker flere forskjellige strategier for deres søvnproblemer. De vanligste intervensjonene var å se på tv eller lytte til radioen, deretter kom lesing. Smertestillende er den mest brukte farmakoterapien. Søvnproblemer er et vanlig problem hos eldre voksne, med flere følges tilstander. Flere mente også at søvnforstyrrelsene var så alvorlige at gikk utover daglige funksjoner, men på grunn av søvnklagenes	<b>1.</b> faktorer til redusert søvn: støy, lys: 1,2,3,4,5,8,9 <b>2.</b> Pasient opplevelse: 1,2,3,5 <b>3.</b> Livskvalitet: 1,2,3 <b>4.</b> Verktøy/ Utstyr brukt:	Adferd og miljømessige faktorer: <b>1,7,8,9</b>  Pasientopplevelse: <b>2,7</b>  Ikke farmakologisk behandling: <b>4,2,6,9,10</b>  Kartleggingsverktøy: <b>4,9</b>	1.Adferd og miljømessige faktorer som bidrar til søvn forstyrrelser.  2.konsekvenser av søvnforstyrrelse  3.Kartlegging og alternativ behandling

<p>hyppighet ble det ikke sett på som en klinisk betydning. I undersøkelsen brukte noen pasienter miljøendringer som sosialt samvær mens andre isolerte seg som vil si at eldre har ulike kulturell oppfatninger av søvn, som kan påvirke behandlingen...</p> <p>2. Tidligere studier har funnet ut at tap av søvn hos eldre mennesker er assosiert med økt risiko som uønskede fall, uoppmerksomhet, trøtthet og kan resultere til større sjanse for dødelighet. Ikke-farmakologiske metoder fremmer en kropp/sinn intervensjon uten bivirkninger. I tillegg til å lytte til musikk som er mindre kostnadskrevende, men mulig gjennomførbar intervensjon for fleste sykehjem, er et av de alternative metoder foreslått for å løse søvn problemet. Musikk har mange formål, den fremmer psykofysiologiske reaksjoner og rører ved følelsesmessige opplevelser. Den har vist seg å redusere angst og smerte. Musikk som ble brukt var meditasjon-, klassisk-, moderne jazz- og generelt rolig musikk. I Studien ble musikk brukt i 30 minutter. Kriteriene var godt temperatur, komfortable klær, slå av lyset, lukke øynene, lene seg tilbake, ligge i sengen eller sitte bakover lent, strekke ut bena, ikke ha tanker i hodet, behagelig volum, og unngå koffein holdige drikker eller berolige medisiner før testen...</p>	<p>2,3,4,6,7,9</p> <p><b>5. Søvnhygiene tiltak:</b> 2,3,5,6</p> <p><b>6.Lys behandling:</b> 2,4,7,8</p> <p><b>7.dårlig søvn syklus:</b> 5,7,1,2</p> <p><b>8.Faremomenter ved søvnforstyrrelser:</b> 2,6</p> <p><b>9.informasjon:</b> 3,8</p> <p><b>10. musikk:</b> 3,10</p>	<p>Søvnhygiene tiltak: <b>5,3</b></p>	
--	---	---	--

## 5.2 Ethiske overveielser

Oppgaven tar for seg erfaringer fra praksisfeltet. Det kommer ikke frem sensitive opplysninger som kan spores tilbake til den enkelte pasienten (Dalland 2010).

Det kan være at resultatet ikke stemmer 100% overens med det forskningsartikkelen ønsker å uttrykke. Dette kommer av at oversettelsen kan sprike noe fra engelsk til norsk, samt at engelsk ikke er morsmålet men beherskes på et moderat nivå. Det kommer frem at det i to av studiene ble tilbudt penger for å rekruttere



flere deltagere. Man kan spørre seg om dette er etisk riktig og om studien har blitt farget av den grunn? Artiklene har likevel blitt inkludert grunnet sin relevans.

### 5.3 Inklusjoner og eksklusjoner kriterier

Hovedfokuset til oppgaven har vært å hovedsakelig inkludere forskning om søvnbehandling til PS-pasienter. Søkeordene som ble brukt ga ikke tilfredsstillende resultater. Det ble derfor inkludert studier med eldre over 60 år, som befant seg på sykehjem. Forskningen som fokuserte på pasientens tilleggslidelser som for eksempel diabetes, hjertesvikt eller kreft ble ekskludert. Studier som ble gjort i land som er tilnærmet lik Norge ble inkludert. Det er inkludert en nyere studie fra Kina som bruker musikk som terapiform, det er ikke observert noen store kulturforskjeller som har betydning for denne oppgaven. Studien fra Slovakia ble inkludert selv om det kan være økonomi- og miljøforskjeller, da studien belyser søvnkvalitet hos PS-pasienter.

## 6.0 Resultat

Hensikten med oppgaven er å se hvilke alternative søvnbehandlingsmetoder som passer til PS-pasienter med søvnforstyrrelse. For å kunne ta tak i søvnproblemet ønskes det å se nærmere på hvilke faktorer som spiller inn og hvilke konsekvenser søvnproblemet har for pasienten.

### 6.1 Adferd og miljømessige faktorer som bidrar til redusert søvn hos pasienten

Sykdomsrelaterte faktorer viser at søvnforstyrrelser relateres til PS alvorlighetsgrad (Alessi m.fl. 2005, Straten m.fl. 2008, Havlikova m.fl. 2011) og medikamenter pasienten tar i forbindelse med sykdommen (Alessi m.fl. 2005). Symptomene til PS-pasienten opptrer over hele døgnet (Alessi m.fl. 2005). Pasienter med langtkommen PS stadium viser seg å være avhengige av helsepersonell fordi de ikke lenger får til å holde balansen samt opplever ukontrollerte bevegelser (Havlikova m.fl. 2011).

Psykiske faktorer som depresjon og angst er forbundet med søvnløshet. Humørsvingninger og angst kan forårsake endringer i søvnmønsteret (Alessi m.fl. 2005, Straten m.fl. 2008).

Det kliniske og psykososiale gir en indikasjon på pasientens livskvalitet, det vil si at pasienten kan isolere seg ved forverring av sykdommen og gå inn i en depressiv fase (Alessi m.fl. 2005). Psykiske lidelser og kognitiv svikt resulterer til søvnproblemer (Alessi m.fl. 2005, Havlikova m.fl. 2011).

De fysiske faktorene som kommer frem viser at urinkontinens og aldersrelaterte endringer forårsaker søvnforstyrrelse (Alessi m.fl. 2005, Leppämäki m.fl. 2003).

Eldre pasienter har lavere hørselsmessige oppvåkingsgrenser som gjør at de er mer følsomme for lyd (Gooneratne m.fl. 2011). Smerter holder pasienten våken, underskudd av søvn påvirker smertetoleransen og kan forverre smertefulle tilstander (Havlikova m.fl. 2011, Gooneratne m.fl. 2011).

Mangel på fysisk aktivitet gjør at søvnforstyrrelser inntreffer på grunn av mangel av fysisk stimuli (Alessi m.fl. 2005). Trening påvirker nattesøvnen ved å endre kroppstemperaturen. Søvn innledes når kroppstemperaturen faller. Innsøvningsperioden forkortes om kroppen kjøler seg ned raskt (Richards m.fl. 2011) Hjerneaktiviteten kan forsinke innsøvningsperioden i perioder med trening (Richards m.fl. 2011)

Døgnrytmeforstyrrelser slik som oppvåkninger på natt hos pasienten gir redusert total søvn og søvnkvalitet, som følge av PS-symptomene (Havlikova m.fl. 2011). Eldre bruker å ta seg en lur på dagtid som en egenbehandlingsmåte for å ta igjen tapt søvn på nattestid, men denne rutinen av søvnløshet etterfulgt av dagtidssøvn kan forverre søvnløsheten (Gooneratne m.fl. 2011). Endringer i døgnrytmen som innebærer redusert innsøvningsperioden bidrar til forstyrrelse på søvnen (Alessi m.fl. 2005).

Eksempel på miljøfaktorer som forstyrrer søvnen er: begrenset eksponering av sollys spesielt ved høst og vinterstid, som følge av isolasjon (Alessi m.fl. 2005).

PS-pasienter som ligger lange dager i sengen og som blir stelt tidlig på kvelden, opplever dårlig søvnkvalitet. Støy på natten kommer frem som en faktor som mange pasienter mente resulterer i dårlig søvn (Alessi m.fl. 2005, Richards m.fl. 2011, McIntosh m.fl. 2009). McIntosh m.fl. (2009) mener støy på natten kommer fra sykepleierne som snakker og fleiper med hverandre, andre pasienter som roper, og utstyr på avdelingen som lager lyd. Etter dette nevnes også lys fra personalrommet som en faktor eldre klager over på nattestid. I noen nyere sykehus er det klaget spesifikt over søppelbøtter med lokk som sykepleierne bruker på nattestid. Med disse bruker man foten å trykke ned en pedal slik at lokket åpner seg og disse gir fra seg et smell når personalet fjerner foten (McIntosh m.fl. 2009).

Til tross for den hyppige klagingen om søvnplager, ble dette ofte sett på å ha minimal klinisk betydning blant helsepersonell (Gooneratne m.fl. 2011).

Sykepleiestudentene i praksis på sykehjem påpekte at utdanningen manglet undervisning i søvnfremming som en del av den helhetlige pleie til pasienter, og mange så behovet for å øke sine kunnskaper og ferdigheter i dette aspektet av omsorg (McIntosh m.fl. 2009).

Pasienter har dårlig fungerende forestilling om søvn og søvnløshet (Staten m.fl. 2008).

## 6.2 Konsekvenser av søvnproblemer

Søvnproblemer er et vanlig helseproblem hos eldre pasienter og viser seg å ha flere følgetilstander (Alessi m.fl. 2005).

Søvnproblemer blant eldre oppleves som en maktesløs konsekvens og gjør at de tyr til mange og forskjellige egenbehandlingsmetoder for problemet sitt. Noen av disse intervensjonene er å se på TV, lytte til radio og lesing. Smertestillende blir mest brukt som farmakoterapi, da denne gir en sløvende og døsig bivirkning, bevisst brukt av pasientene (Gooneratne m.fl. 2011).

Søvnforstyrrelser oppleves vanlig, og er ofte alvorlig hos pasienter med PS. Dette på grunn av at tretthet kan øke symptomene på dagtid (Alessi m.fl. 2005). Flere mener søvnproblemet er så alvorlig at det går ut over daglige funksjoner. I tillegg påpeker Gooneratne m.fl. (2011) at mindre enn 5% av eldre voksne med søvn- belastninger gjennomgår en søvnstudie og evalueres. Tidligere studier hevder at tap av søvn hos eldre er assosiert med økt risiko for uønskede fallulykker og forverrer sykdomstilstanden som kan ende i dødelighet (Chan m.fl. 2010).

Søvnforstyrrelse er en utbredt, invalidiserende symptom på sykehjem, mange som opplever dette problemet har kognitiv svikt (Richards m.fl. 2011). Overdreven søvnighet på dag (EDS – Excessive Daytime Sleepiness) kan føre til at pasienten får dårlig hukommelse og oppmerksomhet som igjen kan resultere til ulykker (Alessi m.fl. 2005). Søvnendringene viser seg først og fremst på humøret (Staten m.fl. 2008). Støy, lys og smerte viser seg å irritere pasientene på nattestid (McIntosh m.fl. 2009).

Pasienter med PS scorer lavere på undersøkelse om livskvalitet sett i forhold til resten av befolkningen, noe som innebærer at de opplever følelsesmessige reaksjoner; smerte; tap av søvn og energi; sosialisolasjon; fysisk begrensning og begrenset oppfattelse av egen helse (Havlikova m.fl. 2011).

Søvnforstyrrelse vil si at pasienter opplever søvnighet på dagtid i tillegg til søvnløse netter (Alessi m.fl. 2005). Overdreven soving på dagtid har tydelig sammenheng med dårlig søvnkvalitet og viser seg å redusere livskvalitet (Havlikova m.fl. 2011). Kartleggingsverktøyene som er brukt i studiet til viser at søvnproblemer spiller en viktig rolle i livet til PS-pasienter, mange av disse sover dårlig på natta (Havlikova m.fl. 2011)

### 6.3 Alternative søvnbehandlingsmetoder og nyttige verktøy

Chan m.fl. (2010) mener musikk ikke har en spesiell virkning på kroppens vitale tegn, noen få kan ha god effekt til pulsregulering, BT og respirasjonsfrekvens. Til tross for ingen medisinske bivirkninger kan musikkterapi føre til isolasjon, noen kan oppleve at øretelefonene er ubehagelig å ha på (Chan mfl.2010). Chan m.fl. (2010) forteller at rolig og langsom musikkbehandling i 30 min før leggetid har effekt til å bedre søvnkvaliteten. Musikk har mange formål, som for eksempel å fremme psykososiale reaksjoner og rører ved følelsesmessige opplevelser (Chan mfl.2010). Det viser seg at musikkterapi utøver en biologisk relevant effekt på menneskelig adferd ved å engasjere en bestemt hjernefunksjon som påvirker søvnkvalitet (Chan mfl.2010). Musikk av sjangeren meditasjon, klassisk og moderne jazz, som er rolige og har en god flyt ble brukt og viste god effekt. Kriteriene som ble brukt var musikk på mp3-spiller med høretelefoner, god romtemperatur, komfortable klær, avslått lys, lukkede øyne, lene tilbake kroppen eller ligge, kan strekke bena, ikke tenke på noe, bare lytte, ikke snakke, behagelig volum, ikke følge med på tiden, unngå miljøforstyrrelser og skru av mobiltelefonen. Søvn forberedes ved at kroppen slapper mer av med rolige rytmer, noe som reduserer sirkulerende noradrenalin (Chan m.fl. 2010). Men fremst av alt skaper musikk en god følelse hos pasienten ved at helsepersonellet oppfordrer og legger til rette for at dette behandlingstiltaket skal nyttiggjøres (Chan m.fl. 2010.) Musikkintervensjonen anbefales som en mindre kostnadskrevende behandling og en mer mulig gjennomførbar alternativ for flere sykehjem (Chan m.fl. 2010).

Kunstig lys alene har ikke vist seg å gi noen tydelig effekt med bedret søvn eller døgnrytme (Alessi m.fl. 2005, Ouslander m.fl. 2006). Fetveit mfl. (2004) henviser til at lyseksposering viser betydelig bedringer av søvnproblemer etter 4 uker. Det blir også konstatert at behandlingen har en positiv og varig effekt i 12 uker etter behandling, med bruk av lys to timer hver dag.

Stimulert sollys resulterer til forbedret subjektiv søvnkvalitet i mørke måneder ved høst og vinter (Leppämäki m.fl. 2003). Lysbehandling kan hjelpe på subjektiv livskvalitet men studiene viste til en heller beskjeden påvirkning direkte på søvnkvalitet (Leppämäki m.fl. 2003). Sollysbehandling fremmer utskillelsen av melatonin, som er kroppens søvnhormon. Effekten viste seg etter 6 dager og varte ca. 2 uker etter behandling (Leppämäki m.fl. 2003).

Økende bevis tyder på at fysisk og sosial aktivitet kan bidra til termisk regulering, kroppsrestaurering, og dermed hjelpe til å holde pasienten våken på dagtid, samtidig som den også fremmer nattesøvn (King m.fl. 2008). Richards m.fl. (2011) studie viser til god effekt av leggpres og benkpress i de fysiske øvelsene. Pasientene ble vurdert av lege og i tillegg ble det foretatt en EKG før øvelsen som gjorde at de ansvarlig kunne utføre øvelsene. Moderat intensiv utholdenhetstrening til eldre alene kan ha beskjedne positive effekter på flere målinger av søvnkvalitet. Det er ingen spesielt godt aksepterte ikke-medikamentelle tiltak

for å øke SWS (Slow Wave Sleep) som refereres til dyp søvn. Treningen pågikk i ett år 2-3 ganger i uken med 35 minutter aerobic i tillegg til undervisning i kosthold, sikkerhet og fotpleie (King m.fl. 2008).

Av kombinerte behandlinger kommer det frem at kunstig lys og økt fysisk aktivitet bedrer søvnkvaliteten til pasienten (Alessi m.fl. 2005). Studien viste at ved kombinert styrketrening, tur-gåing og sosial aktivitet økte total nattesøvn betydelig (Richards m.fl. 2011). Studien viser at behandlingens gevinst også gir økt muskelkraft, da muskelsvinn er vanlig hos eldre, som sitter, ligger mye i ro. Dette tiltaket er enkelt å foreta seg og bivirkningene er sjelden og små. Derfor er det bekymringsverdig at denne type behandling ikke oftere benyttes for denne pasient gruppen. I Richards m.fl. (2011) sin studie kom det frem at kombinasjonsbehandlingen forbedret søvnlengde og non-rapid eye movement (NREM) noe som resulterte til bedre livskvalitet. Antall dager med fysisk aktivitet i kombinert behandling har viktig innflytelse på resultatet, dette kan føre til meningsfulle forbedringer i søvn selv hos pasienter som tradisjonelt har vært blant de mest vanskelige å behandle i sykehjem (Richards m.fl. 2011).

Havlikova m.fl. (2011) anbefaler en kombinasjon av søvnhygienetiltak for å opprettholde riktig/vanlig døgnrytme, slik som begrensninger ved leggetid, unngå mye soving på dagtid, moderat fysisk aktivitet, eksponering av sterkt lys – om det er falskt eller naturlig sollys, og særlig mot kvelden da dette virker inn på å redusere innsovnings varlighet (Havlikova m.fl. 2011).

Videre i Alessis studie m.fl. (2005) kommer det frem at flerdimensjonale intervensjoner rettet mot flere faktorer som bidrar til søvnforstyrrelser har god effekt. Her var det også viktig at intervensjonene var mulig å overføre til sykehjem. Økt aktivitet og sosialisering har vist seg å redusere søvnepisoder på dagtid, og anbefales til pasienter med unormal søvn og søvnmønster på sykehjem (Alessi m.fl. 2005). Staten m.fl. (2008) mener at ved å bruke en av disse intervensjonene: atferdsmessige teknikker, kognitive teknikker, avslapning og informasjon om søvnhygiene, gir dette pasienter bedre forutsetning for å håndtere negative tanker forbundet med sine søvnproblemer. I tillegg bør stressende aktiviteter minimeres rundt leggetid som også er anbefalinger Gooneratne m.fl. (2011) bemerket.

Adferdsteknikker som ble brukt fokuserte på søvnrestriksjoner og stimulikontroll som lærer pasientene å knytte søvn til sengen (Staten m.fl. 2008). Eksempler er å gå til sengen bare når du er trøtt, stå opp til samme tidspunkt hver morgen, begrense total liggetid til anbefalt søvnlengde. Avspenningsteknikker som ble brukt gjennom en video viste progressive muskelavslapningsøvelser. Gooneratne m.fl. (2011) mener at pasientene bør gjøres bevisst på at ekstrem stimuli ofte kan forstyrre søvnen og begrenning av disse aktivitetene er foreslått som god søvnhygiene.

Unngå koffeinholdige drikker etter lunsj da disse holder pasienten våken på nattestid og virker vanndrivende slik at pasienten oftere må på do (Chan m.fl. 2010).

Det ble også brukt en bok som handlet om å ha fokus på kognitiv omstilling, det ble ført en søvnlogg og en

søvnskala ble brukt (Staten m.fl. 2008). Studien viste stor nedgang av negative tanker og flere fikk tro på intervensjonene som et redskap til selvhjelp. Bøkene som ble gitt ut hadde informasjon om søvn, søvnløshet, sovemedisiner og søvnhygiene (Staten m.fl. 2008).

Søvnhygiene går ut på å fremme og hemme søvn (Staten m.fl. 2008). Kunnskap om søvn og faktorer som fremmer søvn er viktig for å hjelpe sykepleiere til å bli aktive søvnfremmere, men det har blitt relativt lite forskning på hva sykepleiere vet, og hvordan de tar til seg denne siden av pasientomsorg forteller McIntosh m.fl. (2009) i sin studie.

Hovedkategoriene som kan bidra til å fremme søvn i sykehjem er å redusere støy, fremme pasientens komfort, prioritering av omsorg, prege natten med ro og avslapning (McIntosh m.fl. 2009). Forslag til måter å redusere generell støy selv om sykepleierne har behov for å gjøre sine nødvendige oppgaver på natt, er å snakke lavt, flytte ting stille og bruke sko som ikke klikker eller knirker under gange. Støy fra utstyr og andre pasienter er vanskeligere å redusere. Studentene i McIntosh's studie m.fl. (2009) kommer frem til tiltak som å flytte bråkete pasienter for å skjerme de andre på avdelingen, eventuelt ørepropper for de "våkne" som blir forstyrret. Forbedring av natthlige miljøfaktorer som sykepleiere kan gjøre er å påvirke støy på natten og lysnivå, selv om alle disse faktorer har en begrenset effekt (Alessi m.fl. 2005).

Kvaliteter og ferdigheter studentene kom frem til i søvnfremming var kunnskap og forståelse av søvn, sympatisk tilnærming og mellommenneskelighet. Sykepleierstudenter i praksis uttrykte behovet for bedre forståelse for å bedre egen praksis, men også overføre denne verdien til andre ansatte og studenter (McIntosh m.fl. 2009). Læring vil alltid spille en viktig rolle i klinisk pleie, det er selvmotsigende at mye av denne læringen kan gå tapt på grunn av at studentene ikke får satt av den tiden, struktur eller veiledning til å lære. Pasientenes synspunkt og tilbakemelding viste seg å ha fått dem til å bli mer bevisst på visse aspekter av fremming av søvn i praksis. Det ble også påpekt at søvnfremming ikke ble høyt prioritert som et bestemt behov (McIntosh m.fl. 2009).

Søvnproblemer må vurderes individuelt med pasienten og håndteres riktig (Havlikova m.fl. 2011).

Behandlingsmønstre er viktig fordi pasientene ofte har ulike oppfatninger av behandlingenes effekt enn deres lege (Gooneratne m.fl. 2011). Noen pasienter bruker miljøendringer (isolasjon) og andre sosiale interaksjoner (samvær) på bakgrunn av ulike kulturelle oppfatninger av søvn, som også kan påvirke behandlingen (Gooneratne m.fl. 2011). Læring fra pasienter har vist seg å være en god kilde for å tilegne seg kompetanse og kunnskap. Ved å anvende pasienters livserfaring vet vi hvor skoen trykker (McIntosh m.fl. 2009). Hovedtyngden av bevis støtter forskningen av at søvn er nødvendig for pasientens psykiske og fysiske funksjon (McIntosh m.fl. 2009).

Tse m.fl. (2005) mener kartleggingsverktøy er en godt hjelpemiddel for pasienter med søvnforstyrrelser. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) vurderer globalt søvnkvalitet og forstyrrelser av søvnproblematikk én måned bakover i tid (Havlikova m.fl. 2011). Epworth søvnhetskala evaluerer søvnigheten på dagtid og livskvalitet blir vurdert ved hjelp av Parkinson Disease Quality of Life Questionnaire (PDQ-39) som har vist seg å være gyldig, nyttig og pålitelig i forhold til PS-pasienter (Havlikova m.fl. 2011). PDSS (Parkinson's Disease Sleep Scale) er et nyttig verktøy for å identifisere søvnproblemer knyttet til Parkinson i sykehjem, i følge (Tse m.fl. 2005). PDSS øker anerkjennelse og oppmerksomhet av søvnforstyrrelsene, men endring av eksisterende skala vil trolig øke effektiviteten. PDSS kan være et godt redskap til å bestemme når man skal gjøre tiltak til utredning eller for å se om pasienten lider av betydelig søvnproblematikk (Tse m.fl. 2005).

## 7.0 Diskusjon

I diskusjonen diskuteres de deler av resultatet som ønskes å belyses eller diskutere dypere. Resultatet settes i sammenheng med annen litteratur, andre studier og egne synspunkt, som vil avkrefte eller bekrefte resultatet (Dalland 2010).

### 7.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne studien er å se hvilke ikke-medikamentelle behandlingsmetoder som finnes for å fremme søvn hos PS-pasienter med søvnforstyrrelser.

Behandlingsmetodene for søvn blir diskutert på bakgrunn av konsekvenser og faktorer blir flettet inn.

#### 7.1.1 Alternativ søvnbehandlingsmetoder og nyttige verktøy

Studien viser at søvnforstyrrelser er sammensatt av flere faktorer som: miljømessige, aldersrelaterte, fysiske og psykiske. Noen faktorer blir oftere nevnt enn andre. Litteraturen kan bekrefte at PS-pasienter har vansker med innsovning fordi de ikke klarer å snu seg i sengen, eller at tremor holder dem våken (Wolland og Heier 2011). Depresjon er også en faktor som holder pasienten våken (Garms-Homolová m.fl. 2010). Studien viser at faktorene henger sammen og påvirker hverandre i stor grad, samt at de pasientene som har flere faktorer virker å bli mer plaget enn andre med søvnforstyrrelser. Det kommer også frem at PS-pasienter selv ikke har kunnskap om hvilke faktorer er av betydning for søvnproblemene.

Videre viser studien at overdreven søvn på dagtid reduserer søvnkvaliteten på natten og forverrer pasientens øvrige livskvalitet. Rahnoff (2008) hevder at eldre sover mye på dagen for å ta igjen den tapte nattesøvnen, men at dette ender med et dårlig søvnmønster det er vanskelig å komme ut av.

### 7.1.1.1 Musikkbehandling

Forskningen viser at musikk har en beroligende effekt på pasienten. Å slappe av med behagelig musikk en time før legging legge til rette for at pasienten blir søvnnig (Gerlach 2006). Studiet viser at mye hjerneaktivitet kan gjøre pasienten mer våken på kvelden. Heier og Wolland (2005) bekrefter at det vi opplever av sanseintrykk bidrar til økt våkenhet. For å redusere aktivitetsnivået kan man bruke rolig musikk (Berentsen 2008). Sykepleieren må legge til rette for et musikkvalg og volum som passer for pasienten og som beroliger og ikke stimulerer pasienten til våkenhet på natta.

Det er ikke bare musikken som er viktig men også miljøet rundt pasienten. Bjørø og Torvik (2008) mener sykepleieren må legge til rette for at pasienten har det bra. Dette innebærer at pasienten ligger eller sitter godt i sengen. Videre må sykepleieren skjerme for ytre faktorer som lyd, lys, besøkende og telefonsamtaler (Bjørø og Torvik 2008). Om musikkbruk resulterer til isolasjon og hindrer dagslys til pasienten vil dette igjen ha en dårlig påvirkning på søvnkvaliteten. Dagslys er viktig å holde en god døgnrytme vedlike (Mehanna og Ondo 2011). Musikkbehandling bør kun brukes på ettermiddag og kveld. På dagen bør sykepleieren få med pasienten ut i sollys og oppfordre til tilrettelagte aktiviteter.

Pasienter som har viderekommen PS, kan oppleve kveldstellet som veldig energikrevende. PS-pasienter opplever økende funksjonssvikt som problemer med gangfunksjon, påkledning og energimangel (Herlofson og Kirkevold 2008). Da kan musikken være en god måte å få roet pasienten før leggetid (Gerlach 2006).

Det oppleves i sykehjemspraksis at en rekke pasienter har en radio eller et musikkanlegg stående på rommet sitt. Det ble også observert en pasient som brukte musikk bevisst for å slappe av, hun styrte musikken fra en liten fjernkontroll da hun var sengeliggende. Det positive med denne type behandling er at den er lite kostnadskrevende. Metoden er enkel og håndterlig for de fleste på sykehjem. Det gjør at flere har mulighet å utnytte seg av metoden, uansett hvilken situasjon de er i. På de områdene det er vanskelig å behandle pasienten med medikamenter mener Myskja (2006) det er et godt grunnlag for bruk av musikkterapi.

Musikk kan være en av faktorene som oppleves som støy for andre. Hodetelefoner skal derfor brukes og disse må være behagelige, forteller studien. Det er derfor stor sannsynlighet at pasienten sovner under musikkterapi (Gerlach 2006). Da må det passes på at ledningen til disse høreklukkene ikke blir en risikofaktor for kvelning til pasienten. sykepleieren bør være stille i sin tilnærming til pasienten etter innsovning. sykepleieren bør da skru av musikken og ta bort høretelefonene uten at pasienten våkner. Kanskje er dette vanskelig da studien viser til at eldre er mer vår for lyder på natta. Det er ikke funnet studier som kan bekrefte denne utsagnet. Men det som kan bekrefte er at aldringsprosessen gjør at eldre ikke sover like tungt som yngre (Heier og Wolland 2005).



Annen forskning hevder også at beroligende musikkbehandling hos eldre resulterer i kortere innsovningstid, mindre søvnforstyrrelser og mindre dysfunksjon på dagtid (Lai m.fl. 2005). Dette viser at det passer til pasientgruppen og resulterer i helsegevinst.

#### 7.1.1.2 Lysbehandling

Det kommer frem i flere studier at eldre ikke blir eksponert for dagslys på grunn av isolasjon i sykehjemmet. Herlofson og Kirkevold (2008) belyser at PS-pasienter ofte er utsatt for isolasjon og sosial tilbaketreking. Det kommer også frem i studien forskjellige meninger om lysbehandling i vinterhalvåret har effekt. I en studie det ble gjort en lengre behandlings periode med lysbehandling som ga bedre effekt enn studier med kortere behandlings periode. Lysbehandling bør derfor brukes over flere uker og har også effekt lang tid etter avsluttet behandling, noe studien også viser til. I en nyere oversiktsartikkel viser det seg at lysterapi ikke bare har positiv effekt på søvn og humør men også på motorisk funksjon (Rutten m.fl. 2012). Det kommer også frem at behandling med kunstig dagslys ikke alltid har tilstrekkelig effekt alene, men gir bedre resultat i kombinasjon med annen behandling. Lysbehandling bør kombineres med stimulikontroll for å få bedre effekt på søvn (Wyller 2011). Det kommer ikke tydelig frem når på dagen det anbefales at pasienten bruker dette. Kan dette være avgjørende for bedring av søvn til denne pasientgruppen? Erfaringen fra sykehjempraksis viser at det ikke finnes behandlingslamper på sykehjem. Kanskje kan det være at sykepleieren ser behovet for dette, og at avdelingen tar seg råd til å kjøpe inn en slik lampe? Kanskje kan det være at flere pasienter kan bruke denne behandlingen samtidig? I så fall unngår de fare for isolasjon, og i stedet skaper sykepleieren en sosial aktivitet? Sykepleieren kan også hjelpe pasienten til å regulere tid og styrke etter anbefalinger som følger med lampen.

#### 7.1.1.3 Fysisk aktivitet som behandling

Helsedirektoratet oppfordrer alle om å holde seg fysisk aktive ca. 30 min daglig for å oppleve helsegevinst (Helsedirektoratet 2009). I studien kommer det frem at fysisk aktivitet bidrar til temperaturforandringer i kroppen og kroppsrestaurering som har en positiv effekt på søvn. Fysisk aktivitet øker temperaturen og sirkulasjonen i kroppen. Kroppens temperatur vil etter hvert senke seg og det gjør at kroppen slapper av og fremmer søvn (Gerlach 2006). Videre sier studien at fysisk aktivitet gjør pasienten mer våken på dagen. Helbostad (2008) mener at fysisk aktivitet stimulerer til hjerneaktivitet, slik at pasienten føler seg mer våken. Dette bør sykepleieren ta i betraktning i og med at pasientgruppen ofte sover mye på dagen, viser erfaring fra sykehjempraksis. Fordi enkelte PS-pasienter opplever tremor og rigiditet kan dette gi dem utfordringer med trening. Studier om fysisk aktivitet hevder at man bør tilpasse øvelsene til et hensiktsmessig nivå i forhold til funksjonstapet som diagnosen medfører (Bakken m.fl. 2008).

I studien kommer det frem at søvnforstyrrelser viste seg å gå utover pasientenes daglige funksjoner, men klarer ikke pasienten sine daglige funksjoner, blir søvnen ytterligere forstyrret. Forskingen hevder at personer med søvnforstyrrelser er mindre aktive, og mindre aktive pasienter har en tendens å utvikle søvnforstyrrelser (Garms-Homolová mfl 2010). Men personer som berøres av søvnforstyrrelser og lavt aktivitetsnivå var likevel den pasientgruppen som mottok lavest tilbud om aktivitet, belyser studien til (Garms-Homolová mfl 2010). Vi ser at komponentene påvirker hverandre i stor grad, og sykepleieren bør derfor gå inn å bryte denne sirkelen. Noen studier kunne konkludere med at fysisk aktivitet hadde effekt alene, mens andre studier er overbevist over at fysisk aktivitet i kombinasjon er den beste alternative behandlingen. Forskning sier at økende aktivitet ikke må bli sett på som et alternativ til den vanlige behandlingen for søvnforstyrrelse men som et tiltak i tillegg til behandlingen som løser problemet på en mer bestemt måte (Garms-Homolová m.fl. 2010). Studien påpeker at ved evaluering av søvn kan man også her bruke forskjellige kartleggingsverktøy for å se forandringer hos pasienten.

Studien viser at muskelsvinn hos eldre som er mye i ro er vanlig, det kan da være hensiktsmessig å begynne i det små før man tar fatt på harde treningsøkter. Herlofson og Kirkevold (2008) anbefaler PS-pasienter å trene da dette øker muskelstyrken. Det kommer fram i studien at PS-pasienter ofte er avhengig av andre omsorgspersoner for å komme seg ut og være fysisk aktive. Studien tar for seg eldre som trener med treningsapparater. Ut ifra praksiserfaringer er det ingen ting som tilsier at sykehjemmet har tilrettelagt noe annet fysisk aktivitetstilbud enn fysioterapeut som kommer én gang i uka. Ut ifra hva sykehjempraksisen tilsier er pasientgruppen ofte fysisk utfordret og trenger mye oppfølging.

Ved en praksisplass var det et dagtilbud for eldre der de fikk lov til å holde på med enkle aktiviteter. Ved praksis på et annet sykehjem viste det seg å være langt mindre tilbud til aktivitet. Studien viser at aktivitetsnivået til eldre ofte ikke blir ivaretatt, og at uten fysisk aktivitet kan innsovningen bli forsinket. Fysisk aktivitet er positiv for pasienten på mange måter, men det er vanskelig å få til for de som har langtkommen PS, siden de opplever rigiditet og smerte (Herlofson og Kirkevold 2008). Studien poengterer at sikkerhet er viktig i forhold til trening. Det kommer frem i Helsepersonelloven §4 at sykepleien skal utføre sine oppgaver på en forsvarlig og omsorgsfull måte ovenfor situasjonen (Helsepersonelloven 2011). Det vil si at hvis ikke sykepleieren føler seg kvalifisert til å utføre behandlingsmetoden for pasienten, bør en med bedre kvalifikasjoner ta over. Det vises til utfordringer med fysisk aktivitet for PS-pasienter, det fremgår at det er mye å ta hensyn til, men at dette er en positivt påvirkning til nattesøvnen.

#### 7.1.1.4 Hindre støy

Det kommer frem mange elementer i studien som viser å ha god effekt til å bedde nattesøvn. Men om det ikke tas hensyn til støyfaktorene på nattetid, kommer det frem at annen behandling ikke trenger å ha noe

effekt (Fetveit og Bjorvatn 2005). En fagartikkel viser at eldre i sykehjem blir plaget med av støy fra miljøet rundt seg, og at dette reduserer søvnkvaliteten (Fetveit og Bjorvatn 2005). Sykepleierens oppgave blir å hjelpe pasienten med å fjerne disse støyelementene.

Det kommer frem i forskningen at sykepleierne ikke selv vet at de er en støyfaktor for pasientene på avdelingen, og at det derfor kan være nyttig å få frem pasientens tilbakemeldinger. Kartleggingen kan i dette tilfellet gi en indikasjon på at noe bør gjøres. Ranhoff (2008) mener det er knapt med tid og ressurser, pasientene ofte får tilbud om sovemedisin i stedet for at det blir satt i gang en spesifikt behandling. Dette viser at vi kanskje trenger å tenke mer på dette og handle litt annerledes?

Fra sykehjempraksis erfares det at enkelte oppgaver vil å lage noe støy, som nattlige dobesøk for eksempel. I studien kommer det frem at ørepropper kan brukes dersom støyfaktoren ikke kan fjernes. Det kommer også frem i en undersøkelse at sykepleiere ikke tok klagingen på støy og nattlige plager på alvor. Men sykepleiestudenter i den andre undersøkelsen så behovet for mer forståelse og kunnskap rundt søvnplagene til eldre. Ranhoff (2008) mener det er viktig å støtte pasienten og vise forståelse for den subjektive opplevelsen av søvn. Avfeier sykepleier problemet vil dette oppleves krenkende ovenfor pasienten (Ranhoff 2008). Bjorvatn (2012) trekker frem et viktig aspekt som viser at pasienten kan få prestasjonsangst om søvnproblemet får for mye fokus (Bjorvatn 2012). Det viser til at eldre er forskjellige og trenger å bli behandlet forskjellig. Erfaring i sykehjempraksis viser at eldre ofte unnlater å fortelle om sine problemer fordi de ønsker ikke være til byr for sykepleieren.

Det kommer frem i studien at sykepleierens fottøy lager støy som gjør at pasienten blir holdt våken. Det er ingen annen litteratur som kan underbygge dette, men av erfaring knirker sko dersom gummisålene kommer i kontakt med vann. Det kan være fornuftig av sykepleier å ikke bruke skotøy som klikker, erfaringsmessig gjør tresko det. Ørepropper som nevnes i studien kan også her være et tiltak, men er dette egentlig behagelig å sove med? Bør det være slik at sykepleiere bråker så mye på natten at pasienten må bruke ørepropper hver natt? Andre forstyrrende faktorer som kommer frem i studien er ubehagelige stillinger og skrukkete sengetøy som reduserer pasientens komfort. Dyregrov (2001) påpeker at komfortabelt sengetøy og god madrass er viktig for å fremme god søvn. Sykepleier bør legge til rette for komfortabel seng før pasienten legger seg. I sykehjempraksis kommer det frem at sykepleierne er flinke til dette. Det som ikke kommer frem i studien er at man bør ha et kjølig rom og derfor luften godt før pasienten legger seg (Gerlach 2003). Det tas ikke stilling til medisinerings på nattetid i studie. Praktiserfaring viser til at noen pasienter som går på et smerteregime og må ta medikamenter på tider som for eksempel kl. 06, 12, 18 og 00. Det gjør at de med stor sannsynlighet blir vekket på natten. Det kommer frem i studien at pasienten bør unngå oppstykket nattesøvn. Om det er medikamenter som forstyrrer søvnen bør de tas på en annen tid på døgnet (Bjorvatn 2012).

Studien viser at depresjon både kan komme av søvnforstyrrelse, men også være en faktor som forårsaker søvndistraksjonen. Herlofson og Kirkevold (2006) hevder depresjon blir oversett og at det ofte er mangel på adekvat behandling. Depresjon bør kartlegges i samtalen sykepleieren har med pasienten (Herlofson og Kirkevold 2006). Studien viser at søvnforstyrrelser har en nær relasjon til kognitiv svikt. Herlofson og Kirkevold (2006) gjør rede for at kognitiv svikt er vanlig hos PS-pasienter og går ut over pasientens hukommelse, planlegging og evnen til å løse oppgaver. Dette tydeliggjør at denne pasientgruppen trenger sykepleierens hjelp til å bedre søvnproblematikken. Er det en automatikk i at pasienten husker det behandlingen som blir fremlagt, eller at pasienten i det hele tatt vet at han har et søvnproblem? Kan det være at kartlegging av søvnproblemet i dette tilfelle gir et begrenset bilde av hvordan pasienten faktisk har det? Konsekvensen av kognitiv svikt fører også til språkproblemer (Wyller 2011). Om pasienten ikke har språk til å uttrykke problemer eller behov for hjelp, kan det være vanskelig å få kartlagt problemet. Denne problematikken utdypes ikke ytterligere her, men bør studeres videre for å belyse en utfordrende pasientsituasjon.

I studien kommer det frem at PS-pasienter har lavere oppvåkningsgrenser på natt enn på dag. Teorien sier ingenting om dette, men det som kommer frem er at hørselen til eldre blir dårligere med alderen (Wolland og Heier 2011). Studien viser at soving på dagtid ødelegger mer for nattesøvnen enn den gjør godt. Kan være noe å bemerke når sykepleieren skal informere pasienten om søvn? Studien påpeker at informasjon er nyttig for pasientens bevisstgjøring rundt søvnfunksjon og hvordan man tilrettelegger for god søvn. Informasjon har den virkningen at pasienten blir løsningsorientert og opplever mestring av problemet sitt (Herlofson og Kirkevold 2008). Det kommer også frem sykepleierne på avdelingen må bygge på samme informasjon og forståelse, og ha en oversikt over hva slags informasjon som er gitt (Hjort 2008). Informasjon som bør gis omhandler normale søvnendringer i økende alder (Ranhoff 2008). Dette er komponenter sykepleieren trenger å gjøres bevisst på i møte med denne pasientgruppen.

#### 7.1.1.5 Søvnhygienetiltak

I studien blir søvnhygiene belyst som et viktig tiltak for å legge til rette for god nattesøvn. Bjorvatn (2012) kan bekrefte at søvnhygiene er en viktig ikke-medikamentell behandling for pasienter på sykehjem. Det kommer frem store variabler i søvnhygienetiltak som presiseres, og det varierer veldig hvilke pasienter som kan motta slik behandling.

Forskningen viser at søvnhygiene skal hjelpe pasienten å knytte søvn til sengen. Sengen skal kun brukes til å sove i og man bør ikke tilnærme seg den før man er trøtt (Dyregrov 2001).

Fra sykehjemspraksis oppleves det at eldre bruker sengen like mye om dagen som om natten. Den ble en slags avslapningssone, hvor pasienten for eksempel spiste og leste. Det vistes til store utfordringer med at eldre har et rom som er kombinert soverom, oppholdsrom og bad. Kanskje sykepleieren kan rettlede

pasienten og anbefale andre oppholdssteder, for eksempel en godstol eller på dagligstuen en sofa hvor han kan slappe av? Fratar vi med dette pasienten mulighet å ha et privatliv? I noen tilfeller kan PS-pasienten ha problemer med å komme seg opp av sengen, kanskje stolen ikke er godt nok alternativ, og at pasienten virkelig har behov for å legge seg ned på dagtid?

Under temaet søvnhygiene i litteraturen fortelles det at man bør stå opp på samme tid hver eneste morgen (Bjorvatn 2012). Praksiserfaring tilsier at det derimot er veldig vanskelig å få til på et sykehjem, da noen pasienter er avhengig av annet personal for å bli stelt; noe som spesielt gjelder de med viderekommen PS (Herlofson og Kirkevold 2008). Litteraturen trekker også frem at pasienten bør komme seg ut i naturlig lys senest 2 timer etter oppvåkning (Bjorvatn 2012). Hvis man tar hensyn til hvor mange pasienter som skal hjelpes opp på morgenen, vil dette kunne være utfordrende når sykepleierne samtidig skal servere frokost? Bjorvatn (2012) mener man bør unngå sterk lys på natten. Dette oppleves urealistisk da sykepleier trenger godt lys ved eventuell nattestell, som for eksempel ved urinkontinens-uhell eller ved sårstell. Til slutt poengterer litteraturen at man ikke bør gå på hypnotikum om man skal tilrettelegge for god søvn (Bjorvatn 2012). Dette bør sykepleier ta opp med lege som tar en vurdering på hva som må tas hensyn til.

I studien kommer det frem at avspenningsteknikker kan hjelpe mot pasientens søvnproblemer. Bjorvatn (2012) mener avspenningsteknikker går ut på å redusere aktivisering som foregår mentalt og fysisk hos pasienten, og avspenningsteknikker passer best til den engstelige pasientgruppen. Sykepleieren kan veilede i avspenningsteknikker for urolige pasienter på kveldstid. Kanskje er det den engstelige pasientgruppen som har merket en forverring i sykdommen, eller som ligger lenge våken før en får til å sove? Studien forteller at det finnes videoer og bøker som kan hjelpe pasienten med dette. Bjorvatn (2012) anbefaler ikke TV som en stimulikontroll på ettermiddagen. Skal man derimot bruke video på dagtid, vil dette kunne være til hindrer for besøk eller daglig sollys. Forskingen viser at adferdsteknikker bestod av søvnrestriksjoner og stimulikontroll. Søvnrestriksjoner går ut på å bli bevisst på hvor mye tid man bør være i sengen for å ikke ødelegge for søvnen (Bjorvatn 2012). Stimulikontroll handler om faktorene rundt sengen og leggerutinene som kan påvirke søvn positivt eller negativt (Bjorvatn 2012). Det viser seg at sykepleier har mange viktige aspekter å lære pasienten for å få til en godt miljø rundt legging og relatere søvn til noe positivt.

#### 7.1.1.6 Kombinerte behandlingsmetoder

Det kommer i studien frem at kombinerte behandlingsmetoder har god effekt. I en fagartikkel av Bjorvatn (2007) kommer det frem at søvnrestriksjoner og stimulikontroll kan kombineres. Det kommer ikke frem noen studier eller litteratur som bekrefter effekten av kombinerte behandlingstiltak slik som lysbehandling og fysisk aktivitet for PS-pasienter. Det kan være det ikke er blitt forsket nok på til at studien kan bekrefte eller avkrefte dette.

Praksiserfaring tilsier at det ikke skulle være noen hindring for at behandlingsmetodene kan kombineres. Kan det være en pasient trenger ett enkelt tiltak rettet mot en eller to forstyrrende faktorer? Og en annen må foreta en nøyere kartlegging fordi pasienten ikke selv ser problemet?

Det kommer også frem i studien at bivirkninger fra medisiner holder pasienten våken. PS-pasienter står ofte på medikamenter som skal behandle sykdommen, disse gir bivirkninger som forstyrrelser nattesøvn (Wolland og Heier 2011). Det kommer frem i litteraturen at eldre ikke ønsker å si fra om bivirkningene som medikamentene har, da de har vanskelig for å skille om det er sykdommen eller behandlingen som ligger bak (Wyller 2011). Derfor trenger sykepleieren aktivt å se etter mulige bivirkninger (Wyller 2011). Dette er noe som gjøres i sykehjemspraksis. Men det kan være nyansatte sykepleiere som ikke kjenner til pasienten og derfor ikke ser forandringer. I sykehjemspraksis bruker sykepleiere hverandre mye og dokumentasjon for å holde seg oppdatert på pasientene. Det at pasienten ikke gir beskjed om mulige bivirkninger gir sykepleieren utfordringer.

Dersom søvnbehovet forandrer seg på dagen, kan dette være en indikasjon på søvnbehandlingen fungerer? Det er viktig selv om det kombineres mange tiltak at det ikke blir for travelt for pasienten, men at tiltakene er overkommelige? Og kan det være pasienten ikke tørr å si fra om dette?

Sykepleieren bør bruke pasienten aktivt i søvn behandlingsprosessen (Wyller 2012).

Studien gir oss en indikasjon på at pasienten har negative tanker i forbindelse med søvnproblemer sine. Bjorvatn (2012) mener at de negative forestillingen til søvn over lengre tid blir definert som depresjon, og det er få med depresjon som ikke har søvnforstyrrelser. Vi ser at disse plagene påvirker hverandre og kanskje sjeldent står alene?

#### 7.1.1.7 Informasjon og kartlegging i forhold til behandling

Det kommer frem i studien at pasienter har et forvrengt bilde av søvn, og har dannet uvaner som har motsatt effekt i forhold til søvn. Wolland og Heier (2011) mener det er viktig å ha kjennskap til pasientens vaner og rutiner i forbindelse med søvn, for å kunne hjelpe pasienten. Det kan være nyttig å kartlegge pasientens søvnproblem og for å få et helhetlig bilde av søvnproblemet. Wolland og Heier (2011) bekrefter at det er nødvendig å bruke spørreskjemaer for å kartlegge søvnproblemet. Forskningen sier at enkelte pasienter har en dårlig forestilling av søvn og at det mangler kunnskap om søvn. Kan det da være at søvnforstyrrelser hos eldre en konsekvens av manglende kjennskap og kunnskap hos sykepleiere fordi utdanningen mangler fokus på dette? Erfaring fra utdanningen viser at det er lite fokus på søvn.

### 7.1.1.8 Hensyn i forbindelse med behandling

Studien viser til viktigheten av overføringsverdi ved søvnledelse, mellom spesialister på PS og øvrig helsepersonell. Praksiserfaring viser at det ikke bare er spesialister som er i kontakt med søvnproblemet. Kanskje er sykepleieren og annet helsepersonell mer i kontakt med pasientgruppen enn spesialisttjenesten? Det kommer frem at sykepleierne har mulighet å fange opp søvnproblematikk som den første indikasjonen på at PS bryter ut (Herlofson og Kirkevold 2006). I studien kommer det frem at pasienten sitter inne med mye god kunnskap om egen søvn. Denne kunnskapen kan vi bruke i kartleggingsprosessen for å løse søvnproblemet (Wyller 2011). Forskningen viser at klaging hos eldre i forbindelse med søvn sjelden blir vurdert som av klinisk betydning. - Selv når pasienten mener at dette går ut over daglige gjøremål. Da kan man undres over hva som er av klinisk betydning? På sykepleiestudiet lærer vi at det er flere faktorer som kan ligge til grunn når det oppstår et problem. Søvnproblemer bør tas alvorlig og utredes grundig, slik at man utelukker utvikling av andre sykdommer (Wyller 2012). Hos PS-pasienter kommer det frem at insomni er en indikator for sykdomsutviklingen (Wolland og Heier 2011).

Det kommer også frem i studien at sykepleieren må planlegge før hun skal hjelpe pasienten i seng, da koffeinholdig drikke bør unngås en periode før legging. Koffeinholdige drikker kan påvirke søvnigheten ved at den blir redusert (Bjorvatn 2012). Gerlach (2006) kan også bekrefte at koffeinholdige drikker som kaffe, te, kakao og cola er noe man bør unngå før legging. Om pasienten drikker koffeinholdig drikke på ettermiddagen; kan det da være at musikk terapi ikke har noe effekt? Det kommer også frem at koffein ikke bare holder pasienten våken men at det også har en vanddrivende effekt som fører til at pasienten må på do flere ganger i løpet at natten. Det vil si at det er mange grunner til at sykepleieren må bli bevisst på når kaffe serveres, og hvor sent etter middagen dette bør være på sykehjemmet.

I studien kommer det frem at urinkontinens er et problem. PS-pasienter opplever høy forekomst av inkontinens (Wyller 2011). I langtkommen PS kommer det frem at det er mange som er plaget med noe som kalles for *hastverksinkontinens*, som betyr at urinlatingstrangen kommer sterk og hyppig (Herlofson og Kirkevold 2006). Dette er noe som kan være en plage for pasienten om natten og under den daglige aktiviteten, og kan forstyrre søvnen. Sykepleieren kan planlegge slik at pasienter har mulighet å komme seg raskt på toalettet under eventuelt behandlingstiltak samt å følge pasienten på toalettet før legging. For at pasienten skal slippe å ha hyppige oppvåkninger kan sykepleieren planlegge inkontinenspleie (Fetveit og Bjorvatn 2005). Fra sykehjemspraksis var det flere som hadde dette problemet på natten og sykepleieren la da til rette med stikkklaken som kunne skiftes hvis pasienten opplevde å våkne med våt trusebleie.

I studien kommer det frem at pasienten har forstyrret syn på søvnbehandling og effekten av denne. Dette kommer av at de tror søvnproblemene er en del av aldringsforandringene eller at de ikke oppsøker hjelp for

problemene. De hører om andres opplevelser av behandling og er kritisk til effekten (Bjorvatn 2012). Pasientenes forskjellige oppfatninger trenger ikke nødvendigvis være riktige. Det viser seg i praksis ved sykehjem at eldre har trodd at de trenger mindre søvn enn det de egentlig gjør. Forskningen forteller at de følelsesmessige reaksjonene som kommer av søvnproblematikken kan være et ømt punkt for pasientgruppen, når dette kommer i tillegg til sykdommen. Herlofson og Kirkevold (2006) kan be bekrefte at pasientene med PS ofte sjeneres av sine symptomer. Det bør sykepleieren være bevisst på i en behandlingssituasjon.

Som en konklusjon av diskusjonen følger et eksempel på hvordan man kan legge opp dagen til en PS-pasient for å fremme søvn:

08-09.00 Pasienten våkner til samme tid hver dag . Pasienten kan ha en vekkeklokke på rommet.

09-10.00 Pasienten spiser frokost med andre på avdelingen. Koffeinholdig drikke kan drikkes til dette måltidet.

10-12.00 Pasienten kommer seg en tur ut på sommer halvåret, sitter i sansehagen, på verandaen eller besøkende triller en tur. Om pasienten får til å gå, jogge, eller gjøre noen øvelser legges det til rette for dette. I denne perioden fyller man inn undervisning og informasjon om mulig.

Kunstig lysbehandling kan brukes dersom det er mørkt eller kaldt ute.

14.00 Middag - et stort måltid

15.00 Dessert med kaffe/te

18.00 Kveldsmat, ca. 2 brødskeer

Unngå stimulerende aktiviteter heretter.

Rolig musikk kan brukes i tillegg til stellet, for å roe ned pasienten på kvelden.

Her kan det også brukes avspenningsteknikker. Video må kun brukes tidligere på dagen.

20.00 Banan/suppe (senkveldsmat)

21.00 Pasienten følges på toalettet og steller seg

Sykepleier lufter rommet kaldt, slukker lys og ordner senga.

22.00- 23.00 pasienten legger seg

Sykepleier sørger for ro på avdelingen og legger til rette for minimale forstyrrelser gjennom natten.

Nattmedisin kan prøve å gis før pasienten legger seg eller uten lys på natten.

## 7.2 Metodediskusjon

Metodediskusjon diskuterer fordeler og svakheter med bacheloroppgaven. Her skal det vurdere kritisk hvordan oppgavens fremgangsmåten og hvordan artiklene ble søkt og valgt ut. Belys hvilke problem som har oppstått under prosessen og hvordan disse er blitt håndtert (HINT 2013).



Ingen metoder er perfekt derfor er det viktig å beskrive hvilke usikkerheter ved metoden som kan ha påvirket resultatet til denne studien (Dalland 2010).

Valget av tema men har endret mye på temaet under prosessen. Det ble brukt tid på valg av tema. Fra Tema Kols til Parkinson. Der det var ønskelig å fordype seg i stress og depresjon. Tilslutt endte oppgaven med Parkinson og Søvn. Og hovedfokuset har tilslutt havnet på Søvn. Det ble satt opp en tidsplan som var urealistisk mye ut ifra manglende erfaring på skrive og planleggingsprosessen. Artikkelsøket var den lengste prosessen som strakk seg over 5 uker. Det å finne artikler, lese samt oversette fylte tiden. Noen av artiklene ble satt i vurderingsskjema med en gang mens andre ikke. Konsekvensen av dette ble at 2 forskningsartikler viste seg å ikke holde kriterier for oppgaven å måtte fjernes. Det kunne vært inkludert flere artikler fra starten men mange ble ekskludert grunnet at det ikke besvarte hensikten og problemstillingen oppgaven hadde under prosessen. I å med at inklusjonskriteriene var så spesifikke var det enkelt å ekskludere artikler. Hadde tema blitt fastsatt tidligere hadde det blir bedre til å inkludere mer relevant stoff. Det ble valgt å ikke ta med verken teoretiker eller livskvalitet til pasientgruppen da jeg så at tiden ikke strakk til. For å finne nok relevant stoff måtte det inkluderes artikler som ikke handler om PS-pasienter men som tok for seg tema søvn problematikk hos eldre over 60. Disse ble inkludert til tross for at det kan gi et resultat som ikke nødvendigvis trenger å være riktig for den pasientgruppen jeg fokuserer på.

Artiklene handlet enten om søvn konsekvenser og forstyrrende faktorer, forskning på behandling metoder og tiltak. Det ble vurdert ukritisk hva som skulle være med i resultatdelen i starten. Resultatdelen har blir av spikket til det mest sentrale for hensikten. Det ble ikke gjort noen systematisk søke metode på artiklene så for å dokumentere hvordan fremgangsmåten ble gjort tok mer tid enn beregnet og kan være at det spriker til hvordan den egentlig ble gjort.

På grunn av oppgavens omfang og tidsbegrensinger har det i starten vært ønske å fremme livskvalitet som en faktor. Dette er det sett bort fra da litteratursøket tok mer tid enn beregnet.

Avsnittet "Konsekvenser søvn har for pasienten" har begrenset med innhold. Dette kommer av at det ikke var hovedfokuset til studiene som ble valgt og det kom frem review artikler som ikke kunne brukes. Noe ble gjentakende og derfor komprimert. Det sees i ettertid at denne kategorien skulle vært bedre utfyllt.

Fordelen med oppgaven er kan brukes i et tverrfaglig perspektiv. Ikke bare til sykepleiere men også til helsearbeider, hjelpepleier, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og pårørende. Det kommer heller ikke frem et stort nok spekter med behandlingstilbud enn at disse er så enkle at hvem som helt kan bruke dem. Diskusjonen speiler resultatet og kan oppleves som mye gjentakelse. Oppgaven mangler tydelig skille mellom den generelle gamle pasienten og Parkinson pasienten. Utfordringen med oppgaven er at den tar

for seg et så spesifikt tema som krever gode søke ord for å finne vesentlig forskning. Oppgaven er veldig spesifikk i sin begrensning og kanskje kunne oppgaven hatt flere inklusjonskriterier.

## 8.0 Konklusjon

Det kommer frem at det er flere ikke- medikamentelle behandlingsmetoder som har en positiv effekt på å fremme søvn hos PS-pasienter med søvnforstyrrelser på sykehjem. Søvnforstyrrelsen kan komme av mange forskjellige faktorer og derfor er det viktig for sykepleieren å ha en forståelse for hva som forårsaker dette problemet. Sykepleiere møter denne pasientgruppen før eller senere, og vil ved stor sannsynlighet ha bruk for kunnskapen knyttet til problemområdet. For å kunne hjelpe denne pasientgruppen trenger sykepleierne vite om hvilke kartleggingsverktøy og behandlingsmetoder vi har for å hjelpe denne sårbare pasientgruppen. Det er virkelig behov for å forske videre på dette retningen for å få frem ytterligere behandlingstiltak.

## Referanseliste

- Aasland m.fl. (2008) Tidsskrift for Den norske legeforening, ***Nevropsykiatriske og kognitive symptomer ved Parkinson***; Aasland D, Pedersen KF, Ehrt U, Bronnick K, Gjerstad MD og Larsen JP, 2008/18 (128) s. 2072-2076.
- Alessi m.fl. (2005) Journal of the American Geriatrics Society, ***Randomized, Controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake pattern in nursing home residents***, Alessi CA, Martin JL, Webber AP, Cynthia Kim E, Harker JO og Josephson KR, 2005/53(5), s.803-810.
- Bakken m.fl. (2008) trening og etter trening, ***Livet med Parkinson – slik vi opplever sykdommen***; Bakken PK og Krebs L, 2008 Norges Parkinsonforbund.
- Berentsen (2008) Kognitiv svikt og demens; Berentsen VD, ***Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten***; Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff AH, Gyldendal Norsk forlag AS Oslo 2008, 1.Utgave.
- Bjorvatn (2007) Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer, ***Søvnproblemer – Hvordan skal de behandles***; Bjorvatn B, Helse Bergen Haukeland Universitetssykehus 2007, [Lastet ned 20.05.13 [http://helse-bergen.no/omoss/avdelinger/sovno/Documents/sovno\\_S%C3%B8vnproblemer%20-%20hvor%20skal%20de%20behandles.pdf](http://helse-bergen.no/omoss/avdelinger/sovno/Documents/sovno_S%C3%B8vnproblemer%20-%20hvor%20skal%20de%20behandles.pdf)]
- Bjorvatn (2012) Hypersomnier, Søvn og Søvnforstyrrelser hos eldre, ***Søvn sykdommer – Moderne utredning og behandling***; Bjorvatn B, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen 2012.
- Chan m.fl. (2010) Complementary Therapies in Medicine, ***Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomised controlled trial***; Chan MF, Chan EA og Mok E, 2010/18.3-4, s.150-159.
- Dalland (2010) Oppgavens oppbygning, Etske overveielser og personvern, ***Metode og Oppgaveskriving for studenter***; Dalland O, Gyldendal Norsk Forlag AS 2010, 4.utgave.
- Dyregrov (2001) Andre metoder for bedre søvn, ***Den lille søvnboken – håndbok for folk som vil sove bedre***; Dyregrov A, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS Bergen 2001.
- Fetveit m.fl. (2004) Journal of Sleep Research, ***The effects of bright-light therapy on actigraphical measured sleep last for several weeks post-treatment. A study in a nursing home population***; Fetveit A & Bjorvatn B, 2004/13(2), s.153-158.
- Fetveit og Bjorvatn (2005) Tidsskrift Norsk Legeforening, ***Søvnforstyrrelser hos sykehjemspasienter – praktiske behandlingsråd***, Fetveit A og Bjorvatn B, 2005/125 s.1676-1678. [Lastet ned 19.05.13 <http://tidsskriftet.no/article/1211217>]
- Forsberg og Wengström (2008) ***Att göra systematiska litteraturstudier- värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning***, Oloka typer av litteraturstudier; Forsberg C og Wengström Y, Forfattarne och Bokforlaget Natur och Kultur, Stockholm 2008, utgave 2.
- Garms-Homolová m.fl. (2010) Journal of Health Psychology, ***Sleep Disorders and activities in long term care facilities – a vicious cycle?***; Garms-Homolová V, Flick U and Röhnsch G, Germany 2010/Vol15 (5) s.744- 754.

- Gerlach (2006) Sov godt – 12 gode råd, *Søvn – Om betydningen av en god nattesøvn*; Gerlach J, Gyldendal Norsk forlag AS 2006, utgave. 1.
- Gooneratne m.fl. (2011) The American Geriatrics Society, *Perceived Effectiveness of Diverse Sleep Treatments on Older Adults*; Gooneratne NS, Tavariva A, Patel N, Madhusudan L, Nadaraja D, Onen F og Richards KC, 2011/59, s.297-303.
- Hauge (2008) Sykepleier i sykehjemmet; Hauge S, *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*; Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff AH, Gyldendal Norsk forlag AS Oslo 2008, 1.Utgave.
- Havlikova m.fl. (2011) Journal of Neurology, *The impact of sleep and mood disorders on quality of life in Parkinson's disease patient*; Van Dijk JP, Nagyova I, Rosenberger J, Middel B, Dubayova T, Gdovinova Z og Groothoff JW, 2011/ 258 (15) s.2222–2229.
- Heier og Wolland (2005) Hva er søvn?, *Søvn og Søvnforstyrrelser*; Heier MS og Wolland AM, J.W Cappelen's Forlag AS, Oslo 2005.
- Helbostad (200) Bevegelse og aktivitet; Helbostad JL, *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*; Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff AH, Gyldendal Norsk Forlag AS 2008, 1.Utgave.
- Helsedirektoratet (2009) Aktivitetshåndboken – fysisk aktivitet i forebygging og behandling, Oslo, Helsedirektoratet 2009.
- Helsepersonelloven (2011) , Kapittel 2. Krav til helsepersonells yrkesutøvelse, *Helsepersonelloven* § 4. Forsvarlighet, Endret ved lov 24 juni 2011 [Lastet ned 19.05.13 <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html#4>]
- Herlofson og Kirkevold (2008) Parkinson sykdom; Herlofson K og Kirkevold M, *Geriatrisk Sykepleie – god omsorg til den eldre pasienten*; Kirkevold M, Brodtkorb K & Ranhoff AH, Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo 2008, 1. Utgave.
- HINT (2013) Informasjonsheftet til *SPU 110, Sykepleiefaglig fordypningsemne*; utarbeidet av emnegruppe i SPU 110, emne ansvarlig Lena-Mari Sjöblom, Høgskolen i Nord Trøndelag. Avd. Levanger/ Namsos.
- Hjort (2008) Pleie og omsorg ved livets slutt, Hjort PF, *Geriatrisk Sykepleie – god omsorg til den eldre pasienten*; Kirkevold M, Brodtkorb K & Ranhoff AH, Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo 2008, 1. Utgave.
- King m.fl. (2008) Journal of Gerontology: Medical Sciences, *Effects og moderate- intensity exercise on polysomnographic and subjective sleep quality in older adults with mild to moderate sleep complaints*; King AC, Pruitt LA, Woo S, Castro CM, Ahn DK, Vitiello MV, Woodward SH og Bliwise DL, 2008/63A (9), S.997-1004.
- Lai m.fl. (2005) Journal of Advanced Nursing: *Music improves sleep quality in older adults*; Lai HL and Good M, 2005 Vol 49/3 s.234-244.
- Leppämäki m.fl. (2003) BMC Psychiatry, *Effect of simulated dawn on quality of sleep—a community-based trial*; Leppamaki S, Meesters Y, Haukka J, Lonnqvist J og Partonen T, Netherland 2003/3,s.14
- McIntosh m.fl. (2009) Nurse Education today, *The knowledge and educational experiences of student nurses regarding sleep promotion in hospitals*; McIntosh AE og MacMillan M, 2009/29, s.796-800.
- Mehanna og Ondo (2011) Neurodegen. Dis. Manage, *Sleep problems in Parkinson patient [review]*; Mehanna R og Ondo WG, 2011/1(4), s.307-321.

- Myskja (2006) demensomsorg og alders psykiatri, **Den siste song – sang og musikk som større i rehabilitering og lindrende behandling**; Myskja A, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen 2006.
- Norges Parkinsonforbund (2012). Parkinsonisme: **Parkinson Sykdom**; Norges Parkinsonforbund Oppdatert år 2012 bekreftet med informasjonskonsulent Nilsen S.[Lastet ned 11.03.13] <http://parkinson.no/parkinsons1/parkinsons1/>
- Ouslander m.fl. (2006) *Journal of the American Geriatrics Society*, **A Nonpharmacological intervention to improve sleep in nurse home patient of a controlled clinical trial**; Ouslander JG, Connell BR, Bliwise DL, Endeshaw Y, Griffiths P, Schnelle JF, 2006/54(1) s.38-47.
- Ranhoff (2008) Søvn og søvnproblemer; Ranhoff AH, **Geriatrisk Sykepleie – god omsorg til den eldre pasienten**; Kirkevold M, Brodtkorb K & Ranhoff AH, Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo 2008, 1. Utgave.
- Richards m.fl. (2011) The American Geriatrics Society, **Strength training walking, and social activity improve sleep in nursing home and assisted living residents; randomized controlled trial**; Richards KC, Lambert C, Beck CK, Bliwise DL, Evans WJ, Kalra GK, Kleban Mh, Lorenz R, Rose K, Gooneratne NS og Sullivan DH, 2011/59, s.214-223.
- Rutten m.fl. (2012) Hindawi Publishing Corporation: Parkinson's Disease, **Brith light therapy in Parkinson's disease: An overview and the background and evidence**; Rutten S, Vriend C, van den Heuken OA, Smit JH, Berendse HW and van der Werf YD, Netherland 2012 [Lastet ned 18.05.13] <http://www.hindawi.com/journals/pd/2012/767105/>
- Straten m.fl. (2008) Patient Education and conseling, **Self-help treatment for insomnia through television and book: A randomized trial**; Straten AV, Cuijpers P, Smit F, Spermo M og Verbeek I, 2009/74, s.29-34
- Trond Rudslid (2010) Fortellinger.net- **Dikt, Han får ikke sove**; Trond Rudslid Utgitt 2010 [Lastet ned 16.03.13] [http://fortellinger.net/tekster/dikt/trond\\_rudslid/han\\_far\\_ikke\\_sove](http://fortellinger.net/tekster/dikt/trond_rudslid/han_far_ikke_sove)
- Tse m.fl. (2005) Parkinsonism and Related Disorders, **Clinical usefulness of the Parkinson's disease sleep scale**; Tse W, Liu Y, Barthlen GM, Hälbig TD, Tolgyesi SV, Olanow CW og Koller WC, 2005/11 (5) s.317-321.
- Werdelin (2006) Ikke motoriske symptomer: **Parkinsons Sygdom – en bog for pasienter, pårørende og behandlere**; Lene Werdelin (Red.) Munkgaard Danmark, København 2006, utgave 1.
- Wolland og Heier (2011) Søvnforstyrrelser ved Parkinson sykdom, **Eldre og Søvn**; Wolland AM og Heier MS, Cappelen Damm AS 2011, 1.Utgave.
- Wyller (2011) Vannlatingsforstyrrelser, **Geriatrisi – En medisinsk lærebok**; Wyller TB, Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo 2011, 1.Utgave.

#### Vedlegg.1 Søkemetoden

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Antall utvalgte	Entall utvalgte for dypere granskning	Inkluderte
Medline	Full text 2003- current Abstract English	Sleep treatments AND Older adults	29	12	7	5

	language					
Medline	Full text 2003- current Abstract English language	Sleep* AND Quality AND Parkinson disease	124	15	5	1
Medline	Full text Abstract 2003- current age over 65	Sleep disorders AND Cognitiv therapy OR Diet therapy OR Acunpuntur OR Relaxation therapy OR Music therapy OR Dance therapy OR Exercise therapy OR Behavior Therapy	32	11	6	4
Medline	2003-current age over 65	Sleep terapy OR Sleep disorders AND Nursing care OR Patient care OR Nursing Process OR Nuring Research	19	7	3	1
Medline	2003-current age over 65	Sleep terapy OR Sleep disorders AND Nursing homes	15	5	1	1

#### Vedlegg.2 Vurdering av forskingsartikkel

<p><b>Tittel:</b> The Frequency and nature of sleep disorders in a community-based population og patient with PD.</p> <p><b>Hovedområde:</b></p> <p><b>Land:</b></p> <p><b>Språk:</b></p>
---

<b>År:</b> <b>Typestudie:</b> <b>Original / review/ annet:</b> <b>Resultater:</b>
<b>Kommentar:</b> <b>Kvalitetsbedømming:</b> <b>Viktige stikkord:</b>

Vedlegg.3 Oversikt over innholdet til forskningsartiklene

Forfatteren	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ instrument	Deltagere / Bortfall	Hovedresultat	
Alessi mfl.  2005  USA  Tidsskrift for Den norske legeforening	Studien tar for seg ikke medikamentelle metoder som skal bedre unormal og dårlig søvnmønster på sykehjem.	Klinisk kontroll studie  Pasienten ble eksponert for lys, økt aktivitet, sengerutiner og redusert støy og lys ved nattestid.	133 ønsket å delta  118 fullførte studien	Studien viste en betydelig nedgang i dagtidsoving og et økt sosial aktivitet som kan resultere til økt livskvalitet.	
Havlikova mfl.  2011  Slovakia  Journal of Neurology	Hensikten med studien var å undersøke hvordan overdreven søvnighet på dagtid eller dårlig nattesøvn kvalitet påvirker livskvalitet til PS-pasienter.	Kvantitativ Instrument som ble brukt: Epworth Søvnighet Scale (ESS) og Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI),  Anxiety and Depression Scale (HADS) og Unified Parkinsons sykdom Rating Scale (UPDRS).	93 pasienter deltok	Studien viser at både dårlig natte søvn og angst bidrar til redusert livskvalitet	
Straten mfl.  2008	Hensikten med denne studien er å gi en behandling som	kvantitativ Randomisert Kontroll gruppe	126 i studie gruppen, 121 i	Det viste bedre subjektiv vurdering av	

Nederland Patient Education and conseling	baseres på selv hjelp gjennom Tv og litteratur.	En bok DVD sendt hver uke i 6 uker.	kontroll gruppen	søvnkvalitet, dårlig forestilling og holdning til søvn, depressive symptomer og livskvalitet.	
Leppämäki mfl. 2003 Finland BMC Psychiatry	Denne studien tar for seg hvordan kunstig soloppgang påvirker livskvaliteten	Kvalitativ Lyskilde ble brukt hos alle pasienter	77 av 100 fullførte studien.	35% av studien mente stimuleringen gjorde at de følte seg bedre og noe bedre. Behandlingens effekt vistes etter 6 dager og varte etter 2 uker etter sluttet behandling.	
Gooneratne mfl. 2011 USA The American Geriatrics Society	Hensikten er å belyse hvilke metoder eldre over 65 år bruker for å behandle søvn problemene deres, og hvilken effekt disse metodene har.	Kvantitativ tverrsnittstudie av behandling mønstre for søvnforstyrrelser ved hjelp av et post spørreskjema som samlet informasjon om søvn historie, demografiske, og behandling valg.  standardisert spørreskjema for å vurdere søvnmønster, demografisk informasjon og søvn behandlingstilbud.	686 deltagere i alderen 65år og oppover, ble kontaktet pr. Mail  460 responderte.  251 deltagere rapporterte med søvnforstyrrelser.  242 svarte på spørreskjemaene  9 svar kunne ikke analyseres og falt	Vanligste selvbehandling smetoder var å se tv og høre på radioen (66.4%), lese (56%), Den maste vanligste medisinske behandlingen var smertestillende (40,1%). Resept på sovemedisin hadde størst selvrapportert effekt.  Eldre bruker som ofte selv behandlings metoder som snarere forverres deres søvn forstyrrelses symptomer. Mange deler	



			bort.	heller ikke med sin fastlege om deres selvbehandling .	
Chan mfl. 2010 Kina Complementary Therapies in Medicine	Hensikt med studien er å se hvilken effekt musikk har på søvn kvaliteten til eldre mennesker. I tillegg å se om det hadde noe effekt på vitale tegn og depresjon.	Kvalitativ, randomisert studie.  Kontrollgruppe  Rolig musikk ble brukt i 30 min per uke x 4 uker.  Det ble tatt blodtrykk, puls, depresjonsskala og søvn kvalitetskala ble brukt ukentlig i 4 uker.	42 stykker 75 år eller eldre.  21 kontrollgruppe  21 studiegruppe  Ingen bortfall.	Studien viste seg at rolig musikk hadde bedrende effekt på depresjon og søvn kvalitet hos eldre.  Studien viste ikke store forskjeller på gruppene med tanke på vitale-tegn. Det lille det viste kan være nyttig for videre forskning.	
Fetveit mfl. 2004 Norsk Journal of Sleep Research	Studien går ut på å se effekten av lysbehandling til eldre med søvn Problematikk i sykehjem.	Kvantitativ  Lysbehandling  Målinger fra artigrafi og tidspunkter	18 pasienter  5 døde i løpet av studien	Denne studien viste en langvarig positiv effekt på nattesøvn av lysbehandling.	
Ouslander mfl. 2006 USA Journal of the American Geriatrics Society	Studien gikk ut på å hvilke effekt kombinerte intervensjoner har på pasientenes søvn.	Kvalitativ  Kontrollert klinisk studie,  Fysisk aktivitet, Lys eksponering,  Strengt søvn rutiner.  Artigrafi på håndleddet  Noen brukte polysomnograf	160 pasienter fullførte 13 pasienter falt fra	Denne flere kombinerte intervensjons studien viste ingen betydelig forandring mellom kontroll og studie gruppen.	

<p>Tse mfl. 2005 USA Parkinsonism and Related Disorders</p>	<p>Hensikten med studien er kartlegge hvor nyttig Parkinson sykdoms søvn skala (PDSS) er? Denne identifiserer pasientens søvnforstyrrelser</p>	<p>Kvantitativ Bruk av PDSS søvnskala</p>	<p>62 pasienter ble evaluert</p>	<p>Det kom frem i studien at dette verktøyet er svært nyttig for å kartlegge søvnproblemer hos PS-pasienter.</p>	
<p>King mfl. 2008 USA Journal of Gerontology</p>	<p>Hensikt med studien er å se om moderat intensiv trening hos eldre med søvnforstyrrelser, måler objektiv og subjektiv bedring ved søvnkvalitet</p>	<p>Kvalitativ Randomisert Kontrollert studie.  Treningsøvelser: strekke øvelser, styrke og balanse  Utsyr: Puls klokke  Ble gitt informasjon om ernæring, sikkerhet ved trening og fotstell.</p>	<p>83 deltager  hvorav 24 falt bort.</p>	<p>Resultatet viser at ved moderat intensiv treningsprogram for eldre over 55år, kan ha en beskjeden positiv effekt. Ut i fra de øvelsene var ikke resultatet tilfredsstillende med anbefalt økning i moderat intensivtrening kan gi målbare endringer.</p>	
<p>Richards mfl. 2011 USA The American Geriatrics Society</p>	<p>Hensikten er å se effekten av styrketrening, turgåing og sosial aktivitet på nattesøvnen til eldre som lever under omsorg fra helsepersonell.</p>	<p>Kvalitativ Randomisert Kontrollert studie  Intervensjoner E gruppe styrke trening 3 dager i uka og tur gåing 2 dager i uka i 7 uker. SA- gruppen hadde sosial aktivitet 1 time 5 dager i uka i 7</p>	<p>304 ønsker å delta men 111 falt fra. E = 55 SA= 50 ESA= 41 Kontrollgruppen bestod av 47 stk.</p>	<p>Kombinasjon av styrketrening, turgåing og sosial aktivitet hadde betydelig påvirkning på nattesøvnen. De fleste i ESA gruppen opplevde bedre søvn og lengre søvn.</p>	

		<p>uker.</p> <p>ESA- gruppen hadde begge intervensjonene .</p> <p>Utsyr: leggpres, brystpres, EKS, søvnregistrering</p>			
<p>McIntosh mfl.</p> <p>2009</p> <p>Storbritannia</p> <p>Nurse Education today</p>	<p>Hensikten med studien er å se hvor mye kunnskap sykepleiestudent er har om å fremme søvn på sykehjem</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Spørreskjema</p> <p>Etisk godkjenning</p>	<p>Spørreskjema ble gjort på 120 studenter</p> <p>Intervjuer ble gjort på 26 studenter som hadde nattevakt i løpet av programmet.</p>	<p>Det viste seg at studentene hadde lite kunnskap om søvn og søvnforfremmelse.</p>	