



Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper
Avdelningen för omvårdnad

Hanna Arnesson och Karin Lundkvist

Ickefarmakologisk behandling av insomnia och dess effekter relaterat till äldre

Nonpharmacological Treatment of Insomnia
and Its Outcomes in Relation to the Elderly

Examensarbete 10 poäng, C-nivå
sjuksköterskeprogrammet

Datum: 2006 12 15
Handledare: Carin Andersson
Tentator: Maria Larsson

SAMMANFATTNING

Titel:	Ickefarmakologisk behandling av insomni och dess effekter relaterat till de äldre Nonpharmacological Treatment of Insomnia and Its Outcomes in Relation to the Elderly
Avdelning:	Avdelningen för omvårdnad, Karlstads universitet
Kurs:	Omvårdnadsforskningens teori och metod III- examensarbete, 10p, C-nivå
Författare:	Hanna Arnesson Karin Lundkvist
Handledare:	Carin Andersson
Sidor:	22 sidor
Nyckelord:	Sömn, insomni, ickefarmakologiska behandlingsalternativ, äldre

Sönnen är ett grundläggande behov hos människan som bland annat ses ha en livsuppehållande och återhämtande funktion på kroppen och psyket. Sömnkvaliteten ändras med stigande ålder och sömnbesvär är vanligt förekommande bland äldre. Syftet med studien var att beskriva ickefarmakologiska behandlingsalternativ, och därmed relaterade effekter, som sjuksköterskan kan tillämpa mot insomni för äldre. Metoden var en litteraturstudie. Resultatet bygger på en analys av femton artiklar mellan 1990-2006 som söktes via databaserna CINAHL och Medline. Vid analysen växte tre huvudkategorier fram: information, insatsinriktade alternativ samt rutininriktade alternativ med tillhörande underkategorier. Genom att informera patienter om effekter av exempelvis kaffe, tillämpa avslappningsövningar, ändra rutiner samt skapa stimulans under dagtid till patienter med insomni kan sönnen förbättras på flera sätt. Effekter av den ickefarmakologiska behandlingen mot insomni är till exempel minskad insomningstid, ökad sovtid, reducerad användning av sömnläkemedel, en större upplevd livstillfredsställelse samt ökad vakenhet dagtid.

Justerad och godkänd
Datum

Tentator

1. INTRODUKTION	2
1.1 SÖMN	2
1.1.1 <i>Sömnen och högre ålder</i>	3
1.1.2 <i>Konsekvenser av störd sömn för äldre</i>	4
1.2 INSOMNIA - DEFINITION	4
1.3 ÖVERGRIPANDE OM BEHANDLING AV INSOMNIA; SYNEN PÅ FARMAKOLOGISK OCH ICKE-FARMAKOLOGISK BEHANDLING	5
1.4 FÖRDJUPAD PROBLEMBILD	5
1.5 SYFTE	6
2. METOD	7
2.1 LITTERATURSÖKNING OCH URVAL	7
2.2 DATABEARBETNING	10
2.3 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	10
3. RESULTAT	11
3.1 INFORMATION	11
3.1.1 <i>Sömn dagbok</i>	12
3.2 INSATSNRIKTADE ALTERNATIV	12
3.2.1 <i>Avslappning</i>	12
3.2.2 <i>Aktivitet</i>	14
3.3 RUTINRIKTADE ALTERNATIV.....	14
3.3.1 <i>Omvårdnadsrutiner</i>	14
3.3.2 <i>Dagliga rutiner</i>	15
4. DISKUSSION	16
4.1 RESULTATDISKUSSION	16
4.2 METODDISKUSSION	18
4.3 KLINISK BETYDELSE.....	19
REFERENSER	20

Bilaga 1 Matris över atriklar

1. Introduktion

Sömn är ett av människans mest basala behov. I Maslows behovstrappa hör den till de fundamentala, fysiologiska behov som utgör det första trappsteget (tillsammans med mat, dryck, elimination etcetera). Tillfredsställelsen av dessa, inom föreliggande trappsteg, behov är förutsättningen för nästa steg – nästa behov (Jerlang, 2005). Sömnstörningar kan ha olika inriktningar, varav en är insomni. De kan likaså ha olika grund, men oberoende av etiologi och inriktning tenderar patologiska sömnstörningar – lite per definition - att påverka friska funktioner. Konsekvenserna kan yttra sig som minskad vakenhet, svårigheter med korttidsminnet, andra funktionella problem och ökad fallrisk (Petit, Azad, Byszewski, Sarazan & Power, 2003). Otillräcklig sömn kan i förlängningen även associeras med ökad mortalitet, sjuklighet, och minskad livskvalitet. För äldre människor kan det även innebära en ökad institutionalisering (Harbison, 2002). Insomnia, den sömnstörning som framför allt står i fokus i föreliggande uppsats, är inte desto mindre ett vanligt besvär hos den äldre populationen. Det kan emellertid vara svårt att skilja mellan normala åldersförändringar av sömnen och mer avvikande sömnmönster (Trend Watch, 2001). Ancoli-Israel (2004) påtalar behovet av att läkare de facto regelbundet frågar åldrande patienter om deras sovvanor, då patienter sällan talar om sina sömnproblem om de inte blir tillfrågade. Den kliniska bedömningen av insomnia utgår från en grundlig klinisk intervju, vilken ofta kompletteras av olika frågeformulär, psykologiska tester och en dagbok över sömnen (Buysse, Edinger & Means, 2005). Trots att en stor del av litteraturen tar upp och fokuserar på läkarens roll, innehar sjuksköterskan ett stort ansvar - inte minst på olika former av äldreboenden. Där är det hon/han som mer frekvent än läkaren kommer i kontakt med de äldre, som ska fånga upp signaler från personalen (dag- såväl som nattpersonal) och så vidare. Samtalet som ett av sjuksköterskans centrala arbetsredskap befäster dessutom sjuksköterskans uppgift i identifierandet och hanterandet av insomnia.

1.1 Sömn

Sömnen är ett tillstånd av förändrat medvetande och avsevärt sänkt mottaglighet för signaler från omvärlden. Hjärnan vänder sig inåt och ägnar sig åt uppbyggnadsprocesser. Sömnen skiljer sig från medvetlöshet genom att den sovande går att väcka (om än med starkare medel än vad som krävs för att individen i vaket tillstånd skall reagera) (Ursin, 1986; Åkerstedt, 2001). Sömn kan studeras objektivt med hjälp av polysomnografi, som mäter hjärnaktiviteten (EEG, som står för elektroencefalografi), ögonrörelser och muskelrörelser. Med hjälp av denna metod har forskning kommit fram till att sömn kan delas in i två kategorier, non-rapid-eye movements (NREM) och rapid-eye-movement (REM). Dessa delas in i två sömncykler som avlöser varandra under natten (Carskadon & Dement, 2005).

NREM kan delas in i fyra olika sömnstadier under natten. Stadium ett är en övergång mellan vaket och sovande tillstånd. I denna fas är människan lättväckt och när denna fas studerats, ses lite långsammare EEG-vågor än i vaket tillstånd. Stadium två är det första stadiet av egentlig sömn. Stadium tre och fyra står för den djupaste sömnen och dessa stadier varar mellan tjugo till fyrtio minuter i den första sömncykeln och dessa stadier anses utgöra energibevarande sömn. EEG registrerar långsamma och höga vågor i denna fas. När stadium fyra är nådd visar EEG-förloppet att sömnen går tillbaka till stadium tre och två och faller in i den första REM-sömnperioden (Carskadon & Dement, 2005;

Ursin, 1986). I REM-sömn visar EEG att förloppet liknar det som sker i stadium ett. Under REM sker snabba ögonrörelser under slutna ögonlock. Hjärnverksamheten påminner en del om hur den fungerar i vaket tillstånd, vilket är anledningen till att REM-sömn ibland kallas för paradoxal sömn. Under REM-sömnen är drömmarna som livligast (Morin & Espie, 2003).

Morin och Espie (2003) menar att trots att flera olika sömnhypoteser har prövats, så finns det inget klart svar på varför vi sover. En teori är att sömn är en mekanism som skyddar människan under perioder av ineffektivitet. En annan teori förutsätter att sömn har en livsuppehållande roll, med hjälp av vilken kroppens och psykets funktioner återhämtas. Ytterligare en teori menar att sömn är en process med energibevarande, reglerande av kroppstemperatur och immunstärkande funktioner. Det är bevisat i studier att NREM-sömnen, särskilt i stadium tre och fyra, har betydelse för återupprättandet av psykisk energi. REM-sömn spelar en viktig roll i bearbetningen av nya minnen och antas ha betydelse för emotionella konflikter. Oavsett vilken exakt roll sömnen har så anses den lika viktig som till exempel mat och vatten.

1.1.1 Sömnen och högre ålder

Genomsnittssömnen hos en vuxen människa omfattar mellan sex till nio timmars sömn per natt. Sömnkvaliteten ändras med stigande ålder (Voyer, Verreault, Mengue & Morin, 2006) och sömnbesvär är vanligt förekommande bland äldre (Ancoli-Israel, 2004). Cirka två tredjedelar av de som bor i äldreboenden har någon form av sömnsvårigheter (Harbison, 2002; Hoffman, 2003). Äldre människor vaknar oftare under natten, har svårare att somna om (Voyer et al., 2006) och de sover ytligare med sömn liknande den i stadium ett. Det som då blir lidande är den djupa sömnen i stadium tre och fyra. Förändringar i sömnen anses vara normala åldersförändringar, men orsaken till dem är okänd. Ursin (1986) menar att det är bibehållandet av sömnen som sviktar, inte själva insomnandet. En tes är att dygnsrytmfunktionerna blir svagare med ökande ålder; speciellt sömn- vakenhetscykeln tenderar att splittras upp med ytlig sömn på natten och sömn på dagen (Ancoli-Israel & Cooke, 2005; Ursin, 1986; Åkerstedt, 2001). Andra studier tyder på att det inte är åldrandet som orsakar sömnstörning, utan snarare att det är förmågan att sova som minskar med åldern (Ancoli-Israel & Cooke, 2005).

Utöver åldrandet finns ett antal andra vanligt förekommande faktorer som påverkar sömnen för äldre, däribland patologiska orsaker, psykosociala faktorer, farmakologiska orsaker samt psykiska tillstånd. Förstnämnda inkluderar exempelvis sömnapné, urininkontinens, demens och kronisk smärta. Psykosociala faktorer omfattar bland annat social isolering, ensamhet och tristess (Lantz, 2002). Fördröjd insomning, minskat sömndjup samt framkallandet av mardrömmar kan orsakas av mediciner som används vid behandling av kroniska sjukdomar. Exempel på sådana läkemedelsgrupper är kortikosteroider, bronkdilaterare, diuretika, β -blockerare med flera. Även polyfarmaci, det vill säga det samtida användandet av flera läkemedel, är vanligt bland äldre och kan ge upphov till insomnia. Psykiska tillstånd omfattar bland andra depression – ett tillstånd som är förhållandevis vanligt på äldreboenden. Den vanligaste orsaken till insomnia är depression (Ancoli-Israel, 2004; Voyer et al., 2006). Ängslan kan bidra till problem att upprätthålla sömnen. Insomnia kan med andra ord vara ett första tecken hos en person med orostillstånd. Utöver dessa faktorer har dessutom miljön på äldreboenden en inverkan på sömnen genom att ljud, ljus, temperatur och vårdrutiner påverkar sömnmiljön. Dilemmat består i att äldre är mindre anpassningsbara till förändringar i

sömnförhållandena och därmed kan även mindre variationer i sovmiljön bidra till sömnstörning (Voyer et al., 2006).

1.1.2 Konsekvenser av störd sömn för äldre

Sömn fyller således fysiska såväl som psykiska funktioner. Följaktligen får även sömnstörningar konsekvenser för individen, något som kort har berörts ovan. Sömnstörningar kan leda till svårigheter att bibehålla vakenheten dagtid, försämringar av minne och koncentration samt minskad prestations- och reaktionsförmåga. Dessa försämringar har särskild betydelse för äldre, eftersom dylika yttringar felaktigt kan tolkas som symptom på demens alternativt nedsatt kognitiv förmåga. Den minskade reaktionsförmågan kan i sin tur öka fallrisken. Andra vanliga följderna av sömnstörningar är bland andra oförmåga att uppskatta familje- och sociala relationer, ökad smärtupplevelse, en känsla av ohälsa samt en minskad förmåga att utföra dagliga uppgifter och en ökad konsumtion av hälso- och sjukvårdens resurser (Ancoli & Cooke, 2005; Martin, 2005). Flera studier nämner även att sömnstörningar associeras med förkortad livslängd (Harbinson, 2002; Kryger, Monjan, Bliwise, & Ancoli-Israel, 2004; Petit et al., 2003).

1.2 Insomnia - definition

Det finns, som nämnts, olika former av sömnstörningar. Harbinson (2002) delar in begreppet i fyra grupper, varav insomnia är en.¹ Buysse et al. (2005) påtalar att insomnia är den avgjort vanligaste formen av sömnstörningar. Det finns ett antal olika definitioner av insomnia och för att visa på, samt uppmärksamma, några av de olika yttringarna tas ett axplock av dessa upp som följer. WHO:s definition innebär att man har problem med att initiera och/eller upprätthålla god sömn eller att man har besvär från icke reparerbar sömn som uppstår färre än tre nätter per vecka och som förknippas med daglig utmattning och nedsättning. En annan distinktion som nyttjas är den mellan primär insomnia, ett begrepp som används för att skilja den insomnia som anses vara en egen väl avskild diagnostisk enhet från sekundär insomnia, vilken följaktligen är ett symptom på ett underliggande medicinskt, farmakologiskt och psykiatriskt tillstånd – alternativt en kombination av dessa (Perlis, 2005). Petit et al. (2003) skriver att insomnia kan yttra sig som olika typer av sömnstörningar: sleep onset insomnia, maintenance insomnia och early morning awakening. Förstnämnda rör direkt insomningsproblematik, nästa svårigheter att behålla sömnen med många nattliga uppvaknanden samt sistnämnda svårigheter att somna om efter uppvaknanden under de tidiga morgontimmarna. Perlis (2005) finner vissa överensstämmelser i de olika kriterier som finns för insomnia. Insomnia definieras bland annat som ett subjektivt besvär. Vidare måste patienten kunna rapportera om en begränsning av funktionen under dagtid. Det finns inga specifika kriterier för hur mycket vakenhet som ska anses vara patologisk och inte heller några kriterier för hur lite total sömn som måste uppnås för att hamna utanför den normala skalan. En fördel med ovanstående kriterier är bland annat att de betonar patientens upplevelse av sin situation. En nackdel är att dylika definitioner inte ger utrymme för en komplett karaktärisering av varken patientens tillstånd eller insomnia i allmänhet.

¹ De övriga grupperna av sömnstörningar som Harbinson tar upp är hypersomnia, parasomnias och Movement Disorders.

1.3 Övergripande om behandling av insomni; synen på farmakologisk och icke-farmakologisk behandling

Grunden för behandling av insomni utgörs av en adekvat sömnhistorik som inkluderar sömn- och vakenhetsmönster, sängpartners beskrivning av sömnen, sömnstörningar inom familjen samt tidigare behandlingar (Holbrook, Crowther, Lotter, Cheng, & King, 2000). Denna utredning är den första uppgiften för vårdpersonal då det handlar om en äldre person med insomni, eftersom syftet är att ta reda på om det rör sig om ett faktiskt sömnproblem eller inte (Trend Watch, 2001). Äldre berättar många gånger inte om sina sömnproblem, eftersom de accepterar förändringarna som en del av åldrandet, vilket motiverar en aktiv utredning på initiativ av vårdpersonal (Hoffman, 2003). I utgångsläget ska insomni ses som ett symptom, snarare än som diagnos. Därmed ska bakomliggande orsaker undersökas och behandlas i första hand (Holbrook et al., 2000, Trend Watch, 2001). Icke-farmakologiska behandlingsmetoder inbegriper inte, som namnet antyder, någon form av läkemedel. Istället handlar det ofta om att ändra eller påverka beteenden och/eller omgivningen på olika sätt (Martin, 2005). Farmakologisk behandling av insomni ska enligt många studier ses som en temporär lösning eller användas i kombination med icke-farmakologiska behandlingsmetoder för att hålla dosering och behandlingens varaktighet på ett minimum. Benzodiazepiner är den vanligaste behandlingen mot insomni (Voyer et al., 2006). De och andra i sammanhanget vanligt förekommande läkemedel har dock som bieffekt att de försämrar sömnkvaliteten och har vissa potentiella signifikanta oönskade effekter, till exempel sederig under dagtid, försämrad minnes- och funktionskapacitet, ökad fallrisk, yrsel och kognitiv nedsättning. Andra biverkningar är exempelvis toleransutveckling, andningsdepression, yrsel, hypersomnia, illamående, kräkningar, ångslan och insomni. Det finns således allvarliga bieffekter av farmakologiska medel mot insomni för äldre personer och därför rekommenderar ett antal studier icke-farmakologisk behandling som förstahandsval; de har färre biverkningar och ger långsiktiga förbättringar. Men om problemen kvarstår kan farmakologisk behandling tas i beaktande (Petit et al., 2003; Voyer et al., 2006). Martin (2005) menar att oavsett behandling bör icke-farmakologiska alternativ alltid sättas in.

1.4 Fördjupad problembild

Omvårdnadsprocessen med observation, bedömning, omvårdnadsdiagnostik, omvårdnadsordination, planering, genomförande och utvärdering av patientens omvårdnad utgör en del av sjuksköterskans kompetensområde (Socialstyrelsen, 2005). Rollen som självständig utövare av densamma betonar sjuksköterskans betydelse i bedömandet tillika behandlingen av olika tillstånd, däribland insomni. Voyer et al. (2006) beskriver att en anledning till bristen på adekvat behandling mot insomni hos äldre är att sömnen ofta är otillräckligt bedömd och att läkarna avstår från att tala om/ställa frågor angående sömnproblem eftersom de ofta känner sig oförmögna att lindra dem. Sjuksköterskan blir ännu viktigare för att upptäcka och behandla insomni på äldreboenden, då det är hon som möter och observerar de äldre i högre utsträckning än läkarna. Ancoli-Israel och Cooke (2005) betonar det avgörande för hälso- och sjukvårdspersonal att just identifiera orsakerna till de minskade sömnmöjligheterna. Dessutom finns det alternativ till farmakologisk behandling som kan ha positiva konsekvenser för de äldres sömn och som kan utföras av sjuksköterskor och annan vårdpersonal, men dessa alternativ används sällan (Voyer et al., 2006). Sjuksköterskan spelar en viktig roll genom kunskapen om de negativa konsekvenser som dålig sömn har

för livskvaliteten och genom kunskapen om att identifiera sambandet mellan klagomål på sömnen, sömnstörningar och allvarlig sjukdom (Hoffman, 2003).

Det finns, som framkommit inledningsvis, olika ickefarmakologiska behandlingsalternativ mot insomni som förespråkas i många studier, men dessa alternativ används sällan. Sjuksköterskan har bevisligen en central roll rörande sömnproblematik och är dessutom den som observerar hälsotillstånd på äldreboenden samt ofta den som initierar behandling. En förutsättning för att pröva nya vägar i sitt yrkesutövande är att sjuksköterskan vet om alternativen är gångbara. Därför är det viktigt att beskriva de ickefarmakologiska behandlingsalternativ som sömnforskningen för fram och ta upp de positiva effekter dylika alternativ kan ge, i avsikt att underlätta för sjuksköterskan i hennes/hans utövande.

1.5 Syfte

Syftet med studien är att beskriva ickefarmakologiska behandlingsalternativ, och därmed relaterade effekter, som sjuksköterskan kan tillämpa mot insomni för äldre.

2. Metod

Studien utgörs av en systematisk litteraturstudie, utifrån riktlinjer av Polit och Beck (2006). Denna lämpar sig enligt desamma, för att klarställa vad som är känt och okänt inom ett område samt att erhålla kunskap inom ett ämne, vilket passar studiens syfte att beskriva ickefarmakologiska behandlingsalternativ och deras positiva effekter mot insomni i en äldrekontext. Forsberg och Wengström (2003) beskriver vissa karakteristika för den systematiska litteraturstudien. Den har bland annat en tydlig struktur som utgår från en klart formulerad fråga som besvaras på ett systematiskt sätt genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning. Denna studie liknar den systematiska litteraturstudien, såsom Forsberg och Wengström (2003) framställer den, bland annat i det att den har tydligt beskrivna kriterier och metoder för sökning och urval av artiklar, att alla studierna är kvalitetsbedömda samt att de svaga studierna har uteslutits. Däremot skiljer den sig från densamma i det att endast publicerade artiklar ligger till grund för studien samt att den inte på något sätt kan göra anspråk på att inkludera alla relevanta studier inom området, utan ett urval har gjorts med denna studies omfattning i åtanke. Polit och Beck (2006) drar upp åtta steg för den process en litteraturstudie utgör och denna studie följer samma struktur. De olika momenten följer nedan:

1. Identifiera nyckelord och begrepp
2. Identifiera möjliga referenser genom elektronisk och manuell sökning
3. Lokalisera möjliga referenser
4. Primärgranskning av referenser
 - Exkludera irrelevanta referenser
5. Sekundärgranska och göra noteringar
 - Eventuellt identifiera nya referenser med hjälp av artiklarnas referenslistor, åter till punkt tre
6. Organisera referenserna
7. Analysera och sammanställa materialet
8. Skriva litteraturstudien (Polit & Beck, 2006)

2.1 Litteratursökning och urval

Den initiala sökningen av vetenskapliga artiklar genomfördes genom elektronisk sökning via databaserna CINAHL och Medline. Relevanta sökord diskuterades fram genom att relatera dem till studiens syfte. I huvudsak användes ämnesordsregistren Thesaurus i CINAHL och MeSH i Medline. De Thesaurus- och MeSH-termer som användes vid den elektroniska sökningen i CINAHL respektive Medline var insomni, sleep disorders/nursing/therapy, sleep initiation and maintenance disorders och aged-80-and-Over. Fritextsökning gjordes på therapy och nursing homes. Olika kombinationer av ovanstående sökord användes, vilka närmare framkommer i tabell 1.

Det finns omfattande forskning om sömn varför den inledande databassökningen gjordes på artiklar publicerade mellan 1996 01 01–2006 10 01. Urvalet inkluderade enbart vetenskapligt granskade och publicerade forskningsartiklar, för att säkerställa förstahandskällor. Övriga inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska samt i övrigt svara mot studiens syfte. Ytterligare inklusionskriterier var därför insomni/sömnstörningar, behandling av sömnproblem, ålder från åttio år och äldre samt

någon form av äldreboende eller omsorgsverksamhet, eftersom det måste inbegripa omvårdnadsåtgärd/insats från personal. Artiklar som betonade insomni i relation till specifika sjukdomar såsom Parkinsons sjukdom, hjärtsvikt, cancer etcetera - sekundär insomni - exkluderades. Undantag från detta var demenssjukdomar, då dylika tillstånd är vanligt förekommande i den del av den äldre populationen som är i behov av någon form av assistans. Dessutom uteslöts studier utförda i sjukhusmiljö, oavsett typ av avdelning, för det första eftersom orsakerna till att man befinner sig där kan bidra till sömnstörningar, för det andra för att miljön och de aktiviteter som tar plats på en sjukhusavdelning kan sägas vara abnormala. Uteslöts gjordes även artiklar med farmakologisk – farmaceutisk inriktning och artiklar där uteslutande kognitiv beteendeterapi som ickefarmakologisk metod stod i fokus. Sistnämnda uteslöts eftersom det innebär en egen hel terapiform som sjuksköterskan behöver vidareutbildning för att utföra. Slutligen exkluderades artiklar med situationsbetingad insomni, exempelvis postoperativt relaterad insomni.

Vissa testsökningar gjordes på snarlika ord för att täcka ett så stort sökområde som möjligt. Synonymer som användes var *older adult*, *elderly* och *aged* samt *management* som synonym till *therapy* i fritextsökning. Det som framkom var att artiklarna från de första sökningarna återkom, vilket dels indikerade att sökningen var mättad, dels borgade för att de ursprungliga sökorden var lämpliga.

Primärgranskningen av referenser gjordes vid databassökningen genom att titlar och, i flertalet fall, abstracts studerades samt jämfördes med studiens syfte. Utifrån detta bestämdes om artiklarna skulle följas upp med sekundärgranskning. Av 428 artiklar gav urval ett upphov till fyrtiotvå artiklar.

Tabell 1: Elektronisk och manuell sökning, utfall och urval 1 till3

	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2	Urval 3
CINAHL	Insomnia/ in-old-age	91	5	1	1
CINAHL	Insomnia AND Aged-80-and-Over	65	7	0	
CINAHL	Sleep disorders AND Aged-80-and-Over	151	12	2	2
CINAHL	Sleep disorders AND Aged-80-and-Over AND Nursinghomes	12	5	0	
Medline	Sleep initiation AND Maintenance disorders AND Therapy Limits: 80+ years, English, Publication date 19960101-20061001	87	3	2	2
Medline	Sleep disorders/nursing OR Sleep disorders/therapy AND Nursing Homes Limits: 80+ years, English, Publication date 19960101-20061001	22	10	3	3
Manuell sökning					7

Detta följdes av sekundärgranskningen där artiklarna lästes i sin helhet och i likhet med Polit och Becks femte steg innebar densamma att anteckningar om artiklarna fördes. Momentet medförde att dubletter identifierades och avfördes samt att irrelevanta referenser exkluderades efter att artiklarna som helhet ställts mot syftet. Polit och Beck (2006) tar upp bristande relevans som en av orsakerna till att artiklar exkluderas och detta var även en bidragande faktor här. Framför allt uteslöts artiklar då de inte svarade mot studiens syfte. Vidare gick en artikel inte att få tillgång till och ytterligare en handlade om varma bad inför sänggående, något som bedömdes vara en alltför orealistisk metod i en äldrekontext där assistans krävs. Sammanlagt artiklar av urval två blev åtta stycken, vilket innebar att trettiofyra artiklar exkluderades.

Antalet artiklar efter urval två aktualiserade en manuell sökning, vilken genomfördes med hjälp av referenslistorna från det första urvalets artiklar. Vid den manuella sökningen var det, på grund av materialbrist, nödvändigt med en revidering tillika utvidgning av inklusionskriterierna. Ålderskriteriet ändrades till att omfatta (fortfarande) äldre personer, men yngre än åttio år som det ursprungliga kriteriet angav, 65 år. Dessutom utökades sökperioden till att omfatta perioden 1990 01 01-2006 10 01 för att finna ett underlag som passade de gränser som satts upp för denna studie. Utifrån dessa justerade förhållanden gjordes det manuella urvalet. Ursprungsmaterialet underställdes dessutom en granskning relaterat till de utökade kriterierna, men resultatet från urval ett och två gick inte i polemik med dessa, varför de kvarstod oförändrade. Artiklarna från det manuella urvalet genomgick samma granskningsprocess gällande urval ett och två som artiklarna funna via den elektroniska sökningen. Den manuella sökningen resulterade i sju stycken artiklar. Sammanlagt gav den elektroniska och den manuella

sökningen upphov till femton artiklar, varav fjorton kvantitativa och en kvalitativ, som sedan låg till grund för studien.

Urval tre var resultatet av en kvalitetsgranskning av artiklarna som utfördes med hjälp av granskningsformulär för kvantitativa och kvalitativa artiklar tillhandahållet av avdelningen för omvårdnad vid Karlstads universitet. Denna granskning bekräftade de tidigare urvalen och samtliga femton artiklar behölls. Resultatet av granskningen sammanfattades och strukturerades upp genom att uppgifterna fördes in i en matris som tydliggjorde artiklarnas författare, publiceringsår, syfte, metod och resultat, bilaga 1. Polit och Beck (2006) påtalar just betydelsen av att organisera informationen inför en litteraturstudie, något som inte minst är värdefullt då undersökningsmaterialet är omfångsrikt. Denna studies granskade material tillsammans med anteckningar som gjordes fortlöpande under hela processen låg till grund för analysen. I enlighet med detta kom därför en slags initial analys att ske parallellt med bearbetningen av undersökningsmaterialet.

2.2 Databearbetning

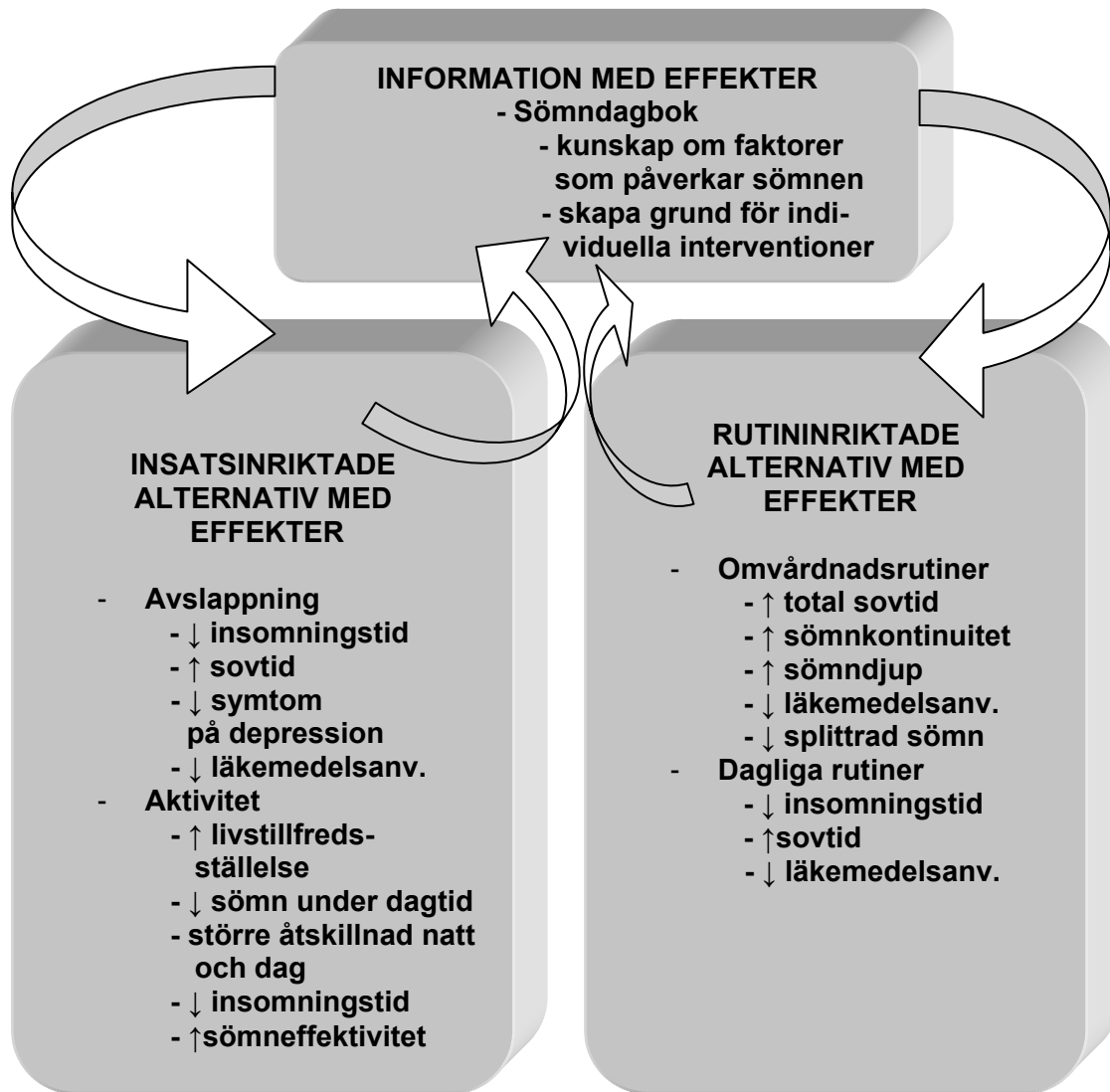
Vid genomläsning av artiklarnas resultat markerades centrala avsnitt som var relevanta för och som svarade mot studiens syfte. Dessa skrevs ner för hand tillsammans med referens, för att sedan föras ner på dator. Dessa granskades, olika företeelser identifierades och grupperades, ur vilket fem underkategorier framträdde. De diskuterades och analyserades vidare, vilket successivt genererade tre huvudkategorier av behandlingsalternativ. Huvudkategorierna kan sägas vara tre huvudområden med olika karaktär, inom vilka det finns ett antal åtgärder som kan generera positiva effekter mot insomni, Därför sätts effekterna i relation till de olika behandlingsalternativen och presenteras i relation till dessa.

2.3 Etiska överväganden

Denna studie har i möjligaste mån producerats på ett sanningsenligt sätt, enligt god forskningssed. Det innebär att båda författarna har läst allt material. Vidare innebär det vid en litteraturstudie enligt Forsberg och Wengström (2003) att data inte har plagierats eller att forskningsprocessen har förvrängts. För att säkerställa detta i föreliggande studie har endast primärkällor tagits med och vid förekomsten av citat har originalspråk använts. Trots att artiklar svarar mot en studies syfte, så behöver de inte nödvändigtvis överensstämma med författarnas förutfattade meningar om utfall och uppfattning om problemområde. Det etiska förhållningssättet vid utförandet av denna studie innebär därför slutligen att alla artiklar under urvalsprocessen har behandlats på ett likvärdig, tillika medvetet sätt, i syfte att undvika dylikt bias av processen.

3. Resultat

Vid analysen av materialet utkristalliserades fem underkategorier av ett antal likartade företeelser: sömndagbok, aktivitet, avslappning, dagliga rutiner samt omvårdnadsrutiner. Dessa formerades i sin tur sedan som tre huvudkategorier: information, insatsinriktade alternativ och rutininriktade alternativ. Resultatet beskriver ickefarmakologiska behandlingsalternativ och dess effekter. Det presenteras utifrån den ram som dessa huvudkategorier bidrar till, och illustreras i möjliga fall av citat.



Figur 1 Huvud- och underkategorier för olika behandlingsalternativ och deras positiva effekter

3.1 Information

Grunden för att införa behandlingsalternativ är information och utbildning, oavsett om de riktar sig till vårdtagare (Friedman, Hazlewood, Bootzin & Tsao, 1992; Hoch et al., 2001; Lai & Good, 2005; Lichstein, Riedel, Wilson, Lester & Aguillard, 2001; Morgan, Dixon, Mathers, Thompson & Tomeny, 2004; Mornhinweg & Voignier, 1995; Pallesen

et al., 2003) eller vårdgivare (Alessi, Yoon, Schnelle, Al-Samarrai & Cruise, 1999; McCurry, Gibbons, Logsdon, Vitello & Teri, 2005; Richards, Beck, O'Sullivan & Shue, 2005; Sansone & Schmitt, 2000). I detta måste det även finnas vilja och möjligheter att ta till sig av informationen. Schnelle, Alessi, Al-Samarrai, Fricker och Ouslander (1999) mötte vissa svårigheter vid genomförandet av ett forskningsprojekt:

We noted that it was very difficult to implement noise abatement procedures in most nursing homes and that some of the staff actively or passively expressed resistance to our requests to talk in reduced tone of voice or otherwise comply with our noise abatement requests. (Schnelle et al., 1999, s.435)

Inte minst viktig är informationen om grundläggande faktorer som har en inverkan på sömnen, exempelvis undervisning om effekterna av koffein, tobak, alkohol och läkemedel (Hoch et al., 2001). Dessutom bör information och handlingar fortlöpande följas upp och utvärderas (Alessi et al., 1999; Friedman et al., 1992; McCurry et al., 2005; Pallesen et al., 2003).

3.1.1 Sömndagbok

Ett vanligt förekommande hjälpmedel för att samla in och strukturera information är användandet av en sömndagbok (Lai & Good, 2005; Hoch et al., 2001). Sömndagboken är ett verktyg för att identifiera sömnvanor, dagliga aktiviteter och miljöfaktorer som kan påverka sömnen. Denna information kan ligga till grund för utvecklandet av strategier, för att eliminera möjliga orsaker till nattliga uppvaknanden (McCurry et al., 2005).

3.2 Insatsinriktade alternativ

3.2.1 Avslappning

Sjuksköterskan kan åstadkomma många positiva effekter på äldres sömnstörningar som insomni genom att skapa förutsättningar för avslappning. Det finns ett flertal sätt att tillgå och effekterna sträcker sig över en vid skala som exempelvis att de äldre somnar lättare, de sover längre och symtom på depression minskar.

Avslappning kan fås via uttalad avslappningsträning eller via alternativ som indirekt leder till densamma. Ett exempel på det senare är att lyssna på lugn musik - efter tycke och smak - i samband med sänggåendet. Det är av central betydelse att musikens tempo är samma eller något lägre än hjärtats normala slagfrekvens (Lai & Good, 2005; Mornhinweg & Voignier, 1995). Det medför att pulsen liksom andningsfrekvensen sänks (Lai & Good, 2005). Musiken tillåter människan att stänga av tankarna och slappna av i sådan omfattning att hon kan somna: "If I have something to concentrate on, it took some other things out of my head. I really think it helped me". (Mornhinweg & Voignier, 1995, s.252)

Two days after the beginning of the study I feel like a new women, am greatfull! Music clouded my thought process so that I could truly relax. Feel more rested than I've felt in quite some time and without the aid of poisonous

drugs. I haven't been able to rest like this in years. (Mornhinweg & Voignier, 1995, s.252)

Musik som en väg till avslappning kan leda till en upplevelse av att sömnproblemen reduceras och att sömnkvaliteten förbättras. Detta genom att musiken bidrar till kortare insomning och en sömn som varar längre.

Slept well until 5:00 a.m. Can't recall when and at what time I was awake during the night as I dozed off immediately. Had the best sleep in long time. Can't remember waking during the night. (Mornhinweg & Voignier, 1995, s.252)

Ytterligare en deltagare sa: "I have not had a sleeping pill since the night before I started the program 12 days ago. Music has become my security blanket". (Mornhinweg & Voignier, 1995, s.252) Musik som behandlingsalternativ mot insomnia har följaktligen också färre symtom på depression samt färre dysfunktioner under dagtid som positiv effekt (Lai & Good, 2005).

Den mer uttalade avslappningsträningen kan innebära en gradvis ökande spännings- och avslappningscykel som varar i några sekunder. Träningen inkluderar armarna, nacken, ansiktet, bröstet och benen. Känslan av att vara utvilad ökar och sömnen upplevs som mer rofylld (Friedman et al., 1992). Genom att fokusera på andningen, att andas rytmiskt och exempelvis ta fem djupa andetag med långsamma avslappnade utandningar kan man också få en avslappnad känsla. Detta kan göras samtidigt som man långsamt går igenom kroppen och fokuserar på specifika kroppsdelar och skapar en förmimelse av att den aktuella kroppsdelen är varm, tung och avslappnad (Friedman et al., 1992; Lichstein et al., 2001; Morgan et al., 2004; Pallesen et al., 2003). Till hjälp för detta kan ett avslappningsband alternativt ett skriftligt informationsblad användas (Morgan et al., 2004; Pallesen et al., 2003). Effekterna av explicit avslappningsträning är kortare insomningstid, ökad total sovtid, och minskad användning av sömnläkemedel (Lichstein et al., 2001; Morgan et al., 2004; Pallesen et al., 2003). I en studie av Morgan et al. (2004) bibehölls ovanstående effekter upp till tolv veckor. Dessutom kan avslappningsträning bidra till ökad vakenhet under dagtid samt ökad livstillfredsställelse (Pallesen et al., 2003).

I Sansone och Schmitt (2000) framkommer det även att mjuk beröring kan ha en avslappnande effekt som kan leda till bättre sömn. Det kan fås via systematisk, strukturerad, långsam, öm massage samt strykningar och beröring av olika delar av kroppen inkluderandes panna, nacke, axlar, rygg och händer.

...if she walked beside this resident and massaged her back as they walked, the resident quickly calmed down and peaceful. [Vårdaren] said she was more comfortable caring for this resident because she had found a way to stop her aggressive behavior. /.../ this resident no longer required medication to control her violent outbursts. /.../ Tender Touch on this resident's arms and legs putting her into bed induced sleep. (Sansone & Schmitt, 2000, s.306)

3.2.2 Aktivitet

Aktivitet bidrar till stimulering av den äldre och därigenom till variation, vilket gör att dagarna fylls med innehåll och att livstillfredsställelsen ökar. På detta vis blir natten en tid för rekreation och återhämtning.

Olika former av aktivitet leder till stimulans av varierande karaktär, vilket har visat sig kunna leda till mindre sömn alternativt mindre spenderad tid i sängen under dagtid och att det blir bättre åtskillnad mellan dag och natt (Alessi et al., 1999; Richards et al., 2005). Det kan handla om aktiviteter som är anpassade till olika intressen och förutsättningar, exempelvis att kela med ett gosedjur, kasta boll, skriva ett brev, spela spel eller binda en krans etcetera. Aktiviteterna kan omfatta att de äldre är med i och förbereder vanliga göromål som till exempel att förbereda ett mellanmål, mäta upp och blanda ingredienser samt vika servetter (Richards et al., 2005). I Alessi et al. (1999) ökar den procentuella sömnen och agitationen minskar med ett träningsprogram innefattandes arm- och benrörelser, att gå från sittande till stående samt gångträning eller framdrivande av rullstol, utformat för att utföras under dagliga omvårdnadsaktiviteter.

I McCurry et al. (2005) utförs fysisk aktivitet i form av promenader på gärna trettio minuter. Dessa promenader skall helst företas utomhus i naturligt ljus för att öka exponeringen av dagsljus. Detta kan bidra till att öka den procentuella sovtiden, så att gränsen för vad som anses vara normal sömn för äldre nås. Även graden av eventuell depression kan minska. I de fall det inte går att vara utomhus kan alternativet vara exponering av klart ljus från en ljusbox placerad en bit från ansiktet. I en studie av Fetveit, Skjerve och Bjorvatn (2003) framkommer att det resulterar i ökad sömneffektivitet och minskad insomningstid. Dessutom minskar den totala vakna tiden med cirka två timmar. I en uppföljande studie av Fetveit och Bjorvatn (2004) visas att den ökade sömneffektiviteten och den minskade insomningstiden hade en bibehållen effekt i upp till tolv veckor.

3.3 Rutininriktade alternativ

3.3.1 Omvårdnadsrutiner

Vårdpersonal kan direkt bidra till att förbättra förutsättningarna för äldres sömn, inte minst genom att påverka de omvårdnadsrutiner som finns, framför allt under natten och de som är relaterade till inkontinensvården.

Sjuksköterskan kan i stora avseenden påverka sömnen genom hur dagen på äldreboenden disponeras och arbetet struktureras. Ett sätt är att iaktta rutiner inför sänggående genom att hålla reguljära säng- och uppstigningstider samt låta tupplurar ske på bestämda tider (Hoch et al., 2001). I en studie av McCurry et al. (2005) begränsas tupplurarna till knappt trettio minuter och de skall helst inte tas efter klockan ett på eftermiddagen. Genom att optimera säng- och uppstigningstiderna reduceras mängden vakna tid i sängen (Morgan et al. 2004). Behållningen är ökad total sovtid, ökad sömnkontinuitet och sömndjup samt minskad användning av sömnläkemedel. Sistnämnda har visats ha bibehållen effekt upp till tolv månader (Hoch et al., 2001; McCurry et al., 2005; Morgan et al., 2004).

En betydande insats kan göras genom att individualisera inkontinensvården på äldreboenden under natten. Den utförs då endast om de äldre är vakna. Detta möjliggörs genom ett utökat antal ronder på boendet som genomförs varje timme. Om de äldre sover får de inkontinensvård med jämna mellanrum, baserade på risken för hudskador. Bedömningen görs utifrån den äldres rörlighet i sängen samt hudkondition. Handlingsstrategin medför även en medveten reducering av ljud- och ljusintensiteten under vårdtillfällena, genom att bland annat sänka talvolymen samt undvika takbelysning. Effekterna av dessa åtgärder blir färre uppvaknanden på grund av reducerat ljud och ljus samt mindre splittrad sömn på grund av individualiserad inkontinensvård (Schnelle, Cruise, Alessi, Al-Samarrai & Ouslander, 1998).

3.3.2 Dagliga rutiner

Sömnen kan påverkas av dels de associationer som finns till sovrummet och sängen, dels de äldres kvällsrutiner. Genom att ändra självklara beteenden såsom intag av drycker – vilken sort och vilken tidpunkt för intaget - kan insomningstiden förkortas och den totala sovtiden ökas.

Genom att medvetandegöra och påverka många dagliga, självklara aktiviteter kan insomningen förkortas, sovtiden ökas och användningen av sömnläkemedel minskas. Det kan inbegripa att inte inta koffeinhaltiga drycker efter lunch eller undvika rökning och intag av alkoholhaltiga drycker efter middagstid. Som nämnts tidigare bör sömn undvikas på dagen och uppstigning ske vid samma tidpunkt varje dag. Dessutom kan rutinerna anpassas så att sovrummet, oavsett om det är i den äldres hem eller på ett äldreboende, associeras med specifika aktiviteter. Således bör sängen inte användas till annat än sömn och sex. Med andra ord bör TV-tittande, födointag eller läsning etcetera ske i andra rum (Morgan et al., 2004; Pallesen et al., 2003). Det framkommer i Pallesen et al. (2003) att sängen och rummet bör lämnas vid utebliven sömn. När tröttheten gör sig påmind är dock sovrummet och sängen åter aktuella. Vid fortsatt utebliven sömn upprepas nämnda procedur så många gånger som krävs. Förutom ovanstående effekter bidrar en omstrukturering av de dagliga rutinerna till en ökad livstillfredsställelse.

4. Diskussion

4.1 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva ickefarmakologiska behandlingsalternativ, och därmed relaterade effekter, som sjuksköterskan kan tillämpa mot insomni för äldre. Ett mönster framträdde med tre huvudkategorier. I resultatet framkom att *information* kan ses som en förutsättning för andra behandlingsalternativ. Socialstyrelsen (2005) lyfter fram information som en viktig del av sjuksköterskans kompetensområde. Det handlar om att kunna förmedla information och undervisning på ett, efter mottagaren, anpassat sätt och även att integrera anhöriga i lämpliga fall. Sjuksköterskan har en viktig uppgift i att uppmärksamma de som inte själva kan uttrycka sina behov av informationsmässig eller annan karaktär. Ovanstående visar att information kan ha olika mottagare. Information inkluderar både den som riktar sig till vårdtagare, anhöriga och vårdgivare. Schnelle et al. (1999) skriver att ansvariga på äldreboenden bör utbilda sin personal om vikten av sömn och ljud samt därmed relaterade hälsosamma vinster med inverkan på de boendes livskvalitet. De ansvariga borde enligt dem överväga ljuddämpande föreskrifter. Ett möjligt framtida forskningsområde skulle utifrån detta därför kunna vara att undersöka genomförbarheten av olika behandlingsprogram mot sömnstörningar i en äldrekontext. Erssner et al. (1999) betonar att sömnfrämjande åtgärder på äldreboenden borde ha särskilda implikationer för sjuksköterskan då störda sömnmönster förvärras i en institutionell omgivning.

Information är inte minst viktig för följsamheten av behandlingar (Socialstyrelsen, 2005). Även detta kan ses ur ett annat perspektiv: vårdpersonal har ett ansvar för sin egen reella följsamhet av behandlingar. Detta kan botten i en vilja/ovilja att genomföra en ny behandling, att vilja/inte vilja initiera något nytt som exempelvis ickefarmakologiska behandlingsalternativ mot insomni och andra sömnstörningar. Förutom vilja kan kunskap eller okunskap om området bidra till detta och även det är relaterat till information. Schnelle et al. (1999) mötte på motstånd från personalen vid införandet av ljuddämpande åtgärder under natten. Forskargruppen gjorde antagandet att det endast kunde bero på att vårdpersonalen inte till fullo förstod den inverkan ljud har på boendes sömn. Framtida studier angående synen på sömn och sömnstörande faktorer bland personal som arbetar med äldre skulle kunna vara en utgångspunkt för det fortsatta arbetet inom området.

En av de kanske viktigaste faktorerna för att informationen ska kunna bilda en mer komplett kedja är återkoppling. Socialstyrelsen (2005) betonar sjuksköterskans ansvar att följa upp tillstånd hos patienten efter undersökningar och behandlingar. I resultatet lyftes sömndagbok fram som ett hjälpmedel för att kunna hantera information om sömn och natrutiner. Det är ett hjälpmedel som skulle kunna användas av både äldre (för de som är i stånd att uttrycka sina upplevelser och känslor) och personal. Inte minst skulle den, på ett enkelt sätt, kunna bidra med en viss struktur och därigenom skapa kontinuitet, för att kunna genomföra samt följa upp en ny behandling.

En av de övriga två huvudkategorierna rörde just *rutininriktade alternativ*, både för de äldre själva, men lika mycket för vårdpersonal att ta hänsyn till. Bland annat handlade det om att frånga de traditionella ”nattrundorna” på äldreboenden där alla byts på samma gång och istället individualisera inkontinensvården och försöka anpassa den tills

de äldre är vakna. Även gällande detta område med rutiner kan sjuksköterskans ansvar sägas fastställas i socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor (2005) i det att sjuksköterskan kritiskt ska reflektera över befintliga rutiner och metoder, liksom att medverka i handledning av bland andra medarbetare i utvecklingsarbete. Erssner et al. (1999) skriver att med en boendecentrerad omvårdnad, istället för uppvaknanden som en del av strukturerade rutiner, skulle de boende tillåtas vakna naturligt. Enligt dem är sömnproblem rapporterade från äldreboenden inte nödvändigtvis sömnrelaterade utan en konsekvens av omvårdnadsrutiner. Påverkbara rutiner som framkom i föreliggande studies resultat var bland andra: att begränsa tupplurar under dagen, inte lägga de äldre för tidigt och hålla reguljära säng- och uppstigningstider. Vidare handlade det om rutiner såsom att inte inta koffein- eller alkoholhaltiga drycker för sent under dagen samt att sängen och sovrummet i princip ska förknippas med sömn och inget annat. Enligt Alessi et al. (1999) är det just både dagliga och nattliga aspekter som räknas – inte en enskild komponent – för att få positiva förändringar av sömnen. De åtgärder som ska införas måste dock ses utifrån de förutsättningar som råder på varje äldreboende. Det är till exempel med största sannolikhet inte alltid realistiskt att exempelvis gå ronder varje timme eller rimligt att de boende ska lämna sovrummet om de inte kan sova. Sistnämnda är inte minst svårt att genomföra om det är många som behöver hjälp att ta sig upp ur sängen och assistans för att förflytta sig. Däremot kan det diskuteras hur rutinerna kan modifieras för att lämpa sig för det aktuella boendet.

Ovanstående har stor betydelse i en verksamhet som berör äldre i och med sjuksköterskans ledningsfunktion för personal av större omfattning; att söka upp ny information, strukturera en förändring och inte minst informera och utbilda medarbetarna för att kunna introducera och implementera det nya. Schnelle et al. (1999) visar i en studie att de vanligaste ljudkällorna som kan identifieras vid de boendes sängar nattetid är personalens röster, TV-apparater, andra boende samt utrustning av olika slag. De betonar att omgivningsfaktorer som verkar sömnstörande ska identifieras och elimineras innan man sätter in andra åtgärder. Det kan sedan tyckas vara naturligt att prata med låg volym och att inte tända taklampor vid nattlig tillsyn. Denna studies resultat visar att så inte är fallet, utan att det finns mycket att göra på området med många vinster att hämta. Det uppmärksammar att även de mest basala faktorerna i vårdarbetet behöver en regelbunden diskussion och påminnelse. En försvårande faktor är att de äldre många gånger inte upplever att de orkar vara uppe och insisterar på att gå och lägga sig. Om det beror på faktisk orkeslöshet, brist på aktiviteter eller en kombination får vara osagt. Det kan även diskuteras vad som är vanlig respektive lämplig tid att lägga sig och till vem samt till vad man relaterar.

Den sista huvudkategorin som framträdde, *insatsinriktade alternativ*, handlade om att ordna aktiviteter eller sätta in åtgärder av olika slag för att skapa stimulans eller åtgärder för att leda till avslappning. Äldre behöver stimulans i sin vardag – ett innehåll. Äldreomsorgen behöver ett fokus som går utöver mat, inkontinensvård och läggning. Det kan, som framkom i resultatet, handla om att de äldre får gå ut på promenader eller hjälpa till i den mån det går. I en studie av Alessi et al. (1999) förbättrades inte nattsömnen av en intervention som endast ökade den fysiska aktiviteten, vilket indikerade att det är effekter av ett antal olika mindre förändringar som tillsammans ger resultat. Samtidigt visar dock en studie av Richards et al. (2005) att en intervention med uteslutande individualiserad social aktivitet under dagtid hade positiv effekt på sömnen i det att deltagarna i studien sov mindre under dagen, somnade snabbare, hade färre vakna minuter under natten och tenderade att sova längre med mera. Behovet av klart ljus är

inte alltid självklart, men det framkommer i flera artiklar att det har betydelse för sömnen, bland annat i meningen av tydligare åtskillnad mellan dag och natt. Det finns även studier som talar emot betydelsen av exponering av klart ljus. I en studie av Subner, Murphy, Scott och Campbell (2002) förbättrades inte sömnen av klart ljus.

En försvårande omständighet för aktiviteter är att många är förhållandevis medtagna när de väl kommer i kontakt med omsorg av något slag. Ytterligare en komplicerande faktor är alla regler, lagar och förordningar som finns att ta hänsyn till som reglerar exempelvis hur mat ska hanteras på äldreboenden. Det stående problemet är ekonomin. Hälso- och sjukvården är en personalintensiv verksamhet med otillräckliga resurser. Medan man finner sätt att öka medlen består utmaningen i att se på äldres sömnvanor och med inte alltför drastiska förändringar lägga om kursen för arbetet och rutinerna för att kunna förbättra sömnen för de äldre och därigenom deras livskvalitet.

4.2 Metoddiskussion

Studien utgjordes av en litteraturstudie med syfte att analysera och sammanställa vad som redan var känt inom ett område. En fördel med denna metod är att den ger en god överblick av befintlig forskning inom området och även se om det finns ett behov av ytterligare forskning inom området (Polit & Beck, 2006). Den, i uppgiften förelagda metoden, var relevant i förhållande till syftet som besvarades. Uppsatsens grundtanke var att beskriva basala åtgärder som sjuksköterskan kan tillämpa mot insomnia, exempelvis närhet, närvaro, en kopp med varmt att dricka och så vidare. För detta användes ett antal sökord som till exempel aroma therapy, massage, gentle touch, acupressure, back massage, foot massage, complementary therapies, warm bath med flera andra sökord, men utifrån de begränsningar som hade satts upp spretade träffarna för mycket och studien fick därför nu aktuellt fokus. Däremot är det givet att andra sökord hade kunnat bidra till den ursprungliga idén. Även andra sökord i kombination med dem som används i studien hade kunnat bredda sökresultatet, bland annat hade troligen fler kvalitativa artiklar hittats, något som hade bidragit till ett fylligare resultat. Inte en enda artikel var kvalitativ efter de första sökningarna. Därför gjordes, i samband med den manuella sökningen, ett antal sökningar med enda syfte att finna artiklar av kvalitativ karaktär. Dessa efterforskningar resulterade i en kvalitativ artikel som dessbättre kunde inkluderas i studien. Vid litteraturgranskningen framgick dock klart att de behandlingsalternativ som tas upp i de i studien ingående artiklarna är vanligt förekommande när man talar om ickefarmakologiska behandlingsalternativ mot insomnia. Därför fanns ett faktiskt värde av att beskriva dessa alternativ och deras effekter. De ickefarmakologiska alternativen har i princip inga biverkningar, utifrån det som framkommit i de studerade artiklarna, därav det ensidiga redogörandet för de positiva effekterna.

Knappt hälften av artiklarna hittades via den manuella sökningen, något som kan bottna i att inklusions- och exklusionskriterierna tillsammans skapade snäva förutsättningar vid artikelsökningen. Istället för att utöka tidsperioden vid den manuella sökningen hade det legat nära till hands att utöka tidsperioden för den elektroniska sökningen. Det bör dessutom tilläggas att när ursprungsmaterialet kontrollgranskades i relation till de utökade kriterierna, återfanns träffarna från den manuella sökningen i CINAHL (där vald period för sökningen hörde till inklusionskriterierna och inte till limits/begränsning av sökningen som i Medline), men eftersom artiklar de facto hittades vid genomläsningen av artiklarnas referenslistor härleddes de till den manuella sökningen.

I en del studier av området hålls friska äldre isär från de med demenssjukdomar. Vårt resonemang utgick dock från att många äldre, framför allt de på äldreboenden, har en underliggande sjukdomsbild, samt att många har någon form av förvirringsproblematik alternativt demenssjukdom. Det finns vissa komplicerande faktorer med att inkludera dementa i studien. Fetveit et al. (2003) beskriver det utmanande med sömnparametrar av dementa på äldreboenden, bland annat avseende mätmetoder. Vissa mätmetoder har nämligen mycket lägre validitet bland dementa. Det har påvisats ett avtagande EEG hos *vakna dementa patienter*, vilket liknar *sömn-EEG* hos *friska patienter*. Ytterligare en svårighet som Fetveit et al. (2003) uppmärksammar är att det inte finns några normativa data av vad som kan anses vara god sömn bland den dementa populationen på äldreboenden. Alessi et al. (2006) redogör för andra faktorer som kan påverka dementas nattsömn. Det kan dels handla om att institutionaliserade dementa utsätts för betydande nattligt ljud samt störande och inkonsekventa omvårdnadsrutiner, vilka generellt inte är individualiserade. Dels kan sömnen påverkas av att dementa vanligtvis tillåts spendera stora delar av dagen i sängen och läggs sedan ofta tidigt för natten. Det denna studies resultat visar är dock att flera studier på en heterogen population liksom miljö, men med liknande behandlingsalternativ, har haft snarlika utfall.

Ett annat dilemma med artiklarna är att de ofta fokuserar på kombinerade interventionsprogram med flera olika ickefarmakologiska åtgärder för att behandla insomni. Det innebär svårigheter att beskriva enskilda åtgärders nytta, vilket inte heller har kunnat göras av de forskare som utfört undersökningarna. Därför har vi tittat efter de positiva effekter som är lika i olika artiklar med samma interventioner. Detta blottlägger ett behov av att studera enskilda åtgärders inverkan på sömnen.

4.3 Klinisk betydelse

Studiens resultat indikerar att det är möjligt att stanna upp sömnstörningar som insomni hos äldre och hos äldre med demenssjukdom med hjälp av ickefarmakologiska behandlingsalternativ. Viktigt är att det kan göras med förhållandevis små förändringar och medel. Det som krävs är en struktur som skapar kontinuitet och möjligheter för uppföljning. Förändringarna kan göras i just de områden som utgör sjuksköterskans arena; på exempelvis ett äldreboende är det i mångt och mycket sjuksköterskan som har möjligheter att se vilka behov som finns och påverka kost, aktiviteter, rutiner och dylikt. Det utgör även ett område där övrig vårdpersonal kan delegeras ett utökat ansvar, då det är de närmast de äldre som tydligast ser olika situationer samt ofta är de som ska utföra nya rutiner och så vidare. Genom att aktivera och stimulera äldre, se till att de får komma utomhus – gärna i samband med motion, ändra rutinerna så att sänggåendet fördröjs, undvika kaffedrickande på kvällarna, och på olika sätt se till att de äldre känner sig avslappnade med mera, så kan sömnen hos äldre förbättras i olika avseenden. I kölvattnet följer ur ett vidare perspektiv att läkemedelskostnaderna minskar och ur ett individperspektiv att tecken på depression och agitation kan minska samt att livstillfredsställelsen ökar.

Referenser

- Alessi, C.A., Yoon, E.J., Schnelle, J.F., Al-Samarrai, N.R., & Cruise, P.A. (1999). A Randomized Controlled Trial of a Combined Physical Activity and Environmental Intervention in Nursing Home Residents: Do Sleep and Agitation Improve? *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 784-791
- Ancoli-Israel, S., Kryger, M., & Sherman, F. T. (2004). Sleep Disorders in Older Adults. A primary guide to assessing 4 common sleep problems in geriatric patients. *Geriatrics*, 59, (1), 37-40
- Ancoli, S., & Cooke, J. R. (2005). Prevalence and Comorbidity of Insomnia and Effect on Functioning in Elderly Populations. *Journal of the American geriatrics Society*, 53, (7), 264-271
- Buysse, D. J., Edinger, J. D., & Means, M. K. (2005). Overview of Insomnia: Definitions, Epidemiology, Differential Diagnosis and Assessment. I M.H. Kryger, T. Roth & W. Dement (Eds.), *Principles and Practice of Sleep medicine* (pp. 702-760). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders
- Carskadon, M.A., & Dement, W.C. (2005) Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2005). *Principles and practice of sleep medicine* (pp. 13-23). Philadelphia: Elsevier
- Erssner, S., Wiles, A., Taylor, H., Wade, S., Walsh, R., & Bentley, T. (1999). The Sleep of Older People in Hospitals and Nursing Homes. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 360-368
- Fetveit, A., & Bjorvatn, B. (2004). The Effects of Bright-Light Therapy on Actographical Measured Sleep last for Several Weeks Post-Treatment. A Study in a Nursing Home Population. *Journal of Sleep Research*, 13, 153-158
- Fetveit, A., Skjerve, A., & Bjorvatn, B. (2003). Bright Light Treatment Improves Sleep in Institutionalised Elderly – An Open Trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 520-526
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur
- Friedman, M.E., Hazlewood, L., Bootzin, R.R., & Tsao, C. (1992). An evaluation of behavioural treatments for insomnia in the older adult. *Journal of Clinical Psychology*, 48, (1), 77-90
- Harbison, J. (2002). Sleep disorders in older people. *Age and ageing*, 31-S2, 6-9
- Hoch, C.C., Reynolds III, C.F., Buysse, D.J., Monk, T.H., Nowell, P., Begley, A.E., Hall, F., & Dew, M.A. (2001). Protecting Sleep Quality in Later Life: A Pilot Study of Bed Restriction and Sleep Hygiene. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B, (1), 52-59

- Hoffman, S. (2003). Sleep in the Older Adult. Implications for nurses. *Geriatric Nursing*, 24, (4), 210-216
- Holbrook, A. M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, C., & King, D. (2000). The Diagnosis and Management of Insomnia in Clinical Practice: a Practical Evidence-Based Approach. *Journal of Canadian Medical Association*, 162, (2), 216-220
- Jerlang, E. (2005). *Utvecklingspsykologiska teorier*. Malmö: Liber AB
- Kryger, M., Monjan, A., Bliwise, D., & Ancoli-Israel, S. (2004). Sleep, health and aging. Bridging the gap between science and clinical practice. *Geriatrics*, 59, (1), 24-30
- Lai, H.L., & Good, M. (2005). Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 49, (3), 234-244
- Lantz, M. S. (2002). Insomnia and Sleep Complaints: What is Normal in the Older Adult? *Clinical Geriatrics May*; 10, (5), 26, 28-29
- Lichstein, K.L., Lester, K.W., Aguillard, R.N., Riedel, B.W., & Wilson, N.M. (2001). Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: A Placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, (2), 227-239
- Martin, J. L. (2005). Insomnia: Diagnosis and Treatment. *Clinical Geriatrics*, 12, (12)Supplement, 2-6, 15-16
- McCurry, S.M., Gibbons, L.E., Logsdon, R.G., Vitiello, M.V., & Teri, L. (2005). Nighttime Insomnia Treatment and Education for Alzheimer's Disease: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 793-802
- Morgan, K., Dixon, S., Mathers, N., Thompson, J., & Tomeny, M. (2004). Psychological Treatment for Insomnia in the Regulation of Long-Term Hypnotic Drug Use. *Health Technology Assessment*, 8, (8), 1-31
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). Insomnia. *A clinical guide to assessment and treatment* (pp.1-11). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers
- Mornhinweg, G.C., & Voignier, R.R. (1995). Music for sleep disturbance in the elderly. *Journal of Holistic Nursing*, 13, 239-247
- Pallesen, S., Nordhus, I.H., Kvale, G., Nielsen, G.H., Havik, O.E., Johnsen, B.H., & Shjøtskift, S. (2003). Behavioral treatment of insomnia in older adults: an open clinical trial comparing two interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 31-48
- Perlis M. L. (2005). *Cognitive Behavioral Treatment of insomnia*. New York: Springer, cop.
- Petit, L., Azad, N., Byszewski, A., Sarazan, F. F-A., & Power, B. (2003). Non-pharmacological management of primary and secondary insomnia among older people: a review of assessment tools and treatments. *Age and Ageing*, 32, (1), 19-25

Polit, D., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization (6th) edition*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins

Richards, K.C., Beck, C., O'Sullivan, P.S., & Shue, V.M. (2005). Effect of individualized social activity on sleep in nursing home resident with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1455-1460

Sansone, P., & Schmitt, L. (2000). Providing Tender Touch Massage to Elderly Nursing Home Residents: a Demonstration Project. *Geriatric Nursing*, 21, (6), 303-308

Schnelle, J.F., Alessi, C.A., Al-Samarrai, N.R, Fricker Jr, R.D., & Ouslander, J.G. (1999). The Nursing Home at Night: Effects of an Intervention on Noise, Light, and Sleep. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 430-438

Schnelle, J.F., Cruise, P.A., Alessi, C.A., Al-Samarrai, N., & Ouslander, J.G. (1998). Individualizing Nighttime Incontinence Care in Nursing Home Residents. *Nursing Research*, 48,(4),197-203

Socialstyrelsen. (2005). [Elektronisk]. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. PDF format. <Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>>. [2006-11-15]

Subner, A.G, Murphy, P.J., & Campbell, S.S. (2002). Failure of Timed Bright Light Exposure to Alleviate Age-Related Sleep Maintenance Insomnia. *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 617-623

Trend watch. (2001). Insomnia in the elderly. *Clinical Geriatrics*; 9, (6), 48-9

Ursin, R. (1986). *Sömn och sömnrubbingar* (pp. 17-42, 101-121) (M. Almqvist övers.) Lund: Natur och kultur

Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P. N., & Morin, C.M. (2006). Prevalence of Insomnia and its Associated Factors in Elderly Long-Term Care Residents. *Journal of Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42, 1-20

Åkerstedt, T. (2001). *Sömnens betydelse för hälsa och arbete*. Järvsö: Bauer Book.

Matris över artiklar

FÖRFATTARE & ÅR	SYFTE	METOD	RESULTAT
Alessi, C. A., Yoon, E. J., Schnelle, J. F., Al-Samarrai, N.R. & Cruise, P.A. (1999)	Syftet med studien var att testa om en intervention som kombinerade ökad fysisk aktivitet under dagtid med förbättringar i omgivningen nattetid, förbättrar sömnen och minskar agitation hos äldre på äldreboenden, jämfört med den natliga interventionen ensam.	Kvantitativ metod med slumpmässigt urval. Bortfall 50st. 29st inkontinenta deltagare hamnade antingen i en intervention (15st) som kombinerade ökad fysisk aktivitet med ett nattprogram för att minska ljud och sömnstörande omvårdnadsaktiviteter, eller i en kontrollgrupp (14st) som enbart fick nattprogrammet. Det fysiska programmet, Functional Incidental Training – FIT, utgick från rörelser som kan utföras under dagliga omvårdnadsrutiner.	De boende visade förbättrad nattsömn och minskad agitation under dagtid, förändringar som inte sågs hos kontrollgruppen. Interventionen ledde till en reduktion av tiden spenderad i sängen under dagtid. Vid uppföljning hade interventionsgruppen en signifikant ökning i procentuell sömn från baseline, jämfört med kontrollgruppen.
Fetveit, A., Skjerve, A. & Bjorvatn, B. 2003	Syftet med studien var att specifikt undersöka durationen av en behandlings effekt på sömnstörningar i samma population efter avslutad behandling med klart ljus.	En kvantitativ, experimentell icke-randomiserad studie. Experimentet skedde under två veckor och innebar sömnregistrering. Forskningspersonal var närvarande under hela behandlingsperioden. Bortfall 7st. 11st boende utsattes på morgonen för klart ljus på ett avstånd om 60-70 cm från ögonen: De boende utgjorde sin egen kontrollgrupp. En actiwatch och ett frågeformulär låg till grund för mätningarna.	Med bright lightbehandling förbättrades sömneffektiviteten, i genomsnitt med 85,6 %. Total vaken tid reducerades med ett genomsnittligt värde om ca två timmar och fördröjd insomning reducerades med en timme. Sömnen blev mer samlad under natten.
Fetveit, A., & Bjorvatn, B. 2004	Syftet med studien var att ytterligare undersöka effekten av klart ljus hos dementa personer med sömnstörningar på äldreboenden.	Se artikel ovan. Efter ovanstående experiment gjordes uppföljande mätningar efter 4, 8, 12 och 16 veckor. Sömnutvärderingar utfördes med hjälp av en actiwatch. Vårdpersonalen registrerade sänggående och uppstigning.	Förbättringen av den fördröjda insomningen kvarstod 12 veckor efter avslutad behandling. Sömneffektiviteten skiljde sig signifikant mellan förbehandlingen och fyra veckor efter behandlingen.

<p>Morgan, K., Dixon, S., Thompson, J. & Tomeny, M. 2004</p>	<p>Syftet med studien var att utvärdera den kliniska, och kostnadens, inverkan av att tillhandahålla, i en generell rutinverksamhet, ett kognitivt beteendepaket för insomni till personer med kroniska sömnsvårigheter och långvarigt (≥ 1 månad) bruk av hypnotiska läkemedel; och att identifiera faktorer associerade med variationer i den kliniska outputen.</p>	<p>En kvantitativ, experimentell, pragmatisk klusterslumpmässigt kontrollerad studie. Bortfall 350st. Interventionsgrupp, 108st, var en KBT-behandlad klinisk grupp. Kontrollgruppen, 101st, behandlades inte. Utvärdering gjordes efter 3, 6 och 12 månader. Interventionen omfattade skattning av sömn, basal sömnhygien, stimulus kontroll och procedurer angående begränsad tid i sängen, progressiv avslappning och kognitiva behandlingar.</p>	<p>Sömnkvaliteten förbättrades, användandet av hypnotiska farmaka minskade och hälsorelaterad livskvalitet förbättrades till en gynnsam kostnad. Resultaten föreföll vara hållbara över tid</p>
<p>Hoch, C. C., Reynolds III, C. F., Buysse, D. J., Monk, T.H., Nowell, P., Begley, A.E., Hall, F. & Dew, M.A. 2001</p>	<p>Syftet med studien var att bestämma om två interventioner mätbart producerar stärkande av sömn och sömndjup, funktionell status och kvalitet i välbefinnandet hos äldre med god mental och fysisk hälsa, medan inducerande av negativa effekter.</p>	<p>En kvantitativ, experimentell studie med slumpmässigt urval om 42st (inget bortfall). Studien omfattade fyra faser. 21st placerades i en grupp med begränsad tid i sängen inklusive instruktioner om sömnhygien. Kontrollgruppen, 21st, fick endast instruktioner om sömnhygien. Dagliga sömndagböcker skrevs och man fick information om principerna kring begränsad tid i sängen och sömnhygien.</p>	<p>Begränsad tid i sängen ledde till en höjning av sömneffektiviteten. Morgonhumöret och välbefinnandet under dagtid var bättre hos sömnhygiengruppen. begränsad tid i sängen ledde till ihållande förbättringar i sömnkontinuitet och sömndjup.</p>
<p>Schnelle, J. F., Cruise, P. A., Alessi, C. A., Al-Samarrai, N. & Ouslander, J.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka om det går att individualisera inkontinensvården på natten och samtidigt minimera sömnstörningar</p>	<p>Kvantitativ, experimentell studie. Bortfall 84st. 92st boende fick ett 2-4timmars inkontinensvårdsschema baserat på varje boendes risk för hudproblem. Interventionen inkluderade även en reduktion av ljud- och ljusintensitet vid vårdtillfällen. Äldreboenden var i omgångar sina egna kontrollgrupper.</p>	<p>Uppvakningar under natten relaterade till ljud och ljus i samband med inkontinensvård reducerades signifikant under interventionsfasen och det fanns inga skadliga förändringar av hudkonditionen.</p>

G. 1998	på äldreboenden.		
McCurry, S. M., Gibbons, L. E., Logsdon, R. G., Vitiello, M. V. & Teri, L. 2005	Syftet var att undersöka huruvida en beteendebaserad intervention (NITE-AD) kan förbättra sömnen hos Alzheimer-patienter som bor hemma med deras vårdgivare inom familjen.	En experimentell, kvalitativ studie med slumpmässigt urval. Bortfall 69st. 17st deltagare fick information om ålders- och demensrelaterade förändringar av sömnen samt standardprinciper för god sömnhygien, rekommendationer för att sätta upp och implementera ett sömnhygienprogram för den dementa patienten. Dagliga promenader och ljusexponeringen i en ljusbox ingick. Kontrollgruppen (19st) fick generell demensundervisning och allmän support.	NITE-AD resulterade i signifikant större reduktioner i antalet uppvakningar under natten, total vaken tid under natten och minskad depression samt ökning i antalet dagar med motion per vecka. Resultaten var bibehållna efter sex månader.
Lai, H. L., & Good, M. 2005	Syftet var att pröva hypotesen; om lugnande musik varje kväll i tre veckor gav bättre global sömnkvalitet hos äldre, och om de fick bättre komponenter av sömnkvalitet över tiden än de som inte fick musikterapi.	Kvantitativ metod. Randomiserad studie. 60st individer deltog i undersökningen efter att de testats med ett sömnkvalité index. 30st av deltagarna hamnade slumpmässigt i en intervention där de fick lyssna på lugnande musik i tre veckor och föra sömndagbok. Kontrollgruppen fick enbart föra sömndagbok men blev informerade om att även de skulle få tillgång till musikterapi efter att undersökningen var slutförd.	Musik resulterade i signifikant bättre sömnkvalité i experimentgruppen, såsom signifikant bättre upplevd sömnkvalitet, längre sömnduration, bättre sömneffektivitet, kortare insomning, färre sömnstörningar och mindre dysfunktioner under dagtid.
Mornhinweg, G. C., & Voignier, R. 1995	Syftet var att undersöka effekten av rofylld musiks påverkan på äldres sömnkvalitet.	Kvantitativ metod. Annons i tidningen. Deskriptiv studie. Samtliga 25st (2st bortfall) deltagare fick band med new age- och barockmusik att spela i samband med läggdags i fem dagar, uppehåll i två dagar och fem dagar med musik igen. När de vaknade fyllde de i sin sömndagbok om upplevelsen av musiken/sömnen.	96 procent av deltagarna upplevde att deras sömnproblem på något sätt reducerades av musikterapi. Majoriteten upplevde att musiken hjälpte dem att somna, somna om igen vid eventuellt uppvaknande under natten eller sova längre på morgonen.
Richards, K.C., Beck, C.,	Att pröva effekten av individualiserad/individuell social aktivitet för att	Kvantitativ metod. Pretest/Posttest randomiserad studie. Bortfall 8st. 139st individer deltog i undersökningen. 71st deltagare hamnade slumpmässigt i en intervention	Efter ISAI (individualized social activity intervention) hade experimentgruppen signifikant mindre sömn på dagen än kontrollgruppen. Även

<p>O'Sullivan, P., & Shue, V.M. 2005</p>	<p>minska sömn på dagen, förbättra nattsömn och minska dag/nattsömn förhållandet.</p>	<p>där deltagarna fick ett urval av aktiviteter, anpassade efter intresse och kognitiv samt funktionell förmåga som de utförde under dagtid. Kontrollgruppen deltog i vanliga aktiviteter som äldreboendet erbjöd. Actigrafi, MMSE; 30 punkts instrument som kliniskt uppskattar kognitiv funktion och undersköterska antecknade/spelade in daglig tid för läggdags och uppstigningstid.</p>	<p>dag/natt förhållandet var signifikant lägre. Nattsömnen var dock inte förändrad. En sekundäranalys (50st deltagare, 20st i ISAI-grupp och 30st i kontrollgrupp) visade att ISAI-gruppen sov mindre på dagen, hade ett lägre dag/natt förhållande, somnade snabbare på kvällen, färre vakna minuter på natten, sov längre och hade högre sömneffektivitet än kontrollgruppen.</p>
<p>Friedman, M.E., Hazlewood, L., Bootzin, R.R., & Tsao, C. 1992</p>	<p>Att jämföra effekten av insomniabehandlingar och effekten av dessa på äldre människor, bestämma graden för vilken specifik behandling av stimuluskontroll eller avslappningsträning som ger bäst effekt tillsammans med support och sömnhygien samt bestämma vilken av dessa behandlingar som fasthålls bäst vid en tre veckors och två års uppföljning.</p>	<p>Kvantitativ metod. Annons i tidning, läkarremiss, eller genom lokal seniorklubb. 53st deltagare blev slumpmässigt fördelade i fyra olika grupper. Support och sömnhygien; support och sömnhygien plus progressiv avslappningsträning; support och sömnhygien plus stimuluskontroll eller kontrollgrupp. Grupperna jämfördes under tiden undersökningen pågick, tre veckor efter avslutat undersökning samt en uppföljning två år efter avslutad undersökning. 42st av individerna deltog i tvåårsuppföljningen. Sömnloggbok och polysomnografi användes vid undersökningen.</p>	<p>Stimulusgruppen hade förbättrat sin sömn bäst efter undersökningen. Vid en tvåårsuppföljning visade stimulusgruppen att de hade kortast insomningstid och högst sömnkvalitet.</p>
<p>Lichstein, K. L., Lester, K. W., Aguillard, R. N., Riedel, B. W., & Wilson, N.M. 2001</p>	<p>Att undersöka vilken av behandlingsmetoderna som är mest effektiv för äldre, vilken som är effektivare än placebo och vilka som är mest effektiva mot insomniabehandlingar.</p>	<p>Kvantitativ metod. Annons via media. 15st bortfall. 74st deltagare ingick i undersökningen. De blev slumpmässigt fördelade i avslappningsgrupp, sömnkompressionsgrupp och placebo-grupp (27st, 24st, 23st). Interventionerna gick ut på att ena gruppen följde avslappningsterapi och den andra gruppen komprimerade sin sömn. Ett frågeformulär samlades in</p>	<p>Avslappnings- och sömnkomprimeringsgrupperna visade signifikant förbättring i fördröjd insomning, total sömn tid och sömnkvalitet efter undersökningen.</p>

	subtyper.	vid baseline, efter undersökningen samt vid en ettårsuppföljning. Polysomnografi användes vid baseline och vid uppföljningen.	
Pallesen, S., Nordhus, I. H., Kvale, G., Nielsen, G. H., Havik, O. E., Johnsen, B. H., & Shjōtskift, S. 2003	Syftet var att pröva om patienter som genomgår beteendeterapi förbättras i jämförelse med väntliste förhållanden och se om potentiell behandling bibehålls sex månader efter att undersökningen slutförts. Att pröva om det är någon skillnad i effekt mellan de två behandlingsalternativen samt se om variabler som olika typer av insomni, sömnmedicinanvändning, följsamhet till behandling, stabilitet och behandlingseffekt påverkades. Undersöka om insomni behandlingen påverkar den generella tillfredsställelsen för personer med insomni.	Kvantitativ metod med slumpmässigt urval. Annons i tidning. Bortfall 77st. 55st deltagare förde sömndagbok i fjorton dagar och gjorde ett test som prövade deltagarnas livs tillfredsställelse och sömnförsämrings index (SII), innan de slumpmässigt fördelades i en intervention. 29st deltagare fördelades i två olika undersökningsgrupper, sömnhygien + avslappningsband (15st deltagare) eller sömnhygien + stimuluskontroll (14st deltagare) och de övriga 26st deltagarna hamnade i en väntliste grupp. Samtliga deltagare förde sömndagbok under den fyra veckor långa undersökningen. Deltagarna i undersökningsgrupperna (29st) träffade individuellt en terapeut en gång/vecka i 30 min under fyr a veckor. I anslutning till undersökningen gjordes ytterligare ett test i livs tillfredsställelse, SII-test och sömndagbok fördes i ytterligare fjorton dagar. Väntliste gruppen (26st) genomgick exakt samma program som den grupp som startat tidigare. Efter sex mån kontaktades samtliga deltagare för att återigen föra sömndagbok i fjorton dagar + SII-test. Åtta deltagare deltog inte i sexmånaders uppföljningen.	Interventionen förbättrade sömnen och ökade livstillfredsställelsen hos deltagarna.

<p>Schnelle, J. F., Alessi, C. A., Al-Samarrai, N. R., Fricker, R. D. & Ouslander, J. G. 1999</p>	<p>Syftet var att förbättra sömnen genom att reducera frekvensen nattliga ljud- och ljusstörningar .</p>	<p>Kvantitativ metod. Randomiserad studie. Bortfall 36st. 230st deltagare deltog i interventionen som pågick mellan kl. 19-06 som gick ut på att minska oljud, t ex stänga av tv som ingen tittade på etc. samt individualisera inkontinensvårdsrutiner så att det blev färre störningar för patienterna under natten.</p>	<p>Signifikant förbättring för interventionsgruppen avseende vakenhet associerad till kombinationen ljud- och ljus samt vakenhet enbart associerad till ljus.</p>
<p>Sansone, P., & Schmitt, L. 2000</p>	<p>Syftet var att testa effekterna av mjuk beröring på äldre boende på äldreboende som led av kronisk smärta, och dementa som uppvisade oroligt, rastlöst eller aggressivt beteende.</p>	<p>Kvalitativ studie. 12st bortfall. 59st deltagare, fördelade på sex våningar på ett äldreboende . Två våningar åt gången ingick i en 12 veckors intervention där undersköterskor utbildades av en massage terapeut, för att utföra mjuk beröring på deltagarna. Områden som massagen fokuserades på var pannan, nacken, axlarna, ryggen och händerna. Smärtskala eller oro/aggressionsskala fylldes i och samlades ihop av sjuksköterskan varje vecka.</p>	<p>Smärtskalan och oroskalan minskade. Hos deltagare med fördröjd insomning, framkallade den mjuka beröringen på armar och ben sömnintråde.</p>