

Sömnstörningar hos äldre

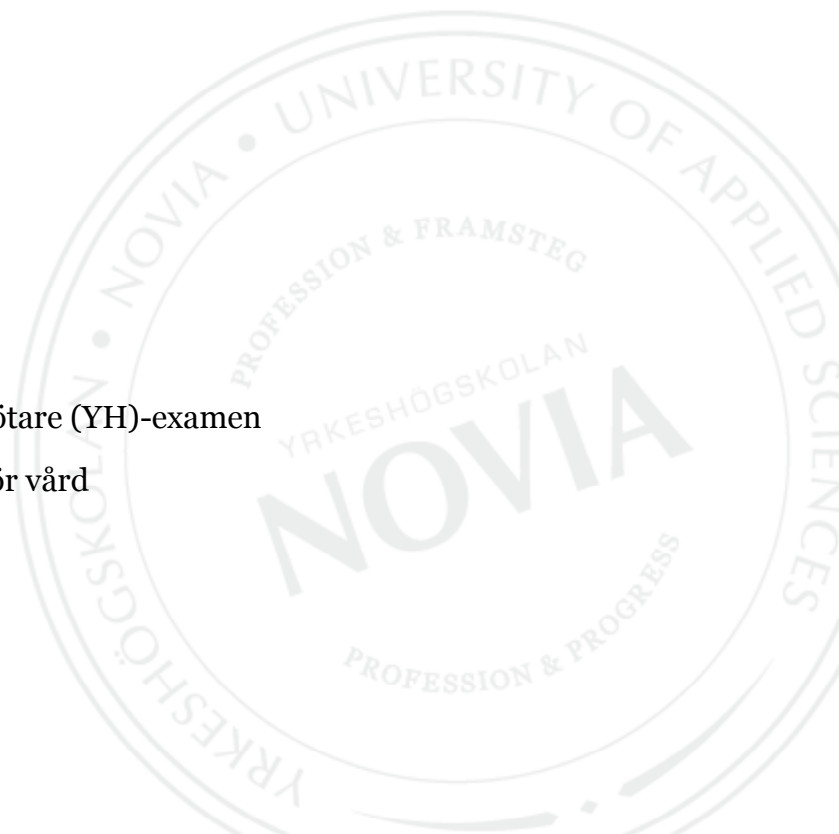
En litteraturstudie om sömnstörningar, orsaker till sömnstörningar samt vården ur ett sjukskötarperspektiv

Malin Granqvist

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa hösten 2011



EXAMENSARBETE

Författare:	Malin Granqvist
Utbildningsprogram och ort:	Vård, Vasa
Inriktning/alternativ/Fördjupning:	Vårdarbete
Handledare:	Gunilla Kulla

Titel: Sömnstörningar hos äldre

- En litteraturstudie om sömnstörningar, orsaker till sömnstörningar samt vården ur ett sjuksköterskaperspektiv

Datum: oktober 2011

Sidantal: 32

Bilagor: 1

Sammanfattning

Detta examensarbete är en litteraturstudie som behandlar äldres sömn med fokus på äldres sömnstörningar, orsaker till sömnstörningar samt hur man inom vården kan främja den äldres sömn utgående från ett sjuksköterskaperspektiv. Examensarbetet är ett beställningsarbete från GERDA-projektet. Litteraturstudien baserar sig på 20 vetenskapliga artiklar från åren 2005-2011 som behandlar äldres sömn och sömnstörningar samt vård som sjuksköterska kan ge vid sömnstörningar. De vetenskapliga artiklarna finns sammanfattade i en resumé och analysen av materialet gjordes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Respondenten använde sig av hälsa och vårdandet enligt Eriksson som teoretisk utgångspunkt.

Resultatet visade att sömnstörningar kan delas in i sex huvudgrupper: insomni, dygnsrytmstörningar, sömnrelaterade rörelsestörningar, sömnrelaterade andningsstörningar, hypersomnier samt parasomnier. Orsakerna till sömnstörningar kan vara framför allt fysiska och psykiska sjukdomar, läkemedelsbaserade samt miljömässiga. För att inom vården kunna främja en god sömn bör sjuksköterskan ha god kunskap om de äldres naturliga sömn samt olika sömnstörningar och behandlingsmöjligheter. Sjuksköterskan kan hjälpa de äldre till en god sömn genom att lära ut god sömnhygien och finnas till för patienten.

Språk: svenska Nyckelord: äldre, sömn, sömnstörningar, hälsa, vårdande

Examensarbetet finns tillgängligt i Yrkeshögskolan Novias bibliotek.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä:	Malin Granqvist
Koulutusohjelma ja paikkakunta:	Hoito, Vaasa
Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot:	Hoitotyö
Ohjaajat:	Gunilla Kulla

Nimike: Ikäihmisten unihäiriöt

- Kirjallisuustutkielma unihäiriöistä, niiden syistä sekä niiden hoidosta sairaanhoitajan näkökulmasta

Päivämäärä: lokakuu 2011

Sivumäärä: 32

Liitteet: 1

Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan kirjallisuustutkielma ja se keskittyy ikäihmisten unihäiriöihin, unihäiriöiden syihin sekä siihen, miten hoitotyössä voi edistää ikäihmisten unta sairaanhoitajan toimesta. Opinnäytetyö on GERDA-hankkeen tilaustyö. Kirjallisuustutkielma pohjautuu 20 tieteelliseen lehtikirjoitukseen vuosilta 2005–2011, joissa käsitellään ikäihmisten unta ja unihäiriöitä sekä sitä hoitoa, mitä sairaanhoitaja pystyy antamaan univaikeuksien ilmaantuessa. Tieteellisiä kirjoituksia on kuvattu tiivistelmässä ja aineiston analyysi on tehty käyttämällä menetelmää laadullista sisältöanalyysia. Teoreettisena lähtökohtana respondentti on käyttänyt Erikssonin mukaista näkökulmaa terveydestä ja hoivaamisesta.

Tuloksen mukaan unihäiriöitä jaetaan kuuteen pääryhmään: insomnia, uni-valverytmin häiriöt, uneen liittyvät liikkumishäiriöt, uneen liittyvät hengityshäiriöt, hypersomniat sekä parasomniat. Unihäiriöiden syyt voivat ennen kaikkea johtua fyysisistä ja psyykkisistä sairauksista, lääkkeistä tai ympäristöstä. Jotta sairaanhoitaja hoitotyössä pystyisi edistämään hyvää unta, hänellä on oltava hyvät tiedot ikäihmisten luonnollisesta unesta sekä eri unihäiriöistä ja niiden hoitomenetelmistä. Sairanhoitaja voi auttaa ikäihmistä parempaan uneen opettamalla hyvää unihygieniaa ja olemalla tavoitettavissa potilaalle.

Kieli: ruotsi

Avainsanat: ikäihmiset, uni, unihäiriöt, terveys, hoivaaminen

Opinnäytetyö on nähtävillä ammattikorkeakoulu Yrkeshögskolan Novian kirjastosta.

BACHELOR'S THESIS

Author: Malin Granqvist
Degree Programme: Health Care, Vaasa
Specialization: Nursing
Supervisors: Gunilla Kulla

Title: Sleep disorders in the elderly

- A literature study about sleep disorders among the elderly, the causes of the disorders and the caring from a nurse's point of view

Date: October 2011

Number of pages: 32

Appendices: 1

Summary

This bachelor's thesis consists of a literature study about the sleep of elderly people focusing on sleep disorders, causes of sleep disorders and ways of supporting the sleep of the elderly from a nursing point of view. This bachelor's thesis is an order from the project GERDA. The literature study is based on 20 scientific articles published between 2005 and 2011 on the subject of the sleep of the elderly, sleep disorders and the caring that a nurse can give in this matter. The scientific articles are summed up in a summery chapter. The analysis of the material was carried out by quality content analysis. The respondent has applied the theories of health and nursing according to Eriksson as the theoretical background.

The result of the literature analysis shows that sleep disorders can be divided into six main groups: insomnia, disorders of the 24-hour period, movement related sleep disorders, breathing related sleep disorders, hypersomnias and parasomnias. Physical and mental illnesses are above all the cause of sleep disorders, others causes are medical treatment and environment. To be able to promote the good sleep of the elderly in the health care system the nurse has to have good knowledge about the natural sleep of the elderly, different sleep disorders and therapy methods. As a nurse you can help elderly people to get good sleep by teaching good sleep hygiene and by being there for them.

Language: Swedish

Key words: elderly people, sleep, sleep disorders, health, caring

This Bachelor's thesis is available at the library of Novia University of Applied Sciences.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar.....	2
3	Teoretisk utgångspunkt.....	2
3.1	Hälsa enligt Eriksson.....	3
3.2	Vårdandet enligt Eriksson.....	3
4	Teoretisk bakgrund.....	5
4.1	Sömn.....	5
4.1.1	Sömnens struktur.....	5
4.1.2	Sömnens uppgifter.....	7
4.1.3	Sömnens förändring vid åldrandet.....	7
4.1.4	Sömnlöshet.....	9
5	Undersökningens genomförande.....	9
5.1	Undersökningens material.....	10
5.2	Dokumentstudie.....	10
5.3	Resumé.....	11
5.4	Kvalitativ innehållsanalys.....	11
5.5	Undersökningens praktiska genomförande.....	12
6	Resultat.....	13
6.1	Sömnstörningar.....	13
6.1.1	Insomni.....	13
6.1.2	Dygnsrytmstörningar.....	15
6.1.3	Sömnrelaterade rörelsestörningar.....	15
6.1.3.1	<i>Restless legs syndrom</i>	15
6.1.3.2	<i>Periodic leg movements</i>	16
6.1.4	Sömnrelaterade andningsstörningar.....	16
6.1.4.1	<i>Snarkning</i>	17
6.1.4.2	<i>Sömnapné</i>	17
6.1.5	Hypersomnier.....	18
6.1.6	Parasomnier.....	18
6.1.6.1	<i>REM-sömnbeteendestörning</i>	19
6.2	Orsaker till sömnstörningar.....	19
6.2.1	Medicinska orsaker.....	19
6.2.2	Psykiska orsaker.....	21
6.2.3	Läkemedelsorsaker.....	21

6.2.4 Övriga orsaker	22
6.3 Vårdandet ur ett sjuksköterskapersperspektiv	22
6.3.1 Sjuksköterskans roll	22
6.3.2 Sömnhygien och sömnutbildning	23
7 Tolkning	26
7.1 Sömnstörningar.....	26
7.2 Orsaker till sömnstörningar	27
7.3 Vårdandet ur ett sjuksköterskapersperspektiv	28
8 Kritisk granskning	29
8.1 Etiskt värde.....	29
8.2 Struktur	29
8.3 Heuristiskt värde.....	30
9 Diskussion	30
Källförteckning	
Bilaga 1	

1 Inledning

Ett ökande problem inom vårt samhälle är olika slag av sömnstörningar, både hos yngre och äldre individer. Hos vuxna individer lider 5-12% av sömnstörningar i vårt land (Riikola & Partinen, 2008). Sömnstörningar ökar med stigande ålder hos både män och kvinnor, men det är fler kvinnor än män som uppger att de har problem med sömnen. Sömnproblem av svår och långvarig karaktär förknippas ofta med en nedsatt livskvalitet, en ökad morbiditet samt mortalitet. (Grafström & Nilsson, 2010, 155).

I detta examensarbete kommer respondenten i form av en litteraturstudie analysera vetenskapliga artiklar som berör äldres sömn, för att sedan redovisa fakta om de vanligaste sömnstörningarna hos äldre samt orsakerna till äldres sömnlöshet och sömnstörningar samt hur vårdaren kan hjälpa den äldre människan till en god sömn. Inom dagens sjukvård pratar man mycket om att botandet av sjukdom skall koncentreras till det som orsakar sjukdomen, inte en lindring av de olika symtomen som uppkommer av en sjukdom. Därför anser respondenten att de som jobbar inom sjukvård bör vara medvetna om vilka faktorer som kan påverka den äldres sömn samt hur vårdaren kan hjälpa den äldre till en optimal sömn.

Examensarbetet är ett beställningsarbete från GERDA-projektet. GERDA Botnia är ett samarbetsprojekt mellan Yrkeshögskolan Novia, Åbo Akademi och Umeå Universitet. Titeln för projektet är DET GODA ÅLDRANDET – Värdighet, Delaktighet och Hälsa för Äldre i Kvarkenregionen. Huvudsyftet med projektet har varit att i ett nära samarbete med universitet och högskolor, kommuner och landsting, privata organisationer och tredje sektorn samt även tillsammans med de äldre och deras organisationer utveckla Kvarkenregionens äldrevård och omsorg på ett nytt och förbättrande sätt genom utbildning, forskning samt grundandet av ett resurscentrum. (GERDA Botnia, u.å.).

Respondenten önskar att detta examensarbete skall ge en ökad kunskap om den äldres sömn samt även skapa ett ökat intresse så att sjukskötare utvidgar sina kunskaper om den äldres sömn och sömnproblem. Med hjälp av ett ökat intresse och en större förståelse för äldres sömn kan sjukskötaren bättre vårda den äldre på ett sätt som gynnar sömnen hos den äldre.

2 Syfte och frågeställningar

Examensarbetet görs i form av en litteraturstudie, där respondenten studerar tidigare vetenskapligt material angående de äldres sömn, för att därifrån finna de vanligaste sömnstörningarna hos äldre samt orsaker till de äldres sömnlöshet och även finna idéer om hur sjukskötare kan agera för att ge de äldre den bästa förutsättningen för en god sömn.

Syftet med studien är att beskriva äldres sömnstörningar, orsaker till sömnstörningar samt belysa vården ur ett sjukskötarperspektiv, för att sjukskötare genom en ökad kunskap lättare skall kunna främja den äldres sömn.

Studiens syfte har valts utgående från att sömnlöshet är ett problem som behöver behandling, behandlingens form varierar dock och det är utgående från sömnstörningens form behandlingen borde väljas. Därför valde respondenten att studera de äldres sömn och sömnstörningar för att få en ökad kunskap om vilka sömnstörningar som finns och orsakerna till dem samt skapa en bild av vilka egna resurser sjukskötaren har för att främja äldres sömn. Eftersom sömnen till stor del beror på den egna hälsan kommer studien att belysas av Erikssons teori angående hälsa samt vårdandet eftersom detta arbete görs av en sjukskötarstuderande.

Frågeställningarna i detta examensarbete är följande:

1. Vilka är de vanligaste sömnstörningar hos äldre?
2. Vad kan vara orsakerna till sömnstörningar hos äldre?
3. Hur kan man inom vården främja en god sömn bland de äldre utifrån sjukskötarens perspektiv?

3 Teoretisk utgångspunkt

I kapitlet om teoretisk utgångspunkt kommer respondenten att behandla hälsa och vårdandet enligt Katie Erikssons teori. Utgångspunkten innebär det synsätt som kommer att belysa arbetet och vilket synsätt respondenten även kommer att beakta i tolkningen av resultatet. Hälsa valde respondenten utgående från att en god hälsa utgör en bra grund för en god sömn och vårdandet beskriver vilken betydelse en god vård har för befrämjandet av sömnen hos en person.

3.1 Hälsa enligt Eriksson

Hälsa kan ses som en naturlig del hos människan, sjukdom kan däremot ses som olika slag av hinder som människan möter. Under alla tider har sjukdom och ohälsa drabbat människan och troligen kommer människan alltid möta dessa hinder. Ohälsa kan ses som en följd av svårigheter i människans värld eller människans inre. (Eriksson, 1996, 11).

Hälsa kan ses som en helhet av friskhet, sundhet och välbefinnande. Friskhet betecknar den fysiska hälsan och att vara frisk är ett kännetecken för hälsa. Med friskhet menas att ett organ eller ett organsystem fungerar normalt. Sundhet är relativt synonymt med friskhet och ordet sund har två betydelser: psykisk sundhet och hälsosam. Välbefinnandet är ett fenomenologiskt begrepp och uttrycks som en känsla hos personen. (Eriksson, 1996, 34-37).

Hälsan består enligt Eriksson (1996, 29-30) av de tre begreppen friskhet, sundhet och välbefinnande, men att ha hälsa innebär nödvändigtvis inte frånvaro av sjukdom. Direkt frånvaro av sjukdom innebär inte heller att en människa har hälsa, däremot att människan själv känner ett tillstånd av sundhet och friskhet samt en känsla av välbefinnande utgör en tillräcklig grund för att kunna kalla tillståndet hälsa. För människans del spelar det heller ingen roll om samhället klassar människan som frisk, utan det är vad individen själv känner som räknas och som klassas som verklig hälsa.

3.2 Vårdandet enligt Eriksson

Vårdandet innebär att ansa, leka och lära. Kärnan i vården kan beskrivas med tro, hopp och kärlek samt att vården skall omfatta hela människan med kropp, själ och ande. Att vårda är ett naturligt beteende för människan. Naturlig vård har i dagens samhälle ersatts med professionell vård och ett mellanting mellan naturlig och professionell vård har också skapats, en så kallad självvård. Vid självvård har människan stöd av en professionell vårdare. (Eriksson, 2000, 9-12).

Att vårda har som syfte att skapa en känsla av utveckling för att förändra hälsoprocessen med hjälp av olika former av ansning, lekande och lärande. Man vill skapa ett tillstånd av tillit, tillfredsställelse samt kroppsligt och andligt välbehag. Ansning innebär en kärlekshandling där någon vill den andra personen väl och utgör därför den grundläggande formen av vårdandet. Ansning kännetecknas av beröring, närhet och värme. Syftet med

ansningen är genom det kroppsliga välbehaget, den fulländade tillfredsställelsen och njutningen skapa en källa för växt och utveckling. Via en kravlös ansning är människan accepterad som hon är och älskad för sin egen skull, inte för människans handlingar. På detta sätt bekräftas människans individualitet och identitet. Ansningen innebär för en vårdare att patientens kroppsliga renhet och välbefinnande är centrala uppgifter. För att vara en god vårdare bör man våga göra gärningar som visar att man verkligen bryr sig om den andra människan. (Eriksson, 2000, 19-26).

Inom den naturliga och professionella vården är leken ett viktigt inslag, eftersom ett uttryck för hälsa är att kunna leka. Lekandet är därför en central del inom vården och bör därför användas som ett medel för att uppnå hälsa. Till leken hör centrala begrepp som övning, prövning, lust, skapande och önskan. Vårdaren har som uppgift att stöda patienten i leken och vårdaren behöver förstå att leken är en del av hälsoprocessen. Patienten kan via önskeleken få hjälp att finna nya vägar och möjligheter, genom att han i leken kan vara den han vill vara och därifrån finna lösningar på sina problem. (Eriksson, 2000, 26-30).

Genom lärandet eller inläringen sker utveckling och ständig förändring. Den naturliga vården består av det naturliga lärandet, men på samma sätt som ansningen och lekandet har hört till människans naturliga förmåga har även lärandet försvunnit och blivit annorlunda. När en människa lär sig öppnas nya möjligheter och nya vägar för henne. Naturligt lärande har ett samband med lekandet och som vårdare bör man tänka på att leken borde ingå mer i inläringen. (Eriksson, 2000, 30-32).

Eriksson (2000, 26) beskriver vårdandet som en kombination av ansa, leka och lära, däremot kommer de tre delarna i vårdandet att framträda mer eller mindre i olika vårdsituationer. I en vårdsituation beror mängden av ansa, leka och lära inte enbart på vårdarens kompetens och förmåga att använda sig av ansa, leka och lära, utan också på den situation som patienten befinner sig i.

4 Teoretisk bakgrund

I kapitlet om teoretisk bakgrund kommer respondenten att beskriva sömnen som ett centralt huvudämne till studiens bakgrund. Sömnens struktur och uppgifter kommer att behandlas närmare. Vidare kommer respondenten även att ta upp hur sömnen förändras hos den åldrande människan samt benämningen sömnlöshet.

4.1 Sömn

För människan är sömnen en effektiv och även en billig metod för att kunna skapa en långsiktigt god hälsa. Sömnen levereras från hjärnan vare sig man vill det eller inte, dock kan människan göra motstånd till en viss del. Människan behöver sömn för att kunna upprätthålla en god arbets- och funktionsförmåga och sömnen behövs även för en mängd olika uppgifter som gör gott för människan. Sömnen kan på ett enkelt sätt beskrivas som kroppens vilotillstånd. (Kivelä, 2007, 13-19).

4.1.1 Sömnens struktur

Vanligen brukar sömnen delas in i fem olika stadier, stadium 1-4 som även kan kallas NREM-sömn och stadium 5 eller REM-sömn som den vanligare beteckningen är. NREM betyder ”no rapid eye movement” och under dessa stadier finns det ingen registrering av ögonrörelser. Det är människans grundsömn man pratar om när det handlar om stadium 1-4 av sömnen eller NREM-sömn. REM betyder ”rapid eye movement” och det innebär att under detta skede av sömnen utför ögonen snabba vågräta rörelser. När man i vardagligt tal pratar om drömsömn så är det REM-sömn man menar, men ett annat namn som används är även parasömn. (Kivelä, 2007, 15).

När människan faller in i sömn börjar stadium 1. Detta stadie kan även kallas *slummer*, eftersom människan nu befinner sig i ett gränsområde mellan vakenhet och sömn. Slummer eller stadium 1 utgör normalt 2-5% av den totala tiden man sover per natt. Det är i slummern som många kan känna att de flyter eller flyger i luften och även känslan av att falla är vanlig i denna fas av sömnen. Många är de som anser att denna mellanfas av sömnen inte är någon verklig sömn, eftersom man lätt vaknar upp och därför kan man tro

att man hela tiden varit vaken. (Hiltunen, Holmberg, Jyväsjärvi, Kaikkonen, Lindblom-Yläne, Nienstedt & Wähälä, 2007, 359-360; Kivelä, 2007, 18).

Stadium 1 kan också kallas för insomningsstadiet och i detta stadie sjunker pulsen, andningen blir långsammare och ämnesomsättningen minskar. Stadium 1 varar mellan fem till tjugo minuter. (Grafström & Nilsson, 2010, 156).

När man fortsätter att sova går man in i stadium 2 där sömnen stabiliseras. Normalt upptar stadium 2 45-55% av den totala tiden man sover per natt (Hiltunen m.fl., 2007, 359-360). Stadium 2 kan även kallas lätt sömn och nu blir hjärnans aktivitet lägre än i stadium 1 (Grafström & Nilsson, 2010, 156).

Efter stadium 2 går sömnen över till djupsömn, som består av både stadium 3 och 4. Under djupsömnen sover människan som allra djupast och det är nu som hon är som svårast att väcka. Under djupsömnen återhämtar sig människan bäst och det är under djupsömnen som tröttheten bearbetas mest. Fysiologiskt så sjunker blodtrycket och nivån av koldioxid i blodet höjs en aning under djupsömnen. Andningen och hjärtrytmen är regelbunden. Hjärnans aktivitet är nu som lägst under hela sömnen och kroppen producerar tillväxthormon under detta stadium, men knappt något stresshormon. Av den totala tid man sover per natt utgör stadium 3 3-8% och stadium 4 10-15%. (Hiltunen m.fl., 2007, 359-360; Grafström & Nilsson, 2010, 156).

Slutligen går sömnen in i REM-fasen, som även kallas drömsömn (Grafström & Nilsson, 2010, 156). Människan verkar enligt EEG och ögonrörelserna vara vaken, men muskeltonus som är utmärkande för vakenhet saknas däremot helt under REM-fasen. Under REM-fasen drömmer människan mycket och om man väcks upp under REM-fasen kan man berätta om sina drömmar. Detta är möjligt enbart om man blir väckt eller vaknar under en pågående dröm. Eftersom musklerna är helt avslappnade under REM-sömnen är det inte möjligt att man går i sömnen under denna fas. REM-sömnen består av 20-25% av den totala tiden man sover per natt. (Hiltunen m.fl., 2007, 360).

Hos en människa som befinner sig i REM-sömn är det inte ovanligt att muskelspasmer förekommer och andningsfrekvensen, blodtrycket och pulsen kan växla under REM-sömnen. Vanligtvis stiger blodtrycket och pulsen samt andningen blir snabbare. (Kivelä, 2007, 19; Grafström & Nilsson, 2010, 156).

Sömnen består av flera perioder och efter att stadium 1-4 och REM-fasen har förlöpt ett varv startar allt om från början och så fortsätter sömnen i liknande perioder. Varje

sömnperiod är cirka 90 minuter lång och ifall man sover 7,5 timmar på en natt har man hunnit igenom fem sömnperioder under sömnens gång. (Kivelä, 2007, 20).

4.1.2 Sömnens uppgifter

Enligt Kivelä (2007, 14) har sömnen fem grunduppgifter; sömnen ger fysisk vila, bevarar minnesfunktionen, ger psykisk vila och fungerar som en fas av återhämtning och hjälper till att människan håller en normal vikt. Med tanke på dessa uppgifter är det inte konstigt att efter en god nattsömn känner man sig pigg, koncentrationsförmågan fungerar bra, minnet är gott och livet i största allmänhet känns behagligt.

Efter en dålig nattsömn blir människan däremot trött, irriterad och minnesfunktionen samt koncentrationsförmågan fungerar dåligt, eftersom människan inte har fått tillräckligt med god sömn med alla viktiga funktioner. Under sömnen återhämtar sig kroppens alla organ till följd av att andningsfrekvensen, hjärtfrekvensen, kroppstemperaturen och blodtrycket sjunker samt att hjärnans ämnesomsättning sänks. (Åkerstedt, 2010, 2072).

Sömnen har även visat sig ge möjlighet åt kroppen att reparera de fysiska skadorna som människan fått via fysisk ansträngning under dygnets vakna timmar. Samtidigt som kroppen återhämtar sig från den föregående dagen, lagrar också kroppen ny kraft och energi för att orka med morgondagen. (Kivelä, 2007, 13).

REM-sömnen har en särskilt viktig uppgift i och med att under REM-fasen så fastnar det man lärt sig under dagens lopp i minnet och för att människan skall kunna upprätthålla den psykiska hälsan är det viktigt med en god REM-sömn. (Kivelä, 2007, 19).

För att inläringen och minnet skall fungera optimalt är det även viktigt med en tillräcklig djupsömn (Kivelä, 2007, 18). Under första delen av natten är djupsömnen som bäst och varar längst, senare under natten minskas däremot perioderna av djupsömn (Dehlin & Rundgren, 2007, 321).

4.1.3 Sömnens förändring vid åldrandet

När människan blir äldre förändras sömnen, särskilt sömnmönstret ändrar form jämfört med den unga människans sömnmönster. Undersökningar har visat att särskilt djupsömnen minskar hos äldre, detta leder till att återhämtningsförmågan inte fungerar på samma sätt

som tidigare. När djupsömnen, stadium 3 och 4, minskar blir det istället en betydlig ökning av stadium 2 med den lätta sömnen. En ökning av stadium 2 leder till att vakenhetstillfällena under natten blir fler. REM-sömnen hos en äldre människa förblir däremot oförändrad. (Dehlin & Rundgren, 2007, 321-322).

Eftersom djupsömnen minskar hos den äldre, leder detta enligt Kivelä (2010, 117-118) till att nattsömnen blir ytlig. Djupsömnen är som bäst under kvällsnatten och sömnen blir därför ytligare ju längre tid den äldre sover. Under morgonnatten är sömnen speciellt ytlig och detta kan leda till att den äldre människan kan tycka sig ha varit vaken under morgonnatten. Djupsömnen hos en som fyllt 75 år är i genomsnitt endast 20 minuter av den totala sovtiden på 7-8 timmar, medan en medelåldersperson sover cirka 1,5 timmar djupsömn under sin nattsömn.

När människan blir äldre kan sovtiden under natten bli en aning kortare jämfört med den yngre människans sovtid som i medeltal befinner sig mellan 6-9 timmar i sömn för att hon skall få en god återhämtning och kunna fungera optimalt dagen efter. Många gånger finner man att förklaringen till den äldres kortare sovtid under natten är den äldres sovande även dagtid. Den äldre människan kan helt naturligt ha en lite längre insomningstid än den yngre, vilket innebär att en längre insomningstid inte direkt skall kopplas till att den äldre lider av sömnstörning. En normal insomningstid för den äldre kan vara från cirka 15 minuter upp till en timme. (Dehlin & Rundgren, 2007, 321-322).

Enligt Dehlin och Rundgren (2007, 321-322) medför ökningen av den lätta sömnen när man blir äldre att det blir vanligare med upprepade och längre perioder av vakenhetstillfällena under natten, som medför att den äldre kan ha svårt att somna om efter dessa perioder av vakenhet. Som äldre har man också en benägenhet att vakna upp allt tidigare på morgonen och man blir även känsligare för ljud och vaknar därför lättare upp under sömnen. Eftersom de upprepade stunderna av vakenhet under natten bidrar till trötthet under dagen är det också vanligare att den äldre sover korta stunder dagtid.

En orsak till att den äldre människans sömn inte ger lika god återhämtning som hos en yngre människa är att den äldre människan inte har lika många spontana rörelser under sömnen som en yngre människa har. De spontana rörelserna som en yngre människa har med 10-15 minuters mellanrum ger en tryckavlastning och denna spontana tryckavlastning saknas hos den äldre. Den äldre människans sämre återhämtningsförmåga märks ofta på så vis att den äldre inte känner sig utvilad efter att ha sovit och koncentrationsförmågan blir nedsatt. Den äldre börjar även lida av ökad dagtrötthet som resulterar i sömn dagtid, som i

sin tur leder till mindre sömn nattetid och att den äldre därmed småningom klagar över sin sömn. (Dehlin & Rundgren, 2007, 321-322).

Den inverkan på sömnens struktur som åldrandet gör, behöver inte alltid leda till att den äldre människan anser sig sova dåligt. Åldersförändringarna i sömnen förorsakar inte direkt sömnlöshet. Däremot kan förändringarna ge de äldre en upplevelse av sömnlöshet och därför är känslan av diverse sömnproblem och sömnlöshet inte långt borta. (Kivelä, 2007, 34).

4.1.4 Sömnlöshet

När sömnen förändras hos äldre kan det leda till sömnlöshet som kan visa sig på flera olika sätt, t.ex. som tidigt uppvaknande, uppvaknande under natten samt olika former av så kallade sömnstörningar (Fastbom, 2006, 29). Enligt internationella och europeiska studier anges olika former av sömnbesvär hos 55-60 % av den äldre befolkningen, men även om sömnbesvär är vanligt förekommande är det få som söker professionell hjälp för besväret. Olika former av sömnbesvär hos äldre underskattas ofta och har ofta inom vården en relativt låg prioritet. (Edéll-Gustafsson, 2009, 114).

Behandling av sömnlöshet skall baseras enligt orsaken till sömnlösheten. Sömnlösheten kan behandlas med olika medicinska preparat eller med medicinfri behandling. I dagens vård bör man tänka på att alltid komplettera den medicinska behandlingen vid sömnlöshet med medicinfri behandling för att kunna avsluta den medicinska behandlingen efter en kort tid. Detta för att undvika beroende av sömnmedicin. (Kivelä, 2007, 63-88).

5 Undersökningens genomförande

I kapitlet om undersökningens genomförande kommer respondenten att beskriva vilka metoder som användes för att genomföra denna kvalitativa litteraturstudie. Respondenten har använt sig av dokumentstudie, i form av vetenskapliga artiklar d.v.s. litteraturstudie, som datainsamlingsform och analyserat all data med hjälp av kvalitativ innehållsanalys för att få fram ett resultat av studien. Slutligen har respondenten sammanställt artiklarna i en resumé.

5.1 Undersökningens material

Respondenten har i sin studie använt sig av vetenskapligt granskade artiklar som hämtats från olika databaser. De använda databaserna är följande: EBSCO, ProQuest, SweMed+, Springer Link samt JBI COonNECT. Sökorden som användes i olika kombinationer var: *sleep*, *elderly*, *sleep disorder*, *sleep problem*, *insomnia*, *nursing* och *caring*. Eftersom antalet sökträffar var många valde respondenten att begränsa sig till artiklar från åren 2005-2011.

I vetenskapliga tidskrifter delas artiklarna in i flera olika artikeltyper. Dessa artikeltyper är originalartiklar, översiktsartiklar, teoretiska artiklar, metodologiska artiklar samt fallstudier. En vetenskaplig artikel skall vara tillförlitligt publicerad och artikeln skall även vara publicerad för första gången. En vetenskaplig artikel skall också vara vetenskapligt granskad och artikeln skall även finnas tillgänglig för forskare och allmänhet. (Hanson, Lindgren & Nordvall, 2010, 2-4).

5.2 Dokumentstudie

Patel och Davidson (2003, 63-65) anser att en dokumentstudie är ett användningssätt där man samlar in information som har blivit nerskriven eller tryckt. Informationen till en dokumentstudie kan också tas från fotografier, filmer och bandinspelningar. Dokumenten kan användas för att besvara en frågeställning kring en individs upplevelse av något eller besvara frågeställningar kring olika slags förhållanden.

Många gånger kan det vara omöjligt att få en personlig kontakt med de personer vars information man är intresserad av och då är dokument av olika slag ett alternativ att använda sig av. I en dokumentstudie utgör dokumenten källan till informationen man söker. En svårighet med dokument av olika slag är att man inte kan kontrollera källans beskrivning med verkligheten, utan man måste själv bedöma källan och bestämma om man skall lita på den eller inte samt göra sin egen tolkning av innehållet. (Carlsson, 1991, 51-53).

En dokumentstudie kan göras på två olika sätt. Det första sättet, ”källorienterat”, är att källorna bestämmer projektet samt de allmänna frågeställningarna och således är det källorna som styr studien. Studien har därför inga frågeställningar från början, utan de bestäms enligt källornas innehåll. Ifall en sådan dokumentstudie görs påbörjas

källgranskningen direkt. Det andra sättet, ”problemorienterat”, är att redan från början ha färdiga frågeställningar för studien och därefter söka relevanta källor till studien. Frågeställningarna baseras på litteratur som ger en grund i ämnet. Om studien görs på detta sätt fördjupas kunskapen i ämnet och det blir en tydligare bild av framskridandet i studien. Under arbetets gång är det vanligt att frågeställningarna ändå blir fler eller omformulerade allt eftersom kunskapen fördjupas. (Bell, 2006, 123-124).

5.3 Resumé

Enligt Patel och Davidson (2003, 129) skall en resumé mycket kort innehålla en beskrivning av den gjorda undersökningen. Sammanfattningen är till för att läsaren skall kunna bilda sig en uppfattning av studiens material. Resumén skall innehålla undersökningens syfte och frågeställningar, undersökningens genomförande samt resultat.

Artiklarna kan presenteras i en resumé eller i en översiktstabell, där man kort skall få reda på det mest väsentliga angående artiklarna. Det är viktigt att tänka på att även klargöra vem som skrivit artikeln, vilken titel artikeln har samt vilket år artikeln är publicerad. (Forsberg & Wengström, 2003, 161-163).

5.4 Kvalitativ innehållsanalys

Vid sammanställandet av svaren från litteraturen använde respondenten sig av kvalitativ innehållsanalys. Att göra en kvalitativ innehållsanalys innebär att man efter genomgången av den utvalda litteraturen analyserar texterna vetenskapligt. Utgående från detta hoppas man kunna dra slutsatser från källorna som är sanna och även passar in i sammanhanget. När den kvalitativa innehållsanalysen placeras in i teoretiska sammanhang, kommer dess vetenskapliga idé fram. (Olsson & Sörensen, 2007, 129).

Vanligtvis när man gör en kvalitativ innehållsanalys noterar man det antal gånger olika faktorer eller termer förekommer i de utvalda källorna. Efter räknandet av hur många gånger de faktorer eller termer som man valt förekommer i källorna, måste man kategorisera dem i ett sammanhang för att sedan kunna tolka och förklara dem. (Bell, 2006, 129).

Den centrala nyttan vid användandet av kvalitativ innehållsanalys är att likheter och olikheter skiljs ut från forskningsmaterialet. Ur en kvalitativ innehållsanalys får man fram materialets betydelser, avsikter, konsekvenser och även sammanhang. Processen vid innehållsanalyseringen kan delas in i olika steg. Stegen kan indelas i: val av analysenhet, att bekanta sig med materialet, förenkla materialet, materialets klassificering, materialets tolkning samt värdering av innehållsanalysens pålitlighet. (Denscombe, 2009, 307-309).

Inom vårdforskningen använder man vanligen kvalitativ innehållsanalys när man vetenskapligt skall analysera ett dokumenterat material. Vid analysen av materialet skall det kunna knytas samman med en teori eller ett bestämt problemområde. När forskaren gör en analys ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är det naturligt att välja en vårdteori. (Eriksson, 1991, 299).

5.5 Undersökningens praktiska genomförande

Respondenten har utfört examensarbetet som en kvalitativ litteraturstudie. Examensarbetet fungerar som ett beställningsarbete från GERDA-projektet. Först gjorde respondenten en genomgång av litteratur i bokformat för att skapa sig en inblick i ämnet och därifrån skapa sig en bild av vilket syfte och vilka frågeställningar som kunde vara relevanta för studien samt vilka teoretiska utgångspunkter arbetet skulle utgå från och även hurudan teoretisk bakgrund som behövdes i arbetet.

Datainsamlingen har bestått av dokument i form av vetenskapligt granskade artiklar som hittats via olika databaser, såsom EBSCO, ProQuest, SweMed+, Springer Link samt JBI COonNECT. Vid databassökningen användes sökorden: *sleep, elderly, sleep disorder, sleep problem, insomnia, nursing* och *caring* i olika kombinationer. Via dessa sökningar fick respondenten många sökträffar, så respondenten valde att begränsa sin sökning till artiklar enbart från åren 2005-2011. Slutligen valdes 20 vetenskapligt granskade artiklar ut som bäst lämpade sig för studiens syfte och frågeställningar, för att sedan analyseras och ge litteraturstudiens resultat.

Analysen av data har skett via kvalitativ innehållsanalys där respondenten läste igenom artiklarna och noterade det ur artiklarna som var relevant för studiens frågeställningar. Efter detta kodade respondenten materialet som resulterade i tre huvudkategorier med flera underkategorier. Respondenten gjorde även en översikt av artiklarna i form av en resumé

(se bilaga 1) för att läsaren lättare skall få en bild av vilka vetenskapliga artiklar som litteraturstudien baserar sig på.

6 Resultat

I kapitlet resultat kommer respondenten att redogöra för resultatet av innehållet i de valda vetenskapliga artiklarna. Enligt den kvalitativa innehållsanalysen framkom tre huvudkategorier: **sömnstörningar**, **orsaker till sömnstörningar** och **vårdandet ur ett sjukskötarperspektiv**. Under dessa huvudkategorier skapades även flera underkategorier som beskrivs närmare i detta kapitel, **sömnstörningar** delades upp i sex underkategorier: insomni, dygnsrytmstörningar, rörelserelaterade sömnstörningar, andningsrelaterade sömnstörningar, hypersomnier samt parasomnier. **Orsaker till sömnstörningar** delades upp i fyra underkategorier: medicinska orsaker, psykiska orsaker, läkemedelsorsaker samt övriga orsaker. **Vårdandet ur ett sjukskötarperspektiv** delades upp i två underkategorier: sjukskötarens roll samt sömnhygien och sömnutbildning.

6.1 Sömnstörningar

Respondenten delade in sömnstörningar i sex olika kategorier: insomni, dygnsrytmstörningar, sömnrelaterade rörelsestörningar, sömnrelaterade andningsstörningar, hypersomnier och parasomnier. Detta utgående från att sömnstörningar enligt Fetveit och Bjorvatn (2009, 2004) kan indelas i sex huvudkategorier: insomni, dygnsrytmstörningar, sömnrelaterade rörelsestörningar, sömnrelaterade andningsstörningar, hypersomnier och parasomnier. Även Bloom, Ahmed, Alessi, Ancoli-Israel, Buysse, Kryger, Phillips, Thorpy, Vitiello & Zee (2009, 761-763) delar in sömnstörningar hos äldre i samma sex huvudkategorier som Fetveit och Bjorvatn.

6.1.1 Insomni

Enligt Fetveit och Bjorvatn (2009, 2004) definieras insomni som dålig eller lite sömn antingen p.g.a. insomningssvårigheter, tidigt uppvaknande, orolig nattsömn eller dålig sömnkvalité trots att villkoren för en god sömn finns. Traditionellt sätt klassificeras

insomni endera som primär (försakad av okänd orsak) eller sekundär (försakad av känd orsak).

Insomni kan även definieras som klagomål över störd sömn vid tillfällen där förhållanden och lämplighet för sömn är goda. Klagomålen kan bestå av att man har svårigheter att få tag i sömnen, man vaknar upp för tidigt eller att man har dålig sömnkvalité. Enligt Bloom m.fl. (2009, 764) kan insomni delas in i primär eller komorbid insomni. Primär insomni innebär att ingen orsak till sömnstörning har hittats. Komorbid insomni är vanligare och hör ofta ihop med psykiska störningar, medicinska störningar, medicinering eller andra primära sömnstörningar (obstruktiv sömnapné eller restless legs syndrom). Komorbid insomni tyder inte på att andra omständigheter ”försakar” insomni utan snarare att insomni och andra omständigheter samverkar och båda tillstånden behöver således klinisk omsorg och behandling.

Enligt Bombois, Derambure, Pasquier och Monaca (2010, 213) definieras insomni som att man åtminstone i en månads tid har haft svårigheter med att somna eller att hållas sovande. Detta resulterar i sin tur i försämringar i den dagliga funktionen. Insomni kan indelas i antingen primär insomni eller sekundär insomni.

Wolkove, Elkholy, Baltzan & Palayew (2007a, 1299) definierar insomni som svårigheter att somna eller att hållas sovande och är vanligt hos äldre. Hos vissa patienter kan insomni vara försakad av en bakomliggande medicinsk sjukdom eller försakad av läkemedelsbiverkningar, denna typ av insomni kallas sekundär insomni. Vid frånvaro av en orsakande faktor kallas det primär insomni. Det har uppskattats att nära hälften av alla över 65 år drabbas av insomni.

Enligt Ancoli-Israel och Ayalon (2006, 96) diagnostiseras de vanligaste klagomålen över sömnen som insomni. Insomni definieras som svårigheter att somna, svårigheter att hållas sovande eller att sömnkvaliteten är dålig, man är helt enkelt inte pigg när man vaknar.

Enligt Fetveit och Bjorvatn (2009, 2004), Bloom m.fl. (2009, 764) och Ancoli-Israel & Ayalon (2009, 96) måste alla former av påverkan på sömnen orsaka en nedsatt funktion dagtid för att diagnosen insomni skall kunna fastställas.

6.1.2 Dygnsrytmstörningar

Dygnsrytmen förändras när man blir äldre. Många äldre upplever att både uppvakningen på morgonen och sömnheten på kvällen kommer tidigare än förut. Detta kan förklaras av en försämring av dygnsrytmsklockan i hjärnan eller att samspelet mellan dygnsrytmsklockan och de yttre faktorer som påverkar kroppen är störd. (Fetveit & Bjorvatn, 2009, 2005).

Kännetecknet för dygnsrytmstörningar är förekomsten av relativt normal sömn som förekommer vid onormala tider. Vid avancerad sömnstörning (ASPD) påbörjas och avslutas sömnen vid ovanligt tidiga tider. Däremot vid ”irregular sleep-wake disorder” (ISWD) är sömnen spridd över hela dygnet i sömnepisoder av olika längd. Kombinationen av åldersrelaterade förändringar i sömnen samt dygnsrytmregleringen och låg ljusexponering samt minskad aktivitet bidrar till utvecklingen av dygnsrytmstörningar hos äldre. (Bloom, m.fl., 2009, 774).

6.1.3 Sömnrelaterade rörelsestörningar

Sömnrelaterade rörelsestörningar delas vanligen in i restless legs syndrom och periodic leg movements, även om dessa tillstånd många gånger i vardagligt tal beskrivs som samma sak (Ancoli-Israel & Ayalon, 2006, 99). Fastän sömnrelaterade rörelsestörningar ofta förorsakar avbruten sömn och trötthet eller svaghet under dagen, är dessa störningar ofta något som är okänt hos äldre och som ingen pratar särskilt mycket om (Bombois, m.fl., 2010, 214). Även Wolkove m.fl. (2007a, 1301) menar att sömnrelaterade rörelsestörningar ofta är en förbisedd orsak till avbruten sömn samt trötthet och svaghet dagtid.

6.1.3.1 Restless legs syndrom

Restless legs syndrom kännetecknas som obehagliga känslor i benen, som lindras av aktivitet och rörelse. Det är mest kvinnor som drabbas av denna åkomma och risken för restless legs ökar med åldern. (Fetveit & Bjorvatn, 2009, 2005-2006).

Enligt Bloom m.fl. (2009, 771) är restless legs syndrom (RLS) en sömnstörning karakteriserad av obehagliga förnimmelser i benen som stör sömnen. Syndromet indelas i primär eller sekundär art. Primär RLS, idiopatisk, utvecklas vid yngre år och har inget känt

samband eller predisponerade faktorer och är förmodligen ärftligt. Sekundär RLS kan förorsakas av en rad olika medicinska tillstånd, men med järnbrist som gemensam faktor. Sådana medicinska tillstånd är t.ex. anemi orsakad av järnbrist eller njursjukdom.

Wolkove m.fl. (2007a, 1301) anser att restless legs syndrom är ett specifikt tillstånd som ofta förväxlas med periodic leg movements (beskrivs senare i resultatet). Patienter med restless legs syndrom klagar över stickande, obehagliga, krampande eller även väldigt smärtsamma förmimmelser i de nedre extremiteterna. Ofta beskriver patienterna det som en krypande känsla under huden. Tillståndet kännetecknas även av en intensiv lust att röra på eller massera benen, som ger en viss förbättring.

6.1.3.2 *Periodic leg movements*

Periodic limb movements eller periodic leg movements är en typ av rörelsestörning i benen under sömnen. Tillståndet hör ihop med rastlösa ben och kännetecknas av upprepade, stereotypiska benrörelser under sömnen, vilket kan leda till frekventa uppvakningar under natten. (Fetveit & Bjorvatn, 2009, 2005-2006).

Enligt Bloom m.fl. (2009, 773) är en annan beskrivning av periodic leg movements att denna rörelsestörning visar sig som upprepade rytmiska förlängningar av stortån och dorsalflexion av vristen med enstaka flexioner av knä. Kännetecknande är även uppvaknande från sömnen. Det är individuellt om man är medveten om uppvaknandena eller inte.

Enligt Wolkove m.fl. (2007a, 1301) betecknas periodic leg movements som en unik motorisk störning, eftersom den specifikt inträffar under sömnen. De onormala rörelserna varierar från svaga kontraktioner av musklerna i vristerna och tårna till ordentliga viftningar med armar och ben. Periodic limb movements stör sömnen på så vis att varje anfall av bensparkar leder till korta uppvaknanden (Ancoli-Israel & Avalon, 2006, 99).

6.1.4 Sömnrelaterade andningsstörningar

Kliniska tillstånd såsom snarkning och sömnapné, som delas in i obstruktiv sömnapné och central sömnapné, är olika sömnrelaterade andningsstörningar. Obstruktiv sömnapné är den vanligaste sömnrelaterade andningsstörningen. Obstruktiv sömnapné kännetecknas av

totala avbrott (apnea) eller delvisa avbrott (hypopnea) i andningen när man sover, som ett resultat av en kollaps i de övre luftvägarna. (Bombois, m.fl., 2010, 215).

6.1.4.1 Snarkning

Snarkning förekommer hos mer än hälften av alla vuxna människor. I sig är inte snarkning något farligt, men det kan vara ett symptom på möjlig obstruktiv sömnapné, en åkomma som är betydligt allvarligare. (Fetveit & Bjorvatn, 2009, 2006).

Äldre klagar ofta över snarkningar, även om det är vanligt hos alla åldersgrupper. Litteraturen är oenig huruvida snarkning är ofarligt eller om det enbart är vid obstruktiv sömnapné som det föreligger medicinska hälsorisker. En del forskning tyder på att den förträngning i de övre luftvägarna som förorsakar snarkningar också kan ha medicinska konsekvenser, särskilt hos äldre. (Wolkove, m.fl., 2007a, 1302).

6.1.4.2 Sömnapné

Sömnapné är ett tillstånd där personer slutar andas korta stunder medan de sover, vilket resulterar i hypoxemi och förändringar i autonoma nervsystemets aktivitet. Korta uppvaknanden avslutar i allmänhet episoden, vilket leder till splittrad sömn. Dessa korta uppvaknanden tros vara en viktig bidragande orsak till symptomen av överdriven trötthet dagtid och den neurokognitiva försämringen vid sömnapné. Det finns två typer av sömnapné: obstruktiv sömnapné och central sömnapné. (Bloom, m.fl., 2009, 769).

Central sömnapné förorsakas av att hjärnans andningscentrum och musklerna som styr andningen inte fungerar som de ska. Central sömnapné ses ofta hos äldre människor som har hjärtsvikt eller hos äldre som har haft en stroke. (Fetveit & Bjorvatn, 2009, 2006).

Vid obstruktiv sömnapné täpps de övre luftvägarna till upprepade gånger, vilket leder till minskat luftflöde delvis (hypopnea) eller helt (apnea). Obstruktiv sömnapné leder till avbruten sömn, dålig sömnkvalité, försämrad syresaturation nattetid och även total avsaknad av REM-sömn. (Wolkove, m.fl., 2007a, 1302; Fetveit & Bjorvatn, 2009, 2006).

6.1.5 Hypersomnier

Hypersomnier är sällsynta. Den mest kända formen av hypersomni är narkolepsi som är en allvarlig neurologisk åkomma som kännetecknas av extrem sömnhet, förlust av muskelspänning anfallsvis (kataplexi), intensiva drömmar vid insomning eller uppvakning eller sömnparalys. Vanligen debuterar narkolepsi redan vid ung ålder, men kan förekomma även vid hög ålder. (Fetveit & Bjorvatn, 2009, 2006).

Det centrala ursprunget för hypersomnier är en grupp av störningar som kännetecknas av primära klagomål över överdriven sömnhet som inte är orsakad av störd nattsömn eller felaktig dygnsrytm. Överdriven sömnhet är oförmåga att upprätthålla vakenhet under merparten av den vakna tiden under dygnet. Detta kan resultera i att man ofrivilligt somnar vid olämpliga tidpunkter eller platser. Ett flertal störningar hör till kategorin hypersomnier. De vanligaste hos äldre är narkolepsi med kataplexi, narkolepsi utan kataplexi, narkolepsi kopplad till ett medicinskt tillstånd, idiopatisk hypersomni med lång sovtid, idiopatisk hypersomni utan lång sovtid, hypersomni kopplad till ett medicinskt tillstånd och hypersomni kopplad till ett läkemedel. (Bloom, m.fl., 2009, 777-778).

Wolkove m.fl. (2007a, 1301) beskriver narkolepsi som en kronisk neurologisk sjukdom med oklart ursprung, som resulterar i häftig somnolens dagtid samt svaghet. De viktigaste symtomen vid narkolepsi är sömnnattacker, hallucinationer, sömnparalys och kataplexi.

6.1.6 Parasomnier

Enligt Fetveit och Bjorvatn (2009, 2006) definieras parasomnier som oönskade beteenden eller obehagliga fenomen under sömnen och inkluderar sömngående, nattliga skrikanfall och mardrömmar. En typ av parasomni, som oftast finns hos män som är över 60 år, kallas REM-sömnbeteendestörning.

Bloom m.fl. (2009, 777) beskriver att parasomnier är oönskade, icke avsiktliga fysiska eller emotionella händelser som inträffar under sömnen. Oftast uppträder parasomnier under insomnandet eller under uppvaknandet och kan uppstå från specifika sömnfaser. Parasomnier innefattar onormala rörelser, beteenden, känslor, uppfattningar, drömmar och automatisk aktivitet som inträffar under sömnen eller hör ihop med uppvaknande ur sömnen. Tecken på parasomnier omfattar sömngående, nattskräck, ångestattacker i drömmar, nattliga komplexa anfall och REM-sömnbeteendestörning.

6.1.6.1 REM-sömnbeteendestörning

REM-sömnbeteendestörning är en av de mest dramatiska och potentiellt skadliga av parasomnierna. Patienterna rapporterar komplex, ofta våldsam motorik tillsammans med drömmar. De flesta fall av REM-sömnbeteendestörning inträffar vid stigande ålder, vanligen vid en ålder av 60 – 70 år. (Bloom, m.fl., 2009, 777).

REM-sömn beteendestörning är en form av parasomni som kännetecknas av kraftfulla drömbeteenden, mardrömmar och onormalt intensiv och upprepad aktivitet i skelettmuskulaturen under REM-sömnen. Dessa störningar kan vara idiopatiska eller sekundära till vanligen neurologiska sjukdomar och speciellt de sjukdomar som berör hjärnstammen. (Bombois, m.fl., 2010, 214).

REM-sömnbeteendestörning kännetecknas av att den vanliga atoni som inträffar under REM-sömnen uteblir och personen kan därför utföra våldsamma rörelser under sömnen. Personen kan stiga upp och gå, sparka eller slå och även påbörja aktiviteter som att äta medan personen fortfarande befinner sig i REM-sömn. (Wolkove, m.fl., 2007a, 1300-1301).

Fetveit och Bjorvatn (2009, 2006), Bombois m.fl. (2010, 214) och Wolkove m.fl. (2007a, 1300-1301) påvisar att förekomsten av REM-sömnbeteendestörning är vanligare hos äldre med neurodegenerativa sjukdomar, så som Parkinsons sjukdom, Lewy Body demens, multipel skleros och Alzheimers sjukdom.

6.2 Orsaker till sömnstörningar

Respondenten delade upp **orsakerna till sömnstörningar** som framkom ur de vetenskapliga artiklarna i medicinska orsaker, psykiska orsaker, läkemedelsorsaker samt övriga orsaker.

6.2.1 Medicinska orsaker

Milner och Belicki (2010, 238) beskriver att allmänna hälsoproblem, såsom tremor, smärta och andningssvårigheter är sådana faktorer som direkt påverkar sömnen. Neurodegenerativa sjukdomar kan också vara en bidragande faktor till insomni, eftersom neurodegenerativa sjukdomar kan förorsaka återkommande uppvakningstillfällen under

natten. Krishnan och Hawranik (2008, 590-599) påpekar att insomni hos äldre personer kan ha mer än en underliggande orsak eller en bidragande faktor.

Kronisk smärta är en särskilt viktig faktor som kan bidra till insomni, eftersom smärtan påverkar förmågan att somna. Smärta leder oftast till en ond cirkel gällande sömnen, smärtan gör att man inte somnar och dålig sömn gör att smärtan förvärras. (Milner & Belicki, 2010, 238). Det har även visat sig att ju större grad av smärta, desto större är förekomsten av olika symtom på insomni och otillräcklig sömn (McCrae, 2009, 16). Wolkove m.fl. (2007b, 1449) säger också att insomni ofta är förorsakad av smärta, särskilt relaterad till ledsjukdomar som t.ex. artrit.

Vidare anses andra sömnstörningar som sömnapné, periodic limb movements, restless legs syndrom och narkolepsi också vara bidragande orsaker till insomni. Sömnapné förorsakar periodiska avbrott i andningen, d.v.s. snarkningar. Periodic limb movements leder till periodiska sparkningar med benen som stör sömnen. Restless legs syndrom innebär en krypande känsla i benen nattetid, som försvinner när man rör på benen samt narkolepsi som medför överdriven trötthet dagtid och okontrollerbara sömnattacker som inverkar på nattsömnen. (Milner & Belicki, 2010, 238).

Fastän insomni är vanligt hos äldre och dementa personer, är den vanligaste orsaken till insomni en bakomliggande sjukdom, t.ex. blås- eller prostatabekymmer, muskelsjukdomar, smärta, kronisk hjärtsjukdom eller kronisk obstruktiv lungsjukdom (Bombois, m.fl., 2010, 213).

Ancoli-Israel & Ayalon (2006, 96-97) nämner att de medicinska orsakerna till sömnstörningar kan vara hjärtinfarkter, angina pectoris, kroniska hjärtsjukdomar, höftledsoperationer, diabetes, artrit och prostataproblem.

Cochen, Arbus, Soto, Villars, Tiberge, Montemayor, Hein, Veccerini, Onen, Ghorayeb, Verny, Fitten, Savage, Dauvilliers & Vellas (2009, 324) nämner medicinska tillstånd som smärta, kardiovaskulära sjukdomar samt andnings- och matsmältningssjukdomar som exempel på sådant som kan förorsaka sömnstörningar. Även Sok (2007, 139) nämner fysiska faktorerna såsom muskelvärk, ledvärk, huvudvärk, matsmältningsbesvär och domningar som orsaker till äldre människors sömnstörningar.

Makhlouf, Ayoub & Abdel-Fattah (2007, 192) påvisar även att kroniska sjukdomar kan leda till sömnstörningar direkt eller indirekt. De kroniska sjukdomarna kan indirekt leda till sömnstörningar genom att äldre med flera kroniska sjukdomar ofta drabbas av depression,

som i sin tur ofta kan förorsaka sömnstörningar. Den andra orsaken är att de symptom som uppkommer på grund av de kroniska sjukdomarna direkt påverkar sömnen på ett negativt sätt.

6.2.2 Psykiska orsaker

Inte enbart hälsoproblemen i sig kan leda till olika sömnstörningar, även att man oroar sig för sin hälsa försämrar sömnen. Psykiska problem kan påverka sömnen mera än man kanske vill erkänna. (Milner & Belicki, 2010, 238). Enligt en litteraturgranskning av Sok (2007, 140) har det visat sig att psykologiska faktorer, som depression, ångest, stress och rädsla kan vara orsaken till insomni hos hälften av alla äldre. Äldre människor verkar nämligen vara känsligare för stimuli från omgivningen än vad yngre människor är.

De psykiska sjukdomarna som kan förorsaka sömnstörningar kan vara depression och ångest. (Ancoli-Israel & Ayalon, 2006, 96-97). I en studie gjord av Hidalgo, Gras, Garcia, Lapeira, del Campo & Verdejo (2007, 284) har det visat sig att äldre som lider av ångest eller depression har högre risk att utveckla olika former av sömnstörningar, särskilt insomni. Orsaker till sömnstörningar hos äldre kan även vara t.ex. sorg, pensionering och rädsla för att dö i sömnen. (Cochen, m.fl., 2009, 324).

6.2.3 Läkemedelsorsaker

Medicineringen vid olika hälsoproblem kan verka negativt på sömnen (Milner & Belicki, 2010, 238). Biverkningar av läkemedel kan förorsaka insomni. Sådana läkemedel är t.ex. diuretika, sköldkörtelhormon, SSRI-preparat, kortikosteroider, karbadopa och antikolinergiska medel. (Bombois, m.fl., 2010, 213).

Läkemedel som kan påverka sömnen är sådana läkemedel som stimulerar centrala nervsystemet och som sänker blodtrycket. Bronkodilaterande läkemedel, kortikosteroider, stimulerande antidepressiva, SSRI-preparat, stimulerande antihistaminer och hormoner är alla läkemedel som är kända som en bidragande orsak till insomni. (Ancoli-Israel & Ayalon, 2006, 96-97).

Äldre är ofta stora konsumenter av alla möjliga slags läkemedel och många läkemedel innehåller ämnen som stör sömnen, t.ex. koffein (Wolkove, m.fl., 2007b, 1449).

6.2.4 Övriga orsaker

Förändringar i dygnsrytmen kan också orsaka insomni, eftersom förändringar i dygnsrytmen kan visa sig som problem med att somna eller att man vaknar alldeles för tidigt. Det naturliga åldrandet i sig är också en bidragande orsak till insomni p.g.a. att sömnen blir lättare och medför flera uppvaknaden nattetid samt att den äldre får svårigheter med att somna och hålla sig sovande. (Milner & Belicki, 2010, 238). Dygnsrytmen förändras hos äldre och leder därför till att många äldre känner sig tröttare tidigt på kvällen, de somnar tidigare och stiger således upp tidigare än vad de har gjort när de var yngre (Ancoli-Israel & Ayalon, 2006, 96-97).

Människans livsstil i sig kan också vara en bidragande orsak till insomni genom att man håller sig med en dålig sömnhygien. Dålig sömnhygien kan vara att man tillbringar för mycket tid i sängen, man tar sig en tupplur eller flera under dagen och använder koffeinhaltiga födoämnen. Dålig sömnhygien försämrar både förmågan att somna och förmågan att hållas sovande. (Milner & Belicki, 2010, 238).

Wolkove m.fl. (2007b, 1449) nämner även det vanliga problemet hos äldre med täta wc-besök nattetid som en orsak till sömnstörningar. Sok (2007, 139) påvisar att miljöfaktorer ofta kan inverka på de äldres sömn, som t.ex. oljud, ljus, temperatur och tv eller radio. Även Missildine (2008, 20) påvisar i sin studie att en hög ljudnivå och starkt ljus påverkar den äldres förmåga att sova.

6.3 Vårdandet ur ett sjuksköterskaperspektiv

Respondenten delade in huvudkategorin **vårdandet ur ett sjuksköterskaperspektiv** i två underkategorier: sjukskötarens roll samt sömnhygien och sömnutbildning.

6.3.1 Sjukskötarens roll

Sjukskötaren bör förstå vilka sömnförändringar som sker vid åldrandet, möjliga orsaker och konsekvenser av sömnstörningar samt olika former av behandling och deras effektivitet (Krishnan & Hawranik, 2008, 590). Sådan vårdpersonal som har en sund förståelse och goda kunskaper om sömnstörningar kan ge bättre vård till de äldre och ge god information till de äldre om hur de kan hantera sina sömnstörningar (Tsai, Wong &

Ku, 2008, 1225). Missildine (2008, 20) påpekar även vikten av en god kunskap gällande äldres sömn för att kunna hantera äldres sömnsvårigheter.

Sjukskötaren har en viktig roll gällande att stödja patienter med sömnstörningar. Sjukskötaren kan undervisa, uppmuntra och stödja patienten genom att lära ut t.ex. lämplig sömnhygien. Många patienter uppskattar möjligheten att i förtroende prata med någon som de kan lita på och som inte är fördömande. Patienter kan känna att deras sömnlöshet är för obetydlig för att diskuteras med en läkare och i dessa situationer kan sjukskötaren ge råd för att förbättra sömnen. (Gilliam, 2009, 32). Sjukskötaren bör även tänka på att den äldre patienten många gånger sover mera dagtid under sin sjukhusvistelse. Därför bör sjukskötaren erbjuda möjligheter till aktiviteter dagtid för att den äldre skall kunna upprätthålla sitt sömn-vakenhetsmönster även under sjukhusvistelser. (Johnson, Gaughwin, Moore & Crane, 2005, 238).

Enligt en studie gjord av Lee, Low & Twinn (2007, 342) känner de äldre patienterna av sömnsvårigheter och förändringar i sömnmönstret under sjukhusvistelser. Det är således av stor vikt att fokusera på att utföra sömnvärderingar och monitorering av patientens sömn för att bättre förstå det annorlunda sömnmönstret hos äldre samt deras särskilda behov. Genom att sjukskötaren i början av sjukhusvistelsen tillbringar tid med patienten och diskuterar mycket med patienten, kan sjukskötaren skapa sig en god uppfattning om patientens psykosociala situation. Därmed kan sjukskötaren få kunskaper om vilka förutsättningar patienten behöver för att kunna sova gott. Studien visar även att det är den offentliga karaktären på en sjukhusavdelning som många äldre har svårt att hantera och detta gör att sömnsvårigheterna ökar.

6.3.2 Sömnhygien och sömnutbildning

Forskning har visat att när sjukskötare följde ett program angående rekommendationer för sömnhygien och även såg till att patienterna tog dagliga promenader och exponerades för mera ljus, minskade uppvaknandena nattetid hos patienterna (McCrae, 2009, 20).

Utlärning av sömnhygien klassas som icke-medicinsk behandling vid sömnstörningar. Vid utlärning av sömnhygien fokuserar man på miljöfaktorer och attityder som inverkar negativt på sömnen. Rekommendationerna angående sömnhygien innebär att upprätthålla ett regelbundet sömnschema, att motionera regelbundet men undvika motion strax före läggdags och undvika stimulerande medel som koffein strax före läggdags. Andra

rekommendationer är att se till att sovmiljön är vilsam, vilket innebär inga oljud, minskat ljus och en behaglig rumstemperatur. Slutligen rekommenderas även att undvika negativa tankar eller att fokusera på klockan. (Passarella & Duong, 2008, 929).

Sjukskötarens kunskaper om sömnhygien bör vara goda, eftersom information om sömnhygien kan vara en form av behandling av sömnstörningar. Sjukskötare bör informera patienten om betydelsen av ett hälsosamt beteende för att gynna en förbättrad sömn. Enligt Krishnan och Hawranik (2008, 595-596) är god sömnhygien att motionera regelbundet, men inte inom 3-4 timmar före läggdags, att undvika tobak, stimulerande medel, koffein och alkohol 4-6 timmar före läggdags och undvika överdrivet drickande och stora måltider 2-3 timmar före läggdags. God sömnhygien är även att undvika tupplurar dagtid, följa ett rutinmässigt sömn-vakenhetsschema sju dagar i veckan och se till att sovrummet är mörkt, har behaglig temperatur och är tyst. Vidare är det god sömnhygien att undvika obehagliga uppgifter och krävande filmer strax före läggdags, man kan istället försöka läsa eller tänka behagliga tankar före läggdags. Man bör undvika att titta på klockan och enbart utföra försiktiga aktiviteter som sällskapsspel och stretching före läggdags för att förbättra sömnkvaliteten.

Enligt Gillam (2009, 31) finns det flera tips och råd gällande beteenden som gynnar kontinuerlig och effektiv sömn, som sjukskötare kan informera sin patient om. Ifall patienten minskar på koffeinintaget och undviker all slags mat, läkemedel och drycker som innehåller koffein eller andra stimulerande medel sex timmar före läggdags så gynnar det insomnandet och sömnen. Undvikande av rökning sex timmar före läggdags och undvikande av alkoholanvändning några timmar före läggdags samt att undvika stora måltider strax före läggdags gynnar också sömnen. En stund före läggdags kan det dock vara bra att äta ett litet mellanmål.

Vidare rekommenderar Gillam (2009, 31) undvikande av motion de närmaste timmarna före läggdags, men att motionera under dagen eller tidigt på kvällen går däremot bra. Viktigt är det också att påminna patienten om att försöka hålla sig till regelbundna rutiner, aktiviteter och vakenhet skall höra ihop med dagtid medan trötthet och avslappning hör ihop med natten. Att hålla sig till samma rutiner inför sänggåendet gynnar också en god sömn. Sovrummet och sängen skall också innebära en tyst, bekväm och avslappande plats för patienten.

Rekommenderade vanor gällande sömnhygien beskrivs av Bombois m.fl. (2010, 213) som att man skall utveckla en god sömnritual, exponeras av starkt ljus tillräckligt ofta,

sovrummet skall vara en vilsam och bekväm plats (inte för varm, för bullrig eller för ljus) och man skall bara gå och lägga sig när man känner sig trött. Fler goda vanor är att man enbart sover i sitt sovrum och om man inte kan somna, så skall man förflytta sig till ett annat rum och återvända först när man känner sig sömnig.

Dåliga vanor som man skall undvika är följande: täta tupplurar dagtid, att spendera för mycket tid i sängen, ansträngande träning strax före läggdags, användning av koffein, nikotin och alkohol, titta på tv eller jobba i sängen samt äta en kraftig måltid sent (Bombois, m.fl., 2009, 213).

Enligt Wolkove m.fl. (2007b, 1450) bör god sömnhygien innebära följande: man skall använda sängen enbart för sömn och sexuell aktivitet, man skall prioritera sömnkvaliteten samt att man skall utveckla och upprätthålla goda rutiner vid läggdags. Däremot skall man undvika att ta tupplurar dagtid samt att gå och lägga sig för tidigt. Före läggdags eller redan senare på dagen skall man undvika stora måltider, koffein- och alkoholkonsumtion, rökning och träning. Träning tidigare på dagen kan däremot medföra bättre sömnkvalité. När man sedan försöker somna skall man undvika att tänka på livsbekymmer, problemlösning och ältande av händelser som inträffat under dagens lopp.

Utgående från evidensbaserade rekommendationer är sömnhygien och sömnutbildning en användbar behandlingsmetod vid sömnstörningar, även om enbart sömnhygien och sömnutbildning många gånger inte räcker till som behandling (Bloom, m.fl., 2009, 766). Från sömnhygien får man fram vilka faktorer som främjar sömnen och som således är viktiga för sjukskötare att informera den äldre om. Sjukskötaren bör även tänka på dessa sömnrutiner när hon utför sitt arbete för att således kunna hjälpa den äldre till en god sömn. (Morgan, Kucharczyk & Gregory, 2011, 280).

Enligt Fetveit och Bjorvatn (2009, 2005) hör sömnhygien eller goda sömnregler till de grundläggande åtgärderna vid icke-medicinsk behandling av insomni. Kort sagt går dessa regler ut på att sörja för och bygga upp sömnbehovet, respektera dygnsrytmen och att undvika krävande aktiviteter på kvällen och natten. Dock har det visat sig vara ineffektivt att bara ge råd om goda sömnregler åt patienten och överlåta resten åt patienten. Man bör tydligt markera vilka råd som är relevanta för just den patienten, för att patienten skall ta till sig råden och därefter hjälpa patienten att följa dessa råd.

7 Tolkning

I kapitlet om tolkning kommer respondenten att tolka resultatet utgående från den teoretiska utgångspunkten och den teoretiska bakgrunden. Respondenten utgick från Erikssons teorier angående hälsa och vårdande som teoretisk utgångspunkt till studien samt sömnen och sömnens förändringar vid åldrande som bakgrund till studien. Respondenten kommer att dela upp tolkningen i de tre olika huvudkategorierna som presenterades i resultatet: **sömnstörningar, orsaker till sömnstörningar** samt **vårdandet ur ett sjukskötarperspektiv**.

7.1 Sömnstörningar

Sammanfattningsvis kan man enligt de 20 utvalda vetenskapliga artiklarna dela in sömnstörningar i sex huvudgrupper: insomni, dygnsrytmstörningar, sömnrelaterade rörelsestörningar, sömnrelaterade andningsstörningar, hypersomnier samt parasomnier (Fetveit & Bjorvatn, 2009, 2004; Bloom, m.fl., 2009, 761-763). Utgående från dessa tyder det på att insomni är den vanligaste sömnstörningen hos äldre, eftersom ungefär hälften av alla som är över 65 år drabbas (Wolkove, m.fl., 2007a, 1299). Det är också relativt vanligt enligt studierna att äldre lider av dygnsrytmstörningar, sömnrelaterade rörelsestörningar såsom restless legs, främst hos kvinnor, och sömnrelaterade andningsstörningar, såsom sömnnapné. Hypersomnier och parasomnier hör däremot till de mer ovanliga sömnstörningarna. (Fetveit & Bjorvatn, 2009, 2006).

Enligt Eriksson (1996, 11) är hälsa en naturlig del hos människan, medan sjukdom och ohälsa kan ses som olika former av hinder som människan möter genom livet. Därmed anses sömnstörningar vara en form av sjukdom eller ohälsa. Hälsan beskrivs som en helhet av friskhet, sundhet och välbefinnande. Därför kan man inte anta att direkt frånvaro av sjukdom innebär att en människa har hälsa, utan människan själv kan avgöra vad hon anser är hälsa. Således kan man inte heller direkt anta att äldre med sömnstörningar saknar helheten av hälsa, utan den äldre kan känna god hälsa även om sömnstörningar finns. Däremot kan den äldre också mena att han saknar helheten av hälsa p.g.a. sin sömnstörning, även om ingen annan verkar inse vilken skada sömnstörningen gör hos den äldre. (Eriksson, 1996, 29-30).

Sömnen har flera grunduppgifter som beskrivs mera noggrant i kapitlet om sömnens uppgifter. Kivelä (2007,14) säger att sömnen t.ex. bevarar minnesfunktionen och ger

psykisk vila. När den äldre lider av en sömnstörning, så störs den naturliga sömnen och sömnens kvalitet försämras, vilket leder till att sömnen inte fyller sin funktion till fullo.

Sömnen fungerar som kroppens återhämtningsfas, vilket leder till att människan vid dålig sömn inte återhämtar sig helt. Kroppen vilar därför aldrig och andningsfrekvensen, hjärtfrekvensen, kroppstemperaturen och blodtrycket sänks inte som de vanligen gör under sömnen. (Åkerstedt, 2010, 2072).

Däremot behöver man även tänka på att sömnen förändras när man blir äldre. Djupsömnen minskar hos äldre och den lätta sömnen ökar, vilket leder till fler uppvaknanden under natten. (Dehlin & Rundgren, 2007, 321-322). Insomni karakteriseras många gånger av flera uppvaknanden under natten (Wolkove, m.fl., 2007a, 1299). Tar man i beaktande att djupsömnen minskar hos äldre kan diagnosen insomni ibland vara en normal åldersförändring.

När man blir äldre kan också dygnsrytmen förändras en aning och detta leder till att den äldre lägger sig tidigare på kvällen och vaknar tidigare på morgonen (Dehlin & Rundgren, 2007, 321-322). En vanlig form av sömnstörningar är dygnsrytmstörningar med tidiga uppvaknanden och trötthet tidigt på kvällen (Fetveit & Bjorvatn, 2009, 2005). Även denna form av sömnstörning kan hos äldre vara en vanlig åldersförändring.

Insomni kännetecknas många gånger som svårigheter att somna (Ancoli-Israel & Ayalon, 2006, 96). Utgående från Dehlin och Rundgren (2007, 321-322) blir det en förändring i insomningstiden när man blir äldre och insomningstiden kan pågå från 15 minuter upp till en timme.

För att människan skall få en långsiktigt god hälsa är det viktigt med en god sömn (Kivelä, 2007, 13). I Erikssons (1996, 11) teorier beskrivs hälsan som en naturlig del hos människan och sömnen är således en mycket viktig del i en god hälsa. De olika formerna av sömnstörningar (Fetveit & Bjorvatn, 2009, 2004; Bloom, m.fl., 2009, 761-763) medför därför svårigheter för den äldre att upprätthålla en god hälsa.

7.2 Orsaker till sömnstörningar

Utgående från de vetenskapliga artiklarna kan sömnstörningar förorsakas av flera orsaker, som i resultatet framkom under underkategorierna medicinska orsaker, psykiska orsaker, läkemedelsorsaker samt övriga orsaker.

Relaterat till den teoretiska utgångspunkten hälsa enligt Eriksson (1996, 29-30) framkommer friskhet, sundhet och välbefinnande som grunderna för hälsa och således kan mer än medicinska orsaker vara grunden till sömnstörningar. Detta beskriver bl.a. Milner och Belicki (2010, 238) i sin studie om insomni hos äldre.

Förändringar i sömnen hos den äldre kan även leda till att den äldre anser att sömnen har blivit försämrad (Dehlin & Rundgren, 2007; Kivelä, 2007, 2010). I de vetenskapliga artiklarna som analyserats framkommer även dygnsrytmförändringar hos den äldre som en orsak till sömnstörningar (Milner & Belicki, 2010, 238; Ancoli-Israel & Ayalon, 2006, 96-97).

7.3 Vårdandet ur ett sjukskötarperspektiv

Sjukskötaren kan bidra på flera sätt till att skapa en god möjlighet för den äldre att sova gott. Från de vetenskapliga artiklarna framkom att sjukskötaren bör ha en gedigen kunskap om den äldres sömn, sömnstörningar samt behandlingsformer för att kunna hjälpa den äldre till en god sömn (Krishnan & Hawranik, 2008; Tsai, m.fl., 2008).

Eriksson (2000, 19-26) anser att vårdande innebär en kombination av att ansa, leka och lära för att vården på bästa sätt skall omfatta hela människan. För sjukskötarens del är därför vårdandet i sin helhet särskilt viktigt för att den äldre människan ska sova gott. I en studie gjord av Lee m.fl. (2007, 342) påvisas vikten av att sjukskötaren finns till för patienten och att sjukskötaren vårdar, lyssnar och hjälper. I dagens vård har den naturliga vården helt eller delvis ersatts av den professionella vården som sjukskötaren utför (Eriksson, 2000, 9-12). Sjukskötaren har därför en viktig uppgift genom att se människans helhet i sin vård, för att den äldre skall få en god grund till en tillfredsställande sömn under natten.

Sjukskötaren kan hjälpa den äldre att sova bättre genom att lära ut sömnhygien. Det har dock visat sig att enbart en lista på goda råd inte fungerar som hjälp vid sömnstörningar, utan sjukskötaren bör tydligt redogöra för vad den äldre bör tänka på för att få en bättre sömn samt ge konkreta råd om hur den äldre kan förändra sin sömnhygien (Fetveit & Bjorvatn, 2009, 2005). Erikssons (2000, 26-32) teori om vårdande med ansning, lekande och lärande som centrala punkter i olika vårdsituationer stöder således Fetveit & Bjorvatn (2009, 2005) och Gilliam (2009, 32) resultatet angående att sjukskötaren både skall undervisa, förklara, hjälpa och finnas till hands för den äldre för att den äldre skall ha möjlighet att uppnå en bättre sömn.

8 Kritisk granskning

I kapitlet kritisk granskning kommer respondenten att göra en kritisk granskning av sitt examensarbete. Den kritiska granskningen baserar sig på Larssons (1994) kvalitetskriterier för kvalitativa studier. Kvalitetskriterierna som respondenten har valt att använda sig av är etiskt värde, struktur och heuristiskt värde.

8.1 Etiskt värde

När man gör en vetenskaplig studie är det viktigt med en god etik. Forskaren måste vara försiktig för att inte dra förhastade slutsatser som kan leda till förvrängda resultat. Forskningen uppfyller en god etik om forskaren inte undanhåller eller förvränger information i studien. Forskaren ska redovisa det verkliga resultatet av sin studie. (Larsson, 1994, 171-172).

Respondentens mål har varit att försöka jämställa allt material och behandla materialet korrekt. Eftersom en stor del av artiklarna har varit på engelska har respondenten enligt bästa förmåga försökt tolka artiklarna utan att förvränga eller omvandla artiklarnas innehåll. En risk för eventuella översättningsfel eller tolkningsfel kan ha uppstått vid översättningen av artiklarna. Respondenten har inte medvetet försökt tillägga eller undanhålla information för att få fram ett passande resultat.

8.2 Struktur

Enligt Larsson (1994, 173-175) innebär struktur att det resultat man har kommit fram till bör ha en god struktur och vara överskådligt. Resultatet skall vara klart, tydligt och lättläst för att läsaren skall finna den röda tråden genom hela arbetet.

Respondenten har försökt skriva detta examensarbete på ett tydligt och lättläst sätt. Syftet och frågeställningarna är tydligt beskrivna i början av arbetet och resultatet har via kvalitativ innehållsanalys indelats i tre huvudkategorier och därefter i flera underkategorier för att underlätta för läsaren att följa med i resultat- och tolkningsdelen. Den röda tråden i arbetet märks genom att respondenten tydligt och lätt kan tolka examensarbetets resultat utgående från den teoretiska utgångspunkten och den teoretiska bakgrunden.

8.3 Heuristiskt värde

Vid kvalitativ forskning är kravet att studien skall ge mera kunskap och i bästa fall göra att man ser verkligheten med nya ögon. Heuristiskt värde förklaras som en metod där man finner någonting nytt eller bekräftar sådant som tidigare varit känt i sin studie. Enligt heuristiskt värde kan man mäta värdet på en kvalitativ studie genom att se hur mycket som man efter studien kan se på ett nytt sätt, d.v.s. medför studien att läsaren börjar tänka annorlunda angående något i verkligheten. (Larsson, 1994, 179-180).

Eftersom studiens syfte uppfylldes i denna studie, hoppas respondenten att läsarna kan ta till sig denna kunskap om äldres sömn och även använda den inom vården. Särskilt viktigt är det att ha kunskap om de förändringar som sker i sömnen när man blir äldre och i denna studie kommer dessa förändringar fram som en indirekt och direkt påverkan på sömnen. Respondenten tycker själv också att hon har lärt sig mycket om sömnen hos de äldre och även frånvaron av sömn genom denna studie. Respondenten anser även att vårdandet ur ett sjukskötarperspektiv framkommer på ett bra sätt i studien, som kan bidra till nya insikter om hur sjukskötaren kan hjälpa den äldre att sova gott.

9 Diskussion

Respondenten anser att detta examensarbete har varit mycket intressant att göra samt att ämnet visade sig ha oändliga möjligheter. Respondenten anser att studiens syfte samt frågeställningar har blivit klart och tydligt besvarade i denna litteraturstudie. Resultaten som framkom var tydliga och inga oväntade resultat upptäcktes. Däremot blev respondenten lite förvånad angående att praktiska åtgärder som kan främja sömnen, t.ex. att ge patienten ett glas varm mjölk, inte verkar finnas i någon litteratur.

Studiens resultat påvisar de vanligaste sömnstörningar hos äldre samt vad som kan förorsaka sömnstörningar. I resultatet redovisades även vårdandet ur ett sjukskötarperspektiv, där ett flertal råd till sjukskötaren framkom. Vårdandet ur ett sjukskötarperspektiv hoppas respondenten att ger en ny insikt eller en påminnelse om sjukskötarens roll vid den äldres sömn och sömnproblem. Även sambanden mellan normala åldersförändringar och sömnstörningar ser respondenten som en viktig kunskap som sjukskötare bör ha kännedom om.

Respondenten hade ursprungligen tänkt göra en litteraturstudie om icke-medicinsk behandling vid äldres sömnstörningar, men efter att respondenten hade gjort ett flertal databassökningar visade det sig att det fanns relativt få vetenskapliga studier gjorda om icke-medicinsk behandling som var från 2000-talet. Eftersom respondenten ville få en god litteraturgrund till sin studie valde respondenten att ändra sitt syfte samt sina frågeställningar till de nuvarande som finns i studien.

Svårigheten med denna litteraturstudie har varit att hitta vetenskapligt material som baserar sig på nyligen gjorda studier. En stor del av de vetenskapliga artiklar som behandlar äldres sömn och äldres sömnstörningar har gjorts som litteraturöversikt och återspeglar därför flera andras åsikter angående ämnet. Artiklarna som litteraturöversikterna baserades på kunde i ett flertal fall vara ganska gamla. En anledning till svårigheterna med att hitta nytt vetenskapligt material är troligen att det är svårt att genomföra diverse studier angående äldres sömn och äldres sömnstörningar, både p.g.a. etiska rättigheter samt att det hela tiden är ett stort naturligt bortfall från undersökningsgrupperna. Det kan vara svårt att få en studie bland äldre godkänd, särskilt då det t.ex. kan vara frågan om äldre med demenssjukdomar, som själva inte kan bestämma om de vill vara med i en studie eller inte.

Fortsättningsvis behövs det mer forskning angående äldres sömn för att på bästa sätt kunna hjälpa den äldre människan att sova gott under nätterna. Forskning angående icke-medicinsk behandling och dess verknings effekt skulle vara ett intressant område att få veta mera om och det skulle även gynna den äldres hälsa. Den medicinska behandlingens möjligheter och biverkningar skulle också vara ett intressant ämne att få veta mera om.

Vidare forskning kunde man också göra angående sömnens förändring när människan blir äldre, för att det skulle bli mer allmänt känt vilka naturliga förändringar som sker när människan åldras. Sådan kunskap kunde kanske leda till större användning av icke-medicinsk behandling vid sömnproblem istället för enbart medicinsk behandling. En viktig sak att tänka på gällande medicinsk behandling av sömnproblem är att läkemedelsbehandlingen inte skall pågå under en längre tid, utan rekommendationen är att använda läkemedel endast ett fåtal veckor samt att doseringen hos äldre borde vara mindre än hos yngre människor (Partinen, Isoaho, Kajaste, Lagerstedt, Lohi, Paakkari, Partonen, Patja, Saarenpää-Heikkilä & Seppälä, 2008, 1791-1792).

Utgående från sjukskötarperspektivet anser respondenten att det kunde vara intressant att göra en studie om sjukskötares egna erfarenheter om äldres sömn och sömnstörningar. I

en sådan studie kunde sjukskötare också få delge sina egna råd gällande främjande av en god sömn hos äldre.

Slutligen anser respondenten att examensarbetet i sin helhet belyser den äldres sömnstörningar och vårdandet av den äldres sömn på ett sätt som ger läsaren en god inblick i ämnet. Dessutom hoppas respondenten att detta examensarbete ökar intresset för främjandet av en god sömn hos den äldre.

Källförteckning

Ancoli-Israel, S. & Ayalon, L. (2006). Diagnosis and Treatment of Sleep Disorders in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (2), 95-102.

Bell, J. (2006). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Bloom, H., Ahmed, I., Alessi, C., Ancoli-Israel, S., Buysse, D., Kryger, M., Phillips, B., Thorpy, M., Vitiello, M. & Zee, P. (2009). Evidence-Based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (5), 761-789.

Bombois, S., Derambure, P., Pasquier, F. & Monaca, C. (2010). Sleep disorders in aging and dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14 (3), 212-217.

Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder, för medicin och beteendevetenskap*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Cochen, V., Arbus, C., Soto, M.E., Villars, H., Tiberge, M., Montemayor, T., Hein, C., Veccherine, M.F., Onen, S.-H., Ghorayeb, I., Verny, M., Fitten, L.J., Savage, J., Dauvilliers, Y. & Vellas, B. (2009). Sleep disorders and their impacts on healthy, dependent, and frail older adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13 (4), 322-329.

Dehlin, O. & Rundgren, Å. (2007). *Geriatrisk*. Lund: Studentlitteratur.

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Edéll-Gustafsson, U. (2009). Kvalitetsindikationer för patienter med störd sömn. Ingår i Idwall, E. (red) *Kvalitetsindikationer inom omvårdnad*. Stockholm: Gothia Förlag och Svensk sjuksköterskeförening.

Eriksson, K. (1991). *Broar. Introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Åbo: Åbo Akademi.

Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (2000). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

Fastbom, J. (2006). *Äldre och läkemedel*. Stockholm: Liber.

Fetveit, A. & Bjorvatn, B. (2009). Sovnforstyrrelser hos eldre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129 (19), 2004-2006.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra en systematisk litteraturstudie*. Stockholm: Natur och Kultur.

GERDA Botnia (u.å.) <http://web.novia.fi/gerda/> (hämtat: 01.11.2011).

Gillam, T. (2009). Understanding primary insomnia in older people. *Nursing Older People*, 21 (3), 30-33.

Grafström, M. & Nilsson, J.L.G. (red.) (2010). *Äldre, läkemedel och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hanson, U., Lindgren, K. & Nordvall, L. (2010). *Vad är en vetenskaplig artikel?* Karolinska Institutet.
<http://ki.se/ub/vetenskapligartikel> (hämtat: 20.10.2011).

Hidalgo, J., Gras, C., Garcia, Y., Lapeira, J., del Campo, J. & Verdejo, M. (2007). Functional status in the elderly with insomnia. *Quality of Life Research*, 2007 (16), 279-286.

Hiltunen, E., Holmberg, P., Jyväsjärvi, E., Kaikkonen, M., Lindblom-Ylänne, S., Nienstedt, W. & Wähälä, K. (red.) (2007). *Galenos. Människokroppen möter omgivningen*. Helsingfors: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Johnson, A., Gaughwin, B., Moore, N. & Crane, R. (2005). Long-stay views from the hospital bed: patient perspectives of organization of care and impact of hospitalisation. *Australian Health Review*, 29 (2), 235-240.

Kivelä, S-L. (2007). *Styrka och kraft ur sömnen. God sömn vid äldre år*. Helsingfors: Kirjapaja.

Kivelä, S-L. (2010). *Vi äldre människor och våra mediciner*. Helsingfors: Kirjapaja.

Krishnan, P. & Hawranik, P. (2008). Diagnosis and management of geriatric insomnia: A guide for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2008 (20), 590-599.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P. *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Lee, C., Low, L. & Twinn, S. (2007). Older men's experience of sleep in the hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 2007 (16), 336-343.

Makhlouf, M., Ayoub, A. & Adbel-Fattah, M. (2007). Insomnia symptoms and their correlates among the elderly in geriatric homes in Alexandria, Egypt. *Sleep Breath*, 2007 (11), 187-194.

McCrae, C. (2009). Late-Life Comorbid Insomnia: Diagnosis and Treatment. *The American Journal of Managed Care*, 15 (1), 14-23.

Milner, C. & Belicki, K. (2010). Assessment and Treatment of Insomnia in Adults: A Guide for Clinicians. *Journal of Counseling and Development*, 88 (2), 236-244.

Missildine, K. (2008). Sleep and the Sleep Environment of Older Adults in Acute Care Settings. *Journal of Gerontological Nursing*, 34 (6), 15-21.

Morgan, K., Kucharczyk, E. & Gregory, P. (2011). Insomnia: evidence-based approaches to assessment and management. *Clinical Medicine*, 11 (3), 278-281.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Partinen M., Isoaho, R., Kajaste, S., Lagerstedt, R., Lohi, J., Paakkari, I., Partonen, T., Patja, K., Saarenpää-Heikkilä, O. & Seppälä, M. (2008). Käypä hoito –suositus. Unettomuus. *Duodecim*. 124 (15), 1782-1794.

Passarella, S. & Duong, M-T. (2008). Diagnosis and treatment of insomnia. *American Society of Health-System Pharmacists*, 65 (15), 927-934.

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Riikola, T. & Partinen, M. (2008). *Sömnlöshet*. Duodecim – Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khr00071 (hämtat: 15.09.2011).

Sok, S. (2007). Sleep patterns and insomnia management in Korean-American older adult immigrants. *Journal of Clinical Nursing*, 2007 (17), 135-143).

Tsai, Y-F., Wong, T. & Ku, Y-C. (2008). Self-care management of sleep disturbances and risk factors for poor sleep among older residents of Taiwanese nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 2008 (17), 1219-1226.

Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M. & Palayew, M. (2007). Sleep and Aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *Canadian Medical Association Journal*, 176 (9), 1299-1304.

Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M. & Palayew, M. (2007). Sleep and Aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *Canadian Medical Associations Journal*, 176 (10), 1449-1454.

Åkerstedt, T. (2010). Livsstilen påverkar sömnen – på gott och ont. *Läkartidningen*. 2010 (36), 2072-2076.

FÖRFATTARE	TITEL	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Ancoli-Israel, S. & Ayalon, L.	Diagnosis and Treatment of Sleep Disorders in Older Adults	2006	Syftet med studien är att ge en sammanfattning av de vanligaste sömnstörningarna samt deras diagnostiseringar och behandlingar.	Klinisk litteraturöversikt	Sömnen visar sig bli ytligare när man åldras. Däremot verkar det som de äldre, som inte har några särskilda hälsoproblem från tidigare, har bättre sömn än övriga äldre.
Bloom, H., Ahmed, I., Alessi, C., Ancoli-Israel, S., Buysse, D., Kryger, M., Phillips, B., Thorpy, M., Vitiello, M. & Zee, P.	Evidence-Based Recommendations for the Assessment and Management of Sleep Disorders in Older Persons	2009	Studiens syfte var att öka läkarnas generella förståelse för äldres sömnstörningar, beskriva specifika sömnstörningar som drabbar äldre och föreslå evidensbaserade rekommendationer vid bedömning och behandling av äldres sömnstörningar.	Baserad på evidensbaserade rekommendationer	Studien beskriver olika sömnstörningar och behandlingar.

FÖRFATTARE	TITEL	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Bombois, S., Derambure, P., Pasquier, F. & Monaca, C.	Sleep Disorders in Aging and Dementia	2010	Syftet med artikeln är att beskriva olika sömnstörningar hos äldre och dementa, samt medicinska och icke-medicinska behandlingsmetoder.	Litteraturöversikt av litteratur som behandlar sömn hos äldre och dementa.	Det finns en hel del litteratur som behandlar sömn hos äldre och dementa, men är ändå begränsad p.g.a. svårigheten med att få korrekt självrapportering angående sömn och den höga förekomsten av komorbiditet hos äldre.
Cochen, V., Arbus, C., Soto, M.E., Villars, H., Tiberge, M., Montemayor, T., Hein, C., Veccherini, M.F., Onen, S.-H., Ghorayeb, I., Verny, M., Fitten, L.J., Savage, J., Dauvilliers, Y. & Vellas, B.	Sleep disorders and their impact on healthy, dependent and frail older adults	2009	Studiens syfte är att beskriva sömnstörningar som observeras hos friska och självständiga äldre.	Litteraturstudie som omfattar 106 studier.	Även friska äldre klagar över sin sömn. Problemen de nämner är t.ex. att de inte är utvilade när de vaknar, att de vaknar tidigt, har problem att somna, dagliga tupplurar och ett flertal nattliga uppvaknanden.

FÖRFATTARE	TITEL	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Fetveit, A. & Bjorvatn, B.	Søvnforstyrrelser hos elder	2009	Artikeln behandlar de vanligaste sömnstörningarna hos äldre, med fokus på kännetecken och behandling.	Översiktsartikel baserad på egen klinisk samt forskningsbaserad erfarenhet och PubMed-litteratursökning	Sömnstörningar måste utredas för att kunna behandlas. Mest känd är den medicinska behandlingen, men det finns även flera icke-medicinska behandlingsmetoder som ger gott resultat.
Gillam, T.	Understanding primary insomnia in older people	2009	Syftet är att öka sjukskötarens medvetenhet angående kunskaper om insomni och dess behandling.	Evidensbaserade rekommendationer	Sjukskötare som har en ökad medvetenhet om sömnens betydelse, tecken på insomni och vägledning om dess behandling, kan på ett bättre sätt hjälpa de miljontals människor som drabbats av sömnlöshet att få en bättre livskvalitet.

FÖRFATTARE	TITEL	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Hidalgo, J., Gras, C., Garcia, Y., Lapeira, J., del Campo, J. & Verdejo, M.	Functional status in the elderly with insomnia	2007	Studiens syfte var att uppskatta sambandet mellan primär insomni, graden av psykisk funktion, depression och ångestsymtom, psykiskt välmående och konsumering av psykofarmaka hos äldre.	Observationsstudie.	Omkring 34 % av de äldre erkände att de har problem med sömnen, men endast 20,3 % fullföljde kriterierna för en primär insomni. Att ha någon form av ångest, låg livstillfredsställelse och använda sig av psykofarmaka hörde ihop med primär insomni i den grupp som blev intervjuad.
Johnson, A., Gaughwin, B., Moore, N. & Crane, R.	Long-stay views from the hospital bed: patient perspectives of organization of care and impact of hospitalization	2005	Studiens syfte var att fastställa en patientgrupps perspektiv på organiseringen av vården samt hur patientgruppen blir påverkad av sjukhusvistelsen.	Strukturerade intervjuer med frågeformulär gjordes med 19 patienter.	De flesta patienterna i studien upplevde svårigheter med sömnen under sin sjukhusvistelse.

FÖRFATTARE	TITEL	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Krishnan, P. & Hawranik, P.	Diagnosis and management of geriatric insomnia: A guide for nurse practitioners	2008	Diskussion angående bedömning, diagnos och behandling av geriatrisk insomni.	Litteraturöversikt av publicerade forskningsartiklar och läroböcker.	Besvär med insomni bland äldre blir ofta ignorerade. Insomni anses vara en normal del av åldrandeprocessen eller så ses insomni som ett svårbehandlat tillstånd. Äldres insomni är en utmaning för primärvården eftersom det finns brist på evidensbaserade kliniska riktlinjer och de alternativa behandlingssätten är begränsade.
Lee, C., Low, L. & Twinn, S.	Older men's experiences of sleep in the hospital	2007	Syftet med studien var att undersöka sömnupplevelserna hos äldre patienter under en sjukhusvistelse.	Beskrivande kvalitativ metod. Upprepade strukturerade intervjuer och en vecko-sömndagbok gjordes med sex informanter.	Ur resultatet framkom sju kategorier angående de äldres sömn: sönmönstret under sjukhusvistelse, offentligheten i avdelningsmiljön, känslan av hjälplöshet, kulturella seder och regler, uppfattningen av sömnstörningar, konsekvenserna av sömnförlusten och hjälpmedel till att främja sömnen.

FÖRFATTARE	TITEL	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Makhlouf, M., Ayoub, A. & Abdel- Fattah, M.	Insomnia symptoms and their correlates among the elderly in geriatric homes in Alexandria, Egypt	2007	Studiens syfte var att fastställa förekomsten av symtom på insomni bland äldre som bor på ett boende i Alexandria.	Tvärsnittsundersökning med frågeformulär vid ett flertal äldreboende bland ett representativt urval på 177 personer.	Symtom på insomni visade sig vara vanligt förekommande hos de äldre på boendet. 74,6 % av deltagarna i undersökningen visade symtom på insomni.
McCrae, C.	Late-life comorbid insomnia: Diagnosis and treatment	2009	En redogörelse för diagnos och behandling av äldre med insomni.	Litteraturbaserad rapport.	Komorbid insomni visar sig vara ett stort problem bland den äldre befolkningen.
Milner, C. & Belicki, K.	Assessment and Treatment of insomnia in adults: A guide for clinicians	2010	Syftet med studien är att göra en översikt av de för tillfället bästa råden för bedömningar och behandlingar av insomni.	Litteraturbaserad översikt.	Diagnostisering och behandling sammanfattad samt möjliga orsaker till sömnstörningar behandlas.

FÖRFATTARE	TITEL	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Missildine, K.	Sleep and the sleep Environment of Older Adults in Acute Care Settings	2008	Studiens syfte var att beskriva sömnkaraktären hos äldre på sjukhus och den nattliga miljö med ljud och ljus som de möter där.	Beskrivande pilotstudie med intervjuer som gjordes under en månads tid på en 50 platsers medicinsk avdelning.	Deltagarna i studien visade sig ha stora problem med sömnen under sin sjukhusvistelse.
Morgan, K., Kucharczyk, E. & Gregory, P.	Insomnia: evidence-based approaches to assessment and management	2011	Delge evidensbaserade tillvägagångssätt vid bedömning och behandling av insomni.	Evidensbaserad litteratur.	Insomni beskrivs angående diagnos, orsak, klinisk bedömning och behandling.
Passarella, S. & Duong, M-T.	Diagnosis and treatment of insomnia	2008	Sammanfattning av diagnoskriterier och behandling vid insomni.	Klinisk översikt	Det finns många behandlingssätt för personer med insomni. Beteendeterapi borde enligt denna studie alltid vara det behandlingssätt man prövar först.

FÖRFATTARE	TITEL	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Sok, S.	Sleep patterns and insomnia management in Korean-American older adult immigrants	2008	Syftet med studien var att beskriva sömnmönstret och behandlingen av insomni hos första generationens äldre koreansk-amerikanska immigranter.	Deskriptiv enkätstudie, som bestod av fyra frågeformulär.	De flesta av patienterna upplevde sömnavbrott och var inte nöjda med sin sömn. Däremot var det fler kvinnor än män som var villiga att använda icke-medicinskbehandling för att förbättra sin sömn.
Tsai, Y-F., Wong, T. & Ku, Y-C.	Self-care management of sleep disturbances and risk factors for poor sleep among older residents of Taiwanese nursing homes	2008	Studiens syfte var att förklara strategier för egenvård av sömnstörningar och vilka riskfaktorer som finns på vårdhem i Taiwan som kan bidra till en dålig sömn hos äldre.	Tvärsnittundersökning, med frågeformulär vid nio slumpmässigt utvalda vårdhem i Taiwan.	Studien visar att det finns hög förekomst av dålig sömn bland äldre vid vårdhem i Taiwan.

FÖRFATTARE	TITEL	ÅRTAL	SYFTE	METOD	RESULTAT
Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M. & Palayew, M.	Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people	2007	Syftet med studien var att sammanfatta flera av de viktigaste sömnstörningar som ofta observeras hos äldre.	Litteraturbaserad översikt.	De vanligaste sömnstörningarna hos äldre beskrivs klart och kortfattat. Sömnstörningarna som behandlas är: insomni, REM- sömnbeteendestörning, narkolepsi, periodic leg movements, snarkning samt sömnapné.
Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M. & Palayew, M.	Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people	2007	Studiens syfte var att sammanfatta behandlingarna vid de vanligaste sömnstörningarna. Studien är en fortsättning av ”Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people”-studien av samma författare.	Litteraturbaserad översikt.	Behandlingen vid de vanligaste sömnstörningarna hos äldre beskrivs.