

”Jag vill sova, men jag kan inte”

- **En empirisk, kvalitativ studie om äldres sömn och sömnstörningar**

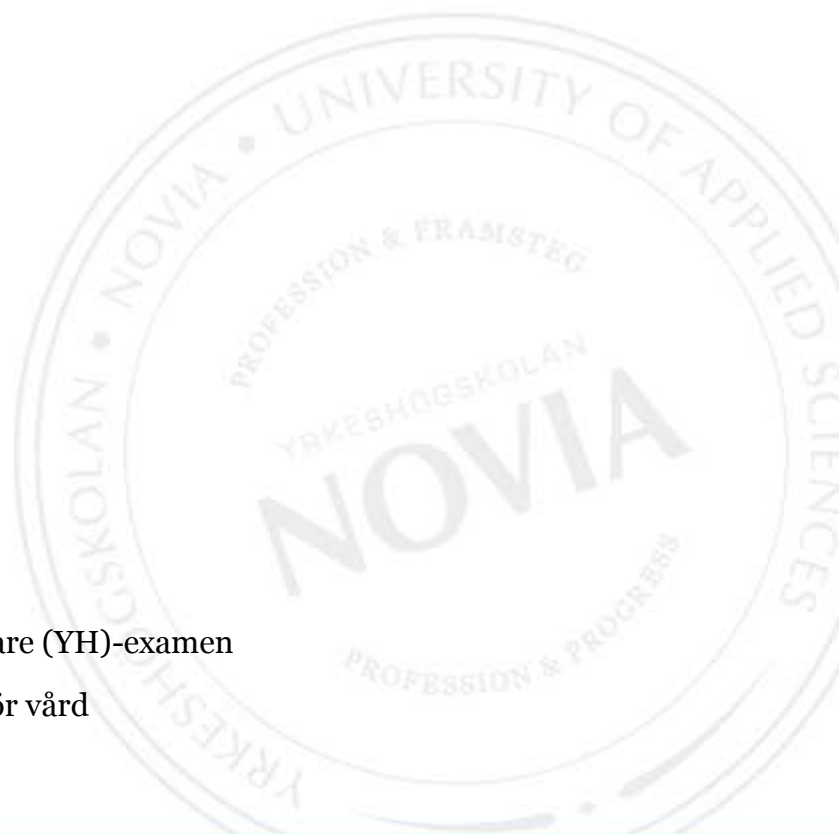
Emmi Hannus

Ulrika Brännbacka

Lärdomsprov för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Emmi Hannus & Ulrika Brännbacka
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Vårdarbete
Handledare: Barbro Mattsson-Lidsle

Titel: ”Jag vill sova, men jag kan inte” – En empirisk, kvalitativ studie om äldres sömn och sömnstörningar

Datum 21.08.2013 Sidantal 44 Bilagor 2

Abstrakt

Syftet med detta examensarbete är att ta reda på fakta om sömnen, sömnstörningar bland äldre och vilka typer av sömnstörningar det handlar om samt vilka typer av hjälpmedel eller metoder det finns att ta till för att underlätta problemen. Frågeställningarna lyder: Vad är sömn och vilka uppgifter har den? Varför uppkommer sömnsvårigheter (bland äldre)? Vilka metoder kan man ta till för att minska sina sömnstörningar?

Som teoretisk utgångspunkt valdes Dorothea Orems omvårdnadsteori med fokus på egenvård. Studien är kvalitativ och undersökningen utgjordes av personliga, semistrukturerade intervjuer där 6 informanter deltog. Intervjusvaren analyserades med hjälp av innehållsanalys. Examensarbetet är ett beställningsarbete för projektet Aktiverande TV.

Studiens intervju resulterade i sex kategorier; god sömn, användning av sömnläkemedel, sömnmetoder, åldersrelaterade förändringar, förekomst av sömnproblem och vila. Det framkom att insomnandet samt oavbruten sömn var av största vikt för den äldre människan. Av våra intervjudeltagare använde sig majoriteten inte av sömnläkemedel. God sömnhygien och yttre stimuli är betydelsefull för sömnen. Deltagarna nämnde, vilket även framkommit av tidigare forskning, olika knep för självhjälp till god sömn. Sömnstrukturen förändras med stigande ålder och hos våra intervjudeltagare hade hälften sömnstörningar. Resultatet påvisar att sömnstörningar är ett vanligt problem hos den äldre. För att kunna minska problemen samt användningen av sömnläkemedel behövs ytterligare kunskap och forskning. Utgående från resultatet framställdes en broschyr med fakta om sömnen.

Språk: Svenska Nyckelord: Sömn, sömnens uppgifter, sömnstörningar, äldre, egenvård, läkemedel

Examensarbetet förvaras i Yrkeshögskolan Novias bibliotek samt i databasen Theseus.

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Emmi Hannus & Ulrika Brännbacka
Koulutusohjelma ja paikkakunta: Hoito, Vaasa
Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Hoitotyö
Ohjaajat: Barbro Mattsson-Lidsle

Nimike: ”Haluan nukkua, mutta en pysty” – empiirinen tutkimus vanhusten unesta ja niiden unihäiriöistä

Päivämäärä 21.08.13

Sivumäärä 44

Liitteet 2

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tosiasioita unesta, vanhusten unihäiriöistä ja minkälaisista unihäiriöistä on kyse sekä minkälaisia apuvälineitä tai menetelmiä on olemassa joiden avulla voidaan helpottaa ongelmaa. Kysymykset kuuluvat: Mikä on uni ja mitkä ovat unen tehtävät? Miksi univaikeuksia tulee vanhusten keskuudessa? Mitä menetelmiä voidaan käyttää unihäiriöiden vähentämiseksi?

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on Dorothea Oremin hoitotyön teoria keskittyen omahoitoon. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen ja tutkimus tehtiin henkilökohtaisilla, semi-jäsentämisillä haastatteluilla joihin 6 ilmoittautujaa osallistui. Materiaali on analysoitu kvalitatiivisen sisältöanalyysin avulla. Opinnäytetyö on tilaustyö projekti Aktivointi TV:n hankkeelle.

Tutkinnon haastattelusta muodostui kuusi kategoriaa; Hyvä uni, unilääkkeiden käyttö, unimenetelmiä, ikääntymiseen liittyvien muutoksia, unihäiriöiden esiintyvyys ja lepääminen. Tuli esiin että nukahtaminen sekä katkeamaton yöuni oli kaikista tärkein iäkkäille ihmisille. Meidän haastatteluun osallistujista suurin osa ei käyttänyt unilääkkeitä. Hyvä unihygiena ja ulkoinen ärsyke on tärkeitä asioita unta varten. Osallistujat kertoivat, joka myös tulee esiin aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa, erilaisia omia keinoja hyvän unen saamiseksi. Unirakenne muuttuu iän myötä ja haastatteluun osallistujista puolella unihäiriöitä. Tutkimuksen tulos osoittaa että unihäiriöt ovat tavalliset iäkkäillä ihmisillä. Jotta voitaisiin vähentää ongelmia sekä unilääkkeiden käyttöä tarvitaan enemmän tietoutta ja tutkimuksia. Tulosten perusteella valmistui esite sisältäen tosietoa unesta.

Kieli: ruotsi
lääkitys

Avainsanat: Uni, unen tehtävät, unihäiriöt, vanhukset, omahoito,

Opinnäytetyö säilytetään ammattikorkeakoulu Novian kirjastossa sekä tietokannassa Theseus.

BACHELOR'S THESIS

Author: Emmi Hannus & Ulrika Brännbacka
Degree Programme: Health Care, Vaasa
Specialization: Nursing
Supervisors: Barbro Mattsson-Lidsle

Title: "I want to sleep, but I can't" – an empirical, qualitative study about sleep among elderly and sleep disorders.

Date 21.08.2013 Number of pages 44 Appendices 2

Summary

The purpose of this thesis is to make researches into aspects of sleep, sleep disturbance among elderly and different kinds of disturbances there are and possible methods to ease the problems. The research questions are: What is sleep and which purposes does it have? Why does sleep disturbance emerge (among the elderly)? Which approaches can be taken to decrease sleep disturbance?

As a theoretical basis, Dorothea Orem was chosen with her theory of nursing with a focus on self-care. The research consisted of personal, semi structured interviews where 6 respondents participated. Interview responses were analyzed using content analysis. The thesis is a commissioned work for the project Aktivointi TV.

The study's interview resulted in six categories; good sleep, the use of sleep medications, sleep methods, age-related changes, sleep disorder frequency and rest. It was revealed that falling asleep and uninterrupted sleep was paramount for the older people. Of our interview participants, the majority did not use sleep medications. Good sleep hygiene and external stimuli is important for sleep. The participants mentioned various tricks to help themselves to achieve good sleep, this has also been presented in previous research. Sleep structure changes with increasing age and of our interview participants, half suffered from sleep disorders. The result demonstrates that sleep disturbance is a common problem in the elderly. In order to reduce the problems and the use of sleep medication, additional knowledge and research is needed. Based on the results there was prepared a brochure with facts about sleep.

Language: Swedish
self-care, medication

Key words: Sleep, sleep functions, sleep disorders, elderly,

The thesis is stored in Novia University of Applied Sciences library and the database Theseus.

Innehåll

1 Inledning	1
2 Syfte och frågeställningar	1
3 Teoretiska utgångspunkter	2
3.1 Orems begreppsram	2
3.2 Egenvård	3
3.3 Egenvårdskapacitet	3
3.4 Egenvårdsbehov	3
3.5 Egenvårdsbrist.....	4
3.6 Omvårdnadssystem	5
3.7 Omvårdnadskapacitet.....	5
4 Teoretisk bakgrund	5
4.1 Sömnens uppgift	5
4.2 Sömnstruktur.....	6
4.3 Sömnens förändringar hos äldre	8
4.4 Orsaker till sömnstörningar.....	9
4.5 Sömnläkemedel.....	11
4.6 Olika typer av sömnstörningar.....	13
4.6.1 Restless legs	13
4.6.2 Sömnapné.....	13
4.6.3 Narkolepsi	14
4.6.4 Insomni	14
4.6.5 Fördröjd och tidigarelagd sömnperiod.....	14
4.6.6 Dygnsrytmstörningar	15
4.6.7 Skenbar sömnlöshet	15
4.7 Olika metoder för att undvika sömnlöshet.....	15
4.7.1 Sovvanor	16
4.7.2 Motion och sociala aktiviteter.....	17
4.7.3 Matvanor	18
4.7.4 Praktiska råd.....	19
5 Tidigare forskning.....	20
5.1 Sammanfattning av tidigare forskning.....	26
6 Undersökningens genomförande	28
6.1 Undersökningsgruppen	28
6.2 Semistrukturerade intervjuer.....	29

6.3	Innehållsanalys.....	31
6.4	Skapande av broschyr	32
6.5	Undersökningens praktiska genomförande.....	33
7	Resultat och tolkning	34
7.1	God sömn.....	34
7.2	Användning av sömnläkemedel.....	35
7.3	Självhjälp vid sömnsvårigheter.....	36
7.4	Åldersrelaterade sömnförändringar	37
7.5	Förekomst av sömnproblem.....	38
7.6	Vila.....	39
7.7	Tolkning mot Dorothea Orems omvårdnandsteori	40
8	Kritisk granskning.....	41
8.1	Perspektivmedvetenhet	41
8.2	Intern logik.....	42
8.3	Etiskt värde	43
8.4	Struktur	44
8.5	Empirisk förankring.....	44
9	Diskussion.....	45

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Detta examensarbete behandlar sömnens betydelse och påverkan hos den äldre människan. Med åldern uppkommer olika former av sömnförändringar, vilket i sin tur kan leda till såväl fysiska som psykiska besvär. Syftet med undersökningen är att ta reda på fakta om sömnen, sömnstörningar bland äldre och vilka typer av sömnstörningar det handlar om samt vilka typer av hjälpmedel eller metoder det finns att ta till för att underlätta problemen. I dagens läge används många läkemedel mot en rad olika sjukdomstillstånd, vilket i sin tur kan leda till ytterligare problem. Polyfarmaci är mycket vanligt bland äldre. Sömnen som har en stor betydelse för hälsan, kan med endast små problem leda till stor psykisk och fysisk påfrestning hos människan. För att lätt kunna undvika redan små förändringar i sömnen, vill vi ta reda på vad man själv kan idka för egenvård för att undvika större problem som kan uppstå. Det finns både enkla och mer avancerade metoder att ta till vid sömnsvårigheter. De enkla metoderna är de metoder vi vill lyfta fram i detta examensarbete.

Som teoretisk utgångspunkt har vi valt att behandla Dorothea Orems omvårdnadsteori, med fokus på egenvård. Orems beskrivning av egenvård stämmer överens med våra tankar, angående den självhjälp man kan ta till vid sömnsvårigheter. Enligt *nationalencyklopedin* (2013) innebär egenvård de åtgärder som kan utföras av vuxna personer för att sköta sin egen hälsa och sitt dagliga liv med de problem som kan uppstå, utan att behöva ta hjälp av andra. Med en optimal egenvård så strävar man efter hälsa, personlig integritet och utveckling samt en strukturerad livssituation. De psykiska, fysiska, kulturella, andliga och sociala dimensionerna innefattar den naturliga omvårdnaden.

2 Syfte och frågeställningar

Examensarbetet görs i form av en empirisk studie. Syftet med studien är att ta reda på fakta om sömnen, sömnstörningar bland äldre och vilka typer av sömnstörningar det handlar om samt vilka typer av hjälpmedel eller metoder det finns att ta till för att underlätta problemen.

Studien görs som ett beställningsarbete för projektet Aktiverande TV. Studiens syfte har valts utgående från på förhand valda ämnen. Rubriken sömn hos äldre tilltalade respondenterna mest. Vidare från det har respondenterna valt att begränsa sin studie till sömnstörningar bland

äldre. Projektet Aktiverande TV önskade att slutprodukten kommer att resultera i en film eller en broschyr. Respondenterna har valt att sammanställa en broschyr av resultatet. Som teoretisk utgångspunkt har respondenterna valt att använda sig av Dorothea Orem.

Frågeställningarna i detta examensarbete är följande:

1. Vad är sömn och vilka uppgifter har den?
2. Varför uppkommer sömnsvårigheter (bland äldre)?
3. Vilka metoder kan man ta till för att minska sina sömnstörningar?

3 Teoretiska utgångspunkter

Respondenterna har valt att använda sig av Dorothea Orems omvårdnadsteori. Orems omvårdnadsteori sätter fokus på egenvård, egenvårdsbrist och omvårdnadssystem. I respondenternas examensarbete behandlas metoder om hur man kan hjälpa sig själv vid sömnsvårigheter. Respondenterna ansåg Orems omvårdnadsteori som relevant, eftersom Orem sätter stort fokus på egenvård och egenvårdskapacitet.

3.1 Orems begreppsram

Orem beskriver sin omvårdnadsteori som en generell teoriuppbyggnad av tre relaterade teorier. Teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem. Teorin om egenvård förklarar varför och hur människor tar hand om sig själva. Teorin om egenvårdsbrist förklarar varför människor kan bli hjälpta genom omvårdnad av vårdpersonal och teorin om omvårdnadssystem beskriver och förklarar varför det behövs olika omvårdnadssystem för att upprätthålla en omvårdnadsprocess och tillfredsställa en patients behov (Tomey & Alligood 1998, s. 177). Dessa tre delteorier utgör tillsammans en teori om omvårdnad, vilket benämns som ”teorin om egenvårdsbalans” (Rooke 1995, s.155).

3.2 Egenvård

Med egenvård menas de åtgärder som den mogna individen gör i det dagliga livet för egen räkning i syftet att upprätthålla livet, fungera hälsosamt, upprätthålla fortsatt personlig utveckling och välbefinnande (Tomey & Alligood 1998, s. 177). Med egenvård menas även de förutsättningar man som person har att utöva egenvård för närstående det vill säga närstående-omsorg (Rooke 1995, s. 157).

3.3 Egenvårdskapacitet

Egenvårdskapaciteten är en inlärd, komplex förmåga att kunna tillfredsställa sina egna återkommande vårdbehov, vilka reglerar livsprocesser, bevarar eller främjar människans integritet och utveckling (strukturella samt funktionella) och gynnar välbefinnandet. En individs egenvårdskapacitet varierar och är beroende av hälsotillstånd, ålder, utbildning och kunskap, kultur och resurser samt livserfarenhet. Orem säger att dessa förhållanden är de grundläggande, styrande faktorerna. För att en människa ska kunna tolka sina egenvårdsbehov och kunna planera den egenvård som egenvårdbehoven kräver, är kunskaper, motivation, mentala och praktiska färdigheter nödvändiga för individen. (Kirkevold 2008, 152-153).

3.4 Egenvårdsbehov

Egenvården kan ytterligare delas in i tre olika typer av egenvård, eller egenvårdskrav. Utvecklingsmässiga behov, universella egenvårdsbehov, samt hälsoavvikande fenomen. (Rooke 1995, s. 158-159). De utvecklingsmässiga behoven hos människan pågår från vaggan till graven, och särskilda faktorer krävs för att främja denna utveckling (Kirkeland 2008, s.151). Kraven hos exempelvis spädbarn och vuxna människor är olika (Rooke 1995, s. 159). Enligt Kirkeland (2008, s.151) kan även utvecklingsmässiga behov påverkas av övriga specifika tillstånd relaterade till människans utveckling, såsom till exempel graviditet eller dödsfall i familjen.

De universella egenvårdsbehoven är relaterade till individens egenvårdskrav oberoende av ålder och kön. De universella egenvårdsbehoven är behov av luft, vatten och föda, behov av elimination och utsöndring, behov av balans mellan aktivitet och vila, behov av balans mellan

ensamhet och social gemenskap, behov av att kunna förebygga eventuella risker mot det mänskliga livet, den mänskliga funktionen och mänskligt välbefinnande samt behov av att fungera i sociala grupper enligt gällande mänskliga normer och behovet av normalitet. Med normalitet menas de genetiska och ärftliga egenskaper som överensstämmer med de enskilda talangerna för den enskilda individen. De hälsoavvikande fenomenen som är sammankopplade med till exempel sjukdom, skada, specifika former av patologiska tillstånd eller diagnoser, funktionsstörningar, personer som genomgår diagnostiska procedurer och behandling samt ohälsa inverkar även på egenvården. (Tomey & Alligood 1998, s.177).

Orem lyfter fram sex olika kategorier av egenvårdsbehov relaterade till hälsoproblem. Kategorierna är att uppsöka och försäkra sig om lämplig medicinsk hjälp vid sjukdom, vid skador eller patologiska tillstånd. Att vara medveten om samt hantera effekterna och resultaten av patologiska tillstånd, inkluderat konsekvenser för den egna utvecklingen. Att på ett effektivare sätt genomföra medicinskt ordinerade diagnostiska, terapeutiska och rehabiliterande åtgärder. Att vara medveten om och uppmärksamma obehagliga eller skadliga effekter av medicinsk behandling. Att förändra sin självbild genom att kunna acceptera att man befinner sig i ett specifikt hälsotillstånd, eller är i behov av omvårdnad. Att lära sig att leva med effekterna av patologiska tillstånd, såsom effekter av medicinsk behandling eller diagnostiska procedurer, och hitta en livsstil som främjar personlig utveckling. (Kirkevold, 2008, 151-152)

3.5 Egenvårdsbrist

Ibland uppstår en egenvårdsbrist. Det innebär att om en människa av någon orsak inte klarar av att ge sig själv eller en närstående den egenvård som krävs, uppstår en egenvårdsbrist och ett behov av professionell vård uppstår. Med andra ord, om en obalans finns, uppstår en brist och därmed behövs professionell omvårdnad. Vårdaren i sin tur har särskilda kunskaper i omvårdnad och en förmåga att kunna ge omvårdnad när en egenvårdsbrist uppstår. (Rooke 1995, s. 157)

3.6 Omvårdnadssystem

Det behövs olika omvårdnadssystem för att kunna tillfredsställa de behov patienten har och på så sätt kunna kompensera för egenvårdsbristen. Man kan dela in omvårdnadssystemet i tre mindre system. Det helt kompenserade systemet, det delvis kompenserade systemet och det stödjande och undervisande systemet. I det helt kompenserade systemet är patienten helt oförmögen att utföra egenvård eller att ta initiativ till egenvård, vilket således leder till att behoven kompenseras helt. Exempel på ett sådant tillstånd kan vara det direkta postoperativa stadiet. Det delvis kompenserade stadiet kan ta sig uttryck i till exempel det senare skedet av postoperativa stadiet. Patienten kan börja ta initiativ till att börja delta i utförandet av sina egna grundbehov. Det stödjande och undervisande systemet skall patienten i sin tur börja ta det huvudsakliga ansvaret själv, men får stöd och undervisning vid behov. (Rooke, 1991, s.109)

3.7 Omvårdnadskapacitet

Omvårdnadskapacitet är de färdigheter, attityder, egenskaper och kunskaper som krävs för att kunna ge omvårdnad. Enligt Orem är omvårdnadskapacitet en inlärd förmåga som kräver specifik utbildning. Hon lyfter också fram att konst, motivation, vilja och praktiska färdigheter är viktiga delar i omvårdnadskapaciteten. De praktiska färdigheterna som krävs, och som Orem valt att beteckna "omvårdnadsprocessen" är diagnostisering, ordination, behandling och organisering av omvårdnad. Omvårdnadsprocessen genomförs av vårdaren. (Kirkevold, 2008, 154)

4 Teoretisk bakgrund

4.1 Sömnens uppgift

Sömnen är av stor betydelse för människan. Det är under sömnen som människans alla livsfunktioner återställs. Sömnen har även till uppgift att delta i den psykiska regleringen och under sömnen bearbetar man även stress och får en förmåga att kunna behärska den. Under

sömnens gång gynnas även cellernas förnyelse, tillväxt och utveckling. Mineralämnena absorberas effektivare under sömn, tillväxthormonernas produktion ökar, sår läks och huden förnyas. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2004, s. 177).

Efter en natt med tillräcklig sömn och sömn av god kvalitet upprätthålls även arbets- och funktionsförmågan. Man ska efter en sådan natt känna sig pigg, ha en god koncentrationsförmåga, god minnesförmåga och känna sig välmående. Om man fått för liten mängd sömn kan detta istället leda till trötthet, irritabilitet, sämre minnesförmåga samt sämre koncentrationsförmåga. Under sömnens REM-perioder lagras även händelser och kunskap i minnet. Sönnen är betydelsefull för att kunna lära sig och komma ihåg nya färdigheter. (Kivelä 2008, s. 13).

De skador vi utsätter kroppen för dagtid på grund av fysiska ansträngningar repareras under sönnen. Även ämnesomsättningen återhämtas, så att vi får ork och energi att utföra aktiviteter under den vakna tiden. Sömn av god kvalitet och av tillräcklig mängd har visat sig ha betydelse för att behålla människans normalvikt och vara förebyggande av fetma. Utöver det hjälper även sönnen till att kämpa mot smittosamma sjukdomar. (Kivelä 2008, s. 13-14).

4.2 Sömnstruktur

Sönnen brukar delas in i fem olika stadier: fyra stycken icke-REM-stadier även kallat NREM sömn och ett REM-stadium. REM står för Rapid Eye Movement och NREM för Non-REM. Med hjälp av olika metoder som registrerar hjärnans elektriska kurvor kan man studera sömnens struktur. Exempel på undersökningar är EEG (elektroencefalografi, en elektrisk kurva), registrering av ögonrörelser med hjälp av EOG (elektro-okulografi) och muskelfunktioner med EMG (elektromyografi). (Kivelä 2008, s.15-16). Under en normal sömncykel går man igenom de olika sömnstadierna fyra till fem gånger per natt. Stadierna varar ungefär 60 minuter under början av natten och upptill 120 minuter under den senare sönnen. (Maher 2004, s. 30).

Det första stadiet brukar klassas som insomningsstadiet. En person som blir väckt under denna period kan vara fullständigt övertygad om att hon inte har sovit alls. (Leander 2000, s 15). Stadium ett kan också klassas som ett gränsland mellan vakenhet och sömn. Man kan

uppleva att man flyger omkring i luften eller att man flyter, och även uppleva känslan av att falla. Man kan också uppleva ljud från sin omgivning men man förstår inte dem. (Kivelä 2008, s.18). Under första stadiet sjunker pulsen, andningen blir långsammare och ämnesomsättningen minskar. Första stadiet varar från 5 upp till 20 minuter. (Grafström & Nilsson 2010, s.156).

Det andra stadiet utgörs av lätt sömn, och utgör omkring hälften av hela sömntiden (Grafström & Nilsson 2010, s.156). I andra stadiet sker en muskelavslappning, ögonrörelser upphör och i EEG syns spolförmiga sömnmönster, det vill säga sömnpolarm samt K-komplexer, det vill säga komplexa och kraftiga vågor. (Kivelä 2008, s.18)

Från andra stadiet går människan vidare till den djupa sömnen, som utgörs av fas tre och fyra. I detta stadium producerar kroppen tillväxthormon, medan det tillverkas få stresshormoner. (Grafström & Nilsson 2010, s.156). Under dessa faser sover människan som djupast och är svår att väcka, och man upplever även själv att man sover djupt. Här är människans livsfunktioner som långsammast, de vitala funktionerna såsom blodtryck, puls och andningsfrekvens är som lägst. EEG påvisar att hjärnvågsmönstret är oregelbundet och har långsamt framskridande, höga vågor. Muskeltonus är reducerat och ögonen saknar rörelser. Det är nu som det mesta av kroppens återhämtning sker och saker du har lärt dig inpräglas i minnet. (Kivelä 2008, s.18)

Slutligen går sömnen in i det femte stadiet, REM-sömn eller även kallat drömsömn (Grafström & Nilsson 2010, s.156). Om man ser på ett EEG i detta stadium så syns snabba vågor som har låg spänning, liknande det man har i vaket tillstånd. På ett EOG syns snabba horisontala ögonrörelser och på ett EMG syns ingen muskeltonus alls. (Kivelä 2008, s.18). Det vill säga att hjärnaktiviteten är lika stor som i vaket tillstånd, ögonen har snabba rörelser under de slutna ögonlocken. Små muskler rycker till, medan de stora musklerna är avslappnade och gör det därför omöjligt att röra sig. Även pulsen och blodtrycket varierar. REM-stadiet pågår mellan 10-30 minuter åt gången, och det är i drömstadiet vi ser majoriteten av våra drömmar. (Anttila m.fl. 2004, s. 176). Då REM-sömn avslutas så påbörjas NREM faserna på nytt, för att återigen upphöra i REM-sömn. Sömnens fortgår alltså i samma mönster under nattens lopp och sömnperioderna upprepas. En sömnperiod varar ungefär 90 minuter och om man under en natt sover 7,5 timmar uppnår man 5 stycken perioder. (Kivelä 2008, s.20)

4.3 Sömnens förändringar hos äldre

Sömnbehovet varierar i olika åldrar. Spädbarn och barn har ett större sömnbehov än vuxna, och har även strukturellt sett en annorlunda sömn än en vuxen. Exempelvis ligger ett spädbarns sömnbehov mellan 16-23 timmar per dygn, och spädbarnet kan till skillnad från en vuxen falla in i REM-stadiet direkt det somnar. En tonårings sömnbehov är uppskattningsvis mellan 7-9.5 timmar, samtidigt som både behovet och strukturen ändras då man växer. Ungefär vid 20-års ålder börjar sömnen och dess struktur likna en vuxens, och i medeltal behöver en vuxen människa mellan 7-8,5 timmar sömn. Dock bör man komma ihåg att sömnbehovet är individuellt, vissa behöver mer sömn, andra mindre. Ungefär vid slutet av medelåldern börjar strukturen på sömnen förändras igen, men vid 70 år fyllda börjar förändringarna märkas mer tydligt. (Kivelä 2008, s.22-23). När det kommer till förändringar i sömnen hos äldre menar Bondevik och Nygaard (2005, s. 302) att inte mängden sömn förändras i särskilt hög omfattning, utan att det är sömnstrukturen som förändras med åldern. Det tar längre tid att somna in och djupsömnen minskar.

Som tidigare nämnts blir sömnen mer ytlig vid åldrande. Om man jämför ungas samt medelålders människors sömnstruktur med äldres, märker man skillnader i NREM- och REM-stadierna. Hos unga är stadierna jämna, och följer på varandra, medan de hos äldre är oregelbundna och mindre strukturerade. De djupa sömnfaserna blir kortare och även mindre djupa. Den lätta NREM-sömnens varaktighet ökar även vid stigande ålder. (Kivelä 2008, s.24-25)

Stadium 2, som innebär lätt sömn, ökar hos äldre och antal vakenhetstillfällen under natten blir på grund av detta fler. Vakenhetstillfällena varar även längre, och det kan vara svårt att somna om efter dessa. De djupa sömnstadierna 3 och 4 minskar i sin tur vilka är viktiga för människans återhämtning. (Dehlin & Rundgren 2008, s.321-322)

Enligt Kivelä (2008, s.25) leder ökningen av de lätta sömnstadierna till att den äldre kan uppleva sin sömn som ytlig och dålig, speciellt på morgonnatten. Registreringskurvor påvisar att de djupa sömnperioderna hänför sig till kvällsnatten, och kan då utesluta den djupa sömnen från morgonen, och kanske till och med mitt under natten.

Antalet sömntimmar kan enligt Dehlin och Rundgren (2008, s.322) vara en aning kortare hos den äldre människan jämfört med den yngre. En normal insomningstid kan för äldre vara cirka 15 minuter, men ibland även upp till en timme. Äldre är även mera känsliga för ljud nattetid och vaknar lättare till följd av dessa, de tenderar ibland att ha för tidiga morgonuppvaknanden samt nedsatt sömneffektivitet. Flera tupplurer dagtid samt dagtrötthet ökar vid stigande ålder, men även vid störd nattsömn.

Vanligtvis förekommer spontana rörelser nattetid var 10-15 minut hos yngre. De spontana rörelserna är viktiga för tryckavlastningen, och minskar vid stigande ålder. Detta i sin tur leder till att sömnen inte ger lika god återhämningsförmåga. Den äldre upplever då sig själv mindre utvilad, har koncentrationssvårigheter och ökad dagtrötthet, vilket medför mera sömn dagtid. (Dehlin & Rundgren 2008, s.322)

4.4 Orsaker till sömnstörningar

Det finns flera olika orsaker till sömnstörningar och sömnsvårigheter. Dessa faktorer kan vara fysiska sjukdomar och psykiska sjukdomar. Ytterligare kan även miljöförhållanden påverka sömnen enligt Bondevik och Nygaard (2005, s.305). Kivelä (2008, s.37) lyfter fram en rad olika orsaker till sömnlöshet bland äldre. Funktionell sömnlöshet är förorsakad av en förändring i livsstilen. Det kan vara till exempel miljöombyte i form av nytt boende, alternativt förflyttning till långvård eller en sjukhusvistelse. Problem i familjeförhållanden eller i vänkretsen, såsom till exempel skilsmässa, dödsfall eller sjukdom är vanliga orsaker till avbruten sömn eller till och med nattligt vakande. Små undantag från rutinerna, som exempelvis en resa, kan förorsaka större bekymmer för äldre än för unga, och kan te sig som ytlig och ofta avbruten nattsömn.

Sömnlöshet till följd av ovan nämnda sömnproblem varar sällan en längre tid, och går vanligtvis över av sig själv inom loppet av några veckor. Dock kan en tillfällig period av sömnlöshet leda till ett långvarigt problem. Att grubbla och oroa sig över sin sömnlöshet trigger ofta igång uppkomsten av sömnlöshet. (Kivelä 2008, s. 37).

Brist på olika taktgivare för den inre klockan kan även vara en bidragande orsak till störd nattsömn. Unga vuxna och medelålders människor har vanligtvis ett arbete att gå till på morgonen. Man arbetar, utför uppgifter och intar måltider regelbundet. Många motionerar även eller utför någon form av fysisk aktivitet, samt har någon form av hobby. Regelbundenheten som alla dessa yttre taktgivare ger, stimulerar den inre klockan att hålla tiden. Vid pensionering förändras de dagliga aktiviteterna, och de yttre taktgivarna förändras därmed också. Man kanske sover längre om dagarna, man motionerar mindre samt har brist på aktiviteter och sysselsättning. Dessa kan i sin tur resultera i att man av ren uttråkning går och lägger sig tidigare, utan att få tag i sömnen. Man kanske äter mindre mängder samt mindre regelbundet. Resultatet av det kan bli hunger vid sänggående, och det är svårt att somna om man är hungrig. (Kivelä 2008, s. 37-39)

Bristfällig sömnhygien, som till exempel kaffedrickande, rökning, alkoholintag, avsaknad av goda sömnrutiner och en miljö som inte främjar sömn kan vara bidragande orsaker till sömlöshet hos äldre, men även hos yngre (Rundgren & Larsson 2010, s. 311). Med stigande ålder blir man mer känslig för störningar och buller från omgivningen. Boende vid vårdinrättningar blir speciellt störda av ljudet omkring, lampor, nattliga toalettbesök samt andra patienter. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, s.343) Sovrumstemperaturen har även den en inverkan. För kall rumsluft kan leda till att man vaknar upp frusen, och den stör därmed nattsömnen. För varm rumsluft kan tvärtemot leda till att man vaknar upp svettig, och stör även den nattsömnen. (Kivelä 2008, s. 40). Enligt Rundgren och Larsson (2010, s. 311) är smärta även en vanlig orsak till sömnstörningar hos äldre. Som tidigare nämnts minskar de spontana rörelserna nattetid hos äldre. Tryckavlastningen minskar då, och smärta kan uppstå i exempelvis rygg och höfter. Madrassen är av stor betydelse hos äldre, och en mycket mjuk sådan kan minska besvären.

Fysiska sjukdomar och symtom kan ge upphov till sömnlöshet. Smärta och värk nattetid kan bero på en rad olika sjukdomar såsom till exempel ledbesvär i form av artros och artrit, degenerativa ryggradssjukdomar eller fraktur som följd av osteoporos, muskelreumatism (fibromyalgi) eller inflammation av perifera nerver, kransartärsjukdomar och svår obstipation, olika sjukdomstillstånd eller symtom i tarmarna (sår, divertikelsjukdom, inflammation) samt urinvägsinfektioner. (Kivelä 2008, s. 41-42).

Övriga fysiska sjukdomar som hjärtsvikt eller någon form av kronisk lungfunktion kan ge störningar i form av andnöd nattetid. Neurologiska sjukdomar som Parkinsons sjukdom eller stroke kan te sig som täta uppvaknanden nattetid eller som svårigheter att somna. Gastroesofageal reflux med halsbränna och sura uppstötningar uppstår lätt i ryggläge och stör därmed nattsömn. Även hudklåda med lokal irritation ses som en bidragande orsak till sömnlöshet. (Bondevik & Nygaard 2005, s. 306-307)

Urineringsbehovet nattetid ökar med åldern. När man blir äldre är genomblödningen av njurarna bättre i liggande ställning än upprätt. Blåsans kapacitet minskar, vilket resulterar i att blåsan fylls snabbare. Hos äldre män kan en förstörad prostata leda till en ofullständig tömning som gör att resturin blir kvar i blåsan, vilket bidrar till ökat toalettbehov även nattetid. Vätskedrivande läkemedel har en längre verkningsstid hos äldre. Eftersom effekten håller i sig länge, ökar urineringsbehovet kvälls- och nattetid. Alla dessa faktorer bidrar till en störd nattsömn hos äldre. (Bondevik & Nygaard 2005, s.306-307)

Ytterligare faktorer som kan orsaka sömnlöshet hos äldre är psykiska problem såsom till exempel depression, sorg, ångest, oro eller isolering. Ett långvarigt bruk av alkohol eller insomningspreparat kan leda till olika typer av sömnstörningar som till exempel restless legs eller sömnapné. Dessa kommer att behandlas mer ingående längre fram i texten. (Kivelä 2008, s. 36)

4.5 Sömnläkemedel

Sömnmedel, eller också kallat hypnoticum, borde ha en rad önskvärda kriterier att uppfylla för att vara ett utmärkt läkemedel. Dessa kriterier är att läkemedlet verkade snabbt, att det gav en normal sömn, att det inte påverkade den normala sömnperioden, att det inte uppstod dåsighet och att det inte heller skulle ge upphov till en ökad tolerans eller att det skulle uppstå beroende. Tyvärr så fylls inte alla dessa krav i dagens läge och en långtidsbehandling är rätt så olämplig. (Grafström & Nilsson 2010, s.161).

Med takt att människan blir äldre så ökar också antalet kroniska sjukdomar vilket i sin tur kan leda till ökat antal användning av olika läkemedel. Läkemedlen kan vara förebyggande och även lindra eller till och med bota vissa sjukdomar men den äldre människan blir också

känsligare på grund av de fysiologiska förändringar som sker i kroppen. Ökat antal läkemedel ökar risken för interaktioner och biverkningar. Det kan till och med vara så att vissa läkemedel är olämpliga för den äldre. (Ekwall 2010, s.260-262).

Polyfarmaci är en benämning som används när patienten använder över fem olika läkemedel. Det ökade antalet läkemedel, som tidigare nämnts, ökar riskerna för interaktioner och biverkningar vilket i sin tur kan försämra behandlingsresultatet. Så långt som möjligt vill man att patienter skall inta så få läkemedel som möjligt och även att läkemedelsbehovet skall noggrant utredas. Det kan nämligen finnas läkemedel som den äldre tar helt i onödan. (Ekwall 2010, s.260-263).

Den äldre patienten kan ha problem med att komma ihåg alla läkemedel som denne skall ta. Med ett större antal läkemedel så försvåras det ännu mer. Laxantia, antipsykotika och sömnmedel är läkemedel som de äldre troligtvis överbehandlas med. Två områden där det kan handla om underförbrukning är vid kronisk smärta och depression. (Nordeng & Spigset 2009, s. 394-395).

Om en äldre patient skall börja ta sömnmedel så skall denne undersökas, man behöver ta reda på varifrån sömnproblemen kommer ifall det kan handla om depression. Det kan även handla om olika sorters sömnproblem till exempel insomningsproblem eller att patienten vaknar väldigt tidigt. De sömnmedel som finns idag har olika halveringstid som passar till olika ändamål. Om det handlar om insomningsproblem så kan det vara bra med ett läkemedel med kort halveringstid exempelvis Stilnoct, när det handlar om att man vaknar tidigt så kan exempelvis Imovane användas. (Grafström & Nilsson 2010, s.161).

Bensodiazepiner för sömnproblem förlänger sömntiden och förbättrar också den upplevda sömnkvaliteten. En sådan behandling kan bli aktuell om patienten har ångest eller är orolig förknippat med sömnproblemen. Bensodiazepiner kan dock ge upphov till tolerans vilket leder till ökat behov av högre doser och det i sin tur kan leda till ett läkemedelsberoende. (Grafström & Nilsson 2010 s.162).

4.6 Olika typer av sömnstörningar

4.6.1 Restless legs

Med restless legs menas att man inte får någon ro att somna in på grund av en obehagskänsla som infinner sig oftast i benen men även i armarna eller i andra delar av kroppen. Denna känsla ger ett behov att röra på kroppsdelarna för att bli av med obehaget eller åtminstone minska på symtomen. Symtomen kan vara väldigt kraftiga i vila, därför är de som värst mot kvällen och på natten. Man kan få en känsla av att det hettar, sticker, trycker, känns rastlöst och andra obehagliga känningar. Det gäller inte bara försvårad insomning utan kan också leda till sömnlöshet. Vissa gånger krävs det också att man stiger upp mitt i natten för att vandra för att få bort dessa känningar. En del kan också ha så kallade ryckningsserier där det uppkommer plötsliga ryckningar i stortårna, fotbladen eller armarna under sömnens gång. Sömnens är lättare under ryckningarna och vissa kan till och med tyckas vakna upp flera gånger per natt. Nattsömnens blir på detta vis lidande och krafterna räcker inte till på dagen. Restless legs kan vara genetisk men kan också bero på ohälsosamma levnadsvanor eller att det är en störning förorsakad av en medicin. (Kivelä, 2008, s. 49).

4.6.2 Sömnapné

Sömnapné är ett tillstånd där andningen avbryts under några sekunder eller minuter medan man sover. Om andningen avbryts så minskar blodets syremängd och mängden koldioxid ökar. När detta sker så aktiveras hjärnans andningscentrum och luftvägarna öppnas vilket leder till att det uppstår en kraftig andning som sedan blir normal igen. Personer som lider av sömnapné kan också lida av kraftig huvudvärk som infinner sig på morgonen men också dagtrötthet kan förekomma eftersom att andningspauserna försämrar nattsömnens kvalitet och leder till upprepade uppvakningar. Även försämrat minne kan uppstå av sömnapné eller att aktivitetsförmågan försvagas och man blir lätt irriterad. Sömnapné kan upprepas flera gånger under nattens gång och orsaken kan vara en tidvis, upprepad hoptryckning av de övre luftvägarna som då täpps till när man sover. Tillståndet kan även bero på en regleringsstörning i nervsystemet. (Kivelä, 2008, s. 51).

4.6.3 Narkolepsi

Vid narkolepsi föreligger en patologisk insomningsbenägenhet som gör att personen som lider av detta kan somna in med 5-15 minuters mellanrum i flera perioder under dagens lopp. Insomnandet kan komma väldigt oväntat och kan vara obetvingligt men det sker oftast i monotona situationer. Narkolepsi hänger samman med en störd REM-sömnreglering, detta påvisas vid insomnandet genom att REM-sömnen sker tidigare än normalt. Nattsömnen störs om man lider av narkolepsi, sömnen blir uppsplittrad med perioder av vakenhet och dåligt vilovärde. Man kan dagtid ta hjälp av korta, planerade tupplurer eftersom att de kan påverka symtomen gynnsamt. (Hetta, 2009, s. 521-522).

4.6.4 Insomni

Om man lider av insomni så är sömnen kort eller av dålig kvalitet. Detta gör att man inte fungerar tillräckligt på dagen. Insomni kan vara insomningssvårigheter, uppvaknanden på natten eller tidiga uppvaknanden på morgonen. Orsaken till insomni är oftast att den är en sekundär psykisk störning, somatisk sjukdom eller effekt av ett läkemedel. Det kan alltså handla om exempelvis depression eller ångest, smärta eller också att man äter blodtryckssänkande läkemedel. Även lång användning av hypnotika kan ge upphov till sömnstörningar. Sömnsvårigheterna kan ytterligare ge oro för eventuell sömnlöshet och det i sin tur försvårar sömnen. Vanliga symtom på insomni är trötthet, koncentrationssvårigheter, stela muskler och irritabilitet. Det kan vara bra med tillfällig användning av sömnmedel men långvarig användning rekommenderas inte. Om det handlar om långvariga symtom så är det bättre med psykologiska behandlingsmetoder. (Hetta, 2009, s. 520).

4.6.5 Fördröjd och tidigarelagd sömnperiod

Om en äldre person är oförmögen att somna om kvällen och istället vakar in på morgonnatten så är det fråga om en fördröjd sömnperiodstörning. Då är man trött på dagen och kan ha tendens att slumra in flera gånger eller även sova längre perioder dagtid och i sin tur vaka flera timmar på nätterna. Denna rytm kan ändra sömnen och vakenheten till helt felaktig. Om detta är omkastat, det vill säga att personen somnar alltför tidigt om kvällen, redan 18-19 - tiden, så är det fråga om en tidigarelagd sömnperiod. Detta leder till att man vaknar tidigt om

morgonnatten, redan 3-4 – tiden, och har oförmåga att somna om igen. (Kivelä, 2008, s. 52-53).

4.6.6 Dygnsrytmstörningar

Det är vanligt med dygnsrytmstörningar hos äldre människor. Dessutom är äldre människor känsligare för dessa rytmstörningar än vad yngre är och att återhämta sig efter en sådan störning tar längre tid. Med den ökande åldern så kan man utveckla en åldersrelaterad förlust av cirkadisk kontroll av sömn-vakenhetsmönstret. Detta kan bero på att den äldre människan spenderar mer tid inomhus, speciellt de som bor på ett vårdhem, och får inte solens ljus som är en yttre tidgivare. Detta leder då i sin tur till att man kanske går och lägger sig väldigt tidigt om kvällarna och vaknar även tidigt. (Dehlin & Rundgren 2008, s. 329).

4.6.7 Skenbar sömnlöshet

Skenbar sömnlöshet är att en person tror att denne inte fått någon sömn under natten som gått även fast personen skulle ha sovit flera timmar. Det kan också komma fram att personen tycker sig inte ha sovit på flera månader. Det är vanligt att den äldre människan säger att de inte sovit mer än någon timme eller inget alls fast det visar sig att personen sovit i 5-7 timmar. Detta kan bero på den lätta sömnen, NREM-sömnens första fas, där sömnen är i gränsen mellan sömn och vakenhet. Det kan upplevas som en ytlig sömn och därför kännas som att man inte sovit även fast man gjort det. Detta kan också ske i NREM-sömnens andra fas som också är lätt sömn. (Kivelä 2008, s. 53).

4.7 Olika metoder för att undvika sömnlöshet

Sömnens längd och kvalitet är viktig, bristen på detta leda till en rad symptom på både längre och kortare perioder. Framförallt är det irritation och trötthet som uppstår dagtid på grund av sömnbrist. Eftersom att sömnen är så viktig så bör också orsaken till sömnstörningar och sömnlöshet utredas för att kunna behandla dem. Det behöver heller inte alltid handla om ett läkemedelsbehov. (Kivelä 2008, s. 54). Många gånger handlar det om att man går och lägger sig för tidigt innan kroppen ens skulle vara redo för att sova. Det kan handla om två, tre

timmar för tidigt. Den äldre personen sover också gärna en stund på dagen. (Dehlin & Rundgren 2007, s. 332).

4.7.1 Sovvanor

I dagens läge så finns det många frestande möjligheter som kan leda till oregelbunden dygnsrytm. Tv:n kan man titta på dygnet runt och internet är tillgängligt i hur stor utsträckning som helst. Kroppens behov är en balans mellan sömn och vakenhet, aktivitet och vila och om vi åsidosätter kroppens behov så kommer sedan problem som stress, muskelsmärter, huvudvärk och sömnproblem. De sömnproblem som uppstår beror oftast på att man inte lyssnar på sin kropps behov utan handlar efter det man själv känner för. (Akasha & Olsen 2007, s. 38-40).

Att gå till sängs är inte alltid så lätt som det låter. Det finns många saker som kan påverka insomningen, sömnens kvalitet och längd samt hur utvilad man känner sig. En viktig sak är att sängen skall vara bekväm och den skall se inbjudande ut när det blir sovdags. Det är bra att ha det tillräckligt mörkt och det finns även mörkläggande gardiner att ta till om det inte räcker med vanliga. Vissa människor vill ha svalt i sovrummet, andra vill ha varmt men det är helt individuellt. Om det är för varmt eller för kallt när man sover så kan man vakna flera gånger under natten. Man skall också se till att ha det tyst även fast hjärnan stänger av en del ljud när man sover. Buller och oväsen kan dock vara oundvikligt men då finns också speciella ljudkuddar. Sedan det som också avgör mycket hur lätt man somnar in så är hur man ligger. Det är viktigt att hitta den bekvämaste ställningen för att kunna slappna av tillräckligt. (Akasha & Olsen 2007, s. 20-27). Det kan vara en bra idé att sätta kuddar på olika ställen nära kroppen, som exempelvis under knälederna för att avlasta ryggen och på så vis undvika ryggproblem. (Dehlin & Rundgren 2007, s. 334).

När det är till för läggdags så måste också kroppen vara inställd på att man skall sova, detta tar även tid att förbereda. Det är viktigt att utöva lugna aktiviteter timmen före man skall sova och inte sådant som piggar upp kroppen. Det kan även vara bra att skapa en rutin före läggdags så att kroppen förbereder sig. Exempel på sådant som lugnar kroppen kan vara lugn, harmonisk musik, läsa en bok eller också ta ett varmt bad men allt sådant är såklart individuellt. Alkohol, nikotin och koffein är ämnen som kan försämra sömnen. En annan

sömntjuv kan också vara det man gör på kvällen för att slappna av, det kan också påverka fel väg så att man sover sämre. Då är det viktigt att pröva något annat. (Akasha & Olsen 2007, s. 28-31).

Som tidigare nämnt så är det bra med en rutin inför sänggående. Med ett fast schema inför natten så reglerar man kroppens dygnsrytm. Därför bör man också undvika dygnsrytmförskjutningar så långt det bara går. Att sova på dagen är också något man borde undvika men om det inte går att undvika så borde man inte sova längre än 30 minuter och dessutom inte efter klockan 15. Att utsätta sig för dagsljus från morgonen och på förmiddagen så kan hjälpa till när man skall somna in på kvällen. Att hitta sin egen balans är nödvändigt, att inte gå till sängs för tidigt eller för sent och att göra sömnen till något bra istället för ett stressmoment. (Dehlin & Rundgren 2007, s. 334).

Om man är missnöjd med den sömn som man har så är det kanske en idé att göra en överblick över sömnen så att man blir medveten om var problemen kan ligga och dess omfattning. Man kan göra sin egen sömndagbok, som för övrigt är ett bra kognitivt redskap, som kan ge en bra uppfattning om sömnen och i sin tur kan hjälpa att förbättra sömnen. I sömndagboken noteras objektiva fakta om nattsömnen och sovvanorna. Man bör föra sömndagboken i minst en vecka och den skrivs varje dag. När man skriver ner hur sömnen varit så kan man också upptäcka vad man kan göra för att undvika sämre sömn. Man kan välja ut vilka vanor som man skulle vilja ändra på först och sedan fortsätta föra dagboken längre ifall det ännu finns saker som man vill ändra på. Dagboken ger en realistisk bild om hur sömnen, den tid man sover och det dagliga välbefinnandet påverkar varandra. Dagboken kan också visa om man är i behov av en tupplur under dagen, är man trött men har svårt att somna om kvällen när man vilat under dagen så kanske tuppluren måste tas tidigare eller också att man gör en avslappningsövning. (Akasha & Olsen 2007, s. 31-34).

4.7.2 Motion och sociala aktiviteter

Det bör finnas kontrast mellan aktivitet och vila lika som kontrast mellan ljus och mörker. Desto mer stillasittande liv man har ju flackare blir temperaturkurvan och sömnen. Människan skall vara varm på morgonen och sval till kvällen för att må som bäst. (Leander, 2000, s. 92-93). Under dagens lopp bör höra tillräckligt med aktiviteter så att kroppen blir trött och

behöver sova. Om den äldre har brist på sociala aktiviteter och motion så mister denne också grunden för en kraftgivande och vederkvickande sömn. Att vara stillasittande eller vila flera timmar under dagens lopp försvagar möjligheten att kunna ha en bra nattsömn. Undersökningar har visat att en promenad på en halv timme allt upp till två timmar så har effekt på insomnandet, förlänger nattsömnen, sömndjupet ökar och minskar även sömnavbrotten. Dock bör promenaden vara rask för att ha den bästa effekten, lätt motion har visats att inte vara alls lika effektiv. (Kivelä 2008, s. 66-67).

Dessutom är en mångsidig motion behagligast och någon form av motion bör också utföras dagligen. Motionen kan utföras vilken tid på dygnet men bör undvikas allt för sent före läggdags. För den äldre som har rörelsesvårigheter kan det vara en idé att utföra stolgymnastik. Att vistas ute är bra för alla, om den äldre har dålig kondition kan det främja sömnen även genom att sitta utomhus i rullstol. Att umgås med vänner och bekanta är bra sysselsättning. Det hör till god livskvalitet att ha sociala kontakter och även att utföra aktiviteter och intressen tillsammans är trevligt men detta måste göras på basen av den äldres egna åsikter. (Kivelä 2008, s. 66-68).

Hjärtats och lungornas kapacitet ökar med fysisk aktivitet och man kan reglera aptiten och förbränningen samt förmågan att tåla stress. Med motion så frisätts tillväxthormon och kroppens egna ämnen för ett bättre välbefinnande. Den äldre personen får sin puls höjd och blir andfådd med raska promenader. Om det skulle vara fråga om att inte ha möjlighet att sig ut så kan det räcka att sitta vid fönstret för att få dagsljus och på så vis behålla dygnsrytmen. (Akasha & Olsen 2007, s. 42, 44-46).

4.7.3 Matvanor

Att ha regelbundna matvanor ger en rytm åt dygnet. Det är också viktigt att äta hälsosam kost och att även äta tillräckligt för att få bättre sömn. Om man lägger sig när man är hungrig så är det svårt att somna och hungers känslan kan också göra att man vaknar lätt under natten. Något kvällsmål borde ätas en timme eller någon timme innan man går till sängs och man borde undvika att äta på nätterna eller i så fall bara ett litet mellanmål om man har hungers känsla. En felaktig kost kan vara orsaken till trötthet under dagen och om den äldre är undernärd så orkar denne inte delta eller röra sig under dagsaktiviteterna. Tillräckligt

näringsintag och ett gott näringsinnehåll är grunden för en kraftåterställande nattsömn. (Kivelä 2008, s. 66-68).

4.7.4 Praktiska råd

Sömlöshet är lika vanligt som huvudvärk och hälften av alla människor har någon gång legat vaken en natt, inväntat sömnen länge eller vaknat ett antal gånger under nattens gång och inte kunnat somna om. Svårigheter att somna kan bero på nervositet, ångest eller oro och det kan finnas en rädsla att somna. Att ligga sömnlös någon natt eller till och med några nätter är inget farligt. Dock kan sömlöshet bli ett kroniskt tillstånd ifall man börjar oro sig över sömlösheten och man kommer in i en ond cirkel. (Akasha & Olsen 2007, s. 54).

Medveten styrning av andningen är en metod som är enkel, går snabbt att utöva och kräver ingen annan utrustning än själva personen. Övningen har en naturligt lugnande effekt på nervsystemet och kan göras två gånger dagligen. Under övningens lopp kan man placera tungspetsen mot tandköttet, strax ovanför framtänderna. Man håller tungan där under hela övningens gång. Man börjar med att andas in ett ordentligt andetag. Sedan skall all luft blåsas ljudligt ut ur lungorna och detta ska ske via munnen och inte via näsan. Då man har blåst ut all luft ur lungorna så skall munnen stängas, och man skall andas in via näsan. Detta sker under en sådan tid att man hinner räkna till fyra. Följande steg är att hålla andan medan man räknar till sju. Efter det görs samma sak om igen som när man började, andas ut ordentligt och ljudligt, genom munnen, så att man tömmer all luft ur lungorna samtidigt som man räknar till åtta. Denna procedur skall upprepas tre gånger. (Weil, 2000, s. 139-140).

Att inte kunna somna om när man vaknat mitt i natten kan bero på flera saker. Som vid insomningssvårigheter så är det vanligt att man stiger upp ur sängen och utför någon lugn aktivitet tills sömnen dyker upp igen. När man stiger upp på natten så borde man inte tända någon stark lampa, en lampa med svagt ljus hindrar från att stimulera kroppen till vakenhet. Vissa personer ligger kvar i sängen när de vaknat om natten och ägnar sig istället åt avslappningsövningar. Alla sätt är individuella. Även att ligga i sängen med lampan släckt gör att kroppen är passiv och man får en vila som gör att kroppen och psyket återhämtar sig. (Akasha & Olsen 2007, s. 60).

5 Tidigare forskning

Respondenterna har sökt artiklar i på databaserna Ebsco, Cinahl, SweMed+ och Pubmed. Sökorden som har använts är *sleep, elderly, sleep disorders, sleep diseases, sleep methods, sleep quality, napping* i olika kombinationer och sökningarna har begränsats från år 2007 till år 2013 för att begränsa antalet artiklar samt för att få så uppdaterad information som möjligt. Artiklarna har valts utgående från relevans i dess innehåll samt vetenskaplig trovärdighet.

Beland, Préville, Dubois, Lorraine, Grenier, Voyer, Pérodeau och Moride (2010) har gjort en studie kring användningen av benzodiazepiner och sömnkvaliteten hos den äldre populationen. Syftet med studien var att utvärdera sambandet mellan användningen av benzodiazepiner och den globala sömnkvaliteten. Att vara missnöjd med sömnen är vanligt hos de äldre. Ungefär 50 % av dem är inte tillfredsställda med sin sömn. Om benzodiazepiner vore effektiva, så kunde sömnkvaliteten jämföras med de som använder sig av och de som inte använder sig av läkemedlet. Det rapporterades av benzodiazepin användare att de upplevde sämre sömnkvalité. Detta skulle betyda att sömnkvaliteten är bättre hos de som inte använder sig av benzodiazepiner men ändå är läkemedlet det mest utskrivna vid sömnsvårigheter. Dock finns det inte tillräcklig dokumentation angående ämnet.

Även Salzman (2008) tar upp i sin studie om sömnstörningar bland äldre och det stora antalet hypnoticum som används. Salzman rapporterar att benzodiazepiner är förstahandsbehandling för äldres sömnstörningar och att de även är effektiva samt säkra när de används enligt rekommendationerna. Hypnotiska läkemedel bör användas i kombination med icke-farmakologiska behandlingar, inklusive lämplig sömnhygien, och behandling av andra medicinska eller psykiatriska orsaker till störd sömn. Avbruten, otillfredsställd och förkortad sömn är vanligt bland äldre och det resulterar i missnöje med sömnen. Den äldre människan når sällan stadium 5, det vill säga REM-stadiet i sömncykeln. De har även mer frekventa uppvaknaden än den unga och medelålders människan. De äldres brist på tillfredsställande sömn är en sannolik orsak till att de använder en hög procent receptbelagda läkemedel för att bli av med problemen. Behandling av störningar vid insomnandet och upprätthållande av god sömn förutsätter en diagnostisk utredning av problemen.

Med åldern uppkommer en rad förändringar med risk för sömnstörningar inklusive ökad risk för medicinska tillstånd, ökad läkemedelsanvändning, åldersrelaterade förändringar i dygnsrytmen, miljöombyte och livsstilsförändringar rapporterar Roepke och Ancoli-Israel (2010). Även om det finns missnöje hos alla åldersgrupper så har den äldre en ökad risk för många sömnstörningar, till exempel sömnapné, ofrivilliga benrörelser, restless legs, REM sömn beteende sjukdom, insomni och dygnsrytmstörningar. Det är känt att ett antal fysiska och psykiska förändringar uppkommer vid normalt åldrande. Det som dock kan vara svårast är anpassningen till förändringarna i sömnens kvantitet och kvalitet. Förändringar i sömnstrukturen kan förväntas med stigande ålder men det är inte åldern i sig som skapar sömnstörningar. Däremot är det förmågan att sova som minskar med ökad ålder, som ofta är ett resultat av andra faktorer som förknippas med åldrandet. Både subjektiva och objektiva mått på sömnkvalitet ger stöd för åldersförknippade förändringar i sömnen. Exempel på subjektiva förändringar är tidigt uppvaknande, insomningssvårigheter, tid som spenderas i sängen, nattliga uppvaknande, tupplurande och den totala sömnen jämfört med unga vuxna. Undersökningar som gjorts med mätbara instrument som till exempel polysomnografi (PSG) stöder rapporter om de upplevda sömnstörningarna.

När det kommer till förändringar i sömnen hos äldre menar Ancoli-Israel, Ayatlon och Salzman (2008) att inte mängden sömn förändras, utan att det är sömnstrukturen som förändras med stigande ålder. Sömnen tenderar att bli mer ytlig och fragmenterad samt innehåller mindre djup sömn och REM-perioder. Den äldres missnöje angående sömnen beror sällan på åldern i sig, utan troligtvis förknippas det med sjukdom, sociala problem, missbruk av substanser och det stora antalet läkemedel som den äldre människan äter. För en del människor kan det handla om en kombination av dessa faktorer, vilket styrker det som Roepke och Ancoli-Israel tidigare nämnt. Även fast det är känt att äldre sover mindre än unga vuxna, rapporteras antalet sömn per natt vara ett medeltal på sju timmar hos äldre. Sömnstörningar kan leda till allvarliga konsekvenser. Sömnstörningar hos äldre förknippas med ökad fallrisk. Fall och frakturer uppstår med stor sannolikhet under sömnperioden när den äldre går på toaletten eller vandrar omkring i huset. Långverkande, sederande läkemedel som hypnoticum och blodtryckssänkande läkemedel kan öka risken för fall. Äldre patienter som har risk att falla så har troligtvis också långsammare reaktionstid, sämre balans och sämre minne. Studier visar att patienter som lider av sömnstörningar i allmänhet rapporteras ha sämre livskvalitet, såsom mer symtom på depression och ångest, än de som inte lider av sömnstörningar. Kroniska sömnstörningar, oberoende av ålder, kan leda till

koncentrationssvårigheter, reaktionssvårigheter, försämrat korttidsminne och nedsatt prestationsförmåga. Med åldern ändras dygnsrytmen, gränsen mellan sömn och vakenhet försvagas och är mindre synkroniserade med varandra. Om den äldre människan skulle gå till sängs och stiga upp när de vaknade så skulle de ha mindre sömnsvårigheter. Den äldre är ofta tröttare på kvällen och försöker ofta vara vaken till en ”mer accepterad” tid. På grund av deras avancerade dygnsrytm, vaknar de fortfarande tidigt, alltså att de inte stannar kvar i sängen tillräckligt länge för att få en hel natts sömn. Ett annat scenario kan vara att den äldre somnar när de läser en bok eller tittar på tv under kvällen, och när de sedan går till sängs får de inte tag i sömnen på grund av tuppluren. På grund av den störda dygnsrytmen klagas på svårigheter att somna och svårigheter att sova. Den störda dygnsrytmen beror ofta på bristen på dagsljus. Missnöje med sömnen och sömnsvårigheter är ofta förknippade med dåliga sömnvanor, vilket kan handla om att spendera för mycket tid i sängen, ha ett oregelbundet sömnschema, inte få tillräckligt med dagsljus, att sova i en omgivning som är för ljus, för ljudligt, för varmt, för kallt eller dricka alkohol eller koffeinhaltiga drycker för nära läggdags. Friska äldre klagas sällan på sömnen.

Wolkove, Elkholy, Baltzan och Palayew (2007) lyfter i sin studie fram en rad olika sömnstörningar. Insomni definieras som svårigheter att somna samt svårigheter med att sova. För vissa patienter kan insomni orsakas av underliggande medicinska tillstånd eller på grund av läkemedelsbiverkningar. Depression och ångestsyndrom är ofta bidragande faktorer till insomni. Under REM sömnen uppstår drömmar. Hos REM sömn beteende sjukdom så är muskeln Atonia frånvarande till skillnad från normal sömn. De personer som drabbats av denna sjukdom kan uppvisa ett antal rörelser som i extrema fall kan skada patienten eller sängpartnern. Detta kan handla om att patienten går upp ur sängen och vandrar, slå omkring med armar och ben eller till och med bedriva komplexa aktiviteter som att äta men ännu stanna kvar i REM sömn. Narkolepsi är en kronisk neurologisk sjukdom med oklar bakgrund, narkolepsi resulterar i överdriven somnolens och trötthet dagtid. De typiska symtomen hos narkolepsi är ”sömn attacker”, hallucinationer, paralyserad sömn och kataplexi. Narkolepsi uppträder oftast i tidiga tonåren eller i 20-års ålder men symtomen tenderar att bli livslånga. Patienter med restless legs syndrom klagas ofta på stickningar, obehagliga, krampande och även smärtsamma känningar i nedre extremiteterna. Tillståndet kännetecknas av kraftigt behov av att röra på eller massera benen för att underlätta symtomen. Symtomen uppträder oftast när patienten går till sängs och därefter orsakar detta problem att somna. För patienter med sömnapné är det de övre luftvägarna som upprepade gånger tilltäpps under sömnen vilket

reducerar eller stoppar luftflödet. Patienter som lider av sömnapné är oftast överviktiga men inte nödvändigtvis, och de kan klaga på trötthet och yrsel dagtid.

I en annan studie gjord av Wolkove m.fl. (2007) lyfter författarna fram olika behandlingar för de olika sömnstörningarna som nämnts ovan. När behandling för sömnrelaterade sjukdomar blir aktuell måste man ta i beaktande de fysiologiska förändringar som kommer med åldern. Patienter som kan ha underliggande depression eller tidig demens kan lida av insomni. Dessa sjukdomar är mindre uppenbara och kräver mer tid för en korrekt bedömning och behandling. Deprimerade patienter med insomni får ofta antidepressiva läkemedel i doser som passar för den äldre. Hos de med demens så krävs ett enkelt beteende- eller miljöombyte som uppmuntran, begränsningar av yttre stimuli under eftermiddagen och familjära rogivande omgivningar. För ett ultimatum resultat krävs ofta en farmakologisk behandling. Eftersom att äldre patienter är de största konsumenterna av läkemedel, krävs en grundlig läkemedelsutredning. Man måste beakta mediciner som kan innehålla substanser som eventuellt kan störa sömnen, exempelvis koffein. Om endast möjligt ska sådana mediciner elimineras. Behandlingen av REM sömn beteende sjukdom bör inkludera en trygg omgivning att sova i. Man bör ta bort farliga föremål från sovrummet. Både patienten och sängpartnern bör få kunskap och information inom sjukdomens alla aspekter, speciellt risken att skada sig själv under natten. Avlägsnande av en medicin som främjar REM sömn beteende sjukdom, såsom selektiva serotoninåterupptagningshämmare antidepressiva, kan vara till nytta. En god sömnhygien är viktig hos patienter med narkolepsi. Ett medeltal av 7-8 timmars sömn per natt i samband med schemalagda tupplurer under dagen kan underlätta symtomen. Farmakologiska medel som påverkar det centrala nervsystemet har påvisats vara effektiva i samband med narkolepsi. Patofysiologin vid restless legs syndrom är svår att förstå. Behandlingen riktar sig till symtomen. Mat och drycker innehållande koffein kan förvärra symtomen reduceras eller elimineras. Även läkemedel kända att förvärra symtomen bör undvikas om möjligt. Generella åtgärder såsom viktminskning, rökavvänjning och avhållsamhet från alkohol brukar rekommenderas vid snarkning och sömnapné. Att hålla näsgångarna öppna genom att använda luftfuktare och nässpray kan hjälpa i vissa fall. Snarkning uppstår oftast när personer ligger på rygg så patienter bör sova på sidan. Operationer, som ökar i popularitet, bör övervägas hos äldre människor. Den vanligaste behandlingen av sömnapné är att tillföra ett kontinuerligt positivt luftryck, vanligtvis från en CPAP. En nackdel med CPAP behandling är de höga kostnaderna för maskinen. Författarna tar även upp praktiska råd för en god sömnhygien vilka lyder på följande vis. Använd sängen

endast för sömn och sexuella aktiviteter, om du inte kan sova skall du istället stiga upp och läsa eller göra någon annan avslappnande aktivitet före du går och lägger dig igen. Prioritera en god sömnkvalitet genom att gå och lägga dig samt stiga upp samma tid varje dag, säkra en rogivande miljö med skön säng, svalt, välventilerat rum och undvik starka ljus och ljud. Skapa och bevara rutiner vid läggdags som gör det lättare att somna, det kan handla om att förbereda sig för sovdags med hjälp av avslappning i 20-30 minuter, exempelvis lugn musik och andningsövningar, ta ett varmt bad, ät ett litet kvällsmål som exempelvis varm mjölk, mat med hög tryptofanhalt som till exempel bananer samt kolhydrater som har förmåga att framkalla sömnighet. Man bör undvika tupplurer efter klockan tre på eftermiddagen och att gå till sängs tidigt om kvällen. Man bör inte äta stora måltider, dricka koffeinhaltiga drycker eller alkohol, röka eller motionera strax före läggdags och inte heller tänka på problem eller försöka lösa problem när man försöker somna.

Dautovich, McCrae och Rowe (2008) har gjort en studie om subjektiva och objektiva tupplurer hos äldre. Över 100 informanter deltog och de bodde i sina egna hem. Informanterna delades in i två olika kategorier, med de som tog tupplurer under dagen och kvällen de som tog tupplurer endast dagtid. Ingen av deltagarna tog tupplurer endast kvällstid. Studiens första syfte var att utforska sambandet mellan objektiva och subjektiva tupplurer samt att mer exakt fånga variabiliteten av de äldres tupplurandevanor. Det andra syftet var att undersöka kvällstupplurens effekt på den äldre människans sömn. Detta åstadkoms genom att jämföra de två olika gruppernas nattsömn. Forskarna rapporterar att 57 % av de äldre har svårigheter med sömnen. Sömnlöshet i det senare skedet av livet beror delvis på åldersrelaterade förändringar i sömnmönstret som resulterar i lättare sömn, upprepade uppvaknanden, mindre total sömn och längre tid för insomnande. För många äldre människor påverkas sömnen av en kombination av hälsa, situationsanpassning och psykologiska faktorer tillsammans med ontogenetiska förändringar. Kliniskt sett så påverkas sömnen dåligt av tupplurer. Det genomsnittliga antalet tupplurer hos äldre är en gång per vecka och den genomsnittliga längden är 23,3 till 45 minuter per dag. Även om en stor del av litteraturen inte indikerar sambandet mellan tupplurer och sömn så visar en del studier negativa samband och andra studier visar positiva samband. 58 % av informanterna kategoriserades som dag- och kvällstupplurare, 27 % tog tupplurer endast dagtid. De resterande 15 % uppvisade lågfrekvent tupplursbeteende. De som var dag- och kvällstupplurare hade signifikant mindre problem med insomnande, mindre uppvaknanden efter insomning samt bättre sömneffektivitet i jämförelse med dem som endast tog tupplurer dagtid. I huvudsak så hade dag- och kvällstupplurande

personer mindre uppvaknanden på natten än de som tog tupplurer endast dagtid. Detta resultat strider dock mot de konventionella rekommendationerna för god sömnhygien där det sägs att man bör undvika eller begränsa tupplurerna till förmiddagen, men samtidigt är detta helt individuellt. Det uppstod också en intressant skillnad i jämförelse mellan grupperna. De som tog tupplurer både dagtid och kvällstid hade högre tupplursfrekvens, med kortare tupplurer och genomsnittligt senare tupplurer än de som tog tupplurer endast dagtid. Signifikanta skillnader hittades mellan de subjektiva och objektiva mätningarna. Den mest karaktäristiska tiden att ta tupplurer på var på kvällen. Kombinationen av dags- och kvällstupplurer associerades inte med försämrad sömn.

Fetveit (2008) lyfter i sin artikel fram om icke medicinsk behandling för sömnstörningar. Förutsättningarna för icke medicinsk behandling är att den som behandlar bör känna igen patientens sömn. En sömndagbok kan därför vara till nytta, där man skriver upp tidpunkter för sänggående, insomningslatens och antal uppvaknanden under nattens lopp beaktas. Som komplement kan man även använda sig av sömnregistrering med hjälp av polysomnografi. Bland de icke medicinska behandlingarna är stimuluskontrollbehandling och sömnbegränsning de centrala punkterna. Stimuluskontrollbehandling handlar om att korrigera dåliga sömnbeteenden och förstärka associationen mellan sömnen och sängen. Det understryks att sängen är till för att sova i. Får man inte tag i sömnen inom loppet av en kort tid, exempelvis 30 minuter, skall man stiga upp, gå ut ur sovrummet och inte återvända till sängen förrän man är sömning igen. Tidpunkten för att stiga upp på morgonen är redan på förhand bestämt och skall inte justeras efter hur mycket sömn patienten faktiskt får per natt. Förutsättningarna för denna metod ur patientperspektiv är en motiverad patient som klarar av att följa instruktioner. Behandlingen är krävande och ofta ses en förvärring av sömnstörningarna de första en till två veckorna, innan en förbättring börjar märkas, därför är det viktigt att förbereda patienten på detta. Sömnbegränsning går ut på att förkorta den egentliga tiden i sängen och kombineras ofta med stimuluskontrollbehandling. Många personer som sover dåligt kompenserar detta med att tillbringa lång tid i sängen i hopp om att få tag i sömnen, eller åtminstone få lite vila. Det är inte heller ovanligt att personer med ca fem timmars sömn ligger i sängen upp till nio till tio timmar. Detta i sin tur är en bidragande faktor till att sömnstörningarna kvarstår. Målet med sömnbegränsning är att förkorta antalet timmar i sängen till den tid personen egentligen sover. Man utnyttjar här sömndagboken till att räkna ut hur lång tid personen sover. Dock rekommenderas det att tid som spenderas i sängen inte går under fem timmar. Om den beräknade tiden sömn per natt är fem timmar,

begränsas patientens tid i sängen till fem timmar, till exempel från klockan 01 till 06. Tiden personen får tillbringa i sängen bestäms individuellt baserat på förändringar i sömneffekten. När sömneffekten stiger, ökar man gradvis tiden i sängen med exempelvis 15-30 minuter per vecka. Sömnbegränsning är sannolikt en enklare behandlingsform att genomföra är stimuluskontrollbehandling. Dygnsrytmen påverkas av flera olika faktorer, men ljuset har störst inverkan. Ljuset påverkar, via ögonen, det centrum i hjärnan där den inre klockan för dygnsrytm sitter. Tidpunkten för ljusexponering avgör i vilken riktning dygnsrytmen påverkas. Ljusterapi har visats ge lovande resultat på sömnstörningar hos äldre patienter med och utan demens. Hos äldre personer med demens som har sömnstörningar, är det oftast inte nödvändigt att ändra den nuvarande dygnsrytmen. Behandlingen går istället ut på att stärka dygnsrytmen. Detta görs genom att öka yttre stimuli dagtid, såsom sociala kontakter, fysisk aktivitet och speciellt ljus. Studier visar att ljusbehandling minskar oron på kvällen (sundowning) och ökar aktiviteten dagtid. Artificiell ljusterapi på ca 30 minuter dagligen med vitt ljus i intervaller 2000 - 10000 lux kan påverka dygnsrytmen. Sömnhygien är a och o för god sömn och hör till de grundläggande åtgärderna vid icke medicinsk behandling. Kort sagt går dessa åtgärder ut på att säkerställa sitt sömnbehov, respektera dygnsrytmen och undvika hög aktivitet kvälls-, och natttid.

5.1 Sammanfattning av tidigare forskning

Beland, Préville, Dubois, Lorraine, Grenier, Voyer, Pérodeau och Moride (2010) lyfter fram att det är ungefär 50 % av den äldre populationen som är missnöjd med sin sömn. De ville i sin studie ta reda på om användningen av benzodiazepiner visar någon påverkan på sömnkvaliteten. Dock verkar det inte som att författarna hittade något jämförbart eftersom att användningen av benzodiazepiner upplevdes försämra kvaliteten på sömnen, vilket i sin tur ledde till att de som inte använde sig av sömnläkemedel hade bättre sömn fastän benzodiazepin var den mest utskrivna sömnmedicinen. Att påminnas om, så ansågs inte tillräcklig forskning inom detta område. Salzman (2008) tar upp den stora användningen av hypnoticum i sin studie. Även där så beskrivs att benzodiazepin är den mest utskrivna sömnmedicinen. Det som skiljer från den tidigare nämnda forskningen är att Salzman belyser benzodiazepin som en effektiv behandling om den används enligt rekommendationerna. De hypnotiska läkemedlen bör användas i kombination med icke-farmakologiska behandlingar, inklusive lämplig sömnhygien, och behandling av andra medicinska eller psykiatriska orsaker

till störd sömn. En diagnostisk utredning av olika hälsoproblem bör utföras för att kunna reducera stor användning av andra läkemedel som kan störa vissa specifika läkemedelsbehandlingar.

Roepke och Ancoli-Israel (2010) rapporterar om de problem förknippat med sömnen som kan framkomma med stigande ålder. Missnöje med sömnen kan förekomma i alla åldrar men den äldre människan har en ökad risk. Vid det normala åldrandet så är ett antal fysiska och psykiska förändringar kända men det svåraste är anpassningen. Förmågan att sova minskar med åldrandet på grund av de andra faktorerna som förknippas med stigande ålder. En studie av Ancoli-Israel, Ayatlon och Salzman (2008) tar upp sömnstrukturens förändringar med åldrandet. Även här så rapporteras missnöjet på sömnen knappast bero på åldrandet i sig utan det handlar ofta om de andra problem som kommer med den stigande åldern exempelvis olika sjukdomar eller sociala problem. Sömnstörningar kan leda till allvarligare problem det har visat sig att de äldre med sömnstörningar har sämre livskvalitet. Denna studie listar problem som kan uppstå med dålig dygnsrytm samt vikten av ett regelbundet sömnschema.

Det finns flera olika sömnstörningar och i en studie gjord av Wolkove, Elkholy, Baltzan och Palayew (2007) listas ett antal med korta förklaringar. Bland annat nämns insomni, narkolepsi och restless leg syndrom. I en annan studie med samma författare så nämns även olika behandlingar på dessa olika sömnstörningar och det behöver inte alltid handla om medicinsk behandling. Studien ger också rum för olika praktiska råd till förbättrad sömnhygien med exempelvis tips om hur sovrummet borde vara eller vilka rutiner som är bra att ta fasta på. Studien tar även upp lite om tupplurande vilket leder oss vidare till en studie av Dautovich, McCrae och Rowe (2008). Här rapporteras subjektiva och objektiva tupplurer. Denna studie hade 100 deltagare som gav författarna två olika kategorier, de äldre som tog tupplurer under dagen samt de som tog tupplurer både dagtid och kvällstid. Kliniskt sett så påverkas sömnen dåligt av tupplurer men de som tog tupplurer både dagtid och kvällstid hade signifikant mindre problem med insomnande, mindre uppvaknanden efter insomning samt bättre sömneffektivitet i jämförelse med dem som endast tog tupplurer dagtid. Även i denna studie bevisades sambandet på försämrad sömn och de åldersrelaterade förändringarna i sömnmönstret.

Fetveit (2008) har i sin studie tagit upp icke medicinska behandlingsmetoder för sömnstörningar. Förutsättningarna för sådan behandling är enligt Fetveit viktigt att känna till

patientens sömn. Här beskrivs exempelvis en sömndagbok som patienten själv fyller i som i sin tur blir både patientens och behandlarens hjälpmedel. En behandling som studien handlar om är stimuluskontrollbehandling som handlar om att korrigera dåliga sömnbeteenden och förstärka associationen mellan sömnen och sängen. Fetveit tar också upp om hur dygnsrytmen påverkas av flera olika faktorer. Sömnhygien är viktigast för god sömn och hör till de grundläggande åtgärderna vid icke medicinsk behandling.

6 Undersökningens genomförande

Detta examensarbete görs i form av en kvalitativ studie, varav en intervju utgör datainsamlingsmetod. Materialet har analyserats med hjälp av innehållsanalys. En kvalitativ metod är lämplig att använda sig av då man på grund av otillräckliga förkunskaper vill undersöka ett fenomen närmare. En kvalitativ metod är huvudsakligen induktiv, dess mönster är flexibelt, och utvecklas vartefter under processens förlopp. (Eriksson 1991, s. 99). Man vill kunna beskriva hur något är utformat och dess egenskaper, till skillnad från kvantitativa metoder, som eftersträvar exakta mätningar av ett fenomen enligt Olsson och Sörensen (2011, s.21)

När en kvalitativ metod används har man som forskare ett öppet samspel och några viktiga drag som karakteriserar situationen är närhet och sensitivitet. Man vill kunna skapa en förståelse för en människa utgående från hennes personliga perspektiv. Datainsamlingen pågår samtidigt som tolkningen och analysen. Målet är att få en helhetsuppfattning av särskilda förhållanden som resulterar i en så komplett bild som möjligt av situationen. Resultaten presenteras vidare i en relevant tolkning som baserar sig på beskrivningar samt citat. (Eriksson 1991, s. 101). Datainsamlingen sker vanligtvis genom intervjuer, dokument och observationer men även frågeformulär med öppna frågor som ger svar i form av text är ett annat sätt att samla in data (Denscombe 2009, s. 367).

6.1 Undersökningsgruppen

Undersökningsgruppen består av sex personer i åldern 65 år och uppåt, från området Korsholm/Vasa och med svenska som modersmål. Våra kriterier för deltagarna är att de skall

vara pensionerade och hemmaboende eller alternativt bo självständigt. Intervjuerna som respondenterna kommer att utföra kommer att utgöras av personliga intervjuer, i form av semistrukturerade intervjuer. Som dataanalysmetod kommer respondenterna att använda sig av innehållsanalys.

6.2 Semistrukturerade intervjuer

Intervjuer går under kategorin surveyundersökningar. Surveyundersökningar är dock inte en forskningsmetod, utan är istället en forskningsstrategi. Kännetecken för surveymetoder är dess kombination av en bred täckning, fokus på ögonblicksbilden vid en given tidpunkt och beroendet av empiriskt data. Exempel på tillvägagångssätt för genomförandet av surveyundersökningar är frågeformulär, intervjuer, dokument och observation. (Denscombe 2009, s. 25-26).

En intervju kan användas då man i ett forskningssammanhang vill få kunskap om människors uppfattningar, åsikter, kunskaper med mera. Intervju är en muntlig konversation där forskaren kallas intervjuare och de svarande (eller de intervjuade) kallas respondenter. Intervjufrågorna och dess formulering är på förhand strukturerade i högre eller mindre grad. Svaren i en intervju kan utformas på olika sätt. De kan vara bundna där respondenten får välja på svarsalternativ såsom till exempel ja, nej, vet inte eller öppna svar där respondenten fritt får formulera sina svar. Man kan även använda sig av både och i en intervju. (Ejvegård 2009, s. 49, 51)

Bell (2000, s. 119) anser att fördelar med att använda sig av intervjuer är dess möjlighet till flexibilitet, uppföljning av idéer, utforskning av svar, gå in på känslor och motiv och att kunna uppmärksamma tonfall, mimik och pauser på ett sådant sätt som skriftliga svar inte möjliggör. Att intervjuer är tidskrävande och att svaren kan vara svåranalyserade är dock nackdelar med en intervju.

Vanligtvis utförs en intervju med enbart en intervjuare och en respondent åt gången, men i undantagsfall så kan man vara fler intervjuare eller respondenter samtidigt enligt Ejvegård (2009, s.51). Ett alternativ för intervju är intervjuer ansikte mot ansikte. Detta betyder alltså uttryckligen att intervjuaren och respondenten har en direkt kontakt med varandra.

(Denscombe 2009, s. 28). Platsen för intervjun bör ske på en lugn och ostörd plats. Inga åhörare bör finnas på plats och respondenten bör känna sig trygg i omgivningen. (Trost 2007, s. 44).

Fördelen med en intervju utförd ansikte mot ansikte är att forskaren förmodligen kan förvänta sig mer fylliga och utförliga svar. Den direkta kontakten gör att man som forskare kan analysera personen samtidigt som intervjun utförs, och på så sätt även kunna läsa av respondenten om osann information fås. Svareförekomsten är också högre vid intervjuer ansikte mot ansikte. Som forskare och intervjuare bör man tänka på möjligheten att kunna "sälja in" sig hos respondenten, som möjliggörs vid denna typ av intervju. Detta är en detalj som kan vara svår vid t.ex. telefonintervjuer, som är en annan typ av intervju. Nackdelen med att intervjua ansikte mot ansikte är att detta är en kostsammare metod än till exempel surveyundersökningar utförda via telefon, per post, via internet med mera. Man bör beakta kostnader för resor samt intervjutid. (Denscombe 2009, s. 28-29).

Innan man påbörjar intervjun bör deltagarna ge informerat samtycke. Det ska vara frivilligt att delta i intervjun, och de bör få tillräcklig information om forskningens syfte för att kunna avgöra om de vill delta. Samtycket bör även vara skriftligt, och ett skriftligt formulär för samtycke bör innehålla forskarens namn, kontaktuppgifter och organisationens namn och under vems beskydd forskningen genomförs. Information om forskningen bör framkomma såsom t.ex. hur forskningen genomförs, vad man i forskningen studerar eller undersöker och vad man i utbyte kommer att få från undersökningen. Man bör informera om vilka uppgifter deltagarna kommer att ha, uppskattning om vilken tid som går åt samt eventuella belöningar som tack för deltagandet. Man bör även informera om forskningens konfidentiella hantering och datasäkerhet och motta en underskrift med datum från deltagarna och sin egen signering med datum, vilket även binder forskaren till att hålla sin del av överenskommelsen. (Denscombe 2009, s. 199-200).

I en semistrukturerad intervju har intervjuaren på förhand gjort upp en lista med frågor. Men till skillnad från strukturerade är upplägget mindre strikt, man bör ställa sig in på att kunna vara mer flexibel gällande till exempel frågornas ordningsföljd. Respondenten skall kunna utveckla sina idéer och tala mer detaljerat om de ämnen som intervjuaren tar upp. Respondentens svar förblir öppna och man låter respondenten utveckla sina synpunkter. (Denscombe 2009, s. 234-235).

För att få den mängd material man behöver från intervjun, så är det praktiskt att använda sig av en bandspelare. Detta möjliggör även att man sedan i lugn och ro har möjlighet att skriva ut intervjun. Dock kan en bandspelare inverka negativt för en del respondenter eftersom de i sin tur blir mera försiktiga och börjar tänka på hur de formulerar sig. Dessutom finns de även respondenter som inte alls tillåter användning av bandspelare, det är samtidigt något som man måste respektera. (Ejvegård 2009, s.51)

Ejvegård (2009, s. 52) menar också att även anteckningar som görs under intervjun kan ha negativ inverkan på respondentens svar. Om så är fallet, bör man strax efter intervjun se till att snabbt anteckna minnesanteckningar eller spela in med egna ord vad som sagts under intervjun.

Övriga saker att beakta vid en intervju är att man som intervjuare ska vara väl förberedd och inte komma stressad eller nervös till intervjun. Ett sådant uppträdande kan lätt smitta av sig till respondenten och kan påverka svarsresultaten. Det är viktigt att inleda med en presentation av dig själv och förklara intervjuens syfte och hur intervjumaterialet kommer att tillämpas. Man ska förklara rätten till anonymitet och kunna garantera den samt att intervjuens material förblir konfidentiellt. Frågorna man ställer ska inte vara ledande frågor, det vill säga frågor som redan har angivna svar. Man bör även ha i åtanke att ställa sina frågor så ordagrant som möjligt till alla respondenter som deltar i intervjun, om samma fråga har annorlunda formulering, kan de tolkas olika av respondenterna. Vid avslutandet av intervjun skall man tacka den som medverkat samt fråga ifall det finns en möjlighet att återkomma vid eventuella oklarheter eller ytterligare frågor. Avslutningsvis skall du även erbjuda respondenten att ta del av intervjurens resultat eller hela undersökningen när den är klar. (Ejvegård, 2009, s. 52-55).

6.3 Innehållsanalys

Innehållsanalys är ett tillvägagångssätt, med vilket man kan analysera ett dokumentets innehåll. Metoden kan användas för att kvantifiera innehållet på all typ av "text" vare sig det gäller skrift, bilder eller ljud. (Denscombe 2009, s. 307). Inom vårdforskning är det vanligt att använda sig av innehållsanalys, och när man som vårdforskare avser analysera ett

kommunikationsinnehåll skall man anknyta analysen till en teori, en deldisciplin eller ett specifikt problemområde. (Eriksson 1992, s. 280).

En innehållsanalys kan analyseras antingen induktivt eller deduktivt. Innan man påbörjar innehållsanalysen bör forskaren bestämma om man analyserar det som tydligt kommer fram i texten, eller om man även väljer att analysera dolda budskap. Det är ändå undersökningens syfte och frågeställningar som styr valet av material man vill analysera. Det första steget i en innehållsanalys är, vare sig man analyserar induktivt eller deduktivt, är att bryta upp texten i mindre delar. Analysenheten kan bestå av ett ord eller en ordkombination, men även av en mening, ett uttalande eller ett helhetstänkande. (Kynge & Vanhanen 1999, s. 5).

Efter att man brutit upp texten, bör man fundera ut lämpliga kategorier på analysen av materialet. Som forskare bör man ha en klar uppfattning om vilka frågor, idéer och kategorier som intresserar henne och hur de framkommer i materialet. Nyckelord kopplade till temat kan vara ett exempel på detta.

Efter kategoriseringen läser man igenom texten ett flertal gånger, syftet med läsningen är att skapa en grund för analysen. Efter att ha bekantat sig med ämnet, regleras analysens framfart av det, ifall det är analysens ämne som styr eller de på förhand valda kategorierna. (Kynge & Vanhanen 1999, s. 5). Därefter sker en kodning av enheterna och dess överrensstämmelse med kategorierna. Vidare räknar man hur många gånger enheterna förekommer, och dess förhållande till övriga enheter i texten och dess förekomst. (Denscombe 2009, s. 307-308).

6.4 Skapande av broschyr

För att åstadkomma en bra broschyr behöver man kunna kombinera ord och bilder på ett sådant vis att den är attraktiv. Det är viktigt att klargöra syftet, till vilken målgrupp den riktar sig samt användningsområde. Innan utformandet av broschyren kan man samla ihop några olika exemplar från butiker och kontor som stöd. Utgående från dessa broschyrer kan man få idéer om hurudan layout, vilket typsnitt eller vilka bilder man kan använda sig av. För att nå det bästa resultatet ska man bolla med flera idéer. Det är bra att testa olika layouter och typsnitt för att bli nöjd. Innan påbörjandet av själva slutprodukten kan man göra en

layouts-kiss för att få en bild av hur man vill att resultatet skall bli. (Dimbleby & Burton 1999, s. 254-255).

Vid planerandet att vår egen broschyr började vi med att gå igenom andra broschyrer. Vi ville ta reda på hur man utformar en broschyr och hurudant upplägg man kan använda sig av. Det vi tyckte var viktigt att ta i beaktande var att vår målgrupp främst skulle bli äldre personer, vilket i sin tur betydde att texten skulle vara kort, lättläst och enkel att förstå. Själva innehållet togs från teoretiska bakgrunden, intervjun och tidigare forskning.

6.5 Undersökningens praktiska genomförande

Detta examensarbete är ett beställningsarbete från projektet aktiverande TV. Innan undersökningen samlade respondenterna in bakgrundsfakta för att få en bredare kunskap angående ämnet. Teoretiska bakgrunden samlades in från böcker, de flesta fanns att låna på skolans bibliotek Tritonia. Artiklarna har som tidigare nämnts sökts på olika databaser såsom Ebsco, Cinahl, SweMed+ och Pubmed och med olika begränsningar i form av sökord, årtal o.s.v. Sökorden som har använts är *sleep*, *elderly*, *sleep disorders*, *sleep diseases*, *sleep methods*, *sleep quality*, *napping* i olika kombinationer och sökningarna har begränsats från år 2007 till år 2013 för att begränsa antalet artiklar samt för att få så uppdaterad information som möjligt. Artiklarna har valts utgående från relevans i dess innehåll samt vetenskaplig trovärdighet. Skolan gav oss ett godkännande innan utförandet av undersökningen. Vår tanke var från början att undersöka boende på ett vårdhem, sedan på ett serviceboende, men på grund av etiska aspekter så blev detta inte av. Vi fick slutligen lov att utföra undersökningen på Seniorcentret i Korsholm. Undersökningen gjordes i form av en empirisk studie med semistrukturerade, personliga intervjuer och öppna svarsalternativ. Vi tog kontakt med ledaren för Seniorcentret i Korsholm, där vi planerade att utföra våra intervjuer. Ledaren valde i sin tur ut lämpliga deltagare. En vecka på förhand besökte vi Seniorcentret för att presentera oss, bekanta oss med deltagarna och berätta om undersökningens syfte. Ett följebrev (se bilaga 1) delades även ut åt deltagarna. På intervjudagen informerades deltagarna enskilt om deras rätt till anonymitet och vi fick även deras godkännande att använda bandspelare. Intervjumaterialet tolkades efter intervjun med hjälp av innehållsanalys. Intervjumaterialet bestod av de intervjuer som vi spelade in på en bandspelare. Efter inspelningen renskrevs en sammanfattning av hela intervjun på ett skilt dokument. Detta

dokument gjordes som stöd för innehållsanalysen och gjorde det enklare att urskilja vad deltagarna svarat på varje fråga, vilket vi sedan kunde använda oss av i tolkningen. Renskrivningen möjliggjorde även radering av det inspelade bandet och därmed även skyddandet av våra intervjudeltagares identitet.

7 Resultat och tolkning

Resultatet av denna studie kommer att sammanställas i form av en broschyr (se bilaga 2), enligt beställarens eget önskemål. I överenskommelse med handledande lärare så kommer intervjun inte att få någon skild redovisning i denna resultatdel. Resultatet av intervjun kommer istället att framföras i samband med tolkningen. I detta kapitel kommer respondenterna att tolka det resultat som framkommit från intervjuerna mot den teoretiska utgångspunkten och tidigare forskning. Vår tolkning har delats upp i sex delar: god sömn, användning av sömnläkemedel, sömnmetoder, åldersrelaterade förändringar, förekomst av sömnproblem samt vila. Dessa kategorier framkom genom våra intervjufrågor och i tolkningen utgår vi från dessa huvudkategorier samt även medföljande underkategorier.

7.1 God sömn

Det här kapitlet tar upp timantal, insomnande, att somna om ifall man vaknar, oavbruten sömn och förlängd sömn. Dessa valdes eftersom de uppstod i vår intervju. Enligt intervjudeltagarna vore nattsömnen optimal om den innehöll en viss mängd eller ett visst timantal sömn, mellan fem till åtta timmar. Insomnandet var av stor vikt, både i syftet att somna relativt fort vid sänggåendet och att kunna somna om igen ifall man vaknar under nattsömnen, dock skulle en helt oavbruten sömn vara önskvärd. De personer som hade oavbruten sömn önskade dock att sömnen skulle bli förlängd, och att det tidiga uppvaknandet de upplevde skulle minska.

I en studie gjord av Salzman (2008) framkom det att det är vanligt med avbruten, otillfredsställd och förkortad sömn bland äldre, vilket ger upphov till missnöje med sömnen. Den äldre människan har mer återkommande uppvaknanden än yngre och medelålders människor och den äldre når heller sällan REM-stadiet, eller stadie 5 i sömncykeln. I en annan studie av Roepke och Ancoli-Israel (2010) finns det både objektiva och subjektiva mått på

sömnkvalitet, vilka ger stöd för sömnförändringar förknippade med åldern. Några exempel på subjektiva förändringar är svårigheter att somna, tidigt uppvaknande, antal tid som spenderas i sängen, uppvaknanden nattetid och den totala sömnen i jämförelse med unga vuxna. Dessa förändringar är förändringar som våra intervjudeltagare upplever som faktorer som skulle kunna förändras för att få en optimal nattsömn, och stöder därmed även det vad forskningen säger.

7.2 Användning av sömnläkemedel

Beträffande användning av sömnläkemedel funderade vi över graden av användningen och effekten. Av våra intervjudeltagare använde majoriteten inte sömnläkemedel. En del av dem hade utskrivna läkemedel att ta till vid behov men tog sällan till sömnläkemedel. Några av deltagarna hade vid något tillfälle i livet fått sömnläkemedel utskrivet, men använder inte dessa mera. De av deltagarna som använde sig av sömnläkemedel regelbundet eller någon gång vid behov tyckte nog de var bra att ta till. En av deltagarna tyckte att det var ett bra insomningsmedel, men att man vaknar tidigt och att man gott kunde komma på något som även skulle förlänga nattsömnen. En annan strävade till att använda läkemedlen så lite som möjligt och försökte vara utan några nätter ifall denna tagit en natt.

Beland, Prévile, Dubois, Lorraine, Grenier, Voyer, Pérodeau och Moride (2010) har i sin studie undersökt användningen av benzodiazepiner och sömnkvaliteten hos den äldre populationen. De lyfter fram det faktum att missnöjet med sömnen är vanligt hos de äldre och att ungefär hälften av de äldre inte är tillfredsställda med sin sömn. Det framkom även att benzodiazepin-användare upplevde sämre sömnkvalité. Detta i sin tur betyder att sömnkvaliteten är bättre hos dem som inte använder sig av benzodiazepiner men ändå är läkemedlet det mest utskrivna vid sömnsvårigheter. Det bör dock tilläggas att dokumentationen kring detta ämne är bristfällig. Salzman (2008) rapporterar att benzodiazepiner är förstahandsbehandling vid sömnstörningar hos äldre och att de även är effektiva samt säkra när de används enligt rekommendationerna. Äldres brist på tillfredsställande sömn är en trolig orsak till att en hög procent receptbelagda läkemedel används för att bli av med problemen

I vårt fall var alltså användningen av sömnläkemedel hos deltagarna liten. Några av de som brukade sömnläkemedel använde melatonin, vilket inte hör till kategorin benzodiazepiner. Detta gör det svårt för oss att jämföra kvaliteten på sömnen hos benzodiazepinanvändare och icke användare som de gjort i studierna ovan. Ytterligare kan vi konstatera att även om våra deltagare har sömnläkemedel utskrivna, används de inte i speciellt hög grad. Utöver det kan det även konstateras att de deltagare som använde sömnläkemedel regelbundet eller vid behov tyckte att det var ett bra hjälpmedel att ta till, men av resultatet att döma är sömnläkemedel inte deltagarnas förstahandsval.

7.3 Självhjälp vid sömnsvårigheter

I detta kapitel bildades yttre stimuli, aktivitet, avslappning, tankar och sömnhygien. Av intervjun framkom att deltagarna tar till självhjälp och egna knep för att få tag i sömnen. God sömnhygien och yttre stimuli hjälper till att hitta sömnen. Deltagarna är eniga om att man ska vara avslappnad då man går och lägger sig. Exempelvis kan man titta på tv, läsa en bok och inte utföra aktiviteter som ökar energin före man går och lägger sig. Man bör även undvika koffeinhaltiga drycker ifall man blir alert av dessa. En del av deltagarna ansåg däremot istället att ifall exempelvis kaffe eller te gör en avslappnad så kan man gott och väl inta det på kvällskvisten för att hjälpa sömnen på traven. Ytterligare ansåg flera av deltagarna att om man inte kan sova, ska man istället för att ligga kvar i sängen stiga upp och t.ex. läsa, äta ett litet kvällsmål som till exempel smörgås och varm mjölk eftersom mat i magen lugnar ner en. Problem ska inte lösas då man går och lägger sig, trots att tankarna lätt vandrar iväg till vissa saker och att sov miljön ska vara lugn, stillsam och mörk om det behövs vid läggdags. En av deltagarna påpekade också att det är viktigt att behålla regelbundenhet med sömnen och gå och lägga sig ungefär samma tid varje kväll.

Wolkove, Elkholy, Baltzan och Palayew (2007) tar i sin studie upp en del praktiska råd för god sömnhygien vilka i lång utsträckning stämmer bra överrens med vad deltagarna i intervjun säger. Kan man inte sova, ska man stiga upp och utföra någon form av avslappnande aktivitet innan man försöker gå och lägga sig på nytt. Regelbundenheten i sömnmönstret kan hållas genom att man går och lägger sig ungefär samma tider varje dag och ser till att sovrummet och omgivningen är rogvande, sval samt undvikande av starka ljus och ljud. Man kan förbereda sig för läggdags genom att inta ett litet kvällsmål i form av varm mjölk eller

mat med hög tryptofanhalt exempelvis bananer. Även kolhydratrik mat har en förmåga att framkalla sömnhet. Koffeinhaltiga drycker och alkohol bör undvikas före läggdags. Slutligen ska man försöka undvika att tänka på problem vid läggdags.

7.4 Åldersrelaterade sömnförändringar

Vi ställde våra intervjudeltagare frågan om de tror att sömnen förändras med tiden då man blir äldre. Det gemensamma svaret på den frågan var att de alla tyckte att sömnen förändrats från vad den var som ung till vad den är idag. Alla behöver sova ett antal timmar per natt för att orka dagen efter men timantalet är helt och hållet individuellt. En annan sak var regelbundenhet med sänggåendet, de rutiner man gör varje kväll för att somna och sova om natten. Som ung hade man familj och små barn där det var svårt att hålla rutiner på det sätt man kan som pensionär men samtidigt kunde det vara lättare att somna på grund av den energi man förbrukat under dagen. Sömnen är viktig för att få energi till följande dag.

Roepke och Ancoli-Israel (2010) har dokumenterat att en rad förändringar uppstår med åldern och risken för sömnstörningar ökar. Fysiska och psykiska förändringar uppstår vid det normala åldrandet. Svårast är anpassningen till förändringarna i sömnens kvantitet och kvalitet. Man kan förvänta sig förändringar i sömnstrukturen med stigande ålder men det är inte åldern i sig som orsakar sömnstörningar. Förmågan att sova minskar med åldern men det är oftast ett resultat av andra faktorer som förknippas med åldrandet. Både de subjektiva och de objektiva mått på sömnkvaliteten ger stöd för åldersförknippade förändringar i sömnen. Exempel på subjektiva förändringar kan vara tidigt uppvaknande, insomningssvårigheter, nattliga uppvaknanden, ”tupplurande” och den totala sömnen jämfört med unga vuxna.

Liksom Roepke och Ancoli-Israel, rapporterar även Ancoli-Israel, Ayatlon och Salzman (2008) att inte mängden sömn förändras med åldern, utan att det är sömnstrukturen som förändras. Den äldres missnöje angående sömnen beror sällan på åldern i sig, utan troligtvis förknippas det med olika sjukdomar, sociala problem och det stora antalet läkemedel som den äldre människan tar. För en del människor kan det handla om en kombination av dessa faktorer. Dygnsrytmen ändras med stigande ålder och gränsen mellan sömn och vakenhet kan försvagas och dessa är mindre synkroniserade. Mindre svårigheter skulle uppnås om den äldre skulle stiga upp när denne vaknar. De är ofta tröttare på kvällen men försöker samtidigt hålla

sig vakna till en ”mera accepterad” tidpunkt. På grund av den avancerade dygnsrytmen så vaknar de fortfarande tidigt. Även tupplurer under kvällen gör att man inte får tag i sömnen. Den störda dygnsrytmen gör att de äldre klagar på svårigheter att somna och att kunna sova. Missnöje med sömnen och sömnsvårigheter förknippas ofta med dåliga sömnvanor, vilket kan handla om att spendera för mycket tid i sängen, ha ett oregelbundet sömnschema, inte få tillräckligt med dagsljus, att sova i en omgivning som är för ljus, för ljudlig, för varm, för kall eller dricka alkohol eller koffeinhaltiga drycker för nära läggdags. De friska äldre klagar sällan på sömnen.

7.5 Förekomst av sömnproblem

Detta kapitel gav oss kategorierna sömnsvårigheter, insomningsproblem, tidigt uppvaknande, sömnapné och CPAP. Hos våra intervjudeltagare hade hälften av dem sömnsvårigheter med störd eller tidvis störd nattsömn, de andra upplevde inte att de hade några problem med sovandet. Två av våra deltagare använde sig av CPAP på grund av sömnapné och de hade båda märkt skillnad på sömnkvaliteten. Det mest förekommande var problem med insomnande efter att ha vaknat mitt i natten. Även problem med att få tag i sömnen om kvällarna fanns också, vilket de antog att berodde på väldigt tidig trötthet eller att ha stannat uppe för länge.

Roepke och Ancoli-Israel (2010) rapporterar att de äldre har en ökad risk för många sömnstörningar, till exempel sömnapné, ofrivilliga benrörelser, restless legs, REM-sömn beteende sjukdom, insomni och dygnsrytmstörningar. Ancoli-Israel, Ayatlon och Salzman (2008) lyfter fram att patienter som lider av sömnstörningar i allmänhet rapporteras ha sämre livskvalitet, såsom mer symptom på depression och ångest, än de som inte lider av sömnstörningar. Vid kroniska sömnstörningar, oberoende ålder, kan det leda till koncentrationssvårigheter, reaktionssvårigheter, försämrat korttidsminne och nedsatt prestationsförmåga. I en studie gjord av Wolkove, Elkholy, Baltzan och Palayew (2007) nämns en rad olika sömnstörningar som insomni, REM sömn beteende sjukdom, narkolepsi, restless legs syndrom och sömnapné.

Våra intervjudeltagare hade problem med insomni och sömnapné. Insomni kan definieras som svårigheter att somna samt svårigheter med att sova. Wolkove, Elkholy, Baltzan och Palayew

(2007) beskriver att hos vissa patienter kan insomni orsakas av underliggande medicinska tillstånd eller på grund av biverkningar av läkemedel. Bidragande orsaker till insomni kan även vara depression och ångestsyndrom. Hos de patienter som lider av sömnapné så handlar det om de övre luftvägarna som upprepade gånger tilltäpps under sömnen vilket reducerar eller stoppar luftflödet. Patienterna är oftast överviktiga men inte nödvändigtvis och de kan klaga på trötthet och yrsel dagtid.

7.6 Vila

Med rubriken och frågan om vila så framkom kategorier som tupplur, tid, tidpunkt och regelbundenhet. Våra deltagare tillfrågades om de vilar under dagens lopp för att orka bättre. Endast en av våra deltagare klarade sig utan tupplur förutom om denna person var sjuk och alla de andra har börjat ta tupplurer nu på senare år. Det vanliga är att ta en tupplur efter maten. Deras tupplurer varierade mellan 15 minuter till ett par timmar. En del av dem somnade men inte alltid, att bara ligga ner behövdes för att orka bättre. Enligt våra deltagare så påverkades inte nattsömnen av att ta en tupplur under dagen.

Dautovich, McCrae och Rowe (2008) rapporterade i sin studie om tupplurens påverkan. Syftet med studien var att ta reda på vanorna kring ”tupplurande” och dess effekt på sömnen. Hos den äldre människan så kan sömnlöshet bero på åldersrelaterade förändringar i sömnmönstret som i sin tur resulterar i lättare sömn, upprepade uppvaknanden, mindre total sömn och längre tid för insomnande. Även andra faktorer kan kombineras tillsammans med de ontogenetiska förändringarna. Ur ett kliniskt perspektiv så påverkas sömnen dåligt av tupplurande. En stor del av litteraturen indikerar inte sambandet mellan tupplurer och sömn, en del studier visar negativa samband och andra studier visar positiva samband. För de som tar en tupplur båda dagtid och kvälltid så visade det sig att de hade mindre problem med insomnande, mindre uppvaknanden efter insomning samt bättre sömneffektivitet i jämförelse med dem som endast tog tupplurer dagtid. Resultaten i studien strider mot de konventionella rekommendationerna för god sömnhygien där det sägs att man bör undvika eller begränsa tupplurerna till förmiddagen, men samtidigt är detta helt individuellt. Den mest karaktäristiska tiden att ta en tupplur på var kvälltid. Kombinationen av dags- och kvällstupplurer associerades inte med försämrad sömn. De av våra intervjudeltagare som tog en tupplur på dagen, kände ingen påverkan på nattsömnen. Dock framkom det av andra intervjufrågor att det fanns problem

med exempelvis nattliga uppvaknanden och svårigheter att somna om kvällarna. I detta fall kan vi ifrågasätta om detta påverkas av tupplurena.

7.7 Tolkning mot Dorothea Orems omvårdnadsteori

Vi har i detta examensarbete valt att ge en egen underrubrik åt tolkningen gentemot den teoretiska utgångspunkten. Orsaken till detta är att vi anser det ger en bättre helhetsbild om man ger den ett eget kapitel istället för att bryta upp den i mindre delar. Som teoretisk utgångspunkt har vi alltså valt Dorothea Orems omvårdnadsteori med fokus på egenvård.

Egenvård beskriver hur och varför människor tar hand om sig själva. Det är de åtgärder som den mogna individen vidtar i vardagen för egen räkning. Syftet med dessa är att upprätthålla hälsan, livets fortsatta personliga utveckling och välbefinnande. Människan har olika egenvårdsbehov, eller egenvårdskrav. Sömnen är bland annat ett egenvårdskrav som människan har. Människan har en egenvårdskapacitet, vilken är en inlärd, komplex förmåga att kunna tillfredsställa sina egna, upprepade vårdbehov och som bland annat gynnar välbefinnandet. För att människan skall kunna tolka sina egenvårdsbehov och planera den egenvård som egenvårdsbehoven förutsätter behövs kunskap, motivation, praktiska och mentala färdigheter. Egenvårdskraven påverkas av utvecklingsmässiga behov, hälsoavvikande fenomen samt universella krav. Universella krav är till exempel balansen mellan sömn och vila, vilket ger oss en koppling i vårt examensarbete, men påverkas även av t.ex. behovet av balans mellan ensamhet och social gemenskap och behovet av att kunna förebygga eventuella risker mot det mänskliga livet. Utvecklingsmässiga behov hos människan pågår från vaggan till graven, och för att kunna främja dess utveckling krävs särskilda faktorer. Barn, vuxna och äldre har helt naturligt olika krav, men de utvecklingsmässiga behoven kan även påverkas av särskilda händelser eller tillstånd kopplade till den mänskliga utvecklingen, exempelvis dödsfall i familjen. Hälsoavvikande problem som exempelvis sjukdom eller skada inverkar på egenvårdskraven och behoven. Sömnproblem är ett hälsoavvikande problem som i sin tur påverkar hälsan, och egenvården.

Vidare kan sömnproblemen i något skede ge upphov till en egenvårdsbrist. Det innebär att ifall människan inte av någon orsak längre kan ge sig själv den egenvård som behövs, så att en egenvårdsbrist uppstår, behövs professionell omvårdnad för att få bukt med

egenvårdsbristen. Vid sömnproblem kan behovet av professionell hjälp uppstå för bland annat utredning om sömnproblemen, varför det uppstår, vilken eller vilka vårdmetoder man kan ta till förr att få bukt med problemen och så vidare. Det finns olika omvårdnadssystem för att kunna tillfredsställa patienters behov och kompensera för egenvårdsbristen som uppstått. Det stödjande och undervisande systemet skulle kunna lämpa sig i detta fall, då patienten lider av sömnproblem. I det stödjande systemet skall patienten ta det huvudsakliga ansvaret själv, men får stöd och undervisning vid behov. Här skulle alltså patienten behöva ta eget ansvar för att de råd och den undervisning samt de metoder de erbjuds av professionell vårdpersonal kring sina sömnproblem tillämpas.

Intervjudeltagarna var överens om att sömn behövs för att de ska kunna fungera. (Ett egenvårdskrav). Vissa behöver ett visst antal timmar och vissa behöver vila för att kunna upprätthålla balansen mellan vila och sömn. (Universellt egenvårdskrav). Vissa av intervjudeltagarna har eller har i något skede av livet fått sin sömn påverkad av sjukdomstillstånd, av miljöförändringar, på grund av anhörigvård, dödsfall eller annan faktor. (Egenvårdsbehov såsom till exempel utvecklingsmässiga behov och hälsoavvikande fenomen). De patienter som har sömnproblem har i viss mån uppsökt professionell vård för att få hjälp med problemen, exempelvis med hjälp av sömnläkemedel. (En egenvårdsbrist har uppstått och ett behov av att tillämpa ett omvårdnadssystem har varit nödvändigt). Andra har klarat sig med den egenvård de själva har varit kapabla att utöva med de knep och metoder de lärt sig, och inte varit i behov av något omvårdnadssystem. (Egenvårdskapacitet).

8 Kritisk granskning

I detta kapitel har respondenterna utfört en kritisk granskning av examensarbetet. Genom att utgå från Larssons (1994) teori om kvalitetskriterier har respondenterna kritiskt granskat sitt examensarbete med hjälp av perspektivmedvetenhet, intern logik, etiskt värde, struktur och empirisk förankring.

8.1 Perspektivmedvetenhet

Alla olika beskrivningar av verkligheten har ett bakomliggande perspektiv. Enligt hermeneutiken så förutsätts det, för att man ska kunna få en förståelse, alltid att delen relateras till en helhet för att överhuvudtaget få en innebörd. I allt meningsfullt tänkande finns en tolkning, medan fakta i sin tur alltid är perspektivberoende. Redan första gången vi kommer i kontakt med det som ska tolkas har vi en så kallad förförståelse, alltså en föreställning om vad det betyder. Förförståelsen ändras kontinuerligt under tolkningsprocessens gång. Genom att förklara hur respondenternas perspektiv (det vill säga förförståelse) är, gör man utgångspunkten för tolkningen tydlig även för läsaren. Redovisningen av förförståelsen är dock inte någon enkel sak. I princip betyder detta att nästan praktiskt taget allt man tänkt skulle kunna påverka tolkningen. Det är då man i praktiskt sett avgränsar sig till sådant som är rimligt och relevant till forskningen, detta genom att redovisa hypoteser och tolkningar som tidigare utförts. Dessa bildar då en utgångspunkt för att närma sig det som ska tolkas. (Larsson 1994, s. 165-166).

Respondenterna var medvetna redan från första början om att sömnstörningar hos äldre är ett vanligt förekommande problem. På äldreboenden och avdelningar där respondenterna jobbat brukar man en rad olika läkemedel för att lindra sömnproblemen. Tanken var från början att fokusera på äldre som bor på olika vårdboenden, men på grund av etiska förhinder sattes istället fokus på äldre hemmaboende, eftersom även äldre hemmaboende lider av samma problem. Medvetenheten om betydelsen av att göra en studie med fokus på olika sömnstörningar, vad de beror på och hur man kan förebygga de utan läkemedel har grund i förförståelsen. Med hjälp av insamlandet av material till den teoretiska bakgrunden fick respondenterna mera kunskaper om ämnet, samtidigt som läsaren får en förståelse för forskningsämnet. Teoretiska utgångspunkten egenvård valdes eftersom respondenterna ville hitta icke medicinska metoder för att få bukt med sömnbesvären, och vad man utför för typ av egenvård i syftet att upprätthålla hälsan, i detta fall med fokus på sömnen, spelar en roll i strävan till en icke farmakologisk behandling. Presentationen av tidigare forskning som gjorts på området syftar till att ge ett perspektiv på området i fråga.

8.2 Intern logik

I ett vetenskapligt arbete bör harmoni råda mellan forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik. Vid val av metod och ansatser att använda sig av i en forskning, innefattar dessa

även perspektiv som påverkar den typ av resultat som produceras. Harmonin grundar sig på principen att ett vetenskapligt arbete ska vara en väl sammanhängande konstruktion, en helhet som alla enskilda delar kan relateras till, ett system. (Larsson 1994, s. 168-170).

Respondenterna har strävat till att skapa ett arbete där harmoni råder och texten är sammanhängande och håller sig till ämnet. Forskningsfrågorna lyder på följande vis: Vad är sömn och vilka uppgifter har den? Varför uppkommer sömnsvårigheter (bland äldre)? Vilka metoder kan man ta till för att minska sina sömnstörningar? Respondenterna anser att forskningsfrågorna är relevanta för detta arbete, och forskningsfrågorna var klara redan från början. Som datainsamlingsmetod valdes semistrukturerade, personliga intervjuer vilket vi ansågs skulle ge bäst resultat och som analysmetod valdes innehållsanalys för att skapa kategorier och underkategorier. Resultatet tolkades mot tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter där samband och stöd hittades.

8.3 Etiskt värde

En viktig punkt i ett vetenskapligt arbete är att kunna uppvisa en god etik. När man i en forskning har intresset att få ny kunskap, måste detta ändå vägas mot de krav som ställs på att beskydda individerna som deltagit i forskningen på något vis. Vid god etik hålls individen anonym, samt att platser och institutioner beskrivs på sådant sätt att de inte känns igen. De tolkningar och slutsatser man som forskare gör, ska inte heller i slutändan drabba andra oskyldiga människor. Som forskare bör vi även vara sanningsenliga. Till god vetenskaplig hederlighet hör saker som att inte undanhålla information alternativt tillägga information som inte har med saken att göra, förvränga saker som blivit sagda för att förbättra resultatet eller att som forskare inte påstått sig ha syften som man sedan har övergett till förmån för andra utan att redovisa varför. Genom att visa omsorg för de som på något sett deltagit eller drabbats av studien uppnås kvalitet i ett vetenskapligt arbete.

Respondenterna i detta examensarbete valde att göra en intervju där deltagarna på förhand valdes ut av en annan person. Intervjun var frivillig vilket betydde att deltagarna fick avstå. Hos dem som blev utvalda hölls personliga intervjuer där allt spelades in på en bandspelare. Deltagarna blev informerade om detta en vecka på förhand samt på intervjudagen. Deltagarna informerades även om att bandet skulle förstöras efteråt, för deras anonymitet. Frågorna som

ställdes i intervjun var väl planerade och formulerade på förhand och deltagarna fick själva utrymme att fundera och svara ärligt. I själva examensarbetet nämns inga namn, inga platser eller något annat som kan leda oss till enskilda individer. Svaren som kom med intervjuerna stämde relativt bra överens med den tidigare forskning som undersökt samt gav respondenterna ett bra resultat i tolkningen.

8.4 Struktur

Resultatet i en studie bör ha en god struktur. Följer man detta krav bör studien vara så överskådlig och så okomplicerad som möjligt. I arbetet bör finnas en balansgång mellan god struktur samt meningen i innehållet och en genom att en röd tråd följer hela arbetet, möjliggör detta att enkelt följa med resonemanget utan att viktiga led inte är bortlämnade. Strukturen bör man hitta i rådata, men också genom att framställa resultaten på ett sådant sätt som framhäver och förtydligar strukturen.

För att skapa den röda tråden använde respondenterna sig av det syfte och de frågeställningar som framställdes. Under hela skrivande processen kunde syftet och frågeställningarna ge hjälp i att komma vidare i skrivandet och skapa en balanserad text. Vid många huvudrubriker diskuterade respondenterna sinsemellan hur texten skulle uppställas så att det blev så lättläst för andra som möjligt. Även hela arbetet sågs igenom flera gånger för att kontrollera att allt hängde ihop och gav en flytande text.

8.5 Empirisk förankring

Med empirisk förankring menas att tolkning och verklighet ska överrensstämma med varandra. Vid validering av analyser har en teknik utvecklats som kallas triangulering. Det innebär att man har flera källor som stöd för sin beskrivning. Överrensstämmelse med flera olika källor är sedan ett tecken på validitet. Det finns olika typer av trianguleringar. En bygger t.ex. på att flera olika observatörer, oberoende av varandra, har deltagit i samma händelser. En annan typ av triangulering är där det finns olika former av data för att beskriva samma fenomen. Då kan man exempelvis ha såväl intervjudata som observationsdata eller registerdata om samma fenomen. Dock brukar två problem uppstå. Ett är att innebörden i två olika källor rimligtvis kan ge olika svar. Det betyder dock inte i sin tur att ena av källorna är

osanna. Alla påståenden ger möjlighet till inslag av tolkning, vilket möjliggör att det kan fås två olika versioner av samma sak. Det andra problemet är att all redovisning av rådata i litteraturen bör grunda sig på en selektion ur verkligheten. I redovisningen är det dock alltid forskarens val av händelser som presenteras. (Larsson 1994, s. 180-182).

Respondenterna använde sig av intervjuer. Med de frågor som intervjun bestod av och de svar som framkom efter intervjuerna, anser respondenterna att svaren överensstämmer med den tidigare forskning som gjorts. Det är alltid möjligt att tolka en intervju på olika vis men med de svar som deltagarna hade på frågorna så kunde tolkningen skrivas och jämföras på ett mycket positivt sätt. Respondenterna anser att det kunde göras en större intervju med fler frågor och flera deltagare för att kunna jämföra med större resultat, det skulle dock krävas en bredare kunskap inom ämnet samt större forskning som bakgrund för att kunna genomföras.

9 Diskussion

Syftet med studien var att ta reda på fakta om sömnen, sömnstörningar bland äldre och vilka typer av störningar det handlar om samt vilka typer av hjälpmedel eller metoder det finns att ta till för att underlätta problemen. Frågeställningarna för examensarbete var följande: Vad är sömn och vilka uppgifter har den? Varför uppkommer sömnsvårigheter (bland äldre)? Vilka metoder kan man ta till för att minska sina sömnstörningar? Respondenterna ville ta reda på hur vanligt det är med användning av sömnläkemedel hos de äldre samt vad de äldre gör för att kunna sova om natten och undvika att använda sig av läkemedel.

För att få en inblick i den äldres sömnvanor valde respondenterna att använda sig av personliga intervjuer. Intervjun planerades tillsammans med handledande lärare. Intervjudeltagarna valdes av en annan person. Deltagarna som valdes var, som respondenterna önskat, 65+ och hemmaboende. En vecka på förhand besöktes deltagarna för att presentera oss respondenter samt för att lära känna dem. Vid samma besök gavs ett följebrev. 6 personer deltog i intervjun och intervjun bestod av 6 frågor. Vid intervjun användes en bandspelare för respondenternas möjlighet att i ett senare skede omvandla intervjun till text. Deltagarna informerades om betydelsen av bandspelaren samt att deras anonymitet skyddades genom att bandet skulle förstöras efteråt.

De svar som framkom i intervjun stämde delvist överens med den tidigare forskning som gjorts. Intervjudeltagarna svarade nästintill likadant på frågorna med endast några undantag. Med jämförelse till den tidigare forskning som gjorts så använde sig inte våra deltagare av sömnläkemedel, inte i nuläget. I den tidigare forskningen så var det ett stort antal äldre personer som använde sömnläkemedel. Dock var den forskningen inte tillräckligt enligt de författare som vi hittade. På samma gång går det heller inte att jämföra med så litet resultat som vi fick. Med en större intervju med fler frågor och flera deltagare kunde det ha framkommit ett annorlunda resultat.

Den goda sömnen och den åldersrelaterade förändringen visar att det är helt individuellt. Från behovet av några timmars sömn i ung ålder så kan behovet vara lika på äldre dagar, men detta kan också ha förändrats till något helt annorlunda. Insomnandet var av största vikt och en optimal nattsömn bestod av 5 – 8 timmars sömn. Våra deltagare hade alla olika rutiner när det blev läggdags och där framkom också vikten av regelbundenhet. Deltagarna var eniga om att vara avslappnad vid läggdags och helst inte varit aktiv någon timme före. Trots litet antal intervjudeltagare så anser respondenterna att det framkom bra svar på undersökningsfrågorna.

Sömn är av stor betydelse för människan för att hon ska kunna fungera. Under sömnen återställs människans alla livsfunktioner, stress bearbetas, fysiologiska funktioner i kroppen bearbetas som exempelvis ökad produktion av tillväxthormon, cellförnyelse, huden förnyas och läks, ämnesomsättningen återhämtas och så vidare. Utöver det så upprätthålls även människans arbets- och funktionsförmåga, kunskap lagras och de belastningar och skador vi utsätter kroppen för dagtid repareras. Om man av någon orsak fått för liten mängd sömn blir man trött, irriterad, upplever minnesstörningar samt koncentrationssvårigheter. Man kan därför förstå att ifall sömnen uteblir eller blir störd en längre tid försämras människans välmående avsevärt eftersom många faktorer påverkas av utebliven eller försämrad nattsömn.

Förslag till fortsatt forskning kunde vara att man med större utsträckning skulle granska användning av sömnläkemedel samt undersöka i hur stor utsträckning folk lider av olika sömnstörningar och varför de lider av dessa. Detta för att kunna få ett mer detaljerat resultat och information för att kunna förebygga sömnstörningar.

Litteratur

Akasha, E. S. & Olsen, A-M. (2008). *Har du sovit gott?*. Stockholm: Prisma

Ancoli-Israel, S., Ayalon, L & Salzman, C. (2008). Sleep in the Elderly: Normal Variations and Common Sleep Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 16 279-286

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L & Vihunen, R. (2004). *Vård och välbefinnande*. Tammerfors: Tammer-Paino Oy.

Béland, S-G., Préville, M., Dubois, M-F., Lorrain, D., Grenier, S., Voyer, P., Perodeau, G. & Moride, Y. (2010). Benzodiazepine use and quality of sleep in the community-dwelling elderly population. *Canadian Institutes of Health Research*. 14 (7) 843-850

Bell, J. (2000). *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Bondevik, M & Nygaard, H. (2005). *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur

Dautovich, N., McCrae & Rowe, M. (2008). Subjective and Objective Napping and Sleep in Older Adults: Are Evening Naps "Bad" for Nighttime Sleep?. *The American Geriatrics Society*. 56 (9) 1681-1686

Dehlin, O & Rundgren, Å. (2008). *Geriatrisk*. Pozkal: Studentlitteratur

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

Dimbleby, R & Burton, G. (1999). *Kommunikation är mer än ord*. Lund: Studentlitteratur

Ekwall, A. (2010). *Äldres hälsa och ohälsa – en introduktion till geriatrisk omvårdnad*. Pozkal: Studentlitteratur

- Eriksson, K. (1992). *Broar – introduktion i vårdvetenskaplig metod*. Vasa: Arkmedia
- Fetveit, A. (2008). Når nettene blir lange - Søvnforstyrrelser hos eldre. *Demens & Alderspsykiatri*. 12(2)8-11
- Grafström, M. & Nilsson, J.L.G. (2010). *Äldre, läkemedel och specifik omvårdnad*. Pozkal: Studentlitteratur
- Hetta, J. (2009). *Neurologi. Sömn och sömnrubbningar. (4. uppl.)*. Elanders: Liber
- Kirkevold, M. (2008). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Malmö: Studentlitteratur
- Kivelä, S-L. (2008). *Styrka och kraft ur sömnen. God sömn vid äldre år*. Vammla: Kirjapaja.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11 (1) 3-12
- Leander, G. (2000). *Tröstbok för sömnlösa*. Stockholm: Valentin förlag.
- Larsson, M & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Pozkal: Studentlitteratur.
- Larsson, S. (1994). *Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier*. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund; Studentlitteratur.
- Maher, S. (2004). Sleep in the older adult. *Nursing older people*, 16 (9) 30-34
- Nationalencyklopedin (2013) *Naturlig omvårdnad*. <http://www.ne.se/naturlig-omvardnad> (hämtad 2013-06-24)
- Nordeng, H. & Spigset, O. (2009). *Farmakologi och farmakologisk omvårdnad*. Polen: Studentlitteratur
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Spanien: Liber

Roepke, S.K. & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disorders in the elderly. *Indian Journal of Medical Research*. 131, 302-310

Rooke, L. (1991). *Omvårdnad*. Arlöv: Almqvist & Wiksell Förlag

Rooke, L. (1995). *Omvårdnad*. Falköping: Liber Utbildning

Salzman, C. (2008). Pharmacologic Treatment of Disturbed Sleep in the Elderly. *The Harvard Review of Psychiatry*. 16 (5) 271-278

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R & Viitanen, M. (2010). *Geriatrics*. Borgå: WS bookwell.

Tomey, A.M. & Alligood M.R. (1998). *Nursing theorists and their work – fourth edition*. United States of America: Mosby-year book.

Trost, J. (2007). *Kvalitativa intervjuer*. Pozkal: Studentlitteratur.

Weil, A. (2000). *Naturlig hälsa - alternativ medicin*. Falun: Wahlström & Widstrand

Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M & Palayew, E. (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, E. (2007). Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *Canadian medical association journal*, 176 (10) 1449-1453

Följebrev

Vasa 20.5 2013

Bästa deltagare

Vi är två sjukskötarstuderande vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Till vår utbildning hör att vi skall skriva ett examensarbete som vi nu har börjat skriva och det beräknas bli klart till hösten 2013. Examensarbetet är en del av ett projekt kallat Aktiverande tv. Syftet med vår studie är att ta reda på fakta om sömnen, sömnstörningar bland äldre och vilka typer av störningar det handlar om samt vilka typer av hjälpmedel eller metoder det finns att ta till för att underlätta problemen.

Med detta examensarbete så följer en intervju för att vi skall få tillräckligt med material att kunna undersöka äldres sömnvanor. Allt det material som vi får från Er kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att Ni förblir anonym. Vi skulle vara tacksamma om Ni ville delta. Resultatet av undersökningen kommer att redovisas och presenteras muntligt. Vår handledande lärare är Barbro Mattson-Lidsle.

Tack för Ert medverkande på förhand!

Vid eventuella frågor, kontakta oss:

Emmi Hannus
044- 555 6856

Ulrika Brännbacka
050- 350 1233

Självhjälp för sömnsvårigheter

Sömnen:

Under sömnen återställs livsfunktionerna

Cellernas förnyelse, tillväxt och utveckling gynnas

Tillräcklig sömn och sömn av god kvalitet
upprätthåller funktionsförmågan

För lite sömn leda till trötthet, irritabilitet,
sämre minnesförmåga samt sämre koncentrationsförmåga

Sömnbehovet är individuellt

Sömnstrukturen förändras med åldern, sömnen blir mer
ytlig och insomnandet tar längre tid

BILD

Det som kan orsaka sömnsvårigheter:

Orsaker för avbruten sömn eller till och med nattligt vakande kan vara problem inom familjen eller socialt exempelvis skilsmässa, dödsfall eller sjukdom.

Små undantag från rutinerna, som exempelvis en resa kan förorsaka större bekymmer för äldre än för unga.

Sömlöshet är något som inte är farligt eftersom att det vanligtvis går över av sig självt. Att grubbla och oroa sig över sin sömlöshet triggas ofta igång uppkomsten av sömlöshet.

BILD

Vardagliga råd:

Håll rutin

Försök att ha samma tider under dagen som Du alltid har, gå till sängs samma tid och stig upp samma tid. Om Du inte kan sova skall du istället stiga upp och läsa eller göra någon annan avslappande aktivitet före du går och lägger dig igen

Motion

Enkla aktiviteter främjar Din sömn, en liten promenad eller sittgymnastik ökar blodcirkulationen och Du mår bättre

Kost

Tänk på vad Du äter till kvällsmål, undvik stora måltider och koffein- och alkoholhaltiga drycker. Ät mat med hög tryptofanhalt som t.ex. en banan samt kolhydrater som har förmåga att framkalla sömnhet

Sovrummet

Försök att skapa en rofylld miljö med bekväm säng, välventilerat rum och undvik starka ljus och ljud

Tupplurer

Tag tupplurer ifall du måste men tänk på att det kan påverka din nattsömn. Försök att hitta Din egen balans med tidpunkt för tuppluren och tupplurens längd.

Att tänka på:

Att ligga sömlös någon natt eller till och med några nätter är inget farligt. Dock kan sömnlöshet bli ett kroniskt tillstånd ifall man börjar oroa sig över sömnlösheten och man kommer in i en ond cirkel.

Att inte kunna somna om när man vaknat mitt i natten kan bero på flera saker. Som vid insomningssvårigheter så är det vanligt att man stiger upp ur sängen och utför någon lugn aktivitet tills sömnen dyker upp igen. När man stiger upp på natten så borde man inte tända någon stark lampa, en lampa med svagt ljus hindrar från att stimulera kroppen till vakenhet.

Vissa personer ligger kvar i sängen när de vaknat om natten och ägnar sig istället åt avslappningsövningar. Alla sätt är individuella. Även att ligga i sängen med lampan släckt gör att kroppen är passiv och man får en vila som gör att kroppen och psyket återhämtar sig.

Många äldre personer använder sömnläkemedel. I dagens läge används även många andra läkemedel. Fundera i samråd med läkare ifall du behöver ta sömnläkemedel men ett tips är att försöka klara sig utan och ta hjälp av egna metoder istället för att sova bättre.

BILD

Källor:

Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen (2004)

Vård och välbefinnande

Kivelä (2008)

Styrka och kraft ur sömnen. God sömn vid äldre år

Bondevik och Nygaard (2005)

Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv

Wolkove, Elkholy, Baltzan, Palayew (2007).

Sleep and aging: 1 & 2. Sleep disorders commonly found in older people

Akasha & Olsen (2007)

Har du sovit gott?

Ulrika Brännbacka & Emmi Hannus

