



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 63

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Eg ser at du er trøtt..

Antall ord *: 7961

Engelsk tittel *: I see you are tired..

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Eg ser at du er trøtt..

I see you are tired..

Kandidatnummer: 63

Bachelor i sykepleie

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse og omsorgsvitenskap
Innleveringsdato 25.04.19 kl 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Eg ser at du e trøtt,
men eg kan ikkje gå alle skrittå for deg.

Du må gå de sjøl,
men eg vil gå de med deg,
eg vil gå de med deg.

Eg ser du har det vondt,
men eg kan ikkje grina alle tårene for deg.

Du må grina de sjøl,
men eg vil grina med deg.
eg vil grina med deg.

Eg ser du vil gi opp,
men eg kan ikkje leva livet for deg.

Du må leva det sjøl,
men eg vil leva med deg,
eg vil leva med deg.

Eg ser at du e redd,
men eg kan ikkje gå i døden for deg.

Du må smaka han sjøl,
men eg gjer død til liv for deg,
eg gjer død til liv for deg
Eg har gjort død til liv for deg

..

(Utdrag fra *Eg ser*, skrevet av Bjørn Eidsvåg, med innhentet tillatelse til å bruke teksten)

Sammendrag

Tittel: Eg ser at du er trøtt..

Bakgrunn for valg av tema: Personer med bipolar lidelse opplever søvnforstyrrelser i de fleste stadiene, selv når de befinner seg i den symptomfrie-fasen. Oftest blir det levert ut medikamenter som skal løse søvnproblemene, men lite andre tiltak blir benyttet. Hvilke ikke-farmakologiske tiltak kan benyttes til pasienten med bipolar lidelse i eutym-fase for å oppnå god søvn?

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere veilede pasienter med bipolar lidelse slik at behovet for søvn blir ivaretatt?*

Hensikt: Oppgavens hensikt er å øke kunnskapen til hvordan sykepleierne kan veilede personer med bipolar lidelse til en bedre nattesøvn ved bruk av ikke-farmakologiske tiltak, og øke kunnskapsnivået innen søvn og bipolar lidelse.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor det er benyttet forskning, faglitteratur, pensumlitteratur og egne erfaringer for å belyse problemstillingen.

Funn: Forskning viser at 70% av pasienter med bipolar lidelse i den symptomfrie-fasen opplever søvnforstyrrelser. Sykepleierens veiledningsfunksjon blir viktig i den forebyggende fasen med fokus på trygghet og gode rutiner. Søvnforstyrrelse kan føre til økt selvmordsrisiko og sykepleierens veiledning i forhold til søvnforstyrrelse kan være med på å forbedre pasientens livskvalitet.

Oppsummering: Funnene relateres til at kartlegging og behandling av søvnforstyrrelse kan forbedre pasientens bipolare lidelse. Ikke-farmakologiske tiltak som søvndagbok, lysbehandling og fokus på søvnmiljø kan være med på å fremme god søvn.

Nøkkelord: *Bipolar lidelse, eutym, søvnforstyrrelse, søvnproblemer, sykepleie, veiledning, livskvalitet.*

Abstract:

Title: I see you are tired..

Introduciton: People who have a bipolar disorder experience sleep deprivation in most stages, even when they are in the symptom-free phase. Most often, medicine is prescribed to solve the lack of sleep, but few other initiatives are taken. Which non-pharmaceutical initiatives can be taken in order for the patient with bipolar disorder in euthymic phase to experience good sleep?

Problem statement: How can nurses guide patients with bipolar disorder in order to safeguard their need of sleep?

Objective: The objective of the present paper is to increase the level of knowledge on how nurses can guide patients with bipolar disorder to sleep better by taking non-pharmaceutical initiatives and to increase the level of knowledgde about sleep deprivation and bipolar disorder.

Method: The present paper is a litterature review in which research, scientific literature, course materials and personal experiences have been included to examine the problem statement.

Results: Research shows that 70% of patients with bipolar disorder in the euthymic phase experience sleep deprivation. The nurse´s counseling function becomes important in the preventive phase, with a focus on safety and good routines. Sleep disorders can lead to increased suicide risk, and the nurse´s sleep disorder guidance can help improve the pasient´s quality of life.

Summary: The findings relate to the mapping and treatment of sleep disorder can improve the patient´s bipolar disorder. Non-pharmacological measures such as sleep diary, light therapy and focus on sleep environment can help promote good sleep.

Keywords: *Bipolar disorder, euthymic, sleep disorder, sleep problem, nursing, guiding*

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling og hensikt	5
1.3 Begrepsavklaringer	6
1.4 Presisering og avgrensning av oppgaven.....	6
2.0 Teori	7
2.1 Hva er bipolar lidelse?	7
2.2 Ulike typer bipolar lidelse:	8
2.3 Sykepleierens veiledningsoppgave:.....	8
2.4 Ivaretagelse av de grunnleggende behov.....	10
2.5 Behovet for søvn.....	11
2.6 Søvnens stadier	11
2.7 Døgnrytmeforskjvninger.....	12
2.8 Konsekvenser av mangel på søvn.....	13
2.9 Søvn hos personer med bipolar lidelse:	14
3.0 Metode	15
3.1 Hva er metode?.....	15
3.2 Litteraturstudie som metode	15
3.3 Kvalitativ og kvantitativ metode	15
3.4 Fremgangsmåte for søk/ Søkeprosessen.....	16
3.5 Kildekritikk.....	17
3.6 Metodekritikk	17
3.7 Forskningsetikk	18
4.0 Resultat	19
4.1 Oppsummering av artiklene.....	19
4.2 Oppsummering av hovedfunn	23
5.0 Drøfting	24
5.1 Tiltak til søvnforstyrrelse ved bipolar lidelse	24
5.2 Individuell plan.....	25
5.3 Rutiner og livskvalitet	27
6.0 Konklusjon	30
7.0 Referanseliste	31
Vedlegg	35
Vedlegg 1.....	35
Vedlegg 2.....	37
Vedlegg 3.....	39
Vedlegg 4.....	43

1.0 Innledning

Bipolar lidelse er en livslang lidelse som rammer mellom 1-2 % av befolkningen, og det er ingen forskjell når det kommer til menn og kvinner (Folkehelseinstituttet, 2015). Som tema har jeg valgt å fokusere på søvn og hvordan sykepleiere kan veilede pasienter med bipolar lidelse til å fremme søvn i den symptomfrie-fasen, gjennom ikke-medikamentelle tiltak. Jeg tar for meg søvn og bipolar lidelse i teoridelen. Deretter forklaring om metode, oppsummering av forskningsartiklene og drøfting.

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Bakgrunn for valget av tema i denne oppgaven er at jeg har erfart gjennom min praksis i psykiatrien at søvn kan være et problem blant psykisk syke, og at dette har hatt lite fokus. Oftest blir det levert ut medikamenter som skal løse søvnproblemene, men lite andre tiltak blir benyttet. I min rolle som sykepleier ønsker jeg å se på andre alternativer og øke min kunnskap om dette tema. Jeg velger bipolar lidelse da min erfaring har vist meg at dette er en pasientgruppe som har vansker på dette området.

1.2 Problemstilling og hensikt

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om søvn og søvnforstyrrelser til pasienter med bipolar lidelse, og ut fra dette tema har jeg valgt følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleiere veilede pasienter med bipolar lidelse slik at behovet for søvn blir ivaretatt?”

1.3 Begrepsavklaringer

Søvn: Søvn er den dypeste form for hvile. A.C Guyton (1981) definerer søvn slik: ”en tilstand av bevisstløshet som mennesket kan vekkes opp fra ved hjelp av nye sanseintrykk eller andre stimuli” (referert i Bastøe & Frantsen 2011, s. 303).

Duxbury (1994) definerer søvn slik: ”en tilstand med redusert mottakelighet for ytre stimuli, en tilstand som en kan vekkes fra hvis stimuli er av tilstrekkelig styrke” (referert i Bastøe & Frantsen, 2011, s. 303).

Insomni: Insomni betyr for lite søvn, søvnløshet. Insomni kan defineres som en ensidig opplevelse av utilstrekkelig eller utilfredsstillende søvn som gjør at man ikke føler seg uthvilt (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 319). Problemet kan oppleves i så stor grad at det går ut over hverdagen til den det gjelder og at det kan gi nedsatt fysisk, psykisk og sosialt velvære (Gerlach, 2006, s. 77).

Hypersomni: Hypersomni betyr for mye søvn, økt søvntrang. I det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 er hypersomni eller økt søvntrang definert som ”en tilstand med uttalt søvnløshet og søvnanfall i dagtimene, som verken kan utdypes med forutgående søvnmangel eller med en forlenget overgangsperiode fra vekking til fullt våken tilstand” (Gerlach, 2006, s. 101).

Eutym: Eutym beskrives som en fase mellom sykdomsperiodene, der man er symptomfri (Holsten & Bjorvatn, 2012, s. 219).

1.4 Presisering og avgrensning av oppgaven

Søvn viser seg å være et generelt problem i psykisk helse, men på grunn av oppgavens størrelse har jeg valgt å ha fokus på pasienter med bipolar lidelse.

Ut i fra min oppgave vil jeg belyse tiltak som ikke er farmakologiske. Jeg har valgt og avgrense oppgaven min til pasienter med bipolar lidelse i eutym-fase (symptomfri-fase).

Jeg har valgt og ikke avgrense oppgaven til hvilken del av helsetjenesten pasienten mottar tjenester fra, da tema er relevant innenfor både primær- og sekundærhelsetjenesten. Jeg vil trekke inn min erfaring fra psykiatrien i kommunehelsetjenesten.

2.0 Teori

I dette kapitlet skal jeg forklare hva bipolar lidelse er og belyse temaet søvn. Selv om jeg har valgt symptomfrie pasienter, vil jeg i teoridelen ta for meg både depresjon og mani for å få frem et helhetlig bilde av bipolare lidelse. Jeg skal også bruke sykepleier sin rolle igjennom å bruke teorier fra Virginia Henderson for å belyse problemstillingen min.

2.1 Hva er bipolar lidelse?

Bipolar lidelse kan forklares gjennom stemningslidelser. Der stemningsleiet er senket, hypomani, eller der stemningsleiet er hevet, mani. Det kan være korte eller lange perioder med normalt stemningsleie mellom disse fasene (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 340).

Mani forklares som en raskt økende oppstemthet hvor man plutselig får masse energi og blir fylt med nye ideer som uttrykkes gjennom ord og handlinger (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 340). Ideene kan ofte gå utover økonomien og omdømmet, og oftest så lytter de ikke til menneskene rundt seg. Dersom manien ikke blir behandlet kan det lede til utvikling av vrangforestillinger, aggressivitet, mistenksomhet eller mer og mer springende og usammenhengende tale (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 341).

Depresjon kan være en del av bipolar lidelse. Judd & Aksiskal (2003) anslår at bipolare pasienter tilbringer omkring halvparten av livet sitt med sykdomsepisoder, og at det er de depressive symptomene som dominerer (referert i Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012, s. 66). Symptomer som skyldfølelse, nedsatt energi, suicidale tanker og endringer i kroppslige funksjoner som søvn og økt appetitt trer frem i de depressive episodene. Alvorlige forstyrrelser i søvnrytmer, det som kalles cicardiane rytmer, knyttes til personer med bipolar lidelse (Ødegaard, Høyersten & Fasmer, 2012, s. 68). Lys er også sammen med søvn en viktig del av forebyggingen ved depresjon. Sollys kan hjelpe til med en bedre døgnrytme, økt energinivå og være med å redusere risikoen for blant annet depresjon (Westen, 2017).

2.2 Ulike typer bipolar lidelse:

For å kunne stille diagnosen til bipolar lidelse må man ha minst én manisk og én depressiv episode. Episodene varer vanligvis om lag én måned, og det kan ta flere måneder eller år mellom hver sykdomsepisode. De depressive episodene varer ofte lenger enn de maniske episodene. Disse tilstandene som opplever både maniske og depressive episoder, kaller vi *bipolar I-lidelse* (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 341).

Noen mennesker med bipolar lidelse veksler mellom perioder med depresjon og perioder med hypomani, og får aldri en fullt utviklet mani. Dette kaller vi *bipolar II-lidelse*. En *hypoman* fase kan for eksempel være der man er i en fase med ekstra mye arbeidslyst, lite søvnbehov, irritabilitet eller periode med initiativrik. Misbruk av alkohol eller andre rusmidler kan også påvirke stemningssvinging (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 342).

2.3 Sykepleierens veiledningsoppgave:

Veiledning skal hjelpe pasienten til å ta kontroll over eget liv og helse. Forutsetningen er at man må legge til rette for at pasienten blir mer bevisst og oppmerksom på forholdene som berører eget liv og helse gjennom å ha troen på seg selv og kjenne sine ressurser når det gjelder helse og livskvalitet (Tveiten, 2016, s. 89).

Helseveiledning foregår i den sammenheng der fokus er å veilede for å utvikle og mestre utfordringer eller for å ivareta helse. Kunnskap, ferdigheter og holdninger er nødvendig for å ta vare på egen helse, og pasienten må reflektere over egne valg og holdninger (Tveiten, 2006, referert i Tveiten, 2016, s. 90).

Tveiten (2006) defineres veiledning av pasienter som: ”en formell relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (referert i Tveiten, 2016, s. 89). En istandsettingsprosess kan innebære at pasienten trenger informasjon, kunnskap og veiledning til refleksjon for å øke bevisstheten og opplevelse av mestring. Veilederens ansvar er å legge til rette for at pasienten blir mottakelig for veiledning. Istandsettingsprosessen forårsaker at pasienten gjennom veiledning kan ta egne valg, leve et sunt liv eller ta tak i deler som gjelder egen helse (Tveiten, 2016, s. 90).

Henderson forklarer i sine 14 punkter om viktigheten av å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling. Det er sykepleierens oppgave å ha kunnskap og vite hva som er nødvendig for god helse for å kunne ivareta pasientens behov (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 88). Gjennom kunnskap kan man formidle eller undervise pasienten i det som trengs for å leve et sunt liv og for å klare å mestre egne situasjoner og eget liv (Tveiten, 2006, referert i Tveiten, 2016, s. 91). For at et menneske skal kunne utvikle seg og vokse normalt, er søvn vesentlig. Kunnskapen gjør også at sykepleieren er i stand til å ta vare på pasienten på en omsorgsfull og profesjonell måte (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 88). Måten behovet dekkes på vil variere fra person til person, og knyttes til personens vaner og karakter. Det må være en tilnærming som ivaretar ”det hele menneskets behov” (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 97).

Læring inngår i veiledningsprosessen ved det pedagogiske aspektet (Tveiten, 2016, s. 92). Ridner (2004) har utviklet en empowermentmodell med tre stadier som er korrigert til veiledning av pasienter som er utviklet basert på Freire (1999) pedagogiske ideer (referert i Tveiten, 2016, s. 99). Modellen går ut på den kollektive kunnskapen mellom pasienten og sykepleieren ved å involvere brukermedvirkning, kommunikasjon, dialog og relasjon. Pasienten er ekspert på seg selv gjennom sine erfaringer og opplevelser. Når det gjelder hva som fremmer helse og forebygger sykdom så er det sykepleieren som er ekspert, og sammen kan man finne ut hva som er til pasientens beste.

Første stadium går ut på å lytte til pasienten og forstå pasientens tanker, meninger og erfaringer. Et av fokus områdene til veilederen i første fase er å legge til rette for en tillitsfull relasjon. Gjennom dialogen kan sykepleieren bruke sin kompetanse til å stille ledene spørsmål. Det kan bidra til at brukeren blir mer oppmerksom på sin egen helse (Tveiten, 2016, s. 101).

Andre stadium går mer ut på aktiv lytting som gjør at sykepleieren kan identifisere problemområdene, behovene til pasienten og hans ressurser. Hensikten er å skape en dialog gjennom engasjement og kritisk tenkning. Tredje stadium har fokusområde på å identifisere problemløsning, handling og forandring. Målet er å anvende pasienten kunnskap gjennom en felles forståelse. Veilederens sentrale rolle i dette stadiet er undervise, dele informasjon og ressurser, lytte aktivt og stimulere til refleksjon (Tveiten, 2016, s. 102).

2.4 Ivaretagelse av de grunnleggende behov

Henderson vektlegger de grunnleggende behov, og at sykepleieren skal hjelpe pasienten til søvn og hvile er en av de behovene som er sentrale i de 14-punktene som omhandler menneskets grunnleggende behov. Henderson beskriver at ivaretagelsene av de grunnleggende behovene avhenger av personens ressurser. Det er mange måter å ivareta menneskets behov på, og ofte er det enkelte behov som blir dominerende (Kristoffersen, 2011, s. 224). Sykepleiedefinisjonen til Henderson går ut på sykepleierens rolle å hjelpe eller veilede personer gjennom de grunnleggende behovene. Søvn er nødvendig for liv. Både kroppen og hjernen har behov for søvn for å kunne fungere i hverdagen (Gerlach, 2006, s. 25).

Sykepleierens mål i følge Henderson er å hjelpe mennesket til å gjenopprette selvstendighet så fort som mulig for å kunne håndtere gjøremål som er forbundet med ivaretagelse av de grunnleggende behovene (Kristoffersen, 2011, s. 225).

Friske mennesker kan også ha behov for sykepleie når de av ulike årsaker ikke klarer å utføre gjøremål som er nødvendig for å ta vare på sin egen helse. Det kan være mangel på kunnskap, krefter eller vilje. Henderson poengterer at det er pasienten som selv kjenner sine egne behov best, og pasienten er naturlig selv aktiv når mmhan mottar sykepleie. Sykepleieren har i denne rollen en mer forebyggende og helsefremmende funksjon (Kristoffersen, 2011, s. 225).

Pasienten har autonomi, som innebærer at pasientens er med på å bestemme behandlingen sin. Autonomi som rettighet vil si at pasienten har krav på at sine valg blir respektert (Slettebø, 2014, s. 90).

For å klare å ivareta helhetlig pleie så blir det sentralt å dra inn omsorg. Sykepleierens omsorg går ut på en å forstå hvordan den andre personen har det (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 84).

2.5 Behovet for søvn

Gjennom søvn gjenvinner kroppen og hjernen ny energi og krefter. Søvn er naturligvis en hviletilstand, men søvn er også tidvis en aktiv tilstand (Gerlach, 2006, s. 13). Både for mye søvn og for lite søvn er knyttet til sykkelighet og dødelighet. Det som er viktig er å få en god natt søvn. Det varierer hvor mye søvn hver person trenger, og gjennomsnittlig sover voksne mennesker 7 timer per natt (Gerlach, 2006, s. 14). Det er viktig å huske på at mennesker er forskjellige, også når det kommer til behovet for søvn.

Kvaliteten på søvnen er like viktig som antall timer (Bjorvatn, 2014). God søvnkvalitet forbindes med at man har en følelse at man har sovet godt, føler seg uthvilt og gjennom natten har hatt svingninger mellom dyp søvn og drømmesøvn (Gerlach, 2006, s. 16). Sover vi for lite blir det anstrengende å konsentrere seg, hukommelsen svekkes, og man klarer ikke å utføre ting på samme måte som man har når man har hatt en god natt søvn (Bjorvatn, 2014).

2.6 Søvnens stadier

Gjennom EEG måling (hjernens elektriske aktivitet) deles søvnen inn i to forskjellige faser:

NREM-Søvn (Non Rapid Eyes Movements) Stadium 1-4. Der stadium 1-2 er overfladisk søvn og stadium 3-4 er dyp søvn.

REM-Søvn (Raipd Eye Movement). Stadium 1-4 beskrives som den avslappende søvnfasen, som utgjør den største omfanget av søvnen vår. REM-søvn beskrives som en psykisk aktiv søvnfase, den utgjør ca. 20-25% av søvnen vår (Gerlach, 2006, s. 19).

I overgangsfasen mellom søvn og våkenhet betegnes som stadium 1. Denne søvnen gir lite hvile. Den består av 5% av nattesøvnen ved normal søvn. Økning i dette stadiet gjenspeiles ofte hos personer med søvnlidelser. Stadium 2 er lett søvn og omfatter rundt 50% av total søvn tid. I stadium 3 og 4 betegnes som dyp søvn. I dette stadiet utgjøres den viktigste delen av søvn. De første 3-4 timene av søvnen betegnes som i dyp søvn og utgjør 20-25% av den totale søvntiden (Holsten & Bjorvatn, 2012, s. 212). Dyp søvn assosieres med redusert aktivitet i det sympatiske nervesystemet, det vil si redusert hjertefrekvens, blodtrykk og puls, så kan søvnforstyrrelser som reduserer den dype søvnen resultere i økt hjertefrekvens, blodtrykk og puls. Søvn virker gjenoppbyggende på hjernen og resten av kroppen (Grønli, 2014).

REM-søvn betegner hurtige øyebevegelser og drømmesøvn. Det forekommer drømmeaktivitet i denne fasen. Musklene i kroppen er avslappet, og denne søvnepoken kommer etter ca. 90 minutter ved normal søvn. Denne fasen utgjør ca. 20-25% av søvnfasen (Holsten & Bjorvatn, 2012, s. 212).

2.7 Døgnrytmeforskyvninger

Døgnrytmeforskyvninger kan sees på som sentrale i forståelsen av bipolar lidelse (Holsten & Bjorvatn, 2012, s. 214). Sykdomsepisoder kan oppstå ved følge av døgnrytmeforskyvninger (Holsten, 2018). Forsinket søvnfase er den vanligste døgnrytmeforstyrrelsen ved bipolar lidelse. Forsinket søvnfase vil si at søvnfasen er forskjøvet til et senere tidspunkt på døgnet. De vil derfor ha vanskeligheter med å sove om kvelden, men ingen problemer med å opprettholde søvnen. De sover ofte lang ut på dagen og får problemer med å stå opp til vanlig tid, til for eksempel jobb og skole. Personer med døgnrytmeforskyvninger fungerer dårlig om morgningen fordi da befinner man seg i det man kaller nadir (Holsten & Bjorvatn, 2012, s. 214). Det vil si når døgnrytmen har nådd bunnpunktet, og man har vanskeligheter for å holde seg oppe (Bjorvatn, 2018).

2.8 Konsekvenser av mangel på søvn

Søvn er avgjørende for menneskets helse og velvære (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 303). Søvnløshet fører til at den nedsetter kroppens motstand overfor infeksjoner og kan øke mottakeligheten for stress. Problemer med å falle i søvn, opprettholde søvn eller for tidlig oppvåkning kan sees hos personer med søvnløshet. Det kan også dreie seg om vanskeligheter med dårlig søvnkvalitet eller begrenset søvnlengde. Søvnløshet har også en sammenheng med psykiske lidelse, spesielt depresjon (Gerlach, 2006, s. 77). Trøtthet og helseplager som kan oppstå med for lite søvn gjør at risikoen for å falle ut av arbeidslivet er stor påstår Sivertsen (2010) (referert i Graven, 2013). Det kan også innebære at man beveger seg mindre og trener mindre fordi man føler seg trøtt og kroppen ikke får nok hvile.

Bastøe & Frantsen (2011, s. 305) har laget en punktliste over konsekvensene av for lite søvn:

- Nedsatt overskudd og initiativ til handling
- Nedsatt mottakelighet for ny informasjon
- Svikt i hukommelsen og innlæringsevne
- Nedsatt evne til å ta avgjørelser
- Nedsatt immunforsvar
- Økt indre uro eller opplevelser av angst
- Lavere frustrasjonsterskel med større tilbøyelighet til å vise irritasjon og hissighet
- Tendens til å trekke seg tilbake, isolere seg fra andre
- Fysiologiske stressliknende reaksjoner

2.9 Søvn hos personer med bipolar lidelse:

I starten av sykdomsbilde hos pasienter med bipolar lidelse oppleves ofte insomni (for lite søvn), hypersomni (for mye søvn) eller døgnrytmeforskyvning. De har et forløp der de opplever bla. stemningssvingninger, forstyrrelse i søvn, kroppstemperatur, hormonnivåer, matlyst, konsentrasjon og oppmerksomhet. Søvnvansker viser seg å være de vanligste restsymptomer mellom sykdomsepisodene og ved ufullstendig bedring (Holsten, 2018).

Personer med bipolar lidelse kan oppleve plagsomme symptomer mellom sykdomsepisodene, og sjansen for tilbakefall er stor. I de fleste stadiene i bipolar lidelse (maniske, hypomani, depressive, blandende eller symptomfrie episoder) oppleves det søvnforstyrrelse. Tidlig diagnostikk og behandling av søvnforstyrrelse kan derfor være med på å forebygge og bedre behandlingen ved bipolar lidelse (Holsten & Bjorvatn, 2012, s. 217). Søvn er også et problem mellom sykdomsepisodene, i en så kalt eutym periode (Holsten & Bjorvatn, 2012, s. 219).

I perioder med depresjon sover de ofte mye lenger og bruker sovemidler for å forsøke å slippe vekk ubehaget. Dette kan føre til at insomni, døgnrytmeforstyrrelser og at søvneffektiviteten blir lav. Ved alvorlig depresjon er både insomni og hypersomni diagnostiske kriterier (Holsten & Bjorvatn, 2012, s. 218).

Ved hypomani og mani er søvnbehovet ofte minsket. Søvnvansker viser seg å være fremtredende mellom sykdomsepisodene, og utvikling av nye sykdomsepisoder. Kartlegging av søvn er derfor viktig for bipolare pasienter (Holsten & Bjorvatn, 2012, s. 218). Pasienter med bipolar lidelse opplever ofte ustabil aktivitetsrytme, ustabile sosiale rytmer, engstelse og tankekjør og urealistiske forestillinger om søvn. Man ser også utilstrekkelig og uregelmessig eksposisjon for lys og mørke. Det viser seg at gener som er forbundet med døgnrytme og søvn er også forbundet med bipolar lidelse, altså en sterk arvelighetsfaktor blant personer med bipolar lidelse (Holsten & Bjorvatn, 2012, s. 223).

Årstidsvariasjoner kan også prege sykdomsbilde. I mørketiden er det ofte forverring av depresjon symptomer og ved den lyse årstiden er det symptomfrihet eller lett oppstemthet. Dette kan knyttes til døgnrytmeforstyrrelse (Holsten, 2018). Søvnmangel kan også være forbundet med dårlige spisevaner ved bipolar lidelse. Dette kan føre til økt kaloriinntak. Videre er også søvnforstyrrelse i bipolar lidelse knyttet til reduserte energinivåer og dermed en mindre sannsynlighet for at de tar sunne valg som for eksempel matlaging og trening (Gold & Sylvia, 2016).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metoder brukes til å fremme ny kunnskap og finner ut i hvilken grad påstander er gyldige, sanne eller holdbare. Den bestemte metoden skal være med på å belyse tema eller problemstillingen på en best mulig måte (Dalland, 2017, s. 51). Den hjelper med å samle inn informasjon som trengs til undersøkelsen. Det trengs ofte flere metoder for å få et helhetlig bilde av resultatet (Dalland, 2017, s. 52).

3.2 Litteraturstudie som metode

Min bacheloroppgave er en litteraturstudie. Jeg har funnet litteraturen min på biblioteket og i pensum, samtidig som jeg har brukt internett, selvvalgt litteratur og egne erfaringer. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder som allerede finnes. Å systematisere vil si å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt komprimere det sammen (Thidemann, 2015, s. 79). Jeg har derfor vært kritisk til kildene jeg har valgt. Fordelen med å samle inn litteratur som allerede finnes fra før, er at det oftest finnes et stort utvalg av tema man kan velge mellom. Det er derfor viktig å ha fokus på litteratur som belyser problemstillingen.

Hensikten med en litteraturstudie er med på å gi leserne en forståelse av kunnskapen som er valgt og på den retningen problemstillingen etterspør (Thidemann, 2015, s. 80). Jeg har ut i fra dette forklart i punkt 3.5 hvordan jeg har funnet frem til de ulike forskningsartiklene.

3.3 Kvalitativ og kvantitativ metode

De kvantitative metodene gir data i form av målbare enheter, det vil si at man kan bruke tallene til å foreta regneoperasjoner i form av å finne gjennomsnitt eller prosentandel (Dalland, 2017, s. 52). Spørreskjema blir som oftest benyttet, og forskerne ser fenomenet utenfra (Dalland, 2017, s. 53). Kjennetegn ved kvantitativ metode er breddekunnskap, altså det vil si at en får lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 78).

Kvalitativ derimot fanger opp mening og opplevelse som ikke lar seg måle eller tallfestes. Forskere som bruker kvalitativ data kalles oftest ”tolkere” mens forskere som bruker kvantitativ data kalles for ”tellere”. Forskjellen mellom kvalitativ og kvantitativ er måten de samler inn data på, og at forskere som bruker kvalitative data også tolker sitt materiale. Her er det oftest intervju som blir brukt, og forskeren ser fenomenet innenfra (Dalland, 2017, s. 53). Hensikten her er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som for eksempel holdninger, meninger, tanker og forventninger for å få frem målet (Thidemann, 2015, s. 78).

3.4 Fremgangsmåte for søk/ Søkeprosessen

Jeg har brukt helsefaglige databaser som Cinahl, Pubmed, Medline og Swemed som jeg fant gjennom skolens bibliotekside, der jeg fant oversikten over de ulike databasene. Etter erfaring var Cinahl (Cumulative Index of Nursing and Allied Health) og Pubmed mer oversiktlig og lettere å finne artikler på enn de andre databasene. Ved et enkelt søk i Cinahl ved søkeord Sleep AND bipolar disorder gav det meg 371 treff. Ved å krysse av på ”research article” og velge tidsrom fra 2010-2019, fikk jeg opp 137 treff. Fremgangsmåten ved søk er beskrevet nærmere i vedlegg 1.

Jeg brukte MeSH for å finne gode engelske søkeord. Søkeord som jeg brukte i søkeprosessen var bla: Bipolar disorder, euthymic, sleep problems, insomnia, cognitive therapy, nursing, treatment, QoL, sleep quality, sleep disorder, mood. Jeg har lest gjennom ulike artikler for å komme frem til de jeg har valgt, og har ekskludert de studiene som omhandlet medikamentelle tiltak. Jeg har også brukt PICO-modellen (Population, Intervention, Comparison and Outcome) som søkestrategi.

Når jeg brukte søkeord som ”nurse” og ”nursing” kom det artikler som omhandlet medikamentelle tiltak, som ikke var relevant i min oppgave. Jeg valgte også å bruke søkeord som livskvalitet (quality of life) som er et viktig fundament for å sove godt.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk går ut på å vurdere og å skissere den litteraturen som er funnet. Hensikten er å vurdere litteraturen som gir en forståelse og belyser problemstilling til oppgaven (Dalland, 2017, s. 158). Noen av kildene jeg har brukt er mer enn 10 år gamle, men er fremdeles relevant for problemstillingen min, og kan fortsatt være like aktuell i dag. Artikkel 3 ” Sleep-related functioning in Euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems” er fra 2005, men er fortsatt relevant. Det forskes mye på søvn, men det var utfordrerne å finne nyere forskning som omhandlet bipolare pasienter i den symptomfrie fasen. Selv om man ikke i dag har noen spesiell kartlegging av sammenhengen mellom søvn og bipolar lidelse, er fokuset på søvn og døgnrytme økt, og nye spennende forskningsmuligheter har åpnet seg (Holsten, 2018).

Jeg har brukt APA-stil (American Psychological Assosiation) manualen til kildehenvisning. For å vurdere forskningen brukte jeg sjekklister fra Folkehelseinstituttets sider, og har tatt med et eksempel som ligger i et eget vedlegg (Helsebiblioteket, 2016). Kilden sin kvalitet sier noe om hvilken type kilde det er, om den er troverdig og hvilken holdbarhet den har (Dalland, 2017, s. 159).

3.6 Metodekritikk

Ved bruk av forskningsmetoder er det en del grunnleggende regler for hvordan utgangspunktet skal være. Ved kvalitative metoder blir det oftest henvendt til grupper eller enkeltpersoner på forhånd som man mener er egnet for forskningen, dette kaller vi strategisk utvalg (Dalland, 2017, s. 57). Det vil derfor være hensiktsmessig i min litteraturstudie å bruke forskning som er mest mulig basert på pasienter med bipolar lidelse i den symptomfrie-fasen.

De fleste artiklene jeg har funnet har brukt kvantitativ forskningsmetode. Det er brukt spørreskjemaer og måleverktøy, og gjør at de fleste resultatene er tallfestet. Dette gjør at man ikke får innsikt i helheten til pasientenes opplevelse og erfaring med søvnforstyrrelse, og kan derfor sees på som kritisk i denne litteraturstudien.

3.7 Forskningsetikk

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og bevare de som deltar i forskningen, slik at de ikke blir utsatt for unødvendige belastninger eller skade (Dalland, 2017, s. 236).

Forskningsetikk er et område av etikken som har med vurdering av normer og verdier til samfunnet (Dalland, 2017, s. 236). Etikken omfatter blant annet alle sider ved forskningen, fra planleggingsfasen og valg av problemstilling til hvilke metoder som skal brukes, og hvordan resultatene kommer frem. Målet ved forskningen om å tilegne ny kunnskap må ikke gå utover enkeltes velferd og integritet (Dalland, 2017, s. 236). Jeg har gjort etiske overveielser i mitt litteraturstudie, og alle forskningsartiklene mine er sjekket og godkjent av etisk komite.

4.0 Resultat

I dette kapittelet er det oppsummering av funn i de forskjellige forskningsartiklene som belyser problemstillingen min. De 3 første artiklene tar for seg pasienter med bipolar lidelse i den symptomfrie-fasen ved søvnforstyrrelser. Artikkel 4 tar for seg generell behandling mot søvnproblemer ved bipolar lidelse.

4.1 Oppsummering av artiklene

Artikkel 1:

Tittel: Assessment of sleep quality in bipolar euthymic patients

Forfattere: Keskin, N., Tamam, L. & Ozporyraz, N.

Hensikt: Hensikten med denne studien var og vurdere søvnkvaliteten til pasienter med bipolar lidelse i eutym-fase, bestemme relaterte kliniske egenskaper og vurdere effekten av funksjonalitet.

Metode: Artikkelen er en tverrsnitt studie. Det var 122 polikliniske pasienter med bipolar lidelse i alderen fra 20-65 som deltok i studien. Det ble brukt en skala som bekreftet at pasientene var symptomfrie. Mini Mental Test ble utført for å utelukke pasienter med diagnosen av demens. Skjema for funksjoner og kliniske egenskaper av bipolar lidelse ble fullført. De generelle egenskapene til søvn ble undersøkt av General Sleep Questionnaire. Det var også selvrapporteringsskjema som vurderte søvnkvalitet og forstyrrelse i løpet av 1 måneders tidsintervall.

Resultat: Studien viste at 56.5 % av de som deltok på studien hadde dårlig søvnkvalitet. Pasienter med dårlig søvn brukte lengre tid på å sovne og våknet hyppigere etter søvn. Koffeinbruk og røyking, historie med selvmordsforsøk, livstidsangst, impulskontrollforstyrrelser ved bruk av antidepressiv medisinering var høyere hos de som hadde dårlig søvn. Intellektuell funksjon, husholdningsrelasjoner, initiativ, selvforsyning og total funksjonalitet var lavere hos bipolare pasienter med dårlig søvnkvalitet.

Konklusjon: Studien viser at søvnkvalitet er nært knyttet til kliniske trekk ved bipolar lidelse. Søvnkvaliteten påvirkes negativt og dårlig søvnkvalitet forårsaker tap i funksjonaliteten. Vurdering av søvnforstyrrelser rutinemessig i psykiatriske intervjuer og håndtering av søvnproblemer, uavhengig av stemningsepisoder kan forbedre søvnkvalitet, derved funksjonalitet og livskvalitet.

Artikkel 2:

Tittel: Self-management strategies used by `high functioning` individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice.

Forfattere: Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari, E. & Michalak, E. E.

Hensikt: Hensikten med studien er å gi en beskrivelse av selvstyringsstrategier som er identifisert som effektive av personer som hadde høy funksjonalitet med bipolar lidelse og å utforske resultatene gjennom et klinisk perspektiv.

Metode: Artikkelen er en kvantitativ og kvalitativ metode der det er brukt ulike skalaer og intervjuer. Høy funksjonalitet ble vurdert av en multidimensjonal skala, Det var 33 personer med bipolar lidelse type I og II som fullførte kvantitative skalaer for å vurdere depresjon, mani, psykososial funksjon og livskvalitet. For å delta måtte de være symptomfrie, altså ikke befinne seg i en manisk eller depressiv episode. De gjennomgikk enten et individuelt intervju eller gruppevis om selvstyringsstrategier som de mente var med på å opprettholde eller gjenvinne velvære.

Resultat: De spesifikke selvstyringsstrategiene som enkeltpersoner vedtok var (1) søvn, (2) kosthold, hvile og mosjon, (3) reflekterende og meditativ praksis, (4) forstå bipolar lidelse og lære andre, (5) treffe andre og (6) vedta en plan. Disse strategiene diskuteres i sammenheng med dagens behandlingsintervensjoner og forskningsresultater og tilbyr klinikere et bredt spekter av potensielle teknikker eller verktøy for å bistå med deres innsats for å støtte personer med bipolar lidelse for å opprettholde eller gjenvinne velvære.

Konklusjon: Strategiene ble vedtatt av et utvalg av personer som klarer seg godt med sin bipolar lidelse som kan brukes som psykososiale tiltak. Klinikeren kan bruke denne informasjonen til å motivere klientene sine til å engasjere seg i slike strategier. Deltakerne vedtok søvn som et av de viktigste strategiene for å opprettholde eller å gjenvinne velvære. Funnene viser også at det er betydelige individuelle forskjeller som må tas med i betraktning.

Artikkel 3:

Tittel: Sleep-related functioning in Euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems.

Forfattere: Harvey, A., Schmidt, D. A., Scarná, A., Selmer, C. N. & Goodwin, G. M.

Hensikt: Formålet med denne studien var å observere søvnrelatert funksjon av bipolare lidelse i den ikke-akutte fasen, såkalte eutymiske fase av lidelsen, og sammenligne dette med pasienter med primær søvnløshet og personer uten søvnproblemer.

Metode: De som deltok i studien var 20 personer som oppfylte DSM-IV-kriteriene for bipolar I-forstyrrelse som vurderes av Strukturert klinisk intervju for DSM-IV (SCID), og 20 personer som oppfylder DSM-IV-kriteriene for primær søvnløshet, som vurderes av diagnostiske intervjuer og 20 frivillige uten søvnproblemer. Pasientene med bipolar lidelse ble rekruttert fra en gruppe polikliniske pasienter som oppfylte DSM-IV diagnostiske kriteriene for bipolar I lidelse, men var for tiden symptomfrie. De 20 pasientene med diagnose av primær søvnløshet ble rekruttert fra en gruppe polikliniske som søkte behandling for søvnløshet. De 20 frivillige som hadde ingen søvnproblemer ble rekruttert fra institutt for eksperimentell psykologi, Oxford Universitet. Kriteriene for de som ikke hadde søvnproblemer var å ”sove veldig godt” på søvnløshetsdiagnostisk intervju og hadde ingen problem med søvn den siste måneden, og ingen nåværende bruk av medisiner for søvn. Det ble brukt intervju og spørreskjemaer gjennom 8 sammenhengende dager med søvnbokføring og aktigrafi (måleinstrument som måler bevegelse og lysnivå).

Resultat: Andelen av deltakerne ved bipolar lidelse scoret 5 på Pittsburgh Sleep Quality Index, som er et nivå som indikerer en klinisk signifikant søvnforstyrrelse var 70% av gruppen og 100% for de med primær søvnløshet og 0 % i den gruppen som ikke hadde noen søvnforstyrrelser. Forstyrrelsene for søvn blant bipolare gikk blant annet ut på at de ikke kom inn i en skikkelig rutine og at de hadde tankekjør. Den andre gruppen med primær søvnløshet var at de brukte lang tid før de klarte å slappe av og hadde tankekjør. For den totale summen på dysfunksjonelle holdninger og skjema om søvn var gruppen bipolare lidelser og den primære søvnløshet gruppen ganske identiske i forhold til den gruppen som ikke hadde søvnproblemer.

Konklusjon: Studien viser at søvnforstyrrelse var et betydelig problem i den bipolare gruppen, selv når pasientene var symptomfrie. 70% av de med bipolar lidelse hadde et signifikant søvnproblem.

Artikkel 4

Tittel: How to characterize and treat sleep complaints in bipolar disorders?

Forfattere: Geoffroy, P. A., Micoulaud Franchi, J.A., Lopez, R., Poirot, I., Biron, A., Royant-Parola, S. & Etain, B.

Hensikt: Hensikten med denne studien var og diskutere karakteriseringen og behandling av søvnplager ved bipolar lidelse.

Metode: Dette er en metaanalyse. Det ble undersøkt i internasjonale vitenskapelige litteratur i juni 2016 og utført et litteratursøk med PubMed, elektronisk database med søkeord som: ”bipolar lidelse” og ”søvn” eller ”søvnløshet” eller hypersomni” eller ”circadian” eller ”apnea” eller apne eller ”rastløse ben”.

Resultat: Pasienter med bipolar lidelse lider av søvn- og døgnrytmeforstyrrelser ved store depressive episoder (søvnløshet eller hypersomni, mareritt, nattlig og/eller tidlig vekking) og maniske episoder (søvnløshet, nedsatt søvnbehov uten tretthet), men også av noen av disse kan vedvare under remisjon. Disse tilbakemeldingsfasene er preget av redusert kvalitet og søvnmengde, med lengre søvnvarighet, økt søvnforsinkelse, en lengre tid for våkentid etter søvnforløpet, redusert søvnforbedring og større variasjon i søvn/våken rytmer. Pasienter opplever også hyppige søvnkombinasjoner som kronisk søvnløshet, søvnløshet, søvnfaseforsinkelsessyndrom, obstruktiv søvnapne/ hypopnea syndrom og rastløs ben syndrom (RLS). Disse forstyrrelsene er utilstrekkelig diagnostisert og behandlet mens de er forbundet med humørsvingninger, behandlingsmotstand, påvirker kognitiv funksjonalitet, reduserer livskvaliteten og bidrar til vektøkning eller metabolsk syndrom.

Søvn- og døgnrytmeforstyrrelser har også vært forbundet med selvmord. Denne utforskningen bør støttes av spørreskjemaer og dokumenter på søvnbøker og objektive tiltak. Forsøk som pylografi eller en mer omfattende vurdering i et søvnlaboratorium kan være nødvendig for å fullføre diagnostisk vurdering. Behandlinger er åpenbart avhengig av årsaken som er identifisert gjennom vurderingsprosedyrer. Behandling av kronisk søvnløshet er hovedsakelig basert på ikke-medisinske teknikker, for eksempel ved omlegging av atferd og søvnmønstre, psykoterapi (kognitiv atferdsterapi for søvnløshet, avslapping, mellommenneskelig og sosial rytmebehandling og om nødvendig med hypnotika i mindre enn 4 uker).

Konklusjon: Bipolar lidelse er definert av flere søvn- og døgnrytmeforstyrrelser under alle faser. Disse bør karakteriseres og diagnostiseres for å redusere humørsvingninger, behandlingsmotstand og forbedre bipolar lidelsen.

4.2 Oppsummering av hovedfunn

Artikkel 1 bekrefter at søvnforstyrrelse er et problem blant pasienter i eutym-fase med bipolar lidelse. Artikkel 2 tar for seg selvstyringsstrategier for å opprettholde velvære, der søvn var en av de viktigste strategiene som ble identifisert. Artikkel nr. 3 belyser både med og uten søvnforstyrrelser. Det kommer frem at det er lite skille mellom pasienter med bipolar lidelser og personer med primære søvnforstyrrelser. I artikkel 4 tar metaanalysen for seg at diagnostiseres av søvnforstyrrelse kan redusere humørsvingninger, behandlingsmotstand og forbedre bipolare lidelsen.

5.0 Drøfting

Ut ifra mine forskningsartikler vil jeg drøfte hvordan sykepleiere kan veilede pasienter med bipolar lidelse i den symptomfrie-fasen. Jeg velger å fokusere på forebygging og strategier som kan gi økt livskvalitet. Samtidig tar jeg for meg tiltak som er rettet mot søvnforstyrrelse.

5.1 Tiltak til søvnforstyrrelse ved bipolar lidelse

Det viser seg at 70% av pasienter med bipolar lidelse i den symptomfrie-fasen opplever søvnforstyrrelse (Harvey et al., 2005). Studiene viser også at søvnkvalitet er nært knyttet til kliniske trekk ved bipolar lidelse. Faktorer som røyking, koffeinbruk, selvmordsforsøk, livstidsangst og generelt nedsatt funksjonalitet kan sees hos personer med bipolar lidelse ved søvnforstyrrelser (Keskin, Tamam, & Ozporyraz, 2017). Som nevnt i punkt 2.7 kan sykdomsperioder oppstå ved døgnrytmeforstyrrelser. Artikkel 1 og 4 bekrefter funnene ved døgnrytmeforstyrrelser. Pasientene bruker lenger tid på å sovne, og døgnrytmen forskyves til et senere tidspunkt, og det blir stadig mer problematisk å stå opp tidlig.

Det kan det være nok å forklare pasienten hvordan døgnrytmen fungerer ved milde til moderate plager og gi enkle råd om søvnhygiene, spesielt å stå opp tidlig også i helgene. Spesifikk behandling med lys kan gis ved mer alvorlig grad av forsinket søvnfaselidelse. Lysbehandling fungerer slik at det startes opp rett etter naturlig oppvåkning for å fremskynde døgnrytmen. For å få pasientens søvnfase i ønsket posisjon flyttes eksponeringen til ca. 1 time tidligere fra dag til dag. Etter lysbehandlingen må pasienten følge strenge søvnrutiner for faren for tilbakefall er stor, eventuelt benytte lys regelmessig. Døgnrytmen kan forskyves i feil retning dersom man benytter lysbehandlingen feil, og kan føre til forverring av symptomene. Det er derfor viktig at pasienten i starten av behandlingen ikke vekkes opp tidlig om morgenen for å få lysbehandling (Bjorvatn, 2016).

Det vil også variere fra person til person hva som fungerer for hver enkelt noe som konkluderes med enkelte av studiene jeg har valgt. Bipolar lidelse arter seg også forskjellig hos alle (Ødegaard, Syrstad & Ødegaard, 2012, s. 432). På bakgrunn av dette er det viktig at man bruker tid til å bli kjent med personen gjennom å bygge opp tillit, være tålmodighet og forståelsesfull (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 85). Sykepleieren kan gjennom veiledning hjelpe pasienten til egenmestring gjennom refleksjon og erkjennelse (Tveiten, 2006, referert i Tveiten, 2016 s. 93).

På en side vil kartlegging og behandling av søvnvansker i bipolar lidelse være essensielt. Symptomfrie pasienter vil nok sannsynligvis være mer mottakelig for veiledning, og kan dermed legge en plan sammen med sykepleieren på hvordan man kan forebygge søvnforstyrrelser og hvilke tiltak så kan gjøres når sykdomsepisodene først oppstår. Søvn har vist seg å være et problem selv i den symptomfrie-fasen (Keskin, Tamam, & Ozporyraz, 2018).

Sykepleieren kan gjennom kartlegging oppmuntre pasienten til å skrive søvndagbok (Geoffroy et al., 2017). Søvndagbok kan for eksempel brukes til å skrive ned hvor lang tid det tok å falle i søvn, hvor lang tid man har vært våken midt på natten og hvor ofte/lenge man hadde seg en hvil midt på dagen (Katherine, Kaplan, Allison & Harvey, 2013). Søvndagbok kan også brukes i behandlingen for å evaluere om det har vært noen forandringer mellom søvnperiodene, og pasienten får også et bevisst forhold til hvor lenge han har sovet og hvor mange oppvåkninger han har hatt i løpet av natten. På en annen side trekker Henderson frem i sin teori at sykepleieren skal kjenne til pasientens behov og hvordan man kan tilfredsstille behovene på en best mulig måte. Det kan være vanskelig og krevende, men avgjørende at sykepleieren skaffer seg forståelsen ovenfor pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 226).

Avslapping er også sentralt ved god søvnhygiene (Geoffroy et al., 2018).

Avslappingsteknikker kan være til hjelp for å finne roen når man går til sengs (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 321). Personer med bipolare lidelser har ofte tankekjør som er en av grunnene til de sliter med å få sove (Harvey et al., 2005). Kognitiv atferdsterapi (CBT-I) er mye brukt innen søvnvansker, men er enda ikke nok undersøkt hos pasienter med bipolar lidelse. Det foregår et prosjekt i Trondheim som skal undersøke om kognitiv atferdsterapi kan hjelpe for bipolare pasienter i en stabil fase av sykdommen (Steinan, Krane-Gartiser, Langsrud, Sand, Kallestand & Morken, 2014).

5.2 Individuell plan

Søvn er et grunnleggende behov som må tilfredsstilles for at vi skal fungere i hverdagen, og veiledning til en bedre nattesøvn hos bipolare pasienter vil være sentralt dersom det er påvist søvnforstyrrelser, selv i den symptomfrie-fasen.

Vurdering av søvnforstyrrelser ved hjelp av samtaler, uavhengig av stemningsepisoder, kan forbedre søvnkvaliteten, funksjonaliteten og livskvaliteten til personer med bipolar lidelse (Keskin, Tamam & Ozporyraz 2017). En av selvstyringsstrategiene som var effektive ved høyt fungerende personer med bipolar lidelse var å utarbeide en plan. Sentrale mål var å hjelpe den enkelte til å utvikle kompetanse om sine egne symptomer slik at de kunne være i forkant ved symptomutvikling. Personene oppfordres til en slags forebyggingsplan for eventuelle tilbakefall. Støttespillere er også en viktig rolle i forebyggingsplanen, og det kan også være til hjelp for både familie og venner, sånn at de kan vite hva de kan bidra med samtidig hva de bør gjøre ved eventuelle tilbakefall (Helsedirektoratet, 2017).

Kommunen har etter helse- og omsorgstjenesten plikt til å se at det blir utformet en individuell plan. Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det. Pasientens mål og ønsker skal være hovedbestanddelen for planen. Det innebærer at de skal delta aktivt i å formulere behov for tjenester, ønsker og mål som er viktig for dem. (Helsedirektoratet, 2018). Forskriften om individuell plan bygger på helselovgivningen og sosialtjenesteloven (2005) som skal utarbeides etter bestemmelser gitt i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialhelsetjenesteloven § 2-5a, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3a.

Sykepleieren kan bruke individuell plan til å gi råd og kunnskap om søvnhygiene. Det er pasienten selv som bestemmer hva som skal være fokusområde, men i vår rolle som sykepleier er det viktig å videreformidle vår kunnskap om hva som er viktig for å oppnå god helse. For å vite hvilke behov pasienten trenger hjelp til å løse er det vesentlig å ha en god relasjon til pasienten. Gjennom min erfaring i psykiatrien har jeg opplevd at relasjonsbygging er betydningsfullt for å kunne se pasientens behov og skape trygghet. Gjennom relasjonen og tryggheten kan man skape et bilde av pasientens verdier. På en side er det også viktig at pasienten får oppleve seg som anvendelig og ansvarlig, samtidig som sykepleieren motvirker pasientens følelse av ansvarsløshet. Gjennom bevisst og målrettet bruk av samtaler, veiledning og undervisning kan sykepleieren legge til rette for at pasienten personlighet og ressurser kommer frem i samtalen. Opplevelsen av kontroll fører til at pasienten forstår hva som skjer rundt han, som gjør det lettere for han å kunne være med å planlegge og ta avgjørelser ovenfor sin egen helse. Opplevelsen av kontroll kan være med på å gjøre pasienten fortere frisk (Kristoffersen & Nordtvedt, 2011, s. 99).

På en annen side må pasienten også ha kunnskap for å ha mulighet til å påvirke sin situasjon. Det å beherske evnen til å ha positiv innvirkning på egen velvære og egen helse, gir en opplevelse av mestring. Det er viktig at pasienten har et realistisk bilde over hvilken situasjon han befinner seg i, for hvis det er manglende samsvar over pasientens forventninger og det han faktisk opplever kan det føre til at pasienten får angst og føler seg utrygg (Kristoffersen & Nordtvedt, 2011, s. 99). Sykepleieren kan ut i fra dette bruke sin kunnskap til å opplyse pasienten om sammenhengen mellom søvnforstyrrelse og bipolar lidelse, konsekvenser ved søvnmangel og viktigheten ved god søvn. Det og bli ekspert på egen sykdom kan også hjelpe pasienten til å forebygge sykdomsepisodene samtidig som det kan bli enklere for pasienten til å ta initiativ i hans behandlingsalternativer (Ødegaard, Syrstad, Ødegaard, 2012, s. 433). Kristoffersen & Nortvedt (2011, s. 99) understreker at opplevelsen av kontroll henger sammen med den kunnskapen og informasjonen man har om den aktuelle situasjonen man befinner seg i. Sykepleieren må også tilpasse informasjonen til pasientens situasjon, og kan referere til forskningsbasert kunnskap om tiltak som tidligere er erfart.

5.3 Rutiner og livskvalitet

Artikkel 2 har tatt for seg selvstyringsstrategier som skal hjelpe med å opprettholde eller gjenvinne velvære. Dårlig søvnkvalitet forårsaker tap i generell funksjonalitet og livskvalitet blant bipolare pasienter (Keskin, Tamam & Ozporyraz, 2017).

Keskin, Tamam & Ozporyraz (2017) viser til at søvnforstyrrelse ved bipolar lidelse også er nært knyttet til selvmordsrisiko. Lav livskvalitet kan trolig ha en sammenheng med økt selvmordsrisiko. Dette er en alvorlig konsekvens, og det er viktig at sykepleieren er med på å forebygge denne risikoen gjennom tett oppfølging. Ved jevnlig oppfølging har sykepleieren mulighet til å oppdage tidlige tegn på tilbakefall og kan derved sette inn ytterlige forebyggende tiltak (Haver, 2012, s. 200).

Som nevnt i punkt 2.9 kan søvnmangel også være forbundet med dårlige spisevaner hos personer med bipolar lidelse. Men er det virkelig slik at matvaner kan påvirke søvn? Å spise riktig spiller en rolle når det gjelder søvn. Sukker og usunn mat som kroppen bruker lang tid på å fordøye og å kvitte seg med hopper seg opp som giftstoffer. Rene og ubearbeidet matvarer inneholder mindre sukker og mindre skadelige stoffer enn det bearbeidet mat gjør med fettstoffer og kjemiske tilsetningsstoffer (Muphy, 2015, s. 173).

For det første vil et riktig kosthold føre til at man sover bedre, samtidig som man vil føle seg bedre (Muphy, 2015, s. 171). En av strategiene for å gjenvinne velvære gjaldt også matvaner. En av deltakerne i artikkel 2 bekreftet at kostholdet varierte med hvilket humør han var i, og spesielt når han var deprimert. Det var lett for å gå for raske matretter med høyt fettinnhold, som gjorde at han følte seg enda mer nedfor etter å ha spist usunt. Ettersom søvn-mangel er en konsekvens av for lite energi og tiltaksløshet blir det ofte gjort raske og usunne valg innen matfronten (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 305).

For det andre viser det seg at det er vektøkning blant bipolare pasienter med søvnforstyrrelser og metabolsk syndrom. Overvekt og metabolsk syndrom gir økt risiko for hjerte- og karsykdom, og kan påvirkes gjennom kostholdet (Aronsen, Birkeland, Munkvik & Sjaastad, 2015, s. 37). Det kan derfor være hensiktsmessig at sykepleieren gir veiledning innenfor matvaner og forklarer sammenhengen mellom mat og søvn. Selv om man velger raske løsninger, kan de også bestå av sunne og enkle matvarer. Min erfaring fra kommunehelsetjenesten var at det var gode muligheter for tett oppfølging. Noen av tjenestene gikk ut på å handle og lage mat sammen med pasienten, og det gjorde det mulig å gi gode råd samtidig som man skapte et tettere bånd til pasienten.

I artikkel 3 kommer det frem at personer med primære søvnforstyrrelser og personer med bipolar lidelse med søvnforstyrrelser har mange likheter. Personene med bipolar lidelse og personer med primær søvnløshet synes det var utfordrerne og komme inn i en skikkelig rutine. I studien om selvstyringsstrategiene bekrefter også den ene deltakerne at rutiner var både viktig og avgjørende for han for å oppnå eller gjenvinne velvære (Murray et al., 2011). Det man foretar seg før man går og legger seg, kan ha stor innvirkning på hvordan søvnen blir. Å ha samme rutine hver kveld vil hjelpe hjernen til å registrere når det er på tide å legge seg. Det kan derfor være viktig å fastsette en bestemt tid, og å ha som mål å komme i gang med rutinene allerede en time før den fastsette leggetiden, sånn at man er klar til å sove når tiden nærmer seg (Murphy, 2015, s. 206). Enkle råd som å unngå koffein, røyk og alkohol før man går og legger seg kan også være med på å forbedre søvnen (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 320).

Artikkel 1 rapporterte også at bipolare pasienter hadde lavere aktivitetsnivåer på dagtid enn personer med søvnløshet. Hva man kan gjøre selv avhenger av hvilken fase av sykdommen befinner seg i. Generelt er det viktig å ta vare på seg selv i de periodene der man er symptomfri, der man føler at man fungerer optimalt. Gode rutiner i hverdagen kan være med på å danne en stabil funksjon (Helsedirektoratet, 2017). Mosjon kan være et eksempel på en god rutine som også kan bidra til å fremme god søvn, men kan ha motsatt effekt dersom man trener for nært opp mot sengetid (Lein, 2013). Treningen kan også bestå av en hobby, for eksempel ballspill, som kan hjelpe dem med å holde seg aktiv og flytte tankene til noe positivt. I den forebyggende fasen kan det være viktig å ha gode rutiner som også kan være til hjelp når sykdomsepisodene først oppstår. For lite søvn er også nær knyttet til stress (Gerlach, 2006, s. 77).

Dersom pasienten opplever søvnforstyrrelser, mangel på energi og dårlig livskvalitet kan det være utfordrerne for pasienten å ha motivasjon nok til å sette opp en plan, legge gode rutiner og ha et godt kosthold. Konsekvenser ved mangel på søvn er ofte at mottakeligheten for ny informasjon er nedsatt, hukommelsen svikter og evnen til å lære og å ta avgjørelser er svekket (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 305). Sykepleierens rolle vil derfor være avgjørende i slike situasjoner. Det kan derfor være viktig å bruke god tid sammen med pasienten for å skape trygghet. Det å få dekket sitt behov for trygghet er også en forutsetning for å sove godt. Trygghet går ut på at man føler seg avslappet mentalt og kroppslig, og det kan være vanskelig å oppnå trygghet dersom man ikke opplever fysisk velvære (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 324).

Å ha fokus på omlegging av søvnmønsteret er en av tiltakene ved kronisk søvnløshet (Geoffroy et al., 2017). Det kan også være et behov for bipolare pasienter ettersom de opplever hyppige søvnkombinasjoner som kronisk søvnløshet. Ved omlegging av søvnmønsteret vil det være sentralt å legge til rette for et godt søvnmiljø. Jeg har selv erfart at det kan være utfordrerne å skape et slags søvnmiljø blant bipolare pasienter. Jeg har opplevd at noen av pasientene bruker stuen som soverom, altså der de oppholder seg mesteparten av tiden når de er hjemme. Sykepleieren kan forklare viktigheten av å ha et eget soverom, der man kun skal sove, og at det kan være hensiktsmessig å stå opp fra senga dersom man ikke får sove innen en halv time. I mellom tiden kan man gjøre noe beroligende og legge seg igjen når man føler seg trøtt (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 321). Sykepleieren kan også legge til rette for at pasientene har det ryddig rundt seg i form av miljøterapi og at pasienten har et soverom der han kan føle seg vel i. Velvære blir den viktigste fysiske faktoren og trygghet den viktigste psykiske faktoren for å sove godt og sammenhengende gjennom natten (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 324).

6.0 Konklusjon

Funnene indikerer at det er mange likheter mellom pasienter med bipolar lidelse og pasienter med primær søvnløshet. Det vil derfor være essensielt med kartlegging og behandling av søvnforstyrrelsen ved pasienter med bipolar lidelse. Det kan være med på å bidra til å forebygge sykdomsepisodene og gi økt livskvalitet. Sykepleierens veiledningsfunksjon vil være viktig i den forebyggende fasen med fokus på trygghet og gode rutiner. Ikke-farmakologiske tiltak som søvndagbok, lysbehandling og fokus på søvnmiljø kan være med på å fremme god søvn hos pasienter med bipolar lidelse i den symptomfrie fasen.

7.0 Referanseliste

- Aronsen, J. M., Birkeland, J. A., Munkvik, M. & Sjaastad, I. (2015). *Sykdomslære 1 – repetisjon og oppgaver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bastøe, L. K. H. & Frantsen A. M. Søvn og hvile. I N. J, Kristoffersen, F. Norvedt & E. A., Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 2, Grunnleggende behov*. (s. 301-321). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bjorvatn, B. (2018). Døgnrytmen vår. Hentet 23.04.19 fra: <https://helse-bergen.no/nasjonalkompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/dognrytmen-var>
- Bjorvatn, B. (2016). Søvn og søvnforstyrrelser. *Akutel Nordisk Ondontologi* 2016(01), 112-125.
- Bjorvatn, B. (2014). Hvor mye søvn trenger vi? I Grønli, R. (red.). *SØVN*, 6, 18-19. Hentet fra: https://helse-bergen.no/seksjon/sovno/Documents/sovn%202014_01_net.pdf
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2015). Om bipolar lidelse, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. Hentet 21.04.19 fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/om-bipolar-lidelse-schizofreni-og-personlighetsforstyrrelser/>
- Forskrift om individuell plan (2005). Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven (FOR-2001-06-08-676). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2004-12-23-1837>
- Geoffroy, P. A., Micoulaud Franchi, J.A., Lopez, R., Poirot, I., Biron, A., Royant-Parola, S. & Etain, B. (2017). How to characterize and treat sleep complaints in bipolar disorders? *Elsevier Masson*, 43(4):363-373. Doi:10.1016/j.encep.2016.06.007.
- Gerlach, J. (2006). *Søvn – om betydning av en god nattesøvn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gold, A. K. & Sylvia, L. G. (2016). The role of sleep in bipolar disorder. *Nature and science of sleep*, 2016:8, 207-214. Doi: 10.2147/nss.s85754.
- Grønli, J. (Red.). (2014). Den gode, restituerende søvnen. *SØVN*, 6, 10-13. Hentet fra: https://helse-bergen.no/seksjon/sovno/Documents/sovn%202014_01_net.pdf

- Graven, A. R. (2013). Søvnløshet truer fysisk og mental helse – øker risikoen både for hjerteinfarkt, kroniske smerter og mentale problemer som depresjon. Hentet fra: <https://forskning.no/forebyggende-helse-stress-sykdommer-sovn/2013/11/sovnloshet-truer-fysisk-og-mental-helse>
- Harvey, A., Schmidt, D. A., Scarná, A., Selmer, C. N. & Goodwin, G. M. (2005). Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. *The American Journal of Psychiatry*. 2005 Jan;162(1):50-7. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.1.50
- Haver, B. (2012). Bipolar lidelse og suicidalitet. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (s. 189-208). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistene. Hentet 23.04.19 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>
- Helsedirektoratet. (2018). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator – om individuell plan og koordinator – formål og rettigheter. Hentet 25.03.19 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=om-individuell-plan-og-8179>
- Helsedirektoratet. (2017). Bipolar lidelse. Hentet 17.03.19 fra: <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/bipolar-lidelse>
- Holsten, F. (2018). Søvn og bipolar lidelse. Hentet 13.03.19 fra: <https://helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovn-og-bipolar-lidelse>
- Holsten, F. & Bjorvatn, B. (2012). Bipolare lidelser. I B. Haver., K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Søvnforstyrrelse ved bipolare lidelser* (s. 211-226). Bergen: Fagbokforlaget.
- Katherine, A., Kaplan, M. A., Allison, G. & Harvey, P. D. (2013). Behavioral Treatment of Insomnia in Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 170(7), 716-720. Doi: [10.1176/appi.ajp.2013.12050708](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12050708)

- Keskin, N., Tamam, L. & Ozporyraz, N. (2017). Assessment of sleep quality in bipolar euthymic patients. *Compr Psychiatry*, 80, 116-125. Doi: 10.1016/j.comppsy.2017.09.012.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J, Kristoffersen, F, Nortvedt & E. A, Skaug. (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 2, sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2011). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I N. J, Kristoffersen, F, Nortvedt. & E. A, Skaug. (Red.), *Grunnleggende sykepleie – sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 83-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lein, M. (2013). Søvnproblemer og fysisk aktivitet. Hentet 23.04.19 fra: <https://nhi.no/forskning-og-intervju/sovnproblemer-og-fysisk-aktivitet/>
- Murphy, J. (2015). *Sov deg til suksess! – La bevisste drømmer om natten skape suksess om dagen*. Cappelen damm AS.
- Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari, E. & Michalak, E. E. (2011). Self-management strategies used by ‘high functioning’ individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(2), 95-109. Doi: 10.1002/cpp.710.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Pykiatriboken: sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2014). *Sykepleie og etikk*. (6. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Steinan, M. K., Krane, G. K., Langsrud, K., Sand, T., Kallestad, H. & Morken, G. (2014). Cognitive behavioral therapy for insomnia in euthymic bipolar disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2014, 15:24. Doi: 10.1186/1745-6215-15-24.
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudent – den lille motivasjonsboksen i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Westen, V. I. (2017). Lys har stor effekt på depresjon. Hentet fra:
<https://forskning.no/psykiske-lidelser-medisinske-metoder-depresjon/lys-har-stor-effekt-pa-depresjon/327965>

Ødegaard, C. H., Syrstad, V. E. G. & Ødegaard, K. J. (2012). Å leve med bipolar lidelse. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (s. 427-442). Bergen: Fagbokforlaget.

Ødegaard, K. J., Høyersten, J. G. & Fasmer, O. B. (2012). Historisk utvikling, epidemiologi og klassifisering av bipolare lidelser. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (s. 45-72). Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1 Søkehistorikk artikler

Database:	Artikkel:	Søkeord/Avgrensinger:	Antall treff:	Relevanse:
Cinahl	Assesment of sleep quality in bipolar euthymic patients	Bipolar disorder AND sleep AND euthymic "research article" "2012-2019"	22	Valgte artikkel nr 1. Bekrefter søvnproblemer blant bipolare pasienter i en eutymisk-fase.
	Self-mangament strategies used by `high functioning` individuals with bipolar disorder	1+2 + Quality of life "research article" "2012-2019"	10	Valgte artikkel nr 7. Deltakerne mener at søvn er en av de viktigste strategiene for å opprettholde eller gjenvinne velvære.
	Sleep-related functioning in Euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia and subjects without sleep problems	1+2+3+ treatment "research article"	11	Valgte artikkel nr 11. Sammenligner bipolare pasienter med søvnforstyrrelse med personer med primære søvnforstyrrelse og personer uten søvnforstyrrelse

Database:	Artikkel:	Søkeord/Avgrensning:	Antall treff:	Relevans:
PubMed	How to characterize and treat sleep complaints in bipolar disorders?	Bipolar disorder, sleep complaints, treatment "Best match"	17	Valgte artikkel nr 1. Relevant ettersom den tar for seg behandling av søvnmangel ved bipolar lidelse.

Vedlegg 2 Oppsummering av artiklene

Artikkel	Forfattere	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
Assessment of sleep quality in bipolar euthymic patients	Keskin, N., Tamam, L. & Ozporyraz, N.	Vurdere søvnkvaliteten til pasienter med bipolar lidelse i etymisk fase.	Tverrsnitt studie, kvantitativ metode.	122 polikliniske pasienter i alderen 20-65 år	56.5% av de som deltok på studien hadde dårlig søvnkvalitet
Self-mangement strategies used by 'high functioning' individuals with bipolar disorder	Murray, G., Suto, M., Hale, R., Hale, S., Amari, E. & Michalak, E. E.	Gi en beskrivelse av selvstyringsstrategier som er identifisert som effektive av personer som hadde høy funksjonalitet med bipolar lidelse.	Kvalitativ og kvantitativ metode. Gjennom ulike skalaer og intervjuer.	33 personer med bipolar lidelse type I og bipolar lidelse type II.	De spesifikke selvstyringsstrategiene som enkeltperson vedtok var (1) søvn, (2) kosthold, hvile og mosjon, (3) reflekterende og meditativ praksis, (4) forstå bipolar lidelse og lære andre, (5) treffe andre og (6) vedta en plan.
Sleep-related functioning in Euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia and subjects without sleep problems.	Harvey, A., Schmidt, D. A., Scarnä, A., Selmer, C. N. & Goodwin, G. M.	Observere søvnrelatert funksjon av bipolare lidelse i den euthymiske-fasen, sammenligne dette med pasienter med primær søvnløshet og personer uten søvnproblemer.	Kvantitativ metode	20 personer med bipolar lidelse type I, 20 personer med søvnløshet og 20 frivillige uten søvn problemer.	For den totale summen på dysfunksjonelle holdninger og skjema om søvn var gruppen bipolar lidelse og primær søvnløshet gruppen ganske identiske i forhold til den gruppen som ikke hadde søvnproblemer.

<p>How to characterize and treat sleep complaints in bipolar disorders?</p>	<p>Geoffroy, P. A., Micoulaud Franchi, J. A., Lopez, R., Poirot, I., Biron, A., Royant-Parola, S. & Etain, B.</p>	<p>Diskutere karakteriseringen og behandling av søvnplager med biolar lidelse.</p>	<p>Metaanalyse</p>	<p>Litteratur fra PubMed med søkeord som "bipolar disorder" AND "Sleep" OR "insomnia" OR "hypersomnia" OR "Circadian" OR "apnea" OR "apne" OR "Restless legs"</p>	<p>Behandling ved kronisk søvnløshet er hovedsaklig basert på ikke-medisinske teknikker, for eksempel omlegging av atferd og søvnmønstre, psykoterapi (kognitiv atferdsterapi for søvnløshet, avslapping, mellommenneskelig og sosial rytmebehandling).</p>
---	---	--	--------------------	---	---

Vedlegg 3 Kildekritikk – kritisk vurderingsskjema.

ARTIKKEL 1: ASSESSMENT OF SLEEP QUALITY
IN BIPOLAR EUTHYMIC PATIENTS

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

1

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien? 	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe? 	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

Psykklinske pasienter med bipolar lidelse i den symptomfrie-fasen.

Kritisk vurdering - prevalensstudie

	Ja	Uklart	Nei
<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>var ikke i stand til å fullføre.</p>			
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Det var 6 stykker som ikke var i stand til å fullføre</p>			
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Det ble brukt "General Sleep Questionnaire", "Pittsburgh Sleep Quality Index" ...</p>			
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>De ble delt inn i forhold til PSQI score.</p>			
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</i></p>	<p>studien viste at 56,5% av de som deltok på studien hadde dårlig søvnkvalitet.</p> <p>Ja.</p>
---	---

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>

Vedlegg 4 Tillatelse til å bruk av tekst

