



Høgskulen på Vestlandet

SYKS390 Bacheloroppgave

SYKS390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Slutt dato:	10-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKS390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	107
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7543
----------------------	------

Sett hake dersom Nei
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	43
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Forholdet mellom søvnforstyrrelser og
depresjon

The relationship between sleep disturbance
and depression

Kandidatnummer: 107

Bachelor i Sykepleie HVL Stord

Frode Skorpen

10.05.2024

Antall ord: 7543

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, § 12-1

Sammendrag:

Bakgrunn: Depresjon, søvnforstyrrelser og angst er de vanligste psykiske lidelsene hos eldre, og Folkehelseinstituttet har omtalt søvnvansker som et av landets mest undervurderte folkehelseproblem. Videre mener Helsedirektoratet at søvnvansker er assosiert med nedsatt kognitiv og intellektuell fungering, og kroniske søvnvansker øker risikoen for å utvikle psykiske og somatiske plager.

For sykepleiere er derfor essensielt å ha kunnskap om hvordan søvn kan være en utløsende faktor for psykisk og somatisk sykdom.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse forholdet mellom søvnforstyrrelser og komorbid depresjon for eldre beboere på sykehjem. Videre tar oppgaven for seg sykepleieintervensjoner og tiltak for å bidra til forebygging og symptomlindring for pasienter med søvnforstyrrelser og depresjon.

Metode: Oppgaven er bygget opp som et systematisk litteraturstudium basert på 7 forskningartikler samt relevant teori.

Resultat: Forskning viser at det er tydelige sammenhenger mellom søvnforstyrrelser og depressive symptomer for eldre på sykehjem. Mye tyder på at søvnforstyrrelser er en sterk faktor i utviklingen av depressive symptomer. Videre viser forskning at effekten av tiltak basert på kognitiv atferdsterapi, fysisk aktivitet og god søvnhygiene har større effekt på depresjon og søvnforstyrrelser enn medikamentelle tiltak.

Konklusjon: Mye tyder på at ikke-medikamentelle tiltak har best effekt på komorbide søvnvansker og depresjon. For en sykepleier i dagens samfunn er det avgjørende å ha kunnskap om hvordan søvn påvirker fysisk og mental helse.

Abstract:

Background: Depression, sleep disorders, and anxiety are the most common mental disorders among the elderly, and the Norwegian Institute of Public Health has described sleep problems as one of the country's most underestimated public health issues. Furthermore, the Norwegian Directorate of Health believes that sleep problems are associated with reduced cognitive and intellectual functioning, and chronic sleep problems increase the risk of developing mental and somatic disorders. For nurses, it is therefore essential to have knowledge of how sleep can be a triggering factor for mental and somatic illness.

Purpose: The purpose of the assignment is to investigate the relationship between sleep disorders and comorbid depression in elderly residents of nursing homes. Furthermore, the assignment addresses nursing interventions and measures to contribute to prevention and symptom relief for patients with sleep disorders and comorbid depression.

Method: The assignment is structured as a systematic literature review based on 7 research articles and relevant theory.

Results: Research shows clear connections between sleep disorders and depressive symptoms in elderly nursing home residents. There is considerable evidence that sleep disorders are a strong factor in the development of depressive symptoms. Furthermore, research indicates that interventions based on cognitive behavioral therapy, physical activity, and good sleep hygiene have a greater effect on depression and sleep disorders than pharmacological interventions.

Conclusion: Much suggest that the use of non-pharmacological interventions has the best effect on comorbid sleep disorders and depression. For a nurse in today's society, it is crucial to have knowledge of how sleep affects physical and mental health.

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
1.1 Innledning	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Teori	2
1.3.1 Tema som er sentralt og spesifikt for sykepleiepraksis.....	2
1.3.2 Sykepleieteoretisk perspektiv	3
1.3.3 Søvn som et fenomen	4
1.3.4 Søvnforstyrrelser	4
1.3.5 Aldersbetingede forandringer i søvn og psyke.....	5
1.3.6 Ikke-medikamentell behandling av søvnforstyrrelser	6
1.3.7 Søvnhygieniske prinsipper	7
2. Metode	9
2.1 Beskrivelse av metode	9
2.2 PICO-skjema	9
2.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier	10
2.4 Søkestrategi	10
2.4.1 Søketablell	12
2.5 Vurdering av artikler	13
2.6 Etske aspekter	14
3. Resultat	15
3.1 Artikkelmatrise.....	15
3.2 Sammenfattet resultat av forskningen	18
3.3.1 Forholdet mellom søvnforstyrrelser og depresjon hos sykehjemspasienter.....	18
3.3.2 Søvn og helseutfordringer	18
3.3.3 Effekt av ikke-medikamentelle intervensjoner på søvnkvalitet	19
3.3.4 Sykepleietiltak som bidrar til søvnhygiene	19
4. Drøfting	21
4.1 Forholdet mellom søvnforstyrrelser og depresjon hos sykehjemspasienter	21
4.2 Søvn og helseutfordringer	22
4.3 Effekt av ikke-medikamentelle intervensjoner på søvnkvalitet og depresjon	23
4.4 Sykepleietiltak som bidrar til søvnhygiene	24
4.5 Vurdering av egen oppgave	25
5. Avslutning	26
Referanseliste	27
Vedlegg	31

Tabeller og vedlegg

Tabell 1: PICO-skjema.....	9
Tabell 2: Inklusjon og eksklusjonskriterier	10
Tabell 3: Søketablell	12
Tabell 4: Atrikkelmatrise.....	15
Sjekkliste artikkel B.....	31
Sjekkliste artikkel C	32
Sjekkliste artikkel D	33
Sjekkliste artikkel E.....	34
Sjekkliste artikkel F.....	35
Sjekkliste artikkel G	36

1. Introduksjon

1.1 Innledning

Søvnvansker anses av Folkehelseinstituttet som et av landets mest undervurderte folkehelseproblem. Ifølge Helsedirektoratet er disse utfordringene knyttet til redusert kognitiv og intellektuell funksjon, og vedvarende søvnvansker øker risikoen for utvikling av både psykiske og somatiske plager (Helsedirektoratet, 2017).

Mennesket har en tendens til å ta søvn for gitt, helt til vi mister den. Fysiske og emosjonelle plager som smerte og sorg kan være hindringer som gjør at vi ikke får sove. Grunnleggeren av moderne sykepleie, Florence Nightingale, hadde allerede på 1800-tallet fokus på søvn i sykepleie. Videre viser det seg at depresjon, søvnforstyrrelser og angst er blant de mest vanlige psykiske lidelsene hos eldre. Det er anslått at omkring 15% av eldre har klinisk rammende psykiske lidelser, i tillegg til at mange har psykiske lidelser som følge av fysisk sykdom (Tveito, 2021, s. 223). Omtrent halvparten av personer over 65 år oppgir å ha problemer med søvnen (Bjorvatn, 2012, s. 211).

Ofte viser det seg at psykiske lidelser og depresjon er tett tilknyttet søvnmønster og søvnkvalitet. Insomni, som er den søvnforstyrrelser med hyppigst forekomst, regnes som en selvstendig risikofaktor for å utvikle depresjon (Wyller, 2020, s. 101) Klinisk møter man sjeldent en person med depresjon som ikke har utfordringer knyttet til søvn, og motsatt. Mer enn halvparten av personer med vedvarende søvnforstyrrelser lider også av samtidig depresjon (Holsten, 2021). Sett fra et annet perspektiv, regnes depresjon igjen som den vanligste enkeltårsaken til langvarige søvnproblemer. Pasienter lurer gjerne på om søvnvanskene kom av depresjonen, eller om depresjonen kom av søvnvanskene (Bjorvatn, 2012, s 36.).

Oppgaven undersøker forholdet mellom søvn og depresjon hos institusjonaliserte eldre på sykehjem. Fra et sykepleiefaglig perspektiv vil oppgaven ta utgangspunkt i hvordan sykepleieren kan arbeide for å forebygge og symptomlindre søvnforstyrrelser og komorbid depresjon for beboere på sykehjem. I løpet av min praksis i psykisk helse arbeidet jeg tett med en anerkjent psykiater med spesialisering innen søvn, og denne erfaringen bidro betydelig til min faglige interesse, og jeg fikk se hvordan utfordringer med søvn kan påvirke livskvalitet, fysisk og psykisk helse.

1.2 Problemstilling

Hvordan bør sykepleieren møte beboere på sykehjem med søvnforstyrrelser og komorbid depresjon, med hensikt å forebygge og lindre symptomer?

Avgrensing: Oppgaven skal ikke ta for seg medikamentell behandling av søvnforstyrrelser og/eller depresjon.

1.3 Teori

1.3.1 Tema som er sentralt og spesifikt for sykepleiepraksis

Grunnleggeren av det vi i dag kaller moderne sykepleie, Florence Nightingale, uttalte seg allerede på 1800-tallet om viktigheten av søvn for pasienter. I boken *Notes on Nursing* har forfatter Victor Skretkowicz gjengitt Florence Nightingales uttalelser om søvn, blant annet:

Because pain, like irritability of brain, perpetuates and intensifies itself. If you have gained a respite of either in sleep you have gained more than the mere respite. Both the probability of recurrence and on the same intensity will be diminished, whereas both will be terribly increased by want of sleep. This is the reason why sleep is so all-important. (Skretkowicz, 2010, s. 126).

Dette kan oversettes og forklares på følgende måte; Smerte og irritabilitet i hjernen forsterker seg selv. Hvis du har fått lindring mens du sover, har du fått mer enn bare lindring. Både sjansen for forverring og intensitet vil reduseres, mangel på søvn vil derimot gjøre det verre. Dette er grunnen til at søvn er avgjørende for menneskers fysiske, psykiske helse og velvære. Nightingales teori representerer ikke bare et historisk synspunkt innen sykepleie, men forblir også en teori med relevans i moderne praksis. Søvn utgjør en grunnleggende nødvendighet for å oppnå optimal helse. Sykepleieren har en avgjørende rolle i å tilrettelegge for tilfredsstillende søvn og må besitte omfattende kunnskap på søvnens natur, dens regulering, potensielle helsemessige konsekvenser av søvnforstyrrelser, samt hvordan søvnmønstre varierer gjennom ulike livsfaser og ved sykdom (Blytt et al. 2021, s. 425).

Klinisk og i institusjon er det ofte sykepleieren som er til stede og erfarer pasientens subjektive søvnvansker. I slike situasjoner, er det viktig å ha kompetanse om søvnvansker – hva det kan komme av, hva det kan føre til og hvordan forebygge og behandle det. Mange eldre mottar ikke adekvat behandling og oppfølging for sine søvnforstyrrelser grunnet blant annet underrapportering, eller at pasienten opplever det som en del av vanlig aldring. I noen tilfeller mangler også helsepersonell tilstrekkelig kompetanse innen de ulike behandlingsoalternativene (Bjorvatn, 2012, s. 211).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere definerer sykepleierens etiske verdier, det generelle ansvaret og faglige forpliktelser i sykepleieryrke, som danner et viktig rammeverk for sykepleierens praksis. Paragraf 1.1 forklarer sykepleierens ansvar for å gi omsorgsfull pleie og lindre lidelse. Videre skal sykepleieren ta vare på den individuelle pasientens behov for omfattende omsorg, og støtter individets ressurser, mestringsevne, håp og livsmot. Et annet viktig prinsipp er sykepleierens ansvar for å opprettholde faglig kompetanse og integritet. Her kreves det at sykepleieren holder seg oppdatert på kunnskap og forskning, samt å utføre sykepleiepraksis på en faglig forsvarlig måte. Samlet sett gir yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere et verdifullt rammeverk for sykepleierens arbeid med søvn og depresjon (Norsk sykepleierforbund, 2023). Helsepersonell er i Norge er underlagt og forpliktet til å følge helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Disse lovene utgjør sentrale juridiske rammer som regulerer praksisen og atferden til helsepersonell i deres arbeid med pasienter og brukere av helsetjenesten. I henhold til lov om helsepersonell plikter sykepleiere å yte forsvarlig sykepleie og nødvendig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999). Videre sikrer pasient og brukerrettighetsloven at helsepersonell skal fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

1.3.2 Sykepleieteoretisk perspektiv

«Evnen til å sovne og å sove uavbrutt er et mål på mental og fysisk helse», uttalte Virginia Henderson allerede i 1955 (Blytt et al., 2021, s. 434). Virginia Henderson var en amerikansk sykepleier og forfatter, og er kjent for sin sykepleieteori basert på grunnleggende behov. Teorien forklares over 14 punkter som beskriver menneskets grunnleggende behov for helse.

Å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredelig død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson, 1997, s. 68).

Punkt 5 uttrykker Henderson menneskets grunnleggende behov til søvn og hvile. Henderson beskriver manglende evne til å hvile og sove som en av årsakene til sykdom, men også som et resultat av sykdom (Henderson, 1997, s. 39). Henderson beskriver bruk av hypnotika og andre søvnfremmende legemidler som en rask, men ikke bærekraftig løsning på

søvnproblemer. Henderson oppfordrer derimot sykepleieren til å studere pasientens spenningstilstander, og å formidle de avslappingsmetoder sykepleieren kjenner, før sovemidler tas i bruk. Henderson sier at «alt som gjør dagen hyggeligere for en person, alt som øker følelsen av velvære, alt som får pasienten til å føle på slutten av dagen at dagen har vært godt brukt, øker sjansene for naturlig søvn». Videre oppfordrer Henderson sykepleieren til å fjerne irriterende stimuli, som lyd, lukt eller visuelle stimuli, samt å lindre sultfølelse. I Henderson tiende punkt av menneskets grunnleggende behov, forklares menneskets behov for mellommenneskelig kontakt og uttrykk for følelser og behov. Hun understreker den gjensidige avhengigheten og uatskillelighetene mellom psyke og soma, hvor mentale lidelser kan påvirke kroppen, som hun beskriver som fysiske manifestasjoner av sinnslidelser. Hun identifiserer tegn på mental depresjon som holdningsendringer, ansiktsuttrykk uten følelser og generelt lav aktivitet (Henderson, 1997, s. 52-53).

1.3.3 Søvn som et fenomen

Søvn er et grunnleggende behov for alle mennesker. Når mennesker sover gjennomgår hjernen en kontinuerlig prosess med cellefornyelse, bearbeiding av informasjon og styrking av immunforsvaret. Søvn anses å være like avgjørende for mennesker og dyr som mat og drikke (Hynninen, 2020, s. 141). En god natts søvn er avgjørende for å opprettholde sunnhet og trivsel. De fleste har opplevd konsekvensene av en natt med dårlig søvn, og forstår hvordan det vil påvirke humøret, konsentrasjonen og ytelsen neste dag. Søvnens hensikt kan være å gjenopprette energinivåene som brukes opp i løpet av tiden man er våken, og søvnen bidrar til å balansere energiregnskapet (Bjorvatn, 2012, s. 17-29). Søvn er avgjørende for å opprettholde optimal funksjon i alle kroppens celler og organer, og ved vedvarende redusert eller dårlig søvn, kan det over tid samles avfallsstoffer i hjernen.

1.3.4 Søvnforstyrrelser

Sykepleieren skal ha kompetanse om søvn sykdommer og hva som kjennetegner disse, og hvordan disse kan påvirke andre psykiske eller somatiske plager (Blytt et al., 2021, s. 425-427). Dårlig søvnkvalitet og søvnforstyrrelser kan være en konsekvens av somatisk eller psykisk sykdom, og i noen tilfeller være utløst av negative livshendelser, kriser eller belastninger (Hynninen, 2020, s. 146). Blant eldre er søvnvansker ofte preget av økt vanskelighet med å opprettholde sammenhengende søvn gjennom natten, samtidig som mange opplever tretthet på dagtid. (Bjorvatn, 2012, s. 211). Søvnforstyrrelser er et

samlebegrep for ulike lidelser som påvirker søvnen vår negativt. De mest uttalte søvnforstyrrelsene for eldre er *insomni, søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser, søvnrelaterte bevegelsessymptomer og døgnrytmeforstyrrelser*.

Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser, eller søvnapné, kan innebære pusteforstyrrelser og periodiske pustestopp om natten, som resulterer i hyppige oppvåkninger og urolig søvn. Søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser kan forårsake urolige/rastløse bein og periodiske beinbevegelser. Døgnrytmeforstyrrelser referer til avvik mellom den indre biologiske klokken og det ytre miljøet, noe som kan føre til forskyvninger i døgnrytmen eller uregelmessig søvnvåkenhetssyklus, resulterende i fragmentert søvn (Hynninen, 2020, s 147)

Insomni referer til opplevelsen av dårlig søvn, som kan innebære vanskelighet med å sovne, urolig søvn, tidlig oppvåkning eller generelt redusert søvnkvalitet. Dette er basert på subjektive opplevelser og kan variere fra person til person (Bjorvatn, 2012, s. 214). Insomni er definert som en tilstand der søvnproblemer forårsaker svekket funksjon i løpet av dagen, med minst tre netter i uken preget av vanskeligheter med å sovne, å opprettholde søvn, kort søvnlengde eller lav søvneffektivitet (Bjorvatn, 2021, s 171). Forekomsten av insomni har ofte en kjent årsak, og kan bli utløst av enten psykiske eller somatiske lidelser. Depresjon utgjør den mest vanlige psykiske sykdommen som er assosiert med insomni, og langvarig insomni øker risikoen for å utvikle depresjon (Hynninen, 2020, s. 147)

1.3.5 Aldersbetingede forandringer i søvn og psyke

Hva kommer egentlig først, depresjonen eller søvnvanskene? Søvnen utvikles og endres i takt med alderen. Mange eldre opplever flere søvnrelaterte utfordringer, blant annet redusert totalt søvntid, redusert søvneffektivitet, nedgang i mengden dype søvnstadier og reduksjon i REM-søvn. Endringer i søvnrytmen som følge av aldring kan skyldes dysfunksjon eller svikt i døgnrytmesenteret i hypothalamus i hjernen (Ranhoff, 2020,s. 373). Videre kan eldre oppleve at tiden til innsovning øker, økt forekomst av nattlige våkenperioder og tidlig oppvåkning blir vanligere. Mye tyder også på at utilstrekkelig og redusert søvnkvalitet kan være assosiert med nedsatt livskvalitet, økt sykkelighet og dødelighet, i tillegg til økt risiko for angst og depresjon Wolland (2011, s 19-23).

Videre forklarer Bjorvatn (2012, s. 214) at «vanlige komorbide psykiske og fysiske lidelser hos eldre er angst, depresjon, demens [...]». Depresjon er den psykiske lidelsen med høyest forekomst blant eldre, og forekomsten øker med alderen (Tveito, 2021, s. 223). Tveito beskriver hvordan forhold som rammer eldre som blant annet isolasjon, somatisk sykdom og

reduisert funksjon har sammenheng med utvikling av depresjon. Det viser seg også at eldre med depressive symptomer over tid, har høyere risiko for død enn eldre uten depresjonssymptomer. Depresjon går under paraplybegrepet stemningslidelser, som beskriver unipolare depresjoner og bipolare lidelser. Sentrale kjennetegn ved depresjon inkluderer redusert stemningsnivå, mangel på evne til å oppleve glede og tilstedeværelse av depressive tanker. Det kalles unipolar på grunn av at stemningslidelsen bare har én pol, som er den depressive eller nedstemte polen. Pasienter som lider av unipolar depresjon kan også oppleve mangel på initiativ, søvnforstyrrelser, endringer i appetitt, rastløshet, angst eller ulike grader av motorisk eller emosjonell hemning (Holsten, 2021, s. 102).

Årsaken til depresjon hos eldre er ofte sammensatt av både biologiske, psykososiale og sosiale faktorer (Bjørkløf et al., 2020, s. 30). Det diskuteres hvorvidt naturlig aldring i seg selv utgjør en risiko for depresjon. I takt med alderen reduseres produksjonen av transmittersubstanser som serotonin og noradrenalin i hjernen, noe som kan antyde en slik sammenheng (Wyller, 2020, s. 429). Opp mot 40 % av eldre i sykehjem har depressive symptomer, og 20-25 % som en diagnostisert lidelse (Ranhoff, 2020, s. 447). Store befolkningsundersøkelser viser at forventet levealder reduseres med 10 år ved langvarig depresjon (Martinsen, 2018, s. 253). Depresjon blant eldre kan resultere i økt grad av funksjonssvikt og markant redusert livskvalitet, noe som også kan føre til økt behov for helsehjelp. Symptomene på depresjon hos eldre kan ligne på de hos yngre personer, men kan også i noen tilfeller likne andre psykiske lidelser som demens, eller somatiske lidelser (Bjørkløf et al., 2020, s. 21).

1.3.6 Ikke-medikamentell behandling av søvnforstyrrelser

Søvnproblemer er utbredt blant eldre, og det er en høy forekomst av bruk av sovemedisiner, selv om deres effekt er begrenset og de har betydelig risiko for bivirkninger. Bruk av sovemedisiner kan være gunstig på kort sikt, typisk i opptil rundt to uker. Imidlertid er det ingen vitenskapelig dokumentasjon som støtter langvarig bruk av søvnfremmende legemidler. Likevel viser det seg at hver femte 80-åring bruker Zopiclon fast (Wyller, 2020, s. 101). Gjennom å aktivt delta på legevisitt og legemiddelgjennomgang, kan sykepleieren bidra med viktig informasjon om pasientens tilstand og behov. Dette kan bidra til å sikre at medisiner er hensiktsmessig i henhold til pasientens tilstand og behov, og hindre potensielle bivirkninger og redusere risiko for feilmedisinering.

Mye tyder på at kognitiv atferdsterapi for insomni (CBTi) er den mest hensiktsmessige behandlingen av søvnforstyrrelser. Behandling med CBTi for eldre har god dokumentert effekt, også for eldre pasienter med komorbide lidelser som påvirker søvnen, enten depresjon eller smerter (Bjorvatn, 2012, s. 214). Kognitiv atferdsterapi for insomni kan innebære søvnrestriksjon, stimuluskontroll, kognitiv terapi, bedring av søvnhygiene og avslapning (Bjorvatn, 2012, s. 60). Best dokumentasjon er bruk av *stimuluskontroll* og *søvnrestriksjon*. *Stimuluskontroll* handler om å endre negativ søvnatferd og å bedre negative lærte assosiasjoner til sengen og soverommet. Målet er å lære nye positive assosiasjoner til seng og soverom, søvn og avslapning. Videre retningslinjer sier at dersom pasienten ikke får sove innen 15-30 minutter, skal hen stå opp, gå ut av soverommet og ikke legge seg igjen før hen igjen er søvnig. Videre skal pasienten stå opp til samme tid hver dag, uavhengig av hvor lenge hen har sovet. *Søvnrestriksjon* går ut på å redusere tiden som er tillatt å oppholde seg i sengen. Her tas det utgangspunkt i tiden pasienten i gjennomsnitt sover før behandlingsstart. Under behandling, er denne tiden maksimal tid som er tiltatt for opphold i sengen. Dette justeres deretter hver uke basert på endringer i søvnmønster og effektivitet. Slik kognitiv atferdsterapi for insomni kan gjøres av sykepleiere som behersker behandlingsmetoden (Bjorvatn, 2021, s. 171).

Videre viser det seg at behandling for søvnforstyrrelser med fordel kan kombineres med lysbehandling. Teknikken tar i bruk hvitt lys på minst 2000 lux, som pasienten eksponeres for enten på morgen eller kveld. Lysbehandling på kvelden vil forlenge døgnrytmen, og pasienten vil holde seg våken lengre. Lysbehandling på morgenen vil forkorte døgnrytmen. Det vil i mange tilfeller være hensiktsmessig å kombinere lysbehandling med stimuluskontroll og/eller søvnrestriksjon (Wyller, 2020, s. 257).

1.3.7 Søvnhygieniske prinsipper

Blytt et al. (2021, s. 444) beskriver grunnleggende tiltak som kan fremme søvn. En fellesnevner er begrepet *søvnhygiene*. Dette innebærer blant annet råd for å ta vare på oppbygget søvnbehov, råd for å ta vare på god døgnrytme, og råd for å redusere aktivering om kvelden og natten. Dette kan inkludere redusert inntak av koffein før leggetid, tilrettelegge for mørke og ro på soverommet, unngå alkohol som sovemidler og unngå å spise store måltider sent på kvelden (Bjorvatn, 2012, s. 56). Også Ranhoff (2020, s. 377) har foreslått en rekke tiltak som kan fremme sunn søvnpraksis blant eldre. Disse inkluderer å

tilrettelegge for regelmessig fysisk aktivitet og mosjon i løpet av dagen, begrense søvn på dagtid, begrense opphold i sengen utenom tiden man skal sove, opprettholde en stabil døgnrytme, sikre minst 30 minutters eksponering for dagslys daglig, og unngå sterkt lys under nattlige toalettbesøk. Videre bør miljøet tilpasses for å minimere ytre forstyrrelser som kan påvirke søvnen, eksempelvis ubehagelig temperatur, støy eller lys. Mye tyder på at fysisk aktivitet også kan ha en antidepressiv effekt, og for mange er fysisk aktivitet et nyttig verktøy for å håndtere sine psykiske plager (Martinsen, 2018, s. 263).

Ved langvarige søvnproblemer er årsakene vanligvis komplekse, og det kreves en omfattende og helhetlig tilnærming. Denne tilnærmingen bør involvere flere fagområder, men pasientens aktive deltakelse er avgjørende. Tiltak som fremmer økt forståelse og egenomsorg kan bidra til å lette den eldre personens situasjon. Eldre pasienter som lider av søvnforstyrrelser kan ofte dra nytte av informasjon som bekrefter at det de opplever er vanlig i deres alder. Det er også avgjørende å gi støtte og vise forståelse for den eldre personens subjektive opplevelse av søvnproblemet. Videre anbefales det å tilpasse pasientens døgnrytme til det han eller hun tidligere er vant til (Ranhoff, 2020, s. 377).

2. Metode

2.1 Beskrivelse av metode

Metode er et begrep som beskriver hvordan man skal gå fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2020, s. 53). Følgende oppgave er en systematisk litteraturstudie, som innebærer en beskrivelse og analyse av allerede utarbeidet forskning og kunnskap som er tilgjengelig innenfor et bestemt fagområde (Thidemann, 2019, s. 79). Systematiske søk er gjort i 2 forskjellige databaser, CINAHL og PUBMED. Det er utarbeidet PICO-skjema for å systematisere og optimalisere søk. Videre er et utarbeidet inklusjon- og eksklusjonstabeller. Deretter er det brukt sjekklister for å vurdere kvaliteten på forskningen (Helsebiblioteket, 2018).

2.2 PICO-skjema

Tabell 1: PICO-skjema

Population/patient/problem Hvem/Hvilke	Intervention Hva	Comparison Alternativer	Outcomes Resultater
Pasienter på sykehjem	Ikke- medikamentelle tiltak	Tiltaksgruppe og kontrollgruppe	Reduksjon/behandling av søvnforstyrrelser og depresjon
Pasienter med søvnvansker og/eller depresjon	Fysisk aktivitet/ CBTi/ motiverende intervju/ lysbehandling	Søvnbehandling VS ordinær pleie	
	Informasjon, veiledning		
	Forebyggende tiltak		

2.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Tabell 2: Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter på sykehjem	Studier publisert før 2014
Pasienter med depresjon og/eller søvnvansker	Barn og unge mennesker
Språk på engelsk	Andre sykdommer som bla. kreft
Fagfellevurdering eller «peer-reviewed»	Systematic review
Publisering etter 2014	
Kvalitative eller kvantitative artikler	
IMRAD-struktur	

2.4 Søkestrategi

Søk ble gjort i 2 ulike søkedatabaser; CINAHL og PUBMED som ga relevante funn på begge søkemotorer. Oppgaven har fokus på samtidige søvnforstyrrelser og komorbid depresjon for pasienter på sykehjem.

Første søk ble gjort i CINAHL, hvor søkeord som «sleep-wake disorders» ble brukt for å finne litteratur på døgnrytme-forstyrrelser. Dette ble kombinert med søkeord som «nursing home», «nursing» og «depression». Etter avgrensning som publiseringsår etter 2014 og peer-reviewed resulterte i 64 treff. Samtlige overskrifter ble lest, fem sammendrag ble lest hvorav en aktuell forskning ble inkludert, som omhandlet bruk av positivt intervju for å forbedre pasienters syn på søvn. Det respektive søket var gjort for å finne aktuell data på søvnforstyrrelser og komorbid depresjon for pasienter på sykehjem.

Videre var fokus på å undersøke effekten søvnforstyrrelser kan gi på depressive symptomer hos eldre. Her ble søkeordene «depression symptoms» kombinert med «sleep quality» og «elderly». Etter avgrensning som publiseringsår etter 2014 og «peer reviewed» som resulterte i 73 resultat. Samtlige overskrifter ble lest, 3 sammendrag ble lest og 1 artikkel ble valgt. Den aktuelle forskningen er en studie som ser på sammenhengen mellom søvnkvalitet, kroniske sykdommer og depresjon. Fokus for videre søk var å finne mer aktuell forskning på temaet, og brukte søkeord som «nursing home patients», kombinert med «sleep» og «depression», eller «nursing home», «depression» og «sleep-wake disorders». De respektive søkene ga 82

og 80 treff. Samtlige overskrifter ble lest, sammendrag fra 7 aktuelle artikler ble lest, og 2 artikler ble lest i fulltekst og valgt.

Neste søk ble gjort for å finne et nytt perspektiv og å endre fokus bort fra forholdet mellom søvn og depresjon over på sykepleiefaglig arbeid for det aktuelle temaet. Her var fokuset å finne ikke-medikamentelle sykepleie-intervensjoner. Derfor ble søkeord som «nursing intervention» ble kombinert med «non-pharmacological», «nursing home patients» og «sleep». Søket ga 8 resultater, hvor samtlige overskrifter ble lest. Samtlige sammendrag ble lest, 2 artikler ble lest i fulltekst og 1 artikkel ble valgt. Den valgte forskningen omhandlet bruk av kognitiv atferdsterapi, derfor ble det utført et siste søk på emneordene «cognitive therapy» og «insomnia». Dette ga 38 resultat, hvorav samtlige overskrifter ble lest, 6 sammendrag ble lest, 3 artikler ble lest i fulltekst. Av disse ble 1 artikkel valgt.

2.4.1 Søketablell

Tabell 3: Søketablell

SØK NR	SØKEORD	CINAHL	PUBMED	ARTIKKEL FUNNET	DATO
S1	Sleep wake disorders	57.948	115.509		
S2	Nursing home	200.474	920.725		
S3	Nursing	2.569.704	923.197		
S4	Depression	865.105	642.116		
S5	Depression symptoms	165.818	519.809		
S6	Sleep quality	86.313	53.793		
S7	Elderly	101.194	6.121.634		
S8	Nursing home patients	15.713	18.809		
S9	Sleep	24.675	159.697		
S10	Nurse intervention	10.381	181.643		
S11	Non pharmacological	5.254	1.952.834		
S12	Physical functions	10.872	642.360		
S13	Cognitive therapy	15.695	144.772		
S14	Insomnia	9.177	37.309		
S13	S1 and S2 and S3 and S4	64		1A	15/01/24
S14	S5 and S6 and S7	71		1B	16/01/24
S15	S8 and S9 and S4		62	1C	16/04/24
S16	S2 and S4 and S1		82	1D	15/04/24
S17	S8 and S12 and S4		80	1E	17/04/04
S18	S10 and S11 and S8 and S9		8	1F	19/04/24
S19	S13 and S14	38		1G	22/04/24

*Søk er gjort med følgende avgrensninger: fagfelleevaluering og publisering etter 2014

2.5 Vurdering av artikler.

Oppgaven bruker data fra syv forskjellige forskningsprosjekter. Samtlige av de respektive forskningene er kvantitative studier, hvorav fire av de er tverrsnittstudier, to randomiserte kontrollerte studier og en ikke-randomisert kontrollstudie. En fordel med kvantitative studier er at de presenterer data i målbare, kvantifiserbare enheter (Dalland, 2020, s. 54). Samtlige av artiklene er lest i fulltekst, og gjennomgått kritisk vurdering ved hjelp av sjekklister (se vedlegg). Valg av data og forskning er gjort på bakgrunn av søkeord, inklusjon- og eksklusjonskriterier. Hjelpemidler og retningslinjer fra Helsebiblioteket (2017) er brukt i arbeidet med utvelgelse av forskning, data og informasjon.

Data er hentet fra forskning gjennomført i norske sykehjem, men også fra institusjoner i Tyrkia, Portugal, Tyskland, Sverige og Taiwan. Til tross for potensielle kulturelle forskjeller er forskningen inkludert på bakgrunn av god overføringsverdi og aktualitet til det vi ser på norske sykehjem. Pasientene som har deltatt på de respektive studiene har mye til felles med norske pasienter, blant annet diagnoser, utfordringer og infrastruktur i helse- og omsorg. Forskingen som er valgt er vurdert til å være velegnet til å svare på problemstillingen.

Dalland (2020, s. 222) har utarbeidet spørsmål for leseren til å kritisk vurdere hvor godt forskningen beskriver temaet oppgaven skal handle om. Andre spørsmål som er verdt å stille seg under utvelgelsen av forskning kan være:

- Hva kan du ha oversett?
- På hvilken måte kan nærheten til feltet ha gjort deg «nærsynt»?
- Hva er det du savner av opplysninger?
- I hvilken grad mener du at forskningseffekten har påvirket dataene?

2.6 Etiske aspekter

Bruk av forskning med data hentet fra mennesker krever tydelig forskningsetikk og anonymisering. Data som er hentet fra valgt forskning var anonymisert og inneholdt ingen identifiserbare detaljer som navn eller spesifikke kjennetegn. Inkludert forskning har eksplisitt omtalt etiske godkjenninger fra deltakerne før forskningsprosjektet ble iverksatt. Som et generelt prinsipp skal forskere både gi informasjon og innhente samtykke fra deltakerne i forskning. Forskere skal ikke påtvinge personer til å delta i forskning basert på utilstrekkelig informasjon eller mot deres vilje. Det er viktig at forskere respekterer menneskers verdighet og ivaretar deres personlige integritet, sikkerhet og velferd. Forskningens troverdighet avhenger av etterlevelsen av etiske retningslinjer av forskerne. Formålet med etikk i forskning er å sikre at forskningen bidrar til samfunnet og deltakerne, samtidig som den unngår å forårsake skade for enkeltpersoner, samfunnet og miljøet (Forskningsetikk, 2021). Lojalitet og etterrettelighet til forfatterne av forskningen er essensielt i arbeid med en litteraturstudie. Å gjengi korrekt informasjon og henvisning og ikke ilegge forfatterne meninger de ikke har er viktige etiske prinsipper i oppgaveskriving. I henhold til yrkesetiske retningslinjer paragraf 2 (Norsk Sykepleierforbund, 2023) har sykepleieren et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Sykepleieren viser respekt for kollegers og andres arbeid, og holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.

3. Resultat

3.1 Artikkelmatrise

Tabell 4: Artikkelmatrise

Artikkel A Referanse	Dolu et al. (2019). Impact of a nurse-led sleep programme on the sleep quality and depressive symptomatology among older adults in nursing homes: A non-randomized controlled study. <i>International Journal of Older People</i>
Hensikt, problemstilling og forsknings spørsmål	Målet med studien var å undersøke effekten av et søvnprogram ledet av sykepleiere på 3 forskjellige sykehjem i Ankara, Tyrkia. Forskerne undersøkte påvirkningen på depressive symptomer og søvnkvalitet for pasienter uten kognitiv svikt.
Material og metode	Ikke-randomisert kontrollstudie utført på 3 tyrkiske sykehjem. Deltakerne var delt i to kontrollgrupper (n=157) og en tiltaksgruppe (n= 52) som skulle gjennomføre søvn-programmet, 1 time ukentlig i 4 uker. Programmet fokuserte på å endre negative assosiasjoner til søvn og søvnrelatert atferd, spesielt med fokus på teknikker som motiverende intervju.
Artikkel B Referanse	Hsu, M et al. (2021). Subjective sleep quality and association with depression syndrome, chronic diseases and health-related physical fitness in the middle-aged and elderly. <i>BMC Public Health</i> .
Hensikt, problemstilling og forsknings spørsmål	Målet med studien var å subjektivt evaluere søvnkvalitet og å knytte søvnkvalitet til fysisk helse, depressive symptomer og antall kroniske sykdommer hos middelaldrende og eldre.
Material og metode	Tverrsnittstudie basert på (n = 283) voksne og eldre på et rehabiliteringssenter i Taiwan fra August 2010 til Juli 2013. Kriteriene for å delta i studien var 40 år eller eldre, god mobilitet og evne til å kommunisere. Søvnkvalitet ble evaluert ved hjelp av Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), depresjon ble evaluert av Center for Epidemiology Studies Depression Score (CES-D).
Artikkel C Referanse	Blytt, K. M et al. (2021). Sleep and its Association With Pain and Depression in Nursing Home Patients With Advanced Dementia – a Cross-sectional study. <i>Frontiers</i> .

Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Forskningen undersøker hvordan søvn korrelerer med smerte og depresjon hos sykehjemspasienter i Norge.
Material og metode	Tverrsnittstudie (n=141) hvor søvn-relatert data er hentet fra to studier utført på sykehjem i Norge. I gruppene fra de respektive studiene ble det målt søvnkvalitet med aktigrafi. Forskerne vurderte også smerte og depresjon ved spesifikke skalaer. Bruk av medisiner som sedativa, smertestillende, opioider og antidepressiva ble registrert og tatt i betraktning. Median alder på deltakerne var 86,2 år, og 76,3% var kvinner.
Artikkel D Referanse	Martins da Silva et al. (2020). Comparing sleep quality in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals. <i>Aging & Mental Health</i> .
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Formål med forskningen var å sammenligne søvnkvalitet hos en gruppe institusjonaliserte eldre (IE) med en gruppe ikke-institusjonaliserte eldre (IIE) i Portugal.
Material og metode	Forskningen er en tverrsnitts-observasjonsstudie. Forskingen inkluderte 100 eldre over 65 år, 50 IE og 50 IIE. Søvn ble evaluert ved hjelp av søvnparametre som Pittsburgh Sleep Quality Inventory (PSQI) og Epworth somnolence Scale (ESS). Depressive symptomer ble evaluert ved hjelp av Geriatric Depression Scale (GSD).
Artikkel E Referanse	Kvæl et al. (2017). Associations between physical function and depression in nursing home residents with mild and moderate dementia: a cross-sectional study.
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikten med studien er å undersøke og beskrive forholdet mellom depresjon og fysisk funksjon hos beboere på sykehjem, i tillegg til å undersøke sammenhengen mellom depresjon og muskelstyrke, balanse, mobilitet og ADL-funksjon.
Material og metode	Tverrsnittstudie utført på 18 norske sykehjem (n=170). Deltakerne har en alder fra 60-100 år med mild eller moderat grad av kognitiv svikt definert av Clinical Dementia Rating Scale (CDR).
Artikkel F Referanse	Kuck et al. (2014). Effects of social activation and physical mobilization on sleep in nursing home residents

Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studien hadde som hensikt å undersøke effekten av et aktiviseringsprogram på søvnkvaliteten til eldre beboere på sykehjem.
Material og metode	Randomisert kontrollert studie fra Tyskland. Deltakerne (n=107) kommer fra 20 forskjellige sykehjem. Søvnkvalitet ble registrert med søvnparameteret Insomnia Severity Index (ISI) og aktigrafi. Eksperimentgruppen deltok på aktivisering fire ganger i uken over en 8-ukers periode. En randomisert kontrollgruppe fikk ingen ekstraordinær aktivisering.
Artikkel G Referanse	Sandlund et al. (2017). Improving insomnia in primary care patients: A randomized controlled trial of nurse-led group treatment.
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Hensikt med forskningsprosjektet var å evaluere effekten av et gruppe-basert program for insomni, ledet av sykepleiere i primærhelsetjenesten. Programmet er basert på teknikker i kognitiv atferdsterapi for insomni (CBTi).
Material og metode	Randomisert kontrollert studie fra Sverige, med evaluering før og etter prosjektet, samt oppfølging ett år etter prosjektet ble gjennomført. 165 pasienter mellom 19-90 år med insomni-problematikk fra 7 forskjellige institusjoner i Sverige gikk gjennom et gruppebasert søvnprogram ledet av sykepleiere. Deltakerne ble evaluert ved hjelp av Insomnia Severity Index (ISI). Programmet var basert på CBTi-teknikker, og inkluderte syv økter på to timer, over en tidsperiode på 10 uker. Programmet fokuserte på å støtte pasienter i å identifisere og endre negativ søvnhygiene. Videre mottok deltakerne informasjon om søvn og søvnregulering. Teknikkene som ble brukt var blant annet avslapning, søvndagbok, håndtering av bekymring og problemløsning, optimalisering av søvnkvalitet, stimuluskontroll, søvnrestriksjon, gradvis nedtrapping av hypnotiske legemidler, identifisering av negative tanker om søvn, stresshåndtering og mestring av daglige utfordringer.

3.2 Sammenfattet resultat av forskningen

Sammenfattet resultat av forskningen ved hjelp av Aveyards tematiske analysemodell. Modellen er brukt for å få frem essensen i forskningen, summere opp litteratur og å identifisere tema (Thidemann, s. 96).

3.3.1 Forholdet mellom søvnforstyrrelser og depresjon hos sykehjemspasienter

Forskning viser at det er tydelige sammenhenger mellom søvnvansker og depresjon hos sykehjemspasienter. Forskning gjort av Blytt et al (2021) undersøker hvorvidt søvn korrelerer med smerte og depresjon hos sykehjemspasienter i Norge. Resultatene antyder at økt smerte var tilknyttet blant annet økt total søvntid (TST) og søvn-effektivitet (SE), noe som indikerer at pasienter som opplevde mer smerte, sov mer og hadde en mer effektiv søvn.

På den andre siden, var alvorlig depresjon var assosiert med mindre total søvntid (DTS), og mindre tid i sengen (TiB). Sykehjemspasienter med demens og smerte sov mer på dagtid og natten enn pasientene uten smerte. Demens og smerte var også tilknyttet bedre søvn-effektivitet. Det ble tatt hensyn til pasientenes bruk av analgetika, antidepressiva, sedativer og opioider. Disse funnene antyder komplekse sammenhenger mellom smerte, depresjon og søvnmønstre hos sykehjemspasienter, og er viktige vurderinger i forhold til behandlings- og omsorgstilbudet for pasientgruppen.

Forskning utført av Martins da Silva et al. (2020), indikerer at institusjonaliserte eldre (IE) hadde dårligere søvnkvalitet og økt tretthet på dagtid i tillegg til depressive symptomer sammenlignet med kontrollgruppen av ikke-institusjonaliserte eldre (IEE). Til tross for like medisinske og psykiske tilstander og samme alder mellom gruppene, ble det påvist store forskjeller i søvnkvalitet. Forskerne nevner en rekke mulige faktorer som forklarer resultatet, blant annet at institusjonaliserte eldre hadde mindre aktiviteter i hverdagen og mindre eksponering av naturlig dagslys.

3.3.2 Søvn og helseutfordringer

Forskning viser at det er tydelige sammenhenger mellom utfordringer knyttet til søvn og depressive symptomer, kroniske sykdommer og fysisk helse. Forskning utført av Hsu et al. (2021) undersøker forholdet mellom nettopp dette. Forskningen tar utgangspunkt i voksne og eldre i rehabilitering og deres søvnhygiene knyttet til andre fysiske og psykiske plager. Resultatene viser to tydelige funn, hvorav depressive symptomer, antall kroniske lidelser,

egen-rapportert helsetilstand, og artritt var alle assosiert og tilknyttet med nedsatt søvnkvalitet. Det ble tatt hensyn til pasientenes bruk av sedativer, antidepressiva eller andre medikamenter. Videre viser resultatene at eldre deltakere med lavere alkoholinntak og færre depressive symptomer hadde bedre søvnkvalitet. Deltakerne med kroniske lidelser, spesielt hjertesykdommer og artritt var alle assosiert med nedsatt søvnkvalitet.

Kvæl et al utførte i 2017 et forskningsprosjekt på norske sykehjem. Formålet med studiet var å undersøke forholdet mellom fysisk funksjon og depressive symptomer for beboere på sykehjem. Resultatene viste at bedre muskelstyrke, balanse og høyere gå-hastighet var sterkt tilknyttet færre depressive symptomer. Resultatene viste at høy skår i depresjon-parametere var tydelig assosiert med lavere stå-med-stol-test, samt høyeste gå-hastighet. Forskerne mener dette stemmer godt med hypotesen om at økt fysisk aktivitet korrelerer med bevaring av fysisk funksjon i dagliglivet og mindre depressive symptomer.

3.3.3 Effekt av ikke-medikamentelle intervensjoner på søvnkvalitet

Kuck et al. (2014) gjennomførte et forskningsprosjekt på sykehjem i Tyskland. Formålet med studien var å undersøke effekten av et sosial aktiviseringsprogram for eldre på sykehjem. Programmet var ledet av kvalifisert personell, og inneholdt øvelser for å fremme hukommelse, spill for finmotorikk og samtaler, samt fysisk trening med fokus på balanse, styrke og kondisjon. Ingen tydelige endringer i aktigrafii rate ble registrert, men eksperimentgruppen opplevde tydelige forbedringer i subjektiv søvnkvalitet. Forskningen viste at kombinasjonen av sosial og fysisk aktivisering i løpet av de 8 ukene med aktiviseringsprogram forbedret subjektiv søvnkvalitet for pasienter på langtidsplass i sykehjem. Studien viser derimot ikke om deltakerne opplevde objektiv forbedring i søvnkvalitet. Dette forklares ved at søvnforstyrrelser er subjektive beskrivelser og deltakerne har forskjellig individuell opplevelse av søvnforstyrrelser.

3.3.4 Sykepleietiltak som bidrar til søvnhygiene

Dolu et al. (2019) gjennomførte et forskningsprosjekt på sykehjem i Tyrkia. Deltakerne skulle delta på et søvnprogram, som hadde som mål å undervise og endre negative assosiasjoner til søvn, og bedring av søvnhygiene. 8 og 12 uker etter programmet var gjennomført viste resultatene at tiltaksgruppen som hadde gjennomført søvn-programmet

hadde bedring i enkelte søvn-parametere, blant annet redusert antall oppvåkninger og økt total søvntid. Videre resulterte studien i en tydelig reduksjon i depressive symptomer.

Sandlund et al. (2017) gjennomførte et søvnprogram for pasienter mellom 19-90 år med utfordringer knyttet til insomni. Programmet var basert på teknikker i CBTi ledet av sykepleiere. Insomnia Severity Index (ISI) er et insomni-spørreskjema, med skår fra 0-28. Deltakerne fra studiet fikk redusert gjennomsnittlig ISI-skår fra 18.4 til 10.7 etter gruppebehandling. Gruppebehandling viste også klare forbedringer i alle søvn-variabler; latens før innsovning, total søvntid, våkentid på natten, antall oppvåkninger og søvnkvalitet. Programmet reduserte også bruk av hypnotika. Resultatene var vedlikeholdt ved oppfølging ett år etter behandling.

4. Drøfting

Oppgavens siste del vil drøfte funn fra forskning og teori, og skape ny forståelse for emnet og problemstillingen.

Problemstilling: Hvordan bør sykepleieren møte beboere på sykehjem med søvnforstyrrelser og komorbid depresjon, med hensikt å forebygge og lindre symptomer?

4.1 Forholdet mellom søvnforstyrrelser og depresjon hos sykehjemspasienter

Forskning antyder klare sammenhenger mellom søvnvansker og depresjon blant sykehjemspasienter, og det er blitt identifisert både biologiske og psykologiske mekanismer som kan bidra til dette forholdet. Helsedirektoratet ser på søvnvansker som en viktig faktor og assosiasjon med utvikling av psykiske og somatiske plager, samt nedsatt kognitiv og intellektuell fungering.

Store forskjeller i søvnkvalitet ble avdekket i studiet utført av Martins da Silva et al. (2020). Her ble det funnet tydelige assosiasjoner mellom institusjonaliserte eldre og nedsatt søvnkvalitet og økt tretthet på dagtid, i tillegg til depressive symptomer. Dette tyder på at miljøfaktorer, som daglig aktivitetsnivå og eksponering for naturlig lys kan påvirke søvnhygiene og psykisk velvære blant eldre. Naturlig dagslys spiller nemlig en viktig rolle for den biologiske klokke eller sirkadian-rytme, som kan desynkroniseres av mindre eksponering av dagslys (Bjørvatn, 2021) Hsu et al. (2021) presenterer data på at nedsatt søvnkvalitet er tilknyttet depressive symptomer. Videre mener Henderson (1997, s.39) at manglende evne til å hvile og sove godt er en tydelig årsak til sykdom, i tillegg til et resultat av sykdom. At søvnforstyrrelser har sammenheng med økt forekomst av depresjon støttes også av teori, derav Wollands (2011, s. 19) påstand om at utilstrekkelig søvn og søvnkvalitet kan være assosiert med blant annet nedsatt livskvalitet, økt sykkelighet og dødelighet og økt risiko for angst og depresjon. Det antydes at opp mot 40% av eldre i sykehjem har depressive symptomer, mot 20-25% som en diagnostisert lidelse (Ranhoff, 2020, s. 477). Årsakene til depresjon kan være mange, og sammensatt av biologiske, psykososiale og sosiale faktorer (Bjørkløf et al., 2020, s. 30). Biologiske faktorer som har sammenheng med depresjon kan være redusert produksjon av serotonin og noradrenalin i hjernen (Wyller, 2020, s. 433).

4.2 Søvn og helseutfordringer

Søvn er tilknyttet en rekke helseutfordringer. Kvæl et al. (2017) avdekker tydelige assosiasjoner mellom fysisk funksjon og depressive symptomer. Forskningen viser at fysisk aktivitet i eldreomsorg og på sykehjem dermed kan ha tydelige helsefremmende effekter og bidra til mindre depressive symptomer og bedre livskvalitet. Høy skår på depresjonsparametere hadde sammenheng med lavere muskelstyrke, dårlig balanse og lavere gåhastighet. Dette stemmer godt med Martinsens (2018, s. 263) uttalelser om at fysisk inaktivitet kan medføre risiko for depresjon. Fysisk aktivitet som et hjelpemiddel og verktøy for å håndtere pasientenes psykiske lidelse er dermed etterprøvbart og effektivt, og kan ha forebyggende og antidepressiv effekt. Resultatene av forskningen peker på viktigheten av å adressere søvnforstyrrelser som en del av helhetlig omsorg for personer med ulike helseutfordringer, inkludert depresjon og kroniske sykdommer. Den potensielle interaksjonen mellom demens, nedsatt fysisk funksjon og depresjon indikerer et stort behov for videre forskning.

Hsu et al. (2021) formidler et annet synspunkt på temaet, nemlig hvordan søvnhygiene korrelerer med andre psykiske og somatiske lidelser. Antall kroniske lidelser, depresjon, egen-rapportert helsetilstand og artritt hadde tydelige sammenhenger med pasientenes søvnkvalitet. Blytt et al. (2021) forsket imidlertid på hvordan smerte påvirker søvnkvalitet. Resultatene tyder på at både fysiske og psykiske faktorer kan påvirke søvnkvaliteten hos eldre pasienter, og at smerte og depresjon kan være en utløsende faktor i utviklingen av søvnforstyrrelser.

Resultatene fra Blytt og Hsu støttes av teorilitteratur, blant annet av Wolland (2011) som formidler at eldres søvn ofte er preget av at søvneffektivitet avtar, og at nedsatt søvnkvalitet kan assosieres med nedsatt livskvalitet, økt sykkelighet og dødelighet, i tillegg til økt risiko for angst og depresjon. Funnene i forskningen støttes også av Hynninen (2020, s. 146), som nevner at redusert kvalitet på søvn og søvnforstyrrelser kan oppstå som følge av enten fysiske eller psykiske lidelser, og i visse tilfeller bli utløst av negative livshendelser, kriser eller stressfaktorer. Også Virginia Henderson var opptatt av søvn i sin tid, og uttalte blant annet av enven til å sove uavbrutt er et mål på mental og fysisk helse (Blytt et al., 2021, s. 425).

4.3 Effekt av ikke-medikamentelle intervensjoner på søvnkvalitet og depresjon

Basert på forskning er det mye som tyder på at ikke-medikamentelle intervensjoner og tiltak kan ha positiv effekt på både søvnkvalitet og depressive symptomer blant eldre og sykehjemspasienter. Bruk av sovemedisiner er utbredt i eldreomsorgen, til tross for at det ikke finnes vitenskapelig dokumentasjon som støtter langvarig bruk av sovemedisiner. Dessuten er det betydelige bivirkninger ved bruk av hypnotika (Wyller, 2020, s. 101). Studien utført av Kuck et al. (2014) som iverksatte et sosialt aktiviseringsprogram for eldre i sykehjem hadde en positiv innvirkning på subjektiv søvnkvalitet. Dette tyder på at kombinasjonen av sosial og fysisk aktivisering kan ha en gunstig effekt på søvnkvaliteten til eldre pasienter på sykehjem. Dette stemmer godt overens med råd som omhandler fysisk aktivitet og søvnhygiene. Her nevnes det blant annet at man skal holde en aktiv livsstil med fysisk aktivitet. Det viser seg også at fysisk aktivitet kan ha direkte positive effekter på depressive symptomer (Blytt et al., 2021, s. 444). Dette støttes av Ranhoff (2020, s. 377) som nevner tiltak som kan skape god søvnhygiene, blant annet å legge til rette for regelmessig mosjon og aktivitet på dagtid.

En annen studie utført av Dolu et al. (2019) på sykehjem i Tyrkia, ønsket å undersøke effekten av et søvnprogram rettet mot å endre negative assosiasjoner til søvn og fremme søvnhygiene. Resultatene var positive, og pasientene opplevde forbedringer i flere søvnparametere. I tillegg ble det observert en tydelig reduksjon i depressive symptomer. Dette kan tyde på at ikke-medikamentelle intervensjoner som fokuserer på å forbedre søvnhygiene og endre negative tankemønstre knyttet til søvn, kan være effektive og redusere både søvnforstyrrelser og depresjon blant sykehjemspasienter.

En annen interessant studie utført av Sandlund et al. (2017) undersøkte effekten av behandling basert på teknikker hentet fra kognitiv atferdsterapi for insomni (CBTi). Teknikkene som ble brukt var blant annet avslapning, søvndagbok, håndtering av bekymringer, problemløsning, forbedring av søvnkvalitet, stimuluskontroll, søvnrestriksjon, gradvis nedtrapping av hypnotiske legemidler, identifisering av negative tanker om søvn, stresshåndtering og mestring av daglige utfordringer. Programmet ble ledet av sykepleiere, og resultatene viste en tydelig reduksjon i Insomnia Severity Index (ISI), samt forbedringer i en rekke søvnvariabler. Programmet førte også til reduksjon i bruk av hypnotika og andre søvnfremmende medikamenter. Funnene i studien kan støttes av annen teorilitteratur, blant annet i Bjorvatn (2012, s. 60), som referer til kognitiv atferdsterapi som en av de best dokumenterte

behandlingsmetodene for søvnforstyrrelser, også hos eldre. Teknikker som søvnrestriksjon, stimuluskontroll, kognitiv terapi, forbedring av søvnhygiene og avslapning har dokumentert effekt også for pasienter med komorbide lidelser som påvirker søvnen, enten depresjon eller smerter (Bjorvatn, 2012, s. 214). Behandling med CBTi omtales også i Bjorvatn (2021, s. 171), som viser til at stimuluskontroll og søvnrestriksjon har best dokumentert effekt på søvnforstyrrelser. Samlet sett, tyder mye på at CBTi kan gi svært gode resultater i arbeidet med komorbid søvnforstyrrelser og depresjon for eldre. Teknikker hentet fra CBTi kan utføres av sykepleiere som behersker behandlingsmetoden (Bjorvatn, 2021, s. 171), og sykepleieren kan implementere dette som en del av sin praksis for å hjelpe pasienter med å håndtere og endre tankemønstre og atferd som kan forverre deres søvnproblemer. Videre viser teori at samtidig bruk av lysbehandling og kognitiv atferdsterapi kan gi gode resultater på pasientens søvnforstyrrelser (Wyller, 2020, s. 257).

4.4 Sykepleietiltak som bidrar til søvnhygiene

Basert på resultatene fra forskningen, er det tydelig at ikke-medikamentelle sykepleietiltak kan spille en avgjørende rolle i å forbedre søvnhygiene. Studier som Dolu et al. (2019) og Sandlund et al. (2017), viser begge at målrettede sykepleieintervensjoner kan føre til betydelige forbedringer i søvnkvalitet og redusere symptomer på søvnforstyrrelse og depresjon. Dolu et al. (2019) viser til resultater som viste bedre assosiasjoner til søvn, samt bedre søvnhygiene blant deltakerne etter forskningsprosjektet. Med en signifikant reduksjon i antall oppvåkninger og økt totalt søvntid, samt betydelig reduksjon i depressive symptomer – tyder på at god søvnhygiene er sentralt i arbeidet med søvnforstyrrelser og depresjon. Studien viste videre at effekten ga en betydelig reduksjon i depressive symptomer blant deltakerne. Hypotesen støttes også i Blytt et al. (2021, s. 444), som gir generelle råd om hvordan skape en god søvnhygiene, samt Ranhoff (2020, s. 377). Ranhoff nevner flere tiltak som kan skape bedre søvnhygiene, blant annet å sørge for regelmessig mosjon og aktivitet på dagtid, unngå søvn på dagtid, unngå opphold i sengen når man ikke skal sove, opprettholde god døgnrytme, få tilstrekkelig dagslys, og fjerne ytre årsaker som lyd, lys eller ubehagelig temperatur.

Det er også verdt å merke seg at sykepleieteoretiske uttalelser om søvn står seg like godt i dag. Florence Nightingale uttrykte allerede på 1800-tallet klare synspunkter angående søvnens betydning for pasienter, og understreket at søvn er essensielt for fysisk og psykisk helse, livskvalitet og velvære (Skretkowitz, 2010, s. 64). Også Virginia Henderson var på sin tid opptatt av søvnhygiene, og uttalte at sykepleierens oppgave var å fjerne irriterende stimuli

som lyd eller lukt, visuelle stimuli eller sultfølelse (Henderson, 1997, s. 57). Tveito (2021, s. 223) støtter også hypotesen om at søvn har en tydelig påvirkning på menneskets fysiske og mentale helse. Tveito nevner at forhold som mange eldre rammes av; isolasjon, somatisk sykdom og reduserte funksjoner har en tydelig sammenheng med utvikling av depresjon. Resultatene indikerer at sykepleietiltak som fokuserer på å forbedre søvnhygiene gjennom opplæring, kognitiv atferdsterapi og sosial aktivisering kan være effektive strategier for å håndtere søvnforstyrrelser og depresjon hos pasienter. Dette understreker betydningen av sykepleiefaglig involvering og kompetanse i å identifisere og iverksette tiltak for å fremme god søvnpraksis og psykisk velvære hos pasienter. Det forventes at sykepleieren besitter kunnskap om søvnforstyrrelser, deres karakteristika, og potensiell innvirkning på andre psykiske eller fysiske lidelser (Blytt et al., 2021, s. 425).

4.5 Vurdering av egen oppgave

Oppgaven tar for seg sykepleierens rolle i hvordan håndtere søvnforstyrrelser og komorbid depresjon blant eldre pasienter på sykehjem. Drøfting er støttet opp under av forskning med en tydelig kobling til teori. Bruk av kvantitative studier gir målbare data fra mange deltakere, som gir et bredt syn på situasjonen. Samtlige forskningartikler som er inkludert utnytter et kvantitativt design, og enkelte av studiene har også etterlyst mer forskning av kvalitativ karakter. I søkene som ble gjort kom det ikke fram forskning som har benyttet seg av kvalitativ metode. Ulempen med bruk av kun kvantitative studier kan være at man ikke får personlige, subjektive data, samt kartlagt eventuelle uventede årsakssammenhenger. Oppgaven tar for seg tydelige og konkrete tiltak og intervensjoner som sykepleiere kan implementere i praksis for å forbedre søvnforstyrrelser, søvnhygiene og redusere depressive symptomer hos eldre pasienter på sykehjem.

5. Avslutning

Oppgaven har som hensikt å vurdere hvordan sykepleieren kan møte pasienter på sykehjem med søvnforstyrrelser og komorbid depresjon, med hensikt å forebygge og lindre symptomer. Det er dokumentert at omkring halvparten av alle personer over 65 år har utfordringer knyttet til søvn og søvnforstyrrelser. I tillegg har søvnforstyrrelser en tett sammenheng med forekomst av depresjon, og studier indikerer at minst halvparten av pasientene med kroniske søvnproblemer opplever komorbid depresjon. Mye tyder på at årsaken til søvnforstyrrelser og komorbid depresjon ofte er sammensatt av biologiske og psykososiale faktorer. Svært mange pasienter innen eldreomsorgen får medikamentelle tiltak som behandling for søvnforstyrrelser, til tross for at dette ikke har dokumentert effekt over tid. Så tidlig som i 1955 advarte Virginia Henderson om bruk av legemiddelbasert behandling for søvnforstyrrelser, og mye tyder på at det er like gjeldende i moderne praksis. Sykepleieren er ofte den første som identifiserer pasientens utfordringer med søvn og mental helse, og har derfor en nøkkelrolle i å tilby tidlig intervensjon og støtte. Teknikker basert på kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju, lysbehandling, søvnhygiene, fysisk og sosial aktivisering viser seg å være godt dokumenterte behandlingsmetoder, som fungerer forebyggende for søvnforstyrrelser og depressive symptomer hos eldre. Å inneha kompetanse og forståelse av slike temaer gjør sykepleieren bedre rustet til å påvirke praksis som fremmer sunn søvn og psykisk velvære i helsevesenet.

Referanseliste

- Bjorvatn, B. (2012). Søvn sykdommer. *Moderne utredning og behandling*. Fagbokforlaget.
- Bjorvatn, B. (2021). Søvn og søvnforstyrrelser. I M. T. Gonzalez (red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. (2. Opplag, s. 170-176). Gyldendal.
- Bjorvatn, B. (2021, september). *Døgnrytmen vår*. Helse Bergen. <https://www.helse-bergen.no/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-sovn-sykdommer-sovno/dognrytmen-var>
- Bjørkløf, G. H., Barca, M. L. (2020). Depresjon hos eldre. I S. Tretterei (red). *Psykiske sykdommer hos eldre: Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. (s. 21-43). Forlaget aldring og helse.
- Blytt, K. M., Flo-Groeneboom, E., Erdal, A., Bjorvatn, B., & Husebo, B. S. (2021). Sleep and its Association With Pain and Depression in Nursing Home Patients With Advanced Dementia - a Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology*, 12, 633959–633959. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633959>
- Blytt, K. M., Frantsen, A. M. & Bastøe, L. K. (2021). Søvn og hvile. I I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utg.). Gyldendal.
- Dolu, I., & Nahcivan, N. O. (2019). Impact of a nurse-led sleep programme on the sleep quality and depressive symptomatology among older adults in nursing homes: A non-randomised controlled study. *International Journal of Older People Nursing*, 14(1), e12215–n/a. <https://doi.org/10.1111/opn.12215>
- Forskningsetikk. (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Helsedirektoratet. (2017, 16. januar). *Søvn og søvnvansker*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnvansker>
- Henderson, V. (1997). *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper*. Oversatt av Mørland, I. Norsk sykepleierforbund
- Henderson, V. (1997). *Basic Principles of Nursing Care*. (Rev.ed., p. 91). International Council of Nurses.
- Holsten, F. (2021). Stemningslidelser. I M. T. Gonzalez (red.). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. (2. opplag, s. 104-114). Gyldendal.
- Holsten, F. (2021, september). *Søvn og depresjoner*. Helse Bergen. <https://www.helsebergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovn-og-depresjoner>
- Hsu, M.-F., Lee, K.-Y., Lin, T.-C., Liu, W.-T., & Ho, S.-C. (2021). Subjective sleep quality and association with depression syndrome, chronic diseases and health-related physical fitness in the middle-aged and elderly. *BMC Public Health*, 21(1), 164–164.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10206-z>
- Hynninen, M. (2020). Psykologisk behandling. I S. Trettereig (red.). *Psykiske sykdommer hos eldre: Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. (s.237-257). Forlaget aldring og helse.

- Hynninen, M. (2020). Søvn og søvnforstyrrelser hos eldre. I S. Trettereig (red). *Psykiske sykdommer hos eldre: Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. (s.141-155). Forlaget aldring og helse.
- Kuck, J., Pantke, M., & Flick, U. (2014). Effects of social activation and physical mobilization on sleep in nursing home residents. *Geriatric Nursing (New York)*, 35(6), 455–461. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.08.009>
- Kvæl, L. A. H., Bergland, A., & Telenius, E. W. (2017). Associations between physical function and depression in nursing home residents with mild and moderate dementia: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(7), e016875–e016875. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016875>
- Martins da Silva, R., Afonso, P., Fonseca, M., & Teodoro, T. (2020). Comparing sleep quality in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals. *Aging & Mental Health*, 24(9), 1452–1458. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1619168>
- Martinsen, E. W. (2018). Fysisk aktivitet og psykiske lidelser. I M. K. Torstveit, H. Lohne-Seiler, S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red). *Fysisk aktivitet og helse: fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (s. 245-268). Cappelen Damm Akademisk
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 25.april 2024 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Ranhoff, A. H. (2020). Søvn og søvnproblemer. I M. Kirkevold., Brodtkorb, K & A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie*. (3. utgave, s.373-380). Gyldendal
- Sandlund, C., Hetta, J., Nilsson, G. H., Ekstedt, M., & Westman, J. (2017). Improving insomnia in primary care patients: A randomized controlled trial of nurse-led group

treatment. *International Journal of Nursing Studies*, 72, 30–41.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.007>

Skretkowicz, V. (2010). *FLORENCE NIGHTINGALE'S NOTES ON NURSING: WHAT IT IS AND WHAT IT IS NOT & NOTES ON NURSING FOR THE LABOURING CLASSES* (1. utgave). Springer Publishing Company.

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utgave). Universitetsforlaget.

Tveito, M. (2021). Psykiske lidelser hos eldre. I M. T. Gonzalez (red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver*. (2. utgave, s. 222-231). Gyldendal

Wolland, A. M. & Heier, M. S. (2011). *Eldre og søvn*. Cappelen Damm Akademisk

Wyller, T. B. (2020). *Geriatrici; en medisinsk lærebok*. Gyldendal

Vedlegg

Sjekkliste artikkel B

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer: 107

Date 16/01/24

Author: Hsu, M., Lee, K., Lin, T., Liu, W., Ho, S.

Year: 2021

Record Number: 1B

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Studien viser tydelige sammenhenger mellom søvnkvalitet og antall kroniske lidelser, helse-relatert fysisk tilstand, depressive symptomer og artritt. Studien har en klart formulert problemstilling og designet er velegnet til å svare på problemstillingen.

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer: 107

Date 16/04/24

Author: Blytt, K. M., Flo-Groeneboom, E., Erdal, A., Bjorvatn, B., Husebo, B. S Year: 2021
Record Number: 1C

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Studien resulterer blant annet i at sykehjemspasienter med mer depresjon brukte mer tid våken i sengen, sov mindre på dagtid og hadde mindre total søvn. Studien har en klart formulert problemstilling og designet er velegnet til å svare på problemstillingen.

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer: 107

Date 15/04/24

Author: da Silva, R. M., Afonso, P., Fonseca, M. & Teodoro, T. Year: 2020

Record Number: 1D

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Studien ser på forskjellen i søvnkvalitet hos institusjonaliserte eldre (IE) og ikke-institusjonaliserte eldre (IIE), som viste at IE subjektivt hadde tydelig dårligere søvn på alle søvn-parametere. Studien har en klart formulert problemstilling og designet er velegnet til å svare på problemstillingen.

Sjekkliste artikkel E

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer: 107

Date 17/04/24

Author: Kvæl, L. A. H., Bergland, A., Telenius, E. W.

Year: 2017

Record Number: 1E

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Studien viser tydelige sammenhenger mellom fysisk tilstand og funksjon og depresjon. Forskningen konkluderer med at bedre muskelstyrke, balanse og høyere gå-hastighet var tydelig assosiert med mindre depressive symptomer. Studien har en klart formulert problemstilling og designet er velegnet til å svare på problemstillingen.

Sjekkliste artikkel F

Kritisk vurdering av:

Kuck, J., Pantke, M., & Flick, U. (2014). Effects of social activation and physical mobilization on sleep in nursing home residents. *Geriatric Nursing (New York)*, 35(6), 455–461.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.08.009>

Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

Kommentar:

Studiens hensikt og forskningsspørsmål er å evaluere effekten av fysisk aktivitet og fysisk mobilisering på søvn for pasienter på sykehjem. Forskningsspørsmålet inkluderer derimot ikke en sammenligning (kontrollgruppe), som blir inkludert i metode-delen.

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

Kommentar:

Et randomiseringsskjema ble brukt for å tildele samarbeidende sykehjem til enten intervensjonsgruppen eller kontrollgruppen tilfeldig. En uavhengig tredje part genererte randomiseringssekvensen, som ikke var tilgjengelig for forskerteamet. En internettbasert tilfeldig sekvensgenerator, random.org, ble brukt til en-til-en-fordeling med gruppestørrelser som varierte mellom to og seks.

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT). Til undervisningsbruk. Sist oppdatert november 2020. Side 2 av 5

3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

Kommentar:

Flere fra intervensjonsgruppen enn kontrollgruppen valgte å trekke seg fra forskningen. Forskerne begrunner dette med mulig manglende motivasjon.

Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

4. Blinding

Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?

a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja – Nei – Uklart

b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja – Nei – Uklart

c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar:

5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baselinen.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

Kommentar:

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT). Til undervisningsbruk. Sist oppdatert november 2020. Side 3 av 5

6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

Kommentar:

Del C: Hva er resultatene?

7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha påvirket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

Kommentar:

8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

Kommentar:

9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT). Til undervisningsbruk. Sist oppdatert november 2020. Side 4 av 5

Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

Kommentar:

11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

Kommentar:

Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og raske måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?

En 8-ukers intervensjon med sosial aktivisering og fysisk mobilisering forbedret subjektiv søvnkvalitet for pasienter på sykehjem, spesielt for pasientene uten kognitiv svikt. Ifølge sykepleierne som gjennomførte prosjektet hadde 50% av deltakerne god effekt av programmet. Studien har tydelig formulert problemstilling, og designet er velegnet for å svare på problemstillingen. Problemstillingen er aktuell også på norske sykehjem, og tiltakene kan brukes til å endre praksis også i Norge.

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT). Til undervisningsbruk. Sist oppdatert november 2020. Side 5 av 5

Sjekkliste artikkel G

Kritisk vurdering av:

Sandlund, C., Hetta, J., Nilsson, G. H., Ekstedt, M., Westman, J. (2017). Improving insomnia in primary care patients: A randomized controlled trial of nurse-led group treatment. International Journal of Nursing Studies. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.0>

Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak? Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

Kommentar: Forskningsspørsmålet inkluderer populasjon (pasienter i primærhelsetjenesten). Objektivene beskriver også tiltaket (gruppe-behandling av insomni), samt sammenligning (kontrollgruppen).

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

Kommentar: Når sykepleierne hadde fått skriftlig informert samtykke fra en pasient, ringte de en uavhengig administrator ved Akademisk primærhelsetjenestenesenter (Stockholm County Council). Administratoren hadde en boks for hvert deltakende senter. Hver boks inneholdt 14 forseglede konvolutter, der syv inneholdt en grønn lapp (kontrollgruppe), og syv inneholdt en gul lapp (intervensjonsgruppe). Administratoren, som ikke visste hva fargene representerte, trakk en forseglede konvolutt fra boksen for det aktuelle helseomsorgsenteret og rapporterte fargen på lappen til sykepleieren.

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT). Til undervisningsbruk. Sist oppdatert november 2020. Side 2 av 5

3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

4. Blindning

Tips:

- Uten blindning er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blindning påvirke resultatene i denne studien?

a. Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja – Nei – Uklart

b. Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja – Nei – Uklart

c. Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja – Nei – Uklart

Kommentar: På grunn av karakteren av intervensjonen, var det ikke mulig å blinde pasienter eller sykepleiere for behandlingsprogrammet eller vanlig behandling; derfor var det ingen blindhet etter randomisering.

5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

Kommentar:

6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT). Til undervisningsbruk. Sist oppdatert november 2020. Side 3 av 5

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

Kommentar:

Del C: Hva er resultatene?

7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelt (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha påvirket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

Kommentar:

8. Er presisjon rundt effektestimatet rapportert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

Kommentar:

9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT). Til undervisningsbruk. Sist oppdatert november 2020. Side 4 av 5

Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagerer du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

Kommentar:

11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

Kommentar:

Oppsummering av vurderingen

Noter hovedpunkter fra den kritiske vurderingen du nettopp har gjort. Hva er din konklusjon om denne studien? Vil du bruke den til å endre praksis eller anbefale endringer i din organisasjon? Kan du på en god og rask måte iverksette tiltaket beskrevet i studien?

Forskningen tok for seg effekten av en gruppebasert behandling basert på teknikker i kognitiv atferdsterapi. Behandlingen er effektiv og viser gode resultater, og kan endre praksis eller anbefalte endringer i min organisasjon.

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT). Til undervisningsbruk. Sist oppdatert november 2020. Side 5 av 5