



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

SÖMN OCH DEMENSSJUKDOM

Litteraturstudie om hur sjuksköterskan kan främja sömnen på vårdboende.

MARIE LENNSTRÖM

Akademien för hälsa, vård och välfärd
Omvårdnad
Grundnivå
15 hp
Examensarbete i Vårdvetenskap
VAE027

Handledare: Sofia Skogevall
Martina Summer Meranius

Examinator: Margareta Asp

Datum: 150917

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Demenssjukdom är en av våra största folksjukdomar med 25 000 insjuknande årligen. Ett av det vanligaste symtomet hos personer med demenssjukdom är sömnbesvär och det kan leda till en ohållbar situation för den personen med ökad ohälsa och minskad livskvalitet som följd.

Problem: Läkemedelsförbrukningen för äldre har mer än fördubblats de sista 20 åren med ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. De akuta inläggningarna av äldre på sjukhus beror till 10-30 procent på läkemedelsbiverkan. Sömn- och lugnande tabletter är en vanlig första åtgärd mot sömnbesvär inom demensvården.

Syfte: Att belysa hur sjuksköterskan kan främja sömnen hos personer med demenssjukdom på vårdboende.

Metod: En allmän litteraturöversikt. Det var 11 artiklar med kvantitativ ansats och två med kvalitativ som sammanställdes och ledde fram till resultatet.

Resultat: I resultatet framkom fem olika kategorier som främjade sömnen hos personer med demenssjukdom. Det var mjuk massage, meningsfull aktivitet, ljusbehandling, alternativ behandling och kombination ljus och behandling.

Slutsats: Sömnen hos personer med demenssjukdom kan främjas utav de olika interventionerna som redovisades i resultatet. Icke farmakologiska åtgärder bör vara förstahandsalternativ vid sömnbesvär för allmänsjuksköterskan för att undvika ohälsa, biverkningar och fallskador hos personer med demenssjukdom.

Nyckelord: Demenssjukdom, icke farmakologiska interventioner, Virginia Henderson, sjuksköterska, sömnbesvär.

ABSTRACT

Background: Dementia is one of our most common diseases with 25,000 deaths annually. One of the most common symptom in people with dementia are sleep disorders and it can lead to an untenable situation for the sufferer with increased illness and reduced quality of life as a result.

Problems: Pharmaceutical consumption for older has more than doubled in the last 20 years, increasing the risk of side effects and drug interactions. Today 10-30% of the acute admissions of older people in hospital are due to adverse drugs reaction. Sleeping and sedative tablets is a common first step toward insomnia in dementia care.

Aim: To describe how the nurse can promote sleep in people with dementia in the nursing home.

Method: A general literature review according. There were 11 articles with quantitative approach and two qualitative compiled and led to the results.

Result: The result showed five different categories which promoted sleep in people with dementia diagnosis. Soft massage, meaningful activity, light therapy, treatment options, combination light therapy and interventions that promote sleep.

Conclusion: Sleep in people with dementia can be promoted out of the various interventions reported in the results. Non pharmacological measures should be the first option for insomnia for general nurse to avoid illness, side effects and fall injuries in people with dementia.

Keywords: Dementia, non pharmacological interventions, Virginia Henderson, nurse, insomnia.

INNEHÅLL

1	INLEDNING	3
2	BAKGRUND	3
	2.1 Demenssjukdom	3
	2.2 Sömn	5
	2.3 Läkemedel	7
	2.4 Styrdokument och riktlinjer	8
	2.5 Vårdteoretiskt perspektiv	8
	2.6 Problemformulering	10
3	SYFTE	10
4	METOD	10
	4.1 Datainsamling och urval	11
	4.2 Genomförande och dataanalys	11
	4.3 Etiska överväganden	12
5	RESULTAT	12
	5.1 Jämförelse av artiklarnas syfte	13
	5.2 Jämförelser av artiklarnas metod	13
	5.3 Jämförelse av artiklarnas resultat	15
	5.3.1 Mjuk massage	15
	5.3.2 Meningsfull aktivitet	16
	5.3.3 Ljusbehandling	17
	5.3.4 Alternativ behandling	17
	5.3.5 Kombination ljus och behandling	18
6	DISKUSSION	19
	6.1 Resultatdiskussion	19
	6.1.1 Jämförelse av syfte och metod	19
	6.1.2 Jämförelse av resultatet	20

6:2 Metoddiskussion	25
6:3 Etikdiskussion	26
7 SLUTSATS	27
REFERENSLISTA	28

BILAGA A SÖKSTRATEGI

BILAGA B KVALITETSMALL

BILAGA C ARTIKELMATRIS

1 INLEDNING

Under mina år som nattsjuksköterska inom hemsjukvården möter jag ofta personer med demenssjukdom som inte kan sova. Förtyvlat vandrar de runt på vårdavdelningen och kommer inte till ro. Trots att personerna ofta får både sömn- och lugnande medicin regelbundet kvarstår ofta sömnbesvären. Det är även vanligt att de ramlar och skadar sig under natten. Sömnsvårigheter hos äldre personer med demenssjukdom är vanligt förekommande och när antalet personer med demenssjukdom i samhället stiger finns ett ökat kunskapsbehov om sömn och dess konsekvenser.

Personer med en demenssjukdom kan ha en symtombild som ångest, sömnstörningar, motorisk oro, vanföreställningar och hallucinationer. Deras uppfattning om verkligheten i tid och rum kan vara bristfällig. Allt detta kräver ett professionellt bemötande och förhållningssätt anpassat till den enskilde personen. Ofta krävs ständig tillsyn och närvaro för dessa personer på vårdboende. En tänkbar orsak till att personer med demenssjukdom flyttar in på vårdboende är just den ohållbara situationen nattetid för både dem och deras anhöriga. Författaren till examensarbetet upplever att personer på vårdboenden med demenssjukdom och deras sömnbesvär inte är högt prioriterat och att det påverkar personernas hälsa och dagliga form. Författarens erfarenhet som nattsjuksköterska och ett upplevt kunskapsbehov gör att jag vill belysa hur sjuksköterskan kan främja sömnen hos personer med demenssjukdom.

2 BAKGRUND

Bakgrunden inleds med en redogörelse om demenssjukdom. Därpå beskrivs sömn och läkemedlens påverkan. Vidare följer styrdokument och riktlinjer. Virginia Hendersons vårdteoretiska perspektiv beskrivs därefter. Bakgrunden avslutas med en problemformulering.

2.1 Demenssjukdom

Demenssjukdom är en av våra största folksjukdomar. I Sverige finns det ungefär 160 000 personer med demenssjukdom. Nästan hälften av alla 90 åringar har en demenssjukdom och

av alla 65 åringar eller äldre har 8 procent fått diagnosen. Årligen insjuknar cirka 25 000 personer i en demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2014). I hela världen finns över 25 miljoner människor som har en demenssjukdom. Enligt Socialstyrelsen (2010a) beräknas årligen 4,6 miljoner människor insjukna i någon form av demenssjukdom i världen. Det motsvarar en nyinsjuknad var 7:e sekund (Socialstyrelsen, 2010b). Demens är ett begrepp och diagnos för en rad olika symtom som orsakas av permanent skador på hjärnan. Symtomen kan yttra sig på olika sätt beroende av vilka delar av hjärnan som är skadad. Det innebär ofta en försämring av de kognitiva funktioner som personen haft tidigare. För individen innebär det en försämring att kommunicera och tyda sin omvärld. Det betyder att personer med demenssjukdom ofta känner sig otrygga och ängsliga. Vårt tänkande och intellekt är våra kognitiva förmågor och kan uttryckas för en person med demenssjukdom i bland annat försämring av minne, språk och räkneförmåga, tidsuppfattning, handlingsförmåga, orienteringsförmåga, tankeförmåga och uppmärksamhet. Andra symtom kan visas genom nedsatt motorisk förmåga trots oskadade funktioner, problem att tolka sinnesintryck och afasi (Ragneskog, 2013).

Enligt Dehlin & Rundgren (2007) delas demenssjukdomarna in i följande grupper:

- Sjukdomsförlopp i hjärnvävnaden som utan känd orsak är tillbakabildning av hjärncellerna och leder till förtvinning av hjärnvävnaden. Frontallobsdemens, Picks sjukdom, Lewy body demens, Parkinson sjukdom och framför allt största gruppen Alzheimers förekommer i denna grupp.
- Kärlskadorna i hjärnan med demensutveckling som följd. Här finns strokerelaterad-, multiinfarkt- och subkortikal vitsubstansdemens.
- Andra tänkbara demensorsaker efter t.ex. trauma, syrebrist, infektioner, långvarigt alkoholmissbruk, hjärntumör och subduralhematom.

Demenssjukdomen kan beskrivas i olika faser beroende på i vilket stadium sjukdomen befinner sig i. Under den milda faser fungerar fortfarande den verbala kommunikationen men ett tidigt tecken är ett försämrat närminne. Personen bor oftast kvar hemma men har oftast haft sin första kontakt med minnesmottagningen för sina symtom och då fått diagnosen ställd. Under den medelsvåra faser börjar personen få svårt att tyda sin omgivning och händelser. Personen med demenssjukdom drabbas ofta av olika psykiska symtom som uttrycker sig som hallucinationer, oro, ångest, aggressivitet och vanföreställningar. Långtidsminnet försämras och de har svårt att tolka och förmedla sig. De kognitiva förmågorna försämras och leder till att personen har svårt att klara sin vardag utan hjälp. Personen med demenssjukdom som bor hemma behöver stöd av närstående och/ eller stöd av hemtjänst eller plats på vårdboende. Under den svåra faser behöver personen hjälp dygnet runt av närstående eller sjukvården. Skadorna i hjärnan är utbredda men vilka funktioner som kvarstår är individuellt. Språket är torftigt eller saknas helt. Personen är ofta helt eller delvist inkontinent. Hos vissa av personer med demenssjukdom är gångförmågan förlorad medan andra är motoriskt oroliga och vandrar oupphörligen och kan inte komma till ro. De psykiatriska symtomen avklingar ofta av i den svåra faser men det är individuellt. Personen är ofta mycket trötta och slumrar större delen av dygnet (Hoffman, 2013).

Beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom, kallas även BPSD, är särskilt svåra att möta för anhöriga och vårdpersonal. Vanliga symtom hos dessa personer är vanföreställningar, kroppslig överaktivitet, olämpligt beteende, hallucinationer, verbal och fysisk aggressivitet. Andra tecken kan vara störd dygnsrytm, sömnbesvär, ångestsymtom, depressiva och maniska tillstånd. Ett symtom som visar sig med ökad oro, rastlöshet och förvirring under eftermiddag och tidig kväll är Sundown syndrome (Dehlin & Rundgren, 2007).

För personen med demenssjukdom är det viktigt att finnas i en gemenskap trots att själva sjukdomen kan påverka initiativförmågan till aktivitet och social samvaro. För att förhindra känslan av nedstämdhet och ensamhet är det nödvändigt att vara tillsammans med andra oberoende i vilken fas personen med demenssjukdom befinner sig i. För att minska stress och överaktivitet är små avskärnade enheter och grupper bidragande del till positiva och givande möten. Det viktiga är att samvaron sker på individens egna villkor (Nygård, 2013). I nuläget finns det ingen bot mot demenssjukdomen så det centrala är omvårdshandlingar för personens välbefinnande och livskvalitet. Det personcentrerade förhållningssättet innebär att den sjuke ska ses, mötas och vårdas som den unika person den är. Det krävs av sjuksköterskan kunskap, inlevelse, respekt för individens integritet och autonomi och möta personen med demenssjukdomens förutsättningar och förmågor (Skog, 2013).

2.2 Sömn

Sömnproblem är ett vanligt hälsoproblem i Sverige. Det ökar med åldern, är vanligast hos kvinnor samt i socieekonomiskt svaga grupper. I Statens beredning för medicinsk utvärdering av behandling av sömnbesvär hos vuxna visade sig att 24 procent av den vuxna befolkningen har sömnbesvär (SBU, 2010). För de flesta vuxna personer är det tillräckligt med 6 till 9 timmar nattsömn. De olika sömnstadierna brukar delas in i följande stadier: lätt dåsig, lätt sömn, djup sömn och drömsömn, även kallad REM sömn. Sönmönstret hos äldre var förändrade i jämförelse med yngre och visade att djupsömn och REM sömn, som gav den bästa återhämtningen, var reducerad hos äldre personer. Lätt sömn däremot hade ökat samtidigt som fler vakenhetstillfällen under natten. Sömnen hos personer med demenssjukdom visade att de ofta hade lägre sömneffektivitet, ökad dåsig sömn, vaknade oftare nattetid, kortare djupsömn och REM sömn. Andningsstörningar som var sömnrelaterade var vanligt hos personer med vaskulär demens (Dehlin & Rundgren, 2007).

Många äldre personer har svårt att somna på kvällen och bibehålla nattsömnen. De vaknar ofta tidigt och är överdrivet trötta under dagen. Det är viktigt att påpeka att sömnproblem inte är en del av åldrandet utan det är lika individuellt som hos resten av befolkningen. Kamel & Gammack (2006) menade att sömnproblem hade en negativ effekt på hälsan och livskvalitet. Hos personer med demenssjukdom var sömnproblem ett av de vanligaste symtomen. Förändringarna i hjärnvävnaden vid demenssjukdom medförde ofta påverkan på sömnen, förändrad dygnsrytm, förändrad REM sömn och ökad dagtrötthet. Det var vanligt

att personer med demenssjukdom vände på dygnet och hade en bristande tidsuppfattning. Tänkbara orsaker till sömnproblem var exempel fysiska smärtor i muskler och skelett, hjärt- och kärlsjukdom, nattliga urinträngningar, restless legs, snarkningar och sömnapné, depression och oroliga tankar. Läkemedel som betablockerare, bronkvidgande, vätskedrivande, kortison, miljöfaktorer som ny miljö, dofter, rutiner, brist på stimuli och aktivitet dagtid var andra skäl att personer med demenssjukdom hade svårt att sova (Skog, 2013).

Stimulikontroll och sömnrestriktion användes med framgång hos vuxna personer med sömnproblem. Flertalet med sömnbesvär tillbringade många timmar i sängen utan att kunna somna. Genom att begränsa tiden i sängen associerades sängen med sömn och inte vila. Sömn dagtid reduceras och morgonuppstigning planerades redan kvällen innan. Aktiviteter undveks kvällstid för att ha möjlighet att hinna varva ned innan sängläge (Bjorvatn & Fetveit, 2012). Andra råd för bättre nattsömn var att undvika alkohol och cigaretter, inte äta tunga middagar innan sänggående men inte vara hungrig och begränsa vätskeintag på kvällen för att undvika toalettbesök under natten och lägga sig enbart vid trötthet. Regelbundenheten var viktig för att få en trygg sömnavana. Sängmiljön är central för att underlätta sömnen. Mörkt, svalt och tyst miljö med behaglig säng var en primär åtgärd. Det var viktigt att finna ett mönster i sömnproblematiken för att reducera dessa för optimal sömn. Sömn dagbok var ett enkelt hjälpmedel för att dokumentera sömnen (Kamel & Gammack, 2006).

Flo, Gulla & Husebos (2014) studie visade att obehandlad smärta påverkade personer med demenssjukdom deras humör och sömn. Det kunde leda till tecken på aggressivitet och allmän oro. Undersökningen visade att det fanns ett samband mellan att smärtan "triggar" neuropsykiatriska symtom. Ofta var smärta underbehandlad hos denna patientkategori. Deras kognitiva svikt kunde ibland göra att smärtproblematiken endast observerades som rop och skrik, genom ansiktsuttryck eller kropps rörelser. Ibland tolkades deras symtom som oro och ångest och behandlades därefter med lugnande läkemedel. En annan studie med deltagare med demenssjukdom på ett sjukhem visade att personerna varken var vakna eller sov en hel sammanhängande timme under dygnets alla timmar (Jacobs, Ancoli-Israel & Kripke, 1989). Cipriani, Lucetti, Danti & Nuti, (2015) menade att sömnproblemen hos personer med demenssjukdom uttryckte sig olika beroende på diagnos och stadium av kognitiv försämring. Sömnmönstrets förändringar hade större variationer under initiala fasen av sjukdomen än senare. Personer med diagnoserna Lewy body- och Parkinson demenssjukdom drabbades i högre grad av sömnbesvär än personer med andra demensdiagnoser. Personer med Alzheimers sjukdom drabbades till större del av tupplurar dagtid och då speciellt män med ökat nattligt uppvaknade, sämre minne och försämrad funktionell status.

Dygnsrytmstörningar är vanliga hos den äldre befolkningen. Tiden för vakenhet och sömn är inte i fas med omvärldens rytm. Äldre personer är oftare känsligare för störningar i dygnsrytmen än yngre och behöver längre tid för återhämtning. Kontrollen över sömn och vakenhetsmönstret kan försämrats beroende på åldern och bristen av solljus. Många svårt sjuka personer på äldreboende kommer sällan ut i dagsljus. Personer med demenssjukdom har ofta störningar i dygnsrytmen beroende på sin hjärnskada (Dehlin & Rundgren, 2007). Dygnsrytmen styrs av vår biologiska klocka lokaliserat i nucleus suprachiasmaticus i

hypotalamus som reglerar sömn och vakenhet. Eftersom klockan har en något kortare cykel än dygnets 24 timmar behövs daglig justering för att undvika rytmrubbningar. Yttre stimuli som kan påverka den biologiska klockan är sociala, fysiska aktiviteter, måltider och ljusexponering. Den huvudsakliga sömnregleraren är cirkadian faktor som bestämmer hur många timmar vi sover och hur trött du är när du lägger dig. Den andra är homeostatiska faktorn som bestämmer sömndjupet samt bygger upp sömnbehovet och försämras när personer småsover upprepade gånger under dagen. Samspelet mellan dessa faktorer är väsentligt för hur sömnen regleras. Ögats exponering av ljus är avgörande för dygnsrytmen. Tidpunkten för ljusexponering är därför väsentlig i vilken riktning dygnsrytmen påverkas. Ljusexponering före den lägsta punkten på dygnsrytmkurva, kallad nadir, förskjuter den medan ljus efter påskyndar. Vanligtvis ligger nadir en till två timmar före man vaknar på morgonen. Ljusexponering på kvällen gör att personerna sover längre på morgonen och ljusexponering på morgonen gör att de vaknar tidigare nästa dag. Hos många personer med demenssjukdom är det oftast inte nödvändigt att ändra eller justera dygnsrytmen utan däremot förstärka den genom att skapa större skillnad mellan dag och natt (Bjornvatn & Fetveit, 2012). Mängden sömnhormonet melatonin varierar under dygnet och påverkas av ljusexponering av ögats näthinna. Nivån ökar vid mörker och dåsighet och insomningen underlättas. Högsta koncentrationen i blodet är runt klockan tre till fyra på natten av kroppens sömnhormon melatonin (Khullar, 2012).

2.3 Läkemedel

Läkemedelsförskrivningen hos äldre personer hade ökat med nära 70 procent de senaste 20 åren. På vårdboendena var det en tydlig ökning och de äldre ordinerades i genomsnitt 8-10 preparat per person (Socialstyrelsen, 2010b). Enligt Socialstyrelsen (2011) var 10 till 30 procent av alla akuta inläggningar av äldre på sjukhus orsakade av läkemedelspåverkan. Äldre människor och speciellt personer med demenssjukdom var extra känsliga för läkemedel. Nedbrytningsförmågan i levern och njurar försämrades ju äldre vi blev och läkemedel bryts då ned långsammare med ökad risk för biverkningar. Att kombinera flera olika läkemedel ökade risken för biverkningar och konfusion hos äldre (Ragneskog, 2013). Neuroleptika var en vanlig symtomatisk behandling för personer med demenssjukdom och BPSD symtom och det ökade risken för aspirationspneumoni och fallolyckor enligt Iwasaki et al. (2005). Med tilltagande ålder sker många förändringar i kroppen. Det påverkade hur läkemedlet togs upp, fördelades, omvandlades och utsöndrades. Andelen kroppsfett ökade och kroppsvatten minskade och ledde till att fettlösliga läkemedel stannade kvar längre i kroppen. Psykofarmaka, sömn- och lugnande läkemedel tillhör denna grupp (Socialstyrelsen, 2010b). Den vanligaste orsaken till att äldre personer läggs i på sjukhus i Sverige idag är läkemedelsbiverkan. Vanligaste skälet var att läkemedelsdosen inte är anpassad eller är olämplig för den åldrande människan (Norberg, Lundman & Santamäki Fischer, 2012). Användning av många läkemedel samtidigt, polyfarmaci, ökade risken för läkemedelsproblem. Det ökade risken för biverkningar och att läkemedlen skulle påverka varandra med ökad, minskad eller utebliven effekt. Det blev även svårare för patienten att följa ordinationen med många läkemedel att hålla ordning på (Socialstyrelsen, 2010b). Sömnmedel som innehöll bensodiazepiner ökade risken för äldre personer på vårdboende att

ramla 2,9 gånger jämfört med tidigare. Vid användandet av mildare form av sömn och lugnande läkemedel var det 1,4 gånger och vid neuroleptika 1,9 gånger högre risk att ramla enligt Fonad, Robins Wahlin, Winblad, Emami & Sandmark (2008).

2.4 Styrdokument och riktlinjer

Socialstyrelsen (2010 a) menar att all vård och omsorg av personer med demenssjukdom bör baseras på ett personcentrerat förhållningssätt och multiprofessionellt teamarbete. Det är personen och inte sjukdomen som är i fokus. Bakomliggande orsaker till beteendemässiga och psykiska symtom hos personer med demenssjukdom ska alltid utredas.

Läkemedelsbehandling skall användas endast efter att anpassad vårdmiljö och personcentrerade omvårdnadsinsatser gjorts. Dessa riktlinjer stöder utvecklingen av att personer med demenssjukdom får en kompetent kunskapsbaserad och effektiv vård och omsorg oberoende var du bor i Sverige.

Council of Nurses ICN (2014) etiska kod för sjuksköterskor menar att de grundläggande ansvarsområden och etiska riktlinjer för sjuksköterskan är att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa och att lindra lidande. Styrkan i denna kod är att den är vägledande och har ett gemensamt förhållningssätt för sjuksköterskan vid vård och omsorg oberoende nationella lagar. Sjuksköterskan har även skyldighet att utveckla sitt vetenskapliga förhållningssätt för att tillägna ny forskning och riktlinjer, att utveckla sin yrkeskompetens och ge adekvat vård oberoende person och vårdform.

2.5 Vårdteoretiskt perspektiv

Virginia Hendersons valdes som vårdteoretiskt perspektiv eftersom sömnen är ett grundläggande behov för mänskligheten. Teorin beskriver sjuksköterskans aktiva roll och ansvarsområde ur ett behovsperspektiv och hur behovet för att främja sömnen skall kunna tillgodoses hos personer med demenssjukdom. Omvårdnadsteorin påvisar praktiska exempel hur sjuksköterskan kan gå tillväga för att främja sömnen som är en av hennes 14 grundläggande behov och omvårdnadshandlingar. Enligt Dehlin & Rundgren (2007) är sömnen ett grundläggande behov som alla människor är beroende av. Bristen av tillräckligt med sömn påverkar människans hälsa psykiskt och fysiskt och är ett vanligt symtom och grundläggande behov hos personer med demenssjukdom. Hendersons omvårdnadsteori (1987) påtalade tidigt vikten av god sömn, hälsoeffekterna av utebliven sömn, tänkbara orsaker och praktiska omvårdnadshandlingar till bättre sömn. Virginia Henderson menade att de 14 grundläggande omvårdnadshandlingar var vägledande för sjuksköterskans huvudsakliga åtgärder och att alla människor hade grundläggande universella behov. Målet för omvårdnaden var att främja hälsa och tillfriskande eller en fridfull död där det är ofrånkomligt. Sjuksköterskan ansvar för att upprätthålla en hälsofrämjande och säker miljö för patienten. Hendersons synsätt var individorienterad med fokus på patienten. Omvårdnadens grundläggande uppgifter var fysiska, psykosociala och andliga behov och kropp och själ var oskiljbara. Virginia Henderson såg människan som en person med en

uppsättning omvårdnadsproblem och teorin var naturvetenskapligt påverkad samt hade en sjukdomsorienterad syn på hälsa. Omvårdnaden byggdes på de grundläggande mänskliga behoven. Henderson menade att sjuksköterskan skulle hjälpa patienten att tillgodose sina egna behov om hen saknade kunskap, kraft, vilja eller oförmögen att utföra dessa själv. Ett av omvårdnadens primära mål var att så snabbt som möjligt hjälpa patienten att återvinna sitt oberoende. Vårdaren skulle skapa en relation till patienten för att lära känna denne väl. Det är då lättare att sätta sig in i patientens situation och ha enklare att förstå vad som behövs. Sjuksköterskan bör hela tiden utgå från patientens önskemål och behov (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000).

En av Virginia Hendersons många omvårdnadsåtgärder handlade om att hjälpa patienten till vila och sömn. Henderson menade att sömnen var ett av livets mysterier och beskrevs praktiskt hur sjuksköterskan skulle gå tillväga för att främja detta. Sjuksköterskan bör ha kunskap om kroppens mekanik eftersom sömn och vila var delvis beroende av musklernas förmåga att slappna av och effekten av spänningstillståndet. Henderson menade att kunde patienten inte kontrollera sin stress eller nervspänning utan perioder av vila och sömn blev det ett tillstånd med ökad risk för ohälsa och överkonsumtion av lugnande medel och narkotika preparat. Sjuksköterskan kunde bidra till att främja en naturlig sömn genom att göra patientens dag trevlig och givande samt öka dennes välbefinnande. Henderson menade att patienten skulle skyddas från att bli upprörd och irriterad, obehagliga dofter och syner skulle undvikas. Massage och musik hade en sövande effekt på sömnen. Lämplig lektyr kunde vara rogivande då oroliga tankar skingrades för stunden. Sjuksköterskans närvaro, trygghet och mänskliga kontakt bidrog till minskad anspänning hos patienterna. Att hjälpa patienten utföra arbete eller skapande verksamhet samt att ge patienterna möjlighet till förströelse och avkoppling bidrog till meningsfull aktivitet för dessa. Sjuksköterskan skulle hjälpa patienten att planera sin dag och uppmuntra intresse för sysselsättning och ordna förutsättningar för detta. Patientens sjukdomstillstånd berövade ofta dennes möjligheter för omväxling, avkoppling och förströelse. Henderson menade att sjuksköterskan skulle ha detta i åtanke när vårdplan utfärdades. Valet av sysselsättningar var beroende av patientens kön, ålder, tillstånd, intresse och sjukdomens art. På en vanlig vårdavdelning finns oftast dagstidningar, tv, böcker och talböcker för stimulans. Möjlighet till miljöombyte bör erbjudas och någon form av fysisk aktivitet går nästan alltid att ordnas. Sjuksköterskan med erfarenhet och fantasi kunde ofta hjälpa patienten, anhöriga och vänner att på olika sätt bidra till den sjukes tidsfördriv och avkoppling. Den grundläggande sjukvården gällde alla patienter oberoende omgivning. De mänskliga behoven bestämde sjukvårdens utformning och kunde därför tillämpas vid förebyggande vård och vid en sjukbädd. Vården var densamma oberoende om patienten var fysiskt eller psykiskt sjuk. Det var viktigt att inse att alla människor hade gemensamma behov men det tillfredsställdes på oändligt många olika sätt och ingen av dem var lika. Det betydde att sjuksköterskan yrkesskicklighet sattes på prov att tolka patientens egna individuella behov av hälsa, tillfriskande eller god död. All effektiv patientvård var i någon mån planerad och enligt Henderson gjordes detta bäst med en personligt vårdplan som tog hänsyn till patientens individuella behov. All personal och anhöriga som vårdade patienten visste därför när och hur omvårdnadsinsatserna skulle utföras (Henderson, 1987).

2.6 Problemformulering

Demenssjukdom är en av våra största folksjukdomar och idag finns det 160 000 personer i Sverige med demenssjukdom. För anhöriga blir situationen omöjlig när personen med demenssjukdom vänder på dygnet, vårdtyngden ökar och ingen av dem får återhämtning. Situationen blir ohållbar för dem båda. På vårdboende vårdas oftast de svårast multisjuka patienterna som inte längre kan bo kvar hemma. Enligt Socialstyrelsen har äldres användande av läkemedel mer än fördubblats de senaste 20 åren. Orsaken är till stor del många nya mediciner och förmågan att behandla sjukdomar har ökat. Äldre sköra personer med demenssjukdom är särskilt utsatta att drabbas för ohälsa, läkemedelsinteraktion och biverkan. Av alla akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag beror 10 till 30 procent på läkemedelsbiverkan. Trots höga doser av både lugnande och sömnmedel fortsätter ofta sömnproblemen hos personer med demenssjukdom men då med ökad risk för biverkningar, förvirring samt fallolyckor. Trots mycket forskning kring sömnproblematiken hos personer med demenssjukdom på institution kvarstår ofta problemet på vårdboendet. Författaren upplever att sömnen är ofta en åsidosatt aspekt i omvårdnaden runt personer med demenssjukdom. Utifrån detta kunskapsbehov skapades intresset av att belysa hur sjuksköterskan kan främja sömnen hos dessa personer på vårdboende.

3 SYFTE

Syftet är att belysa hur sjuksköterskan kan främja sömnen hos personer med demenssjukdom på vårdboende.

4 METOD

Metoden som har används till detta examensarbete är en allmän litteraturöversikt i syfte att sammanställa artiklar om hur sjuksköterskan kan främja sömnen hos personer med demenssjukdom på vårdboende. Enligt Friberg (2012a) är litteraturöversikt ett lämpligt tillvägagångssätt för att få en uppfattning om vad som tidigare finns forskat på inom ett särskilt område. Denna metod är adekvat eftersom den är användbar vid både kvalitativa och kvantitativa studier för att få aktuell kunskap inom det valda området.

4.1 Datainsamling och urval

Under februari och mars 2015 söktes relevanta vetenskapliga artiklar fram i elektroniska databaserna Cinahl plus, Medline och Pubmed. Sökorden sleep*, dementia, nursing home användes och kombinerades med boolesk sökteknik (AND) för att få ett hanterbart material att arbeta med och kunna svara på syftet. Enligt Östlundh (2012) kan trunkering * användas för att få en bredare sökning och varianter på sökordet. Sökbegränsningarna var peer review, engelsk text, publicerade år 2005 -2015. För att få ett internationellt perspektiv inkluderades artiklar utgivna världen över. Frisökning användes för att få fram tre av artiklarna. Dessa tre artiklar upptäcktes i samband med sökresultat i Cinahl plus genom att använda ikonerna "find similar result". Sökresultatets alla titlar lästes, vid relevans för syftet lästes sammanfattningen och senare artikeln i fulltext. Studien skulle innehålla deltagare med demenssjukdom boendes på ett vårdboende samt ha sömnbesvär och inkluderades därefter i resultatet. Artikeln exkluderades om den inte kunde fås i fulltext och måste beställas eller om den inte passade syftet. Antal sökträffar med sökorden sleep*, dementia och nursing home var 230 artiklar och alla rubrikerna lästes. Relevanta abstract som lästes var 171 stycken. Det var 36 artiklar som stämde med syftet som lästes vidare i fulltext. Vid genomläsning av artiklarna i fulltext gallrades ytterligare 10 studier som inte uppfyllde syftets krav. Därefter gjordes en granskning av kvaliteten och användbarheten på artiklarna för att avgränsa till ett urval relevanta studier. För att analysera kvalitetsnivån av artiklarna användes Fribergs (2012a) förslag på kvalitetsfrågor för att granska kvalitativa och kvantitativa aktuella artiklar (Bilaga B). Om alla 13 frågorna besvarades betydde det att artikeln fick maximalt 13 poäng. För att bibehålla hög kvalitet på artiklarna gallrades artiklar under åtta av maximalt 13 poäng bort. Artiklarna i examensarbetet skulle ha besvarat kvalitetsfrågorna tydligt och författaren valde att utvalda artiklar skulle bestå av minst 60 procent (åtta poäng) av maximalt för att ingå i resultatet. Hög kvalitet på artikeln poängsattes till 13 till 11 och medel kvalitet på tio till åtta poäng. De 13 utvalda artiklarna och poängbedömningen i denna litteraturstudie redovisas i artikelmatrisen (Bilaga C).

4.2 Genomförande och dataanalys

För att få ett helhetsperspektiv inom ämnet användes ett helikopterperspektiv vid läsning av de vetenskapliga artiklarna. Enligt Friberg (2012a) innebar en analys att arbetet lades upp strukturerat genom noggrann genomläsning av materialet för att förstå innehåll och sammanhang. Därefter söktes och jämfördes likheter och skillnader i resultat, metod, teoretiska utgångspunkter och analysgång för att sedan leta efter mönster och kategorier i materialet. Efter den första kvalitetsgranskningen lästes artiklarna igenom upprepade gånger för att skapa en överblick och sammanhang om artiklarnas innehåll. Därefter sammanställdes artiklarna i en matris för att lättare kunna hantera materialet. Artikelmatrisen innehöll databas, titel, författare, tidskrift, årtal, ursprungsland, syfte, metod, längd, urval, bortfall, kön, resultat och kvalitet (Bilaga C). Sedan jämfördes artiklarnas likheter och skillnader med största fokus på resultatdelen. Utifrån denna analyserades och identifierades kategorier. Varje artikel numrerades för att underlätta identifieringen av materialet under analysprocessen. Därefter koncentrerades analysen till att

söka efter skillnader och likheter i syfte, metodiskt tillvägagångssätt, analysförfarandet och resultat till alla artiklar. För att skapa en bra struktur och överblick sammanfattades varje metodologiskt fynd och skrevs på ett separat papper. För att identifiera likheter och skillnader lästes återigen alla resultatdelar. Fynden skrevs ut och delades upp separat. För lättare identifiering av ursprungsartikeln numrerades lapparna med artikelnumret som den tilldelades i början av analysen. På detta sätt var det lätt att spåra data tillbaka till rätt artikel. För att få det överskådligt och lättarbetat lades resultatdelarna ut och sorterades efter likheter och skillnader för att få fram gemensamma områden. Innehållet i varje kategori granskades igen för att hitta mönster och olikheter. Artiklarna lästes åter igen för att jämföra resultatfynden för att se om valda kategorier passade.

4.3 Etiska överväganden

Forskaren har det yttersta etiska ansvaret och skyldigheten att se till att forskningen är av god kvalitet. Regler och riktlinjer för plagiat och förfalskning av vetenskapligt data har tagit hänsyn av författaren till examensarbetet under arbetes gång. Författaren har inte uteslutit resultat eller valt bort artiklar som inte stöder den egna ståndpunkten för att säkerställa trovärdigheten i examensarbetet (Codex, 2015). Eftersom detta examensarbete var en allmän litteraturstudie ingick inte patienter och därför behövdes inte ansökan till etiskt råd göras (Forsberg & Wengström, 2013). Under hela arbetsprocessen har författaren försökt att ha en öppen inställning till det material som samlades in och försökt åsidosätta sina egna värderingar och förförståelse enligt Forsberg & Wengström (2013). Författaren har använt sig av Fribergs (2012a) kvalitets granskningsmall, Bilaga B, på samtliga artiklar för att säkerställa artiklarnas kvalitet och användbarhet i arbetet. Kvalitetsbedömningen redovisas i artikelmatris (Bilaga C). Författaren har valt artiklar som är Peer review och därmed etiskt och kvalitetsgranskade av oberoende experter. Materialet har haft en tydlig referenshantering enligt APA-systemet för att läsaren ska kunna kontrollera källorna (Friberg, 2012b).

5 RESULTAT

Resultatet baserades på 13 stycken kvalitetsbedömda och analyserade artiklar publicerade under åren 2005-2015 som skulle besvara syftet till detta examensarbete. Det var 11 kvantitativa respektive två kvalitativa studier. Deltagarna i studierna bestod till stor del av kvinnor: 223 kvinnor och 161 män förutom Johannesson (2013); Lee & Kim (2008); Simoncini et al., (2015) som inte redogjorde könsfördelningen. För att belysa hur sjuksköterskan kan främja sömnen hos personer med demenssjukdom på vårdboende redovisades följande fem kategorier i resultatet: mjuk massage, meningsfull aktivitet, ljusbehandling, alternativ behandling samt kombination ljus och behandling. Inledningsvis

jämfördes likheter och skillnader i artiklarnas syften och metoder. Därefter redovisades analysen av artiklarnas resultat vad gällde likheter och skillnader under passande kategorier.

5.1 Jämförelse av artiklarnas syfte

Likheter och skillnader i de 11 kvantitativa artiklarna: Alla artiklar hade ett tydligt syfte. Dataanalysen visade att sju av de kvantitativa artiklarnas syfte var att undersöka effekten av en viss specifik intervention (Figueiro et al., 2014; Harris, Culpepper Richards & Grando, 2012; Culpepper Richards, Beck, O´ Sullivan & Shue, 2005; Shinno, Inami, Inagaki, Nakamura & Horiguchi, 2008; Lee & Kim 2008, Simoncini et al., 2015; Kromhout, Jongerling & Achterberg, 2014). De övriga artiklarna försökte istället jämföra olika intervention (Calkin, Szmerekovsky & Biddle, 2007; Sloane et al., 2007; Dowlin et al., 2008). Alla 11 artiklarna hade ett patientperspektiv.

Likheter och skillnad i de två kvalitativa artiklarna: var att få en inblick och beskriva företeelsen (Johannesson, 2013) och undersöka och beskriva förändringar (Skovdahl, Sörлие & Kihlgren, 2007). Johannesson (2013) syfte var att få inblick i sjuksköterskornas upplevelse av att få använda lavendeldoft i vården av personer med demenssjukdom med ångest och sömnstörningar. Båda artiklarna hade ett vårdarperspektiv.

Tabell 1. Syftesöversikt av analysen.

Undersöka effekten av en viss specifik intervention.
Jämföra olika interventioner.
Få en inblick och beskriva företeelsen.
Undersöka och beskriva förändringen.

5.2 Jämförelser av artiklarnas metod

Likheter och skillnad i kvantitativ metod: De 11 kvantitativa artiklarna syftade till att visa på mätbar effekt av sömnvariabler. Kvantitativa artiklarnas undersökningslängd hade varierat från 48 timmar (Harris et al., 2012) till 12 veckor (Sloane et al., 2007). Sju av de 11 kvantitativa artiklarna representerades av USA. Kroumhaut et al., (2014) från Nederländerna, Shinno et al., (2008) från Japan, Lee & Kim (2007) från Korea och Simoncoci et al., (2015) från Italien. Både Harris et al., 2012 och Sloane et al., 2007 hade stora bortfall i sina studier med 106 respektive 91 stycken deltagare. Den största studien bestod av 147 deltagare (Culpepper Richards et al., 2005) och den minsta fem stycken (Shinno et al., 2008). Kön fördelningen i studierna representerades till större del av kvinnor. Här skiljer sig Calkins et al., (2007) studie eftersom alla utom en av deltagaren var män. Flest representanter av antalet äldreboenden var Culpepper Richards et al., (2005) studie med sju stycken. Ett krav för deltagarna att ingå i studierna var att ha en demensdiagnos och besväras av sömnproblem samt vårdas på vårdhem. Deltagarna som inte uppfyllde kraven eller syftet exkluderades ur studien. Den kognitiva förmågan och demenssjukdomar skiftade i deltagarunderlaget i alla 11 kvantitativa artiklarna från mild till mycket svår kognitiv svikt

och olika demensdiagnoser. I Harris et al., 2012 studie skiljer det sig även mellan deltagargrupperna. Undersökningsgruppen baseras till 75 procent av personer med diagnosen Alzheimers och de hade lägre medelpoäng på den kognitiva förmågan än kontrollgruppen.

Likheter och skillnad i kvalitativ metod: Båda (Skovdahl et al., 2007; Johannessens 2013) kvalitativa artiklarna hade innehållsanalys men utförandet skiljde sig åt. Skovdahl et al., (2007) studie utgick från dokumentation och formulär som vårdarna fick fylla i vem som hade utfört taktill stimuleringen på deltagaren, beskriva effekt och frekvens av handlingen, kroppsdel/ar som behandlades, tid, vem som utförde handlingen. Johannessen (2013) studie hade fältdokumentation och intervjuade även sjuksköterskorna enskilt samt i fokusgrupp. Syftet med fokusgrupp var att sjuksköterskorna skulle lära sig av varandra, attityder och synpunkter för att integrera med varandra. Båda studierna pågick under lång tid, 28 veckor (Skovdahl et al., 2007) respektive 90 dagar. Det var åtta vårdboende som blev erbjudna att delta i projektet och fyra vårdhem samtyckte. Det var 12 stycken sjuksköterskor och 24 personer med demenssjukdom som led av ångest och sömnproblem som deltog i studien (Johannessen, 2013). I Skovdahls et al., (2007) studie deltog fem personer med demenssjukdom och avvikande beteende, BPSD, från samma vårdboende. Båda artiklarna representerade Norden: Skovdahls et al., (2007) från Sverige och Johannesson (2013) från Norge.

Tabell 2. Metodöversikt av analysen.

Artikel	Metod	Mätinstrument: <i>Aktigraf</i>	Mätinstrument: <i>Standardiserade observationsskalor</i>	Övrigt
Calkin et al., (2007)	ECT (kvasi) Kvantitativ	x	PSQI, CMAI	
Conell et al., (2008)	RCT (Pilotstudie) Kvantitativ	x + fotocell	CMAI	
Culpepper Richards et al., (2005)	RCT Kvantitativ	x		
Dowling et al., (2008)	RCT Kvantitativ	x		
Figueiro et al., (2014)	ECT Kvantitativ	x (Daysimeter)	PSQI, MDS-ADL, CSDD, CMAI	Intervju(redovisas ej)
Harris et al., (2012)	RCT kvantitativ	x (Motionlogger)	MMSE	
Johannesson, (2013)	Innehållsanalys Kvalitativ			Dokumentation, intervju
Kroumhout et al., (2014)	Observations pilotstudie Kvantitativ		GDS, NPI-NH	Observationer Eget frågeformulär
Lee & Kim, (2007)	ECT Pilot studie Kvantitativ		CMAI, HDS	Sömndagbok
Shinno et al., (2008)	ECT		MMSE, NPI-NH, PSQI	Polysomnograf

	Kvantitativ			
Simoncini et al., (2015)	Longitudinell prospektiv ECT Kvantitativ		MMSE, GDS, NPI-NH, STAI Y-1, ADL, IADL, PSQI, GHQ-28	
Skovdahl et al., (2007)	Innehållsanalys Kvalitativ			Dokumentation, formulär
Sloane et al., (2007)	Klusterdesign tvärsnittundersökning ECT Kvantitativ	x		Dagliga observationer (alert-dåsig-sov)

RCT Randomiserad kontrollerad studie

ECT Experimentell kontrollerad studie

Mätinstrumentet Enligt Camargos, Louzada & Nobrega (2013) mäter aktigraf intensiteten av rörelser och aktivitet regelbundet hos deltagaren i studien samt vissa har även fotocell för att mäta ljusstyrkan. Deltagarna bär aktigrafen som ett armband på handleden dygnet runt under en tidsbegränsad period.

Standardiserade observationsskalor som förekom i artiklarna var: sömnkvalitet: PSQI, daglig aktivitet: MDS-ADL, ADL, IADL, depression: CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia), agitation: CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory), beteendesymtom: NPI-NH, GDS, STAI Y-1, Kognitiv förmåga: MMSE, HDS, GHQ-28 (The Global Health Quality of life).

5.3 Jämförelse av artiklarnas resultat

Resultatet presenterade fem kategorier utifrån likheter och skillnader som kunde urskiljas genom analysen (Friberg, 2012a), tabell 3. Kvantitativa och kvalitativa artiklarna särskiljs inte i resultatet utan redovisas under respektive kategori.

Tabell 3. Resultatöversikt av analysen.

Kategorier.
Mjuk massage.
Meningsfull aktivitet.
Ljusbehandling.
Alternativ behandling.
Kombination ljus och behandling.

5.3.1 Mjuk massage

Mjuk massage främjade sömnen och var rogivande för personer med demenssjukdom på vårdboende. (Skovdahl et al., 2007; Harris et al., 2012). Deltagarna i studierna fick mjuk

massage men utförandet skiljde sig. Massagen utfördes av certifierad geriatriskmassör som var sjuksköterska och gav tre minuter långsam, repetitiv ryggmassage under två kvällar (Harris et al., 2012). Vårdarna utbildades av kvalificerad instruktör att utföra den lätta varsamma massagen kallad taktil stimulering. Vanligaste områden att massera var hand/arm och fot/ben men deltagarna valde själv områden och hur länge behandlingen pågick. I snitt fick deltagarna 45 minuter massage en gång i veckan under 28 veckor. För att få kontinuitet och samma teknik var det maximalt två vårdare per deltagare under studien. All behandling avslutades omedelbart om deltagaren visade obehag (Skovdahls et al., 2007). Deltagarna visade tecken på välbefinnande, avkoppling, tillfredsställelse, positiva känslor och uttryckte det bland annat *"underbart, härligt, skönt"* (Skovdahls et al., 2007, s. 166) och kroppsligen med att bli lugnare, och lättare att koppla av. Flera av deltagarna somnade under eller efter massagen. En deltagare somnade nästan varje gång (Skovdahls et al., 2007) och liknande resultat visades i Harris et al., (2012) studie genom att deltagare A uttryckte *"That feels good"* (Harris et al., 2012, s. 259) och deltagare B *"This is better than old massage"* (Harris et al., 2012, s. 259).

Båda studierna belyste vikten av att eliminera störande element innan behandlingen utfördes. Utöver boendets normala kvällsrutiner justerades ljuset och rumstemperaturen till fördel av avslappning. Deltagarna fick sätta sig bekvämt på sitt rum för att sedan påbörjades massagen (Harris et al., 2012). Skovdahl et al., (2007) studie beskrev även vikten av att undvika störande ljud och ljus och även här blev deltagarna masserade inne på sina egna rum. Det var viktigt att deltagaren kände sig bekväm och hade möjlighet att koppla av. Tre minuters ryggmassage ökade nattsömnen med 36 minuter. Under sekundäranalysen framkom det att deltagarna som sov färre än fem timmar per natt initialt sov över en timma längre efter ryggmassagen (Harris et al., 2012). Taktil stimulering hade lugnande effekt och deltagarna hade lättare att slappna av och uttryckte själva positivt om behandlingen.

5.3.2 Meningsfull aktivitet

Att utföra meningsfulla dagliga aktiviteter hade god inverkan på sömnen. Gemenskap, aktivitet och delaktighet var en viktig del för att främja sömnen (Culpepper Richards et al., 2005; Lee Y & Kim S, 2007). Genom individuellt anpassande sociala aktiviteter baserade på deras kognitiva och funktionella förmågor, tidigare intresse och ett verktyg för skraddarsydd aktivitet för personer med demenssjukdom förbättrades sömnen och ökad vakenhet dagtid. Deltagarna fick exempel baka kaka, skriva brev, spela spel enskilt eller i små grupper beroende på sin fysiska och kognitiva förmåga och instruerades av utbildad personal och därmed begränsades tupplurar dagtid. I den sekundära analysen visade det sig att de som var vakna mer än hälften av tiden i sängen per natt innan interventionen somnade lättare, hade färre uppvaknanden, sov längre och ökade därmed sömneffektiviteten efter dagens sociala aktiviteter och stärkte dygnsrytmen (Culpepper Richards et al., 2005). När deltagarna skötte en inomhusträdgård med stöttning av vårdpersonal förbättrades sömnen och deltagarna hade färre tupplurar. Deltagarna deltog i alla moment runt grönsaksodling från att sätta ett frö till att odla grödan och fysiska kringuppgifter som att rensa och sköta växterna, hämta vatten, torka golv. Resultatet visade även signifikant förbättring på både kognition och agitation hos deltagarna (Lee & Kim, 2007).

5.3.3 Ljusbehandling

Högintensiv ljusbehandling främjade sömnen signifikant hos personer med demenssjukdom på vårdboende (Sloane et al., 2007; Figueiro et al., 2014). Ett försök gjordes med att montera takarmatur med högintensivt ljus i allmänna utrymmen och i matsalen på ett äldreboende. Ljuset användes vid olika tidpunkter under dag och kväll (Sloane et al., 2007). I den andra studien (Figueiro et al., 2014) placerades fyra stycken belysningsarmaturer på fot med ljuskägla riktad mot taket inne på deltagarens egna rum där de oftast brukade vistas. Behandlingen bestod av exponering av lågintensiv blåvitt ljus som konstruerats för individuell stimulering av dygnsrytmen. Ljuset slog på när deltagaren vaknade och stängdes av automatiskt klockan 18. Sloane et al., (2007) resultat visade att ljusbehandling fyra timmar på morgonen och under hela dagen hade bäst effekt på sömnen och speciellt hos deltagarna med svår till mycket svår demens med 16 minuter respektive 14 minuter längre nattsömn. Ljusbehandling mellan klockan 16 till 20 minskade antalet nattliga uppvaknanden hos deltagarna med mild till måttlig demens. Deltagarna med svår till mycket svår demenssjukdom påverkades positivt av morgonljusbehandlingen med färre uppvaknanden under natten. Det visade att kvinnorna sov längre än männen i studien. Figueiro et al., (2014) studien visade att deltagarna sov i snitt 29 minuter längre och effektivare under behandlingstiden med lågintensiv blåvit ljusexponering inne på rummet. Ljusbehandlingen visade sig även ha positiv effekt ($p < 0.05$) på depression och agitation. Båda studierna visade viss påverkan på dygnsrytmen (Figueiro et al., 2014; Sloane et al., 2007).

5.3.4 Alternativ behandling

Alternativ behandling visade sig påverka sömnen hos personer med demenssjukdom på vårdboende. Resultatet visade att användning av lavendeldoft (Johannesson, 2013), traditionella örtväxten Yi-Gan San (Shinno et al., 2008) och akupressur (Simoncini et al., 2014) förstärkte sömnen positivt medan koffeinet påverkade negativt med ökade antalet gånger deltagarna gick upp på natten och apati (Kroumhaut et al., 2014). Lavendelolja droppades i en specifik doftbehållare i deltagarens rum varje kväll innan personen gick till sängs. Doften utsöndrades långsamt under natten ur behållaren och fylldes sedan på av personalen nästkommande kväll (Johannesson, 2013). I en annan studie fick deltagarna akupressur över natten under åtta veckor. En liten mjuk plastknapp tejpad fast på specifik plats, HT71 punkten, på insidan av deltagarnas båda handlederna för hålla ett konstant tryck strax före läggdags och togs bort när deltagarna vaknade på morgonen (Simoncini et al., 2015). I en undersökning fick deltagarna dricka obegränsat med koffeindryck under dygnet och mängden mättes under fyra dagar (Kroumhaut et al., 2014) och i en annan fick deltagare örtväxten Yi-Gan San i tablettform regelbundet under en period (Shinno et al., 2008). Sjuksköterskorna såg positiva effekter hos flertalet av deltagarna som hade använt lavendeldoft. Färre av deltagarna vandrade oroligt omkring under natten enligt nattsjuksköterskorna och de flesta sov bra. Dagsjuksköterskorna upplevde patienterna mer alerta och positiva. Tre av deltagare visade ingen förbättring under behandlingstiden (Johannesson, 2013). Att använda Yi-Gan San visade signifikanta förbättringar på vanföreställningar, hallucinationer, aggressioner, ångest, och sömnkvalitet. (Shinno et al., 2008). Deltagarna sov både längre och mer effektivt samt hade färre uppvaknanden under

natten. Akupressur hade positiv effekt på sömnen och antalet sedativa läkemedel reducerades hos alla deltagare under behandlingstiden. Deltagarnas somnade snabbare, sov längre och mer effektivt och hade bättre uppskattad livskvalitet med förbättrat hälsotillstånd och humör (Simoncini et al., 2015). Det fanns en signifikans mellan koffeinmängden dagtid och apati samt antalet gånger deltagaren gick upp på natten. Den vanligaste orsaken var att besöka badrummet. Koffeinkonsumtion på kvällen ökade nattliga uppstigande. Nästan hälften av deltagarna gick inte upp alls under natten och tre av deltagarna sov vid alla tillsynerna som personalen gjorde. Studien såg inget samband mellan sömnproblem och koffeinmängden (Kroumhaut et al., 2014). Ingen av deltagarna i studierna visade tecken på obehag eller biverkningar men några av personalen upplevde lavendeldoften som tung och kraftig (Johannesson, 2013).

5.3.5 Kombination ljus och behandling

Att kombinera ljus och meningsfull aktivitet främjade sömnen hos personer med demenssjukdom på vårdboende (Calkins et al., 2007; Conell et al., 2008). Kombinationen melatonin och ljusbehandling ökade aktivitet och vakenhet dagtid samt stärkte dygnsrytmen (Dowling et al., 2008). Deltagarna fick plantera, dekorera växter och sjunga i ett strukturerat inom- och utomhus aktivitetsprogram med trädgårdstema (Conell et al., 2008). En annan studie kombinerade sömnhormonet melatonin i tablettform till kvällen och högintensivt ljus via ljusbox en timme på morgonen (Dowling et al., 2008). Deltagarna i den tredje studien hade fri tillgång till utegård med uppvuxen vegetation utanför sin vårdavdelning och fick välja mellan aktiviteter inom- eller utomhus under en säsong (Calkins et al., 2007). Två studier visade att solljus i kombination med aktivitet utomhus förbättrade sömnen och beteende signifikant hos äldre personer med demenssjukdom på vårdboende (Calkins et al., 2007; Conell et al., 2008). Utomhusvistelse förbättrade kvaliteten på sömnen med 10 procent och minskad oro (Calkins et al., 2007). Deltagarna i utomhusgruppen hade förbättringar med över en timmes längre sömn och färre rop och skrik. Båda undersökningsgrupperna i studien visade att deltagarna sov längre och vaknade färre gånger per natt (Conell et al., 2008). Att kombinera sömnhormonet melatonin i tablettform till kvällen och en timme högintensivt ljus på morgonen visade ingen förbättrad nattsömn men däremot sågs i slutet av studien en ökning av aktivitet, vakenhet dagtid och färre tupplurar. Enbart ljusbehandling visade inga förbättringar på nattsömnen, vakenhet dagtid eller dygnsrytmen (Dowling et al., 2008).

Tabell 4. Redovisning av kategoriernas effekt.

Kategori	Artikel	Sömn effekt %	Total sömn	Nattliga uppvaknande	Dagtid vakenhet	Dagtid tupplur	Beteende	Stärker dygnsrytm
Mjuk massage	Harris et al., (2012)	+13,8%	ökar					
	Skovdahl et al., (2007)						pos	
Meningsfull aktivitet	Culpepper Richards et al., (2005)	+7,3 %	ökar	färre	ökar	färre		ja
	Lee & Kim, (2007)	+4,5 %	ökar	färre	ökar	färre	pos	
Ljusbehandling	Figueiro et al., (2015)	+ 4 %	ökar				pos	Viss effekt

	Sloane et al., (2007)		ökar	färre				Viss effekt
Alternativ behandling	Johannesson, (2013)		ökar	färre	ökar		pos	
	Kroumhaut et al., (2014)			ökat			neg	
	Shinno et al., (2008)	+ 20 %	ökar	färre			pos	
	Simoncini et al., (2015)		ökar	färre			pos	
Kombination ljus och behandling	Calkins et al., (2007)	+10 %	ökar				pos	
	Conell et al., (2008)		ökar	färre			pos	
	Dowling et al., (2008)				ökar	färre		ja

6 DISKUSSION

Syftet med allmän litteraturöversikt var att undersöka och presentera aktuell forskning som belyser hur sjuksköterskans kan främja sömnen hos personer med demenssjukdom på vårdboende. I diskussionsdelen förs reflektioner från analysen av artiklarna i resultatet, metoden och etiska överväganden.

6.1 Resultatdiskussion

Den inleds med diskussion och jämförelser av artiklarnas syfte och metod. Därefter diskuteras och jämförs kategorierna enligt analysen av resultatet: Mjuk massage, meningsfull aktivitet, ljusbehandling, alternativ behandling och kombination ljus och behandling.

6.1.1 Jämförelse av syfte och metod

I det analyserade materialet fanns både kvalitativa och kvantitativ forskning. För att få en bättre balans i materialet hade det varit önskvärt att ha fler kvalitativa studier eftersom det endast var två representerade.

De två kvalitativa artiklarnas syften var att få en inblick och beskriva företeelsen samt undersöka och beskriva förändringen. Den ena var inriktad på lavendeldoft (Johannesson, 2013) och den andra på taktill stimulering (Skovdahl et al., 2007). Båda studierna hade ett vårdarperspektiv och det anses som en styrka eftersom det ger ett bredare perspektiv av resultatet. I båda artiklarna samlades data genom dokumentation och det ansågs adekvat

utifrån syftet. Den andra använde utöver detta även intervjuer både enskilt och i grupp (Johannesson, 2013) och det är en styrka och kan ges ökad tillförlitlighet i studien.

Vid analysprocessen av de kvantitativa artiklarna sågs två teman på syftet av studierna. Det var att undersöka effekten av en specifik intervention alternativt jämföra olika interventioner. Valet av metod har styrts av syftet för att få mätbara resultat i siffror och tabeller och därför ett bra metodval. Enligt Segesten (2012) möjliggörs kvantitativ forskning att fastställa effekten av handling genom mätningar och jämföra resultat med annan intervention därefter fastställa bäst resultat. Att använda sig av kontrollgrupper alternativt upprepade undersökningsförsök har säkerställt ett jämförbart resultat som påvisar interventionens effekt. Studiernas längd och antal deltagare påverkar resultatets trovärdighet. Trovärdigheten är högre om studien pågår under längre tid, större population utan stort bortfall (Forsberg & Wengström, 2013). De kvantitativa studierna Harris et al., (2012) och Sloane et al., (2007) hade stora bortfall i sina studier och Shinno et al., (2008) hade enbart fem deltagare i sin studie och det är en svaghet i materialet eftersom det påverkar resultatets reliabilitet. Styrkan i resultatet är att de kvantitativa artiklarna bestod till stor del av randomiserade och kontrollerade experimentella studier som tillskrivs hög beviskraft (Forsberg & Wengström, 2013). Flertalet av studierna har använt mätinstrumentet aktigraf som registrerade rörelser hos deltagaren regelbundet och visade exakt mättid på sömnvariabler och aktivitetsnivå under dygnet och det är en styrka i resultatet. I flera av studierna påtalades problemet att vissa av deltagarna hade svårt inledningsvis att acceptera att bära aktigraf på handleden och hade tendenser att vilja ta bort den innan de vande sig. Deltagarna som inte tolererade mätinstrumentet uteslöts ur studierna eller redovisades tydligt i resultatet. Enligt Camargos, Louzada & Nobrega (2013) är aktigrafens styrka att kunna mäta och registrera sönmönstret och aktiviteten hos deltagaren för att sedan kunna analysera resultatet och problemen hos personer med sömnbesvär. Standardiserade observationsskalor användes både i kombination med aktigraf och separat i studierna och det är en styrka att kombinera dessa enligt författaren till examensarbetet. Det blir en ökad helhetsbedömning med mätbarhet i både siffror och skalor samt subjektiva och objektiva variabler över deltagarens aktivitet under dygnet. Capriani et al., (2015) studie menar att personer med demenssjukdom och sömnproblematik ändrade sitt sönmönster under sjukdomens förlopp och vissa demenssjukdomar hade högre risk att drabbas av sömnproblem av specifik karaktär och kunde därför vara en svaghet i studier som blandar deltagare med skiftande demensdiagnoser i olika sjukdomsstadier.

6:1:2 Jämförelse av resultatet

Resultatet visade att *mjuk massage* främjade sömnen och var rogivande för personer med demenssjukdom. Tre minuter lång ryggmassage innan sänggåendet gjorde att deltagarna sov både längre och mer effektivt (Harris et al., 2012). Deltagarna som fick taktil stimulering regelbundet hade lättare att slappna av och flertalet somnade under och efter massagen (Skovdahl et al, 2007). Liknande resultat visade Rodriguez-Mansilla (2013) studie att 20 minuters regelbunden mjuk massage förbättrade sömnen hos nästan alla deltagarna men en tillbakagång efter studien avslutades. Flertalet personer med demenssjukdom har sömn och orosproblematik. Deras sömn är ofta splittrad med många uppvaknanden per natt. Dehlin &

Rundgren, (2007) menade att deras kognitiva försämring och motoriska oro omöjliggör ibland en längre vila eller sömn. Virginia Henderson (1987) beskrev det universella mänskliga behovet av att vila och sova och tog upp betydelsen av att massagen hade en lugnande och sövande effekt på patienten och var en fungerande omvårdnadshandling för sjuksköterskan att främja sömnen. Författaren till examensarbetet stöder Hendersons behovsteori eftersom det är viktigt för sjuksköterska analysera och ha kunskap om detta grundläggande behov, sömn och vila, för att möjliggöra en stunds avslappning med mjuk massage för att främja sömnen för personer med demenssjukdom. Omvårdnadsteamet runt personen bör bli instruerade av utbildad personal för att massagen skall utföras på bästa sätt för patienten. Sjuksköterskan kan enkelt införa kvällsrutin att personer med demenssjukdom regelbundet får en lugnande mjuk massage strax innan de går till sängs för att främja sömnen. Metoden är enkel, kostnadsfri och utan risk för biverkan. Resultatet visade även betydelsen av att avlägsna störande detaljer innan mjuk massage utfördes för att deltagaren lättare kunna slappna av och somna (Harris et al., 2012; Skovdahl et al., 2007). Virginia Henderson menade att miljön runt patienten var viktig för att främja vila och sömn. Höga ljud, starkt ljus och dålig luft måste därför undvikas och tänkbara omvårdnadsåtgärder för sjuksköterskan för att patienten ska få en lugnande miljö (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000). Tidigare forskning (Kamel & Gammack, 2006) stöder påstående att miljön är central för att främja sömnen. Resultatet stämde väl överens med författaren till examensarbetets förväntningar då det är allmänt känt att mjuk massage är en behandlingsform som har funnits i många år och har positiva effekter på kroppen med ökad avslappning och välbehag. Däremot var det en positiv överraskning att endast tre minuters mjuk ryggmassage strax innan personen gick till sängs hade så positiv effekt på nattsömnen. Resultatet visade även att mjuk massage i olika utföranden är även ett bra beröringsverktyg att använda vid oro och rastlöshet om personen med demenssjukdom accepterar detta.

Att utföra *meningsfulla dagliga aktiviteter* hade god inverkan på sömnen och deltagarnas aktivitet under dagen (Culpepper Richards et al., 2005; Lee & Kim, 2007). Fysisk aktivitet med social samvaro är viktigt för självkänslan för personer med demenssjukdom. Sjukdomen påverkar initiativförmågan succesivt med kognitiv försämring och är det viktigt för personen att trots det finnas i ett sammanhang (Nygård, 2013). Lee & Kim, (2007) resultat visade även förbättringar på deltagarnas kognition och agitation. Studien Eggersmont & Scherder, (2006) stöder resultatet och visade att daglig promenad förbättrade sömnen positivt. Virginia Henderson (1987) menar att sjuksköterskan ska hjälpa patienten bli oberoende och självständig på dennes villkor. En aktiv interaktion och kommunikation mellan sjuksköterskan och patienten är en förutsättning för att sjuksköterskan ska identifiera de omvårdnadsbehov patienten har. Genom att sjuksköterskan möjliggör och uppmuntrar till meningsfulla aktiviteter menar Henderson att personens egna mänskliga behov kan tillgodoses. En svaghet i Hendersons teori är eftersom patientens behov är i fokus kan det finnas en risk att sjuksköterskan inte ser helheten utan enbart till patientens behov. Personer med demenssjukdom har ofta en sviktande kognitiv förmåga och ibland svårt att ta egna initiativ till aktivitet och att umgås med övriga på vårdavdelningen (Dehlin & Rundgren, 2007). Författaren till examensarbetet menar att sjuksköterskan har en viktig funktion att initiera personer med demenssjukdom till givande aktiviteter enskilt eller i mindre grupper för deras välbefinnande. Alla bör känna sig delaktiga i ett sammanhang oberoende

aktivitetsnivå. För personer med demenssjukdom i senare fasen kanske det räcker att sitta tillsammans med andra och lyssna på exempelvis musik, titta i en bok med bilder eller samtala runt välkända fotografier. Andra kanske föredrar fysisk aktivitet som promenad, bakning eller trädgårdsskötsel. Henderson (1987) menade att sjuksköterskan skulle underlätta för patienten att få en meningsfull tillvaro för att bidra med sysselsättning och förströelse och alltid utgå från patientens eget önskemål och behov (Kirkevold & Larsson-Wentz, 2000). Författaren till examensarbetet var positivt överraskad över resultatet. Båda studierna hade positiv effekt på både sömnen och ökad aktivitet dagtid. Den ena interventionen visade även positiv effekt på beteendet och den andra studien även på dygnsrytmen (Culpepper Richards et al., 2005). Författaren till examensarbetet menar att utifrån sjuksköterskans personcentrerade förhållningssätt (Skog, 2013) och patientens kognitiva förutsättningar och förmåga kan personer med demenssjukdom vara delaktiga i meningsfulla aktiviteter. Det kan därför lätt initieras och införa av sjuksköterskan som arbetsledare regelbundna aktiviteter och bör prioriteras eftersom resultatet visade positiv effekt på sömnen hos personer med demenssjukdom.

Båda studierna av högintensiv *ljusbehandling* främjade sömnen hos personer med demenssjukdom enligt Sloane et al., (2007); Figueiro et al., (2014). Studierna visade att beroende på ljusstyrkan lux, tidpunkt och längd kunde sömnen och dygnsrytmen påverkas och stärkas till viss del. Författaren till examensarbetet menar att kunskapen gör att åtgärder kan riktas beroende på sömnsymtom och beteende beroende på under vilken tid på dygnet deltagaren exponeras av högintensivt ljus (Bjornvatn & Fetveit, 2012). Figueiro et al., (2014) forskning visade även positiv effekt på depression och agitation. Ljusbehandling har forskats på sedan tidigt 90-talet och visade skiftande resultat. Författaren till examensarbetet menar att varierande resultat från tidigare forskning kan bero på skillnaderna på lux styrka, ljusexponeringens längd och tidpunkten och deltagarnas kognitiva nivå. Enligt Dowlin et al., (2008) hade högintensivt ljus ingen påverkan på sömnen men däremot sågs ökad aktivitet och vakenhet hos deltagarna. Enligt Riemersmaa-van der Lek, Swaab, Twisk, Hol, Hoogendijk & Van Someren, (2008) forskning visade däremot att ljusbehandling hade positiv effekt på sömnen och stöder resultatet. Idag har vi möjlighet att experimentera med högintensivt ljus i kombination med vanligt solljus för att öka ljusexponeringen hos våra äldre personer. Många av våra svårast sjuka personer som vårdas på vårdboende vistas tyvärr för sällan utomhus. De exponeras inte av frisk luft och solljus tillräckligt för att främja hälsa, välbefinnande och sömn (Dehlin & Rundgren, 2007). Henderson (1987) antyder att sjuksköterskans yrkesskicklighet och initiativförmåga ofta sätts på prov för att få individuella lösningar på olika patienters behov. Omvårdnaden enligt Henderson (1987) måste ha utgångspunkt i individens egna upplevelser av sina behov och hur dessa behov på bästa sätt kan tillfredsställas. Eftersom personer med demenssjukdom har försämrad kognitiv funktion har de ibland svårt att uttrycka sina behov och önskemål och det ställer höga krav på sjuksköterskan att förstå de särskilda behoven för att erbjuda bästa möjliga vård. Författaren till examensarbetet anser att sjuksköterskan kan initiera till ökad ljusexponering på vårdboendet i allmänna utrymmen via takarmaturer eller framförallt naturligt solljus för att främja sömnen hos personer med demenssjukdom. Författaren är däremot etiskt frågande att använda högintensivt ljus via ljusbox (Dowling et al., 2008) och antar att det är svårt att motivera personer med demenssjukdom att vistas framför ljusboxen angiven behandlingstid.

Förväntningarna på resultatet var väntande men det var nyheter för författaren att använda lågintensivt blåvitt ljus, som dygnsrytmstimulering är extra känsligt för, istället för högintensivt ljus med varierande lux och tid. Tidigare studier har haft skiftande resultat på sömnen av att använda högintensivt ljus så ytterligare forskning krävs.

Resultatet visade att *alternativ behandling* kan användas för att påverka sömnen hos personer med demenssjukdom. Både lavendeldoft (Johannesson, 2013), akupressur (Simoncini et al., 2014) och örtväxt Yi-Gan san (Shinno et al., 2008) förstärkte sömnen och hade positiv effekt på beteendet. Koffeinet (Kroumhaut et al., 2014) hade däremot en negativ effekt och ökade antalet toalettbesök nattetid och ökad apati. Yang, Wu, Lin & Lin, (2007) forskning stöder resultatet i alternativ behandling och visade enligt vårdpersonalen att 15 minuters akupressur två gånger dagligen under försöksperioden förbättrade personer med demenssjukdoms agiterande med färre fysiska och verbala utfall, minskad motorisk oro och lugnare vid omvårdnad. Tidigare studie (Iwasaki et al., 2005) stödjer påståendet att Yi-Gan san hade positiv effekt på sömnen och kognitiv förbättring på personer med mild till svår demens. Virginia Henderson (1987) beskrev tidigt ökad risk för ohälsa vid överkonsumtion av läkemedel vid sömnbesvär och att sjuksköterskan istället skulle bidra till att främja naturlig sömn genom omvårdnadsåtgärder. Vidare påtalas att sjuksköterskan bör ha personkännedom och har skapat en relation till patienten och det underlättar vid val av omvårdnadsåtgärder för att tillgodose sömnbehovet och framgångsrika interventioner. Enligt Socialstyrelsen (2010) hade äldre personer ökat sin läkemedelskonsumtion drastiskt de sista 20 åren och läkemedelsbiverkan bidragit till ökad sjukhusvård (Socialstyrelsen, 2011). Enligt Norberg (2012) och Ragneskog (2013) har denna patientkategori ökad risk för biverkan, konfusionstillstånd och ohälsa och författaren till examensarbetet menar att farmakologiska åtgärder bör vara ett andra hands alternativ för att främja sömnen. Socialstyrelsen (2010) styrker att läkemedel undantagsvis skall användas hos personer med demenssjukdom och bakomliggande orsaker ska alltid utredas innan. Kunskap om läkemedlens specifika effekter på personer med demenssjukdom är en förutsättning för att främja sömnen och undvika följdverkningar (Skog, 2013; Fonad et al., 2008; Iwasaki et al., 2005; Norberg et al., 2012). Resultatet visade att i tre av studierna (Johannesson, 2013, Shinno et al., 2008, Simoncini et al., 2015) blev även deltagarna lugnare, mer positiva, mindre aggressiva, färre hallucinationer, färre vanföreställningar, mindre ångest och interventionerna kan därför vara lämplig sömnfrämjande åtgärder hos personer med beteendemässiga och psykiska symtom. Författaren till examensarbetet blev positivt överraskad över ett så tydligt resultat av att använda alternativ behandling. Tre av studierna hade övertygande resultat som främjade sömnen och positiva psykiska effekter hos personer med demenssjukdom medan koffeinets effekt (Kroumhaut et al., 2014) negativ. I en av studierna (Simoncini et al., 2015) som använde akupressur sågs även minskning av läkemedelsanvändning och ökad uppskattad livskvalitet och det är styrka i resultatet. I klinisk verksamhet är det en vanlig rutin att servera kvällsfika innan patienterna går till sängs och omvårdnadspersonalen är förmodligen omedvetna om koffeinets effekt och resultatet från Kroumhaut et al (2014) studie. Författaren till examensarbetet menar att kunskap om olika alternativens effekter är viktiga för att främja sömnen och resultaten från alternativ behandling visade sig ha goda förutsättningar för att minska på läkemedelsförbrukningen och är därför användbar i klinisk tillämpning på vårdboende.

Att kombinera ljus och olika behandlingsalternativ främjade sömnen hos personer med demenssjukdom. Aktiviteterna utomhus gjorde att deltagarna sov bättre och även visade minskad oro (Calkins et al., 2007; Codell et al., 2008). Liknade resultat visade McCurry, Pike, Vitiello, Logston, Larson & Teri, (2011) forskning att fysisk aktivitet utomhus påverkade sömnen positivt och deltagarna sov 39 minuter längre än kontrollgruppen. Att kombinera melatonin och en timmes högintensivt ljus i box på morgonen hade ingen påverkan på sömnen men studien visade att deltagarna var mer aktiva och vakna dagtid (Dowling et al., 2008). Andra studier visade enligt Riesmerma-van der Lek et al., (2008) att kombinationen högintensivt ljus och melatonin hade positiv effekt på sömnen med längre, mer sammanhållen och bättre nattsömn. Att använda enbart melatonin sågs ingen förbättring på sömnen enligt Gehrman, Connor, Martin, Shochat, Corey-Bloom & Ancoli-Israel, (2009). Virginia Henderson (1987) menade att vistas utomhus med meningsfull sysselsättning var ett sätt att främja sömnen och påtalade även vikten om att planera omvårdnaden för individuella åtgärder med en personlig vårdplan. Det menas att det grundläggande behovet kan ha flera olika lösningar och det är viktigt för omvårdnadsteamet att veta den specifika och individuella åtgärden för bästa effekt för patienten. Här framkommer Hendersons beskrivning av att sjuksköterskan flexibilitet som individuell problemlösare. Enligt Henderson (1987) bör sjuksköterskan se individens unika behov, etablera vårdplaner och undervisa och stödja egenvården som därmed leder till livskvalitet. Sjuksköterskan bör träda in med stödjande åtgärder för att tillfredsställa de grundläggande behoven som patienten har. Kamel & Gammack, (2006) ansåg att sömndagbok var en enkel hjälp för att kartlägga patientens sömn och att upptäcka och eliminera störande orsaker. Författaren till examensarbetet menar att allmän sjuksköterskan bör identifiera sömnproblemen och använda vårdplaner och sömndagbok som ett hjälpmedel för att analysera, möjliggöra och planera insatser för att främja sömnen hos personer med demenssjukdom. Kunskap och förståelse av demenssjukdomarnas orsak och fasar (Hoffman, 2013) samt tänkbara orsaker till sömnproblemen (Dehlin & Rundgren, 2007; Ragneskog, 2013; Skog, 2013) är enligt författaren till examensarbetet en förutsättning för sjuksköterskan att nå framgång för att främja sömnen hos denna patientgrupp. Det är även viktigt att sjuksköterskan har kännedom om personens sjukdomshistoria, medicinförbrukning och sömnvanor för att kunna diagnostisera och behandla sömnbesvär hos personer med demenssjukdom. Författaren till examensarbetet blev överraskad av Dowling et al (2008) studie som visade att deltagarna blev mer aktiva under dagen än före interventionen. En annan positiv effekt visade Calkin et al., (2007) och Conell et al., (2008) att deltagarna i båda studierna visade beteendemässiga förbättringar men minskad oro och minskad verbal aggressivitet. Författaren till examensarbetet menar att resultatet och kunskapen är användbar vid vården av personer med demenssjukdom med BPSD problematik. Sjuksköterskan kan enkelt enligt patienternas önskemål, behov och dagliga form initiera till en stunds daglig utevistelse för att både främja sömnen och emotionell oro. Aktiviteterna kan variera mellan att fika utomhus, gå en promenad i parken och prata en stund eller annat som patienten önskar att utföra.

6:2 Metoddiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa hur sjuksköterskan kan främja sömnen hos personer med demenssjukdom på vårdboende. Att använda metoden allmän litteraturoversikt enligt Friberg (2012a) ansågs relevant utifrån syftet och tidsperspektivet och gav en befintlig överblick om vad som tidigare forskats inom ett särskilt ämne internationellt. Metoden tillåter användning av både kvalitativa och kvantitativa artiklar och det ses som en styrka. Resultatet synliggörs ur flera olika synvinklar och ökar examensarbetets trovärdighet och överförbarhet. Resultatet bestod övervägande av kvantitativa artiklar och kan därför ses som en svaghet. Styrkan med att använda kvantitativa studier var det mätbara resultatet, interventioner som kan jämföras och samband ses, studien kan upprepas och har ett stort bevisvärde (Segesten, 2012a). Fler kvalitativa studier i resultatet hade bidragit med djupare förståelse för sömnproblematik hos personer med demenssjukdom ur andra synvinklar eftersom det undersöker deras subjektiva upplevelse, erfarenheter och kartläggande av fenomenet i ett sammanhang (Forsberg & Wengström, 2013). En annan metod som kunde vara relevant att använda var att intervjua sjuksköterskorna om deras kunskaper och erfarenheter att vårda personer med demenssjukdom med sömnbesvär. Empirisk studie är tidskrävande och enligt författaren till examensarbetet inte genomförbar eftersom tidsramen inom kursen är begränsad.

De 13 artiklarna representerade Europa, Asien och Nordamerika och det var en styrka i resultatet med ett internationellt perspektiv. Resultatet påvisade en generaliserbarhet då jämförbara resultat påvisats på samma patientgrupp och kunde därför omsättas i klinisk verksamhet även i olika delar av världen (Forsberg & Wengström, 2013). Författaren till examensarbetet anser att dessa länder troligen har jämförbar vårdboende där personer med demenssjukdom vårdas som i Sverige men det kan inte uteslutas att det finnas kulturella och sociala skillnader och kan då ses som en svaghet i resultatet. Artiklarna är aktuella och publicerade de sista 10 åren och det är en styrka i resultatet. Artiklarna söktes fram ur vetenskapliga databaser och ansågs vara lämpliga eftersom de var inriktade på vårdvetenskap. Författaren till examensarbetet anser sig ha använt relevanta sökord för syftet för ett resultat inom det valda intresseområdet. Tre av artiklarna upptäcktes genom frisökning och det kan vara en svaghet i materialet. En reflektion är att resultatet eventuellt blivit annorlunda om MESH-termer, Medical Subject Headings, med ämnesord användes istället för frisökning för största möjliga sökprecision (Forsberg & Wengström, 2013). Samtliga utvalda artiklar kvalitetsgranskades enligt Fribergs (2012) kvalitetsfrågor (Bilaga B) och det gav examensarbetet stärkt kvalitet, vetenskaplig trovärdighet och användbarhet. Författaren till examensarbetet bör, enligt Friberg (2012a) ha ett kritiskt och objektiva förhållningssätt i val av artiklar för att inte välja studier för sin egen tolkning eller ståndpunkt. Att artiklarna valdes att fås i fulltext utan att beställas är en svaghet eftersom det finns en risk att information inte väljs som förstahands kriterier och relevanta artiklar kan därför ha missats (Friberg, 2012a). Validiteten i resultatet av examensarbetet stärktes eftersom artiklarna lästes upprepade gånger för djupare förståelse och texten i uppsatsen omarbetades flertalet gånger innan slutresultatet (Forsberg & Wengström, 2013).

Författaren skrev examensarbetet ensam och det är både en styrka och svaghet. Samarbete bidrar till en större fördjupning och lärande enligt Segesten (2012b). Skriver man

tillsammans med någon annan kan artiklarna läsas enskilt initialt för att sedan tillsammans diskutera och tolka oklarheter för att få samstämmighet. Därmed ökas förståelsen och innebörden av studiernas resultat och säkerställer kvaliteten och trovärdigheten. Gemensam ökad förståelse och kunskap kunde därmed förenkla valet av artiklar, tolkning och bearbetning av analysarbetet och sammanställningen av resultatet. Under arbetsprocessen krävdes insikten om ytterligare systematisk noggrannhet, strukturerat tillvägagångsätt och objektivitet när examensarbetet skrevs ensamt och det var utvecklande för författaren att få fördjupade kunskaper i vetenskaplig metodik, förhållningssätt och forskningsprocessen. Vissa av artiklar var svåra att förstå på komplicerad engelska och andra lättare att begripa och att analysera. Författaren granskade artiklarna flertal gånger noggrant och använde uppslagsböcker och lexikon som hjälp vid översättning av det engelska språket för att undvika feltolkning och säkerställa att översättningarna gjorts korrekt. En svaghet kan vara att författaren till examensarbetet kanske missat olika nyanser i det engelska språket och på detta sätt påverkat validiteten av resultatet.

Författarens reflektioner i efterhand var att syftet skulle haft ett bredare perspektiv och riktas mot för personer med demenssjukdom alternativt generellt äldre personer med sömnproblem oberoende boendeform. Det hade eventuellt bidragit till en bredare tolkning av flertalet olika interventioner som främjade sömnen hos personer med sömnbesvär. Fördelen med att begränsa till vårdboende och diagnos var att det var överförbart till institution eftersom många äldre med demenssjukdom vårdas av allmän sjuksköterskan där.

6:3 Etikdiskussion

Författaren har haft en etisk reflektion fortlöpande under examensarbetet och inte stött på eller upplevt några etiska problem under arbetsprocessen. Flertalet av artiklarna som togs med i examensarbetet hade godkännande av etisk kommitté varav Kromhaut et al., (2014) inte redogjorde detta. Författaren väljer ändå att ta med artikeln eftersom resultatet sannolikt bidragit till ökad kunskap för allmän sjuksköterskan. Författaren har försökt sätta sin förförståelse och förutfattade åsikter åt sidan med ett objektivt synsätt för att inte påverkas i sitt kritiska förhållningssätt i urval av artiklar, vid läsning och skrivprocessen av analys och resultat (Forsberg & Wengström, 2013). Författaren har varit medveten om sin förförståelse men kan ändå ha påverkats under forskningsprocessen omedvetet och det kan därför inte uteslutas och är en svaghet. Artiklarna har läst, bearbetats och redovisats med ett objektivt och kritiskt förhållningssätt samt öppenhet och ärlighet mot texterna för att inte göra om, förfälska eller utesluta resultat på grund av egna åsikter eller värderingar för att säkerställa trovärdigheten på examensarbetet. (Codex, 2015). Författarens förförståelse och erfarenhet som nattsjuksköterska under många år är även en styrka eftersom det bidragit till ökad medvetenhet av problematiken runt sömn och personer med demenssjukdom och kunskapsbehovet. Allt material har refererats enligt APA-systemet för att skilja sina egna värderingar från insamlat material och risken för plagiering har undvikits eftersom källorna kan kontrolleras (Friberg, 2012b). Alla artiklar som används i resultatet har blivit vetenskapligt kvalitetsgranskade och godkända för publicering i vetenskapliga tidskrifter. Vid datainsamlingens avgränsning angavs peer reviewed och det menas att artiklarna är etiskt

och kvalitetsgranskade av oberoende experter inom forskningsområdet innan publicering i vetenskaplig tidskrift och ansågs därför relevanta att ingå i litteraturstudien (Forsberg & Wengström, 2013).

7 SLUTSATS

Varje år får 25 000 personer en demensdiagnos och det är en av våra största folksjukdomar i Sverige. Att allmän sjuksköterskan i sin yrkesroll träffar personer med demenssjukdom och sömnproblem på flera verksamhetsområden inom sjukvården är därför stor. Resultatet i denna litteraturstudie redovisade olika interventioner hur sjuksköterskan kunde främja sömnen hos personer med demenssjukdom. Sjuksköterskor som arbetar med personer med sömnproblematik och demenssjukdom har praktisk nytta av denna litteraturstudie i sin kliniska verksamhet. Vissa åtgärder var enkla att utföra för sjuksköterskan exempelvis lugn mjuk massage över ryggen eller taktill stimulering på kroppen regelbundet. Andra åtgärder krävde extra utrustning exempelvis montering av specifik belysningsarmatur på fot eller i tak för att främja sömnen. Den meningsfulla sociala samvaron med individuella aktiviteter påverkade också sömnen positivt. Koffein, akupressur, lavendeldoft och örtväxt påverkade även på kroppens system och sömn. Resultatet kan även användas i utbildningssyfte och initiera till nya arbetsrutiner för sjuksköterskor och omvårdnadspersonal som arbetar inom demenssjukvården för att öka förståelsen och kunskapen om personer med demenssjukdom och deras sömnproblematik samt vilka icke farmakologiska interventioner som finns att tillgå. Utifrån resultatet vore det även intressant att bedriva ytterligare framtida empirisk forskning med syfte att erhålla djupare kunskaper om hur sjuksköterskan kan främja sömnen hos personer med demenssjukdom. Interventionerna som framkommit i resultatet var relativt enkla och okomplicerade och kunde initieras av sjuksköterskan utan stora kostnader eller risk för biverkningar. Eftersom tidigare forskning visade sambandet mellan ökad konsumtion av läkemedel, fallrisk, biverkan och ohälsa hos äldre och personer med demenssjukdom bör icke farmakologiska omvårdnadsåtgärder för att främja sömnen vara första hands val för allmän sjuksköterskan som vårdar personer med demenssjukdom. Författaren till examensarbetet upplever ett kunskapsbehov och att det behövs mer aktuell forskning och utbildning om personer med demenssjukdom som har sömnproblem och olika omvårdnadsåtgärder som främjar sömnen.

REFERENSLISTA

*Analyserad artikel i resultatet.

Bjorvatn, B., & Fetveit, A. (2012). Sovnproblemer blant eldre. *Norsk Journal Epidemiologi*, 22(2), 177-186.

*Calkins, M., Szmerekovsky, J. G., & Biddle, S. (2007). Effect on Increased Time Spent Outdoors on Individuals with Dementia Residing in Nursing Homes. *Journal of Housing for the Elderly*, (21), issue 3-4, 211-228.

Camargos, E. F., Louzada, F. M., & Nobrega, O. T. (2013). Wrist actigraphy for measuring sleep in intervention studies with Alzheimer's disease patients: Application, usefulness, and challenges. *Sleep Medicine Reviews*, (17), 475-488.

Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S., & Nuti, A. (2015). Sleep disturbance and dementia. *Psychogeriatrics*, (15), 65-74.

Codex. (2015). Forskarens etik. Retrieved March, 13, 2015, from www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml.

*Conell, B. R., Sanford, J. A., & Lewis, D. (2008). Therapeutic Effects of an Outdoor Activity Program on Nursing Home Residents with Dementia. *Outdoor Environments for People with Dementia*, 21(3-4), 195-209.

*Culpepper Richards, K., Beck, C., O'Sullivan, P., & Shue, V. (2005). Effects of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, (53), 1510-1517.

Dehlin, O., & Rundgren, Å. (2007). *Geriatrisk*. (2.a uppl). Lund: Studentlitteratur.

*Dowling, G. A., Burr, R. L., Van Someren, E. J., Hubbard, E. M., Luxenberg, J. S., Mastick, J. M., & Cooper, B. A. (2008). Melatonin and Bright-Light treatment for Rest-Activity Disruption in institutionalized Patients with Alzheimer's Disease. *Journal of American Geriatrics Society*, 56 (2), 239-246.

Eggersmont, L.H.P. & Scherder, E.J.A., (2006). Physical activity and behaviour in dementia. A review of the literature and implications for psychosocial intervention in primary care. *Sage Publication*, 5(3), 411-428.

*Figueiro, M. G., Plitnick, B. A., Lok, A., Jones, G. E., Higgins, P., Hornick, T. R., & Rea, M. S. (2014). Tailored lighting intervention improves measures of sleep, depression, and agitation in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in long-term care facilities. *Clinical Interventions in Aging*, (9), 1527-1537.

Flo, E., Gulla, C., & Husebo, B. S. (2014). Effective Pain Management in Patients with Dementia: Benefits Beyond Pain? *Pain Management and Neuropsychiatric Symptoms*, (31), 863-871.

- Fonad, E. Robins Wahlin, T-B. Winblad, B. Emami, A., & Sandmark. (2008). Falls and fall risk among nursing home residents. *Journal of Clinical Nursing*, 17(1), 126-134.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturoversikt. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten 2:a uppl.* (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att utforma ett examensarbete. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten 2:a uppl.* (s.81-96). Lund: Studentlitteratur.
- Gehrman, P., Connor, D., Martin, J., Shochat, T., Corey-Bloom, J., & Ancoli-Israel, S. (2009). Melatonin fails to improve sleep or agitation in double-blind randomized placebo-controlled trail of institutionalized patients with Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 166-169.
- *Harris, M., Culpepper Richards, K., & Grando, V. T. (2012). The Effects of Slow-Stroke Back Massage on Minutes of Nighttime Sleep in Persons With Dementia and Sleep Disturbances in the Nursing Home. A Pilot Study. *Journal of Holistic Nursing*, 30(4), 255-263.
- Henderson, V. (1987). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. (3.e upplagan). Stockholm: Liber.
- Hoffman, W. (2013) Palliation vid demenssjukdom – att lindra när bot inte finns. H. Baus, (Red.), *Boken om demenssjukdom* (s.275-290). Stockholm: Liber.
- International Council of Nurses. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. *Svensk sjuksköterskeförening*. Stockholm.
- Iwasaki, K., Satoh-Nakagawa, T., Maruyama, M., Monma, Y., Nemoto, M., Tomita, N...& Sasaki, H. (2005). A Randomized, Observer-Blind, Controlled Trial of the Traditional Chinese Medicine Yi-Gan San for Improvement of Behavioral and Psychological Symptoms and Activities of Daily Living in Dementia Patients. *Journal Clinical Psychiatry*, 66(2), 248-252.
- Jacobs, D., Ancoli-Israel, S., Parker, L., & Kripke, D.F. (1989). Twenty-four-hour sleep-wake patterns in a nursing home population. *Psychological Aging*, 4(3), 352-356.
- *Johannessen, B. (2013). Nurses experience of aromtherapy use with dementia patients experiencing disturbed sleep patterns. An action research project. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, (19), 209-213.
- Kamel, N. S., & Gammack, J. K. (2006). Insomnia in the Elderly: Cause, Approach, and Treatment. *The American Journal of Medicine*, (19), 463-469.

- Khullar, A., (2012). The role of melatonin in the circadian rhythm sleep-wake cycle: A review of endogenous and exogenous melatonin. *Psychiatric Times*, 29(7), 26-32.
- Kirkovold, M., & Larsson-Wentz, K. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering* (2., omarb och utvidgade uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- *Kromhout, M. A., Jongerling, J., & Achterberg, W. P. (2014). Relation between caffeine and behavioral symptoms in elderly patients with dementia: an observational study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 18(4), 407-410.
- *Lee, Y., & Kim, S. (2008). Effects of indoor gardening on sleep, agitation, and cognition in dementia patients-a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (23), 485-489.
- McCurry, S.M., Pike, K.C., Vitiello, M.V., Logston, R.G., Larson, E.B., & Teri, L. (2011). Increasing walking and bright light exposure to improve sleep in community-dwelling persons with Alzheimer's disease: Result of a randomized control trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(8),1393-1402.
- Norberg, A., Lundman, B., & Santamäki Fischer, R. (2012). *Det goda åldrandet*. Lund: Studentlitteratur.
- Nygård, L. (2013). Vardagslivets aktiviteter, möjligheter och begränsningar. H. Baus, (Red.), *Boken om Demenssjukdomar* (s.176-232). Stockholm: Liber.
- Ragneskog, H. (2013). *Demensboken - omvårdnad & omsorg*. Göteborg: Printema Förlag.
- Riesmermaa-van der Lek, R., Swaab, D., Twisk, J., Hol, E., Hoogendijk, W. & Van Someren, W. (2008). Effect of bright Light and Melatonin on Cognitive and Noncognitive Function in Elderly Residents of Group Care Facilities. *The Journal of the American Association*, 299(22),2642-2655.
- Rodrigues-Mansilla, J., Gonzales-Lopez-Arza, M. V., Montanaro-Fernandez, J., Jimenez-Palmare, M. & Garrideo-Ardila, E. M. (2013). Ear therapy and massage therapy in the elderly with dementia: a pilot study. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 33 (4), 461-467.
- SBU. (2010). *Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 199. ISBN 978-91-85413-35-5.
- *Shinno, H., Inami, Y., Inagaki, T., Nakamura, Y., & Horiguchi, J. (2008). Effect of Yi-Gan San on psychiatric symptoms and sleep structure at patients with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, (32), 881-885.
- *Simoncini, M., Gatti, A., Quirico, P. E., Balla, S., Capellero, B., Obialero, R., D'Agostino, S., Sandri, N., & Pernigotti, L. M. (2015). Scupressure in insomnia and other sleep disorders in elderly institutionalized patients suffering from Alzheimer's disease. *Aging: Clinical And Experimental Research*, (27),37-42.

- Segesten, K. (2012a). Att bidra med evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten 2:a uppl.* (s.111-132). Lund: Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2012b). Ännu en metodbok. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten 2:a uppl.* (s.13-22). Lund: Studentlitteratur.
- Skog, M. (2013). Den fundamentala och kroppsnära vården och omsorgen vid demenssjukdom. H. Baus (Red.), *Boken om Demenssjukdom* (s.78-152). Stockholm: Liber.
- *Skovdahl, K., Sörlie, V., & Kihlgren, M. (2007). Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International Journal of Older People Nursing*, (2), 162-170.
- *Sloane, P. D., Williams, C. S., Mitchell, M., Preisser, J. S., Wood, W., Barrick, A. L., ... Zimmerman, S. (2007). High-Intensity Environmental Light in Dementia: Effect on Sleep and Activity. *Journal of the American Geriatric Society*, (55), 1524-1533.
- Socialstyrelsen. (2010a). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010-stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010b). *Indikationer för god läkemedelsterapi hos äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011) *Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. Läkarens roll*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationell utredning – vård och omsorg vid demenssjukdom 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Yang, M., Wu, S., Lin, J., & Lin, L.(2007) The efficacy of accupressure for decreasing agitated behaviour in dementia: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 308-315.
- Östlund, L. (2012). Informationssökning. F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten 2:a uppl.* (s.57-79). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA A SÖKSTRATEGI

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa abstract	Lästa i fulltext	Använda
Feb-15 April-15	Cinahl +	Sleep* AND Dementia AND Nursing Home	Engelska, Peer review, År 2005- 2015.	57	45	12	4
Feb-15	Medline	Sleep* AND Dementia AND Nursing Home	Engelska, År 2005-2015.	70	56	14	3
Mars-15	PubMed	Sleep* AND Dementia AND Nursing Home	10 years.	103	70	10	3
Mars -15 April-15 Maj-15	Cinahl +	Frisökning ”find similar result”	Engelska, Peer review, År 2005- 2015.				3

BILAGA B KVALITETSMALL

Artiklarna granskades enligt Fribergs (2012a, sid 138-139) förslag på frågeställningar för att kontrollera studiernas kvalitet.

Kvalitativa studier: totalt 13 frågor.

1. Finns ett tydligt problem formulerat och i så fall hur och är det avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna och hur är dessa formulerade?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven och hur är den beskriven?
4. Vad är syftet och är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
7. Hur har data analyserats?
8. Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
9. Vad visar resultatet och hur har författarna tolkat studiens resultat?
10. Vilka argument förs fram?
11. Förs det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion och hur diskuteras den i så fall?
13. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden exempelvis vårdvetenskapliga antaganden?

Kvantitativa studier: totalt 13 frågor.

1. Finns det ett tydligt problem formulerat och i så fall hur och är det avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna och i så fall hur är dessa formulerade?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven och hur är den beskriven?
4. Vad är syftet och är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?

6. Hur har urvalet gjorts? (tex antal personer, ålder, inklusion- respektive exklusionskriterier)
7. Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder används? Var dessa adekvata?
8. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
9. Vad visar resultatet?
10. Vilka argument förs fram?
11. Finns det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden tex generaliserbarhet?
13. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden tex omvårdnadsvetenskapligt antaganden?

BILAGA C ARTIKELMATRIS

Data bas.	Författare, titel, årtal, ursprungsland.	Syfte.	Metod, längd.	Urval, bortfall, kön.	Resultat.	Kvalitet
Cinahl +	Calkins, Szmerekovsky & Biddle. <i>Effect on Increased Time Spent Outdoors on Individuals with Dementia Residing in Nursing Homes.</i> 2007 USA.	Undersöka om utomhusaktiviteter påverkade sömnkvaliteten och beteendet hos personer med demenssjukdom på vårdboende.	Kvantitativ ECT (kvasi) Pre - post Studielängd 1 och 2 veckor.	Tre äldreboende i USA. 17 st. bortfall 1. 15 kvinnor 2 män.	Utomhusvistelse förbättrade sömnkvaliteten med 10 % och positiva beteendeförändringar.	9/13
Cinahl +	Conell, Sanford & Lewis. <i>Therapeutic Effect on an Outdoor Activity Program on Nursing Home Residents with Dementia.</i> 2008 USA	Undersöka effekten och jämföra utomrespektive inomhusaktivitetsprogram och ljusexponeringens påverkan på sömn och beteende hos dementa personer på vårdboende.	Kvantitativ RCT (pilot) 2 grupper (inom/utomhus) i 2 faser. Baseline: 10 dagar, Intervention Må-Fre i 2 v.	32 st från samma vårdboende samtyckt Bortfall 6 st varav 2 avled och 4 avslutade inte studien. 20 st = 10 per grupp. 19 män 1 kvinna	Utomhusgruppen visade signifikans i maximal sömnperiod och verbal agitation. Båda grupperna visade signifikans i total sömntid.	10/13
Cinahl	Culpepper Richards,	Undersöka om daglig social	Kvantitativ RCT	7 äldreboen	Signifikant skillnad sågs	

+	Beck, O' Sullivan & Shue. <i>Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia.</i> 2005 USA	Samvaro på äldreboende kan förbättra sömnen och vakenhet dagtid samt beräkna kostnaden för aktiviteten.	21 dagar	den i USA. Totalt från början deltog 147 st, 8 bortfall. 139 kvar. 72 män 67 kvinnor	mellan grupperna i vakenhet dagtid och sleep ratio dag/natt. Den sekundära analysen visade färre uppvaknanden, somnade snabbare, sov längre och högre sömneffekt %. Kostnad beräknades ca 70 USD per deltagare och vecka.	
Pub Med	Dowling, Burr, Van Someren Hubbard Luxenburg, Mastick & Cooper. <i>Melatonin and Bright-Light Treatment for Rest-Activity Disruption in Institutionalized Patients with Alzheimer's Disease.</i> 2008 USA.	Undersöka om kombinationen melatonin och ljusbehandling påverkar dygnsrytmen hos personer med demenssjukdom.	Kvantitativ RCT Baseline: 1 v Intervention Må-Fre 10 v. Intervention: Ljus+Melatonin (n=16), ljus+placebo (n=17), kontrollgrupp (n=17)	2 vårdhem. 50 st (AD) inget bortfall. 43 kvinnor 7 män	Ingen signifikans visades mellan sömnvariabler mellan grupperna. Melatoningruppen sågs ökad vakenhet dagtid, färre tupplurar och förbättringar förhållandet ratio dag/natt. Signifikans mellan läkemedel, ljus och dygnsrytm men inte enbart ljus.	11/ 13
Med line.	Figueiro, Plitnick, Lok, Jones, Higgins, Hornick & Rea.	Undersöka effekten av en skraddarsydd ljusbehandling hos personer med demenssjukdom på vårdboende.	Kvantitativ ECT Baseline, 4 v intervention 4 v efter.	14 utvalda personer med demenssjukdom som hade sömn och	Signifikans på total nattsömn, sömneffektivitet och sömnkvalitet depression	11/ 13

	<p><i>Tailored lightning intervention improves measures of sleep, depression, and agitations in persons with Alzheimer's disease and related dementia living in longterm care facilities.</i></p> <p>2014 USA.</p>			<p>agitations problem på ett vårdboende.</p> <p>Bortfall ej redovisat.</p> <p>9 kvinnor 5 män</p>	<p>och agitation</p> <p>PSQI, CMAI, CSDD lägre även 4 veckors uppföljning.</p>	
Cinahl +	<p>Harris, Culpepper Richard & Grando.</p> <p><i>The effects of Slow-Stroke Back Massage on Minutes of Nighttime Sleep in Person With Dementia and Sleep Disturbances in the Nursing Home: A Pilot Studie.</i></p> <p>2012 USA</p>	<p>Undersöka om tre minuters lugn ryggmassage innan sänggåendet kan öka antalet sömntimmar hos personer med demenssjukdom på vårdboende.</p>	<p>Kvantitativ RCT</p> <p>48 tim</p>	<p>4 äldreboende i USA. 146 tillfrågades och 86 svarade. Bortfall 106 st.</p> <p>I studien deltog 40 i två grupper.</p> <p>32 kvinnor 8 män.</p>	<p>Nattsömnen ökade med 36 minuter och sömnkvaliteten med 4 %.</p>	11/ 13
Pub Med	Johannessen.	Att få inblick i sjuksköterskornas upplevelser	Kvalitativ innehålls analys	8 vårdboende tillfråga-	Studien visade att flertalet hade	11/ 13

	<p><i>Nurses experience of aromatherapy use with dementia patients experiencing disturbed sleep patterns. An action research project.</i></p> <p>2013 Norge</p>	<p>av att få använda aromterapi i vården av demenssjuka med ångest och sömnstörningar.</p>	<p>90 dagar.</p>	<p>des. 4 samtyckte</p> <p>12 ssk 24 patienter.</p> <p>Bortfall, kön redovisas ej.</p>	<p>bra eller mycket bra effekt av lavendeldoft. Deltagarna sov bättre, färre var oroliga nattetid och de var mer alerta dagtid. De flesta sjuksköterskorna hade positiva upplevelser av att använda aromterapi.</p>	
Medline.	<p>Kroumhout, Jongerling & Achterberg.</p> <p>Relation between caffeine and behavioral symptoms in elderly patients with dementia: an observational study.</p> <p>2012 Nederländerna.</p>	<p>Undersöka om koffeinet ökar eller minskar beteendesyntom hos en grupp personer med demenssjukdom på ett äldreboende.</p>	<p>Kvantitativ Observations pilotstudie.</p> <p>96 tim.</p>	<p>Ett vårdboende. 31 st, bortfall 2</p> <p>= 29 i studien.</p> <p>21 kvinnor 8 män</p>	<p>Signifikans mellan totalmängd koffein dagtid, apati och antalet gånger uppe per natt. Signifikans mellan mängd, koffeinintag efter klockan 18 och antalet gånger uppe per natt.</p>	8/13
Frisök	<p>Lee Y & Kim S.</p> <p><i>Effects of indoor gardening on sleep, agitation, and cognition in dementia patients –</i></p>	<p>Undersöka effekten av trädgårdsodling inomhus på sömn, agitation och kognition hos personer med demenssjukdom.</p>	<p>Kvantitativ ECT (pilotstudie)</p> <p>Baseline 7 Intervention 28 dagar.</p>	<p>23 personer på ett demensboende i Korea.</p> <p>Bortfall och kön redovisas ej.</p>	<p>Signifikans färre och kortare uppvaknade dag och natt, bättre sömn, effektivitet. Agitation, kognition förbättrades signifikant.</p>	8/13

	<i>a pilot study.</i> 2008 Korea.					
Med line.	Shinno, Inami, Nakamura & Horigichi. <i>Effect of Yin-Gan san on psychiatric symptoms and sleep structure at patients with behavioural and psychological symptoms of dementia.</i> 2008 Japan.	Undersöka effekten av Yin-Gan San och hur det påverkar beteendet, psykiska symtom och sömnstörningar hos personer med demenssjukdom.	Kvantitativ ECT Baseline, 4 veckor intervention.	5 deltagare deltog i studien. 4 kvinnor 1 män	Både sömnen, beteenden, psykologiska symtomen förbättrades men inte den kognitiva förmågan.	10/ 13
Fri-sök	Simoncini, Gatti, Ettore-Quirico, Ballas, Capallero, Obialero, D'Agostino, Sandri & Pernigotti. <i>Acupressure in insomnia and other sleep disorders in elderly institutionalized patients suffering from Alzheimer's disease.</i>	Undersöka effekten av att använda akupressur mot sömnbesvär hos äldre personer med Alzheimers på vårdboende. Studien ville även se om metoden var genomförbar på denna patientgrupp.	Kvantitativ Longitudinell prospektiv studie. ECT Baseline, 8 veckors behandling, uppföljning efter 4 månader.	Två vårdhem med 178 boende. 129 med i studien och 39 vårdare. Bortfall 49. Kön redovisas ej	Signifikant ökad sömnkvalitet, sömneffekt, total sömn, snabbare insomning. Enligt deltagarna ökad livskvalitet/hälsostatus och beteende. Sedativa läkemedelsreducering hos alla deltagare under projektet.	11/ 13

	2015 Italien.					
Fri- sök	Skovdahl, Sörlie & Kihlgren. <i>Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies : an intervention study in dementia care.</i> 2007 Sverige.	Utifrån dokumentation en beskriva taktil stimulering från vårdgivarens perspektiv samt se förändringar hos personer med demenssjukdom med aggressiva eller rastlösa tendenser.	Kvalitativ Innehålls analys 28 veckor	Ett vårdboende. 10 st, bortfall 5. 4 män, 1 kvinna 40 vårdare	Alla deltagarna visade positiva känslor och tecken på avslappning. Fyra av fem deltagare somnade under/ efter behandlingen. Vårdarna upplevde att de hade lättare att integrera med de boende och en varmare relation till dem.	11/ 13
Pub Med	Sloane, Williams Mitchell, Preisser, Wood, Barrick, HickmanG ill, Connell, Edinger & Zimmerman. <i>High-Intensity Environmental Light in Dementia: Effect on Sleep and Activity.</i> 2007 USA.	Undersöka om högintensivt ljus i allmänna utrymmen på vårdboenden förbättrade sömn och dygnsrytmen hos personer med demenssjukdom.	Kvantitativ ECT med kluster design. Tvärsnitts- undersökning med fyra olika ljusinterventioner. 3 veckor lång /intervention.	2 äldre- boenden. 162 tillfrågades (bortfall 25) 122 var berättigade (bortfall 19) 103 samt tyckte Bortfall totalt 91. 66 deltog i studien. 35 män 31 kvinnor.	Nattsömnen förbättrades hos deltagarna som fått ljusbehandling på morgonen och hela dagen.	10/ 13



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se