



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

Aina Kristin Halvorsen Saghaug

Fordypningsoppgave 4VFOPSH1

Eldre og søvn

EOPSH kull 3

2013

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Forord

What can I do to let you sleep better on your first night with us? The nurse asks a newly admitted patient. The patient, a very frail cachexic man, is withdrawn and reserved. He says nothing. Not giving up, the nurse makes suggestions. "How about a back-rub or a foot-rub?" She watches the patient for a clue, and when he smiles slightly at the mention of a foot-rub they set a mutually agreeable time for it to occur. It is one of the most genuine messages of caring I can imagine. The lights are dimmed, the lotion warmed, her voice is soft and often silent. She stands at the foot of his bed so she can look at him as she does her work. Although her night is hectic, she takes her time, moving slowly and lovingly. When she is finished she wraps his feet in warmed towels to prolong the physical and psychological effects after she is gone. The message that he is still an important and worthy person, and that she cares for him, is clearly communicated through her touch.

B. Perry, 1998.

Jeg vil takke min lærer og veileder Irene Imingen
for godt samarbeid og motiverende tilbakemeldinger
gjennom hele skriveperioden.
Tusen takk!

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Innholdsfortegnelse	3
1.0 Innledning.....	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Avgrensninger.....	6
1.4 Oppgavens oppbygging	7
2.0 Metode	8
2.1 Litteraturstudie som metode	8
2.2 Litteratursøk	9
2.3 Kildekritikk	10
3.0 Teori.....	11
3.1 Omsorg	11
3.2 Personsentrert omsorg.....	12
3.3 Menneskesyn.....	13
3.4 Eldre.....	13
3.5 Søvn	14
3.5.1 Normal søvn	14
3.5.2 Aldersforandringer og søvn	15
3.5.3 Insomnia	16
3.6 Huden	18
3.6.1 Hudens oppbygging.....	18
3.6.2 Berøring	20
3.6.3 Massasje	21
4.0 Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge for god søvn hos den gamle i sykehjem.....	23
4.1 Kan berøring bidra til en god søvnen?	23
4.2 Kan fotmassasje om kvelden lede til en bedring av søvnen?	28
5.0 Konklusjon	31
Referanseliste.....	33
Vedlegg 1	39

Antall ord: 9693

1.0 Innledning

Andelen eldre i vårt samfunn øker i årene framover. Omsorgsplan 2015 (2006) sier at antall eldre over 80 år vil fordobles fram mot år 2050. Morgendagens omsorg (2013) sier at den største veksten i antall eldre over 80 år vil komme om 10-15 år. Levealderen for menn vil øke raskere enn for kvinner, så dagens overvekt av kvinner vil jevne seg ut. Morgendagens eldre vil ha større ressurser til å møte sykdom, funksjonsnedsettelse og problemer med.

Begrunnelsen er at eldre vil møte sin egen alderdom med bedre økonomi, høyere utdanning, bedre boforhold og bedre helse. Men en bedring av disse forholdene tilsier ikke at de eldre vil oppleve bedre søvn.

Mange eldre uttrykker stor bekymring over redusert søvn. Bjorvatn & Fetveit (2012) oppgir søvnproblemer og den belastningen den fører med seg for både pasienter og pårørende, som den utløsende årsaken til innleggelse i sykehjem. Søvn er en viktig faktor i de eldres opplevelse av helse og livskvalitet. Dårlig søvn virker inn på hvordan de føler seg dagen etter. Søvn har innvirkning på vårt humør, konsentrasjonsevnen og yteevnen. Tidligere forskning viser at redusert søvn og søvnforstyrrelser har innvirkning på ulykkestall i trafikken, og det leder til et større sykefravær og uførhet. Det er ingen grunn til å tro at eldre ikke har de samme erfaringene med redusert søvn. Det er generelle oppfatninger at søvnbehovet avtar med alderen. Bjorvatn og Fetveit (2012) mener det ikke er nok holdepunkter i denne påstanden til å si at dette er riktig. De viser til flere undersøkelser som sier at det totale søvnbehovet og søvnlengden er relativt likt gjennom hele vårt voksne liv. Men hos eldre vil søvnen bli fordelt utover flere timer i løpet av døgnet.

Eldre har gjennomsnittlig flere diagnoser på en gang. I en studie fra sykehjem i Bergen kom de fram til at inneliggende pasienter hadde gjennomsnittlig tre aktive diagnoser som indikerte medikamentell behandling. Dette skyldes naturlige aldersforandringer som gir økt risiko for sykdommer i de ulike organene (Ranhoff, 2008). Stigende alder med flere aktive diagnoser fører til økt bruk av legemidler (polyfarmasi). Polyfarmasi øker faren for bivirkninger og interaksjoner. Eldre har redusert evne til å kompensere for overskytende effekter av legemidler, noe som gir legemidlene en sterkere effekt. Bivirkninger som er vanlige hos eldre

er svekket kognitiv funksjon, forvirring, hjertebank, svimmelhet, urinretensjon, obstipasjon og konstant tretthet. Flere av disse bivirkningene gir uheldige konsekvenser for søvn. Svimmelhet kan gi fall, som igjen kan gi smerter som leder til redusert søvn. Urinretensjon og obstipasjon kan også gi smerter (Ranhoff & Bør Dahl, 2008).

Wyller (2011) skriver at over halvparten av pasientene som lider av insomnia plages med depresjon eller angstlidelser. Langvarig insomnia vil også være en risikofaktor for utvikling av depresjon. Insomnia er en medvirkende faktor hos pasienter som lider av for eksempel hjertesvikt. Disse vil ha økt nattlig polyuri, som gjør at de våkner hyppig på natt ved at de må på WC. Ulike typer smerter, slik som artrose, artritt og refluksøsofagitt, kan medføre lang innsøvnstid og hyppige oppvåkninger om natten.

Aristoteles skrev i år 350 f. Kr. en monografi om søvnløshet, så dette har vært et problem blant befolkningen i generasjoner. Fortsatt er det behov for utstrakt forskning på søvnløshet for å få kunnskap om og forståelse for hvilke årsaker som ligger til grunn for søvnproblemene (Heier & Wolland, 2005).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Søvn er et tema som ofte blir diskutert med nattpersonalet på min avdeling. Det virker som ansatte har en forventning om at alle eldre på institusjon skal sove fra tidlig kveld til neste morgen. Og det er enkelt å forlange at pasienter som sovner sent på kvelden og våkner tidlig om morgenen skal ha sovemedisiner fast til natten. Tidsrommet de eldre tilbringer i senga, kan i noen tilfeller strekke seg over 10 timer, og helt opp til 12 timer. Min forforståelse av denne utfordringen sier meg at mangel på kunnskap og redusert forståelse for en normal søvn hos eldre, fører til disse forventningene om at eldre skal sove hele natten uten forstyrrende oppvåkninger. For å gi en felles forståelse tilbake til mine kollegaer, ønsker jeg å belyse hva som er normal søvn blant eldre og enkle tiltak for å tilrettelegge for en god søvn.

1.2 Problemstilling

Ut i fra begrunnelsen for valg av tema og min erfaring fra tidligere, har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge for god søvn til den gamle i sykehjem?

1.3 Avgrensninger

I sykepleien er det flere teoretikere som har fokus på søvn, blant annet Florence Nightinggale (1946). Men i denne oppgaven velger jeg å belyse temaet ut i fra et omsorgsperspektiv. Jeg tar utgangspunkt i Kari Martinsens og Tom Kitwoods omsorgsfilosofi. Begrunnelsen for valget er at jeg mener at både nestekjærlighet og kjærlighet er en viktig faktor for å oppnå en god samhandling mellom pasienten og sykepleieren.

Mitt fokus i oppgaven er å se nærmere på hva som er normal søvn blant eldre, insomnia og enkle tiltak for å tilrettelegge for god søvn. Jeg ønsker å se nærmere på tiltak som berøring og massasje. Innen massasje vil jeg fokusere på klassisk massasje, og se på hvordan fotmassasje virker inn på søvn til den eldre. Jeg har valgt og ikke fokusere på medikamentelle tiltak, fordi jeg ønsker å se om man kan oppnå en bedre søvnkvalitet og søvnkvantitet ved hjelp av andre tiltak. Søvnhygieniske tiltak vil heller ikke bli berørt her. Oppgaven vil omhandle eldre generelt. Eldre med kognitiv svikt har spesielle utfordringer når det gjelder søvn. Personer med demens vil ikke bli omtalt i oppgaven. De eldre i oppgaven skal bo på institusjon. I drøftingen vil «de eldre» bli byttet ut med ordet «pasient». Dette har sammenheng med pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som definerer en pasient som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle». Sykepleieren er helsepersonell, og tiltak som settes i verk i forhold til insomnia, blir å betrakte som helsehjelp. Jeg har også valgt å se bort fra kulturforskjeller som kan forekomme blant nordmenn og personer fra ulike andre kulturer.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i 5 hoveddeler. Første del er innledningen og der vil også problemstillingen komme fram. Metode kommer i andre del. Den inneholder litt om litteratursøk og kildekritikk. Teoridelen kommer inn under tredje del. Den er delt inn i underkapitler for å belyse faglitteraturen som er relevant for besvarelsen. Deretter følger fjerde del som er oppgavens drøftingsdel. Konklusjonen er skrevet under del fem.

2.0 Metode

Sosiolog Vilhelm Aubert blir ofte sitert når det gjelder å definere hva en metode er. Han sier:

«Metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (sitert i Dalland, 2012, s. 110).

Metode er et redskap for å skaffe oss gode data for å finne og etterprøve kunnskapen vår på en faglig interessant måte. Målet ved valg av metode er å reflektere over hva som er en ideell framgangsmåte, og hva som er praktisk gjennomførbart (Dalland, 2012).

Dalland (2012) oppgir to hovedtyper av metoder. Dette er kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode. Valg av metode avgjør hvilken informasjon eller data man ønsker å komme fram til. Denne oppgaven skrives som en litteraturstudie.

2.1 Litteraturstudie som metode

Vår fordypningsoppgave er en litteraturstudie. En litteraturstudie er en oppgave der man søker etter aktuell litteratur på det emnet som er valgt, og hvor man gjør en kritisk vurdering av litteraturen som man finner. Deretter skal litteraturen presenteres og drøftes ut i fra den kunnskapen man har opparbeidet seg og problemstillingen man har valgt for oppgaven (Dyste, Hertzberg & Hoel, 2010). Å søke gjennom tilgjengelig litteratur om et emne, er en form for forskning eller faglig utvikling. Forskning vil si å lete. Filosofen Arne Næss trekker fram alle amatørerne som finnes i samfunnet. Å forske vil si at de må tilegne seg visse kunnskaper for å bli betegnet som en profesjonell forsker. Næss vil gi honnør til alle amatørerne som har trukket fram ulike områder som det aldri ville ha blitt forsket på hvis ikke amatørerne hadde tatt tak i dem. Ved at de godtar metodekravene, kan de starte med undersøkelser innen ulike områder. De vil oppdage at de tilegner seg en annen forståelse gjennom erfaringene, og de utvikler også en sunn kritisk sans overfor sitt eget og andres arbeid. Gjennom undersøkelsene vil det dukke opp nye spørsmål som de trenger å undersøke

videre. Det er ingen grunn til å la være å undersøke den første saken selv om nye spørsmål dukker opp. De må bare akseptere at de ikke har all kompetansen som trengs til å være forsker. Det viktigste er å tenke på at hvis ikke de starter undersøkelsen med denne saken, vil kanskje heller ingen andre undersøke den. Og da vil vi aldri fått klarhet i spørsmålet (Dalland, 1997).

2.2 Litteratursøk

I oppgaven har jeg benyttet pensumlitteratur og faglitteratur som er funnet etter søk i BIBSYS. Jeg har også funnet litteratur ved å søke i referanselister fra fag- og forskningsartikler. På leting etter primærkildene, ble det foretatt artikkelsøk etter referanselistene. Her ble det brukt BIBSYS ASK som utgangspunkt for tidsskrift- og artikkelsøket. Jeg oppdaget at mye av faglitteraturen var av eldre dato, men jeg valgte å bruke den fordi litteraturen er grunnleggende for valgt tema. Også flere av forskningsartiklene er av eldre dato. Men jeg har funnet to forskningsartikler som er fra 1 - 3 år gamle.

Gjennom Høgskolens bibliotek fikk jeg tilgang på ulike databaser, både medisinske og sykepleiefaglige. Under artikkelsøket ble det haket for «Peer-review/referee». Det betyr at publikasjonen som utgis etter forskning, er sjekket for kvaliteten og viktigheten. Denne kvalitetskontrollen utføres av eksperter på fagfeltet, og målet er å sikre god faglig kvalitet på publiserte artikler (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007). Før jeg startet søket, laget jeg et PICO-skjema for å strukturere søkeprosessen. Det ble søkt i SweMed+ etter engelske MeSH-termer. MeSH står for Medical Subject Headings, og brukes av studenter, helsepersonell og forskere når de skal søke etter litteratur i viktige internasjonale referansebaser (Helsebiblioteket, 2013). Jeg brukte både engelske og norske søkeord fordi jeg da ville få opp både nordiske og engelske forskningsartikler. Jeg så på dette som viktig fordi det vil øke sjansen for relevante treff. I databasen EBSCOhost ble det søkt i AgeLine og CINAHL with Full Text. Det ble gjort avgrensinger i forhold til årstall, og ønske om kun å få opp forskningsartikler. Videre ble det søkt under SweMed + og Google Scholar.

Under søkeprosessen fikk jeg opp mange artikler som ved gjennomlesing viste seg og ikke være relevante. Artikkelen kunne omhandle yngre aldersgrupper, personer med demens eller de hadde fokus på annet tiltak, slik som fysisk aktivitet. Jeg fikk treff på en forskningsartikkel som senere viste seg å være skrevet på koreansk. Valget falt tilslutt på en norsk fagartikkel om søvn fra 2012. Den er skrevet av to norske leger som har forsket mye på søvn og søvnproblemer hos eldre. Jeg valgte også en hovedfagsoppgave som fokuserte på ikke-medikamentell sykepleieintervensjon for behandling av søvnproblemer hos eldre. Hovedfagsoppgaven var fra 2007. Tilslutt falt valget på 3 forskningsartikler som var skrevet på engelsk. Begge artiklene tar opp effekten av massasje. Det meste av min faglitteratur er av eldre årgang. Men jeg mener den er meget relevant for oppgaven. Flere av bøkene blir referert til i utallige studier, og bør muligens karakteriseres som klassikere innen emnet.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere og karakterisere den brukte litteraturen for å finne ut om den er oppdatert ut i fra dagens kriterier (Dalland, 2012). Det ble gjort noe kildekritikk ut i fra standardiserte sjekklister utgitt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. I utgangspunktet ønsket jeg å bruke primærkilder. Primærkilder er originaldokumenter som gjengir forfatterens egentlige perspektiv på fagstoffet. Når dette blir oversatt kan oversetteren ha tolket fagstoffet slik at det opprinnelige perspektivet kan ha forandret seg noe. Jeg mener vi skal være kritisk til all litteratur som er oversatt fra et annet språk. Forfatteren og oversetteren kan ha vektlagt innholdet i fagstoffet forskjellige, og dermed kan den opprinnelige meningen ha blitt forandret. Det viste seg å bli en utfordring å skaffe alle primærkildene. Jeg har derfor brukt noen få sekundærkilder. Artiklene som er skrevet på engelsk baserer seg på min oversettelse. Dette kan ha ført til feiltolkninger og upresis gjengivelse. Jeg har også valgt å gjengi flere sitater på forskningsartikkelens opprinnelige språk. Dette er gjort for å få fram budskapet på best mulig måte.

3.0 Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere Kari Martinsens omsorgsfilosofi og Tom Kitwoods filosofi om personsentrert omsorg. Deretter kommer en presentasjon av den eldre. Søvn er sentralt i kapitlet, og jeg vil se på hva som er normal søvn, og hvilke aldersforandringer som kan skje i forhold til søvn. Insomnia er diagnosen. Kapitlet avsluttes med huden og tiltakene berøring og massasje.

3.1 Omsorg

Kari Martinsens omsorgsteori har hatt stor innvirkning på den teoretiske utviklingen av sykepleiefaget i hele Skandinavia. Hennes teori er å betrakte som en filosofisk (fenomenologisk) teori (Kirkevold, 1998). Martinsen (2003) mener omsorg er et ontologisk fenomen. Med det mener hun at omsorg er en forutsetning for alt menneskelig liv. Omsorg er bundet sammen med ordene «om» og «sorgen». Dette kan likestilles med at det er en forutsetning at to parter er tilstede under omsorg. Den ene parten har omtenksomhet og bekymringer for den andre. Når den ene parten lider, vil den andre parten lide sammen, «sørge», og samtidig sørge for å lindre den andres smerter eller ubehag. Grunntanken er at mennesker er avhengige av hverandre. Omsorg sier noe om måten vi forholder oss til hverandre på og hvordan vi viser omtanke til hverandre. Omsorg er en sosial relasjon og fellesskapet gir den andres eksistens mening. For at omsorgen skal være ekte, er den enes holdning å anerkjenne ham og hans situasjon (Martinsen, 2003).

Martinsen (2003) innførte begrepet «generalisert gjensidighet». Med dette mener hun at omsorgsyteren ikke forventer seg noen gjengjeld for omsorgsyttelsen. Omsorgsarbeid vil si å gi omsorg til mennesker som ikke er selvhjulpne, enten fordi de er barn, gamle og syke, eller de kan også være funksjonshemmede. Generalisert omsorg forutsetter at vi kan sette oss inn i en situasjon der vi har forståelse for at alle mennesker kan komme opp i situasjoner der de er avhengige av hjelp fra andre.

Moral er knyttet sammen med kjærlighet i den betydningen å handle til det beste for den andre. Grunnlaget for all forståelse er sansing. Synet er den viktigste sansen fordi den gir oversikt og helhet. Hørselen er lydlig og underordner seg det som den hører. Martinsen vektlegger også de andre sansene våre, slik som blikk, håndlag og mimikk, for å tyde den sanselige forståelsen (ibid).

3.2 Personsentrert omsorg

Tom Kitwood utviklet en omsorgsfilosofi som brukes innen demensomsorgen. Sentralt i hans filosofi er en persons «personhood». Denne definerer han som «en rang eller status, der tildeles et menneske af andre i en kontekst af indbyrdes forhold og social væren. Det indebærer genkendelse, respekt og tillid. Så vel tilkendelsen af personstatus som mangelen på samme har konsekvenser, som kan empirisk efterprøves» (Kitwood, 2010, s. 18).

Omsorgsfilosofien går ut på å dekke en persons grunnleggende psykologiske behov. De har opphav fra vår evolusjon, og er knyttet sammen med vårt nervesystem og dets fungering. Kitwood (2010) mener at behovet «kjærlighet» er sentralt i tilværelse. Men at vi også må inkludere psykologiske behov som trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet. Ved å oppfylle ett av disse behovene, vil de andre behovene følge etter. Trøst vil si å gi ømhet, nærhet, lindre smerte og gi trygghet ved at vi er nær den andre. Tilknytning vises ved vår måte å skape følelsesmessige bånd til andre på. Gjennom inklusjon er vi medlemmer av en gruppe, og ved å bruke våre evner og ressurser oppnår vi beskjeftigelse. Vår identitet er å vite hvem vi er, både følelsesmessig og kognitivt (ibid.).

Kitwood (2010) mener alle disse psykologiske behovene finnes i oss alle, men at de ligger skjult og vi bevarer en liten funksjonsevne så lenge vi får tilfredsstilt et minimum av våre behov. Det er først når vi blir utsatt for press og stress i livet at behovene blir fremtredende. Dette kan være hendelser eller sykdommer tidlig i livet. Behovene vil variere fra person til person, avhengig av dens personlighet og livshistorie.

3.3 Menneskesyn

Selv om Kitwood utviklet omsorgsfilosofien med tanke på personer med demens, har den et menneskesyn som er meget viktig å ta med seg også til eldre og gamle uten demens.

Henriksen & Vetlesen (2006) skriver at Sokrates er opphavsmann til det humanistiske menneskesynet. Han setter mennesket i sentrum og sier at menneskeverdet er ubetinget. Mennesket er født potensielt godt og med en fornuft og fri vilje. Menneskene kan gjennom å bruke sin fornuft på rett måte utføre handlinger i tråd med denne innsikten. Vi som mennesker er sosiale, søker lykken og har evnen til å tenke. Mennesket har også en plikt til å ta ansvar for eget liv.

Bondevik (2012) likestiller den fysiske, psykososiale og eksistensielle dimensjonen i et helhetlig menneskesyn. Hun vektlegger respekten for menneskets egenverd under planlegging av omsorgstjenester. Men det er viktig å tenke på at den eksistensielle dimensjonen ikke bare fokuserer på kristen tro. Like viktig er det å poengtere at den også omhandler «livssyn, mening, håp, religion og kultur, triaden fortid – nåtid – fremtid og livshistorie» (Bondevik 2012, s. 51).

3.4 Eldre

Tidligere tider var alderdommen en del av hverdagslivet i hjemmet og på gården. Det var den yngre generasjonen som pleiet og stelt den gamle og syke. På 1900 tallet ble ansvaret mer og mer overtatt av profesjonelle pleiere på sykehus og i institusjoner (Kirkevold & Ekern, 2001).

Alder er en subjektiv opplevelse av seg selv. Allerede etter fylte 30 år, opplever mange seg yngre enn de i virkeligheten er. Desto eldre man blir, desto større blir avstanden mellom ønsket alder og faktisk alder. Vår oppfattelse for når vi er eldre eller gamle, har endret seg de siste 25 år. I dag er det naturlig å bruke pensjonsalderen til folketrygden når man skal si når man er eldre. Men ettersom mange pensjonerer seg i yngre alder, vil denne grensen for eldre

bli stadig yngre. Man defineres som gammel når man har passer 80 år. Forventet levealder er 84,1 år for menn og 86,8 år for kvinner (Daatland & Solem, 2011).

Ved naturlige aldersforandringer skjer det en reduksjon av cellene og dermed en skrumpning av størrelsen av kroppens organer. Celletapet vil først gi synlige symptomer etter lang tid. Det begrunnes med at kroppens fysiologiske reserve er meget stor. Det er først når organene blir utsatt for ytre påvirkninger, at kroppen ikke klarer å bevare et konstant indre miljø. Resultatet kan da bli sykdom. Huden er et godt synlig eksempel på hvordan elastisiteten reduseres i organet (Wyller, 2011). Aldersforandringer på huden ses som aldersflekker, som er opphopning av pigment der huden har blitt eksponert for lys. Ellers vil pigmenteringen bli ujevn fordi det skjer en reduksjon av pigmentceller. Huden blir tynnere, atrofi, og den mister fettreservene under huden. Dette er grunnelsen for at eldre får flere blåmerker og hudblødninger. Spesielt i ansiktet utvikler det seg rynker. Den tynne og uelastiske huden har redusert evne til å binde vann, noe som gjør eldre mer utsatt for dehydrering på varme dager. Tynn hud isolerer også dårligere mot kulde og har større sjanse for å gi trykksår (Mensen, 2008).

3.5 Søvn

Eldres opplevelse av egen søvn kan ha store variasjoner. Prevalens av selvrapporterte søvnvansker viser at nesten halvparten av eldre over 65 år oppgir søvnvansker (Wyller, 2011). Det er viktig å ha kunnskaper om hva som er normal søvn, for å kunne hjelpe pasienter som lider av søvnvansker og være i stand til å iverksette riktige tiltak for å bedre pasientenes søvn.

3.5.1 Normal søvn

Søvn kjennetegnes ved at en person ikke reagerer på stimuli fra omgivelsene, forholder seg avslappet og har lukkede øyne. En sovende person lar seg vekke av sterke stimuli fra omgivelsene. Under søvnen reagerer ikke hjernen på vanlige sanseintrykk. Men den kan foreta seleksjon over hvilke sanseintrykk den vil reagere på. Et eksempel er moren som

reagerer på sitt klynkende barn i naborommet, mens hun ikke reagerer på telefonen som ringer 30 cm fra hodet (Ursin, 1996).

Søvnzyklusen inndeles i 5 stadier på bakgrunn av registreringer foretatt av polysomnografi. Polysomnografi gir informasjon om søvnlatens, tiden fra pasienten legger seg i senga til han sovner, søvnkvalitet og søvnkvantitet. Den registrerer hjernens aktivitet, spontane øyebevegelser og muskelaktivitet fra de infrahyodoide muskler (under haken). Søvnens deles inn i to hovedgrupper, REM søvn og NREM søvn. Stadium 1 – 4 betegnes som non-REM (NREM) søvn ved at den ikke inneholder raske øyebevegelser. Stadium 1 til 2 går fra lett døsighet til lett søvn. Stadium 2 betegnes som vedlikeholdssøvn ved at den eldre er i ro lenge nok til å oppnå energisparing. Stadium 3 og 4 er dyp søvn (deltasøvn). Stadium 5 er rapid eye movement-søvn (REM), hvor man ser raske øyebevegelser under søvnen. REM-søvnen betegnes som drømmesøvn ved at de fleste drømmene forekommer i dette stadiet. Søvnstadiene går i syklus gjennom natten (ibid.).

Under søvnen er hjertefrekvensen redusert, og dermed synker blodtrykket. Blodgjennomstrømningen til de ulike organene er endret. Det produseres mindre magesyre hos friske og magesekken tømmer seg langsommere. Under REM-søvnen slapper lukkemuskelen av, og risiko for reflux øker. Urinproduksjonen reduseres om natten og utskillelsen av salter er lavere. Kroppstemperaturen er på sitt laveste ved 5-6 tiden om morgenen (ibid.).

3.5.2 Aldersforandringer og søvn

Søvnforstyrrelser i alderdommen kan ha mange ulike årsaker. Det kan være av fysiologiske eller normale søvnforandringer som kommer med økende alder. En endring i livsstilen som inntreffer ved pensjonsalderen, kan føre til at hverdagen blir mindre stressende og de kan ta det mer med ro gjennom hele dagen. Søvnstadium 3 og 4 (deltasøvn) vil normalt avta med alderen. Det viser seg at menn etter fylte 60 år mangler deltasøvn fullstendig. Kvinner har deltasøvn til etter overgangsalderen, men etter dette vil den avta på lik linje med menn. Med alderen vil søvnen bli mer overflatisk, og man vil ha nattlige oppvåkninger og avbrutt søvn.

Eldre har lettere for å bli forstyrret av lyder fra omgivelsene, slik som hoste. Den totale søvntiden vil bli kortere (Heier & Wolland, 2005).

Det er fortsatt en del usikkerhet rundt hvorfor man våkner tidligere om morgenen når man blir eldre. Det kan være redusert behov for søvn, eller endringer i den indre klokken. Den indre klokken, nucleus suprachiasmaticus i hypothalamus, taper celler ved økende alder.

Reduksjonen av celler er størst hos kvinner. Dette kan gi en fremskutt søvnfase, hvor man blir tidligere trøtt på kvelden, og våkner tidligere om morgenen. En sviktende døgnrytmeregulering hos eldre kan skyldes degenerative endringer i den indre klokken. Med alderen vil det bli viktigere å gjøre skille mellom dag og natt. Som følge av degenerative endringer i den indre klokken, vil de naturlige døgnvariasjonene i kroppsfunksjoner og hormonproduksjon avta. De eldre vil derfor døse mer på dagtid og behovet for søvn på natt vil avta (ibid.).

For eldre som har en forventning om at søvnbehovet og søvnlengde skal vedvare også i alderdommen, vil oppleve den forkortede søvnen som et problem. Målet med søvn bør være at man skal føle seg uthvilt på dagtid (ibid.). Det er deltasøvnen som gjør at personen føler seg uthvilt og vil være i stand til å fungere bra neste dag. Deltasøvnen forekommer i de første 3-4 timene etter at personen har sovnet, og den er ikke avhengig av når på døgnet personen har sovnet (Bjørvatn & Fetveit, 2012).

3.5.3 Insomnia

Med insomnia, søvnløshet, menes: «forbigående eller vedvarende vansker med innsovningen eller evnen til å opprettholde søvnen, slik at den som rammes, ikke føler seg uthvilt etter nattens søvn, eller kjenner seg trett om dagen» (Heier & Wolland, 2005, s. 87). Fenomenet insomnia er et subjektivt fenomen. Det beskriver hver enkelt persons subjektive beskrivelse av sin egen søvn og deres oppfattelse over for lite søvn og dårlig søvn de har hatt i løpet av ei natt. Dette kan være deres oppfattelse av innsovningsproblemer, hyppige oppvåkninger i løpet av natta eller at de våkner for tidlig om morgenen. Hver enkelt har sin egen definisjon over hva som er tilstrekkelig søvn i løpet av natta. Antall timer søvn og søvnkvalitet varierer

fra person til person. I klinisk praksis settes insomniakriteriene til en søvnlatens på over 20 minutter og /eller 6,5 timers total søvntid (Ursin, 1996).

Insomnia kan deles inn i fire grupper. Dette er primær insomnia, sekundær insomnia, akutt insomnia som er situasjonsbestemt og med varighet kortere enn fire uker, og tilslutt kronisk insomnia med en varighet over fire uker (Wolland & Heier, 2011). Den første gruppen er «primær insomnia» som ikke skyldes en fysisk eller psykisk sykdom, men som er en reaksjon på enkelte personers egen følelse av sine søvnvansker. En person som i voksen alder har opplevd sykdom, stress eller lidd av forbigående psykiske problemer, som på den tiden førte til problemer med å sove, vil automatisk ta med seg søvnproblemer inn i alderdommen. Dette skjer selv om de utløsende årsakene til begynnende søvnproblemer ikke lengre er til stede. Man kan si at dette er en form for «innlært søvnløshet», eller «psykofysiologisk insomnia». Anspente og engstelige personer er gode eksempler på denne kategorien. De har en innebygget redsel for ikke å få sove, noe som gjør at søvnen uteblir og de blir enda mer anspente og fortvilet. Subjektiv insomnia eller søvnagnosi vil si at de rammede har en feilaktig opplevelse av sin egen søvn. De føler at de sover dårlig, selv om en undersøkelse med polysomnografi viser en helt eller tilnærmet normal søvn. For den som lider av denne undergruppen, kan det være en lettelse å få vite at de får nok søvn. På engelsk kalles dette for «sleep state misperception» (ibid.).

Sekundær insomnia rammer som oftest eldre. Dette begrunnes med at årsaken er sykdommer, medikamenter eller stimulantia som gir søvnløshet. Mange sykdommer gir smerter og ubehag. Dette kan være herte- karsykdommer, lungesykdommer eller gastro-intestinal reflux. En person med reflux vil oppleve svie og smerter i epigastriet når mageinnholdet siver tilbake til øsofagus når personen ligger flatt. Dette skjer som regel i første del av natta. Hyppig vannlating med mange oppvåkninger opplever mange med hjerte- karsykdommer, nyresvikt, prostatabesvær og ved diuretikabehandling. Psykisk ustabilitet er en velkjent faktor som reduserer søvnen. Søvnforstyrrelser kan være det første tegnet ved en psykisk lidelse (ibid.).

3.6 Huden

I 1771 ble huden for første gang definert som et organ. Carl Von Linné, mannen som klassifiserte plantene, var den første som beskrev huden og dens sykelige forandringer. Fyrand (1996) refererer til huden som midtpunktet i all vår berøring, både når vi berører oss selv, og berører andre. Han mener videre at berøring kan ha både kvalitativ og kvantitativ aspekter. Det kvalitative aspektet går på hvordan vi opplever berøringen. Opplevelsen kan variere fra et kjærtegn fra noen vi en glad i og til et overgrep. Det er vår hjerne som bearbeider sanseinntrykket.

Huden som kroppens viktigste organ blir også bekreftet av Montagu (1986) som skriver at dette er: «the oldest and the most sensitive of our organs, our first medium of communication» (s. 3). Hun utdyper dette videre med å beskrive «touch is the parent of our eyes, ears, nose and mouth. It is the sense witch became differentiated into the others, a fact that seems to be recognized in the age-old evaluation of touch as «the mother of the senses» (s. 3).

3.6.1 Hudens oppbygging

Huden (kutis) er kroppens største organ, og den dekker hele kroppens ytre overflate. Huden er et sanseorgan for trykk, berøring, varme, kulde og smerte, og den skal formidle emosjonelle signaler til omgivelsene (Bjålie, Haug, Sand & Sjaastad, 1998). Huden er bygd opp av overhuden (epidermis) og lærhuden (dermis) og underhuden (subcutis). Epidermis er ca. 0,1 mm tykk. Epidermis består av et flerlaget keratinisert plateeteil. I det underste laget i epidermis (det basale cellelaget), dannes det nye celler som skyves mot overflaten ved slitasje. Dermis ligger under epidermis. Den er mellom 0,5 – 3 mm tykk. I dermis finner vi bindevev, blodårer, flytende vev med blodceller og immunsystemets celler, lymfeårer, nerveceller, glatt muskulatur med tilknytning til hårsjekker, talg og svettekjertler. Nervesystemet mottar ulike typer stimuli som sansecellene har omformet til elektriske signaler. Nervesystemet behandler disse videre. Sansecellene kan ligge samlet i sanseorganene, eller spredt over store deler av kroppen. Sansereseptorer er proteinmolekyler i sansecellene som påvirkes av direkte sansestimuli (ibid.).

Somatiske sanser er tilknyttet huden og bevegelsesapparatet. Disse sansecellene er følsomme for mekanisk påvirkning eller temperatur. Hudsansen kalles også den taktile sansen. Hudsansen formidler den direkte kontakten med verden utenfor kroppen. Den taktile sansen skyldes ulike typer sanseceller i huden. I overgangen mellom epidermis og dermis ligger de frie nerveendene. Dette er den enkleste typen sanseceller ettersom de ikke har noen tilleggsstruktur. De er følsomme for mekanisk stimuli, temperatur og smerte. De frie nerveendene adapterer langsomt eller ufullstendig. Det betyr at de har en redusert følsomhet for vedvarende og konstant stimuli (ibid.).

Taktile nervefibre fra huden som er tykke og med et godt utviklet myelinkjede, sender nerveimpulser med stor hastighet. Disse sensoriske nervefibrene har enten skiveformete nerveender mellom epidermis og dermis, eller de har nerveender knyttet til hårsækker eller til bindevevskapsler. Nerveendene som er knyttet til hårsækkene, er veldig følsomme for bevegelse av kroppshårene. De andre taktile sansecellene reagerer på deformering av huden (ibid.).

Ashley Montagu beskriver sammenhengen mellom huden og nervesystemet på denne måten:

Eftersom hjärnan och ryggmärgen utvecklas som en inbuktning av huden, kan man säga att dessa två delar av nervsystemet utgörs av en bit av huden som begravts inne i kroppen, eller att huden är en del av det centrala nervsystemet som är exponerat för omgivningen (sitert i Moberg, 2009, s. 40).

Berøring handler om kontakten mellom menneskene, enten i form av ulike former for kommunikasjon, eller hvordan vi stryker hverandre vennlig på huden. Massasje er en annen form for berøring, mer en behandlingsform, der effekten ligger under huden. Begge formene forutsetter samhandling mellom mennesker (ibid.).

3.6.2 Berøring

Selv om de fleste av oss tenker på berøring som hudkontakt mellom to mennesker, ligger det mye mer enn hudkontakt i berøring. Vi kan føle oss «ille berørt» når vi opplever noe ubehagelig eller er sjenert. Vi blir «rørt til tårer» når vi blir emosjonelle. «En berøring skjer når to menneskers atskilte verdener oppleves som et fellesskap.....En berøring er all form for samhandling mellom mennesker» (Fyrand, 1996, s. 57).

Den amerikanske antropologen Ashley Montagu (1986) skriver at den engelske betydningen av berøring, «takt», ble brukt i landet fram til midten av det nittende århundre. Tidligere dette århundre ble ordet tatt fra det franske språket der det betydde «å ta forsiktig på» en annen. Montagu (1986) var den første som brukte berøring som et grunnleggende behov.

The skin as the sensory receptor organ which responds to contact with the sensation of touch, a sensation to which basic human meanings become attached almost from the moment of birth, is fundamental in the development of human behavior. The raw sensation of touch as stimulus is vitally necessary for the physical survival of the organism. In that sense it may be postulated that the need for tactile stimulation must be added to the repertoire of basic needs in all vertebrates, if not in all invertebrates as well (s. 401).

Montagu (1986) hevder videre at “tactile needs do not seem to change with aging – if anything, they seem to increase” (s. 395).

Heap (2002) mener berøring er en naturlig del av sykepleierens kommunikasjon med eldre. Dette begrunner han med Eldres reduserte evne til selv å kommunisere, deres svekkelse av sanser og utvikling av demens og forvirringstilstander. Ved en berøring forsikrer sykepleieren at hun har fått kontakt med pasienten, og at denne vender sin oppmerksomhet mot samtalen som sykepleier ønsker å innlede. Han mener berøring som kommunikasjonsform er viktig. Berøringen sender signaler fra sykepleieren til pasienten at «Jeg liker deg. Jeg vet at du har det vondt. Du er ikke alene. Vi står hverandre nær, vi to» (Heap, 2002, s. 94). Når berøring samtidig inkluderer ekte medfølelse, etterfølges dette av en

form for non-verbal kommunikasjon i form av vårt ansiktsuttrykk. Budskapet blir på denne måten forsterket.

Under berøring frigjøres peptidhormonet oxytocin fra hypofysens baklapp. Oxytocin forbindes først og fremst med fødsel og amming (Bjålie et al., 1998). Oxytocinet innehar en nøkkelrolle når det gjelder å skape tilhørighet og for å opprettholde relasjoner. Oxytocin kalles også for «lugn-og-ro hormonet». Begrunnelsen er at oxytocinet har vist seg å redusere redselen for ukjente individer. Oxytocin bidrar til gjenkjennelse ved at den øker følsomheten i de ulike sansene og bruker denne erfaringen som et minne. Når individene møtes ved en senere anledning, og sanseinntrykk som lukt, syn, hørsel og berøring fra huden aktiveres, vil erfaringen fra tidligere skape trygghet og velvære. Berøring fra huden er et viktig sanseinntrykk (Moberg, 2009).

3.6.3 Massasje

Massasje brukt som metode til helbredelse er gammel. Kineserne skrev allerede 2500 år før Kristus i sine visdomsbøker om massasjens virkning. I indiske vedabøker er det avbildet gudinner som masserer gudenes føtter. Også i oldtidens Hellas ble massasje mye brukt av leger som en terapeutisk behandlingsmetode. Legekunstens far, Hippokrates, pekte på betydningen av ulikt tempo, rytme og kraft for å oppnå best mulig resultat med massasje (Bunken & Schultz, 1998).

Richards, Gibson & Overton-McCoy (2000) referer til Bech når de skal gi en definisjon på hva massasje er:

the systematic manual or mechanical manipulations of the soft tissues of the body by such movements as rubbing, kneading, pressing, rolling, slapping, and tapping, for therapeutic purposes such as promoting circulation of the blood and lymph, relocation of muscles, relief from pain, resoration of metabolic balance, and other benefits both physical and mental (Siter i Richards et al., 2000, s. 78).

Med ordet massasje, tenker jeg på klassisk massasje. Innen klassisk massasje brukes hovedsakelig hendene som arbeidsredskapet. I enkelte tilfeller kan også albue og føtter brukes som redskap. Hensikten med klassisk massasje kan være å

redusere smerter, normalisere sirkulasjonsforstyrrelser, avspenne muskulatur med for høy stivhetsgrad, stimulere muskulatur med for lav stivhetsgrad, motarbeide eller løse opp sammenvoksninger eller arrvev, bedre pasientens kroppsbevissthet, bedre pasientens kroppskontakt og bedre pasientens kontakt med egne følelser (Bunken & Schultz, 1998, s. 69).

Innen klassisk massasje brukes manuelle trykk, vridninger og strekk av huden, muskulatur og bindevev i blant annet sener og facier. Det er mest vanlig å behandle muskulaturen, men ved å variere på trykk og dybden i behandlingen, kan behandlingen foregå i dypere vevslag helt ned til organer og benet underlag (ibid.).

Det finnes tre hovedgrep innen klassisk massasje som alle betegnes med franske navn. Det første grepet er effleurage som er en form for strykninger. Hensikten med effleurage er å forberede og stimulere vevet til å ta imot dypere påvirkning, øke kroppsbevisstheten og den har også en effekt på de ulike sirkulasjonssystemene. Effleurage utføres med venestrømmen mot hjertet. Den brukes som en innledning til massasjen, mellom ulike grep og som en avslutningsmassasje. Effleurage foregår i et langsomt temp og med jevn rytme. Den behandler kun de øverste vevslagene, men reflektorisk virkning kan likevel bli generell (ibid.).

Det andre hovedgrepet er pétrissage som er knaing, valking, løfting og tøying og friksjoner. Hensikten med pétrissage er å øke vevets glidning i forhold til hverandre, redusere og bidra til at vevet ikke tilhefter, gir positiv effekt på sirkulasjonen og den tøyer vevet. Friksjoner når dypt ned i vevet, men de andre grepene når ned til de øvre og midterste vevslagene. Til sist har vi grepet tapotement. Dette er klapping, hakking, bulting og tapping. Tapotement har en stimulerende effekt på vevet, ved at hendene eller fingrene falle ned på eller snerter ved vevet på en rask måte. Huden vil i disse tilfellene få en lett rødhet som er tegn på økt lokale sirkulasjonen og som virker oppkvikkende på mottakeren (ibid.).

4.0 Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge for god søvn hos den gamle i sykehjem

I drøftingen vil jeg se nærmere på hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for god søvn ved å bruke berøring og klassisk massasje som sykepleietiltak. Dette vil ses i sammenheng med Kari Martinsens omsorgsfilosofi, Tom Kitwoods filosofi om personsentrert omsorg og egne erfaringer.

4.1 Kan berøring bidra til en god søvnen?

Her vil jeg se nærmere på hvordan sykepleieren kan bruke berøring som tiltak ved insomnia. Fyrand (1996) hevder berøring er all samhandling mellom pasient og sykepleier. Jeg vil her fokusere på berøring som foregår ved hjelp av våre hender.

Montagu (1986) var den første som refererte til berøring som et grunnleggende behov. Autton (1990) presiserer at hendene er våre viktigste og de mest taktile instrumenter. Han mener vår kultur har hatt en negativ utvikling til å bli mer fokusert på teknologi og upersonlighet, og derfor vil nærhet og fysisk intimitet være viktigere for oss nå enn tidligere. Som sykepleier har vi lært å bruke hendene våre terapeutisk og instrumentelt. Med hendene våre tar vi til oss inntrykk som er veldig viktige i forhold til den omsorgen og behandlingen vi skal gi til våre pasienter. Allerede når vi håndhilser på en ny pasient, observerer vi viktig informasjon om den andre. Dette kan være vibrasjoner i hånden til den andre, varme og kulde, fuktighet og tørrhet, og trykk. Med våre andre sanser, sanser vi andre observasjoner som er viktig å ta med oss videre. Når vi skal gi andre mennesker omsorg eller nestekjærlighet, er det hendene vi bruker. Vi stryker personen over hånden eller kinnet med rolige bevegelser, og vi bruker en rolig og behagelig stemme. Vi bruker hånden når vi ønsker å være tilstede for en pasient som ikke har det bra. Når vi ønsker å knytte nye bekjentskaper, brukes hendene til å hilse ((Birkestad, 2008). Selv om vi vet at våre hender er vårt viktigste arbeidsredskap, opplever jeg at vi bør bli mer bevisste på hvordan vi praktiserer vårt håndlag. Heap (2002) poengterer viktigheten av å inkludere medfølelse i vårt håndlag. Jeg har erfart at

på den måten vil pasienten føle seg ønsket og de føler at noen bryr seg om en. En medfølende hånd er viktig for å få til en god berøring som tilfører pasienten trygghet og velvære.

Om berøring er en god måte å tilrettelegge for god søvn på, er avhengig av de ulike mennesketyperne. Det er ikke alle som liker å bli tatt på eller bli berørt. De sitter kanskje inne med negative opplevelser fra tidligere i livet som på eldre dager kobles sammen med nærhet og kroppskontakt. Da vil opplevelsen av berøring kanskje skape stress og forsvarsreaksjoner i stedet for ro og avslapning (Moberg, 2009). Autton (1990) mener mange eldre har en redusert selvtillit og et endret kroppsbilde. Sammen med følelsen av fremmedgjøring, kan dette gi en økning av identitetsbehovet. Kari Martinsen (2003) sier omsorg betyr at mennesker er avhengige av hverandre, og denne avhengigheten kommer tydelig fram når pasienten opplever sykdom, lidelse og funksjonshemning. Det er under slike forhold at pasienten opplever at han ikke får sove. Som sykepleier er det min oppgave å se personen bak pasienten, og prøve å sette meg inn i hans situasjon og livshistorie, og iverksette tiltak som fører til at pasienten opplever ro og trygghet. Både Moberg (2000) og Kitwood (2010) vektlegger viktigheten av å kjenne til livshistorien til pasienten før man iverksetter tiltak. Som person er identitet og personlighet også en del av livshistorien. Det å gi hjelp til en person kan kreve at vi må kjenner til viktige hendelser og personlighet. Ved å kjenne livshistorien, kan man lettere forstå en person. Et eksempel kan være en person som alltid har hatt søvnproblemer. Disse problemene kan ha opphav i hendelser som har skjedd mange år tidligere i livet. Under berøring vil jeg som sykepleier raskt merke om pasienten er mottakelig for berøring. Estabrooks & Morse (1992) mener negative non-verbale signaler på at pasienten ikke liker berøring, er at pasienten snur hodet vekk fra sykepleieren, knytter hendene, ikke vil ha øyekontakt, lukker øynene eller dytter vekk sykepleierens hånd. Birkestad (2008) poengterer at berøring aldri skal gis når pasienten ikke vil, kun når pasienten vil. Dette stemmer med min erfaring, fordi berøring kan være en handling som foregår innen for en pasients intimgrense. Jeg har erfart at intimgrensen varierer fra pasient til pasient. Noen pasienter er fornøyd når jeg griper tak i deres hånd og stryker den sakte. Andre pasienter blir rolige når jeg stryker dem over nakken og skuldrene, og legger en arm rundt ryggen deres. Både Birkestad (2008) og Bunkan & Schultz (1998) hevder at berøring utenpå klærne kan være et veldig godt alternativ for de pasientene som ikke føler seg komfortable med å ha hudkontakt med andre.

Før jeg iverksetter tiltak som berøring, mener jeg det er viktig å skape et tillitsforhold og få pasienten til å bli trygg sammen med meg. Dette sammenfaller godt med Bunkan & Schultz (2008) som poengterer at vi godtar berøring fra personer vi liker og respekterer. Skrondal (1997) fant i sin studie ut at sykepleierens væremåte og evne til å oppnå kontakt og tillit hos pasienten, var overordnet hvilket kjønn sykepleieren hadde. Jeg mener berøring er en fin måte å avslutte et kveldsstell på. For at pasienten skal sovne, er det en forutsetning at han føler seg rolig og avslappet. Da vil det falle seg naturlig at jeg griper tak i hånden, og starter med små strykninger (effleurage) samtidig som jeg prøver å få til en form for kommunikasjon. Det vil variere fra pasient til pasient hvor de liker å bli berørt. Enkelte setter en grense ved hånden, mens andre opplever mer ro ved at hele armen blir berørt. Berøringen skal foregå nedadgående, det vil si fra skulderen og ut mot hånden, slik at vi stryker uroen ut av kroppen. En pasient med angst for å bli berørt, kan ha like god effekt av å bli berørt med strykninger på ekstremitetene (Bunkan & Schultz, 2008). Kommunikasjonen kan like gjerne være en nonverbal kommunikasjon ved at jeg bruker mine sanser som syn i det jeg observerer hvordan pasienten reagerer på min berøring, hørsel ved at jeg lytter til hva pasienter sier eller lyder som kommer. Og til slutt kanskje den viktigste sansen vår, den taktile sansen, ved at jeg med hendene observerer reaksjoner i pasientens hud og muskler. Der vil jeg også tidlig observere om pasienten er mottakelig for berøring, eller om han ikke ønsker å bli tatt på. Ved å bruke hendene til berøring og tenke dette som et grunnleggende behov, vil dette medføre en sterkere samhandling og knytte sterkere relasjoner mellom pasient og sykepleieren. Dette fører til en todelt tilbakemelding. Pasienten vil oppleve en sterkere tilknytning til sykepleieren og får en bedre selvfølelse, og sykepleieren vil oppleve en nærhet og en følelse av tilgjengelighet overfor pasienten (Autton (1990). Bunkan & Schultz (2008) hevder strykningene kun skal ha en varighet på noen minutter. Varighet utover dette kan lett utløse sorg, savn og aggresjon.

Hormonet oxytocin frigjøres ved berøring. Forskning viser at det virker reduserende på stress, skaper positive følelser og ro (Moberg, 2009). Som sykepleier opplever jeg at pasienter som opplever ro, vil ha gode forutsetninger for å ha en natt med god søvnkvalitet og reduserte oppvåkninger. Den tidlige oppvåkningen om morgenen vil i flere tilfeller utebli. Eldre kan også plages med en del sykdommer som gir plager på natten, slik som smerter og gastro-intestinal reflux. Både Moberg (2009) og Birkestad (2008) refererer til oxytocinets gode effekt ved at den høyner smerteterskelen og gir bedre smertelindring. Ved å bruke

berøring, kan det ses en effekt på mage-tarm funksjonen som igjen kan redusere gastro-intestinal reflux på natt. Disse effektene gir en bedre søvnkvalitet og reduserer sjansen for hyppige oppvåkninger i løpet av natta. Hendene skal brukes til å utøve berøring som skal kunne bidra til å gi pasienten en forbedring av søvnen. Min mening er at noe av det viktigste for å oppnå en bedre søvnkvalitet og også kvantitet, er å gi pasienten en opplevelse av ro og velvære. Selv om jeg ikke har forventet å få noe tilbake for den nestekjærligheten jeg gir pasienten, har det for meg vært stunder som har satt seg fast i mitt hjerte. Opplevelsen av en pasient som slapper av og forholder seg rolig sier mye mer enn tusen ord for meg. Av erfaring har jeg opplevd pasienter som faller i søvn under slike stunder.

Kari Martinsen (2003) refererer til Løgstrup når hun sier at «moralen er fundert i kjærlighet. Moral er å handle til den andres beste» (Martinsen, 2003, s. 71). Kjærlighetens moral har to sider. Den spontane og ubegrunnede kjærligheten som uttrykker noe grunnleggende i vår væremåte. Det er noe vi har felles og som uttrykker vår nestekjærlighet. Kjærligheten er rettet mot den andre for den andres skyld. Deretter kommer en uttalt og formulerbar side ved kjærligheten. Den bygger på våre normer og regler og sosiale forestillingen om kjærligheten, og kan sammenlignes med den barmhjertige samaritan. Kitwood (2010) har også med kjærlighet som et senter for sine psykologiske behov. Han refererer til en studie utført av Frena Gray-Davidson der hun beskriver at personer med demens har en nærmest «utsløret og næsten barnlig længsel efter kærlighet.....en generøs, tilgivende og betingelsesløs accept, en helhjertet emotionel given uden forventning om direkte belønning» (Kitwood 2010, s. 89). Selv om denne studien viser til personer med demens, er det ingen grunn til å tvile på at også eldre har et stort behov for å føle aksept og lengte etter kjærlighet. Berøring er en måte å vise kjærlighet på, som eldre står i fare for å få for lite av. Denne påstanden støttes av Moberg (2009) og Simon (1986) som sier at spesielt gamle lider av mangel på berøring. Derfor har de god effekt av å bli berørt med myke strykninger på huden. Simon (1986) anser berøring for å være grunnleggende for menneskenes kommunikasjon. På det tidspunktet menneskene får tilfredsstilt sitt behov for hudkontakt med andre mennesker, vil de oppleve tilfredshet.

Både Kari Martinsen (2003) og Tom Kitwood (2010) bygger sine kjærlighetsbegrep på samme forutsetningen. Det at ingen forventer noe godt tilbake uansett hvor mye kjærlighet de gir fra seg. All omsorg gis i den hensikt å gjøre noe godt for den andre. Pasienten er avhengig av

hjelp fra sykepleieren, som vil sette seg inn i pasientens situasjon. Ken Heap (2002) bruker begrepet medfølelse når han snakker om berøring som en kommunikasjonsform. Men også medfølelse kan settes i sammenheng med kjærlighet. I begge tilfellene handler det om å se personen bak pasienten og klare å settes seg inn i den andres tilværelse for et øyeblikk. En annen ting som Kitwood (2010) trekker frem innen sosial psykologi er det sosiale miljøet den enkelte befinner seg i. Relasjonene rundt pasientene bør være støttende, varm og aksepterende. For å kunne eksistere som en person trenger alle mennesker å få ulike psykologiske behov dekket. Foruten kjærlighet er trøst og det å bli inkludert og tatt på alvor av sine omgivelser viktige psykologiske behov. Dette kan settes i sammenheng med sykepleier og pasientrelasjonen, der det kreves at sykepleier er både fysisk og psykisk tilstede for pasienten under hele prosedyren. I trøst legger Kitwood (2010) betydningen av ømhet og nærhet, og at vi skal berolige pasienten og skape en trygghetsfølelse. For at vi skal klare dette, er det nødvendig at vi står pasienten nær, og støtter han når han står i fare for å bryte sammen. Dette sammenfaller godt med hvordan Tuft (1992) mener vår kommunikasjon med våre hender kan være. Hun skriver om hvordan følelsene avspeiles i håndlag. Hun sier at hendene merkes som blant annet upersonlige hender, harde hender, tomme hender, kalde hender, men også som varme hender, ømme hender, omsorgsfulle hender og kjærlighetsfulle hender. Tuft støttes her av Herdis Alvsvåg (1993) som mener at hendene formidler ulike kvaliteter, slik som usikkerhet og fomling, sikkerhet og fasthet eller hendene kan også formidle faglig dyktighet. Hun sier videre at hendene våre formidler omtenkksomhet, hensynsfullhet og engasjement slik at vi skal kunne se personen bak pasienten og dens livssituasjon. Begge bekrefter videre at hendene er følsomme instrumenter som er en forutsetning for å gi pasientene en opplevelse av velvære og trygghet.

Kari Martinsen (2003) vektlegger synet som vår viktigste sans. Synet gir sykepleieren en oversikt og helhet over pasientens situasjon. Det er gjennom synet vi klarer å få en forståelse for hvordan pasienten virkelig har det. Ved å flette inn våre andre sanser, slik som huden ved å fokusere på vårt håndlag, og blick og mimikk, klarer vi å få en faglig forståelse for den andres situasjon. Som sykepleier har jeg blitt mer og mer bevisst på hvordan jeg skal bruke mine sanser for å tilegne meg en oversikt over den andres situasjon. Det er alltid en grunn til at pasientene ikke får sove. Hvis pasienten uttrykker en subjektiv opplevelse av smerter, kan jeg som sykepleier hjelpe pasienten med å takle smertene ved å tilby berøring i form av effleurage. Smertelindring i form av berøring understøttes av både Molberg (2000) og

Birkestad (2008). Martinsen (2003) sier at sykepleieren må være åpne for å bruke sine sanselige inntrykk, og at sykepleieren må øve seg på å bruke sine sanser ved å se, lytte og berøre klinisk på en god måte. Å gi pasientene en følelse av godhet er nestekjærlighet. Pasientene vil oppleve en god relasjon og samhandling. Mine erfaringer sier meg at dette skaper trygghet som vil gi pasienten en beroligende følelse. Lugn, ro og trygghet vil gi pasienten en bedre forutsetning for å oppnå forbedret søvn.

4.2 Kan fotmassasje om kvelden lede til en bedring av søvnen?

Som sykepleier er det min oppgave å tilrettelegge forholdene slik at eldre skal sove best mulig i løpet av natta. Ulike former for massasje beskrives i litteraturen som aktuelle metoder sykepleieren kan bruke for å hjelpe pasienten til god søvn. Richards et al. (2000) viser til ryggmassasje som effektivt ved insomnia. Jensen (2007) hevder fotmassasje er den beste sykepleieintervensjonen ved insomnia. Dette begrunnes med at ryggmassasje er utfordrende å gjennomføre hvis sykepleieren er alene med pasienten. Ulike sykdoms- og helsetilstander kan gjøre det ubehagelig for pasienten å få ryggmassasje. Føttene vil være lett tilgjengelige for sykepleieren når hun skal utføre massasje og fotmassasje tar kort tid å administrere. Etter endt massasje vil pasienten ligge godt i sin seng, og kan fortsette avslapningen uten å bli forstyrret. Hun støttes her av Bunkan og Schultz (1998) som forteller at områdene under anklene har et stort antall følelseslegemer og inneholder få fysiologiske risikomomenter. Montagu (1986) presiserer at fotsålene er et område med et stort antall sanseceller. Det er kun fingertuppene, nese, lepper og tunge som har større tetthet av sanseceller.

Bunkan og Schultz (1998) mener klassisk massasje på huden har innvirkning på kroppen og dens organsystemer som gjør at vi kan føle, tenke, bevege oss og ta til oss næring for å opprettholde livet. Hjernen er den delen av kroppen som kontinuerlig mottar impulsen fra omgivelsene, fra huden, indre organer og fra hukommelsen. Selv om vi merker at vi er triste, må bevisstheten fortelle oss hvorfor vi føler oss triste. Alle fenomener føles på kroppen, men de må tolkes og noe må reagere på impulsene, for tilslutt å gi seg utslag som kroppslige uttrykk. Montagu (1986) mener huden kan ses på som det eksterne nervesystemet, fordi det under evolusjonen har felles cellelag med huden.

Fotmassasje om kvelden bør utføres mens pasienten ligger godt tilrettelagt i sin seng, med dyna godt bredd over seg, og med hodet lett hevet slik at han kan ha øyekontakt med sykepleieren, hvis han ønsker det. Belysningen bør være dempet, og hvis pasienten ønsker det, kan rolig musikk spilles. For å redusere friksjon under massasjen, brukes valgfri lunken olje. Hendene skal være varme. Sykepleieren står ved fotenden av senga. Fotmassasje utføres med effleurage, pétrissage og tapotement, med en fast og myk hånd. Det er viktig at sykepleieren er til stede og har fullt fokus på pasienten og på tiltaket som utføres. Pasienten vil raskt oppdage hvis sykepleieren ikke legger sin følelse inn i handlingen. Hvis dette skulle skje, vil sykepleierens massasje bli preget av usikkerhet og likegyldighet, og rytmen vil bli rask og urytmisk. Når sykepleieren har fokus på oppgaven, skal pusten til sykepleieren være rolig og jevn. På den måten kan sykepleieren få med seg pasientens egen respirasjon, og pasienten vil gå inn i en beroligende tilstand. Denne påstanden støttes av Bunkan & Schultz (1998) som hevder at den beroligende effekten vil komme når massasjen utføres med langsomme bevegelser. Sykepleieren kan bruke massasje til å kommunisere med pasienten. En empatisk massasje sender signaler slik at pasienten vil oppleve trygghet, aksept, nærhet og respekt. Pasienten vil også få en opplevelse av likeverdighet. Under fotmassasjen vil føttene gi en følelse av varme og velbehag på grunn av økt blodsirkulasjon. Ved å legge et varmt håndkle rundt føttene etter massasje, vil denne følelsen vedvare utover natta. Etter avsluttet massasje er det viktig og ikke uro pasienten. Dyna legges over føttene, og sykepleieren forlater rommet uten verbal kommunikasjon.

I studien utført av Jensen (2007), kunne alle pasientene rapportere om en positiv bedring av søvnen. En pasient opplevde store innsovningsproblemer hver dag i uken før testen startet. I løpet av testperioden opplevde denne pasienten ingen innsovningsproblemer. Når det gjaldt nattlige oppvåkninger, kunne en pasient rapportere at dette problemet var borte. En annen pasient rapporterte at hennes søvnkvalitet var meget god hver natt etter å ha fått fotmassasje. Selv om Jensen har brukt fotmassasje som intervensjon for å bevise en forbedret søvn ved massasje, sammenfaller dette godt med studier som refereres hos Richards et al. (2000) og Nelson og Coyle (2010). Begge studiene kommer fram til at massasje har en positiv effekt på søvnkvaliteten. Studien utført av Richards et al. (2000) viser at pasientene sov i gjennomsnitt

en time lengre etter massasje. Og den viser også at pasientene hadde en subjektiv opplevelse av bedre kvalitet på søvnen.

Kari Martinsen (2003) knytter moral til kjærlighet og nestekjærlighet, det å handle til den andres beste. Hun mener omsorg skal knyttes til redskaper som pasienten allerede er kjent med. Disse redskapene kan være våre hender og vårt håndlag. Massasje er et godt eksempel på hvordan hendene brukt som redskap kan gi omsorg til en pasient for at han skal oppleve mening og ha en opplevelse av fellesskap og likeverd. Hvis våre hender også kan være med på gi pasientene en forbedret søvn, er dette tiltak som gir god effekt. Innen personsentrert omsorg trekker Kitwood (2010) fram blant annet ømhet, omsorg, trygghet og lindre smerter som viktige faktorer innen det psykologiske behovet trøst. Massasje gjennomført med en fast og sterk hånd, vil tilføre pasienten en ømhet og omsorg som vil føre til at pasienten opplever trygghet. Massasje brukes også som behandling for smerter, og fravær av smerter gjør at pasienten faller til ro.

Bunkan & Schultz (1998) hevder at massasje virker muskelavslappende og at effekten ikke bare foregår på hud, muskulatur og bindevev, men at den kan dirigeres til både organer og benet underlag. Før tiltaket massasje iverksettes, er det viktig å tenke på de naturlige aldersforandringene på huden til eldre. Det er en forutsetning for å utføre massasje at huden er sterk, uten sår og rifter, og at vi ikke utsetter pasienten for smerter ved massasjen. Eldre med skjør og atrofisk hud vil ha bedre av berøring, der strykningene foregår med lett og varsom hånd. Mine erfaringer som sykepleier og innen klassisk massasje sier at virkningen av tiltaket vi utfører, er viktigere enn om vi bruker massasje eller berøring for å komme fram til en bedring for pasienten. Sykepleierens hensikt må hele tiden være å tilby det beste for pasienten med det mål at han skal ha en opplevelse av velvære og tilfredshet. Og at han da vil få en bedring i sin søvnkvalitet og kvantitet. For sykepleieren er dette en form for nestekjærlighet. Dette støttes av Martinsen (2003) ved at kjærligheten er rettet mot pasienten kun for hans egen skyld.

5.0 Konklusjon

Min motivasjon for å skrive denne oppgaven var å finne ut om ansatte ved en institusjon ved hjelp av enkle tiltak kunne hjelpe pasienter som lider av insomnia til å oppnå en forbedring av sin søvn. Mitt ønske er at oppgaven vil være med på å sette en ny agenda for hva vi kan tilby disse pasientene av ikke-medikamentelle tiltak.

Som beskrevet i innledningen, har mange ansatte en forventning om at eldre burde sove uavbrutt hele natten, helt opp i 10 timer. Sett i lys av hva som skjer med søvnen under normale aldersforandringer, er det ikke logisk å forvente dette. Normale aldersforandringer kan ikke behandles, og de rammer alle eldre. Mange eldre tar seg en liten «høneblund» på ettermiddagen. Dette kan føre til at de eldre sover færre timer om natten, og de vil våkne tidligere om morgenen. Forskning viser at ved å innføre fotmassasje om kvelden, vil de fleste sove flere sammenhengende timer om natta. Forskningen viser også at eldre har en subjektiv opplevelse av at søvnen blir bedre, og de føler seg uthvilte når de våkner om morgenen. Berøring har vist seg å ha en effekt ved at de eldre føler seg roligere. Berøring har også den effekten at eldre føler seg sett og ivaretatt på en slik måte at de opplever trygghet og velvære. Ro, trygghet og velvære er viktige faktorer for å få pasienten til å slappe av og falle i søvn.

Kan sykepleieren tilrettelegge for god søvn til den gamle? Svaret må bli at både berøring og massasje er tiltak som viser seg å ha effekt ved insomnia. Dette er enkle og kostnadseffektive tiltak som er positive for pasientene, og sykepleierne vil oppleve en tilfredshet ved at de har gitt sin neste en forbedret søvn.

Mens jeg jobbet med oppgaven, oppdaget jeg betydningen av å vektlegge berøring som et grunnleggende behov. Dette behovet viser det seg er like livsnødvendig som andre grunnleggende behov. Jeg føler at dette behovet har blitt tilsidesatt innen sykepleien de siste årene. Som denne oppgaven viser, kan ikke pasienten oppleve tilfredshet og føle lugn og ro før behovet for berøring er tilfredsstilt. Betydningen av dette grunnleggende behovet bør

vektlegges i den videre sykepleierutdanningen. Jeg velger å avslutte med et sitat som tydelig viser hvor viktig berøring er for alle mennesker i alle aldersgrupper.

«Ethvert menneskebarn som fødes inn i denne verden, har behov for å bli berørt, og behovet for kontakt varer helt til døden – til tross for samfunnets forsøk på å få oss til å tro noe annet»

Sidney B. Simon (1986)

Referanseliste

- Alvsvåg, H. (1993). Det gode blikket og de gode hendene. I K. Martinsen (Red.). *Den omtenkssomme sykepleier*. Oslo: TanoAschehoug.
- Autton, N. (1990). *Berøring. Berøringens bruk i omsorg og terapi*. Øyslebø: Eikstein Forlag.
- Birkestad, G. (2008). *Beröring i vård och omsorg* (6. utg.). [Sverige]: Ófeigur förlag.
- Bjorvatn, B & Fetveit, A. (2012). Søvnproblemer blant eldre. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 177-186.
- Bjålie, J. G., Haug E., Sand O., & Sjaastad Ø. V. (1998). *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bondevik, M. (2012). Den eksistensielle dimensjon. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri* (3. utg., s. 51-60). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bunkan, B. H. & Schultz, C. M. (1998). *Medisinsk massasje*. (2. utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget AS.
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2011). *Aldring og Samfunn* (2. utg.). [Bergen]: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dalland, O. (1997). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dysthe, O., Hertzberg, F., & Hoel, T. L. (2010). *Skrive for å lære* (2. utg.). [Oslo]: Abstrakt forlag AS.

Eastabrooks, C. A. & Morse, J. M. (1992). Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style. *Journal of Advanced Nursing*, 17(4), 448-456.

Fyrrand, O. (1996). *Det gåtefulle språket. Om hudens kommunikasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorg, kommunikasjon – minner – kriser – sorg* (3. utg.). [Oslo]: Kommuneforlaget AS.

Heier, M. S. & Wolland, A. M. (2005). *Søvn og søvnforstyrrelser*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS.

Helsebiblioteket (2013). Lokalisert på: <http://www.helsebiblioteket.no/for-forskere/medical-subject-headings-mesh-oversettes-til-norsk;jsessionid=28693B3055946E5A56772C8D1B8D6988>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. st. 29, 2012-2013). Oslo: Departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. (St. meld. nr. 25, 2005-2006). Oslo: Departementet.

Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg.). [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Heier, M. S. & Wolland A. M. (2005). *Søvn og søvnforstyrrelser*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag as.

Jensen, T. L. (2007). *Fotmassasje. En ikke-medikamentell sykepleieintervensjon ved behandling av kronisk insomnia hos eldre sykehjemspasienter*. Institutt for Sykepleievitenskap, Oslo.

Karoliussen, M. (2012). *Nightingales arv – ny forståelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2. utg.). [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. & Ekern, K. S. (2001). *Familien i sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kitwood, T. (2010). *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. København: Munkgaard Danmark.

Larsen A. K. (2007). *En enklere metode – Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien* (2. utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk – filosofiske essays* (2. utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget.
- Mensen, L. (2008). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 51-56). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Moberg, K. U. (2000). *Lugn och beröring. Oxytocinets läkande verkan i kroppen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Moberg, K. U. (2009). *Närhetens hormon – oxytocinets roll i relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Montagu, A. (1986). *Touching. The Human Significance of the Skin* (3. utg.). [New York]: Harper & Row.
- Nelson, R. & Coyle, C. (2010). Effect of a Bedtime Massage on Relaxation in Nursing Home Residents with Sleep Disorders. *Activities, Adaptation & Aging*, 34(3), 216-231.
- Nightingale, F (1946). *Notes on nursing – what it is, and what it is not*. London: D. Appleton-Century Company.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Akribe AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02. § 1-3 (2012). Lokalisert på
<http://www.lovdatab.no>

Perry, B. (1998). *Moments in time. Images of exemplary nursing care*. Canada: Canadian Nurses Association.

Ranhoff, A. H. (2008). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 75-86). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A. H., & Børdahl, B. (2008). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 157-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Richards, K. C., Gibson, R. & Overton-McCoy, A. L. (2000). Effects of Massage in Acute and Critical Care. *Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 11(1), 77-96.

Simon, S. B. (1986). *Ta på hverandre*. Oslo: Pedagogisk Psykologisk Forlag.

Skrondal, T. H. (1997). *Betydning av berøring i omsorgsarbeid. En fenomenologisk studie av hvordan kroniske syke eldre pasienter opplever berøring i pleiesituasjoner*. Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet, Bergen.

Tuft, H. (1992). *Den siste ydmykelsen*. Oslo: Aschehoug.

Ursin, R. (1996). *Søvn. En lærebok om søvnfysiologi og søvnsykdommer*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag as.

Wyller, T. B. (2011). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1

P opulation P roblem P asient	I ntervention Tilak	C omparison Smmenligne	O utcome Oppnå
Elderly Older person/people Nursing homes	Therapeutic touch Touch Massage		Sleep disorders Insomnia

Fig. 1 PICO-skjema.