

## **Psykologers kunnskaper om søvn**

Ståle Pallesen , Inger Hilde Nordhus , Børge Sivertsen , Siri Omvik og Bjørn Bjorvatn

## Psykologers kunnskaper om søvn

Søvnproblemer er utbredt i befolkningen og blant pasienter i psykologisk behandling. Likevel tyder en undersøkelse blant 969 psykologer på at psykologer mangler viktig kunnskap om søvn og søvnproblemer.

Forfatterne ønsker å takke alle medlemmene i Psykologforeningen som sporty stilte opp og deltok i undersøkelsen.

Vi vet i dag at søvnforstyrrelser er knyttet til mange psykiske lidelser. Ved affektive lidelser og ved angstlidelser, som generalisert angstlidelse og posttraumatisk stresslidelse, inngår søvnforstyrrelser som et sentralt symptom (American Psychiatric Association, 2000). Søvnforstyrrelser er hyppige ved psykoser (Benson & Zarcone, 2005), demens (Bliwise, 1993), spiseforstyrrelser (Lauer & Krieg, 2004) og rusmisbruk (Gillin, Drummond, Clark & Moore, 2005). Hos barn ser en ofte søvnforstyrrelser ved tilstander som ADHD (Owens, 2005), Tourettes syndrom (Kostanecka-Endress et al., 2003) og ved autisme/Aspergers syndrom (Øyane & Bjorvatn, 2005). I tillegg utgjør søvnlidelser en egen diagnostisk hovedklasse i «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). En rekke medikamenter som benyttes hyppig innenfor psykisk og somatisk helsevern, kan forstyrre både søvn og våkenhet (Schweitzer, 2005). I de senere årene har vi tatt lange steg i retning av et såkalt 24-timerssamfunn, hvor menneskelig aktivitet ikke lenger begrenser seg til dagslysperioden, men finner sted 24 timer i døgnet. Dette kan ha store implikasjoner for enkeltindividets søvn (Rajaratnam & Arendt, 2001).

Alt i alt tilsier dette at kunnskap om både kartlegging, diagnostisering og behandling av søvnforstyrrelser er viktig for psykologer. Internasjonalt ser en at søvn i økende grad vektlegges som et viktig fagområde, også for vår egen faggruppe. I 2000 introduserte Stepanski og Perlis termen «behavioral sleep medicine» som betegnelsen på en egen subspecialitet innenfor søvnfeltet. Målet er å identifisere psykologiske faktorer som bidrar til å utvikle eller opprettholde søvnsykdommer og å utvikle empirisk validerte kognitive, atferdsbaserte og andre ikke-farmakologiske intervensjoner innenfor hele spekteret av søvnlidelser. Ved flere universiteter i USA tilbys i dag trening og utdanning innenfor dette spesialistområdet (Stepanski & Perlis, 2000). I 2004 ble første nummer av et eget psykologfaglig søvntidsskrift, *Behavioral Sleep Medicine*, utgitt (Lichstein, 2003). Til tross for at kunnskap om søvn synes å være viktig for psykologer, er det likevel betimelig å stille spørsmål om hvor mye kunnskap vi som faggruppe har innenfor dette fagområdet (Idzikowski, 1996). Tidligere studier av leger indikerer at denne faggruppen har relativt lite kunnskap om søvn (Kales, Kales, Bixler

& Soldatos, 1979; Mindell, Moline, Zendell, Brown & Fry, 1994; Orr, Stahl, Dement & Reddington, 1980). Vi kjenner ikke til tilsvarende undersøkelser blant psykologer, verken internasjonalt eller i Norge. Vi vet imidlertid at det ved de norske profesjonsutdannelsene i psykologi er en begrenset formalisert opplæring knyttet til søvn. Så vidt vi vet, er det bare ved NTNU og UiB at søvn er et eget tema som det foreleses i under profesjonsutdannelsen. Kursvirksomheten til Norsk Psykologforening innbefatter per i dag ingen kurs om temaet. Vi ønsket å gjøre en undersøkelse blant psykologer i Norge for å kartlegge deres kunnskap om søvn og også med tanke på å identifisere faktorer knyttet til variasjoner i slik kunnskap.

## Metode

### Utvalg

Utvalget bestod av 969 medlemmer i Norsk Psykologforening, 565 kvinner og 404 menn. Gjennomsnittsalderen var 41.2 ( $SD = 10.8$ , spennvidde 22–75 år). I alt var 339 spesialister, mens 660 ikke var spesialister. Gjennomsnittlig antall år siden respondentene hadde avlagt embetseksamen, var 11.6 år ( $SD = 10.4$ , spennvidde 0–50 år). Figur 1 viser en oversikt over hvor respondentene var utdannet, mens tabell 1 viser innenfor hvilket hovedområde de arbeidet. Figur 2 viser hvor ofte respondentene oppga at de arbeidet med søvnrelaterte problemstillinger. I alt ble ca. 2500 medlemmer kontaktet – noe som tilsier at svarprosenten var omtrent 39 %.

Figur 1. Oversikt over hvor respondentene var utdannet ( $N = 969$ )

Figur 2. Oversikt over hvor ofte respondentene oppgav at de jobbet med søvnrelaterte problemstillinger i faglig sammenheng ( $N = 969$ )

**Tabell 1. Oversikt over hovedarbeidsområdet til respondentene ( $N = 969$ )**

Hovedarbeidsområde	Antall	Prosent
Psykisk helsevern for voksne	291	30.0
Psykisk helsevern for barn og ungdom	175	18.0
Rusomsorgen	58	6.0
PP-tjenesten	69	7.1

**Tabell 1. Oversikt over hovedarbeidsområdet til respondentene (N = 969)**

Familievern	36	3.7
Aetat	17	1.8
Habilitering	24	2.5
Forskning og undervisning	106	10.9
Annet	193	19.9

## Instrumenter

I tillegg til data beskrevet ovenfor (kjønn, alder, spesialiststatus, år siden avlagt embetseksamen, utdannelsessted og hvor ofte en jobbet med søvnrelaterte problemstillinger) ble Dartmouth Sleep Knowledge Survey (DSKS) administrert. DSKS er ment å måle kunnskap innenfor et vidt spekter av områder innen søvnfeltet. Skalaen ble laget ved at sentrale temaområder innenfor moderne søvnmedisin ble definert, og så ble det konstruert ledd som målte informasjon om alle temaområdene.

DSKS består av i alt 24 ledd. Hvert ledd har fire svaralternativer, hvorav ett er korrekt. Skalaen skåres ved å summere antall rette svar. Skårene vil derfor variere mellom 0 og 24. Med tanke på innholdsvaliditeten ble leddene konstruert av amerikanske søvneksperter, og målet var at leddene skulle favne om mange områder innenfor søvnfeltet. Skåren på DSKS har vist seg å være sensitiv for opplæring og kursing om søvn. Skalaen har også vist seg å kunne skille klart mellom ferske medisinerstudenter og eksperter innenfor søvnfeltet, og har således vist diskriminativ validitet. Skårene på DSKS korrelerer videre med andre mål på søvnkunnskap, noe som indikerer at skalaen har akseptabel konvergerende validitet (Sateia, Reed & Jernstedt, 2005).

## Prosedyre

Medlemmer fikk tilsendt e-post til e-postadressen de var registrert med i Norsk Psykologforening med en lenke til en nettside administrert av selskapet Refleks ([www.refleks.no](http://www.refleks.no)).

Ved å gå inn på nettsiden kunne man besvare undersøkelsen. Den besto av åtte bakgrunnsspørsmål og de 24 leddene i DSKS. Alle spørsmålene var obligatoriske, idet respondentene måtte avgi svar på alle spørsmål for å komme videre i undersøkelsen og for til slutt å kunne sende svarene til en server hos Refleks, der de ble lagret. Undersøkelsen var anonym ved at ingen personidentifiserbare opplysninger var obligatoriske. For de av respondentene som ønsket det, kunne en oppgi navn, telefonnummer og e-post. De ville da være med i trekningen av en bok om søvn. I alt 25 respondenter fikk en slik premie. Dette var den eneste materielle gevinsten som kunne oppnås ved å delta. I alt ble det sendt ut to purringer på e-post til Psykologforeningens medlemmer.

Undersøkelsen ble også annonsert i mai-nummeret i 2006 av Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Ved undersøkelsens slutt fikk forfatterne oversendt dataene fra Refleks i form av en Excel-fil. Denne ble så konvertert til et SPSS-format.

### Statistikk

Dataene ble analysert ved hjelp av programmet SPSS for Windows (versjon 14.0).

Gjennomsnittsskåre og standardavvik for totalskåren for DSKS ble beregnet. For hvert ledd i DSKS ble vanskelighetsgraden beregnet som P, som er andelen av respondenter som skåret korrekt. For å vurdere i hvilken grad testleddene kunne diskriminere mellom individer med høy og lav skåre ble en diskriminasjonsindeks (DI) beregnet for hvert ledd (ideelt bør DI ligge mellom 0.3 og 0.7). DI ble kalkulert ved å beregne antall korrekte svar blant de totalt beste 27 % minus antall korrekte svar blant de svakeste 27 % dividert på antall respondenter som utgjorde 27 % av utvalget (Kelley, 1939). Endelig ble det gjennomført en multippel lineær regresjonsanalyse der antall korrekte svar på DSKS utgjorde kriteriumsvariabelen. Prediktorvariablene i denne analysen var følgende: kjønn, antall år siden en ble utdannet, spesialiststatus (spesialist eller ikke-spesialist), i hvilken grad man arbeid med søvn i faglig sammenheng (svært sjelden, ganske sjelden, verken sjelden eller ofte, ganske ofte og svært ofte), utdannelsested (se figur 1) og arbeidssted (se tabell 2). De to sistnevnte variablene var nominelle og ble «dummy-kodet» for hvert svaralternativ (0 eller 1). I regresjonsanalysen ble den hyppigst forekommende svarkategorien for disse to variablene benyttet som referansegruppe (henholdsvis å være utdannet fra UiO og å ha psykisk helsevern for voksne som hovedarbeidsområde).

**Tabell 2. Leddenes vanskelighetsgrad (P) og diskriminasjonsindeks (DI)**

Ledd nr		P	DI
	REM-søvn atferdsforstyrrelse er primært forbundet med hvilken av de følgende tilstander?		
	1 psykopatologi		
	2 nevropatologi		
	3 endokrinopati		
1	4 stoffmisbruk	.49	.25
	Katapleksi er best beskrevet ved hvilken av de følgende? plutselig inntrengning av søvn i våken tilstand		
2		.31	.32

**Tabell 2. Leddenes vanskelighetsgrad (P) og diskriminasjonsindeks (DI)**

	1	tap av emosjonell kontroll som følge av søvnighet		
	2	søvnutløst anfallsaktivitet		
	3	tap av muskelspenning utløst av emosjoner		
	Hvilken av de følgende tilstander er hyppigst forbundet med forhøyet søvnighet på dagtid?			
	1	insomni		
	2	obstruktiv søvnapné		
	3	alvorlig depressiv lidelse		
3	4	mareritt-lidelse	.48	.41
	Hvilken av de følgende terapier gir best langtidseffekt ved kronisk primær insomni?			
	1	innsiktsorientert psykoterapi		
	2	korttidsvirkende sovemedisiner		
	3	kognitiv atferdsterapi		
4	4	sederende antidepressiv medikasjon	.71	.29
	Polysomnografi (søvnregistrering) er nødvendig for diagnostisering av hvilken av de følgende søvnlidelser?			
	1	obstruktiv søvnapné		
	2	«restless legs» (urolige bein) - syndrom		
	3	somnambulisme (søvnjengeri)		
5	4	forsinket søvnfasesyndrom	.46	.27
	Akutt inntak av alkohol like før innsovning har følgende effekt:			
	1	øker total søvnlengde		
6	2	øker total søvnlengde i første halvdel av	.45	.32

**Tabell 2. Leddenes vanskelighetsgrad (P) og diskriminasjonsindeks (DI)**

		natten og reduserer total søvnlengde i andre halvdel av natten		
	3	reduserer total søvnlengde i første halvdel av natten og øker total søvnlengde i andre halvdel av natten		
	4	reduserer total søvnlengde		
		Hvilken av de følgende er den anbefalte behandling for moderat til alvorlig obstruktiv søvnapné?		
	1	kontroll av sovestilling		
	2	kirurgisk korrigerende av obstruksjonen		
	3	nasalt kontinuerlig positivt luftveistrykk (CPAP)		
7	4	nattlig oksygentilførsel	.26	.30
		Innledende undersøkelse av en pasient som klager over insomni, bør inkludere hvilken av de følgende?		
	1	polysomnografi		
	2	søvdagbok		
	3	MR av hjernen		
8	4	multipl søvnløstest (MSLT)	.87	.15
		Alvorlig depressiv lidelse er primært forbundet med hvilken av de følgende søvnforstyrrelsene?		
	1	hypersomni		
	2	insomni		
	3	forsinket søvnfase		
9	4	mareritt	.45	.41
		Standard objektiv måling av søvnighet på dagtid er:		
	1	polysomnografi		
	2	søvdagbok		
10	3	epworth søvnighetsskala	.12	.14

**Tabell 2. Leddenes vanskelighetsgrad (P) og diskriminasjonsindeks (DI)**

	4	<p>multippel søvnløstest (MSLT)</p> <p>En 45 år gammel kvinne klager over symptomer forenlige med syndromet «uroelige bein»- (restless legs) syndrom. Disse symptomene forstyrrer hennes evne til å sovne inn og opprettholdelse av søvnen de fleste netter. Hun klager over forhøyet søvnløstest på dagtid, til tross for at hun sover 8–9 timer pr. natt, og tar seg i at hun stadig sovner ufrivillig mens hun leser. Hvilken av de følgende er mest korrekt farmakologisk behandling av hennes symptomer?</p>		
	1	stimulantia på dagtid		
	2	lav-dose sederende antidepressiv ved sengetid		
	3	selektiv serotoninreopptakshemmer-antidepressiv om morgenen		
11	4	dopaminagonist ved sengetid	.33	.26
		REM-søvn begynner vanligvis:		
	1	ved innsøvn		
	2	omtrent 20 minutter etter innsøvn		
	3	omtrent 40 minutter etter innsøvn		
12	4	omtrent 90 minutter etter innsøvn	.46	.29
		En person med normal søvn blir vekket kortvarig hvert minutt av søvnen i to påfølgende netter. Likevel får personen i gjennomsnitt seks timer søvn innimellom oppvåkningene. Hvilken effekt vil disse oppvåkningene ha på prestasjonsnivå og på subjektiv søvnløstest?		
13			.59	.27



**Tabell 2. Leddenes vanskelighetsgrad (P) og diskriminasjonsindeks (DI)**

	1	svekkelse tilsvarende personer med total søvndeprivasjon på 40–64 timer		
	2	svekkelse tilsvarende personer som får seks timer søvn per natt		
	3	ingen svekkelse i prestasjonsnivå, men subjektivt opplevd svekkelse		
	4	forbedret prestasjonsnivå på grunn av aktivering, men subjektivt opplevd svekkelse i fungering		
		Setet for den primære (eller dominerende) døgnrytmeklokken er:		
	1	locus coeruleus		
	2	thalamus		
	3	nuclus suprachiasmaticus		
14	4	nucleus raphe	.19	.27
		En person utredes for klager over tretthet. En multippel søvnlatenstest (MSLT) blir foretatt, og pasienten har en gjennomsnittlig innsovningstid på 12 minutter. Hva er den beste fortolkningen av dette resultatet?		
	1	pasienten er alvorlig søvngig		
	2	pasienten er moderat søvngig		
	3	pasienten har et normalt nivå av søvnighet		
15	4	pasienten er mer våken enn vanlig	.67	.16
		En 17 år gammel mann klager over vansker med å sovne før kl 03 og vansker med å våkne for å nå skolen kl 0700. Han sover vanligvis fra kl 0300 til 1200 når han får anledning, og har da normal våkenhet på dagtid. Han har sannsynligvis hvilken av de følgende?		
16			.59	.37

**Tabell 2. Leddenes vanskelighetsgrad (P) og diskriminasjonsindeks (DI)**

	1	irregulær søvn- våkenhets-rytme		
	2	fremskyndet søvnfasesyndrom		
	3	forsinket søvnfasesyndrom		
	4	normal ungdomssøvn		
	Under en rutineundersøkelse på en barneklinikk rapporterer mor at hun opplever at hennes syvårige sønn går oppe om natten. Disse episodene inntreffer en til to timer etter at gutten går til sengs. Selv om gutten svarer moren dersom hun snakker til ham, kan han ikke huske noe av dette neste dag. Fra hvilket av de følgende søvnstadiene oppstår mest sannsynlig denne forstyrrelsen?			
	1	stadium 1		
	2	stadium 2		
	3	stadium 3/4		
17	4	stadium REM	.32	.26
	Lidelser som vanligvis gir forhøyet søvnighet på dagtid, inkluderer de følgende, unntatt:			
	1	narkolepsi		
	2	obstruktiv søvnapné		
	3	alvorlig depressiv lidelse		
18	4	akutt søvndeprivasjon	.27	.29
	Obstruktiv søvnapné har blitt forbundet med økt risiko for å utvikle hvilken av de følgende:			
	1	diabetes mellitus		
	2	hypertensjon		
	3	kronisk obstruktiv lungesykdom		
19	4	Alzheimers sykdom	.73	.22
	En 28 år gammel kvinne som tidligere har lidd av depresjon og angst, gjennomgår polysomnografi som del			
20			.27	.24

**Tabell 2. Leddenes vanskelighetsgrad (P) og diskriminasjonsindeks (DI)**

	<p>av et forskningsprosjekt om søvn og depresjon. Hun tar for tiden 5 mg diazepam tre ganger daglig. Benzodiazepiner har vært forbundet med hvilken av de følgende effektene på søvnarkitekturen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• økning i innsovningstid</li> <li>• økning i søvnspindler</li> <li>• økning i stadium 3/4 søvn</li> <li>• økning i REM-søvn</li> </ul> <p>Hvilken av de følgende påstandene beskriver best individuelt søvnbehov?</p> <p>1 søvnbehovet reduseres gradvis gjennom voksenlivet</p> <p>2 søvnbehovet varierer betydelig fra individ til individ</p> <p>3 søvnbehovet er fastlagt på om lag 7,5 til 8 timer gjennom voksenlivet</p> <p>4 de fleste personer får oppfylt eller overskrider jevnlig sitt individuelle søvnbehov</p>		
21		.57	.29
	<p>Hvilken av de følgende karakteriserer vanligvis søvnen hos eldre personer?</p> <p>1 søvnbehovet reduseres betydelig</p> <p>2 søvnen blir dypere</p> <p>3 evnen til å opprettholde søvnen svekkes</p> <p>4 hyppigheten av de fleste søvnlidelser går ned</p>		
22		.56	.39
	<p>Hovedårsaken til kronisk insomni er:</p> <p>1 alvorlig depressiv lidelse</p> <p>2 kronisk alkoholisme</p> <p>3 tilspasningsforstyrrelse</p>		
23		.47	.30

**Tabell 2. Leddenes vanskelighetsgrad (P) og diskriminasjonsindeks (DI)**

	4	søvnapné		
		Alle av de følgende påstandene som gjelder søvn-våkenhets-rytmen/ døgnytmen er korrekte, bortsett fra:		
	1	arbeidere på roterende skift får omtrent syv timer mindre søvn hver uke enn arbeidere som ikke jobber skift		
	2	Søvnrytmen vil ofte bli fremskyndet (kommer tidligere i dag-natt-perioden) etter hvert som vi blir eldre		
	3	forover-skiftrotasjon (dag – kveld – natt) gir størst søvnforstyrrelse		
	4	søvn-våkenhets-syklusen hos mennesker blir bestemt av både biologiske faktorer (for eksempel lysperiode) og atferdsfaktorer	.39	.31
24				

## Resultater

Gjennomsnittsskåren på DSKS var 11.0 ( $SD = 2.9$ , spennvidde 3–24). Tabell 2 viser en oversikt over leddenes vanskelighetsgrad (P) samt diskriminasjonsindeksen (DI). Tabell 3 viser resultatene fra den multiple lineære regresjonsanalysen. Prediktorvariablene forklarte samlet bare 3.1 % av variansen i skårene på DSKS. Tre av prediktorvariablene var statistisk signifikant forbundet med skåren på DSKS. Dette var 1) spesialiststatus, hvor det å være spesialist var forbundet med bedre skåre enn ikke-spesialist, 2) utdannelsessted, hvor psykologer utdannet fra NTNU hadde bedre skårer enn psykologer utdannet fra UiO, som utgjorde referansegruppen, og 3) hovedarbeidsområde, hvor det å arbeide innenfor forskning og utdanning var forbundet med bedre skåre enn referansegruppen psykisk helsevern for voksne.

**Tabell 3. Regresjonsanalyse for bakgrunnsvariabler som prediktorer for skåre på Dartmouth Sleep Knowledge Survey (N = 966)**

Variabel	Ustandardisert regresjonskoeffisient	Standard feil	Standardisert regresjonskoeffisient
Kjønn (1 = mann, 2 = kvinne)	-.16	.19	-.03
År siden avlagt embetseksamen	-.01	.01	-.04
Spesialiststatus (1 = ikke spesialist, 2 = spesialist)	.61	.27	.10*
Frekvens arbeid med søvn (1–5)	.10	.09	.04
Utdannet fra1			
NTNU	.84	.39	.08*
UiB	.39	.22	.07
UiT	.04	.40	.00
Utlandet	-.01	.32	-.00
Hovedarbeidsområdet2			
Psykisk helsevern barn			
Rusomsorgen	-.11	.28	-.01
PP-tjenesten	.62	.41	.05
Familievernet	.13	.40	.01
Aetat	-.50	.51	-.03
Habilitering	.30	.71	.01
Forskning og utdanning	-.70	.62	-.04
Annet	.93	.34	.10*
	.20	.28	.03

1UiO utgjør referansegruppen, 2Psykisk helsevern voksne utgjør referansegruppen  
R2 = .03 (N = 966,  $p < .05$ ) \*  $p < .05$

## Diskusjon

DSKS er konstruert som en formativ skala, der det er leddene samlet som danner eller former selve begrepet, i dette tilfellet kunnskap om søvn (MacKenzie, Podsakoff & Jarvis, 2005). Diskriminasjonsindeksen var lav på de aller fleste leddene. Spørsmålene er trolig gode til å diskriminere på et høyt spesialisert nivå av kunnskap, men ser ut til å være noe mindre egnet til å diskriminere mellom middels og lavt kunnskapsnivå. Når det gjelder skalaens validitet, er det vanskelig å vurdere den direkte ut fra de innsamlede data. Det kan innvendes at skalaen i for stor grad er rettet mot medisinere, og at innholdsvaliditeten blir lav med tanke på søvnrelaterte områder psykologer bør ha kunnskap innenfor. Mot dette kan det argumenteres at psykologer bør ha kunnskap

om søvnlidelser og kartlegging de selv ikke kan utføre med tanke på korrekte henvisninger både med hensyn til videre utredning og behandling. Å ha kjennskap til adekvat medikamentell behandling for vanlige søvnlidelser kan også være viktig i de tilfeller der psykologer bidrar til anbefalinger vedrørende medisiner. Slik kunnskap blir særlig viktig sett i lys av data som viser at svært få pasienter tar søvnproblemer opp med sine behandlere (Morin, 1993).

Gjennomsnittsskåren blant norske psykologer på DSKS var 11.0. Til sammenlikning viser studier at amerikanske førsteårsstudenter i medisin skåret 9.5. Amerikanske lavere-gradsstudenter i psykologi skåret 9.6 på DSKS før deltakelse på et søvnkurs og 18.9 etter kursfullføring, mens en gruppe på 14 søvneksperter skåret 22.2 (Sateia et al., 2005). Da skalaen har fire svaralternativer, vil en i gjennomsnitt ved ren gjetning oppnå en skåre på 6. Sett opp mot dette, og opp mot resultatene fra andre utvalg som referert over, fremstår gjennomsnittsskåren til de norske psykologene som lav. Dette reflekterer at spesialisert kunnskap om søvn og søvnrelaterte problemstillinger er begrenset i utvalget. Lite fokus på søvn i profesjonsstudiet og i etterutdannelsene for psykologer ser vi for oss som de mest plausible årsakene til dette.

Når det gjelder spesifikke kunnskapsområder, var det tre ledd der 70 % eller flere hadde korrekt skåre. Dette gjaldt ledd 4 (at kognitiv-atferdsterapi gir best langtidseffekt ved primær insomni), ledd 8 (at innledende undersøkelse av en pasient som klager over insomni, bør inkludere søvndagbok), og ledd 19 (at søvnapné er forbundet med økt risiko for å utvikle hypertensjon). De to førstnevnte av disse leddene omhandler behandlings- og kartleggingsmetoder som psykologer gjerne er fortrolige med, mens kunnskap om konsekvenser av søvnapné har vært mye omtalt i media. Med fire svaralternativer skulle ved ren gjetning i gjennomsnitt 25 % ha skåret korrekt på hvert ledd. På to ledd var andelen som skåret korrekt, under 25 %, på ledd 10 (at standard objektiv måling av søvnighet på dagtid er multippel søvnlatenstest) skåret bare 12 % av utvalget korrekt, mens bare 19 % skåret korrekt på ledd 14 (at setet for den primære døgnytmeklokken er nucleus suprachiasmaticus). Det indikerer at dette er temaområder som trolig er ukjente for mange psykologer. Like fullt vil vi hevde at begge disse er viktige, da ledd 10 omhandler et sentralt utredningsområde for patologisk søvnighet, mens kunnskap om temaet i ledd 14 er viktig for å forstå døgnytmeregulering og døgnytmeforstyrrelser.

Regresjonsanalysen viste at prediktorvariablene samlet forklarte bare 3.1 % av den totale variansen. Dette er lavt og kan delvis forklares ved at vi ikke hadde identifisert og inkludert mer relevante prediktorvariabler. Av prediktorvariablene viste det seg at spesialiststatus var statistisk

signifikant knyttet til skåren på DSKS, der spesialister gjorde det bedre enn ikke-spesialister. Dette er neppe forbundet med erfaring, da tid siden en hadde avlagt embetseksamen, ikke var statistisk signifikant knyttet til skåren på DSKS og også kontrollert for i analysen. Vi kan videre vanskelig forstå resultatene dit hen at en gjennom spesialistkursene i regi av Norsk Psykologforening får kunnskap om søvnfeltet, da Psykologforeningen ikke tilbyr kurs spesifikt med slikt innhold. Det er mer sannsynlig at psykologer som er spesialister, i større grad enn ikke-spesialister generelt er interesserte i å holde seg faglig oppdatert, og at denne generelle tilnærmingen bidrar til kunnskapservvervelse på dette feltet. Med hensyn til utdannelsestid var NTNU statistisk signifikant positivt knyttet til skåre på DSKS sammenliknet med referansegruppen UiO. Dette reflekterer trolig at deler av det psykologfaglige miljøet ved NTNU over flere år har hatt et faglig fokus på søvn. Den siste statistisk signifikante prediktorvariabelen var hovedarbeidsområdet, hvor forskning og utdanning var signifikant positivt forbundet med skåren på DSKS, der respondenter innenfor dette hovedarbeidsområdet skåret bedre enn referansegruppen psykisk helsevern for voksne. Dette indikerer trolig at respondenter som til daglig arbeider med forskning og utvikling, i noe større grad enn andre har anledning til faglig oppdatering innenfor søvnfeltet. Det var imidlertid overraskende at respondentenes rapportering av hvor ofte de arbeidet med søvnrelaterte problemstillinger, ikke var knyttet til skåren på DSKS i den multiple regresjonsanalysen. Denne kan indikere at det å arbeide med slike problemstillinger i seg selv ikke genererer kunnskap, eventuelt at psykologer tradisjonelt jobber med et begrenset spekter av søvnproblemer, og at disse i liten grad reflekteres i DSKS.

### **Begrensninger og svakheter**

Svarprosenten var lav og reiser spørsmålet om hvor representativt utvalget er for norske psykologer. At undersøkelsen dreide seg om et spesifikt tema som kunnskap om søvn, kan videre ha bidratt til en spesifikk selvseleksjon av respondenter. Likevel skal det mye til for å forandre resultatene vesentlig når 40 % av populasjonen deltok i undersøkelsen. Det kan innvendes at DSKS ikke måler søvnrelevant kunnskap relevant for psykologer, og at skalaen i for stor grad fokuserer på temaområder som er relevante for andre faggrupper enn psykologer, for eksempel inneholder noen av leddene spørsmål om medisinerings. Det kan også synes som at leddene måler forholdsvis spesialisert kunnskap om søvn. Den samlede forklarte variansen i skåre på DSKS var også meget lav i den multiple regresjonsanalysen. Det innebærer at selv der noen av prediktorvariablene var statistisk signifikante, var styrken på sammenhengene forholdsvis beskjeden. En bør derfor være varsom med

å overfortolke disse. Det kan også diskuteres om skåringsprosedyren for DSKS burde tatt hensyn til vanskelighetsgraden av leddene.

### Konklusjon

Med forbehold om de begrensningene som er nevnt over, vil vi hevde at norske psykologers kunnskaper om søvn ser ut til å være lave, til tross for at søvnproblemer er vanlig i kliniske populasjoner og i samfunnet generelt. Det anbefales derfor at man i profesjonsutdanningene i psykologi ved våre universiteter i større grad tar opp temaet, og at Norsk Psykologforening tilbyr videre- og etterutdanningskurs om søvn og søvnproblemer. Det bør vurderes å utarbeide nye kunnskapstester omkring søvn, som er mer rettet mot allmenn enn spesialisert søvnkunnskap.

Ståle Pallesen

Institutt for samfunnspsykologi

Christiesgt. 12

5015 Bergen

Tlf 55 58 88 42

E-post [staale.pallesen@psysp.uib.no](mailto:staale.pallesen@psysp.uib.no)

### Referanser

Achen, C. H. (1982). *Interpreting and using regression*. Beverly Hills, CA: Sage.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical of manual mental disorders* (4. utg., tekst revisjon). Washington, DC: Author.

Benson, K. L. & Zarcone, V. P. (2005). Schizophrenia. I M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (4. utg., ss. 1327–1336). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Bliwise, D. L. (1993). Sleep in normal aging and dementia. *Sleep*, 16, 40–81.

Gillin, J. C., Drummond, S. P. A., Clark, C. P. & Moore, P. (2005). Medication and substance abuse. I M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (4. utg., ss. 1345–1358). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Idzikowski, C. (1996). Sleep – but where are the psychologists? *The Psychologist*, 9, 372.



- Kales, J. D., Kales, A., Bixler, E. O. & Soldatos, C. R. (1979). Resource for managing sleep disorders. *JAMA*, *241*, 2413–2416.
- Kelley, T. L. (1939). The selection of upper and lower groups for the validation of test items. *Journal of Educational Psychology*, *30*, 17–24.
- Kostanecka-Endress, T., Banaschewski, T., Kinkelbur, J., Wullner, I., Lichtblau, S., Cohers, S., Ruther, E., Woerner, W., Hajak, G. & Rothenberger, A. (2003). Disturbed sleep in children with Tourette syndrome – A polysomnographic study. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*, 23–29.
- Lauer, C. J. & Krieg, J. C. (2004). Sleep in eating disorders. *Sleep Medicine Reviews*, *8*, 109–118.
- Lichstein, K. L. (2003). Is there a need for another sleep journal? *Journal of Psychosomatic Research*, *54*, 93–96.
- MacKenzie, S. B., Podsakoff, P. M. & Jarvis, C. B. (2005). The problem of measuring model misspecification in behavioral and organizational research and some recommended solutions. *Journal of Applied Psychology*, *90*, 710–730.
- Mindell, J. A., Moline, M. L., Zendell, S. M., Brown, L. W. & Fry, J. M. (1994). Pediatricians and sleep disorders – training and practice. *Pediatrics*, *94*, 194–200.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia. Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Orr, W. C., Stahl, M. L., Dement, W. C. & Reddington, D. (1980). Physician education in sleep disorders. *Journal of Medical Education*, *55*, 367–369.
- Owens, J. A. (2005). The ADHD and sleep conundrum: A review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, *26*, 312–322.
- Rajaratnam, S. M. & Arendt, J. (2001). Health in a 24-h society. *Lancet*, *358*, 999–1005.
- Sateia, M. J., Reed, V. A. & Jernstedt, G. C. (2005). The Dartmouth Sleep Knowledge and Attitude Survey: Development and validation. *Sleep Medicine*, *6*, 47–54.
- Schweitzer, P. K. (2005). Drugs that disturb sleep and wakefulness. I M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (4. utg., ss. 499–518). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Stepanski, E. J. & Perlis, M. L. (2000). Behavioral sleep medicine. An emerging subspeciality in health psychology and sleep medicine. *Journal of Psychosomatic Research*, *49*, 343–347.

Øyaene, N. M. F. & Bjorvatn, B. (2005). Sleep disturbances in adolescents and young adults with autism and Asperger syndrome. *Autism*, 9, 83–94.