

Sömnkvalitet på Sjukhus

-Hur upplevs den av patienten och hur kan sjuksköterskan främja sömnkvalitet

FÖRFATTARE	Johnni Christiansen Johan Hall
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ OM5250
	HT 2010 Termin 6
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Jakobsson
EXAMINATOR	Margaretha Jerlock

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Förord

Vi vill tacka vår handledare Eva Jakobsson för sitt stora tålamod och positiva inställning vilket gav oss mer energi. Vi värderar hennes förmåga att alltid vägleda oss rätt. Ett stort tack Eva!

Vi vill även tacka vår examinator Margaretha Jerlock, för din granskning och dina positiva ord.

Detta har varit en mycket trevlig tid för oss trots sena kvällar. Vi hade mycket trevliga och djupa diskussioner om sömnkvalitet samt hur vi själva sovit.

Göteborg, november 2010

Johnni Christiansen och Johan Hall

Titel (svensk):	Sömnkvalitet på sjukhus - Hur upplevs den av patienten och hur kan sjuksköterskan främja sömnkvalitet.
Titel (engelsk):	Sleep quality in hospital - How does the patient perceive it and how can the nurse promote sleep quality
Arbetets art:	Examensarbete i omvårdnad
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, 180poäng/Examensarbete i omvårdnad.
kursbeteckning:	OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	25 sidor
Författare:	Johnni Christiansen, Johan Hall
Handledare:	Eva Jakobsson
Examinator:	Margaretha Jerlock

SAMMANFATTNING

Bakgrund. Sömnproblem är mycket vanligt förekommande i vårt samhälle och ca 24 % av Sveriges befolkning har sömnproblem idag. Sönnen har en fundamental funktion för vår hälsa såväl fysiskt som psykiskt. Djupsönnen är viktig för fysisk återhämtning och REM sönnen är viktig för psykisk återhämtning. Störningar i dessa kan få allvarliga konsekvenser för hälsan. Trots detta har vi upplevt sönnen som ett eftersatt område inom sjukvården. Vårdpersonal tar ofta patientens sömnkvalitet för given. **Syftet** var att undersöka hur sömnkvaliteten på sjukhus ser ut och hur sjukhusvistelse påverkar patientens sömnkvalitet. Vad har sjuksköterskan för möjligheter att främja sömnkvalitet. **Metod** Vi använde oss av en systematisk litteraturoversikt där 13 vetenskapliga artiklar analyserades. **Resultat** Vi fann att sömnkvaliteten är sämre på sjukhus och påverkas av patientens sjukdom, ålder, kön samt sinnestillstånd. Sömnkvaliteten förändras till det bättre över tid vid hos inneliggande patienter vilket beror på tillvänjning av miljön samt pågod symtomlindring. Vi fann även att det föreligger en ökad risk för sömnstörningar efter patientens hemkomst. **Resultatdiskussion** Sjuksköterskan bör bedöma patientens individuella behov av sömn och vara uppmärksam på riskfaktorer som leder till sömnstörningar. Det finns ett behov av att utbilda vårdpersonal i sömnbefrämjande åtgärder samt att kontinuerligt ge patienten information kring sin situation för att förebygga oro och ångest. Vården bör planeras tillsammans med patienten för att den skall kunna anpassas till patientens individuella behov vilket ställer stora krav på samarbete med patienten. **Slutsats** Dålig sömnkvalitet på sjukhus är ett vittomfattande problem och påverkas av ett flertal faktorer. Det finns en rad åtgärder som sjuksköterskan kan göra för att främja god sömnkvalitet inklusive alternativ och komplement till läkemedel mot sömnstörningar. Det behövs dock fler studier som förenar objektiva och subjektiva mätmetoder.

INNEHÅLL

	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Sömn och objektiv registrering av sömn	1
Sömnstadierna	2
Dygnsrytm	2
Individuella variationer i sömnmönster	3
Hormonernas påverkan på sömnen	3
Faktorer som påverkar sömnen	4
Benzodiazepiner	5
Sömnstörningar	6
Sjukdomar som påverkar sömnen	6
Sömnstörningars betydelse för ohälsa	7
Sjuksköterskans funktion i relation till sömn	7
Problemformulering	7
SYFTE	8
METOD	8
Litteratursökning	9
Tabell litteratursökning	9
Analys	9
Tabell Teman samt underteman	10
RESULTAT	10
SÖMNKVALITET PÅ SJUKHUS	10
Svårt att somna	11
Ofrivilligt uppvaknande	11
Rubbade sömnfaser	12
Ökat sömnbehov på dagen	12
FAKTORER SOM PÅVERKAR PATIENTENS SÖMNKVALITET	12
Patientens egenskaper	13
Patientens hälsostatus	13
Läkemedelsinverkan på patienten	14
Sjukhusmiljöns inverkan på patienten	14
SJUKSKÖTERSKANS MÖJLIGHETER ATT FRÄMJA SÖMNKVALITET	15
Utbildning av personal	15
Dialog med patienten	16
Läkemedelsrutiner	16
Sjuksköterskans möjligheter att påverka miljön på sjukhus	17
DISKUSSION	17
METODDISKUSSION	17
RESULTATDISKUSSION	18
Sömnkvalitet på sjukhus	18
Faktorer som påverkar patientens sömnkvalitet	19
Sjuksköterskans möjligheter att främja sömnkvalitet	20
Konklusion	22
REFERENSER	24
BILAGOR	
1 Arikelpresentation	26
2 Skattningskalor översikt	28

INLEDNING

Människan har ett stort grundläggande behov av sömn och hon tillbringar nästan en tredjedel av sitt liv i ett sovande tillstånd. Många av de viktigaste funktionerna i en människas liv styrs av funktioner som regleras under sömnen såsom t.ex. tillväxthormoner, reparation av celler samt sortering av minnen (1,2,3,4,5). Sömnbeteendet hos människan har förändrats drastiskt under de senaste hundra åren, från ett liv som levdes i samklang med ljus och mörker till ett liv som levs på dygnets alla timmar. Sömntiden har drastiskt förkortats vilket enligt ny forskning är direkt skadligt för hälsa samt livskvaliteten (5).

I Sverige idag har ca 24 % av populationen sömnproblem vilket definieras som problem med att somna in eller att vakna upp under sömnen mer än tre gånger per natt och vecka. Kvinnor och äldre är överrepresenterade i denna grupp. Den vanligaste behandlingen som ges vid sömnsvårigheter är läkemedel samt allmänna sömnråd. Hos speciellt äldre används sömnmedel rent slentrianmässigt trots att rekommendationen är att man endast bör ge sömnmedel under en kortare period (6).

En metaanalys gjord på forskning inom området sömn på sjukhus som genomfördes år 2000 visade att sömnstörningar är vanligt förekommande. Analysen visade också att många individuella faktorer påverkar sömnkvaliteten på sjukhus såsom ålder, kön samt stress eller oro. Flera miljöaspekter påverkar också sömnen på sjukhus och vissa omvårdnadsinterventioner på dessa områden har visat sig vara effektiva. I studien kommer dom fram till att det finns för lite forskning på omvårdnadsåtgärder vid sömnstörningar på sjukhus och att fler studier som kartlägger vilka patienter som löper störst risk för sömnstörningar på sjukhus behövs (7). Frågan är vad som har hänt på forskningsfronten under dessa tio år sedan metaanalysen genomfördes.

Att tillbringa tid på sjukhus innebär ofta för patienten en tid av oro och dålig sömnkvalitet. Utskrivning av sömnmedel sker ofta rutinmässigt och många av dessa påverkar sömnkvaliteten negativt (1,2,3,4,5). Vi vill i denna litteraturstudie även undersöka om kan det finnas omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kan använda sig av för att komplettera eller i bästa fall ersätta dessa.

BAKGRUND

Sömn och objektiv registrering av sömn

För många är begreppet sömnkvalitet synonymt med hur många timmar vi sovit under natten. För att förstå vad sömnkvalitet står för är det viktigt att känna till att det finns olika begrepp inom området. Sömnlatens står för den tid det tar för dig att somna, somnar man direkt vid sänggåendet tyder detta på att man har en sömnskuld. Sömneffektivitet är skillnaden på hur länge man legat i sängen kopplat till hur mycket man sovit av denna tid (5). Sömnkvalitet är hur din sömn sett ut under natten d.v.s. sömnens arkitektur. Detta kan mätas med olika metoder (1,2,3,5).

Forskning inom sömnområdet har lång tradition från det antika Grekland fram till nu. Längre var den rådande synen på sömn att det främst var en inaktiv del av våra liv som mest var till nackdel för oss och att hjärnan då var "avstängd". Man ansåg att sömn stod för passivitet och att den främsta fördelen med sömnen var att bli fysiskt återställd (3, 4). Revolutionen inom sömnforskningen kom i samband med möjligheten att mäta hjärnaktiviteten med hjälp av electroencefalogram (EEG) som upptäcktes på 1920-talet. Forskarna såg att hjärnans aktivitet växlade i cykler under natten och att även musklernas aktivitet (tonus) samt ögonrörelser påverkades av de olika sömncyklerna (3). Det går med denna metod att bedöma vilken typ av sömn personen eventuellt saknar eller som är störd, vilket hjälper forskarna att sätta in adekvata metoder att hjälpa personen. Personalen kan alltså inte bara gå in i ett rum och titta på personen för att avgöra om personen sover och i så fall se vilken fas personen befinner sig i. Idag finns en madrass som registrerar andning, kropps och hjärtaktivitet. Detta system kallas Static Charge Sensitive Bed (SCSB). Här slipper patienten besväras av trådar och kablar som i sig påverkar sömnen negativt. Den är portabel och kan alltså med fördel användas i hemmet. Patientens data processas av ett program som utarbetar en individuell sömnprofil för patienten (2). Det går också att mäta sömnmönster med subjektiva enkäter såsom t.ex. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (8).

Sömnstadierna

Det finns fem stadier av sömn som alla har olika karakteristika samt funktion. Det första stadiet är enligt modern forskning en övergång mellan vakenhet och sömn och kallas 1 Non Rapid Eye Movement (NREM) sömn. Det andra stadiet kallas 2 NREM sömn och kännetecknas av lägre muskeltonus än det första stadiet och utgör ca 45 % av det som räknas till sömnen. Det tredje stadiet av sömn kallas 3 NREM sömn och är en övergång till det som kallas Slow Wave Sleep (SWS), d.v.s. djupsömn. Det fjärde stadiet kallas 4 NREM sömn och utgör den resterande delen av djupsömnen. Under denna tid är vi som mest svårväckta och sover som djupast. Puls samt blodtryck är lägre än normalt. Under denna fas utsöndras det hormon som styr bentillväxten i hög grad Human Growth Hormone (HGH). Om denna fas av sömnen störs kan detta alltså ha effekt på bentillväxt hos framförallt unga individer men också påverka stämningstillstånd (depression) samt immunförsvar. Den sista fasen kallas REM sömn och innebär att musklerna är totalt avslappnade men med en hög grad av ögonrörelser och oregelbunden andning. Forskning tyder på att denna del av sömnen hjälper hjärnan att sortera minnen och inlärning samt kan hjälpa kroppen att hantera stress (1,3,5). Totalt utgör REM sömnen ca 20 % av den totala sömntiden (2,5). När REM sömnen är över börjar hela proceduren om från början igen med 2 NREM sömn och nästa sömncykel tar sin början. En sömncykel varar i regel i ca 90 minuter.

En viktig detalj att påpeka i sammanhanget är att den klassiska uppfattningen om att hjärnan är avstängd under sömnen är totalt felaktig. Under de stadier av sömnen då vårt medvetande är som lägst är fortfarande ca 80 % av hjärnan aktiv. Och under REM sömnen är blodflödet till hjärnan på samma nivå som vid medvetet tillstånd (4).

Dygnsrytm

Under hela dygnet styrs vår vakenhet av två faktorer, en gas och en broms. Detta är kemiska signaler i hjärnan som inducerar vakenhet eller sömnbehov beroende på stimuli utifrån t.ex. solljus, energiförlust, droger (t.ex. kaffe, te) eller inifrån d.v.s. arvsanlag (är jag morgon eller kvällsmänniska). Dessa två faktorer konkurrerar men sömnbegäret får oftast överhanden vid vissa givna tillfällen såsom på eftermiddagen samt på kvällen mellan 22-02. Detta beror på de signaler vi sänder till kroppen om det ljust eller mörkt, hur jag äter d.v.s. rutiner o.s.v. Detta ger den logiska konsekvens att det finns lämpliga ”sömnfönster” då det blir lättare att somna in (4).

Vår dygnsrytm påverkar kroppen på flera olika sätt. Under den tidiga morgonen som normalt för kroppen är mellan kl. 3-6 är vår kropp försatt i en slags dvala där vitala funktioner är helt annorlunda än senare på dagen. Blodtrycket är signifikant lägre samt temperaturen är också betydligt lägre. En normal temperatur kl sex på morgonen kan faktiskt vara så lågt som 36.1 grader. Senare på eftermiddagen kan en normal temperatur vara 37.8 grader (4). Blodtryck samt puls följer sömncyklerna och varierar kraftigt under natten. Det kan av denna anledning vara mycket vanskligt att ta temp eller blodtryck tidigt på morgonen då patienten fortfarande är i ett sovande tillstånd (2, 4).

Individuella variationer i sömnmönster

Forskare har sett att människor förhåller sig till sömn på två sätt, antingen är man morgonmänniska eller kvällsmänniska. Beroende på vilken typ man är påverkas ämnesomsättningen. En kvällsmänniskas ämnesomsättning förskjuts framåt och påverkar den inre klockan. Att väcka en kvällsmänniska för tidigt kan vara som att försöka väcka en morgonmänniska mitt i natten vilket kan påverka hälsan negativt (4). Sömnbehov samt sömnmönstret förändras med åldern och har ändrats genom historien. För hundra år sedan sov en normal frisk individ ca 9 timmar per natt, idag sover vi i genomsnitt ca sju timmar (1). Sömnbehoven förändras drastiskt genom livet. Sömnen hos äldre efter medelåldern kännetecknas av ett minskat sömnbehov med mindre än 7 timmar per natt. Trots detta utgör REM sömnen fortfarande ca 20 % av den totala sömnen. En viktig detalj hos äldre är att de ofta kompenserar den mindre sömnperioden på natten med små sovstunder (microsöm) mitt på dagen istället. De är också lättväckta under natten och påverkas ofta av yttre stimuli (1, 2, 4). Individuella variationer hos vuxna är stora och sömnbehovet kan variera stort från fyra timmars sömn per natt upp till ca 14 timmar per natt (2). Detta tyder på att dessa människor måste mötas efter deras individuella behov vilket sjukvården idag har svårt att tillgodose (3).

Hormonernas påverkan på sömnen

De kemiska substanser som kanske mest påverkar de olika stadierna av sömn är hormoner. Ett hormon som påverkas av dagsljuset är melatonin och det bildas av tallkottskörteln i hjärnan. När det blir mörkt insöndras stora mängder av detta hormon med resultat att vi blir trötta. Detta hormon insöndras oavsett om vi är vakna eller sover men kan påverkas av starkt ljus eller adrenerga hormoner såsom adrenalin samt noradrenalin. För mycket av detta hormon kan göra oss trötta och håglösa, speciellt på nordliga breddgrader under vintertid då vi får

betydligt mindre ljus under dygnet. Eftersom melatonin kan manipuleras av artificiellt ljus är användningen av lampor nattetid ett problem då vi lurar den inre klockan och konsekvensen blir att vi får för lite sömn (2, 4).

Andra hormon som fungerar omvänt till melatonin är Adeno Cortico Tropt Hormone (ACTH) samt cortisol. Dessa hormon insöndras tvärtom till melatonin under dygnets ljusa timmar och dessa konkurrerar med melatonin om kroppens vakenhetsgrad. ACTH uppnår högst koncentration ca 10 minuter innan uppvaknandet som initieras av cortisolinsöndringen (2,5).

Under djupsömnen insöndras det hormon som bygger upp kroppen (anabolt hormon) HGH som även kallas tillväxthormon. Detta hormon finns i högre utsträckning hos barn och tonåringar vilket är logiskt då dessa hormon styr bland annat bentillväxt vilket förekommer i dessa åldrar. Under djupsömnen är cellernas delningstakt (mitos) som högst och nu repareras kroppens celler (2,5).

Hormon som verkar nedbrytande på kroppen (katabolt) sägs vara stresshormon och utlöses av både positiv samt negativ stress. Dessa hormoner är sammankopplade med vakenhet och arbete som kroppen utför och insöndras som respons på yttre stimuli. De två vanligaste katabola hormonerna är adrenalin samt noradrenalin (2).

Faktorer som påverkar sömnen

En viktig faktor för insomnandet anses vara det som kallas "zeitgebers" (1, 3, 4). Detta är en sorts triggerpunkter som säger åt kroppen att det är dags att sova. Detta kan vara t.ex. vardagliga rutiner eller kvällsvanor. Dessa Zeitgebers sätts ofta ur spel vid långa resor över flera tidszoner och då uppstår det vi kallar jet-lag. En snabb anpassning till de nya rådande förhållandena anses då underlätta anpassningen av den cirkadiska dygnsrytmen och normaliserandet av den. Nattarbetare med oregelbundna scheman har ofta problem att ställa om sig och uppvisar inte sällan en sämre sömnkvalitet och sämre hälsa (1, 2, 3).

Ljud är en faktor som påverkar sömnen olika beroende på vilken sömnfas personen befinner sig i samt vilken typ av ljud det är. När vi befinner oss i djupsömn är vi mindre känsliga för ljudimpulser men under NREM typ 1 är vi ytterst känsliga för ljud och detta kan förhindra insomnandet (2, 3, 4). Olika ljudtyper har också olika effekt på oss, monotona lågfrekventa ljud verkar sövande och kan därför vara vanskliga vid nattarbeten eller vid transportarbeten. Buller verkar ha motsatt effekt och håller oss vakna (2,4).

Ljus är en faktor som har en stark inverkan på sömn och sömnighet. Ljuset styr dygnsrytmen och kan i hög grad påverkas av artificiellt ljus och därmed störa den inre klockan. Redan vid Starka ljuskällor kan avbryta sömnen på grund av att melatoninproduktionen då avstannar (2).

Sängens komfort avgör också i hög grad hur sömnkvaliteten blir. Både för varm temperatur samt för kall temperatur påverkar sömnen negativt. Det bästa är en konstant jämn och lagom hudtemperatur på 18 grader (1, 2). Sängens hårdhet påverkar också sömnen. En för hård säng innebär många uppvaknanden under natten orsakade av flera lägesändringar. För mjuka sängar kan också påverka sömnen negativt. Studier har visat att en säng av god kvalitet kan öka sömntiden med upp till en timme per natt samt bidra till färre uppvaknanden (2).

En faktor som påverkar sömnen i hög utsträckning är fysisk aktivitet. Att regelbundet röra på sig har visat sig ha positiva effekter inte bara på insomnandet utan även på sömnkvaliteten jämfört med personer som ej rör på sig vilka uppvisar sämre SWS sömn. Fysisk aktivitet ökar adrenalinproduktionen och endorfinproduktionen vilket leder till ökat välbefinnande samt en känsla av ro, vilket är förutsättningen för att koppla av inför sänggåendet. Dock bör ansträngningen inte vara för alltför nära in på sänggåendet då detta varvar upp kroppen och gör det svårare att somna (1, 2, 4, 5).

Andra yttre faktorer som påverkar sömnen på kemisk väg är kaffe, läsk, te samt alkohol. Koffeinet påverkar inte bara det centrala nervsystemet utan även skelettmuskulaturen. Detta får till följd att basala ämnesomsättningen höjs och minskar känslan av trötthet vid tillräckligt stora doser. Detta kan leda till att det tar längre tid att somna, att man vaknar oftare samt sover mindre. Alkohol påverkar sömnen på flera olika sätt, man somnar oftast lättare men vaknar oftare och dessutom påverkas REM sömnen negativt. När alkoholen går ur kroppen kan motsatt effekt inträda med mardrömmar och sömnlöshet som följd (1, 2, 3).

Mediciner som kan ha en negativ inverkan på sömnen som t.ex. Parkinson mediciner som innehåller dopamin som kan orsaka sömnlöshet. Efedrin används vid luftvägsproblem och kan verka uppiggande vilket försvårar insomningen. Beta receptorblockerare kan också störa sömnen på grund av ökad puls samt högre blodtryck. Propranolol är ett läkemedel som kan ge kan ge jobbiga mardrömmar. Amfetamin preparat minskar REM sömnen och sömntiden vilken kan slå tillbaka när man avslutar behandlingen (3). Insomnings tabletter är vanliga både inom öppenvården och slutenvården och finns nästan alltid på generella ordinationslistor. De kan underlätta insomnandet men hur påverkar de sömnkvaliteten? Studier har visat att man får mindre REM-sömn samt djupsömn om man använder sömntabletter (1, 5).

Studier har visat att smärta påverkar sömn negativt och tvärtom. Om patienten inte kan sova så förvärras smärtan och det blir i sin tur svårare att sova. En annan faktor som påverkar sömnen negativt är oro vilket också kan förhindra insomnandet. Dessa personer kan då behöva lugnande information eller läkemedel för att kunna sova (1, 3).

Benzodiazepiner

De flesta sömnmedel innehåller ett ämne som heter benzodiazopiner. Dessa verkar generellt på receptorer i hjärnbarken där de utlöser ett ämne som kallas Gamma Amino-Butyric Acid (GABA) vilket verkar hämmande på nervsignaler som generellt ökas av adrenalin, konsekvensen blir då en sövande effekt. Det finns flera typer av benzodiazepiner och de har olika stark eller intensiv effekt. Vanliga biverkningar vid intag av benzodiazepiner är dåsighet, trötthet, yrsel, förvirringstillstånd, aggressivitet samt nedsatt omdömesförmåga. Alla dessa biverkningar kan förvärras av alkoholintag. En risk med benzodiazopiner är fallolyckor vilket är speciellt farligt hos den äldre patienten (1, 2, 3).

Benzodiazepiner har en speciellt hög risk att medföra beroende för den som tar det då man ofta är orolig för effekterna om man slutar ta det. Detta leder till beroende både fysiskt och psykiskt. Den optimala effekten avtar efter ca två veckor och längre användning kan leda till

den så kallade ”reboundeffekten” vilket innebär att alla de system som hålls nere eller bromsats av GABA inflödet återgår med dubbel effekt och ger biverkningar som är värre än innan man började använda hypnotika (1, 2).

Nya preparat av benzodiazepiner har utvecklats såsom zopiklon (imovane) och zolpidem (stilnoct). Dessa medel är något mildare och tycks inte påverka sömnens kvalitet i samma negativa utsträckning som de tidigare preparaten. Dessa medel är vanligast inom sjukvården idag (1).

Sömnstörningar

Sömnstörningar delas in i två huvudgrupper, den ena är Insomnia och den andra är Hypersomnia. Insomnia innebär att man har problem med en eller fler av följande områden:

1. Insomnandet
2. Problem med att fortsätta att sova
3. Problem med att vakna för tidigt.

Den bakomliggande orsaken är ofta oro eller depression. Problemet bör ha överstigit 3-4 veckor för att diagnosen insomnia skall kunna ställas. Tillståndet leder ofta till problem dagtid med sömnhet och trötthet under dagtid. Hypersomnia innebär överdriven trötthet under dagen som t.ex. ofrivillig insomnade vid olämpliga tider (1, 2, 3).

Sjukdomar som påverkar sömnen

Sömnapné innebär att personen får andningsuppehåll under natten och detta leder till en störd syresättning, sömnapné kan även leda till kvävningssanfäll. Apnéer kan vara orsakade av för trånga luftvägar (obstruktiv apné) eller störningar i nervsystemet (central apné). *Behandling obstruktiv apné*: operation, c-pap, snarkskena, undvika alkohol, vid överviktighet ges råd om vikttnedgång. *Behandling av central apné*: läkemedel (1, 2, 3, 5).

En annan typ av anatomisk sömnstörning är kramper i benen samt myrkrypningar i benen s.k. *Restless Leg Syndrome (RLS)* vilka lindras av rörelser vilket hindrar insomnandet. RLS kan ge upphov till ofrivilliga muskelryckningar eller bensparkar i sömnen även kallad *periodic limb movements (PLM)*. PLM gör att man vaknar upp omedvetet och stör nattsömnen och detta kan leda till dagtrötthet. Det finns flera orsaker som kan leda till RLS men anemi tros vara den vanligaste orsaken och man undersöker nästan alltid först om patienten har detta (järnbrist). *Behandling av lindrig RLS*: massage, nedkylning, perorala järntabletter. Vid svår RLS behandlar man med dopaminagonister, levodopa, opioider, anti epileptika och bensodiazepiner (1, 2, 3, 5).

Narkolepsi är ett väldigt ovanligt tillstånd som leder till att personen faller i sömn ofrivilligt när som helst under dygnet. En attack kan vara allt ifrån några sekunder upp till 30 minuter, när attacken inträffar sätts personen i ett REM-sömnstadium som liknar ett REM-sömnstadium vilken innebär att muskeltonus upphör och personen hamnar i paralyserat tillstånd (kataplexi). *Behandling*: Det finns ingen bot mot narkolepsi men däremot finns det olika läkemedel mot symtomen (1, 2, 3, 5).

Sömnambulism innebär att gå i sömnen. Denna sömnstörning inträffar oftast under djupsömnen. Denna företeelse är vanligast hos barn men förekommer även hos vuxna. För de som haft en störning av djupsömnen t.ex. stress eller oro samt ångest kan även detta vara en utlösande faktor. *Behandling*: god sömnhygien och vid risk för att man skadar sig själv eller andra kan läkemedel övervägas (1, 2, 5).

Nattvandring är ett problem som inte ska förväxlas med sömnambulism. Nattvandring drabbar oftast äldre människor med stort kortidsminne som t.ex. Alzheimers eller dementa personer. Dessa personer är inte som man kan tro i ett sömntillstånd utan helt vakna men förvirrade (1, 5).

Sömnstörningars betydelse för ohälsa

Sömnen är mycket viktig både för vår fysiska och psykiska hälsa och det finns starka belägg för sömnens betydelse för uppkomsten av psykiska sjukdomar, såsom depression, psykoser och manier. Dessa i sin tur påverkar sömnen negativt, vilka leder till en ond cirkel. Störd sömn kan även leda till nedsatt immunförsvar vilket inte är bra för patienten inom slutenvården där många redan är immunsupprimerade. Speciellt för patienten med apné, är att de har större risk för att drabbas av allvarlig hjärtkomplikation (2, 5).

Att inte få sova tillräckligt på natten medför stora konsekvenser för dagaktiviteter. Kroppen försöker kompensera sömnbortfallet vilket kan yttra sig i koncentrationssvårigheter, ökad fallrisk, dåsighet samt risk att falla i sömn vid olämpliga tillfällen (2, 5).

Sjuksköterskans funktion i relation till sömnen

Sömnen är ett grundläggande behov hos människan och därför är omvårdnad av patienten med sömnproblem centralt i sjuksköterskans funktion. De flesta människor tar sömnen för givet och inser först vid avsaknad av den hur viktig den är (9). Ett känt faktum är att sömn påverkar smärta negativt och att smärta i sin tur förhindrar sömn. Sjuksköterskan har extra stort ansvar i omvårdnaden av sin patient med sömnproblem och med smärtproblematik (3). Redan Florence Nightingales betonade vikten av att uppmärksamma sambandet mellan sömn och smärta (10). Även Virginia Henderson betonar:

”When given the chance a nurse can employ the known methods of inducing rest and sleep before resorting to medication of patients” Henderson 1966 (9 sid.58)

Citatet av Virginia Hendersson visar på vikten av att sjuksköterskan istället för att rutinmässigt dela ut läkemedel vid sömnbesvär borde arbeta med sömnbefrämjande metoder.

Problemformulering

Sömnproblem är ett vanligt förekommande fenomen i vårt samhälle idag. Det påverkar alla aspekter av livet och försämrar livskvaliteten avsevärt för den som blir drabbad. Trots detta har patientens sömnkvalitet en undanskymd roll inom sjukvården och lägg därtill att patienten ofta vårdas i trånga och stressiga miljöer med dålig komfort. Sjuksköterskan är den person som har ansvaret för patienten och därför blir det upp till dem att identifiera och ge adekvat

omvårdnad relaterat till sömnen. Vi vill därför undersöka hur patientens sömnkvalitet på sjukhus ser ut samt vad sjuksköterskan kan göra för att främja god sömnkvalitet.

SYFTE

Syftet med denna litteraturöversikt är att beskriva hur sömnkvaliteten på sjukhus ser ut och hur sjukhusvistelsen påverkar patientens sömnkvalitet. Vad har sjuksköterskan för möjligheter att främja god sömnkvalitet.

METOD

Studien är en litteraturöversikt genomförd enligt Friberg (11) vilket innebär att aktuell forskning inom problemområdet kartlades med hjälp av systematiska litteratursökningar.

Litteratursökning

Litteratursökningar genomfördes i databaserna PubMed och Cinahl (se Tabell 1). I PubMed användes Medical Subjects Headings (MeSH) termer och flera sökningar genomfördes med olika kombinationer. Huvudordet i PubMed var "sleep quality" som kombinerades med följande MeSH termer: hospitalization, "hospitalized patients", admission, institutionalization samt inpatients. I Cinahl användes inledningsvis samma MeSH termer och samma sökordskombinationer som i PubMed. Därefter användes Cinahls headings, vilket gav följande sökord: sleep AND hospitalization. I PubMed angavs begränsningarna till: engelska, humans, age+19, title/abstract och i Cinahl angavs begränsningarna: engelska, humans, all adults, peer reviewed. Ytterligare kriterier för selektion var att artiklarna inte skulle vara äldre än från 1995 samt att perspektivet skulle vara patientorienterat samt även artiklar som inte var tillgängliga i fulltext.

Litteratursökningen genomfördes enligt följande:

1. Alla sammanfattningar lästes i sin helhet (54 i PubMed och 108 i Cinahl)
2. Studier som inte var relevanta för syftet exkluderades
3. Potentiella studier kvalitetsgranskades enligt kriterierna i Friberg (11) (12 i PubMed och åtta i Cinahl)
4. Studier som höll god kvalitet inkluderades i studien (åtta från PubMed och fem från Cinahl)

Totalt inkluderades således 13 artiklar i studien.

Tabell 1: Översikt över sökningar i PubMed och Cinahl

Databas	Sökning nr:	Datum för sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade artiklar	Valda artiklar (referensnummer)
PubMed	1	22/9 2010	"sleep quality" AND "hospitalized patients"	English, age+19, title/abstract, human	9	5	13,15
	2	22/9 2010	"sleep quality" AND hospitalization	English, age+19, title/abstract, human	11	4	12,23,24
	3	22/9 2010	"sleep quality" AND admission	English, age+19, title/abstract, human	19	1	20
	4	22/9 2010	"sleep quality" And institutionalization	English, age+19, title/abstract, human	1	0	ingen
	5	23/9 2010	"sleep quality" AND inpatients	English, age+19, title/abstract, human	14	2	16,22
Cinahl	1	23/9 2010	"sleep quality" AND "hospitalized patients"	Peer reviewed, English, human, all adult	3	0	ingen
	2	23/9 2010	"sleep quality" AND hospitalization	Peer reviewed, English, human, all adult	8	0	ingen
	3	23/9 2010	"sleep quality" AND admission	Peer reviewed, English, human, all adult	12	0	ingen
	4	23/9 2010	"sleep quality" AND institutionalization	Peer reviewed, English, human, all adult	0	0	ingen
	5	29/9 2010	"sleep quality" AND inpatients	Peer reviewed, English, human, all adult	22	3	17,19
	6	29/9 2010	sleep AND hospitalization	Peer reviewed, English, human, all adult	67	5	14,18,21

Analys

Artiklarna analyserades enligt Friberg (11) genom att 1) De inkluderade studierna lästes igenom ett flertal gånger av båda författarna med fokus på studiernas resultat. Anteckningar gjordes för att hitta ett preliminärt mönster; 2) Huvudresultaten i varje studie identifierades; 3) Studiernas resultat sammanställdes; 4) Likheter och skillnader mellan de olika studierna

identifierades och teman och underteman började ta form samt 5) Resultatet sammanställdes i en logisk helhet (Tabell 2).

RESULTAT

Tabell 2: Resultatöversikt

Teman	Underteman
Sömnkvalitet på sjukhus.	Svårt att somna
	Ofrivilligt uppvaknande
	Rubbade sömnfaser
	Ökat sömnbehov på dagen
Faktorer som påverkar patientens sömnkvalitet.	Patientens egenskaper
	Patientens hälsostatus
	Läkemedelsinverkan på patienten
	Sjukhusmiljöns inverkan på patienten
Sjuksköterskans möjligheter att främja sömnkvalitet	Utbildning av personal
	Dialog med patienten
	Läkemedelsrutiner
	Sjuksköterskans möjligheter att påverka miljön på sjukhus

Analysen av artiklarna mynnade ut i tre olika teman med 12 underteman (Tabell 2, se ovan). Det första temat beskriver hur patientens sömn påverkas av sjukhusvistelse d.v.s. problemet med sömnkvalitet på sjukhus och svarar på frågan vad problemet är och hur omfattande problemet är. Det andra temat beskriver vilka faktorer som påverkar patientens sömnkvalitet d.v.s. svarar på frågan varför sömnkvalitet på sjukhus är ett problem (vårdtagarperspektiv) och det tredje temat beskriver vad sjuksköterskan kan göra för att förbättra patientens sömnkvalitet.

Sömnkvalitet på sjukhus

Flera studier stödjer teorin om att sömnkvaliteten hos patienten försämras av sjukhusvistelse (12, 13, 14, 15, 16, 17). En studie från Brasilien mätte sömnkvaliteten på sjukhus innan under samt efter sjukhusvistelsen för kvinnor med bröstcancer. Utav deltagarna var det 52 % som uppgav dålig sömnkvalitet innan sjukhusvistelsen och denna siffra ökade till 80 % efter

sjukhusvistelsen. Några deltagare uppgav faktiskt bättre sömn under vistelsen (2 av 24st deltagare). Detta tillskrevs det faktum att deras symtom förbättrades under sjukhusvistelsen (12). En turkisk studie som jämförde patientens sömnvanor på sjukhus med friska individer i en kontrollgrupp, visade att patienten på sjukhus hade sämre sömnkvalitet. Dom använde sig av enkäten PSQI, se bilaga 2. Patienten på sjukhus hade ett medelvärde på 7.9 mot 4.4. hos den friska populationen där 5 är gränsen för sömnstörning (13).

Ett annat problem med sömnkvalitet på sjukhus som belystes i en australiensisk studie visade på att andelen personer med kronisk insomni ökade från 10 % innan inläggning till 19 % tre månader efter hemkomst (14). En kanadensisk studie som genomfördes i syfte att se hur lugnande preparat påverkade sömnkvaliteten hos patienten på sjukhus, visade att efter tre dagar på sjukhus hade patienten fått sämre sömnkvalitet i alla avseenden jämfört med personer i sin naturliga miljö. Vad gäller sömnstörningar fick patienten en summa på 350 poäng första dagen jämfört med 175 poäng hos den friska gruppen där högre poäng stod för sämre sömnkvalitet. Den tredje dagen sjönk sömnstörningarna hos patienten till 290 poäng (lägre poäng bättre). När dom undersökte sömneffektiviteten så förbättrades den också med tiden från 310 poäng dag 1 till 325 poäng dag 3 (högre poäng bättre) (15).

En kinesisk studie som undersökte vilka faktorer som påverkar patientens sömnkvalitet, visade att 45.6% av patienterna hade dålig sömnkvalitet på sjukhus och att deras sömnkvalitet minskade ytterligare efter utskrivning till 57.4% (16). En studie som gjordes på patienter vid ett kanadensiskt sjukhus mätte subjektiv sömnkvalitet hos patienter på en kirurgisk och en medicinsk akutavdelning under tre nätter med hjälp av Verran Snyder Halpern (VSH) och Factors Influencing Sleep Questionnaire (FISQ) vilka är subjektiva självskattningsinstrument se bilaga 2. Enligt den tiogradiga skalan uppmättes ett medelvärde hos de inlagda patienterna på 5.49 vad gäller upplevd sömnkvalitet första dygnet, 4.77 det andra dygnet samt 4.75 det tredje dygnet, detta visade på att sömnkvaliteten blev bättre med tiden på sjukhus (17).

Svårt att somna

I en studie identifierades insomningsproblem som ett specifikt förekommande problem. Maree et al undersökte riskfaktorer för kroniska sömnbesvär efter sjukhusvistelse och visade att efter sjukhusvistelsen ökade problemen med att somna markant. På sjukhus hade 48 % problem med insomning medan efter hemkomst hade 68 % utvecklat problem med att somna (14).

Ofrivilligt uppvaknande

I tre av studierna beskrivs ofrivilligt uppvaknande som ett problem. En brasiliansk studie visade att problem med för tidigt uppvaknande var vanligt förekommande hos ca 92 % av patienterna på sjukhus (12). En australiensisk studie som mätte sömnkvalitet på sjukhus med hjälp av sömnskattningsformulär visade att patienterna hade problem med att vakna upp oftare på nätterna jämfört med hur det var hemma. 44.2% vaknade varje natt på sjukhus jämfört med hemma där 48.1% uppgav svårigheter ibland. Patienterna hade dessutom betydligt svårare att somna om på sjukhus 53.8% jämfört med 28.8% som inte hade problem med att somna om hemma ibland (18). En studie analyserade omvårdnandsinterventioner för

att påverka sömnkvalitet på sjukhus med en kontrollgrupp som inte fick sömnförebyggande åtgärder. Dessa var äldre patienter på en medicin samt en kardiolog avdelning. Resultatet visade att experimentgruppen vaknade upp mindre ofta än kontrollgruppen ($p=0,001$) (19).

Rubbade sömnfaser

En amerikansk studie som mätte sömnfaser hos patienter på intensivvårdsavdelning visade på att huvuddelen av sömnen som uppmättes var ytlig sömn som mestadels bestod av sömnfas 1 och 2 vilket utgjorde ca 96 % av sömnen. Sömnfas 3 samt 4 utgjorde ca 1 % av den totala sömnen och REM-sömnen utgjorde endast ca 3 % av sömnen (20). En studie som belyser faktorer som påverkar sömnen negativt kommer fram till att oro för sjukdom kraftigt påverkar sömnkvaliteten hos patienterna. Sömnfaserna rubbas och det kan leda till minskad djupsömn samt REM-sömn och frekventa uppvaknanden under sömnen (16).

Ökat sömnbehov på dagen

Ett par av studierna belyser att patienten på sjukhus ofta får ett ökat sömnbehov på dagen. En undersökning gjord av Humphries et al mätte sömnen på sjukhus mellan tredje och fjärde natten, visade på att den patienten som upplevde stress på sjukhuset hade ett ökat sömnbehov under dagen vilket gjorde att det påverkade deras nattsömn. Patienterna uppgav ett värde den tredje dagen som var 34.5 på en hundrigradig skala vilket hade ökat till 39.9 den fjärde dagen (21). En annan studie visade att problem med att vara sömnig på dagen var vanligt förekommande på sjukhusen. Forskarna jämförde patienter med bra sömnkvalitet innan inläggning med patienter som hade dålig sömnkvalitet innan inläggning. 40 % av de med bra sömnkvalitet innan upplevde problem med dåsigthet på dagen medan 55 % av de med dålig sömnkvalitet upplevde samma problem (12).

Faktorer som påverkar patientens sömnkvalitet

Flera av studierna hade till syfte att undersöka vilka faktorer som påverkar sömnen på sjukhus (12, 16, 18). En studie såg ett starkt samband mellan behovet av att gå på toaletten nattetid med sömnstörningar och dålig sömnkvalitet. I denna studie uppgav ca 65 % att detta var orsaken till sömnstörningar (12). Samma problem uppgavs i en annan studie där 73 % av patienterna fick störningar i sömnen av att behöva gå på toaletten nattetid. Detta var den vanligaste orsaken till störd nattsömn i denna undersökning (18). Ytterligare en studie kommer fram till att den vanligaste orsaken till sömnstörningar hos patienter på sjukhus är behovet av att gå på toaletten nattetid ($p=0.005$) oavsett vilken avdelning de låg på eller vilken sjukdom de hade (16).

En studie som tittade på interventioner för att förbättra sömnkvaliteten hos äldre på sjukhus visade på följande faktorer som upplevdes sömnbefrämjande av patienterna: personlig hygien, (38.5%), sömnhygien (såsom tid för sänggående) (35.7%), massage (23.1%), lufta och sträcka lakanen (21.1%), något att äta innan sänggående (20 %), minska konversationer efter sänggåendet (15.4%) samt mörkläggnings av rummet (14.3%) samt rumstemperatur (5.6%) (19).

Patientens egenskaper

Flera studier beskriver samband mellan patientens egenskaper och sömnkvalitet på sjukhus (13, 14, 15, 19, 17, 21, 22). En studie visade på att patienten som upplevde stress hade ökat sitt sömbehov dagtid samt uppgav att detta även fick konsekvenser för nattsömnen. Detta kopplades speciellt till ensamstående patienter som oroade sig för sin hemmasituation, husdjur, ekonomi samt löpande underhåll i hemmet (21). En studie från Turkiet som mätte subjektiv sömnkvalitet (PSQI) på sjukhus visade signifikant skillnad på män och kvinnors upplevda sömnkvalitet där kvinnornas var sämre än männens (9.4 jämfört med 6.7 där resultat över 5 är tröskelvärde för störd nattsömn). Forskarna tar själva upp problemet med en annorlunda situation för kvinnor i Turkiet jämfört med andra länder med hög arbetsbelastning i hemmet och stort socialt åtagande. Dom lyfter även fram en studie som visar på att män ofta skattar sin sömn mer positivt än kvinnor gör (13). En studie jämförde patientens upplevelse av sömn på ett rehabiliteringssjukhus med hur personal på sjukhuset upplevde patienternas sömn. De hittade signifikanta samband mellan dålig sömnkvalitet, ålder samt kön. Äldre och sömnkvalitet hade ett signifikansvärde på ($p=0.033$) och kvinnors sömnproblem relaterat till mäns uppmättes ett värde på ($p=0.033$) (22). En annan studie hittade inget tydligt samband mellan kön samt ålder kopplat till sömnstörningar på sjukhus men kommer fram till att det inte är sömnstörningar i sig som är ett problem utan inställningen till det. Dålig anpassning till sömnhygien och dysfunktionella sömnrutiner påverkade risken för insomni signifikant (14).

En studie såg ett samband mellan ålder och sömnstörningar när patienten använde insomningstabletter vilket ledde till ett ökat sömbehov på dagen, samma studie kom också fram till slutsatsen att den äldre patienten har sämre sömnkvalitet än den yngre (15). En annan studie som också tar upp problemet med ålder relaterat till sömnstörningar säger att 65 % av äldre mellan 65-84 år har sömnstörningar (19). Ytterligare en studie såg ett samband mellan sömnkvalitet och ålder där sömnkvaliteten minskade med ökande ålder ($p<0.005$) (17).

Patientens hälsostatus

Flera studier beskriver även samband mellan patientens hälsostatus och sömnkvalitet på sjukhus (13, 14, 16, 17, 23). En studie visade att ångest var vanligt förekommande hos patienter som skulle genomgå operation på sjukhus, 11 av 22 deltagare uppgav hög grad av ångest samt dålig sömnkvalitet preoperativt. Tre veckor efter operationen hade graden av ångest sjunkit vilket hade ett samband med förbättrad sömnkvalitet (23). En studie som undersökte riskfaktorer för kronisk insomni hittade ett samband mellan depression och risken för insomni (14). Denna aspekt togs även upp i en annan studie som jämförde patientens sömn på olika avdelningar inom sjukhuset. Här hittade forskarna en signifikant skillnad mellan sömnkvalitet hos patienten på psykiatriska avdelningar med patienten på somatiska avdelningar. Självskattningsinstrument (PSQI) användes och poäng över 5 räknades som sömnstörning och där max poäng var 21. Psykiatripatienterna uppgav 9.1 mot somatiska avdelningars patienter som uppgav 6.6 på samma skala (13). Oro för sjukdom var en stark bidragande orsak till sömnstörningar på sjukhus enligt en kinesisk studie ($p=0.02$) eller obehag vid sjukdom ($p=0.001$) (16). Ytterligare en studie visade på att oro och smärta var en faktor vid sömnstörningar (17).

En studie undersökte smärtans betydelse för sömn på sjukhus hos patienter med brännskador. Dom hittade ett tydligt samband mellan smärtintensitet och dålig sömnkvalitet ($p=0.017$) och ca 75 % av patienterna uppgav sömnstörningar under natten (24). Detta fynd motsades i en annan studie som såg bättre sömneffektivitet hos patienter som uppgett smärta, detta förklaras av författarna med att smärtpatienten i regel är bättre medicinerad med opioider vilket i sin tur ger en bättre upplevelse av sömnkvaliteten (15). En studie visade att rangordningen av faktorer som påverkar sömn var graden av smärta sedan oro/ångest, oförmåga att utföra normala rutiner, ovan miljö samt olika typer av ljudpåverkan (17).

Läkemedelsinverkan på patienten

Det finns samband mellan patientens läkemedelsbehandling och sömnkvalitet. Resultatet av en studie kring patientens sömn och läkemedelanvändning på sjukhus visade ett samband mellan sömnstörningar och antalet långvariga sjukdomar, förekomsten av smärta, användandet av tricykliska antidepressiva läkemedel och långvariga sjukdomar utan smärta (15).

En studie som jämförde patienter med god sömnkvalitet innan inläggning mot patienter med dålig sömnkvalitet innan inläggning visade på att ingen av deltagarna med god sömnkvalitet under natten använde läkemedel medans 50 % av de som sov dåligt använde läkemedel (12). En studie som gjordes på en akut vårdavdelning visade inget signifikant samband mellan störning av sömnfaserna och dosering av analgetika eller lugnande preparat (20).

En undersökning av Frighetto et al tittade närmare på läkemedelsanvändning samt sömn på sjukhus och kom till slutsatsen att fastän patienten i hög utsträckning använder läkemedel (60 % stod på zopiclone eller annan hypnotika under sjukhusvistelsen) så har den till skillnad från den friska populationen betydligt sämre sömnkvalitet (15). En studie som undersökte effekten av sömn på rehabiliteringssjukhus såg ingen signifikant påverkan dagen efter på de patienter som tagit sömntabletter för att kunna sova, eller hur de själva skattade sin sömn, samt hur de sjuksköterskor som observerade dem under natten rapporterade deras sömn (22).

Sjukhusmiljöns inverkan på patienten

Flera studier har belyst hur olika miljöaspekter påverkar sömnkvaliteten på sjukhus (12, 16, 17, 18). En undersökning visade att 20 % av kvinnor med dålig sömnkvalitet på sjukhus hade fått sämre sömnkvalitet på grund av medpatienter som varit i ett agiterat tillstånd eller ett nedsatt allmäntillstånd. Andra orsaker som uppgavs i samma studie var sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder (60 %), ljudstörningar (10 %) samt ljusstörningar (8.3%) (12). En annan studie som stöder detta visade på att den näst vanligaste orsaken till uppvaknande var ljudpåverkan (48 % uppgav detta). Faktorer som lyftes fram var: samtal mellan sjuksköterskor, samtal mellan sjuksköterskor och patient, olika maskiner (som t.ex. larm, dropp anordningar, telefoner), ljud från intilliggande rum såsom expeditionen. En annan orsak var väckning på grund av rutin observationer (40.4%) eller medicinutdelning (40.4%). Smärta eller obehag uppgavs av 30.8% av patienterna. Ljus var en faktor för 27 % av patienterna (18).

En stor kinesisk studie med 397 patienter undersökte vanliga faktorer som påverkade sömnkvaliteten negativt. Dessa är: omvårdnadsåtgärder av medpatienter, telefonringningar, ljud från luftkonditionering, ljud från medicinsk utrustning och personal som pratar med varandra (16).

En undersökning av Tranmer et al visade att en stor orsak till sömnstörningar i början av sjukhusvistelsen är att inte få sova i sin egen säng (25 % av patienterna angav denna faktor). En annan faktor var oförmåga att bibehålla sina vanliga rutiner hemifrån (16 % angav detta), ljud från avdelningen utanför rummet (16 %), ljud från andra patienter (15 %), annorlunda miljö (14 %) samt oro eller smärta (14 %) (17).

Sjuksköterskans möjligheter att främja sömnkvalitet

LaReau et al gjorde en undersökning på hur omvårdnadsåtgärder för att främja sömn kan ersätta läkemedel. de använde sig av följande interventioner: massage, avslappningstekniker, avslappnande musik, riktad visualisering, bad innan sänggående för att optimera kroppstemperaturen, varm dryck vid sänggående, ljudreducering, minska omvårdnadsåtgärder under sömn, exponera patienten för ljus dagtid samt mörker nattetid. Forskarna jämförde en kontrollgrupp som fick vanlig omvårdnad samt farmakologi med en experimentgrupp där ovan nämnda åtgärder genomfördes. Dom såg en signifikant skillnad mellan de två grupperna vad gäller insomning, sömnkvalitet samt förmågan att fortsätta sova ($p < 0.044$). Slutsatsen blev enligt författarna att omvårdnad med fördel kan ersätta läkemedel (19).

Det centrala i att vårda patienten nattetid enligt Tranmer et al är att sätta patientens komfort främst samt att minska störningar i högsta grad. Dom betonar också vikten av att individualisera vården kring patienten då varje patient har en egen unik uppfattning om sina sömnproblem (17).

Utbildning av personal

I flera studier betonas vikten av att utbilda personalen (13, 14, 16, 23). Dogan et al föreslår utbildning av vårdpersonalen så att de i sin tur kan informera patienten om sömnens alla aspekter såsom sömnhygien, sömnlängd, sömnkvalitet samt hur olika typer av sömnproblem skall angripas (13). Zaros et al betonar vikten av fler studier kring patientens sömnvanor och förståelsen hur de är kopplade till sömnkvaliteten för att sjuksköterskan skall kunna föreslå rätt interventioner (23). Detta stöds av en annan studie kring risk för långvarig insomni efter sjukhusvistelse där man rekommenderar sjuksköterskorna att identifiera, förädla och utvidga aktiviteter som leder till bättre sömnkvalitet hos patienten. Forskarna betonar vikten av att utbilda patienten kring sömnvanor med stöd i patientens självupplevda erfarenhet kring detta (14).

Zhang et al's studie visar att det är en stor skillnad mellan patientens och sjuksköterskans upplevelse av sömn. Dom drar slutsatsen att utbildning av personal kring faktorer som stör patientens sömn samt åtgärda felaktigt beteende är nödvändigt för att främja god sömnkvalitet hos patienten (16).

Dialog med patienten

Flera studier beskriver vikten av att sjuksköterskan har en dialog med patienten runt olika aspekter som påverkar sömnkvaliteten (12, 16, 17, 21, 23). Zaros et al skriver i sin studie kring patienter som upplever sömnproblematik kring operation att utvärdering och dialog kring patientens oro/ångest är av stor vikt för att den optimala medicineringen inför operation skall uppnås och därmed ett bättre resultat efter operation (23). Det är viktigt för sjuksköterskan att fråga patienten kring deras sönmönster samt eventuella sömnproblem som de upplever på avdelningen då de har en benägenhet att själva inte ta upp det eller tänka på det (12). En studie som studerade patientens sömnstörningar på sjukhus lade fram vikten av att fånga upp patienten som är ensamstående då de har större risk för ångest samt oro inför sin situation vilket i sig är ett problem för sömnen. Detta bör utvärderas av sköterskan så att nödvändigt stöd kan sättas in för att hjälpa patienten och minska deras oro (21).

Det är viktigt att informera patienten om diet och dryckesvanor intill sänggåendet som kan påverka behovet av toalettbesök nattetid enligt Zhang Lei et al. Man kan också enligt författarna som sjuksköterska informera patienten om sömnbefrämjande åtgärder såsom att lyssna på musik, läsa böcker, dricka varm mjölk innan sänggående samt delta i fysisk aktivitet under dagen (16).

Tranmer et al. betonar vikten av att se patientens dynamiska behov under sjukhusvistelsen som ett kontinuum. Patientens behov förändras ständigt och alla behov som patienten har behöver vägas in i vilka strategier som behövs för att hjälpa patienten. Detta bör ske i samverkan med patienten enligt Tranmer et al (17). Detta går i linje med Zhang et al's konklusion där vikten av att utveckla en stark relation mellan sjuksköterska och patient för att dämpa patientens oro kring sina symtom understryks. Sjuksköterskan bör även kontinuerligt hålla patienten informerad kring behandling samt planen för nästa dag (16).

Läkemedelsrutiner

I studierna betonas vikten av goda läkemedelsrutiner i syfte att främja god sömnkvalitet (12, 16, 18, 22, 24). Furlani et al rekommenderar t.ex. smärtkontroll (medicinering) för att minska sömnstörningar eller uppvaknanden på grund av detta (12). Detta stöds av Raymond et al som också beskriver vikten av korrekt smärtmedicinering för att ge patienten god sömn trots smärta (24).

En studie där man testat flexibla medicinutdelningstider på ett akutsjukhus ledde till att patienten erhöll längre sömnperiod vilket ledde till en rekommendation av författarna till individuell anpassning av medicintider (18). Det är viktigt att se över eventuell behandling som kan medföra onödiga toalettbesök på natten samt se över om infusioner är nödvändiga nattetid enligt Zhang et al som även rekommenderar smärtlindring ca 30 minuter innan sänggående (16).

En studie som studerade läkemedelsanvändning vid sömnproblematik kom fram till slutsatsen att medicinering bör ses över individuellt och utvärderas kontinuerligt för att se om ordinationen verkligen leder till faktiska sömnförbättringar (22).

Sjuksköterskans möjligheter att påverka miljön på sjukhus

Ett flertal studier lyfter fram vilka möjligheter sjuksköterskan har att påverka miljön för att förbättra sömnkvaliteten för patienten (12, 13, 14, 20, 21, 23, 24). Zaros et al belyser i sin studie kring patienten och sömn vid operation vikten av att upprätthålla normala rutiner vid sänggående samt uppvaknande (23). En annan studie visade på att andra rutiner kring sömnförebyggande åtgärder kan vara lämplig belysning vid rätt tidpunkt d.v.s. ljust på dagen och mörkt på natten i rummet enligt Furlani et al (12). Raymod et al resonerar kring vikten av strategier för att öka patientens välbefinnande vid smärtproblematik och sömn. Mindre ljudstörande moment, mindre interventioner av personal på natten samt rutiner för smärtkontroll (24).

En studie kring interventioner nattetid på en avdelning tar upp vikten av att inte bryta sömncykeln som är ca 90min. Om interventioner skall ske bör dessa ske med åtanke att inte bryta sömncykeln (90 min intervaller). Detta innebär noggrann individuell planering av vården (21). Detta stöds av en annan studie som också betonar vikten av att inte störa patienten på natten. Studien styrker också vikten av att se över temperaturen på rummet, ljus, ljud samt läkemedelsutdelning på avdelningarna (13). En studie gjord på en intensivvårdsavdelning lyfte fram vikten av att jobba med miljöfaktorer som kan störa patienten. Individuellt rum för patienten, rutiner som anpassas individuellt till patienten så att maximal sömn uppnås, minskade ljudnivåer, anpassning av ljuset på avdelningen samt avlägsnandet av onödig medicinsk övervakningsutrustning (20).

En studie ifrågasatte många undersökningars tonvikt vid miljöanpassade interventioner såsom ljus, ljud m.m. Studien lyfte fram komplexiteten kring sömnsvårigheter vilket bör involvera även individen självt och kräver djupare kunskaper kring vilka faktorer som påverkar sömnproblematiken (14).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Vi genomförde en litteraturundersökning och vi anser att det var en lämplig metod relaterat till syftet. Vi fann att de söktermer vi använde var lämpliga då flertalet av de artiklar vi fann hade belyst ämnet sömnkvalitet utifrån patientens perspektiv vilket även var vår avsikt. Vi hade inledningsvis svårt att täcka området med de första söktermerna och fick därför utöka sökningen med synonymer och andra meshtermer för att försäkra oss om att det mesta hade täckts in. Sökningen begränsades något av att alla artiklar inte fanns publicerade i fulltext och detta kan därför ha påverkat resultatet något.

Våra artiklar speglade flera aspekter av området såsom ålder genus samt etnicitet vilket vi anser styrker validiteten i översikten. Våra artiklar var mestadels av västerländskt ursprung men en artikel från Turkiet samt en från Kina och två från Brasilien bedömdes vara giltiga även för förhållanden i Sverige.

Vi sökte artiklar från 1995 fram till nutid men 12 av 13 artiklar var publicerade från 2001 och framåt och flertalet av dem var publicerade nyligen vilket innebär att resultatet avspeglar aktuell forskning inom området.

Samtliga artiklar som inkluderades i studien var kvantitativa. Vi fann en kvalitativ studie men den bedömdes inte hålla tillräckligt god kvalitet för att inkluderas. Avsaknaden av kvalitativa studier kan ses som en brist i forskningen. Patientens upplevelse av sömnkvaliteten kan säkerligen fördjupas med den typen av studier.

I studier som användes i alla fall utom ett analoga självskattningsskattningsskalor (t.ex. VSH) och frågeformulär (PSQI) vilket kan ses utifrån två aspekter. Självskattningsskattningsskalor är bra vetenskapliga instrument för att mäta patientens egna upplevelser av sömnkvaliteten men det säger inget om hur den objektiva sömnen ser ut. Detta är ett problem då mycket av sömnkvaliteten styrs av vilken sorts sömn patienten faktiskt erhållit under natten d.v.s. hur sömnfaserna är fördelade vilket patienten själv aldrig kan veta. I endast en artikel mättes detta med hjälp av polygrafftest vilket var intressant då det är den enda metod som kan mäta sömnfaserna objektivt men vi hade gärna sett flera studier som kombinerade dessa två olika metoder att mäta sömnkvaliteten på vilket hade lett till en mer komplett bild av sömnkvaliteten.

I flera av studierna har urvalskriterierna varit ett stort dilemma. I flera studier exkluderades personer som ej kunde tala eller förstå språket, personer med kraftig övervikt eller olika sjukdomstillstånd gallrades bort, vilket kunde påverka studiernas trovärdighet och applicerbarhet eftersom dessa faktorer har inverkan på sömnkvaliteten.

RESULTATDISKUSSION

Sömnkvalitet på sjukhus

Syftet med denna litteraturöversikt var att beskriva hur sjukhusvistelsen påverkar patientens sömnkvalitet samt vad sjuksköterskan har för möjligheter att främja sömnkvalitet på sjukhus idag. Resultatet visade att sömnkvaliteten på sjukhus blir sämre initialt men förbättras något efter ett par dygn under sjukhusvistelsen vilket tillskrivs tillvänjning av miljön samt lindring av symtom. Vi ser ett problem med ofrivilligt uppvaknande på sjukhus då detta får konsekvenser dagtid för både personalen samt patienten. Detta kan leda till ökad fallrisk, samt minskad förmåga till att delta i aktiviteter såsom rehabilitering eller andra dagliga verksamheter, speciellt äldre får då också en störd dygnsrytm med svårigheter att somna nattetid (2, 3, 5). Många patienter får dessutom sämre sömnkvalitet efter utskrivning och har svårt med trötthet dagtid relaterat till sömnstörningar nattetid vilket är en stor riskfaktor ute i samhället speciellt vid t.ex. bilkörning eller farliga jobb (12, 21). Idag räknar man trötthet som en lika allvarlig riskfaktor vid trafikolyckor som alkohol (1).

Detta är ett problem då forskning visar på sömnens betydelse för läkning både somatiskt (djupsömn) samt kognitivt (REM fasen). Störningar i sömnen kan få allvarliga konsekvenser för immunförsvaret, läkeprocessen och är kopplad till utveckling samt förstärkning av psykisk ohälsa (1, 2, 5).

Vad gör patienten på sjukhus när grundorsaken till sjukhusvistelsen, är att läkas och att lindra symtom, och då en av grundförutsättningarna för detta är sömnen? Eftersom sömnen blir sämre på sjukhus blir själva sjukhusvistelsen i så fall kontraproduktiv. Den enda studie som mätte sömnkvaliteten objektivt visade att patientens sömnkvalitet och sömnfaser var störda (20). Vi anser att forskningen inom området sömnkvalitet bör breddas så att fler aspekter av problemet belyses. Studier med både objektiva mätmetoder tillsammans med intervjuer och andra subjektiva instrument bör användas för att få en helhetsbild av området.

Faktorer som påverkar patientens sömnkvalitet

De faktorer som påverkar sömnkvaliteten på sjukhus har visat sig vara både av yttre samt inre karaktär. En av de inre faktorer som påverkade sömnen var stress, detta beroende på cortisol som är ett stresshormon (2). Detta är illavarslande då stress leder till sömnstörningar och sömnstörningar i sin tur leder till oro eller i värsta fall depression (1, 2, 3). Här såg vi en skillnad mellan män och kvinnor. Då kvinnor oftare uppgav stress som ett problem både hemma och på sjukhuset, samt det faktum att kvinnor skattade sin sömn mer negativt än männen gör att kvinnorna blir en speciellt utsatt grupp som har extra stor risk för att utveckla sömnstörningar. En annan utsatt grupp är äldre vilka i ett flertal studier visade på sämre sömnkvalitet än den yngre patienten. Detta är ett problem då de flesta av våra patienter idag är just äldre. Många av våra patienter är ensamstående och en studie tar upp problemet med att dessa tenderar att oroa sig mer för sin hemmasituation. Utmaningen i detta blir att se patientens individuella behov samt att kunna ge det stöd de behöver (1, 2, 3, 4). Det blir viktigt för alla som arbetar inom sjukvården att betona betydelsen bibehållen sömnhygien under sjukhusvistelsen.

Andra inre faktorer som visade sig påverka sömnkvaliteten negativt var patientens hälsostatus. Smärta visade sig vara ett av de stora problemen för patientens sömnkvalitet. Det är viktigt att angripa problemet från rätt håll. En smärtpåverkad patient har sannolikt också sömnstörningar och då är det viktigt att lindra rätt symtom först. En rätt smärtlindrad patient sover bättre och därmed får man minskad smärtpåverkan, man slår alltså två flugor i en smäll (3, 10).

En annan viktig inre faktor är den oroliga eller deprimerade patienten som också sannolikt lider av sömnstörningar även här går dessa symtom hand i hand. Sömnbrist är en riskfaktor för allvarlig psykisk ohälsa om den får förbli obehandlad (5). Även här blir det då viktigt att se patientens behov och att sätta in rätt läkemedel, i detta fall en mild orosdämpande medicin framför sömntabletter eller kanske en så enkel sak som fysisk aktivitet som har visat sig effektiv för både sömnen samt psykisk ohälsa (3, 5).

En av de yttre faktorer vi såg som påverkade sömnkvaliteten på sjukhus var rollen som läkemedel har på kroppen. Det finns flera läkemedel som påverkar sömnens kvalitet men enbart några av de studier vi granskade hade direkt koppling till läkemedel och sömnkvalitet och då främst insomningstabletter. Vi har inga underlag att bedöma andra läkemedel än dessa men vad vi såg var att trots utbredd användning av sömnläkemedel blev inte sömnkvaliteten bättre (12, 15, 20, 22). Vi vet från tidigare litteratur hur läkemedel påverkar sömnen negativt (1, 3, 5). Vi vet också hur läkemedel inverkar på sömnfaserna och för att mäta dessa måste vi

använda objektiva instrument (5). Ingen av dessa studier använde detta, istället använde man sig av subjektiva mätinstrument. Detta menar vi innebär att studierna inte håller tillräckligt hög kvalitet för att kunna användas på ett bra sätt i denna översikt. Därför borde detta område specifikt granskas för att ge en tydligare bild av problemet då vi misstänker att den utbredda läkemedelsförskrivningen på sjukhus är ett problem.

Många studier granskar miljön på sjukhuset samt vilken effekt detta har på sömnkvalitet (16, 17, 18). De flesta studierna är samstämmiga och på detta område finns mest att göra för patienten. Som sjuksköterskor stjälp vi ibland patienten istället för att hjälpa dem och då främst kopplat till sömnen. Många patienter anger att sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder stör deras nattsömn tillsammans med störande miljö. Allt detta är sådant vi kan påverka då vi vet vilken roll temperatur, ljusmiljö, ljud, medpatienten och omvårdnadsåtgärder har för sömnkvaliteten (1, 2, 4). Vi inser problemet med att vårda många människor på ett ekonomiskt hållbart sätt, men med stöd i dessa studier ser vi att det finns mycket vi kan göra med enkla medel.

Ett specifikt problem som framkom var behovet av att gå på toaletten nattetid. Detta verkar vara ett av de vanligaste problemen kopplat till sömn och borde vara högprioriterat inom vården (12, 16, 18). Vi var förvånade över att detta hade en sådan stor betydelse för patientens problem med sömnen och belyser bra hur viktigt det är att anta ett patientperspektiv när vi undersöker ett problem som patienten har. Detta visar på vikten av att kommunicera direkt med patienten.

Vi som sjuksköterskor måste ta vårt ansvar och granska patientens medicinlista detta p.g.a. det kan finnas mediciner som har en negativ inverkan på sömnkvaliteten, detta för att utröna vad som är det bakomliggande problemet till sömnproblematiken. Kan det vara så att patienten egentligen har smärta på grund av postoperativa sår, kanske patienten egentligen behöver smärtstillande läkemedel för att kunna sova.

Sjuksköterskans möjligheter att främja sömnkvalitet

En stor del i sjuksköterskans möjlighet att främja sömnkvalitet är genom utbildning av vårdpersonal om sömnen som fenomen (13, 14, 16, 23). Detta för att kunna se patientens behov kopplat till sömnproblematiken men även för att i sin tur utbilda patienten i egenvård. Vi som arbetar inom vården måste var tillräckligt kunniga inom området sömn och individuella variationer för att tidigt kunna upptäcka riskgrupper såsom äldre, kvinnor, människor i psykisk obalans samt ensamstående.

Vad gäller information till vårdtagaren pekar studierna på att kommunikationen med patienten är av största vikt för att kunna skapa sig en tydlig bild av deras situation och problem. Då problemen ofta förändras med tiden under sjukhusvistelsen blir det extra viktigt att etablera en fortlöpande kommunikation med patienten (16, 17). Information kan ofta dämpa patientens oro inför sin situation vilket kan vara ett bättre alternativ än att medicinera patienten med lugnande tabletter. Lugnande besked är bättre att ta till än lugnande medicin. Detta går i linje med Hendersons teori kring patientens behov där sjuksköterskan i största utsträckning bör hitta alternativa strategier för att hjälpa patienten istället för att ta till läkemedel (9).

Det mest intressanta under temat läkemedelsrutiner var en studie som granskade införandet av flexibel läkemedelsutdelning på en avdelning. Man såg positiva effekter på längden av sömn hos patienten vilket även kan kopplas till teorin om morgon respektive kvällsmänniskor (4). Vi ser positivt på liknande försök i framtiden då samhället och sjukvården borde forma sig mer efter individen istället för att tvinga individen att följa sig efter rutiner som är ohälsosamma för dem.

Som vi nämnt tidigare i bakgrunden borde sjuksköterskor beakta patientens bakomliggande orsaker, vilka symtom, andra läkemedel som påverkar patientens sömn och sömnkvalitet negativt för att kunna ge rätt individuell vård (3). Detta stöds av ett par studier som pekar på samma slutsats men också betonar kontinuerlig utvärdering för att se om medicinen verkligen leder till faktiska förbättringar (22).

Då vi såg att många patienter stördes av att behöva gå på toaletten nattetid ser vi en nödvändighet i att se över patientens läkemedel och då främst vattendrivande läkemedel samt infusioner vilka kan leda till onödiga toalettbesök nattetid (12, 16, 18).

Den sista delen som rör vad vi som sjuksköterskan kan göra för att främja sömnkvalitet berör miljön på sjukhus. Mycket handlar om åtgärder för att öka patientens komfort d.v.s. bäddning av säng, temperatur på rummet, minskning utav buller samt att anpassa ljuset till rätt tidpunkt (12, 13, 20, 23, 24). Detta stöds i bakgrunden av flera olika författare som resonerar kring buller och ljud, vilka påverkar oss även i sömnen beroende på vilken sömnfas vi befinner oss i, vilket även ljus gör (1, 2, 3, 5). Detta förvånade oss litet och ligger i linje med de metoder som Nightingale avhandlar i sin *notes on nursing* som betonar vikten av patientens komfort (10). Detta är alltså åtgärder som främjar sömnkvaliteten.

Andra sidan av området störande moment är vad sjuksköterskor inte skall göra för att sömnkvaliteten skall påverkas negativt. Det handlar om att inte störa patienten nattetid i onödan och då framförallt inte avbryta sömncykeln som normalt varar i ca 90minuter och koncentrera omvårdnadsinsatserna till så få tillfällen som möjligt (13, 21). Detta ställer stora krav på personalen då detta innebär hur arbetet läggs upp och fördelas samt kommunikationen mellan teamen och då speciellt på de avdelningar där vården normalt bedrivs oavbrutet 24 timmar om dygnet.

Frågan om enskilda rum togs upp av en artikel och vi ser både för och nackdelar med detta (20). Fördelen är ju givetvis mindre störningar av andra patienter men vi har av egen erfarenhet sett ett behov hos patienten av socialt stöd hos medpatienter. Detta blir en balansgång och styrker ytterligare kravet på att sjuksköterskan skall kunna se patientens enskilda behov.

Vi vill återigen koppla omvårdnadsåtgärder kring sömnkvalitet till vad Hendersson säger om detta ämne. Hon belyser vikten av att använda alla kända omvårdnadsåtgärder vi vet fungerar innan vi tar till läkemedel för att främja sömn (9). En artikel som undersökte just detta kom till slutsatsen att alternativa åtgärder såsom att sköta sin sömnhygien, erhålla massage, mörka rum samt temperaturregulering var effektiva metoder som fungerade bättre än kontrollgruppen som fick läkemedel (19). Detta är den enda artikel som faktiskt genomfört en intervention i

syfte att lindra symtomen kring sömnbesvär. Vi ser gärna fler studier av detta slag i framtiden då detta bidrar till empirin inom området omvårdnadsåtgärder vid sömnstörningar.

Vi har tyvärr inte hittat någonting i våra studier som tar upp vikten eller effekten av fysisk aktivitet relaterat till sömnkvalitet. Fysisk aktivitet är kanske den faktor som vi i vår bakgrund såg påverkade sömnkvaliteten mest positivt och därför skulle vi vilja se studier som specifikt undersöker detta samband (1, 2, 4).

Konklusion

Vi har funnit i vår undersökning att miljön på sjukhus har stor betydelse för patientens sömnkvalitet. Vi ser flera områden där sjuksköterskan kan påverka sömnkvaliteten med omvårdnadsåtgärder istället för medicinering men också vilka faktorer som stör patienten däribland omvårdnad på fel tidpunkter relaterat till individens sömnbehov. Vi ser också betydelsen av att se patientens individuella behov av sömn. Detta kan vara beroende av kön, genus, ålder eller om personen är en morgon- eller kvällsmänniska. Patienten får sämre sömn av oro eller stress vilket är vanligt på sjukhus. Vårdpersonal bör utbildas i att känna igen dessa riskfaktorer. Detta för att kunna ge adekvat information till patienten samt att skapa en relation till patienten för att lindra oro och stress, för att främja patientens sömnkvalitet.

Vi ser omvårdnad som ett bra alternativ eller komplement till läkemedel vid sömnproblem. Det är också viktigt för sjuksköterskan att vara medveten om olika mediciners effekt på sömnen då många mediciner ger negativa konsekvenser för sömnen eller kanske rent av är onödiga.

Vi ser ett behov att mer forskning på detta område och då framförallt studier som använder sig av både objektiva mätinstrument samt subjektiva. Detta för att få med alla aspekter av sömnen och skapa en helhetsbild av sömnkvaliteten. Vi ser också ett behov av studier som inriktar sig på att undersöka rena omvårdnadsinterventioner för att främja sömnen istället för att bara undersöka faktorer som stör sömnen.

Vi föreslår följande rekommendationer för sjuksköterskan med stöd i vårt resultat:

- Sjuksköterskan bör planera sina omvårdnadsåtgärder nattetid så att de minimerar störningar för patienten.
- Sjuksköterskan bör se över medicinering relaterat till sömnen nattetid t.ex. urindrivande läkemedel eller infusioner för att minska toalettbesök i onödan.
- Sjuksköterskan bör se till att patienten har rätt smärtlindring för att undvika smärtutbrott under natten.
- Sjuksköterskan bör se till att patienten får tillräcklig information eller rätt lugnande medicin för att lindra oro eller stress kring sin situation.
- Sjuksköterskan bör vara observant vilken tid på dygnet blodtryck och temperatur tas då dessa värden flukturerar under dygnet.
- Sjuksköterskan bör om möjligt anpassa morgonarbetet samt medicinutdelning för att ge extra sömn till patienten som behöver det.

- Sjuksköterskan bör se över ljus, ljud samt temperatur på rummet för att optimera sömnen.
- Sjuksköterskan bör ta upp sömnkaraktär redan under anamnsen för att identifiera riskfaktorer kopplat till sömnen. Sjuksköterskan bör följa upp och utvärdera dessa under sjukhusvistelsen.

REFERENSER

1. Lavery, S. Sömmen - En helande kraft. Singapore: Wahlström & Widstrand, 1997.
2. Jönsson, T. Sömn - Faktorer som påverkar sömn under sjukhusvistelsen. Lund: Studentlitteratur, 1995.
3. McMahon, R. Omvårdnad på Natten - Ett professionellt förhållningssätt. Falköping: Liber Utbildning, 1994.
4. Ackerman, J. Sex Sömn Mat Dryck - Ett dygn i din kropp. Falun: Bokförlaget Forum, 2007.
5. Dement, WC. Kryger, MH. Roth, T. Principles and practice of sleep Medicine. 4 uppl. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005.
6. SBU. Behandling av sömnbesvär hos vuxna. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 199.
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Behandling_somnbesvar_vuxna_fulltext.pdf.
7. Redeker, NS. Sleep in acute care setting: An integrative review. Journal Of Nursing Scholarship, 2000; 32(1): 31-38.
8. Buysse, DJ. Reynolds, CF. Monk, TH. Berman, SR. Kupfer, DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatric Research, 1989; 28(2): 193-213.
9. Henderson, V. The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education. MacMillan Pub Co, 1966.
10. Nightingale, F. Notes on nursing - What it is and What it is Not. Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins, 1992.
11. Friberg, (red)F. Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: studentlitteratur; 2006.

Artiklar använda I resultatet:

12. Furlani, R. Ceolim, MF. Sleep quality of women with gynecological and breast cancer. Latino-am enfermagem, 2006; 14(6): 872-878.
13. Dogan, O. Ertekin, S. Dogan, S. Sleep quality in hospitalized patients. Journal of clinical nursing, 2005; 14: 107-113.
14. Griffiths, MF. Peerson, A. Risk factors for chronic insomnina following hospitalization. Journal of advanced nursing, 2004; 49(3): 245-253.

15. Frighetto, L. Marra, C. Bandali, S. Wilbur, K. Naumann, T. Jewesson, P. An assessment of quality of sleep and the use of drugs with sedating properties in hospitalized adults patients. *Health and quality of life outcome*, 2004; 2(17).
16. Zhang, L. Yuan, Q. Wu, Q. Kwauk, S. Liao, X. Wang, C. Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *Journal of clinical nursing*, 2008; 18: 2521-2529.
17. Tranmer, JE. Minard, J. Lee, AF. Rebelo, L. The sleep experience of medical and surgical patients. *Clinical nursing research*, 2003; 12(2): 159-173.
18. Jarman, H. Jacobs, E. Walter, R. Witney, C. Zielinski, V. Allowing the patients to sleep: Flexible medication times in an acute hospital. *International Journal of nursing practice*, 2002; 8: 75-80.
19. LaReau, R. Benson, L. Watcharotone, K. Examining the feasibility of implementing specific nursing interventions to promote sleep in hospitalized elderly patients. *Geriatric Nursing*, 2008; 29(3): 197-206.
20. Friese, RS. Diaz-Arrastia, R. McBride, D. Frankel, H. Gentilello, LM. Quantity and quality of sleep in surgical intensive care unit: are our patients sleeping? *The journal of TRAUMA injury, infection and critical care*, 2007; 63: 1210-1214.
21. Humphries, JD. Sleep disruption in hospitalized adults. *MEDSURG Nursing*, 2008; 17(6): 391-395.
22. Freter, SH. Becker, RM. Predictors of restful sleep in a rehabilitation hospital. *American Journal of Pphysical medicine & rehabilitation*, 1999; 78(6): 552-556.
23. Zaros, MC. Ceolim, MF. Sleep/wake cycle of women submitted to elective gynecological surgery with one-day hospital stay. *Latino-am enfermagem*, 2008; 16(5): 838-848.
24. Raymond, I. Nielsen, TA. Lavigne, G. Manzini, C. Choinière, M. Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. *International association for study of pain*, 2001; 92: 381-388.

Artikelpresentation: Bilaga 1

Ref. nr	Publicerad	Syfte	Design	Data insamlings metod	Urval
12	2006 Fynd: sömnkvalitet blev sämre på sjukhus. Störande faktorer: Toalettbesök, tidigt uppvaknande, ssk interventioner.	Beskriva sömn hemma mot sömn på sjukhus.	Explorativ, deskriptiv, kvantitativ	Enkät	25 kvinnor med bröst cancer. Median ålder: 25.9 – 77.8
23	2008 Fynd: mindre sömneffektivitet initialt men bättre sömneffektivitet med tiden på sjukhus	Att jämföra tid före och efter operation, r/t sömn, vakenhet på sjukhus.	Deskriptiv, cross-sectional field studie, kvantitativ	Sömnjournaler	22 kvinnor inlagda för gyn operation, kriterie minst en natt på sjukhus.
24	2001 Fynd: 75% av pat. Hade sömnbesvär på sjukhus. Starkt samband mellan sömnbesvär och smärta.	Mäta sömnkvalitet och dess realation till smärta under 1/v på sjukhus.	Prospektiv, kvantitativ.	Sömnformulär, intervju.	28 vuxna pat, med minst 3 dygn på sjukhus.
20	2007 Fynd: sömntiden tillräcklig, men starkt fragmenterad och abnorm, i SWS samt REM sömnen.	Beskriva sömnens kvantitet o kvalitet, samt arkitektur.	Prospektiv, observation. Kohort studie. Kvantitativ.	Polysomnografi d.v.s EEG	16 pat, varav 81,3% var män. Median ålder 37,5 år.
21	2008 Fynd: hög grad sömnstörn. dålig effektivitet och sömninghet dagtid. Bättre sömn dag 4. Stress leder till sämre sömn.	Undersöka förekomst samt karaktär av sömnstörningar på sjukhus.	Pilot studie, deskriptiv, kvantitativ.	Enkät samt intervjuer.	22 vuxna, 18 – 55 år, minst 3 nätter på sjukhus. Ej BMI över 40.
13	2005 Fynd: pyskpat och kvinnor har sämre sömn på sjukhus.	Utvärdera samt jämföra sömnkvalitet på sjukhus med friska individer.	Kvantitativ	Enkät, PIF(personlig information)	150 pat på sjukhus jämfördes med 50 friska individer.
18	2001 Fynd: längre sömn efter flexibel medicin utdelning men svårare för ssk.	Jämföra pats sömn hemma med sjukhus kopplat till medicin tid.	Pilotstudie, deskriptiv, kvantitativ.	Ssk: Napthine formulär. Pat: Reid & Coles formulär.	Ssk 25st, pat 52st. Pat 18+år

Ref. nr	Publicerad	Syfte	Design	Data insamlings metod	Urval
14	2004 Fynd: kronisk insomni ökade från 10 % till 19 %. Riskfaktorer: depression Ålder och kön insignifikant	Undersöka om incidensen av kronisk insomni ökar efter sjukhus. Identifiera risk pat.	3-fas cross-sectional, kvantitativ.	SHI(Sleep history index) HSQ(Hospital sleep questionnaire)	57st hjärtpat. 29st ortopedpat efter op, minst 2 nätter på sjukhus samt 3 mån hemma.
19	2008 Fynd: experiment grupp bättre sömnkvalitet samt mindre medicinering än kontrollgrupp. Faktorer: personlighgien, massage, sängkomfort.	Undersöka andvänbarheten av sömnprotokoll på sjukhus för att främja sömn hos äldre pat.	Experiment, pilotstudie, kvantitativ.	Staff checklist, RCSQ(Richard Campbell Sleep Questionnaire), medicinlista, Benson-LaRue ranking sleep intervention.	Ålder 65+, ej smärta, ångest, demens, sömnstörning, nattarbete. 4 pat i varje grupp.
15	2004 Fynd: benso vanligaste lkm. Pat har sämre sömnkvalitet än friska individer. Bättre sömn dag 3. Samband kroniska sjukdomar, ålder, smärta samt sömnkvalitet.	Undersöka sömnkvalitetens samband med sömn läkemedel på sjukhus. Skatta sömnstörningar samt graden av effektivitet.	Single centered, prospektiv, kvantitativ.	VSH, SIQ(subject iformation questionnaire)	100 pat, ålder 18+, medicin pat.
16	2008 Fynd: 45,6% hade dålig sömnkvalitet på sjukhus, detta ökade till 57,4% efter sjukhus. Faktorer: oro för sjukdom, toalettbesök. Skillnad mellan ssk uppfattning och pat.	Undersöka sömnkvalitet och sömnstörningar hos pat samt jämföra uppfattning mellan ssk o pat	Kvantitativ.	Enkät	397 pat, 101 ssk, minst 5 dygn på sjukhus, ej tydlig smärtpåverkan, ej medvetlös.
17	2003 Fynd: kir. Pat. fick mer åtgärder, mindre sömn lkm ,uppgav mer sömnstörningar , minde sömneffektivitet samt dåsigheit under dagen. Faktorer: ålder, miljö, vistelsetid på sjukhus.	Beskriva sömneffektivitet samt faktorer som inverkar på detta.	Prospektiv, deskriptiv, komparativ, kvantitativ.	VSH samt FISQ(factors influensing sleep questionnaire).	110 pat varav 54 medicin pat och 56 kirurgi pat. Ej alkoholism, allvarlig hjärnskada, sömnstörning.
22	1999 Fynd: ålder, kön samt kroniska sjukdomar var riskfaktorer för insomni. Lkm gav varken pos eller neg effekt. Kvinnor skattade sömn sämre.	Undersöka effekten av hypnotika utifrån självskattad sömnkvalitet.	Prospektiv, icke randomiserad kontroll studie, kvantitativ.	Morning sleep questionnaire 9, Likert skala för ssk, läkare, sjukgymnast samt kurator.	75 pat på rehab avd varav 41 % män och 59 % kvinnor. Median ålder 67,8 år.

Bilaga 2

Instrument för att mäta subjektiv sömnkvalitet

VSH

VSH (Verran and Snyder Halpern sleepsca) består av 16 områden vilka mäts med hjälp av visuell analog skala som mäter tre dimensioner av sömnen:

1. **Sömnstörningar** såsom tid för insomning, uppvaknande nattetid.
2. **Sömneffektivitet** såsom känsla vid uppvaknande, längden på sömnperioden kopplat till tiden för insomnandet, sömndjup och rörelser nattetid.
3. **Sömnsupplement** d.v.s. behov av extra sömn under dagen efter uppvaknandet.

Varje del består av en 10cm lång linje där hög poäng korrelerar högt värde för den typen av kategori. Detta innebär att t.ex. höga poäng för sömnstörningar blir omfattande sömnstörningar för den patienten medan höga poäng för sömneffektivitet innebär hög grad av sömneffektivitet för den patienten (15).

FISQ

FISQ (Factors Influencing Sleep Questionnaire) består av 24 olika områden som rör faktorer vilka stör sömnen. Varje del värderas från 0-5 poäng på en Likertskala (15).

PSQI

PSQI (Pittsburg Sleep Quality Sleep Index) är en självskattningskala som mäter sömnkvalitet samt sömnstörningar under 1 månads tidsintervall. Totalt 19 olika individuella faktorer ger poäng på sju områden:

1. Subjektiv sömn
2. Sömnlatens (Sömneffektivitet)
3. Längd på sömnen
4. Sömneffektivitet i hemmet (habitualsömn)
5. Sömnstörningar
6. Användandet av sömntabletter
7. Påverkan dagtid av sömn (dåsighet dagtid)

Summan av detta ger en global poäng från 0-21 där 21 representerar sämst sömnkvalitet (Arikel).

Instrument för att mäta objektiv sömnkvalitet

PSG

PSG (polysomnografi) innebär att hjärnaktivitetn mäts på flera olika sätt med hjälp av elektroder. Dessa visar vilken sömnarkitektur patienten har d.v.s. hur sömnen disponeras mellan de olika faserna av NREM sömn och REM sömn (5).