

Sova på sjukhus?!

- vård på sjukhus ger sömnbrist

FÖRFATTARE Maria Edvardsson
AnnaSara Sigfridsson

KURS Fristående kurs
15 högskolepoäng
Examensarbete i omvårdnad

VT 2011

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Monica Moene

EXAMINATOR Helen Elden

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel	Sova på sjukhus?! - vård på sjukhus ger sömnbrist
Arbetets art:	Självständigt arbete
Kurs Kursbeteckning	Fristående kurs OM5250
Arbetets omfattning	15 Högskolepoäng
Sidantal	20
Författare	Maria Edvardsson, AnnaSara Sigfridsson
Handledare	Monica Moene
Examinator	Helen Elden

SAMMANFATTNING

Sömn är ett fysiologiskt tillstånd som är nödvändigt för vår överlevnad och vårt välbefinnande. När en person är inneliggande på sjukhus finns en rad faktorer som gör att en god sömn inte är en självklarhet. Konsekvensen av sömnbrist kan bli nedsatt kapacitet psykiskt och fysiskt och därmed försämrade förmåga att klara av belastningen som sjukdomen innebär. Syftet med det här arbetet är att belysa svårigheter med sömn på sjukhus huvudsakligen utifrån patientens perspektiv. Metoden är en litteraturoversikt, där litteraturen (n=12) söktes i databaserna PubMed och Cinahl. Resultatet bekräftar att sömn är ett problem under sjukhusvistelse. De faktorer som främst påverkar sömnen negativt är omgivningsfaktorer, där störande ljud och störningar beroende på personalens omvårdnadsaktiviteter är de mest framträdande, samt personrelaterade faktorer som obehag relaterade till sjukdomen och oro. Sjuksköterskor är medvetna om att patienter har sömnsvårigheter, men de är omedvetna om att de själva stör patienterna. Sjuksköterskans ansvar måste vara att sätta behovet av sömn i fokus. Att sträva efter att sänka ljudnivån på sjukhusavdelningen nattetid, inte minst de ljud som orsakas av personalen, är viktigt. Patienten skall inte störas under natten om det inte är absolut nödvändigt. Patientens behov skall stå i fokus, inte personalens eller organisationens. I nuläget saknas det bevis för vilka åtgärder som är effektiva. Stora randomiserade kontrollerade studier av god metodologisk kvalitet behövs för att kunna visa vilka åtgärder som är effektiva för att främja sömnen hos inneliggande patienter på sjukhus.

INNEHÅLL

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Definition av sömn.....	1
Sömnfysiologi.....	1
Sömnens betydelse	3
Orsaker till sömnsvårigheter på sjukhus	3
<i>Medicinska, psykosociala och fysiologiska orsaker</i>	4
<i>Omgivningsrelaterade orsaker</i>	5
Konsekvenser av sömnbrist	5
Omvårdnadsteoretisk förankring.....	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE	7
METOD	7
Litteratursökning	7
Litteraturanlys	9
RESULTAT	9
Patienter sover dåligt på sjukhus	9
Faktorer som gör det svårt att sova på sjukhus	10
<i>Fysisk miljö</i>	10
<i>Personalens omvårdnadsaktiviteter stör patientens sömn</i>	11
<i>Fysiologiska och psykosociala faktorer som stör sömnen</i>	12
Sjuksköterskans uppfattning om patientens sömnproblem.....	13
<i>Åtgärder för att underlätta sömn på sjukhus</i>	13
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	15
Konklusion	19
REFERENSER	20
Bilaga Artikelsammanställning	22

INTRODUKTION

INLEDNING

Sömn är ett grundläggande behov för människan. Att brist på sömn leder till en rad negativa konsekvenser är ett välkänt faktum. Som kliniskt verksamma sjuksköterskor möter vi ofta patienter som uttrycker missnöje med sin sömn under tiden de är inneliggande på sjukhus. I sjuksköterskeprofessionen ingår att se patienten ur ett helhetsperspektiv och att hjälpa patienten att få basala behov tillfredsställda. Vi har valt att ägna vårt examensarbete åt att undersöka området sömn på sjukhus. Utgångspunkten är studera problematiken samt vilka faktorer som ligger bakom problemet dålig sömn.

BAKGRUND

Definition av sömn

Sömn är ett tillstånd som innebär nedsatt mottaglighet för yttre stimuli och som man väcks upp ur om stimuli är av tillräcklig styrka. Andra sätt att beskriva sömn är att det föreligger en balans mellan sömn, vila och aktivitet under dygnet, eller att sömn kännetecknas av ro och påtaglig höjning av tröskeln för yttre stimuli. Sömn är den djupaste formen av vila (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2006).

Sömnfysiologi

Sömn kan delas in i fem olika stadier som fördelar sig på ett särskilt sätt med vissa intervall under en normal natt. Basen för indelningen är stadiet I-IV. De olika stadierna grundas på den aktivitet som ses i hjärnan vid elektroencefalografi (EEG) -registrering. Under vakenhet ses huvudsakligen snabba vågor av elektrisk aktivitet och i takt med att sömnen går ner i djupare stadier blir dessa vågor allt långsammare. Stadie I är den mest ytliga sömnen med huvudsakligen snabba EEG-vågor. Den sovande är lättväckt. I stadie II och III ökar de långsamma vågorna mer och mer för att i stadie IV helt dominera och den sovande är då svårväckbar. Stadie III-IV kallas även Slow Wave Sleep (SWS), eftersom hjärnaktiviteten då är som mest långsam. Den femte sömntypen benämns Rapid Eye Movement-sömn (REM-sömn), paradoxal sömn eller parasömn. REM-sömnen bryter sömnmönstret ett flertal gånger under en normal natt, har ett EEG-mönster som liknar det vid vakenhet samtidigt som den sovande är svårväckt. Därav namnet paradoxal sömn. Anledningen till benämningen REM är att ögonmusklerna är mycket aktiva under denna sömntyp. Ögonen rör sig snabbt fram och tillbaka under ögonlocken (Andersson & Solders, 1996).

Drömmar förekommer under flera sömnstadier men förknippas främst med REM-sömnen. En tolkning är att ögonrörelserna avspeglar deltagande i drömmarnas aktiviteter och att den generella muskelparalysen syftar till att hålla oss kvar i sängen. Personer som går i sömnen gör aldrig detta under REM-sömn utan under djupare sömnstadier. Mätningar av hjärnans energiomsättning visar att den är relativt oförändrad under sömn. Detta visar att nervsystemet inte vilar när kroppen sover. Även under sömn bearbetas inkommande signaler. Det visas bland annat genom att vi kan sova i miljöer med bakgrundsljud vi betraktar som oväsentliga samtidigt som vi vaknar lätt av betydligt svagare ljud vi betraktar som väsentliga, till exempel gnyende från det egna spädbarnet (Andersson & Solders, 1996).

Andelen REM-sömn, av den totala sömnen, varierar med åldern. Hos spädbarn kan den utgöra så mycket som 80%, för att sedan minska successivt under uppväxten till ungefär en femtedel i vuxen ålder (Jönsson, 1995). Dessa siffror varierar och forskarna är inte helt överens. Vissa menar att spädbarns REM-sömn utgör 50% för att i vuxen ålder minska till en fjärdedel. En REM-sömnperiod varar ca 15-30 minuter och infaller normalt första gången 60 (Andersson & Solders, 1996) till 90 (Jönsson, 1995) minuter efter insomnandet. Därefter återkommer den sedan periodvis med cirka 90 minuters intervall under hela natten. Karaktäristiskt för REM-sömnen, förutom de ovan nämnda ögonrörelserna, är att kroppens muskeltonus är minskad, med undantag för ögon- och sfinktermuskulerna. Samtidigt är det autonoma stresspåslaget ökat, vilket bland annat visar sig i höjt blodtryck, ökad puls och minskad tarmaktivitet (Andersson & Solders, 1996).

Under normala förhållanden infaller SWS huvudsakligen under de första sex timmarna. Sömnbehovet för en vuxen person är i genomsnitt 8 timmar per dygn men med stora individuella variationer från 4-5 timmar/dygn ända upp till 14 timmar/dygn. Vid sömnbrist prioriterar kroppen SWS i första hand med långa SWS-perioder i början av sömnen och REM i andra hand med tidiga REM-perioder. De andra sömntyperna får vänta till senare under natten (Jönsson, 1995).

Flera olika faktorer samverkar för att reglera vår sömn och vakenhet, eller med andra ord vår dygnsrytm. En faktor är insöndringen av hormonet melatonin från hjärnans tallkottkörtel, vilken styrs av ljus och mörker via ögats näthinna. Melatonininsöndringen ökar av mörker och detta leder till sömnhet. Det motsatta gäller för ljus som minskar melatonininsöndringen och följaktligen motverkar sömnhet. Melatonin kan därmed betraktas som ett sömnhormon. Det är dock känt att personer

som under lång tid vistas enbart i mörker eller ljus behåller en cyklisitet i sin tillvaro beträffande sömn och vakenhet, den så kallade biologiska klockan. Den styrs av periodiska rytmer med variationer av bland annat kroppstemperatur, tillväxthormoner, ämnesomsättningshormoner och stresshormoner. Tydligt finns inbyggda klockor som ger kroppen signaler om att göra vissa saker på bestämda tider oberoende av omgivande faktorer. Det är inte klarlagt hur detta går till (Andersson & Solders, 1996).

Sömnens betydelse

Sömn bidrar starkt till att främja hälsa och välbefinnande (Ersner, Wiles, Taylor, Wade, Walsh & Bentley, 1999; Unruh, Redline, An, Buysse, Nieto, Yeh & Newman, 2008). En god sömn förknippas med kort insomningstid och upplevelse av sammanhängande sömn från sänggåendet till morgonen. Dålig sömn kännetecknas av lång insomningstid, att vakna långt innan det är dags att stiga upp samt en osammanhängande sömn som bryts flera gånger av uppvaknanden (Kristoffersen et al. 2006). Att sova ostört har större betydelse för välbefinnandet än den totala sömntiden. Fem till sex timmars ostörd sömn kan vara bättre än åtta timmars total sömntid. Det är inte helt klarlagt varför vi behöver sömn och hur den fungerar. En teori är att det under den vakna tiden ansamlas kemiska toxiner i kroppen som bidrar till känslan av sömnighet. Under sömnen rensas dessa toxiner ut och när nivån blir tillräckligt låg vaknar personen. Enligt en annan teori pågår under vakenhet en ständig nedbrytning av vävnad medan det under sömnen sker en återuppbyggnadsprocess (Hodgson, 1991). REM- respektive SWS-sömn har olika funktion för kroppen. REM-sömn bedöms vara nödvändig för bearbetning av information och för att binda samman och förstärka minnen medan det antas att återställande av hjärnvävnad samt tillväxt och reparation av skador vid sjukdom sker under SWS-sömn (Jönsson, 1995).

Orsaker till sömnsvårigheter på sjukhus

Patienter har, till följd av sjukdom och sjukhusvistelse, bristfälliga resurser. De kan vara extremt belastade och är därför i stort behov av sömn och vila (Almås, 2002). Sömnstörningar är en källa till stress under akut sjukdom och det visar sig att akut sjuka patienter i stor omfattning drabbas av sömnbrist och uppstyckad sömn. Patienter på akutvårdsavdelningar rapporterar att de får mindre sömn på sjukhus än de anser sig behöva. Det handlar om ökat antal uppvaknanden, svårighet att somna, tidiga uppvaknande, kortare sömntid, känsla av att inte känna sig utsövd vid uppvaknandet och dålig sömnkvalitet jämfört med hemma (Redeker, 2000). Orsaker till sömnsvårigheter kan vara medicinska, psykosociala, fysiologiska eller omgivningsrelaterade (Kristoffersen et al. 2006)

Medicinska, psykosociala och fysiologiska orsaker

Det finns medicinska tillstånd som kan orsaka sömnbrist som till exempel sömnapné och underbenskramp. Stress är en mycket stor orsak till sömnsvårigheter och sjukdom kan medföra markant höjd stressnivå, vilket leder till sömnproblem som i sig påverkar sjukdomens varaktighet. Vid stress och sjukdom är sömnbehovet som störst och om det tillfredsställs infinner sig hälsa snabbare. Depression är en annan stor orsak till sömnproblem eftersom sömnen blir ytligare och följaktligen innehåller kortare tid av djupsömn. Deprimerade patienter kan lätt hamna i en ond cirkel eftersom sömnproblem i sig förvärrar depressionen och vice versa (Kristoffersen et al. 2006). Oro för sin sjukdom och sina anhöriga kan lätt ge sömnproblem (Broström, Strömberg, Dahlström & Fridlund, 2001).

Sömnen förändras med åldern men även om äldre personer har mer sömnstörningar än yngre så kan sömnproblem uppstå när som helst i livet. (Ersser et al. 1999; Unruh et al, 2008). Äldre personer verkar dessutom vara mer känsliga än yngre för att sova i sjukhusmiljö och blir lättare störda av yttre stimuli (Ersser et al. 1999). Från 40 års ålder avtar den totala sömnlängden successivt (Unruh et al, 2008). Det tar längre tid att somna för varje decennium som går och det blir svårare och tar längre tid att somna om efter nattliga uppvaknanden, vilka också blir mer frekventa. Den djupa sömnen minskar till förmån för den ytliga och uppvaknandet sker tidigare på morgnarna (Koch, Hassler, Tiziani & Wilson, 2006; Unruh et al, 2008).

Att få möjlighet till aktivitet och vila under dagtid är faktorer som påverkar sömnen (Koch et al. 2006; Kristoffersen et al. 2006). Vidare försvåras sömnen av att inte själv kunna ändra läge och finna en bekväm ställning i sängen (Kristoffersen et al. 2006; Simpson, Rayshan & Cameron, 1996). Äldre personer har ofta behov av att besöka toaletten nattetid och kan oroa sig för om de skall hinna dit i tid (Ersser et al. 1999; Kristoffersen et al. 2006). Med stigande ålder ökar nämligen urinproduktionen nattetid, samtidigt som blåskapaciteten minskar. Det är därför inte helt ovanligt att äldre personer behöver stiga upp en till tre gånger per natt för att tömma blåsan (Larsson & Rundgren, 2010).

Hunger såväl som törst kan vara en orsak till att vi vaknar. Det har observerats att vid perioder av viktminskning, till exempel bantning, blir sömnen sämre medan sömnmängden ökar vid viktuppgång (Jönsson, 1995). Många har också lättare att somna om de erbjuds något varmt att dricka eller något lätt att äta. Däremot bör det inte innehålla koffein eftersom det ökar känslan av vakenhet, minskar andelen djupsömn och

ofta även reducerar den totala sömntiden (Kristoffersen et al. 2006).

Någon form av smärta förekommer ofta och det anses som en av de största orsakerna till sömnproblem. Toleransen för smärta minskar vid sömnbrist och sömnbrist i sig kan dessutom förstärka smärtupplevelsen (Kristoffersen et al. 2006).

Omgivningsrelaterade orsaker

På sjukhus är det stora skillnader i miljön med en helt annan ljudbild och ljudnivå än vad patienten är van vid. Välbekant miljö och kända ljud befrämjar sömnen medan en ovan miljö med främmande ljud ger ökad stress och därmed svårighet att slappna av och somna. Okända ljud orsakar mycket lättare uppvaknanden under sömnen. Särskilt äldre patienter är känsliga för yttre stimuli i miljön eftersom de normalt har en minskad andel djupsömn (Kristoffersen et al. 2006).

Världshälsoorganisationen (WHO) ger ut rekommendationer för maximal ljudnivå nattetid på patientrum på sjukhus. Den genomsnittliga ljudnivån bör inte överstiga 30 decibel med toppar på max 40 (WHO, 1999). Många av ljuden omkring och i närheten av patienten ligger över dessa gränser. I sjukhusmiljö ligger ljudnivån vanligtvis på mellan 50-70 decibel.

Exempelvis medför larmsignaler och spolning av toalett 44-76 decibel (Simpson et al. 1996) och ett vanligt samtal uppnår ofta 60 decibel (Kristoffersen et al. 2006).

Konsekvenser av sömnbrist

Skillnaden mellan fysisk och psykisk trötthet är att den fysiska tröttheten avhjälpas med vila medan den psykiska tröttheten försvinner först efter sömn (Kristoffersen et al. 2006). Särskilt äldre personers hälsa påverkas mycket av bristande sömn (Ersner et al. 1999). Det är ett känt tortyrmedel för att bryta ner en människas motståndskraft att hindra denne från att sova (Almås, 2002). Psykologiska konsekvenser av sömnbrist innebär bland annat ett förändrat stämningsläge, håglöshet, lägre frustrationströskel, minskad beslutsförmåga, tendens att isolera sig, koncentrationssvårigheter samt försämrad förmåga att tillgodogöra sig och uppfatta information, undervisning och vägledning. (Kristoffersen et al. 2006). Aggressivitet och irritabilitet liksom ångest och depressiva symtom ökar (Hodgson, 1991) och det förändrade temperamentet leder till svårigheter att tackla motgångar (Broström et al. 2001). Upplevelsen av en relativt normal dygnsrytm är viktig för att behålla verklighetsförankringen (Almås, 2002). Fysiologiska effekter är minskad fysisk kapacitet (Broström et al. 2001), sänkt smärtröskel och ökad fysisk trötthet (Kristoffersen et al. 2006). Ytterligare konsekvenser av sömnbrist är sänkt kroppstemperatur och

försämrad kroppstemperaturreglering, ökning av epilepsilikande aktivitet på EEG hos vissa individer samt försämring av ögats muskler och accommodationsstörningar (Hodgson, 1991).

Omvårdnadsteoretisk förankring

Betty Neumans (1989) omvårdnadsmodell utgår från att människan är en helhet som kan ses från fem dimensioner: fysisk, psykologisk, sociokulturell, utvecklingsmässig och andlig. Människan har en central kärna, där jaget, generna och de fysiologiska funktionerna finns. Utanför kärnan finns flera lager av skyddslinjer, som syftar till att skydda individen mot skada. Utanför den normala försvarslinjen finns en flexibel försvarslinje, som är en extra buffert mot omgivningen. De faktorer som påverkar individen, verkar för att bryta igenom skyddslinjerna och nå in till kärnan kallas stressorer. Stressorer kan ha såväl positiv som negativ inverkan. De kan komma både inifrån (intrapersonella), utifrån (extrapersonella) och uppstå mellan personer (interpersonella). När den normala skyddslinjen är intakt upplever personen harmoni och välbefinnande. Den är då ett gott skydd mot negativa stressorer. När harmoni och välbefinnande sviktar finns risk att energiåtgången överstiger energitillgången och då blir den innersta kärnan försvagad. Omvårdnadens mål ska vara att förebygga men även eliminera stressorer och dess verkan. Omvårdnadsinsatserna kan sättas in på primär, sekundär och tertiär nivå Neuman (1989).

Enligt Jönsson (1989) menar psykologen Abraham Maslows enligt den mänskliga behovshierarkin att de mest basala behoven måste tillfredsställas första hand innan det är möjligt att få övriga behov tillfredsställda. Fysiologiska behov beskrivs som de första i en trappa där övriga trappsteg innefattar behovet av trygghet, samhörighet, uppskattning, utveckling och personlig tillväxt. Till de fysiologiska behoven räknas mat, dryck, kroppsvärme, sömn och elimination av urin och avföring. Inom sjukvården har behovet av sömn emellertid låg prioritet. Det fokuseras på aktiva omvårdnadsinsatser utförda av personalen och lite uppmärksamhet ägnas åt att skapa en miljö där det går att sova ostört (Jönsson, 1995).

Att hjälpa patienten till vila och sömn är en av Virginia Hendersons fjorton grundprinciperna för patientvårdande verksamhet. Att inte kunna sova kan vara både en orsak till sjukdom och en följd av detta. Fysisk och psykisk hälsa är att ha förmåga att somna och sova utan avbrott (Henderson, 1969).

PROBLEMFÖRMULERING

Livskvaliteten påverkas negativt av för lite eller störd sömn. Detta gäller i än högre grad i samband med akut sjukdom. Sjuksköterskan bör därför engagera sig i att befrämja detta grundläggande behov (Koch et al. 2006). Som yrkesverksamma sjuksköterskor möter vi ofta patienter som har svårt att sova när de ligger på sjukhus.

SYFTE

Syftet med den här litteraturstudien är att beskriva den forskning som undersökt svårigheter med sömn på sjukhus och sömnstörande faktorer, huvudsakligen utifrån patientens perspektiv.

METOD

Litteratursökning

Den metod som valts för detta examensarbete på kandidatnivå är litteraturoversikt. Sökning efter relevant litteratur gjordes i databaserna PubMed och Cinahl. Först söktes relevanta sökord i respektive databas ämnesordlista. Därefter gjordes ytterligare sökningar med varierande kombinationer av sökord i de två databaserna, för att hitta vetenskapliga artiklar som skulle hjälpa till att besvara syftet. Under sökarbetets gång hittades nya sökord via funna artiklar, som sedan användes i nya sökkombinationer. De sökord som visade sig resultera i relevanta artiklar redovisas i tabell 1. Rubriker lästes på alla artiklar som framkom i sökningarna och därefter lästes abstrakts igenom på de artiklar vars titlar antydde att de kunde vara av intresse. Manuella sökningar gjordes också utgående från referenslistorna i de redan funna artiklarna.

Inklusionskriterierna var att studiens resultat svarade mot vårt syfte (att beskriva svårigheter med sömn och sömnstörande faktorer), att de var utförda på sjukhus med inneliggande patienter som informanter, att de var skrivna på engelska, att de berörde vuxna patienter (19 år eller äldre), att de var granskade (peer reviewed) och att de var gjorda efter år 2000. Utifrån detta gjordes ett urval och relevanta artiklar togs fram. Om artikeln inte fanns tillgänglig i fulltext på nätet gjordes en sökning efter tidskriften och aktuell tidskrift beställdes fram. Några artiklar fick strykas på grund av att de inte gick att få tag på vare sig i fulltext på nätet, via Göteborgs Universitetsbibliotek/Biomedicinska eller via Sahlgrenska sjukhusets medicinska bibliotek.

Samtliga funna artiklar snabblästes igenom av båda författarna. Ett ytterligare urval gjordes, med utgångspunkt i granskning av artiklarna med

hjälp av Fribergs (2006, s. 120) förslag på granskning av studiers kvalitet. Studierna bedömdes utifrån om de hade en tydlig problemformulering och hur de beskrev sina utgångspunkter, sitt syfte, sitt urval och sin metod. Vidare bedömdes hur de analyserat sin data, vad resultatet visade, hur de argumenterade i sin diskussion samt vilka slutsatser som dragits. Ett antal av artiklarna exkluderades på grund av att de hade en otydlig beskrivning av syftet. Efter detta fanns tolv artiklar kvar, som ansågs ha godtagbar kvalitet och passa till syftet, och dessa tolv utgjorde underlaget för litteraturoversikten. Nedan presenteras sökningarna som resulterade i de artiklar som lästes och som sedan blev det slutliga urvalet.

Tabell 1: Presentation av artikelsökning

Datum	Databas	Sökord	Träffar (n=)	Antal granskade abstrakts och/eller artiklar (n=)	Artiklar som uppfyllde inklusionskriterierna (n=)
7/2-11	PubMed	Sleep disorders + nursing +inpatients	30	8	Dogan et al. (2005), Lane et al. (2008), Lei et al. (2009)
7/2-11	PubMed	Sleep disorders + patients experience	39	1	Scotto et al. (2009)
7/2-11	PubMed	Sleep disorders + night care +inpatients	8	4	Missildine et al. (2010), Tranmer et al. (2003)
20/2 - 11	PubMed	Sleep quality + sleep disorders + inpatients	22	2	
3/3-11	Cinahl	Sleep + prevention + inpatients	20	9	Celik et al. (2005), Gardner et al. (2009), Ouslander et al. (2006), Tsai (2004)
3/3-11	Cinahl	Sleep + interventions + inpatients	16	2	Tamburri et al. (2004)
Manuell sökning: Richardson et al. (2007) hittades i referenslistan i Scotto et al. (2009)					

Litteraturanalys

Tio av artiklarna är kvantitativa och två artiklar är både kvantitativa och kvalitativa. Artiklarna bygger på studier gjorda i USA (4), England (2), Turkiet (2), Kanada (1), Kina (1), Taiwan (1) och Australien (1). Elva av studierna gjordes inom akutsjukvården; sju av dem på olika akutvårdsavdelningar (medicin, kirurgi, ortopedi, psykiatri) och fyra på intensivvårdsavdelningar. En studie gjordes på ett sjukhem. I samtliga studier var informanterna inneliggande patienter, samt i fyra av studierna även personal som vårdar dessa patienter. Samtliga studier genomfördes efter inhämtande av etiska kommittéers godkännande och i de fall där så varit möjligt har deltagande patienters samtycke till deltagande inhämtats.

För att analysera artiklarna användes litteraturanalys och enligt Friberg (2006) är det en metod som är användbar för problemområden med breda frågeställningar, vilket detta arbetet har. Arbetet inom vården kan påverkas utifrån denna kunskap och områden som ännu inte är beforskade kan belysas. Båda författarna läste de tolv utvalda artiklarna flera gånger och analys av dem gjordes utifrån Fribergs metod (2006, s. 121-122). Texterna analyserades genom att studera likheter och skillnader i resultat innehåll, samt genom att studera likheter och skillnader i hur författarna tolkat sina resultat.

Innehållet kvalitetsgranskades och jämfördes och vi fann ett antal teman som stämde överens med syftet. De områden som valdes ut för att åskådliggöra resultatet är: Dålig sömn på sjukhus, Faktorer som gör det svårt att sova på sjukhus och Sjuksköterskans uppfattning om patientens sömnproblem.

RESULTAT

Patienter sover dåligt på sjukhus

I de granskade studierna finns stöd för att patienter sover dåligt på sjukhus. (Dogan, O., Ertekin & Dogan, S., 2005; Lane & East, 2008; Lei, Qiongjing, Qiuli, Sabrina, Xiaojing & Changli, 2009; Missildine, Bergstrom, Meininger, Richards & Foreman, 2010; Richardson, Allsop, Coghill & Turnock, 2007; Tranmer, Minard, Fox & Rebelo, 2003). I en studie (Lei et al. 2009) uppger 181 av 397 (45,6%) av de inneliggande patienterna att de upplever dålig sömnkvalitet, 11 av 397 (2,8%) uppger att de inte sover alls under sjukhusvistelsen och 184 av 397 (46,3%) uppger förändrat sönmönster. Enligt Lane & East (2008) rapporterar patienter upplevelser av trötthet pga sömnbrist under sjukhusvistelsen medan Tranmer et al. (2003) menar att patienter på sjukhus upplever splittrad sömn. Resultatet för hur patienten upplever vården och omvårdnaden följer i stort sett

samma mönster som upplevelsen av sömnen (Tranmer et al. 2003). I en studie har patienter fått bedöma hur många timmar de sover jämfört med hemma. Resultatet visar att 51 av 62 (82%) av patienterna upplever att de sover mindre än sex timmar per natt och 44 av 62 (71%) tycker sig sova mindre eller mycket mindre än vanligt. Denna studie är för liten för att visa statistiskt signifikanta resultat men den visar en tydlig trend (Richardson et al. 2007). En studie, där deltagarna alla är över 65 år, visar på ytlig sömn som präglas av många uppvaknanden under sjukhusvistelsen. Deltagarna i studien vaknar i genomsnitt 13 gånger per natt. Medelsömntiden är 3.75 timmar per natt men med avsevärda individuella variationer. Genomsnittslängden per sömnperiod är 19 minuter. Den i genomsnitt längsta sömnperioden per natt är en timma och därmed kortare än de nödvändiga 90 minuter som krävs för att fullgöra en hel sömncykel (Missildine et al. 2010).

Faktorer som gör det svårt att sova på sjukhus

Omgivningsfaktorer har stark korrelation med sömnavbrott samt med återgång till sömn efter sömnavbrott. Personrelaterade faktorer (smärta och oro) har också korrelation med sömnavbrott, men inte lika starkt som omgivningsfaktorer enligt Lane & East (2008). Tranmer et al. (2003) kommer däremot fram till att de mest sömnstörande faktorerna är sådana som kan relateras till patienterna själva följt av faktorer i den fysiska miljön. Patienter som stannar på sjukhus längre tid har en tendens att vänja sig vid miljön och avdelningens rutiner vilket möjliggör bättre sömn.

Fysisk miljö

Många resultat tyder på att störande ljud är den viktigaste eller en av de viktigaste faktorer som stör sömn på sjukhus (Dogan et al. 2005; Gardner, Collins, Osborne, Henderson & Eastwood, 2009; Lane & East, 2008; Lei et al. 2009; Missildine et al. 2010; Richardson et al. 2007; Tranmer, et al. 2003). När patienter tillfrågas om vad som underlättar respektive förhindrar sömn betonas ljud och ljus som huvudorsak till att hålla dem vakna och av reducerade ljud- och ljusnivåer förbättras sömnen (Richardson et al. 2007). I en studie där ljudstyrka (dB-nivå) mäts objektivt noteras att patienter som uppger att de sover bra (här menas då mer än fem timmar per natt) har en tystare ljudmiljö än de som sover sämre. I den här studien motsvarar medianljudet på avdelningen ljudnivån i en bostad i stadsmiljö under dagtid. Toppar på 97,3 dB uppmäts, vilket kan jämföras med ljudnivån i stadstrafik (Missildine et al. 2010). Som jämförelse kan nämnas att WHO´s rekommendationer för maximal genomsnittlig ljudnivå på sjukhus nattetid ligger på 30 dB, med toppar på maximalt 40 dB (WHO, 1999). Detta resultat stöds av Gardner et al. (2009) som påvisar stark

korrelation mellan lägre ljudnivå och bättre sömn samt mellan ljudnivå och antal vakna patienter till förmån för den lägre ljudnivån. Störande ljud kan orsakas av medpatienter, avdelningsmiljön och personalen (Tranmer et al. 2003). En studie (Tranmer et al. 2003) visar att de avdelningsrelaterade ljuden blir mindre störande under sjukhusvistelsens gång medan ljud från medpatienter uppfattas som mer och mer störande. Exempel på sömnstörande ljud är bland annat personalens röster (Dogan et al. 2005; Lei et al. 2009; Richardson et al. 2007; Tranmer et al. 2003), fotsteg (Dogan et al. 2005; Lei et al. 2009), ljud från monitorering och larm (Dogan et al. 2005; Lei et al. 2009; Richardson et al. 2007; Tranmer et al. 2003), ljud från medpatienter (Tranmer et al. 2003), telefoner (Lei et al. 2009; Richardson et al. 2007), radio- och TV-ljud, knarrande/gnisslande dörrar (Dogan et al. 2005) och luftkonditioneringen (Gardner et al. 2009; Lei et al. 2009). Enligt Lei et al. (2009) har ljud från personalens skor en signifikant korrelation med sömnkvalitet och är en av de faktorer som tydligast påverkar sömnkvaliteten. Även starkt ljus uppfattas som en sömnstörande faktor (Missildine et al. 2010; Richardson et al. 2007; Tranmer et al. 2003). Enligt Missildine et al. (2010) är ljus störande för sömnen men det kunde ej säkerställas med signifikans. Att befinna sig i en annan miljö än den vanliga påverkar sömnkvaliteten (Dogan et al. 2005; Tranmer et al. 2003), liksom att uppfatta sängen som obekvämt (Tranmer et al. 2003). Temperatur är också en faktor som påverkar (Dogan et al. 2005; Lane & East, 2008; Richardson et al. 2007; Tranmer et al. 2003). Såväl för låg (Lane & East, 2008; Tranmer et al. 2003) som för hög (Lane & East, 2008; Richardson et al. 2007; Tranmer et al. 2003) temperatur är negativt för sömnen.

Personalens omvårdnadsaktiviteter stör patientens sömn

En mycket viktig faktor som stör sömn är personalens interaktioner med patienter nattetid (Celik, Öztekin, Akyolcu & Issever, 2005; Dogan et al. 2005; Lane & East, 2008; Lei et al. 2009; Richardson et al. 2007; Tamburri, DiBrienza, Zozula & Redeker, 2004; Tranmer et al. 2003). Tranmer et al. (2003) menar att den viktigaste faktorn för försämrade sömnupplevelse enligt patienter själva är att bli väckt efter att ha somnat på grund av omvårdnadsaktiviteter från personalen. Det som orsakar uppvaknande är åtgärder som monitorering av vitala parametrar, (varav blodtrycksmätning är den vanligaste) (Celik et al. 2005; Tamburri et al. 2004; Tranmer et al. 2003;), venprovtagning (Richardson et al. 2007 & Tranmer et al. 2003), klädbyte (Celik et al. 2005 & Tranmer et al. 2003), såromläggning (Tranmer et al. 2003), profylax av sänglägeskomplikationer (Celik et al. 2005) och läkemedelsadministrering (Tamburri et al. 2004; Tranmer et al. 2003). Enligt Celik et al. (2005) och Tamburri et al. (2004), som båda utfört

studier på patienter på intensivvårdsavdelningar, är antalet interaktioner mellan personal och patient nattetid väldigt många. Celik et al. (2005) anger att varje patient blir väckt av omvårdnadsaktiviteter i genomsnitt 51 gånger per natt. Enligt Tamburri et al. (2004) utför personalen i genomsnitt 42,6 interaktioner per natt. Omvårdnadsaktiviteter är mest frekventa mellan klockan 02 och 05 (Celik et al. 2005; Tamburri et al. 2004). 61% av patienterna blir även helavtvättade under detta tidsintervall (Tamburri et al. 2004). Vissa omvårdnadsåtgärder, som mätning av vitala parametrar, sker en gång per timme hela natten (Celik et al. 2005 & Tamburri et al. 2004). Läkemedel administreras i genomsnitt 4,8 gånger per natt (Tamburri et al. 2004). Huvudintresset i en studie (Celik et al. 2005) ligger i att kontrollera om patienter får möjlighet till två timmars ostörd sömn eller mer i sträck för att möjliggöra 90-minuters sömncykel. Endast under 11% av den sammanlagda sömntiden under de 147 studerade nätterna får patienter sova ostört under en timme i sträck eller mer och endast under 6% av den tiden ges möjlighet att sova två timmar eller mer utan avbrott för omvårdnadsinteraktioner. Inte en enda ostörd period som är längre än tre timmar upptäcks under någon av de 147 nätterna.

Fysiologiska och psykosociala faktorer som stör sömnen

Smärta anges som en orsak till sömnstörningar (Dogan et al. 2005; Gardner et al. 2009; Tranmer et al. 2003). Enligt Tranmer et al. (2003) är smärta en av de viktigaste faktorer som stör sömnen liksom ångest. Även andningsproblem är en faktor som påverkar sömnen negativt (Dogan et al. 2005). I en studie (Lei et al. 2009) uppger patienter att behov av att besöka toaletten flera gånger nattetid är den faktor som upplevs allra mest störande för sömnen. Det påvisas ett signifikant samband mellan att behöva besöka toaletten nattetid och dålig sömnkvalitet (Lei et al. 2009). Relativt vanligt förekommande faktorer, som patienter anger orsaka försämrad sömn, är svårighet att utföra sina vanliga kvällsrutiner (Tranmer et al. 2003), brist på självkontroll eller att inte själv kunna välja hur man vill ha det, saknad av anhöriga, upplevelse av att känna sig uttråkad (Lei et al. 2009) samt oro och rädsla relaterat till sjukdomen (Dogan et al. 2005; Lei et al. 2009). Att känna sig spänd är enligt Gardner et al. (2009) den personrelaterade faktor som stör sömnen mest. En orsak till känsla av oro och stress, som i sig är sömnstörande, är att inte veta vad som planeras nästa dag och att inte ha några fasta tider, exempelvis för när doktorn skall komma (Lane & East, 2008). Flera kommentarer, från patienter i en kvalitativ studie, handlar om att brist på rutiner är en sömnstörande faktor: *"It would be far less stressful if there were more known schedules for approx times for doctors rounds, etc."* (Lane & East, 2008, s. 769).

Sjuksköterskans uppfattning om patientens sömnproblem

Enligt Lei et al. (2009) är sjuksköterskor medvetna om att patienter har dålig sömnkvalitet. Fyra av de fem viktigaste sömnstörande faktorer som patienter uppger har också sjuksköterskorna klart för sig: oro för sjukdomen, obehag relaterat till sjukdomen, långtråkighet/brist på stimulans dagtid samt att behöva besöka toaletten nattetid. Sjuksköterskor noterar dock inte att patienter uppfattar saknad av anhöriga som en viktig sömnstörande faktor (Lei et al. 2009). Celik et al. (2005) kommer fram till att sjuksköterskor inte är medvetna om hur ofta de stör patienterna med olika former av omvårdnadsåtgärder.

Åtgärder för att underlätta sömn på sjukhus

Trots att sjuksköterskor ÄR medvetna om att patienter har sömnproblem på sjukhus anser många sjuksköterskor att aktiv vård är viktigare än sömnkvalitet (Lei et al. 2009). Enligt Gardner et al. (2009) kan det ha positiva effekter för patienters möjlighet till sömn att rutinmässigt avsätta tyst ostörd tid även dagtid. Schemalagd tyst tid (dagtid), så kallad siesta, visar sig medföra signifikant skillnad i ljudnivå och ger därmed möjlighet till sömn under den tysta perioden.

Flera studier pekar på vikten av att sjuksköterskor ägnar uppmärksamhet åt att försöka sänka ljudnivån runt patienten när denne skall sova (Gardner et al. 2009; Ouslander, Connell, Bliwise, Endeshaw, Griffiths & Schnelle, 2006; Richardson et al. 2007; Scotto, McCusky, Spillan & Kimmel, 2009). Att eliminera eller ens minska ljuden är inte alltid möjligt, varför öronproppar har visat sig vara ett bra hjälpmedel för att minska de negativa effekterna. Enligt Scotto et al. (2009) leder användandet av öronproppar till en signifikant minskning av ljudnivån. Patienter som använder öronproppar på natten uppfattar att de har lättare att somna, att de vänder och vrider mindre på sig under natten och att de inte vaknar lika ofta som annars. De rapporterar att de sover djupare, längre stunder och att de vaknar mer utvilade och fräscha jämfört med de patienter som sover utan öronproppar. Den enda parameter som inte visar statistisk signifikans är den tid det tar att somna. Patienter med öronproppar visar en större belåtenhet i sin subjektiva upplevelse av sömnen än de som sover utan. Ett fåtal upplever öronproppar som alltför obehagliga för att kunna sova med eller att de faller ut under sömnen. Det senare kan avhjälpas med korrekta instruktioner för hur öronproppar skall sättas in i öronen och patienter kan behöva hjälp med detta för att de skall ha avsedd effekt (Scotto et al. 2009). En annan åtgärd är att erbjuda användande av ögonmask. Dock kan signifikans ej påvisas för att ögonmask verkligen förbättrar sömnen. Flera patienter i studien tycker tvärtom att det blir svårare att sova med

ögonmask på grund av att den är obekvämlig eller för varm (Richardson et al. 2007).

En studie (Tsai, 2004) visar signifikant resultat beträffande förbättrad sömn av att lära patienterna avslappning ("audio-visual relaxation training"). Sömnen förbättras med denna metod dels i jämförelse med före och efter interventionen och dels i jämförelse med en kontrollgrupp. Resultatet, förbättrad sömn, är statistiskt signifikant direkt efter interventionen, och sedan blir sömnen bättre och bättre fram till sista kontrollen 12 månader efter sjukhusvistelsen. I kontrollgruppen förändras inte sömnen nämnvärt under 12-månadersperioden (Tsai, 2004).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Metoden som användes, litteraturöversikt, befanns vara lämplig för att besvara syftet. Artiklarna söktes i två databaser; PubMed och Cinahl. Genom att endast söka i två olika databaser kan vi ha exkluderat artiklar som skulle ha kunnat hittas i andra databaser och som skulle ha kunnat passa till syftet. Samtidigt är dessa två de största och mest använda databaserna inom omvårdnadsforskning, varmed sannolikheten ändå är hög att merparten av den relevanta litteraturen fångats in. En rad olika sökordskombinationer provades utan att få fram några ytterligare relevanta träffar. Därmed antas att de mest relevanta artiklarna som finns inom det undersökta området har hittats.

En svaghet är alla artiklar som bedömdes vara relevanta inte hittades, helt enkelt därför att vi inte lyckades få tag på den aktuella tidskriften. Bland annat var det två afrikanska studier och en indisk som inte hittades, vilket kan ha påverkat resultatet. Vi tycker ändå att den geografiska spridningen är acceptabel, genom att vi har representation av artiklar skrivna utanför USA och Västeuropa. Kulturell kontext är sannolikt av betydelse när det gäller sömn på sjukhus. Som exempel kan nämnas den kinesiska studien (Lei et al. 2009) där patienterna uppger saknad av anhöriga som en viktig sömnstörande faktor. Den studiens författare reflekterar själva över detta.

En svaghet i artiklarna är den stora övervikten av kvantitativa studier. Ett flertal försök gjordes att hitta kvalitativa studier inom området, genom att använda sökord som var mer riktade mot kvalitativ forskning, men utan resultat. Slutsatsen drogs att området främst är beforskat med kvantitativ metod. En betydande svaghet är att endast två av studierna var randomiserade. Tre av de kvantitativa studierna (Lane, 2008; Missildine,

2010; Richardson, 2007) var små men inkluderades ändå. Stora randomiserade kontrollerade studier av god metodologisk kvalitet behövs för att kunna visa på vilka åtgärder som är effektiva för att främja sömnen hos inneliggande patienter på sjukhus.

En styrka är att de olika studierna var gjorda inom ett brett fält på olika typer av slutenvårdsavdelningar. Detta ger resultatet en större allmängiltighet än om det varit en stor övervikt av studier från en viss typ av avdelning.

Studierna var ganska olika. De belyste olika aspekter av ämnet sömn på sjukhus. Detta kan ses både som en styrka och en svaghet: styrka därför att det gav oss en bred och varierad bild av problemområdet, vilket var positivt och lärorikt och svaghet därför att det gjorde det svårare att jämföra de olika resultaten, och därmed svårt att dra slutsatser. Det var en stor övervikt i materialet för faktorer som gör det svårt att sova på sjukhus utifrån patientens perspektiv. Betydligt färre faktorer hittades utgående från vad sjuksköterskan kan göra för att befrämja god sömn. Det sistnämnda var däremot väl diskuterat i artiklarna. Intressant vidare forskning skulle vara att ta reda på vilka omvårdnadsåtgärder som faktiskt leder till att patienters sömn förbättras.

RESULTATDISKUSSION

I studierna finns stöd för att patienter sover dåligt på sjukhus och det stämmer överens med tidigare beskriven litteratur. Eftersom det är känt att sömn har mycket stor betydelse för hälsa och välbefinnande samt att sömnbrist leder till en rad negativa konsekvenser, så borde det faktum att patienter sover dåligt på sjukhus tas på stort allvar av vårdpersonal. Enligt Maslows behovsteori, liksom flertalet omvårdnadsteorier, är sömn ett av de grundläggande behoven på det nedersta trappsteget i behovstrappan. I en av studierna, av patienter över 65 år på akutvårdsavdelning, uppmäts en total medelsömntid på 3.75 timmar per natt och de sover i genomsnitt inte mer än 19 minuter åt gången (Missildine et al. 2010). Om man aldrig uppnår en 90-minuter lång ostörd sömnperiod så uteblir REM-sömn (Andersson & Solders, 1996; Jönsson, 1995). Resultatet är högst anmärkningsvärt med avseende på vilka konsekvenser sömnbrist kan ge i samband med sjukdom. Äldre personer är mer känsliga för störningar och har redan från början svårare att sova. Sjuksköterskans ansvar måste vara att sätta behovet av sömn i fokus och att tänka speciellt på det i vårdandet av äldre patienter.

Både patienter och sjuksköterskor har identifierat omgivningsfaktorer som den viktigaste orsaken till sömnstörningar på sjukhus. Det inkluderar framför allt ljud, ljus och omvårdnadsaktiviteter. Enligt tidigare gjorda studier finns en skillnad i rapportering av ljudstörningar mellan patienter och personal, nämligen att patienter betydligt oftare rapporterar ljud som orsakas av personalens beteende (Redeker, 2000). I resultatet noteras att ljudnivån på sjukhus är högre än vad WHO rekommenderar. Det är något som behöver uppmärksammas och aktivt arbetas mot. Vårdpersonalens medvetenhet av hur stor betydelse ljud har för patientens sömn måste bli mycket större. Vi behöver ta till oss att de ljud vi själva orsakar stör patienten i mycket hög grad. Författarnas erfarenhet är att man tänker på att ha låg ljudnivå inne på patientrummen men att det lätt blir hög ljudnivå i korridoren och att vi inte tänker på att det hörs mycket väl in till rummen. Sjuksköterskexpeditioner ligger oftast i nära anslutning till patientrummen och där förs samtal dag som natt.

Det är också en intressant reflektion att ljudnivån i hela samhället successivt stiger. Enligt Missildine et al. (2010) har det uppmätts att den genomsnittliga ljudnivån i samhället under de senaste 40-50 åren stigit med 0.42 decibel per år. Vår erfarenhet är att användandet av medicinskt teknisk utrustning med olika former av ljudande larmfunktioner också ökar. För att lindra effekten av ljudstörningar rekommenderar Gardner et al. (2009) att alla patienter förses med öronproppar. Lei et al. (2009) förordar att vårdpersonal använder skor med mjuk sula för att minska ljudnivån nattetid eftersom det enligt denna studie är klappret från personalens skor som är det mest störande ljudet. Vi tror en mycket viktig åtgärd för att hjälpa patienter till bättre sömn är att försöka minska ljudvolymen på de ljud vi själva åstadkommer. Eftersom alla ljud inte kan elimineras kan öronproppar vara ett bra hjälpmedel. Det bör kunna erbjudas mer frikostigt än vad som är fallet idag då det är en billig åtgärd ur ekonomiskt perspektiv.

Många är känsliga för ljus och därför bör det dämpas till en nivå som är behaglig för patienten. Givetvis skall de nödvändiga observationerna kunna utföras på ett säkert sätt. En åtgärd som föreslås för att minska ljusnivån nattetid är att använda belysning med dimmerfunktion (Richardson et al. 2007). En erfarenhet vi själva har av dimmerfunktion är att när lampan tänds på patientsalen blir det först full ljusstyrka innan den hinner dimmas ner, vilket naturligtvis är en ogenomtänkt lösning utifrån sömnperspektivet. Ytterligare ljusdämpande åtgärder, som vårdpersonal lätt kan göra, är att utnyttja befintliga rullgardiner och persienner samt dämpa ljuset i korridoren nattetid. När patienten utsätts för starkt ljus vid

nattliga uppvaknanden minskar melatonininsöndringen och sömnhet motverkas.

Det patientnära arbetet bör utformas så att en så normal dygnsrytm som möjligt kan bevaras. Omvårdnadsaktiviteterna nattetid bör samordnas för att störa patientens sömn så lite som möjligt (Celik et al. 2005; Dogan et al. 2005; Lei et al. 2009; Missildine et al. 2010; Tranmer et al. 2003). Enligt Redeker (2000) drabbas patientens sömn värst när omvårdnadsaktiviteter utförs en gång i timmen och vårt resultat visar att vårdpersonalen stör patienten mycket ofta. Vårdpersonalen bör väga nyttan av nattliga omvårdnadsåtgärder mot skadan av avbruten sömn innan patienten störs och verka i riktning för att ge möjlighet till fulla sömncykler, det vill säga minst 90 minuters sammanhängande sömn (Missildine et al. 2010). Att patientens sömn inte bör störas i onödan är på intet sätt någon ny kunskap:

“Never to allow a patient to be waked, intentionally or accidently is a `sine qua non` (latin; nödvändig förutsättning) of all good nursing” (Nightingale, 1859 s. 25)

Vår erfarenhet är att det av läkare ofta ordineras kontroller en gång i timmen, till exempel timdiures och blodtrycksmätning, utan att alltid väga nödvändigheten av åtgärderna mot patientens sömnbehov. Sjuksköterskor har ansvar att se till helheten och väcka diskussion om att väga nyttan av åtgärderna mot skadan av avbruten sömn.

Det finns belägg för att mer och mer omvårdnadsarbete utförs nattetid, både behandlingar och diagnostiska åtgärder. Nattpersonal kan ställa sig positiv till denna utveckling eftersom det är lättare att hålla sig alert när man arbetar aktivt. Dessutom finns på vissa håll en outtalad kamp mellan dag- och nattpersonal gällande hur stor del av arbetsbördan som skall läggas på nattpersonalen (Jönsson, 1995). Resultat från två av studierna (Celik et al. 2005; Tamburri et al. 2004) visar att omvårdnadsaktiviteterna är som mest frekventa mellan klockan 02 och 05. Vi har reflekterat över vad det beror på. Kanske är det då personalen har tid och är i behov av att göra något aktivt för att pigga till och inte själva bli sömniga. Tamburri et al. (2004) framhåller, i sin konklusion, att frågan måste ställa om omvårdnadsåtgärder nattetid utförs för patientens behov, för att det passar bemanning och organisation eller för att det är avdelningens kultur och tradition. Tänkandet måste ändras så att det blir patientens behov som alltid står i fokus, och inte personalens eller organisationens.

I hela vårt västerländska samhälle har vi en kultur där "görande" premieras. Den som är fullbokad och aktiv bedöms som framgångsrik och duktig. Detta tycker vi är extra tydligt inom vår profession. Den som kan redovisa att den "gjort" mycket för och med patienten under sitt arbetspass är en "duktig sjuksköterska". Vi anser att attityderna måste ändras så att det anses professionellt att låta patienten vila och vara ifred när det inte finns nödvändiga behov av att störa.

Ett fysiologiskt problem, framför allt för äldre patienter, är frekventa nattliga toalettbesök. För att minimera dessa kan sjuksköterskan uppmuntra patienten att avstå från alltför stort dryckesintag sent på kvällen, diskutera med läkaren för att justera läkemedelstider samt undvika intravenös vätska nattetid (Lei et al. 2009). Enligt vår erfarenhet är det rutin att ordinera intravenös vätska till natten om patienten under dagen inte har lyckats inta tillräckligt med vätska per os. Istället borde rutinen vara att administrera den intravenösa vätskan dagtid med start följande morgon, då toalettbesök kan utföras utan att sömnen störs.

Betty Neumans talar, i sin omvårdnadsmodell, om att individens innersta kärna kan skadas av olika stressorer. I vårt resultat framkommer en rad olika stressorer som kan vara negativa för patientens sömn, och därmed vålla skada. Exempel på intrapersonella stressorer är oro relaterad till sjukdomen, oro på grund av bristande information, ovan miljö, smärta samt saknad av anhöriga. Interpersonella stressorer är personalens aktiviteter och beteende som stör nattsömnen samt störningar från medpatienter. Den tredje gruppen av stressorer som Neuman påtalar är de extrapersonella. Exempel på dessa är rumstemperatur och sängkomfort, vilka är beroende av sjukvårdens ekonomi. Störningar från medpatienter kan också indirekt sägas vara en extrapersonell stressor, eftersom det är ekonomi som styr antal patienter som måste dela rum. Omvårdnadsinsatser för att eliminera stressorer på primär nivå kan bestå av att öka vårdpersonalens kunskap om sömn. Sekundär prevention är att prioritera sömn framför icke nödvändiga omvårdnadsåtgärder nattetid och att anpassa omvårdnaden efter den individuella patientens behov. Neuman talar också om stressorer kan elimineras på tertiär nivå. Exempel på detta är att vidta åtgärder vid redan uppkomna sömnproblem.

I den kinesiska studien (Tsai, 2003) visas mycket gott resultat av att lära patienter en avslappningsteknik, som de också kan ta med sig hem och ha nytta av även efter sjukhusvistelsen. Det är ett intressant resultat som kan utvecklas och studeras vidare.

Studier av sömn på sjukhus har stor klinisk relevans. Sjuksköterskor och övrig personal inom sjukvården behöver öka sin kunskap om sömn och sömnens betydelse för att ändra attityder och arbeta mer aktivt inom området sömnprevention. En intressant reflektion är att patienterna upplevde vården som helhet enligt samma mönster som de upplever sin sömn (Tranmer et al. 2003) . Det kan tolkas som att den som sover dåligt på sjukhus uppfattar hela vårdsituationen negativt. I nuläget saknas det bevis för vilka åtgärder som är effektiva. Stora randomiserade kontrollerade studier av god metodologisk kvalitet behövs för att kunna visa vilka åtgärder som är effektiva för att främja sömnen hos inneliggande patienter på sjukhus.

Konklusion

- Störa patienten så lite som möjligt genom att bara utföra de åtgärder som är absolut nödvändiga.
- Sträva efter en låg ljudnivå och erbjuda öronproppar.
- Tända ljuset så lite som möjligt.
- Använda skor med mjuk sula.

REFERENSER

- Almås, H (red.). (2002). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.
- Andersson T., Solders G. (1996). *Neurofysiologi*. Stockholm: Liber.
- Broström, A., Strömberg, A., Dahlström, U., Fridlund, B. (2001). Patients with congestive heart failure and their conceptions of their sleep situation. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 520-529.
- Celik, S., Öztekin, D., Akyolcu, N. & Issever, H. (2005). Sleep disturbance: the patient care activities applied at the night shift in the intensive care unit. *Journal of clinical nursing*, 14(1), 102-6.
- Dogan, O., Ertekin, S. & Dogan, S. (2005). Sleep quality in hospitalized patients. *Journal of clinical nursing*, 14(1), 107-13.
- Ersner, S., Wiles, A., Taylor, H., Wade, S., Walsh, R. & Bentley, T. (1999). The sleep of people in hospital and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 360-368.
- Friberg, F.(red.). (2006). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Gardner, G., Collins, C., Osborne, S., Henderson, A. & Eastwood, M. (2009). Creating a therapeutic environment: a non-randomised controlled trial of a quiet time intervention for patients in acute care. *International journal of nursing studies*, 46(6), 778-86.
- Henderson, V. (1969). *Grundprinciper för patientvårdande verksamhet*. Stockholm : Almqvist & Wiksell
- Hodgson, L A. (1991). Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 16, 1503-10.
- Jönsson, T. (1995). *Sömn- faktorer som påverkar sömn under sjukhusvistelsen*. Lund: Studentlitteratur.
- Koch, S., Haesler, E., Tiziani, A. & Wilson, J., (2006). Effectiveness of sleep management strategies for residents of aged care facilities: findings of a systematic review. *Journal of clinical nursing*, 15, 1267-1275.
- Kristoffersen, N J., Nordtvedt, F.& Skaug, E-A.. (2006). *Grundläggande omvårdnad 2*. Stockholm: Liber.
- Lane, T. & East, L A. (2008). Sleep disruption experienced by surgical patients in an acute hospital. *British journal of nursing*, 17(12), 766-71.
- Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). *Geriatriska sjukdomar*. Lund. Studentlitteratur
- Lei, Z., Qiongjing, Y., Qiuli, W., Sabrina, K., Xiaojing, L. & Changli, W. (2009). Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a Chinese general hospital. *Journal of clinical nursing*, 18(17), 2521-9.
- Missildine, K., Bergstrom, N., Meininger, J., Richards, K.& Foreman, M D. (2010). Sleep in hospitalized elders: a pilot study. *Geriatric nursing*, 31(4), 263-71.

- Neuman, B. (1989). *The Neuman systems model*. Norwalk, USA: Appleton & Large
- Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. London [faksimil 1992: USA: J B Lippinkott].
- Ouslander, J G., Connell, B R., Bliwise, D L., Endeshaw, Y., Griffiths, P. & Schnelle, J F. (2006). A nonpharmacological intervention to improve sleep in nursing home patients: results of a controlled clinical trial. *Journal of American geriatric society*, 54(1), 38-47.
- Redeker, N S. (2000). Sleep in acute care settings: an integrative review. *Journal of nursing scholarship*, 32(1), 31-8.
- Richardson, A., Allsop, M., Coghill, E. & Turnock, C. (2007). Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep? *Nursing in critical care*, 12(6), 278-86.
- Scotto, C J., McClusky, C., Spillan, S. & Kimmel, J. (2009). Earplugs improve patients' subjective experience of sleep in critical care. *Nursing in critical care*, 14(4), 180-4.
- Simpson, T., Rayshan Lee, E. & Cameron, C. (1996). Relationships among sleep dimensions and factors that impair sleep after cardiac surgery. *Research in Nursing & Health*. 19, 213-223.
- Tamburri, L M., DiBrienza, R., Zozula, R. & Redeker N S. (2004). Nocturnal care interactions with patients in critical care units. *American journal of critical care*, 13(2), 102-13.
- Tranmer, J E., Minard, J., Fox, L A. & Rebelo, L. (2003). The sleep experience of medical and surgical patients. *Clinical nursing research*, 12(2), 159-73.
- Tsai, S-L. (2004). Audio-visual relaxation training for anxiety, sleep and relaxation among Chinese adults with cardiac disease. *Research in nursing and health*, 27(6), 458-68.
- Unruh, M L., Redline, S., An, M-W., Buysse, D J., Nieto, F J., Yeh, J-L. & Newman, A B. (2008). Subjective and objective sleep quality and aging in the sleep heart health study. *Journal of American Geriatric Society*, 56, 1218-1227.
- World Health Organisation (1999). *Guidlines for community noise*. Hämtad 2011-02-07 från www.who.int/docstore/peh/noise/guidlines2.html

Bilaga Artikelsammanställning

Titel: A nonpharmacological intervention to improve sleep in nursing home patients: results of a controlled clinical trial

Författare: Ouslander J.G., Connell B.R., Bliwise D.L., Endeshaw, Y., Griffiths P. & Schnelle J.F.

Tidskrift: Journal of American geriatric society

Årtal: 2006

Land: USA

Syfte: att förbättra sömn hos patienter på sjukhem genom en intervention innehållande flera sömnfrämjande åtgärder

Metod, urval och kvalitet: Kvantitativ metod, interventionsstudie. Patienter på åtta olika sjukhemsboenden delas i interventionsgrupp (n=77) och kontrollgrupp (n=96). Icke-randomiserad studie: eftersom interventionen innefattar gruppaktiviteter krävs att hela institutioner inkluderas. Sömn mäts och observeras före och efter interventionen. Interventionen består av fysisk aktivitet dagtid, åtgärder för att hålla patienten ur sängen dagtid, exponering för ljus under vaken tid, fasta kvällsrutiner, upplägg av omvårdnadsåtgärder nattetid så att sömnavbrott minimeras samt strategi för att minska ljudnivån nattetid. 160/173 personer genomför studien, bortfall: 13.

Resultat: Sömnen förbättras inte av interventionen

Diskussion: Att interventionen inte förbättrar sömn förklaras med att många olika faktorer ligger bakom dålig sömn och att det under interventionen inte lyckades med att sänka ljudnivån i den utsträckning det var tänkt

Antal referenser: 31

Titel: Audio-Visual Relaxation Training for anxiety, sleep and relaxation among Chinese adults with cardiac disease

Författare: Tsai, S.-L.

Tidskrift: Research in nursing and health

Årtal: 2004

Land: Taiwan

Syfte: att studera om avslappningsövningar leder till bättre sömn under och efter sjukhusvistelse.

Metod, urval och kvalitet: Kvantitativ metod, interventionsstudie. Icke-randomiserad: på grund av att interventionen innefattar gruppaktiviteter på avdelningen utförs interventionen på en avdelning och en annan (liknande) avdelning utgör kontrollgrupp. Studien utförs på 2 olika kardiologiska vårdavdelningar. Sömn mäts subjektivt (frågeformulär) före samt upp till

12 månader efter interventionen. Sjuttiotvå personer inkluderas i interventionsgruppen, 67 genomför till första uppföljning (bortfall n=5), 41 genomför till 12-månadersuppföljning (bortfall totalt n=31). I kontrollgruppen inkluderas 87 personer varav 79 genomför till första uppföljning (bortfall 8), 59 genomför till 12-månadersuppföljning (bortfall totalt 28).

Resultat: Förbättrad sömn av avslappningsövningar, såväl direkt som efter avslappningsövningar efter 12 månader.

Diskussion: Studien stödjer att avslappningsövningar kan användas för att förbättra sömn

Antal referenser: 45

Titel: Creating a therapeutic environment: a non-randomised controlled trial of a quiet time intervention for patients in acute care

Författare: Gardner G., Collins C., Osborne S., Henderson A. & Eastwood M.

Tidskrift: International journal of nursing studies

Årtal: 2009

Land: Australien

Syfte: att utvärdera schemalagd "tyst tid" dagtid; om det har effekt på ljudnivå, på vilo- och sömnbeteende och på välbefinnande

Metod, urval och kvalitet: Kvantitativ metod, icke randomiserad parallell-grupp- intervention: "tyst tid" måste inkludera en hel avdelning, går ej att randomisera. Ljud mäts objektivt, patienternas sömn och vilo-beteende observeras samt deltagande patienter besvarar frågeformulär om sömn, vila och välbefinnande. I interventionsgruppen ingick 138 deltagare, 161 i kontrollgruppen. Utförs på akut-ortopediska vårdavdelningar på 2 sjukhus (en interventionsavdelning, en kontrollavdelning). I interventionen inkluderas 138 personer, 137 genomför, bortfall 1 och 161 inkluderas i kontrollgrupp, 156 genomför, bortfall 5.

Resultat: Samband finns mellan ljudnivå och antal vakna patienter ($p=0,01$). Patienter som deltar i den "tysta" interventionen är mer nöjda.

Diskussion: "Tyst tid" har effekt på sömn, vila och välbefinnande

Antal referenser: 34

Titel: Earplugs and eye masks: do they improve critical care patients' sleep?

Författare: Richardson A., Allsop M., Coghill E. & Turnock C.

Tidskrift: Nursing in critical care

Årtal: 2007

Land: Storbritannien

Syfte: att identifiera faktorer som stör sömn på thoraxintensivvårdsavdelning (THIVA)samt att utvärdera om öronproppar och ögonmask förbättrar sömnen

23

Metod, urval och kvalitet: Interventionsstudie. Icke randomiserad. Totalt inkluderas 64 patienter inneliggande på THIVA. Interventionsgruppen (n=34) förses med öronproppar och ögonmask och jämförs med en kontrollgrupp (n=28, bortfall n=2). Alla deltagare besvarar frågeformulär om sömn, som analyseras med kvalitativ och kvantitativ metod. .

Resultat: Inga signifikanta resultat visas, vilket kan bero på liten studiepopulation. De faktorer som främst hindrar sömn är ljud.

Diskussion: Spekulerar i att sänkt ljud- och ljusnivå ger bättre sömn. Störande ljud härrör framför allt från personalens pratande och från monitoralarm

Antal referenser: 31

Titel: Earplugs improve patients´ subjective experience of sleep in critical care

Författare: Scotto C.J., McClusky C., Spillan S., Kimmel J.

Tidskrift: Nursing in critical care

Årtal: 2009

Land: USA

Syfte: att studera om öronproppar förbättrar subjektiv upplevelse av sömn

Metod, urval och kvalitet: Randomiserad studie. Etthundra patienter inneliggande på intensivvårdsavdelning inkluderas (n=49 i interventionsgrupp, n=39 i kontrollgrupp genomförd, bortfall n=12).

Interventionsgruppen förses med öronproppar. Båda grupperna får beskriva sömnupplevelser med hjälp av frågeformulär. Kvantitativ analys av svaren görs.

Resultat: Interventionsgruppen är mer nöjda med sin sömn (total score p=0.002)

Diskussion: Att erbjuda öronproppar är en billig åtgärd som befrämjar effektiv sömn och sömnnöjdhet

Antal referenser: 18

Titel: Nocturnal care interactions with patients in critical care units

Författare: Tamburri L.M., DiBrienza R., Zozula R.& Redeker N.S.

Tidskrift: American journal of critical care

Årtal: 2004

Land: USA

Syfte: att undersöka antal och typ av interaktioner mellan personal och patienter nattetid på intensivvårdsavdelning (IVA)

Metod, urval och kvalitet: Retrospektiv studie av

övervakningsdokumentation mellan kl 19-07, där typ av och antal interaktioner mellan personal och patient studeras. Kvantitativ analys.

Femtio patienter på 4 olika IVA-avdelningar inkluderas, data från totalt 147

24

nätter analyseras. Begränsning: endast de aktiviteter som finns dokumenterade av personalen kommer med.

Resultat: Antalet interaktioner personal och patienter är mycket frekventa. (I genomsnitt 42.6 interaktioner per patient per natt). Perioderna av ostörd tid är mycket korta. (Under endast 11% av de studerade nätterna lämnades patienterna ifred under mer än en timme i sträck).

Diskussion: Patienterna erbjuds inte chans att sova ostört. Det är troligt att det inte enbart är patientens behov som styr.

Antal referenser: 32

Titel: Sleep disruption experienced by surgical patients in an acute hospital

Författare: Lane T. & East L.A.

Tidskrift: British journal of nursing

Årtal: 2008

Land: Storbritannien

Syfte: att beskriva patienters sömnupplevelser, faktorer som stör sömn och patienters erfarenheter av sömnstörningar

Metod, urval och kvalitet: Icke randomiserad studie där 24 patienter på kirurgisk akutvårdsavdelning uppfyller inklusionkriterierna och tillfrågas, 17 personer genomför och får besvara frågeformulär, bortfall 7. Data rörande faktorer som stör sömn analyseras med kvantitativ metod, data som rör patientens upplevelser analyseras med kvalitativ metod.

Informanterna är få gällande den kvantitativa analysen.

Resultat: Patienter upplever svårigheter att sova på sjukhus. Ljud från omgivningen samt att känna oro är faktorer som stör sömn.

Diskussion: Ansträngningar för att sänka ljudnivån runt patienten, samt för att minska patientens oro bör göras av personalen

Antal referenser: 31

Titel: Sleep disturbance: the patient care activities applied at the night shift in the intensive care unit

Författare: Celik S., Öztekin D., Akyolcu N.& Issever H.

Tidskrift: Journal of clinical nursing

Årtal: 2005

Land: Turkiet

Syfte: att studera antal och typ av omvårdnadsåtgärder nattetid på intensivvårdsavdelning (IVA)

Metod, urval och kvalitet: Retrospektiv studie av sjuksköterskedokumentation, där typ av och antal omvårdnadsåtgärder mellan kl 19-07 studeras. På en IVA-avdelning inkluderas 60 patienter, data från tre nätter per patient analyseras. Begränsning: endast de aktiviteter som finns dokumenterade av personalen kommer med.

25

Resultat: Frekventa omvårdnadsåtgärder förekommer nattetid (i genomsnitt 51 interaktioner mellan patient och personal per patient per natt), mest frekvent mellan kl 02-05.

Diskussion: Det är omöjligt för patienten att få tillräckligt med sömn när aktiviteterna är så många. Aktiva åtgärder nattetid leder till risk för psykisk instabilitet hos patienten.

Antal referenser: 13

Titel: The sleep experience of medical and surgical patients

Författare: Tranmer J.E., Minard J., Fox L.A. & Rebelo L.

Tidskrift: Clinical nursing research

Årtal: 2003

Land: Kanada

Syfte: att mäta patienters upplevelse av sömnkvalitet och sömnkvantitet och att belysa faktorer som påverkar sömn på sjukhus

Metod, urval och kvalitet: Icke randomiserad. Kvantitativ metod.

Etthundratio patienter, ineliggande på medicinska och kirurgiska vårdavdelningar inkluderas och får besvara 3 olika frågeformulär efter vardera av 3 efterföljande nätter. Första natten deltar 110, 72 genomför (bortfall n=38), andra natten deltar 97, 68 genomför (bortfall n=29), tredje natten deltar 86, 63 genomför (bortfall n=23).

Resultat: Viktigaste faktorn för dålig sömnupplevelse är att bli väckt efter att ha somnat. De mest sömnstörande faktorerna är ljud från omgivning och medpatienter, den ovana miljön samt oro och smärta.

Diskussion: Resultatet stödjer att patienter upplever fragmenterad sömn på sjukhus och att det ger en dålig sömnupplevelse.

Antal referenser: 12

Titel: Sleep in hospitalized elders: a pilot study

Författare: Missildine K., Bergstrom N., Meininger J., Richards K. & Foreman M.D.

Tidskrift: Geriatric nursing

Årtal: 2010

Land: USA

Syfte: att bestämma sambandet mellan sömn och omgivningsfaktorerna ljud och ljus för äldre patienter som vårdas på sjukhus

Metod, urval och kvalitet: Icke randomiserad. Femtioåtta patienter, 70 år eller äldre, som vårdas ineliggande på två akutmedicinska vårdavdelningar inkluderas, 48 genomför studien, bortfall 10. Sönnen, samt ljus- och ljudnivån runt patienten, mäts med objektiv metod. Deltagarna får även fylla i ett frågeformulär. Data analyseras med

kvantitativ metod. Urvalet är för litet för att kunna dra slutsatser av resultatet.

Resultat: Många och långa uppvaknanden rapporteras. Stora individuella variationer finns gällande både objektiv och subjektiv sömnkvalitet. Trenden är att det är mer ljus och mer ljud runt "dålig-sovare".

Diskussion: En enskild patients längsta enskilda sömnperiod är i genomsnitt en timme, dvs kortare än en full sömncykel. Generellt uppmäts anmärkningsvärt höga ljudnivåer.

Antal referenser: 30

Titel: Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a chinese general hospital

Författare: Lei Z., Qiongjing Y., Quili W., Sabrina K., Xiaojing L. & Changli W.

Tidskrift: Journal of clinical nursing

Årtal: 2009

Land: Kina

Syfte: att undersöka sömnkvalitet och sömnstörande faktorer samt att jämföra patienters och sjuksköterskors syn på detta

Metod, urval och kvalitet: Randomiserad studie. Kvantitativ metod. Fyrahundrasex patienter, inneliggande på medicinsk eller kirurgisk vårdavdelning, samt 101 sjuksköterskor, arbetande på dessa avdelningar, inkluderas och får fylla i frågeformulär. Totalt genomför 397 patienter (bortfall 9) och 101 sjuksköterskor (bortfall 0) studien.

Resultat: Patienter sover dåligt. De mest framträdande sömnstörande faktorerna enligt patienterna är behovet av nattliga toalettbesök, ljud från personalens skor samt obehag och oro relaterat till sjukdomen. Sjuksköterskor är medvetna om patienters sömnproblem, men det finns vissa skillnader mellan sjuksköterskor och patienter gällande vad som uppfattas vara orsaken.

Diskussion: Sjuksköterskor bör göra mycket mer än idag för att förbättra sömnsituationen för patienterna.

Antal referenser: 37

Författare: Dogan O., Ertekin S. & Dogan S.

Tidskrift: Journal of clinical nursing

Årtal: 2005

Land: Turkiet

Syfte: att jämföra sömnkvalitet hos sjukhuspatienter och frisk kontrollgrupp

Metod, urval och kvalitet: Icke-randomiserad. Etthundrafemtio patienter inneliggande på psykiatrisk, ortopedisk, allmänkirurgisk, thoraxkirurgisk

eller urologisk vårdavdelning genomför studien, samt 50 personer i kontrollgrupp. Kontrollgruppen består av friska personer utanför sjukhus. Deltagarna får fylla i frågeformulär om sömnkvalitet. Svaren analyseras med kvantitativ metod. Initialt inkluderas 162 personer, 150 genomför (bortfall n=12).

Resultat: Inneliggande patienter sover sämre än personer utanför sjukhus.

Diskussion: Sjukvårdspersonal måste utbildas om sömn och vidta åtgärder för att förbättra patienters sömn.

Antal referenser: 32