



Omvårdnadsåtgärder som kan främja patienters sömn

Maria Källström
Anna Lundgren

Sjuksköterskeprogrammet 120 p
Omvårdnad 41-60 p
Vt 2007

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Box 823
301 18 Halmstad



Nursing interventions that can promote patients' sleep

Maria Källström
Anna Lundgren

Nursing programme 120 p
Nursing care 41-60 p
Spring semester 2007

School of Social and Health Sciences
P.O. Box 823
S-301 18 Halmstad

Titel	Omvårdnadsåtgärder som kan främja patienters sömn
Författare	Maria Källström och Anna Lundgren
Sektion	Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad
Handledare	Solgun Folke, Universitetsadjunkt
Examinator	Kärstin Bolse, Universitetsadjunkt
Tid	Vårterminen 2007
Sidantal	17
Nyckelord	främja, omvårdnadsåtgärder, patienter, sömn
Sammanfattning	Sömn har grundläggande betydelse för allmänt välbefinnande. Människan sover en tredjedel av sitt liv. Människor som inte sover tillräckligt visar förhöjd sjuklighet, såväl fysisk som psykisk. Sömnens kvalitet och kvantitet har avgörande betydelse för tillfrisknande och sinnesstämning. På sjukhus kan patienter inte själva påverka sin omgivning och därmed inte själva bedriva sömnfrämjande egenvård. Syftet med litteraturstudien var att belysa olika omvårdnadsåtgärder som kan främja vuxna patienters sömn. Resultatet visade att det finns omvårdnadsåtgärder som kan utföras av en allmänsjuksköterska såsom ryggmassage, taktil beröring, tillhandahålla avslappnings- eller musikband, individanpassa läkemedelstider och skapa förutsättningar för middagsvila. Fördjupad kunskap om hur sömn påverkar människors fysiska och psykiska hälsa bör inkluderas i sjuksköterskeprogrammet. Fler studier, avseende omvårdnadsåtgärder och dess tillämpning, föreslås för att främja patienters sömn.

Title	Nursing interventions that can promote patients' sleep
Authors	Maria Källström and Anna Lundgren
Department	School of Social and Health Sciences, University of Halmstad, P.O. Box 823, S-301 18 Halmstad
Supervisor	Solgun Folke, Lecturer
Examiner	Kärstin Bolse, Lecturer
Time	Spring semester 2007
Number of pages	17
Key words	nursing interventions, patients, promotion, sleep
Abstract	<p>Sleep is of fundamental importance for general wellbeing. Humans spend one third of their life sleeping. People who do not sleep enough experience lower physical and mental health. The quality and quantity of sleep is of great importance for mood and recovery. When hospitalized, patients can not control their environment and therefore they can not conduct self care, which promote sleep. The aim of the study was to shed light on different nursing interventions which can promote sleep in adult patients. The study was conducted as a literature review. The results indicate that there are nursing interventions which can be performed by a registered nurse such as back massage, therapeutical touch, recorded relaxation instructions or music, individualized medication times and siesta. Enhanced knowledge about how sleep affect physical and mental health ought to be included in the education of nurses. There is a need for more studies about interventions and their applications in clinical settings.</p>

Innehåll

Inledning	1
Bakgrund	1
Sömnstadier	1
Normal sömn	2
Cirkadisk rytm	2
Sömnstörning	3
Orsaker till sömnbrist	4
Följder av sömnbrist	4
Sömnhygien	4
Sömn på sjukhus	5
Ramar för omvårdnadsarbete	5
Syfte	6
Metod	6
Datainsamling	6
Databearbetning	8
Resultat	8
Insomning	8
Ostörd sömn	9
Sömnkvalité	10
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
Insomning	12
Ostörd sömn	13
Sömnkvalité	15
Konklusion	16
Implikation	17

Referenser

Bilagor

Bilaga Artikelöversikt

Inledning

Egna erfarenheter av otillräcklig sömn skapade intresset för ämnet. Sömnproblem är ett växande samhällsproblem som drabbar människor i alla åldrar. Ungefär en tredjedel av svenskarna upplever att de har problem med sömnen. Sömnproblem är i sig en orsak till att människor upplever trötthet och bristande energi. Otillräcklig sömn kan även orsaka sjukdom, till exempel hjärt-kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2005b).

Det är inte ovanligt att patienter som är inlagda på sjukhus, mår sämre på grund av störd nattsömn (Southwell & Wistow, 1995). Egna erfarenheter från kliniska studier inom sjuksköterskeprogrammet är att det inte alltid tas hänsyn till patienternas sömnbehov i det praktiska vårdarbetet. Den vanligaste åtgärden, för att behandla sömnproblem, är att ge patienterna farmakologisk behandling. Sömntabletter påverkar sömnmönstret negativt och kan medföra biverkningar såsom förvirring och yrsel.

Bakgrund

Människan sover en tredjedel av sitt liv. De människor som inte sover tillräckligt uppvisar förhöjd sjuklighet (Jönsson, 1995). Omvänt kan sjukdom också leda till sömnstörningar (dyssomni). Sömn har betydelse både för den fysiska och psykiska hälsan (Åkerstedt, 2002).

Sömn definieras som ett tillstånd där en person kan väckas till fullt medvetande, till skillnad från medvetslöshet, där detta inte går. Genomsnittligt sömnbehov för friska vuxna är mellan sex och nio timmar. Sömnen delas in vanligen i sömncykler, som brukar ha en varaktighet av cirka 90 minuter. Varje sömncykel kan delas in i fem olika sömnstadier. Dessa är av två olika slag, nämligen Non Rapid Eye Movement-sömn (NREM-sömn) även kallad ortosömn och Rapid Eye Movement-sömn (REM-sömn) eller parasömn (Åkerstedt, 2002).

Sömnstadier

Stadium 1 (NREM), är ett stadium av mycket lätt sömn. För människor med normal sömn är denna fas endast en kort övergångszon mellan vakenhet och sömn där inte alla upplever att de sover. Den varar, beroende på ålder, eventuell sjukdom och yttre störningsmoment, oftast bara några enstaka minuter och hos friska återkommer den inte igen under de efterföljande sömncyklerna (Irwin, 1994). Elektroencefalogram (EEG) visar små oregelbundna vågor som påminner mycket om vakenhet, och ögonrörelserna är långsamma. Under detta stadium är de flesta mycket lättväckta (Irwin, 1994; Halvorsen & Frantsen, 2002).

Stadium 2 (NREM), är ett stadium av stabil sömn, som utgör ungefär hälften av total sömntid. Under denna fas sänks hjärtfrekvensen, blodtrycket och andningsfrekvensen. Musklerna slappnar av, ögonrörelserna upphör och hjärnans liksom kroppens temperatur sänks (Irwin, 1994; Åkerstedt, 2002). Det är här som immunförsvarets återuppbyggnad sker (Leissner, 2005). Denna sömnfas kallas ibland ”dörren” eftersom den passerar både före och efter REM-sömnen och EEG karakteriseras av en långsammare frekvens i vågorna än under stadium 1 (Halvorsen & Frantsen, 2002).

Stadium 3 och 4 (NREM), kännetecknas båda av djup sömn då den sovande är svårväckt och helt avslappnad. EEG visar inslag av stora lågfrekventa vågor, varför denna sömn ibland kallas Slow Wave Sleep (SWS), eller djupsömn. Ögonen rör sig inte (Irwin, 1994), blodtrycket och hjärtfrekvensen är låg och andningen är djup och regelbunden (Halvorsen & Frantsen, 2002). Under denna fas av sömnen insöndras tillväxthormon och troligen är det här som den mesta återhämtningen och kroppens anabola verksamhet sker. Såväl hjärnans egen ämnesomsättning som övriga kroppens, minskar (Åkerstedt, 2002; Leissner, 2005).

Stadium 5 (REM). Under REM-sömnen sker de flesta av drömmarna och ögonen rör sig snabbt och ryckigt under de stängda ögonlocken medan kroppens muskler är paralyserade. Det skulle vara omöjligt att sitta eller stå. Andning, blodtryck och puls ökar i frekvens. Personen är svår att väcka trots att EEG uppvisar mönster som påminner om stadium 1 eller vakenhet. Efter varje REM-sömn börjar en ny sömncykel. Under drömmarna är synsinnen dominerande och känslor upplevs onyanserade (Irwin, 1994; Halvorsen & Frantsen, 2002). Drömmarna anses viktiga för sortering av intryck, inläring och framför allt minneslagring (Leissner, 2005).

Normal sömn

Det är framförallt hjärnstammen, delar av thalamus och främre delen av hypothalamus som har betydelse för den normala sömnen. Under en sömncykel genomgår samtliga fem sömnstadier, med början på stadie 1 och så vidare. En normal natt går en, i övrigt frisk, person igenom tre till fem sömncykler. Sömncyklerna är inte likadana, utan REM-sömnens andel av cykeln ökar, efter hand som natten lider, på bekostnad av djupsömnens. Människors sömnbehov är individuellt, och kopplat till ålder. Äldre har ett något mindre sömnbehov än de cirka sex till nio timmar som de flesta övriga vuxna har. Ju längre en person varit vaken desto högre blir sömntrycket och djupare blir sömnen. Återhämtningsvärdet av sömn är högre i början av en normal sömnperiod. Äldre som vaknar till oftare, har lägre andel REM-sömn och även lägre andel djupsömn än yngre. De tar därför gärna en tupplur på eftermiddagen för att kompensera för den ytliga sömnen. En tupplur på 15-20 minuter, som är ett effektivt sätt att kompensera för otillräcklig sömn, kan ha ett återhämtningsvärde som motsvarar en och en halv till två timmars sömn i slutet av en normal åttatimmars sömn (Åkerstedt, 2002).

Cirkadisk rytm

Sömnbehovet styrs av när och hur vi sov senast, och av den cirkadiska rytmen. I hypothalamus finns en struktur som styr sömn- och vakenhetsrytmen, vilken följer dygnsrytmen, den cirkadiska rytmen. Den styrs av skillnader i ljus och mörker (Jönsson, 1995). Människans produktion av hormonerna melatonin och kortisol styrs också av ljus och mörker. Oberoende av om personen i fråga sover eller är vaken produceras och lagras melatonin i tallkottkörteln. När ögats näthinna dagtid träffas av dagsljus når nervimpulser via synnerven tallkottkörteln och gör så att melatonin inte släpps ut. På kvällen när det blir mörkt öppnas tallkottkörteln och melatonin släpps ut, vilket leder till att vi blir sömniga (Leissner, 2005). Den cirkadiska rytmen styr även kroppstemperaturen. Den högsta temperaturen mäts mellan klockan 18.00-19.00 oavsett om personen har feber eller inte, det vill säga när melatoninnivån är som lägst är kroppstemperaturen som högst och vice versa (Åkerstedt, 2002).

I binjurebarken produceras stresshormonet kortisol. En ökning, av hormonet, sker i gryningen och en minskning i skymningen. Nivån är som högst strax före uppvaknandet och som lägst i början av sömnen. Kortisol inverkar på kroppen och förbereder den för dagens påfrestningar genom att bland annat höja pulsen och blodtrycket (Leissner, 2005). De flesta människor har normal dygnsrytm, det vill säga de sover på natten när det är mörkt och är vakna på dagen då det är ljus (Åkerstedt, 2002).

Sömnstörning

Definitionen på diagnosen sömnstörning, en av de vanligast förekommande diagnoserna i öppenvården, är någon av följande. Förlängt insomnande med mer än 30 minuter, avbruten sömn med vakenhet under natten överstigande 45 minuter eller fler än fem uppvaknanden, samt för tidigt uppvaknande, det vill säga total sömntid mindre än sex timmar eller mindre än 80 % av tidigare sömntid. För att diagnosen långvarig sömnstörning ska ställas krävs att den uppträder under mer än tre veckor (Åkerstedt, 2002; Larsson & Rundgren, 2003; Läkemedelskommittén, Halland, 2006).

Eftersom sömnbehovet är individuellt är det patientens upplevda sömnbristsymtom dagtid som avgör om sömnstörning föreligger eller ej, snarare än det faktiska antalet timmars sömn (Hedner & Währborg, u.å.). Dyssomnier kan klassificeras i olika grupper. Hyposomni, det vill säga att sova för lite, kan indelas i insomningsbesvär, multipla uppvaknanden och för tidigt uppvaknande. Hypersomni, att sova för mycket, uppträder vid till exempel epilepsi och hypoglykemi. Parasomni innebär att ha mardrömmar eller nattskräck. Störd dygnsrytm är ytterligare en form av dyssomni (Westergren, 2004).

Förstahandsbehandling för sömnstörning är att identifiera bakomliggande orsaker och att försöka behandla dem. Sömnstörningar ingår ofta som en del i ett större sammanhang till exempel i samband med depression. Tillfällig förskrivning av sömnläkemedel kan bli aktuellt ibland för att bryta ett ohälsosamt mönster. Dessa kan delas in i insomningsmedel och sömnmedicin med mer långvarig effekt (Westergren, 2004). Äldre människor har oftare problem med sömnstörningar än yngre och använder sömnmedel i större utsträckning. I åldersgruppen 80 år och äldre använder cirka 30 % mer eller mindre regelbundet sömnläkemedel. Allmän trötthet och så kallad ”hang-over” drabbar äldre i högre grad än yngre, eftersom läkemedel metaboliseras långsammare i levern vid högre ålder, med till exempel förvirring och ökad fallrisk som följd (Larsson & Rundgren, 2003).

Orsaker till sömnbrist

Enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport är det ökade krav i samhället, personalminskningar och ökad arbetstakt som gör att allt fler upplever sömnproblem och stress. En markant ökning av förekomst av sömnbesvär hos kvinnor och män har ägt rum sedan början av 1990-talet. Ökningen har varit särskilt stor mellan 1996/97 och 2002/03 (Socialstyrelsen, 2005b). Stress, ”ett tillstånd i vilket organismens balans mellan resurser och belastningar rubbas” (Perski, 2006, s 41) gör att många människor drabbas av sömnrubbingar, bristande energi och olust. Dessa varningssignaler bör tas på allvar, eftersom de annars kan leda till allvarlig sjukdom. Stress utlöser en rad fysiologiska reaktioner som förhöjd puls och ökat blodtryck. Vid fysisk beröring av såväl djur som människor minskar dessa reaktioner (a.a.).

Följder av sömnbrist

Både hälsa och livslängd påverkas av sömnen (Asplund, 2003). Kortvarig sömnbrist, med en varaktighet av mindre än tre veckor, påverkar inte hälsan nämnvärt eftersom kroppen själv reglerar detta genom att sömnen blir djupare och på så sätt effektivare efter sömnbrist. Emellertid påverkas prestationsförmåga och vakenhetsgrad redan efter en enda natts dålig sömn. Långvariga sömnstörningar påverkar den långvariga hälsan negativt och kan jämföras med rökning, övervikt och för lite motion som en riskfaktor för ohälsa (Sömmottagningen, u.å.).

Långvarig sömnbrist kan leda till flera av de frekventaste folksjukdomarna som exempelvis stroke, fetma och högt blodtryck (Leissner, 2005). Mallon, Broman och Hetta (2002) har visat att det finns samband mellan dyssomni och mortalitet i hjärt-kärlsjukdom hos män. I en senare studie visar Mallon, Broman och Hetta (2005) hög incidens av diabetes hos män med sömnsvårigheter. Stress påverkar människor negativt, och när tillfredställande återhämtning i form av sömn inte sker är det skadligt. Ekstedt et al. (2006) påvisade samband mellan försämrad sömn och fatigue (ett onormalt tillstånd av trötthet som inte förbättras genom vila) hos personer med arbetsrelaterad utbrändhet. Sömn deprivation påverkar immunförsvaret negativt, vilket ökar risken för såväl förkylningar, allergier och astma som cancer. Även de kognitiva funktionerna påverkas av sömnbrist. De symtom många människor upplever är till exempel dåligt minne och koncentrationssvårigheter, vilka påminner mycket om de symtom som förekommer vid demens. Dessutom reagerar många med förändrad sinnesstämning och kan bli aggressiva eller få kort stubin (Leissner, 2005).

Sömnhygien

I en god egenvård för att främja sömn ingår att motionera på en lagom nivå dagtid, men att undvika kraftig fysisk aktivitet några timmar före sänggåendet. Dessutom bör såväl koffein, nikotin som alkohol undvikas sex timmar före läggdags. Halveringstiden för koffein är cirka sex timmar. Sovrummet bör vara svalt, tyst och mörkt. De med insomningssvårigheter bör undvika att ta tupplur dagtid. Ängslan och oro är psykologiska faktorer som inverkar på individens förmåga att somna varför olika avslappningsmetoder kan komma ifråga. Försök bör göras, att koppla bort bekymmer före läggdags (Åkerstedt, Leissner, Norlén & Wålinder, 2004; Läkemedelskommittén Halland, 2006).

Sömn på sjukhus

Ofullständig sömn både gällande kvalité och kvantitet har betydelse för patienters tillfrisknande och sinnesstämning. På sjukhus kan patienter inte själva påverka sin omgivning och därmed inte själva bedriva sömnfrämjande egenvård. Det är därför en utmaning för sjuksköterskor att främja patienters insomning och att underlätta och förbättra nattsömnen. På sjukhus kan det vara svårt att balansera patienters sömn med adekvat omvårdnad (Reid, 2001). Människor sover sämre när de är på sjukhus än när de är hemma. Detta kan ha flera olika orsaker som till exempel obekväma sängar, smärta, för hög rumstemperatur eller störande ljud (Southwell & Wistow, 1995).

Ljud påverkar sömn på olika sätt. Monotona lågfrekventa ljud verkar sövande, medan andra ljud lätt avbryter sömnen även vid låg ljudstyrka. Som buller räknas ljud som är omotiverade för den sovande, och dessa verkar väckande (Jönsson, 1995). När patienter tillfrågats om vad det är som stör dem, har de svarat att det är sjuksköterskors prat med varandra och deras knarrande skor. Sjuksköterskorna upplever å sin sida att det är prat med patienter och spolande i toaletter som stör mest, enligt Southwell och Wistow (1995).

Ljus verkar väckande, varför belysning nattetid måste vara dämpad och ljus utifrån måste stängas ute (Irwin, 1994). På sjukhus kan en nattlampa behöva vara tänd, för att patienter ska hitta om de behöver gå upp (Jönsson, 1995).

Det ställs höga krav på sjukhussängar vad avser möjligheter till rengöring och inställning. Sjukhussängarna är högre, smalare och kortare än de sängar de flesta människor har hemma. Detta kan innebära svårigheter att komma i och ur, samt vända sig i, sängen. Materialet i bäddutrustningen utgörs ofta av plastunderlag, bomullslakan och syntetfilter vilket gör att kroppsfukt inte absorberas utan stannar kvar och gör att patienterna kan frysa (Jönsson, 1995). Southwell och Wistow (1995) visade att över hälften av undersökta patienter ansåg att sängen var så obekvämt att de inte fick tillräckligt med sömn.

Hunger och törst verkar väckande. Det är därför viktigt att patienter inte är hungriga när de ska gå och lägga sig för natten. De flesta vårdinrättningar serverar kvällsmaten cirka klockan 17.00 och senare erbjuds en kopp kaffe eller te med dopp. Koffein har en direkt negativ inverkan på insomnande och sömn eftersom det motverkar trötthet. En del personer, som druckit kaffe, får svårt att somna in, medan andra somnar lätt, men vaknar eller drabbas av fragmenterad sömn senare under natten (Jönsson, 1995).

Ramar för omvårdnadsarbete

Det finns olika ramar som sätter gränserna för omvårdnadsarbete, som lagar och Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005a). Sömn är ett grundläggande behov för människor. Att få tillräckligt med sömn av god kvalité borde dessutom vara en rättighet för patienter på sjukhus. Det är sjuksköterskors skyldighet enligt andra paragrafen i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 1982:763) att tillgodose patienters behov av trygghet. Med respekt för patienters autonomi och integritet, ska detta ske i samråd med patienterna i så stor utsträckning som möjligt (Raadu, 2005).

I Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17) beskrivs omvårdnadens syfte och innehåll som ”att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död” (Raadu, 2005, s. 161). Eftersom varje patient är unik ska omvårdnaden vara individuell och ske i samarbete mellan patient och sjuksköterska (a.a.)

Sömnproblem är ett växande problem i samhället. Vem som helst kan drabbas av detta fenomen, såväl friska som sjuka människor. Sömnproblem påverkar patienters fysiska såväl som psykiska välbefinnande. Med patienter avses här vuxna personer som vistas på sjukhus eller bor i någon form av äldreboende och som vårdas av personal med vårdutbildning. Det är därför angeläget att identifiera resultat av vetenskapliga studier, som belyser omvårdnadsåtgärder, vilka visat sig främja patienters sömn, samt hur dessa kan användas i praktiken.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa omvårdnadsåtgärder som kan främja patienters sömn.

Metod

Studien genomfördes som en litteraturstudie.

Datainsamling

Till att börja med gjordes ett flertal olika inledande litteratursökningar. Dessa gjordes på webben, i högskole- respektive stadsbibliotek, hemma i bokhyllor samt i bokhandeln. Insamlingen av litteratur gjordes för att få kunskap om ämnesområdet och för att försöka avgöra om forskningsartiklar och annan litteratur fanns att tillgå.

Som framgår ur figur 1 sattes syftet in i Flemmings (1998) struktur för att få fram relevanta sökord.

Situation	Åtgärd	Motåtgärd	Resultat
Vuxna patienter	omvårdnadsåtgärder	-	sömn

Figur 1. Flemmings (1998) struktur.

I svensk MeSH hittades engelska ord motsvarande de svenska sökorden. Olika engelska sökord användes sedan, beroende på respektive databas tesaurus. En exakt engelsk motsvarighet till begreppet omvårdnadsåtgärder kunde inte identifieras. Försök gjordes med orden *Nursing care* och *Nursing interventions*. Använda sökord framgår ur tabell 1.

Tabell 1. Sökhistoria

Databas/ Sökmotor	Datum	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Valda artiklar
CINAHL	070313	MM Sleep	242	55	32	12
CINAHL	070313	MH Patients+ AND MM Sleep	58	30	20	0
CINAHL	070329	MH Sleep AND Night Care	4	3	2	1
PubMed	070315	Sleep AND Nursing (MeSH)	40	7	2	1

Den egentliga litteratursökningen gjordes i CINAHL och Medline, via PubMed, där omfattande material relaterat till syftet erhöles. Efter att ha identifierat flera relevanta artiklar i CINAHL under sökordet *Sleep* fortsatte sökningarna under flera andra sökord och sökordskombinationer. Dessa försök tillförde emellertid inga nya artiklar, varför dessa resultat ströks ur sökredovisningen. Sökningen på *Patients AND Sleep* gav 20 artiklar. Av dessa befanns åtta stycken motsvara syftet men då de redan hittats under *Sleep* redovisas de där. Ytterligare en artikel som ingår i resultatet hittades under sökorden *Sleep AND Nursing* i PubMed men även under *Sleep* i CINAHL, och den redovisas där.

Samtliga artikelsökningar gjordes med begränsningarna att artiklarna inte skulle vara äldre än tio år, de skulle vara originalartiklar och ha tillgängligt abstrakt. De studerade personerna skulle vara vuxna. I CINAHL skrevs följande begränsningar in: *abstract available, 1997-2007, research article, all adults*, och i PubMed: *abstracts, 10 years, All adult: 19 years +*.

Totalt lästes 56 artiklar översiktligt och granskades utifrån artiklarnas syfte, metod, urval och slutsats. Samtidigt skapades en artikelöversikt för att erhålla en överblick över materialet. Senare användes artikelöversikten som sorteringsredskap när urvalet, av vilka artiklar som skulle genomgå en detaljerad kvalitetsgranskning av vetenskaplig kvalitet, gjordes. Efter detta urval återstod 16 artiklar som analyserades enligt Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall för vetenskapliga studier. Denna kvalitetsgranskning gjordes av litteraturstudiens båda författare, oberoende av varandra. Fyra artiklar granskades gemensamt för att säkerställa överensstämmelse avseende kvalitetsbedömning. I den bedömningsmall som användes fanns en rad där studiernas målgrupp kunde skrivas in. Denna rad användes inte eftersom studier med olika målgrupper accepterades. Två av artiklarna beskrev samma studie, varför den ena valdes bort. En artikel valdes bort på grund av för låg vetenskaplig kvalitet.

Utöver de 14 artiklar som användes i resultatet hittades några artiklar som bedömdes vara för gamla eller som var review-artiklar. Innehållsmässigt var de dock så intressanta att de användes i litteraturstudiens bakgrund.

Databearbetning

Sortering och klassificering gjordes utifrån de omvårdnadsåtgärder som hittats. Sju olika typer av omvårdnadsåtgärder sorterades fram. Efter fortsatt analys och diskussion stod det klart att flera av omvårdnadsåtgärderna syftade till tre olika saker, nämligen att tillrättalägga förhållandena så att patienter kan somna, erbjudas ostörd sömn och få en bättre sömnkvalité. Resultat och diskussion redovisas enligt dessa tre kategorier. En översikt av resultatartiklarna redovisas i bilaga.

Resultat

Insomning

Beröring i olika former har visat sig gynna individers förmåga till avslappning (Richards, 1998; Cox & Hayes, 1999). Richards (1998) undersökte effekterna av ryggmassage och sömn. Det visade sig att avslappning, som underlättar intensivvårdspatienters insomning, kan nås genom ryggmassage. Manliga intensivvårdspatienter med hjärt-kärlsjukdomar studerades och resultatet visade att insomningstiden förkortades i ryggmassagegruppen. Richards värmden hudlotion som redan fanns på avdelningen i mikrovågsugnen och masserade patienternas rygg, med hela handflatan under sex minuter med 12-15 långa lugna drag per minut nerifrån och upp, under minimal konversation. Resultatet var att ryggmassagegruppen fick sju minuters kortare insomningstid, tio minuters längre REM-sömn och en timmes längre total sömntid än kontrollgruppen. I Cox och Hayes (1999) studie nådde intensivvårdspatienter tillräcklig avslappning för att somna genom taktil beröring. Kvantitativa och kvalitativa data jämfördes med triangulering. Det visade sig att patienterna kände sig mer avslappnade och kunde somna lättare efter interventionen. En sjuksköterska som fick lära sig tekniken påbörjade varje session med att lägga händerna på patientens axlar. De flesta patienterna låg ner på rygg, några satt bekvämt i en stol och sessionen avslutades med att sjuksköterskan vilade sina händer på patientens fötter. Ingen signifikant ökning eller minskning av fysiologiska parametrar (puls och blodtryck) kunde upptäckas under eller efter interventionen. Det var 53 patienter som i genomsnitt fick två sessioner vardera med taktil beröring, eller totalt 100 sessioner. En tredjedel av patienterna somnade direkt när beröringen påbörjades och flera somnade under tiden, eller strax efter. Vissa som hade somnat vaknade när sessionen tog slut, men de somnade om och sov gott tills de väcktes av någon omvårdnadsåtgärd (Cox & Hayes, 1999).

I två studier konstaterades att lugn musik i samband med sänggåendet förkortar insomningstiden för äldre (Johnson, 2003; Lai & Good, 2006). Johnson (2003) undersökte 52 äldre kvinnor, med diagnosticerad sömnstörning, som bodde i sitt eget hem i USA. Kvinnorna deltog i studien under 20 dagar. De tio första dagarna fördes sömndagbok och sömnhet mättes genom Stanford Sleepiness Scale (SSS) (Hoddes, Dement & Zarcone, 1972). Skalan mäter hur alert en person känner sig. Svarsalternativen är rangordnade enligt en sjugradig skala från ”känna sig aktiv, vital, alert eller helt vaken” till ”kämpar inte längre för att hålla sig vaken, nära insomning, har drömliknande tankar” (egen översättning).

Därefter fick kvinnorna själva välja ut den musik som skulle användas att lyssna på, varje kväll i tio dagar. Kvinnorna hade upplevt stor frustration i samband med sänggåendet före interventionen. Efter att ha deltagit i studien upplevde kvinnorna mycket mindre frustration i samband med sänggåendet. Lai och Good (2006) studerade 60 äldre personer i Taiwan med självskattad sömnproblematik enligt Pittsburgh Sleepiness Quality Scale (PSQI) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989) och Epworth Sleepiness Scale (ESS) (Johns, 1991) i en RCT-studie, där hälften ingick i en experimentgrupp och den andra hälften i en kontrollgrupp. ESS är ett formulär där personer anger hur sömniga de är, på en fyragradig skala mellan ”ingen risk att slumra till” och ”stor risk att slumra till”, vid olika aktiviteter. Exempel på aktiviteter är att sitta och titta på TV eller att sitta och prata med någon. I PSQI ingår insomningstid, sömnduration, sömneffektivitet, subjektiv sömnkvalité, sömnstörning, prestationsförmåga på dagen samt användning av sömnmedicin (egen översättning). Interventionsgruppen och kontrollgruppen hade ungefär samma grad av sömnsvårighet före interventionen. Försökspersonerna fick välja bland sex olika musikkategorier och sedan lyssna till den valda musiken i tre veckor. Den totala sömnkvalitén ökade efter en vecka och fortsatte öka under de två följande veckorna. Båda undersökningarna visar att insomningstiden förkortades efter hand som interventionerna pågick. Med kontrollgruppen i Lai och Goods (2006) undersökning skedde ingen förändring avseende sömnkvalité.

Ostörd sömn

Monsén och Edéll-Gustafsson (2005) undersökte hur ett beteendemodifieringsprogram riktat mot personalen på en neurointensivvårdsavdelning kunde medverka till att patienterna erbjöds mer ostörd sömn. Ett försök gjordes att ändra personalens beteende, genom utbildning om sömn, sömnstörningsfaktorer, neurologiskt och fysiologiskt tillfrisknande och hur buller och ljudstyrka påverkar människan. Samtidigt infördes störningsfria perioder mellan klockan 13.00 och 15.00 samt 24.00 och 05.00. Det som störde patienterna mest före interventionen var omvårdnadshandlingar som vändning av patienten, sugning av luftvägar och sondmatning. Även personalbyte och besök av anhöriga ledde till ökad ljudnivå. Efter interventionen blev ljudnivån signifikant lägre. Det var samma saker som störde patienterna, men i lägre grad, eftersom personalen var mer medvetna om att de störde. Inte bara intensivvårdspatienter störs av omvårdnadshandlingar utan även andra patientgrupper. Schnelle, Cruise, Alessi, Al-Samarri och Ouslander (1998) studerade om individualiserad inkontinensvård nattetid kunde leda till ökad sömn för de boende på två olika äldreboenden. Praxis var att personalen gick runt och kontrollerade patienterna enligt schema för att byta på dem som var inkontinenta oavsett om de var vakna eller ej, och oberoende av om de kunde vända sig själva eller ej. Detta gjordes under det att taklampan i patientrummet tändes och att personalen talade med varandra, med normal samtalsvolym. Genom att låta dem, som hade god hudkondition, fortsätta sova upp till fyra timmar, trots att de var våta, uppnåddes längre sammanhängande sömnperioder. Under interventionen märktes inga förändringar av huden.

En annan studie där patienters totala sömntid undersöktes, och hur den påverkades av flexibla medicintider, gjordes av Jarman, Jacobs, Walter, Witney och Zielinski (2002). Genom att ändra medicintiderna morgon och kväll, så att de mera skulle likna de tider då patienterna själva tog sin medicin när de var hemma, erbjöds patienterna tillfälle att sova längre. Både sjuksköterskor och patienter kunde konstatera att sovtiden verkligen blev längre. Sjuksköterskorna såg emellertid att det kunde få konsekvenser för övriga morgongöromål och att en sådan förändring skulle ställa högre krav på överrapportering mellan arbetslag, för att undvika att viktiga mediciner missades eller att tiden till nästa medicindos skulle bli för kort.

Sömnkvalité

En grupp kinesiska hjärtpatienter fick lära sig avslappningsteknik, genom att se och lyssna på en halvtimmeslång avslappningsvideo, så att de kunde utföra avslappningen senare på egen hand. Med sig hem efter utskrivning från sjukhus fick de ett kvartslångt kassetband med avslappningsinstruktioner och en bandspelare som skulle användas under ett år. De skulle sitta bekvämt på en lugn plats. Därefter skulle de djupandas och föreställa sig en behaglig plats på en lugn strand eller liknande. Detta följdes av meditation i fem minuter. Denna avslappningsträning gjorde att ängslan minskade över tid i både försöksgrupp och kontrollgrupp. I försöksgruppen skedde en kraftigare minskning, i början av året, än det gjorde i kontrollgruppen (Tsai, 2004). Richardson (2003) använde en annan metod för att studera hur avslappning kunde nås med hjälp av personlig guidning och instruktioner om mental bildframställning. Det fanns samband mellan avslappning och sömnkvalité. Dock var skillnaden mellan försöksgrupp och kontrollgrupp inte signifikant. I försöket studerades både manliga och kvinnliga intensivvårdspatienter. Försöksgruppen uppmanades, av försöksledaren, att slappna av i muskelgrupp efter muskelgrupp, från tår till huvud, under samtidig djupandning. Därefter uppmanades patienterna att mentalt föreställa sig och beskriva sin favoritplats för avslappning, i termer av hur det ser ut, luktar, låter och så vidare. Kvinnornas sömnkvalité försämrades till en början, men steg sedan och blev högre än männens. Männens förbättring av sömnkvalité var inte lika stor, men uppträdde direkt. Att patienterna själva upplevde ökad avslappning och positiv effekt på sömnkvalitén kunde inte påvisas statistiskt.

Sömnkvalité hos njursjuka dialyspatienter i norra Taiwan, och hur de påverkades av akupressur, studerades av Tsay och Chen (2003). Studien var en RCT-studie där tre grupper jämfördes. Den ena försöksgruppen fick akupressur på ”äkta” punkter, och den andra försöksgruppen fick akupressur på ”falska” punkter (en centimeter från rätt punkt) och kontrollgruppen fick endast normal omvårdnad. En akupressör masserade patienterna inledningsvis i fem minuter, för att uppnå avslappning, därefter fick de akupressur i sammanlagt nio minuter på en punkt på vardera öra, hand och fot. Resultatet, som visade sig redan efter en eller två sessioner, var att båda försöksgrupperna fick signifikant bättre upplevd sömnkvalité än kontrollgruppen. Dock var skillnaden mellan grupperna inte signifikant.

Hur aktiviteter dagtid påverkade sömnvanorna, hos dementa på sju olika äldreboenden, studerades av Richards, Beck, O'Sullivan och Shue (2005). Sömn dagtid minskade signifikant. Proportionen mellan dagsömn och nattsömn förändrades så att de sov mer på natten efter interventionen. Före studien sov de gamla mer dagtid, och mindre nattetid. Sysselsättningen var noggrant anpassad för olika graders demens och valdes ut av en specialist. Exempel på aktiviteter var att titta i spegeln, klappa en uppstoppad katt eller skriva ett brev. Lai (2005) undersökte tupplurars inverkan på upplevd sömnkvalité hos 60 äldre Taiwanese, med sömnproblem, med hjälp av PSQI (Buysse et al., 1989). En jämförelse gjordes mellan dem som uppgav att de använde sig av tupplur och de som inte gjorde det. Resultatet var att det inte var hur ofta eller hur länge de tog tupplur som avgjorde sömnkvalitén utan det var ifall de tog en tupplur eller inte. Det sambandet var signifikant. De som tog en tupplur hade signifikant högre sömneffektivitet och total sömnkvalité än de som inte tog en tupplur. Emellertid fann Lai (2005) att om tuppluren blev för lång kunde effekten, avseende total sömnkvalité, bli den motsatta. Detta samband, mellan att sova mycket dagtid och dålig nattsömnkvalité, visades även av Richards et al. (2005).

Ett försök i laboratoriemiljö visade att ljusexponering kan påverka sömnkvalitén. Friska unga kvinnor utsattes för ljusexponering av starkt respektive svagt ljus. De som exponerades för det starka ljuset visade tydliga skillnader i kroppstemperatur och melatonininsöndring. Kroppstemperaturen var lägre på natten än på dagen och tvärt om för melatonininsöndringen. Aktiviteter dagtid och dagsljus förstärker människors cirkadiska rytm, vilket kan få en direkt positiv effekt på den nattliga sömnen (Wakamura & Tokura, 2000). I Ho, Wong, Tang och Pangs (2002) studie ansåg 38 äldre kvinnor i Taiwan att de hade låg sömnkvalité eller uttryckte en önskan om att förbättra sömnen. Efter ljusexponering under tre timmar per kväll, två kvällar i rad, upplevde kvinnorna att deras sömnkvalité hade förbättrats.

Diskussion

Metoddiskussion

Vid samtliga sökningar användes genomgående MeSH-termer. Eventuellt kunde fler artiklar ha hittats om de fritextsökningar som gjordes varit mer strukturerade. Manuella sökningar gjordes, där vetenskapliga artiklar identifierades, dock ingen som har använts i resultatet. Möjligen hade resultatet av artikelsökningarna blivit annorlunda om söktermer hade använts som specificerat olika omvårdnadsåtgärder, till exempel massage. För att undvika att styra resultatet valdes generella sökord.

Inledningsvis accepterades artiklar publicerade tio år bakåt i tiden, men med hänsyn till mängden artiklar som hittades, ändrades kriteriet till att omfatta artiklar fem år bakåt. Detta resulterade i att alltför många artiklar rörande interventioner och omvårdnadsåtgärder sållats bort, varför upp till tio år gamla artiklar åter accepterades.

När den egentliga artikelsökningen gjordes hade kanske fler artiklar upptäckts om sökningar gjorts även i förslagsvis PsychInfo. Dock ansågs tillräckligt många artiklar, som svarat mot syftet, ha hittats i CINAHL och PubMed. Som redan konstaterats fanns 13 av artiklarna, som användes i resultatet, i CINAHL. Samtliga artiklar som påträffades i PubMed, utom en, hade redan hittats i CINAHL. Trots att flera olika sökord och sökordskombinationer provats påträffades inga ytterligare artiklar än de som redan hade hittats under *Sleep*. Detta faktum leder oss att tro att de aktuella databaserna uttömts på artiklar rörande problemområdet i relation till syftet.

När granskningen för att avgöra studiernas vetenskapliga kvalitet gjordes användes en granskningsmall framtagen av Carlsson och Eiman (2003). Under granskningsarbetet fördes en diskussion angående urval och bortfall. Bortfall betraktades som det antal försökspersoner som fallit bort från studien efter det att sortering efter inklusions- och exklusionskriterier gjorts. Således betraktades sortering efter inklusions- och exklusionskriterier som ett urvalsförfarande. Vissa studier skulle annars ha haft ett, i våra ögon, orimligt högt bortfall.

Studierna hade sitt ursprung i Japan såväl som Taiwan, Hong Kong, USA, Australien, Storbritannien som Sverige. Inget mönster framstod, som skulle kunna leda oss att tro att någon särskild typ av omvårdnadsåtgärd är vanligare i en viss del av världen, utan alla skulle kunna tillämpas var som helst.

I fyra av 14 studier studerades intensivvårdspatienter. Dessa studier inkluderades då vi tror att de omvårdnadsåtgärder som visat sig fungera på dessa patienter även skulle gynna andra patientgrupper. I resultatet presenteras även studier där målgruppen var friska individer och individer med diagnosticerad sömnstörning. Dessa inkluderades av det skäl att dessa personer också kan komma att bli patienter på en sjukhusavdelning.

Resultatdiskussion

Insomning

Richards (1998) undersökte vilken effekt ryggmassage hade på sömn för manliga intensivvårdspatienter. De som fick ryggmassage fick både signifikant längre total sömntid och större andel REM-sömn medan insomningstiden förkortades. Styrkorna i Richards studie var dels att studien höll hög vetenskaplig kvalitet och att studien anpassats till verkliga förhållanden. Den hudlotion som redan fanns på sjukhuset valdes, massagen kunde lätt läras och utföras av någon sjuksköterska och massage-sessionen var så kort att den skulle kunna hinnas med inom ramen för ett normalt arbetspass (sex minuter). Cox och Hayes (1999) jämförde intensivvårdspatienters fysiologiska parametrar med patienternas upplevelser av taktil beröring. Den kvantitativa delen av studien bedömdes till att ha aningen högre vetenskaplig status än den kvalitativa, där vi ansåg att för lite data, presenterades. Studiens styrka var dels att patienterna förblev fysiskt stabila under sessionen, men också att patienterna verkligen upplevde att de blev avslappnade och sömnliga (Cox & Hayes, 1999). Taktil beröring liksom ryggmassage är således omvårdnadsåtgärder som tycks fungera för patienter som har svårt att slappna av, och därmed svårt att somna. Patienter, i synnerhet intensivvårdspatienter, är under såväl fysisk som psykisk stress.

Fysisk beröring minskar stressreaktioner enligt Perski (2006) och är därför en åtgärd som gynnar dessa, och andra, patienters avslappning och därmed insomning. Dessa omvårdnadsåtgärder är biverkningsfria och enkla att utföra. Taktill beröring används på Länssjukhuset i Halmstad.

Eftersom Lai och Goods (2006) studie är en RCT-studie av hög vetenskaplig kvalitet, där beräkningar även gjorts för att rensa för confounders, kan generalisering lättare göras efter dess resultat än efter Johnson (2003) som inte jämför med någon kontrollgrupp och därmed har lägre bevisvärde. Det kan dock konstateras att båda kom fram till ungefär samma slutsats, nämligen den att lugn musik underlättar insomnandet. Musik minskar frustration och rädsla kopplat till insomningsproblem medan det ökar förmågan till avslappning, enligt Johnson (2003). Personerna i Lai och Good (2006) fick välja mellan sex, av försöksledaren utsedda, olika musikkategorier medan de i Johnson (2003) fritt fick välja vilken musik de skulle lyssna på. Eventuellt kan detta ha haft betydelse för hur lätt avslappning nåddes och därmed hur lätt personerna somnade in. Johnson (2003) intervjuade kvinnorna för att få en kvalitativ beskrivning av känslan inför sänggåendet. I båda studierna fördes sömndagbok. Johnson (2003) mätte sömnhet med SSS (Hoddes et al., 1972) och Lai och Good (2006) mätte sömnhet med ESS (Johns, 1991) och sömnkvalité med PSQI (Buysse et al., 1989). Syftet med att lyssna på musik var att uppnå tillräcklig avslappning för att somna. Båda studier lyckades visa detta samband, enligt respektive försökspersoners upplevelser. Eftersom både äldre kvinnor i USA och äldre kvinnor och män i Taiwan upplevde att de somnade lättare med musik, dras slutsatsen att det skulle kunna fungera även under svenska förhållanden. Musikanvändning vid sänggåendet kan därmed anses vara en billig och enkelt genomförbar åtgärd, väl värd att pröva i praktiken. På sjukhus skulle avslappnande, lugn musik kunna tillhandahållas via radio, tillgänglig i varje patients sängbord. Hörsnäckor kunde finnas att köpa, till en liten kostnad, för de patienter som så önskar. Ett annat alternativ är att använda ”hörkudden” som redan finns. På äldreboenden eller i hemmet får patienter själva bekosta bandspelare, cd-spelare eller mp3-spelare. Musik är en omvårdnadsåtgärd utan biverkningar, enkelt för sjuksköterskor att tillhandahålla och lätt för de flesta personer att själva administrera.

Ostörd sömn

Att individualisera omvårdnaden för att låta patienterna fortsätta sova och att inte störa dem som sover kan göras på olika sätt. Det kan vara svårt att finna en balans mellan nödvändiga omvårdnadsåtgärder och längre sammanhängande perioder av sömn för patienter (Reid, 2001). Buller, det vill säga omotiverat ljud, är en faktor som verkar väckande (Jönsson, 1995), speciellt på en intensivvårdsavdelning där det finns apparater som avger ljud. Dock kan intensivvårdspatienter ges möjlighet att sova förhållandevis ostört. Detta fann Monsén och Edéll-Gustafsson (2005) stöd för, i sin studie av hög kvalitet, när de undersökte sömnstörningsfaktorer och bullernivå, dokumenterade av personal före och efter ett beteendemodifierande program, där störningsfria perioder fanns inlagda. Att utbilda och på så vis medvetandegöra personal om att och hur, de faktiskt stör patienternas sömn, medverkade till att arbetsrutiner kunde förändras. Efter interventionen reflekterade personalen över sitt sätt att arbeta och undvek att i onödan störa patienterna. Under de störningsfria perioderna gjordes bara omvårdnadsåtgärder som var absolut nödvändiga och då fick heller inga besök förekomma. Studien visade signifikant lägre ljudnivå efter interventionen.

Ett annat område där patienters sömn ofta störs är ett helt annat sammanhang, nämligen inkontinensvård på äldreboenden. Schnelle et al. (1998) kom fram till att ändrade rutiner för inkontinensvård resulterade i att patienterna fick bättre sömn. De blev inte lika ofta störda. Individualiserad inkontinensvård ställer höga krav på att personalen kontrollerar patienterna ofta avseende om de är våta, och ifall de sover eller är vakna. Likaså krävs en ordentlig undersökning och dokumentation av hudkonditionen för att avgöra vilka av patienterna som måste kontrolleras oftare. De patienter som hade bra hudkondition fick vänta upp till fyra timmar innan de byttes på, om de sov. Detta resulterade i längre perioder av ostörd sömn. Å andra sidan kunde det tänkas att deras hud, som under längre tid utsattes för påfrestningar, kunde komma att skadas så att sår kunde uppstå. Under interventionen kunde ingen påverkan ses, men eventuellt skulle detta kunna komma att ske om det pågår under längre tid. Patienter med inkontinensbesvär ses ofta även på sjukhus. I de fall patienten är väldokumenterad i den ”Hemdok” som medförs av de patienter som vårdas genom kommunens försorg, kan information ur denna användas för att kvalitetssäkra inkontinensvården även under sjukhusvistelsen så att dessa patienter kan erbjudas ostörd sömn. Ytterligare ett område där åtgärder lätt kan göras som direkt får positiva konsekvenser för patienters sömn är att individanpassa läkemedelsadministreringen morgon och kväll (Jarman et al., 2002). Både patienter och sjuksköterskor ansåg att flexibla medicintider resulterade i längre tid att sova för patienterna. Sjuksköterskorna uttryckte oro för hur detta skulle komma att påverka exempelvis andra morgongöromål. De funderade även på om detta skulle komma att innebära att tiden till nästa medicindos skulle bli för kort, till exempel när det gäller antibiotika. Detta behöver dock inte vara ett problem, eftersom sjuksköterskor skall ha sådan kunskap om farmakologi att de kan avgöra när det är absolut nödvändigt att väcka en patient och ge honom medicin och när hans sömn kan prioriteras. Detta finns beskrivet i Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005a).

Det är således viktigt att sjukvårdspersonal verkligen reflekterar över hur de arbetar. För att medvetandegöra personal krävs dels utbildning, dels att arbetsklimatet är så tillåtande att sjuksköterskor vågar ifrågasätta invanda rutiner och dels att sätta patienters behov främst. Att återinföra besökstider är kanske att gå ett steg för långt, men att hålla middagsvila mellan till exempel klockan 13.00 och 15.00 är ett sätt att erbjuda patienter möjlighet till återhämtning och vila. Även nattetid kan störningsfria perioder prövas. En så enkel åtgärd som att tillhandahålla öronproppar skulle kunna medverka till att patienter får bättre sömn och därmed snabbare tillfrisknande. Ett annat sätt att skapa tystare vårdmiljö kan vara att införa ett trådlöst kallelsesystem, som inte är baserat på ljud- och ljussignaler i korridorer. Detta är ett nytt, tyst system som avdelningar på vissa sjukhus infört enligt informationsmaterial från företaget Ascom, vilket presenterades på mässan Vitalis i Göteborg 28-30 mars 2007.

Sömnkvalité

Richardson (2003) studerade både kvinnliga och manliga intensivvårdspatienter. Syftet var att få kunskap om i vilken mån mental bildframställning och att lyssna på instruktioner om avslappning, påverkade deras sömn. Försökspersonerna fick morgonen efter interventionen besvara frågor angående hur de upplevde sin sömnkvalité. Männerna upplevde omedelbar, men inte så stor effekt jämfört med kvinnorna vars sömnkvalité först sjönk, sedan steg till en nivå högre än männens. Patienterna själva upplevde ökad avslappning och positiv effekt på sömnkvalité, men det kunde inte påvisas statistiskt. Den vetenskapliga kvalitén på studien var hög. Ändå är det kanske inte realistiskt att en sjuksköterska personligen leder avslappningsövningar. Däremot skulle det mycket väl kunna tillhandahållas inspelade band med instruktioner. Som tidigare konstaterats leder ökad avslappning till snabbare insomning och bättre sömn. Tsai (2004) utbildade kinesiska äldre hjärtpatienter i avslappning som de sedan fick utföra själva. Studien genomfördes som en kvasi-experimentell studie, av medelgod vetenskaplig kvalité, där jämförelser gjordes mellan en försöksgrupp och en kontrollgrupp. Avslappningsträning visade sig förbättra sömnens kvalité genom att minska oro och ångslan och öka avslappningsgraden hos patienterna. Sömnkvalitén förbättrades signifikant mer för försöksgruppen än kontrollgruppen, vars sömnkvalité hölls relativt konstant. Ångslan och oro är faktorer som påverkar hjärtpatienter negativt, men dessa faktorer påverkar även fler patientgrupper. Sannolikt är det inte så stor skillnad mellan just kinesiska patienter och patienter av andra nationaliteter i dessa avseenden.

Tsay och Chen (2003) fann att beröring, i form av akupressur, gynnade sömnkvalitén, hos njurpatienter som kom in polikliniskt tre gånger i veckan för dialys. Redan efter en eller två sessioner kunde resultat påvisas. Bedömningen som gjordes av studiens vetenskapliga grad visade att den var hög. Antalet personer som studerades var 98, som fördelades till tre grupper genom slumpmässigt urval. Bortfallet var lågt, tvärt emot förhållandena för flera andra studier. Komplementärbehandlingar såsom akupressur har ingen lång tradition i Sverige. Akupunktur däremot, har under senare decennier till exempel använts som smärtlindring vid förlossningar. Akupressur är, enligt Tsay och Chen (2003), lätt både att lära sig och att använda för såväl sjuksköterskor som patienter eller anhöriga i syfte att förbättra sömn.

Att ta en tupplur för att kompensera för otillräcklig nattsömn är effektivt. Med åldern ändras sömnmönstret och många äldre har en tendens att sova kortare tid och med fler uppvaknanden. Det innebär bland annat att de har både lägre andel REM-sömn och djupsömn. Många äldre tar en tupplur under dagen när de känner sig trötta, vilket kompenserar för den ytliga sömnen (Åkerstedt, 2002). Lai (2005) undersökte äldres självupplevda sömnkvalité under påverkan av tupplur. Undersökningen visade att det fanns samband mellan att ta en tupplur och sömnkvalité. Gruppen som brukade ta en tupplur upplevde att de fick högre sömnkvalité, men också att de fick högre sömneffektivitet. Emellertid konstaterades att det finns en risk att nattsömnen påverkas negativt om tuppluren blir för lång. Den genomsnittliga tupplurstiden låg på 40 minuter. Det framgår inte ur studien om de 40 minuterna var total tid avsatt för tuppluren eller om det var effektiv sovtid. Rekommenderad längd för en effektiv tupplur är cirka 20 minuter med lite extra tid avsatt för insomning och uppvaknande (Åkerstedt, 2002).

För patienter kan en tupplur kompensera en dålig natts sömn, och därför bör de ges möjlighet till middagsvila. Richards et al. (2005) konstaterade att för mycket sömn och slummer dagtid äventyrar nattsömnen. Hon studerade hur aktiviteter dagtid påverkade nattsömnen för 147 dementa på äldreboende. Aktiviteterna var anpassade för olika grader av demens. Studien höll en hög vetenskaplig kvalitet och stärker redan kända samband om tupplurars effektivitet. Hon fann att relationen mellan sömn på dagen och på natten förbättrades, i och med att de gamla fick meningsfull sysselsättning dagtid, även om den inte signifikant förbättrade nattsömnen. Personal på äldreboende upplevde dessutom att patienterna blev mycket gladare och hade lättare att umgås med varandra. Det var dementa personer som studerades, vilka kan ha ett, av sjukdomen orsakat, förändrat sömnmönster. Därför bör försiktighet iakttas innan generella slutsatser dras vad avser andra grupper.

Det finns olika sätt att förbättra sömneffektiviteten (tid sovande i relation till total tid i sängen). Ett sätt som påverkar insomnande och sömneffektivitet är ljusexponering. Ljuset har betydelse för den cirkadiska rytmen. Melatoninproduktion och produktion av stresshormonet kortisol styrs av ljus och mörker (Leissner, 2005). Wakamura och Tokura (2000) visade att tillräckligt ljus dagtid kunde ha positiv effekt på nattsömnen genom att det ledde till högre melatonininsöndring nattetid. Prestationsförmågan förbättrades även dagen efter ljusexponering. Inte fler än sju unga friska kvinnor deltog i studien, varför studiens bevisvärde kan ifrågasättas. Emellertid stärker studien tidigare kunskap om sambandet mellan ljus och cirkadisk rytm. Detta är ett av skälen till varför personer med sömnproblem brukar få rådet att vistas utomhus under dagtid. Ho et al. (2002) studerade 38 äldre kvinnor som bodde på äldreboende. Deras upplevda sömntillfredsställelse ökade efter ljusexponering. Kvinnorna ansåg själva att de hade låg sömnkvalité eller uttryckte en önskan om förbättrad sömnkvalité. Studiens resultat skulle kunna förklaras av att kvinnorna själva sökte efter ett positivt resultat. Patienter tillbringar den mesta tiden på patientrummet, varför det kan vara aktuellt att på artificiell väg förstärka dagsljuset inomhus. För patienter på såväl sjukhus som äldreboende kan detta ske genom extra belysning inne under dagtid eller åtminstone genom att låta dagsljuset komma in genom fönstren istället för att stänga det ute med neddragna persienner. För de patienter som vill och kan bör det ges möjlighet till att vistas utomhus en stund under dagen.

Konklusion

Resultatet av litteraturstudien belyser att det finns omvårdnadsåtgärder som kan främja vuxna patienters sömn. Olika omvårdnadsåtgärder presenteras, som skulle kunna fungera kliniskt, till en försumbar kostnad, på en vanlig sjukhusavdelning. Interventionerna skulle kunna utföras av en sjuksköterska, utan specialkunskaper och med en tidsåtgång som skulle rymmas inom ramen för ett normalt arbetspass. De åtgärder som avses är ryggmassage med lotion eller att låta patienter lyssna till band med endera musik eller avslappningsinstruktioner. Med viss utbildning kan även taktil beröring användas. Samtliga är åtgärder som gynnar patienters insomning. Omvårdnadsåtgärder som kan hjälpa patienter till fortsatt god sömn är att individanpassa läkemedelstider eller att införa middagsvila. Att genom utbildning nå större medvetenhet hos personalen, kan resultera i att de reflekterar och utför sitt arbete tystare med hänsyn till patienten. För att patienters sömnkvalité ska säkras behövs bland annat ljus dagtid. Detta kan åstadkommas genom att låta de patienter som kan, vistas utomhus en stund. Alternativet kan vara att dra upp persiennerna så att solljuset kan komma in i patientrummet.

Implikation

Sömn har en grundläggande betydelse för människors välbefinnande. Med utbildning skulle förmågan till ett medvetet reflekterande och ifrågasättande över hur och varför olika åtgärder genomförs öka. Det vore därför angeläget att mer kunskap om hur sömn påverkar människors fysiska och psykiska hälsa inkluderas i sjuksköterskeprogrammet. Möjligheter borde ges till personal på sjukhus att vidareutbilda och fördjupa sig inom ämnesområdet sömn. Åtgärder som skulle främja en god sönmiljö för patienter kunde vara att införa middagsvila, att erbjuda andra alternativ än kaffe eller te på kvällen, att se till att patientrummen är mörka nattetid och att det är tyst på avdelningen. Det skulle även kunna innebära att erbjuda behandling, som inte tar så lång tid eller kräver specialutbildning, exempelvis ryggmassage. Vid ankomstsamtal borde större vikt läggas vid sömnanamnes för att bättre kunna dokumentera patienters sömn på sjukhus och lättare kunna anpassa omvårdnaden efter patienters sömnvanor hemifrån. Fler och fler människor i landet lider av obehandlade sömnproblem, som skulle kunna fångas upp på sjukhuset om någon form av bedömningsinstrument användes av sjuksköterskor på indikation. Sannolikt skulle mänskligt lidande kunna minskas samtidigt som vårdens begränsade resurser skulle utnyttjas mer effektivt om det fanns vårdteam i primärvården, vars främsta uppgift var att behandla sömnstörningar på ett tidigt stadium. Ytterligare utvidgad forskning avseende interventioner för bättre sömn skulle kunna förbättra omvårdnadsåtgärder inom sjukvården. Kvalitativa studier inom ämnesområdet skulle dessutom kunna bidra till en djupare förståelse för patienters upplevelse av sömnproblem.

Referenser

- Asplund, R. (2003). Sömnstörningar. S. Bogentoft. (red.), *Läkemedelsboken 2003/2004*, (s.799-809). Uppsala: Almqvist & Wiksell.
- Buysse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S. & Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28(2), 193-213.
- Carlsson, S. & Eiman, M. (2003) *Evidensbaserad omvårdnad*. Hämtad 2007-03-27 från http://dspace.mah.se/bitstream/2043/660/1/rapport_hs_05b.pdf
- * Cox, C. & Hayes, J. (1999). Physiologic and psychodynamic responses to the administration of therapeutic touch in critical care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15, 363-368.
- Ekstedt, M., Söderström, M., Åkerstedt, T., Nilsson, J., Søndergaard, H-P & Perski, A. (2006). Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout. *Scandinavian Journal Work Environment Health*, 32(2), 121-131.
- Flemming, K. (1998). Asking answerable questions. *Evidence based nursing*, 1(2), 36-37.
- Halvorsen, L-K. B., & Frantsen, A-M. (2002). Sömn och vila. N. J. Kristoffersen (red.), *Allmän omvårdnad 3*. (s.239-276). Stockholm: Liber.
- Hedner, J. & Währborg, P. (u.å.) *Från sömnbrist till hjärt-kärlsjukdom*. Stockholm: Health & Education Publishing.
- * Ho, S. C., Wong, T. K. S., Tang, P. L. & Pang, S. M. C. (2002). Nonpharmacological sleep promotion: bright light exposure. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 8, 130-135.
- Hoddes, E., Dement, W. & Zarcone, V. (1972). The history and use of the Stanford sleepiness scale. *Psychophysiology*, 9, 150-152.
- Irwin, P. (1994). Sömnens fysiologi. R. McMahon (red.), *Omvårdnad på natten*. (s.38-68). Stockholm: Liber.
- * Jarman, H., Jacobs, E., Walter, R., Witney, C. & Zielinski, V. (2002). Allowing the patients to sleep: flexible medication times in an acute hospital. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 75-80.
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14(6), 540-545.
- * Johnson, J. (2003). The use of music to promote sleep in older women. *Journal of Community Health Nursing*, 20(1), 27-35.

- Jönsson, T. (1995). *Sömn-faktorer som påverkar sömn under sjukhusvistelsen*. Lund: Studentlitteratur.
- * Lai, H-L. (2005). Self-reported napping and nocturnal sleep in Taiwanese elderly insomniacs. *Public Health Nursing*, 22(3), 240-247.
- * Lai, H-L. & Good, M. (2006). Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 134-146.
- Larsson, M-E. & Rundgren, Å. (2003) *Geriatriska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Leissner, L. (2005). *Sömn och hälsa*. Bromma: Sanofi-Synthelabo och Espri Health.
- Läkemedelskommittén Halland. (2006). *Terapirekommendationer 2006/07*. Hämtad 2007-02-27 från http://www.lthalland.se/lth_templates/CategoryListCareProgramPage___6107.aspx
- Mallon, L., Broman, J-E., Hetta, J. (2002). Sleep complaints predict coronary artery disease mortality in males: a 12-year follow-up study of a middle-aged Swedish population. *Journal of Internal Medicine*, 251, 207-216.
- Mallon, L., Broman, J-E., Hetta, J. (2005). High incidence of diabetes in men with sleep complaints or short sleep duration. *Diabetes Care*, 28 (11), 2762-2767.
- * Monsén, M. & Edéll-Gustafsson, U. (2005). Noise and sleep disturbance factors before and after implementation of a behavioural modification programme. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(4), 208-219.
- Perski, A. (2006). *Ur balans*. Stockholm: Bonnier Fakta.
- Raadu, G. (2005). *Författningshandbok 2006*. Stockholm: Liber.
- Reid, E. (2001). Factors affecting how patients sleep in the hospital environment. *British Journal of Nursing*, 10(14), 912-915.
- * Richards, K. C. (1998). Effect of a back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients. *American journal of critical care*, 7(4), 288-299.
- * Richards, K. C. Beck, C., O'Sullivan, P & Shue, V. (2005). Effect of individualized social activity on sleep in nursing home residents with dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 53, 1510-1517.
- * Richardson, S. (2003). Effects of relaxation and imagery on the sleep of critically ill adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(4), 182-191.
- * Schnelle, J., Cruise, P., Alessi, C., Al-Samarrai, N & Ouslander, J. (1998). Individualizing night time incontinence care in nursing home residents. *Nursing Research*, 47(4), 197-204.

- Socialstyrelsen. (2005a). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2007-02-26 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>
- Socialstyrelsen. (2005b). *Folkhälsorapport 2005*. Hämtad 2007-02-20 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf>
- Southwell, M., Wistow, G. (1995). Sleep in hospitals at night: are patient's needs being met? *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1101-1109.
- Sömmottagningen*. (u.å.). Hämtad 2007-04-11 från <http://www.somnmottagningen.com/>
- * Tsai, S-l. (2004). Audio-visual relaxation training for anxiety, sleep and relaxation among Chinese adults with cardiac disease. *Research in Nursing & Health*, 27, 458-468.
- * Tsay, S-L. & Chen, M-L. (2003). Acupressure and quality of sleep in patients with end-stage renal disease – a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 40(1), 1-7.
- * Wakamura, T. & Tokura, H. (2000). The influence of bright light during the daytime upon circadian rhythm of core temperature and its implications for nocturnal sleep. *Nursing and Health Sciences*, 2, 41-49.
- Westergren, S. (2004). *Sömnstörningar*. Hämtad 2007-04-01 från http://www2.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=174&ref=ao
- Åkerstedt, T. (2002). *Sömnens betydelse för hälsa och arbete – fakta och goda råd*. Järvsö: Bauer Bok.
- Åkerstedt, T., Leissner, L., Norlén, L & Wålinder, J. (2004). *Den lilla boken om sömn*. Stockholm: Lifespan.

Tabell 2. Artikelöversikt

Bilaga

Publ. år Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vet. Kval.
1999 Storbritannien	Cox, C Hayes, J	Physiologic and psychodynamic responses to the administration of the therapeutic touch in critical care.	Att beskriva den psykologiska och den psykodynamiska responsen under och efter mottagandet av terapeutisk beröring.	Kvantitativ studie med kvalitativa inslag. 53 patienter på två IVA-avdelningar fick terapeutisk beröring (TB) av en ssk, utbildad i TB. Patienterna intervjuades efter sessionen och ssk dokumenterade sina upplevelser av spänning, värme mm. Data jämfördes, med triangulering, med uppgifter om puls, hjärtfrekvens, andetag/minut och perifer saturation för att beskriva patienternas psykologiska och psykodynamiska respons på TB.	Terapeutisk beröring av patienter på IVA-avdelningar fick dem att känna sig avslappnade och trygga så att de kunde somna och sova bättre.	III
2002 Hong Kong	Ho, SC Wong, TKS Tang, PL Pang, SMC	Nonpharmacologic sleep promotion: bright light exposure.	Att undersöka möjligheten att använda ljusexponering för att reglera sömn.	Kvantitativ metod. Kvasi-experimentell studie. Bekvämlighetsurval av 38 ensamsovande kvinnor på ett äldreboende rekryterades. De antingen klagade över sömnstörningar eller hade en önskan om förbättrad sömn. Kvinnorna utsattes för 2500 lux ljusexponering i tre timmar per dag, två dagar per omgång, tre omgångar.	Förändring av sömntillfredsställelsegraden uppträdde efter ljusexponeringen. Studien kunde inte bevisa att ljusexponering har effekt på tillfredsställelsegr. för sömn. Post hoc-analys visade att 86,7% av delt. i studien fick sin önskan om sömnduration tillfredsställd.	III
2002 Australien	Jarman, H Jacobs, E Walter, R Witney, R Zielinski, V	Allowing the patients to sleep: Flexible medication times in an acute hospital.	Att jämföra patienters sömnmönster hemma och på sjukhus. Att undersöka i vilken mån patienten är tillfreds med flexibla tider för administrering av medicin. Att undersöka hur sjuksköterskans arbete påverkas av flexibla tider.	En beskrivande pilotstudie, med både kvantitativa och kvalitativa inslag. 52 patienter på kirurg- respektive medicinavdelningar samt 25 sjuksköterskor deltog i studien. Sjuksköterskor som arbetat 12 mån på någon av avdelningarna och patienter äldre än 18 år och som fick morgon- eller kvällsmedicin valdes ut för att fylla i frågeformulär, dessa var olika för patienter respektive sjuksköterskor.	Sjuksköterskorna ansåg att patienterna fick sova längre med flexibla medicintider, arbetsbelastningen blev högre, särskilt på morgonen. Patienterna var positiva till flexibla medicintider då de mer liknade dem hemma.	II

Publ. år Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vet. Kval.
2003 USA	Johnson, JE	The use of music to promote sleep in older women.	Att beskriva vilket inflytande individualiserad musikbehandling kan ha på sömnen för kvinnor som lider av kroniska sömnstörningar.	Kvantitativ och kvalitativ studie där 52 kvinnor mellan 71-87 år valdes ut. Alla bodde i sitt eget hem och alla hade diagnostiserade sömnstörningar. Data samlades in via Stanford Sleepiness Scale (SSS) och sömndagbok i 10 dagar. Under 10 dagar fick kvinnorna sedan lyssna på musik efter eget val. Kvinnorna intervjuades efter interventionen enligt ett instrument tillverkat av forskarna. Intervjuerna bandades, transkriberades och analyserades. Fem kategorier framkom.	Att lyssna på musik som valts själv gav kortare insomningstid och färre uppvaknanden under natten. Musik minskade stress, spänning och ängslan. Studien visade att musik kunde minska frustrationen och fruktan associerad med sömnlöshet och öka förmågan att slappna av.	I
2005 Taiwan	Lai, H-L	Self-reported napping and nocturnal sleep in Taiwanese elderly insomniacs.	Att undersöka relationen mellan patienternas egen rapporterade nattsömnskvalité och tupplursmönster och att jämföra nattsömnskvalité med grupper som använder tupplur och som inte använder tupplur bland äldre med sömnproblem.	Kvantitativ metod där bekvämlighetsurval och snöbollsurval användes för att rekrytera 60 äldre med självuppskattade sömnproblem enligt frågeformuläret Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI). Försökspersonerna tillfrågades om förekomst, frekvens och duration på tupplurar. En jämförelse gjordes mellan personer som uppgav att de brukade ta en tupplur med dem som inte gjorde det. Statistiska beräkningar gjordes för att se samband mellan tupplurar och sömnkvalité. Sömnkvalité mättes genom självskattning enligt PSQI.	Det var, enligt denna studie, inte frekvens eller duration på tupplurar utan förekomst av tupplurar som signifikant associerades med bättre sömneffektivitet, längre sömnduration och högre total sömnkvalité. Emellertid medförde längre tupplurar sämre kvalité på nattsömn.	II

Publ. år Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vet. Kval.
2006 Taiwan	Lai, H-L Good, M	Music improves sleep quality in older adults.	Att testa hypotesen att taiwanesiska äldre vuxna, som använder musik som terapi vid sängdags varje kväll i 3 veckor: 1) sover bättre överhuvudtaget, 2) sover med högre kvalitet än de som inte använder musik.	Kvantitativ metod. Randomiserad kontrollerad studie. Ett slumpmässigt stickprov om 30 personer valdes genom stratifierat urval till vardera undersökningsgrupp och kontrollgrupp. Interventionen pågick i 3 veckor. Hembesök gjordes för att samla in basfakta och att undervisa i hur musiken skulle skötas. Hembesök varje vecka, för att samla in sömndagböcker och dela ut nya, och telefonkontakt 2 gånger per vecka i 3 veckor under interventionen.	Musik resulterade i signifikant bättre sömnkvalité i experimentgruppen. Sömnkvalité mättes med Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) före och efter interventionen. Fynden som gjordes stärkte uppfattningen om lugn musik som ett effektivt hjälpmedel för att uppnå högre sömnkvalité. Musik uppfattades som ett trevligt och säkert hjälpmedel att användas terapeutiskt mot sömnproblem hos äldre. Metoden var snabb, lätt att lära och skulle lätt kunna användas till en låg kostnad.	I
2005 Sverige	Monsén, MG Edéll-Gustafsson, U	Noise and sleep disturbance factors before and after implementation of a behavioural modification programme.	Att, från en sömnhygienisk utgångspunkt, undersöka sömnstörningsfaktorer dokumenterade av personal och inspelad bullernivå under två veckor före och två veckor efter implementering av beteendemodifierande program.	Kvantitativ metod. Faktorer som stör sömnen dokumenterades under 14 dygn. Samtidigt mättes bullernivån genom inspelning av ljud. Dessa data, registrerade på två neurointensivvårdsavdelningar (NICU), före och efter beteendemodifierande program, jämfördes.	Implementering av beteendemodifierande program och införande av störningsfria perioder och koordinerade rutiner minskade sömnstörande faktorer och minskade delvis ljudnivån på NICU. Förändringar av fysisk vårdmiljö, förberedelse före störningsfria perioder och regelbundna utvärderingar av rutiner och utbildning behövs för att förbättra sömnhygien på NICU.	I

Publ. år Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vet. Kval.
1998 USA	Richards, K. C.	Effect of a back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients.	Att undersöka vilken inverkan på sömneffektivitet 2 olika ickefarmakologiska interventioner har: 1) ryggmassage och 2) avslappning i kombination med att lyssna på band med guidad muskelrelaxation, mental bildframställning och avslappnande bakgrundsmusik.	Kvantitativ experimentell design där man ur ett bekvämlighetsurval av män på en IVA-avd med kardiovaskulär sjukdom slumpvis valde ut totalt 69 män, 55-79 år. 24 fick ryggmassage i 6 min med uppvärmd lotion utförd av sjuksköterska utan särskild massageutbildning. 28 fick lyssna till ett 7½ min avslappningsband med muskelrelaxationsövningar och instruktion om mental bildframställning och bakgrundsmusik och 17 i kontrollgruppen fick vanlig omvårdnad och en 6 min viloperiod i sängen. Data analyserades med deskriptiv metod och variansanalys för sömneffektivitet.	Deskriptiva data visade på bättre sömnkvalitet i ryggmassagegruppen, de sov mer än en timme längre än kontrollgruppen. Resultat från denna studie stödde uppfattningen om ryggmassage som en effektiv omvårdnadsåtgärd för att främja sömn hos kritiskt sjuka äldre män.	I
2005 USA	Richards, K. C. Beck, C O'Sullivan, PS Shue, VM	Effect of individualized social activity on sleep in nursing home residents with dementia.	Att prova effekten och att bestämma kostnaden för en individualiserad social aktivitetsintervention (ISAI) på störningar av sömn/vakenhetsmönster.	Kvantitativ studie. Studien använde en pretest/posttest på en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. 147 boende på 7 olika äldreboenden för dementa deltog. Olika aktiviteter lämpliga för dementa av olika grad katalogiserades. Demografiska data samlades in. 24-timmars sömn/vakenhetsmönster registrerades. Data analyserades statistiskt.	Interventionsgruppen sov mindre dagtid, och somnade fortare på kvällen än kontrollgruppen. Proportionen mellan dag- och nattsömn förbättrades.	I

Publ. år Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vet. Kval.
2003 USA	Richardson, S	Effects of relaxation and imagery on the sleep of critically ill adults.	Att fastställa effekterna av avslappning och mental bildframställning på sömnen hos svårt sjuka vuxna patienter.	Kvantitativ metod. En randomiserad kontrollerad studie där 36 patienter slumpvis valdes från tre olika IVA avd. Dessa delades in i en kontrollgrupp på 20 pat. och en försöksgrupp på 16 pat. Testet genomfördes som omvårdnadsåtgärd där sköterskan bad försökspersonen att slappna av i en muskelgrupp i taget, från tår till huvud. Samtidigt fick försökspersonen frågan om vilken deras favoritplats för avkoppling var, de skulle sedan i detalj beskriva denna plats utifrån vad de såg, hörde, luktade och kände. Dessa sessioner genomfördes två kvällar. Dagen efter fyllde patienterna i ett formulär om sin upplevda sömnkvalité.	Avslappning och mental bildframställan ledde till att patienterna kände sig avslappnade och det fick positiv effekt på sömnen hos patienterna i interventionsgruppen. Skillnaden var dock ej signifikant. Männen svarade direkt på behandlingen medan för kvinnorna tog det längre tid.	I
1998 USA	Schnelle, JF Cruise, PA Alessi, CA Al-Samarrai, N Ouslander, JG	Individualizing nighttime incontinence care in nursing home residents.	Att genom att individualisera inkontinensvård nattetid minimera sömnstörningarna hos de boende.	Kvantitativ metod. Studien genomfördes under fem nätter på två äldreboenden med 92 äldre inkontinenta. De lades in på ett två- eller fyratimmars inkontinensvårdsschema. Tre olika mätningar gjordes a) en rörelsesensor placerades under skuldra och höft för att se hur ofta de rörde på sig, b) kontroll av hur många gånger försökspersonen vaknade pga inkontinensomvårdnad, c) tiden personen låg i en våt säng. De som ej vaknade av att sängen var våt fick sova kvar upp till 4 timmar, beroende på hudstatus.	Genom att endast tända en sänglampa och tala med låg röst samt att individuellt utvärdera hur huden på varje patient är kunde sömnen förbättras för inkontinenta patienter.	II

Publ. år Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vet. Kval.
2004 Taiwan	Tsai, S-L	Audio-visual relaxation training for anxiety, sleep, and relaxation among Chinese adults with cardiac disease.	Att undersöka effekten av avslappningsträning (AT) på hjärtpatienter. Att undersöka till vilken utsträckning träning i avslappning genom ljud-bildinstruktion påverkade kinesiska patienters grad av ångslan, sömn och avslappning vid test av dessa.	Kvantitativ metod. Kvasi-experimentell studie där 87 män och 13 kvinnor deltog, fördelade i 2 grupper. Kontrollgrupp fick rutinmässig omvårdnad. Interventionsgrupp fick utbildning i AT med hjälp av videoband på sjukhuset. Patienterna fick föra dagbok och träna avslappning under sjukhusvistelsen. Patienterna fick sedan lyssna till avslappningsband hemma under ett år. Mätning gjordes vid 5 tillfällen vid utskrivning, efter 3 veckor, 7 veckor, 6 månader och 1 år avseende ångslan, sömn och avslappning. Deskriptiv statistisk analys av resultat gjordes.	Hypotes 1 att ångslan skulle minska över en 12 mån period efter att ha fått AT fick stöd. Både interventions och kontrollgruppen visade sign. bättre resultat efter AT. Skillnaden mellan grupperna var signifikant. Hypotes 2 att totala sömnpoängen skulle förbättras efter 12 mån fick stöd. Hypotes 3 att avslappningsgrad skulle förbättras fick också stöd. Ångslan, sömn och avslappning förbättras efter AT för kinesiska hjärtpatienter äldre än 65 år.	II
2003 Taiwan	Tsay, S-L Chen, M-L	Acupressure and quality of sleep in patients with endstage renal disease – a randomized controlled trial.	Att undersöka skillnaden i sömnkvalité bland svårt njursjuka patienter som får normal omvårdnad plus akupressur, normal omvårdnad och akupressur på fel ställe med dem som får enbart normal omvårdnad.	Kvantitativ RCT-studie där 98 svårt njursjuka dialyspatienter med sömnproblem, i Taiwan, slumpmässigt valdes ut och delades in i 3 grupper. 3 akupressurpunkter valdes ut. Försöksgruppen fick akupressur 3 ggr/vecka i 4 v. Placebogruppen fick akupressur men en centimeter fel från det riktiga akupressurstället. Kontrollgruppen fick normal omvårdnad. Sömnkvalitén mättes med PSQI före och efter interventionen. Sömn dagbok fördes.	Resultaten visade starkt samband mellan akupressur och sömnkvalitet hos svårt njursjuka patienter.	I

Publ. år Land	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval	Slutsats	Vet. Kval.
2000 Japan	Wakamura, T Tokura, H	The influence of bright light during the daytime upon circadian rhythm of core temperature and its implications for nocturnal sleep.	Att undersöka hur ljusexponering dagtid kan påverka den cirkadiska rytmen på kroppstemperaturen och nattsömn.	Kvantitativ metod. 7 frivilliga friska kvinnor mellan 18-22 år deltog. De bodde i ett laboratorium i 4 dagar och blev exponerade för antingen 6000 lux eller 200 lux dagtid. Rektal kroppstemperatur mättes kontinuerligt, subjektiv vakenhet 5 ggr/dag, melatoninsekretion mättes dagligen och kroppsrörelser mättes under sömn.	Ljusexponering dagtid sänkte nattlig kroppstemp, dess sänkning kvälltid och höjning på morgonen blev snabbare. Detta ledde till antagandet att inomhusbelysning dagtid borde vara tillräckligt stark för att främja hälsosam nattsömn.	II