

Hur sov du i natt? En litteraturstudie ur patientens perspektiv

Fredrik Karlsson, Marie-Therese Hansson och Susanne Lindskov

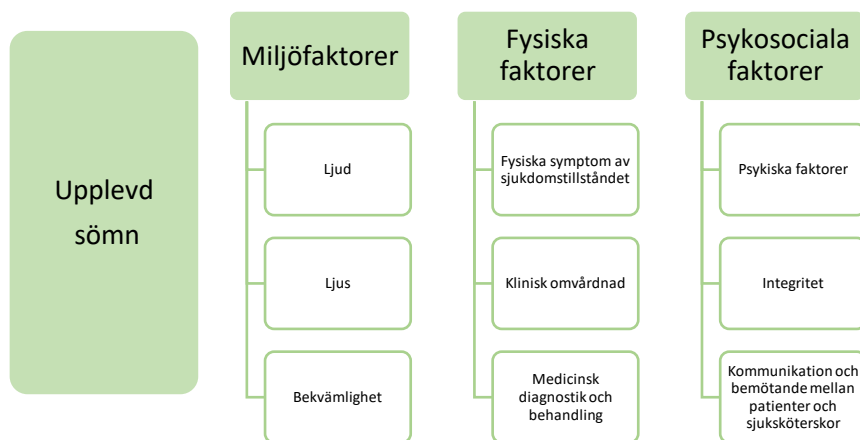
Många människor har sömnproblem och sover mindre än rekommenderat hemma. På sjukhus, i en helt främmande miljö, är sannolikt sömnen ännu sämre. Det är därför angeläget att det finns kunskap om hur det är att sova på sjukhus samt vilka faktorer som påverkar sömnen. Då kan eventuella sömnproblem uppmärksammas och omvårdnadsinterventioner kan tillämpas för att underlätta för dessa patienter. Kunskapen kan också användas preventivt för att minska eventuella störningsmoment som kan påverka sömnen och hälsan.

Bakgrund

Sömn är ett ämne som fått allt mer uppmärksamhet de senaste åren, speciellt i media och populärvetenskap. Idag är de flesta medvetna om att sömn är ett grundläggande behov och en förutsättning för att skapa god hälsa. De flesta vuxna rekommenderas att sova omkring 7-9 timmar per natt (Hirshkowitz et al, 2015). Trots detta sover vi mindre idag än vi gjorde för 60 år sedan och i Sverige har 24 % av befolkningen sömnproblem (SBU, 2010). Ny forskning visar att sex timmars sömn eller mindre ökar morbiditeten, speciellt i den äldre populationen (Itani, Jike, Watanabe, & Kaneita, 2016). Dessutom kan sömnbrist leda till en lång rad hälsoproblem såsom sämre sårhäkning, inflammation och diabetes (Asp & Ekstedt, 2014). Syftet med föreliggande litteraturstudie var att undersöka patienters upplevelse av faktorer som påverkar sömnen under sjukhusvistelse.

Resultat

Den systematiska litteratursökningen genererade sjuarton artiklar som svarade till syftet, varav tolv artiklar var kvantitativa och fem kvalitativa. I analysen framkom tre teman som påverkade den upplevda sömnen, nämligen miljöfaktorer, psykosociala faktorer och fysiska faktorer. Sammanlagt nio subkategorier identifierades, se figur 1.



Figur 1. Granskning av artiklar genererade resultatets huvudteman och sub-kategorier.

Studierna var genomförda i följande länder: Australien (3), USA (3), Iran (2), Sverige (2), Finland (1), Indien (1), Kina (1), Polen (1), Storbritannien (1), Sydkorea (1), Turkiet (1), och Tyskland (1). Studierna var genomförda på intensivvårdsavdelning (8), allmänsjukhus (4), universitetssjukhus (3) och på barnsjukhus (1). Artiklarna publicerades mellan år 2014–2019. I de utvalda artiklarna ingick totalt 1627 patienter, varav 835 män och 792 kvinnor med ett åldersspann på 1–93 år. Bland de artiklar som använt sig av medelvärde (14) var det 1519 patienter där medelåldern var 56,9 år.

I analysen av de fem kvalitativa artiklarna var populationen 197 patienter, varav 104 kvinnor och 93 män. Den sammanlagda populationen i de kvantitativa artiklarna bestod av 1430 patienter, varav 742 män och 688 kvinnor. Samtliga upplevda faktorer som framkom i de kvantitativa studierna rymdes inom de teman och subkategorier som identifierades i de kvalitativa artiklarna. Samtliga kvantitativa artiklar använde mätinstrument för att mäta den subjektiva erfarenheten av sömn på sjukhus. För sammanställning av resultaten i de kvantitativa artiklarna, se tabell 1.

Använda mätinstrument:

Freedman Scale är ett frågeformulär där patienten utvärderar sin sömnkvalitet på en skala från 1-10, där 1 = sämsta tänkbara sömnkvalitet och 10 = bästa tänkbara sömnkvalitet. Den utvärderar även olika faktorer som påverkat sömnen där 1=störde ej och 10= var signifikant störande. Två artiklar kompletterades med aktigrafi som är en rörelsemätare och mäter till exempel uppvaknande, vilka sedan jämförts med instrument som mätte typ av uppvaknande.

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) är ett frågeformulär med 18 frågor med 7 ämnesområden som bland annat subjektiv sömnkvalitet och sömnduration. Sammanställningen av PSQI ger poäng från 0 – 21. Poäng över 5 indikerar dålig sömn.

Potential Hospital Sleep Disruptions and Noises Questionnaire (PHSDNQ) är ett frågeformulär med 10 frågor. Patienten får rangordna faktorer som stört sömnen från 0–5 (0 = ej störande, 5 = extremt störande). Exempel på faktorer som mäts är smärta, personal som tar vitala parametrar och ljud på avdelningen.

Richards-Cambell Sleep Questionnaire (RCSQ), som är ett frågeformulär med fem frågor. Patienterna kryssar i på en skala från 0 – 100 för att indikera upplevd sömnkvalitet, där 0 är mycket dålig sömnkvalitet och 100 är bästa möjliga upplevda sömnkvalitet.

Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale (VSH) är en visuell analog sömnskala med 16 frågor för att mäta nattlig sömn och trötthet under dagen. Patienter sätter markör på en 0–100 mm linje och de två ändarna representerar extremer. Till exempel "vaknade utmattad" och "vaknade utvilad".

Tabell 1. De olika mätinstrument som använts för att mäta sömnkvaliteten på sjukhus.

Författare, år	Instrument för att mäta sömn	Poäng, medelvärde	Påverkande faktorer
Aitken et al., 2017	RCSQ, total (0=dålig sömn, 100= bästa tänkbara sömn)	46±22	Smärta, omvårdnadsåtgärder, ljud och ljus
Casida et al., 2018	VSH sleep quality (Normal sömn 66.5±28.4)	59.98±25.14	Vitalparametrar, läkemedel, prover
Grossman et al., 2017	PHSDNQ, aktigrafi	NA	Smärta, vitalparametrar, prover
Herbert et al., 2014	Sov-dagbok, frågeformulär.	52,3% uppgav dålig sömn.	Omvårdnadsåtgärder, toalett, smärta
Kamkar et al., 2018	VSH sleep effectiveness (0=dålig sömn 400=bra sömn)	269.0±82.2	Ljud, ljus
Krotsetis et al., 2017	RCSQ, total	47±15	Oro och ångest, omvårdnadsåtgärder, ljud
Lewandowska et al., 2019	RCSQ med Freedman Scale, modifierad (0=sov bra, 10=sov dåligt)	4.63±23	Vitalparametrar, ljus, prover
Moradi et al., 2014	PSQI (>5 = dålig sömn)	8.59	Toalett, spontant uppvaknande, smärta
Park & Kim, 2017	PSQI	8.57 ±4.28	Upplevd hälsa, duration på sjukhus samt antal rums-kamrater
Ritmala-Castren et al., 2014	RCSQ	57	Smärta, oro, illamående.
Sinha et al., 2018	RCSQ, total, aktigrafi	51,6±13.5	In/ut farter (katetrar, sonder), prover, omvårdnadsåtgärder
Sutcu Cicek et al., 2014	Frågeformulär baserat på Freedmans Scale (0=dålig sömn 10=bra sömn)	6,83±2.15	Ljud, ljus, omvårdnadsåtgärder

RCSQ poäng <50 anses som dålig sömn. VSH sleep quality på 66.5 poäng anses som normal sömn. VSH sleep effectiveness scale 0–400, högre poäng ansågs som bättre sömn. Freedmans skala 0–10, där 0 är ej störande och 10 väldigt störande faktorer som påverkat sömnen. PSQI poäng från 0 – 21, >5 indikerar dålig sömn.

Upplevd sömn

Det rådde delade meningar bland patienterna hur de upplevde sömnen på sjukhus. I Stickland, Clayton, Sankey, & Hill (2016) framkom det att hälften av patienterna sov dåligt medan den andra hälften tycktes opåverkade. Även drygt hälften av patienterna i studien av Engwall, Fridh, Johansson, Bergbom, & Lindahl, (2015) ansåg att de sov dåligt, fyra av dessa uppgav att de även sov dåligt hemma (Engwall et al., 2015). Bland de studier som mätte sömnduration på sjukhus redovisade Grossman et al. (2017) en duration på 5,25 timmar och Moradi et al (2014) en duration på 5,6 timmar. I studien av Delaney, Currie, Huang, Lopez, & Van Haren, (2018) ombads patienterna uppskatta sin sömnduration hemma och på sjukhus i antal timmar och minuter. Resultatet var att de överlag sov längre hemma än på sjukhus. Medelvärdet av sömnduration var 5,3 timmar på sjukhus, jämfört med 7,1 timmar i hemmet, det vill säga en reduktion av 1,8 timmar. I studien av Delaney et al., (2018) uppgav 35 % att de sov skäligt, 20 % att de sov bra, 20 % att de sov dåligt, 20 % mycket dåligt och 5 % mycket bra, vilket stämmer väl överens med de kvantitativa studierna som kom fram till liknande resultat. Data över upplevd sömn, redovisas i tabell 1.

Miljöfaktorer

Ljud

En majoritet av patienterna upplevde ljud som en sömnstörande faktor (Aitken, L. M., Elliot, M., Davis, C., Macfarlane, B., Ullman, A, 2017; Gellerstedt, Medin, & Karlsson, 2014; Grossman et al., 2017; Herbert. A.R., de Lima, J., Fitzgerald, D.A., Seton, C., Waters, K.A., & Collins, J.J., 2014; Kamkar, Rezvani Khorshidi, Alinaghi Maddah, Emami Zeydi, & Modanloo, 2018; Krotsetis, Richards, Behncke, & Köpke, 2017; Lewandowska, Mędrzycka-Dąbrowska, Kwiecień-Jaguś, & Czyż-Szypenbejl, 2019; Sinha, S., Soneja, M., Naik, R.D., Gupta, K., Elevarasi, A, & Screenivas, V., 2018; Stickland, A., Clayton, E., Sankey, R., & Hill, C.M., 2016). Flera patienter nämnde att de störande ljuden kom från andra

patienter och besökare (Aitken et al., 2017; Delaney, Currie, Huang, Lopez, & Van Haren, 2018; Stickland et al., 2016; Sinha et al., 2018; Stickland et al., 2016). Dock var det ljud som kom från sjuksköterskor, samt från larm och sjukhusapparatur, så som monitorer för vitala parametrar som utgjorde den största andelen av störande moment (Aitken et al., 2017; Ding, Redeker, Pisani, Yaggi, & Knauert, 2017; Gellerstedt et al., 2014; Grossman et al., 2017; Herbert et al., 2014; Krotsetis et al., 2017; Stickland et al., 2016; Sutcu Cicek et al., 2014). En patient berättade hur hen upplevde medicinintensivvårdsavdelningen nattetid: "The noise is tremendous up here...The alarms going of and the beeps keeps going of" (Ding et al, 2017, p.282). Trots att ljud upplevdes som en sömnstörande faktor accepterade den största majoriteten av patienterna situationen och upplevde ljudet som oundvikbart, medan några få kände sig något uppgivna över situationen (Delaney et al., 2018). En patient sa: "it can't be helped"; "not sure if anything can be done", (Delany et al. 2018, p. 527) "MICU (medicine intensive care unit) is always noisy...It's a hospital, of course people are coming in and out very often" (Ding et al, 2017, p.282).

Ljus

Ljus nämndes som en påverkande faktor i nära hälften av studierna. Medan flertalet av patienterna endast nämnde negativa upplevelser av ljus nattetid, var det en del patienter som ansåg att ljusnivån var acceptabelt, då ljuset under natten påminde om "skymningsljus" (Aitken et al., 2017; Kamkar et al., 2018; Lewandowska et al., 2019; Sinha et al., 2018; Stickland et al., 2016; Sutcu Cicek et al., 2014) medan en del ville ha det mörkare och några få ville ha det ljusare (Gellerstedt et al., 2014). Mörkare miljö uppfattades av några som främjande för insomningen medan ett fåtal associerade en ljusare miljö med trygghet (Engwall et al., 2015). Patienter beskrev upplevelsen av ljuset som : " ...It was good that you could see a lot, and you were not inside a dark sack, so to say"; "Abysmal, thanks to it being so bright" (Engwall et al, 2015, p331); " The lights are always on ...you don't get a very good night's sleep" (Stickland et al, 2015, p. 549). I studien av Gellerstedt et al., (2014) nämndes malplacerad belysning som en faktor som påverkade sömnen negativt.

Bekvämlighet

Bekvämlighet nämndes som en faktor i fyra av studierna. Majoriteten av patienterna upplevde att tillgången till att ha TV på rummet bidrog till en god sömn, då det bland annat gjorde dem trötta (Gellerstedt et al., 2014). Enligt Delaney et al., (2018), Gellerstedt et al., (2014) och Grossman et al., (2017) nämnde ett antal patienter upplevelser av obekvämlig miljö, vilket påverkade sömnen negativt. Exempel på faktorer som nämndes var obekväma sängar, orena sängar och obekväma kuddar. En patient uttryckte att en ren fräsch säng där sängkläderna byttes ofta, hade en positiv inverkan på sömnen (Gellerstedt et al., 2014). Några få patienter uppgav enligt Delaney et al., (2018) och 15 % enligt Grossman et al., (2017) att rumstemperaturen störde sömnen.

Fysiska faktorer

Fysiska symptom

En del patienter upplevde smärta som en bidragande faktor som störde sömnen vilket nämndes i sju artiklar (Aitken et al., 2017; Gellerstedt et al., 2014; Grossman et al., 2017; Herbert et al., 2014; Lewandowska et al., 2019; Moradi et al., 2014; Ritmala-Castren, Lakanmaa, Virtanen, & Leino-Kilpi, 2014). En patient berättade: "And then it's this thing with pain that comes and goes, like waves and it also disturbs my sleep of course" (Gellerstedt et al., 2014, p. 182). Några patienter nämnde inadekvat smärtlindring och lång tid att få smärtlindring som negativt sömnpåverkande faktorer (Gellerstedt et al., 2014).

Klinisk omvårdnad

Klinisk omvårdnad som en störande faktor för sömnen berördes i flertalet av artiklarna och nämndes av ett betydande antal patienter (Casida, Davis, Zalewski, & Yang, 2018; Delaney et al., 2018; Ding et al., 2017; Gellerstedt et al., 2014; Grossman et al., 2017; Herbert et al., 2014; Krotsetis et al., 2017; Sinha et al., 2018; Stickland et al., 2016). En del patienter tyckte endast att klinisk omvårdnad var något störande (Lewandowska et al., 2019; Sutcu Cicek et al., 2014) och i en artikel uppgavs klinisk omvårdnad endast som en faktor (Aitken et al., 2017). Några specifika omvårdnadsinterventioner som nämndes var kontroll av vitala parametrar till exempel (Casida et al., 2018; Ding et al., 2017; Gellerstedt et al., 2014; Grossman et al., 2017; Lewandowska et al., 2019; Stickland et al., 2016; Sutcu Cicek et al., 2014), utdelning av

medicin (Ding et al., 2017; Stickland et al., 2016) och blodprov (Ding et al., 2017). Patienter berättade: "They[staff] where there all the time"; "My blood was drawn every 3 hours" (Ding et al., 2017).

Medicinsk diagnostik och behandling

En del patienter hade erfarenhet av att olika typ av katetrar, såsom perifer venkateter med infusionsaggregat vilket påverkade sömnen negativt då det gjorde det svårt för dem att röra sig under natten. En patient sa: "There was needles and drips everywhere, I felt physically confined. It felt like I was strapped down everywhere and that made my sleep worse" (Gellerstedt et al., 2014, p.183). Några patienter upplevde att kirurgiska ingrepp störde sömnen (Gellerstedt et al., 2014).

Psykosociala faktorer

Psykiska faktorer

Fem av artiklarna berörde oro eller ångest som en sömnstörande faktor. En majoritet av patienterna i Ding (2017) och Gellerstedt (2014) upplevde ångest och oro exempelvis över sitt upplevda sjukdomstillstånd, framtiden, kommunikation med personal, inte känna kontroll över sin situation eller inte veta vad som hände i det vardagliga kontext de blivit tagna ifrån då de hamnat på sjukhus, vilket påverkade sömnen negativt. Resterande artiklar uppgav oro eller ångest som en faktor men ej hur många som var påverkade eller i vilken utsträckning (Grossman et al., 2017; Krotsetis et al., 2017; Ritmala-Castren et al., 2014). En patient beskrev: "I didn't get as much sleep as I wanted... But I had a lot of things on my mind...and I had some bad, pretty bad news" (Ding et al., 2017, p.281). I samma studie studien av Ding et al., (2017) uppgav en femtedel av patienterna att de hade sömnbesvär sedan tidigare. En patient förklarade: "This is the way I always sleep... I don't ever sleep well at night" (Ding, et al., 2017, p 281).

Integritet

I Gellerstedt, et al., (2014) beskrevs många olika faktorer som påverkade patienternas integritet där sömnen blev lidande. Ofrivillig kontakt med andra patienter, brist på personcentrerad vård, privatliv och självbestämmande över sina sömnrutiner nämndes. De flesta patienter beskrev att bristen på kontroll över sin egen situation påverkade sömnen negativt. Alla patienter var överens om att ha ett eget rum och

få omvårdnaden tillgodosedd där ökade känslan av integritet och bidrog till en god sömn (Gellerstedt et al., 2014). En patient beskrev: "It's nice to have my own room, with a door to close, it's important to have a private life even in the hospital. It is very good; most of the staff knocks before entering..." (Gellerstedt et al., 2014, p.184).

Kommunikation och bemötande mellan patienter och sjuksköterskor

I Gellerstedt et al., (2014) uppgav de flesta patienterna att verbal kommunikation, kroppsspråk, ansiktsuttryck och röstläge hade betydelse för mötet och beskrev att ett gott bemötande ingav trygghet och påverkade sömnen positivt, medan ett dåligt bemötande gav motsatt reaktion. Några patienter beskrev flera olika specifika faktorer som underlättade sömnen: När sjuksköterskor visade sig vara tillgängliga, hade tid för dem, lyssnade på dem, inte var bryska i den fysiska omvårdnaden och hade snälla ögon. Att känna sig misstrodd var den enskilt största faktorn som ledde till att patienter kände sig övergivna, osäkra, arga eller oroliga, vilket påverkade sömnen negativt. En patient beskrev att hen kände sig ifrågasatt: "It was a kind of questioning, it makes you insecure and then you are unable to sleep. A worry that they sort of expected me to fix it myself; a feeling of being abandoned" (Gellerstedt et al., 2014, p.182). De flesta patienterna beskrev att de inte visste vad som föregick på avdelningen. Planerade tider för vård och löften från sjuksköterskor om att strax komma tillbaka bröts varpå de kände sig övergivna, vilket påverkade sömnen negativt. Att få adekvat information om omvårdnaden och varför den skedde skapade en känsla av trygghet hos många av patienterna, vilket hade positiv inverkan på sömnen. En patient berättade: "The staff is very sweet and kind. You feel well looked after, in safe hands. They are very competent when you ask about something, they always respond. These are things that can make it possible to sleep well" (Gellerstedt et al., 2014, p.181).

Slutsats

Många patienter har sömnbesvär på sjukhus och majoriteten av patienterna upplevde omvårdnadsinterventioner som sömnstörande. Det kan vara en utmanande balansgång mellan patientens sömnbehov och interventionsbehov. Genom personcentrerad vård, kan individuella

problem identifieras och sömnen främjas. Framtida forskning bör fokusera på att undersöka hur omvårdnadsinterventionerna kan begränsas, kanske kan anhopning av omvårdnad så kallat "clustering of nursing care" implementeras i planeringen av den nattliga omvårdnaden för att begränsa antalet interventioner och att främja sömnen. Sjuksköterskan har en närmast unik möjlighet att främja patienters sömn.

Föreliggande artikel är en sammanfattning av de resultat som framkom i en kandidatuppsats på sjuksköterskeprogrammet av Fredrik Karlsson och Marie-Therese Hansson (2019) vid Högskolan Kristianstad, med Susanne Lindskov som handledare.



Susanne Lindskov, Fredrik Karlsson och Marie-Therese Hansson

Kontakt: susanne.lindskov@hkr.se