



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

EN GOD NATTS SÖMN

En litteraturstudie om vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan utföra i syfte att främja patientens sömn.

MARIE HÖGQVIST
JACQUELINE MKADA

Examensarbete
Kurs HT 02
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2005

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

EN GOD NATTS SÖMN

En litteraturstudie om vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan utföra i syfte att främja patientens sömn

*Marie Högqvist
Jacqueline Mkada*

Högqvist, M & Mkada, J. En god natts sömn. En litteraturstudie om vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan utföra i syfte att främja patientens sömn. *Examinationsarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2005.

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att belysa vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan utföra i syfte att främja patientens sömn. Litteraturstudien baserades på elva kvantitativa vetenskapliga artiklar. Interventioner beträffande den fysiska miljön samt komplementär medicinska och alternativa behandlingsmetoder undersöktes. Resultatet visade åtta olika interventioner som allmänsjuksköterskan kan utföra i syfte att främja patientens sömn. Dessa var varm dryck, ljudsänkning, patientorienterad vård, avslappning, massage, akupressur, ljusbehandling och patientundervisning. En del av interventionerna, t ex varm dryck, är enkla, billiga och går snabbt att utföra medan andra, t ex ljusbehandling, kräver mer resurser. Interventionerna kan implementeras i den kliniska verksamheten för att främja patientens sömn.

Nyckelord: alternativa behandlingsmetoder, fysisk miljö, komplementär medicin, omvårdnadsåtgärder, sjukvårdsinriktning, sömn.

A GOOD NIGHT'S SLEEP

A literature review about nursing care actions for the purpose of promoting the patient's sleep

Marie Högqvist

Jacqueline Mkada

Högqvist, M & Mkada, J. A good night's sleep. A literature review about nursing care actions for the purpose of promoting the patient's sleep. *Degree Project, 10 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2005.

The aim of this literature review was to highlight the nursing care actions that can be used to promote the patient's sleep. The literature review was based on eleven quantitative scientific studies. Interventions concerning the physical environment including complementary and alternative therapeutics were examined. The result pointed out eight different interventions, which the general nurse can use to promote the patient's sleep. The interventions were warm drink, noise reduction, patient-oriented care, relaxation, massage, acupressure, bright light treatment and patient teaching. Some of these interventions, such as warm drink, are simple, inexpensive and quick to perform compared to e.g. bright light treatment, which demands more resources. These interventions can be implemented in the clinical practice to promote the patient's sleep.

Keywords: alternative therapeutics, complementary medicine, health facility, nursing care actions, physical environment, sleep.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Den normala sömnen	6
<i>Dygnsrytm</i>	7
<i>Sömn i olika åldrar</i>	7
Sömnstörningar	8
<i>Konsekvenser av sömnbrist</i>	8
<i>Orsaker till sömnbrist på sjukhus</i>	8
Sömn och omvårdnad	9
<i>Sjuksköterskans ansvar vid omvårdnad</i>	10
<i>Dokumentation</i>	10
KAM- komplementär och alternativ medicin	11
<i>Definitioner och innebörd</i>	11
<i>Lagstiftning</i>	12
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	12
METOD	12
Steg 1. Precisera problemet	12
Steg 2. Precisera studiernas inklusions- och exklusionskriterier	13
Steg 3. Formulera en plan för litteratursökningen	13
Steg 4. Genomföra litteratursökningen och samla in de studier som svarar mot inklusionskriterierna	14
Steg 5. Tolka bevisen från de individuella studierna	15
Steg 6. Sammanställa bevisen	16
Steg 7. Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet	16
RESULTAT	16
Omvårdnadsåtgärder beträffande den fysiska miljön	16
<i>Varm dryck</i>	17
<i>Ljudsänkning</i>	17
<i>Patientorienterad vård</i>	17
KAM och icke farmakologiska omvårdnadsåtgärder	18
<i>Avslappning</i>	18
<i>Massage</i>	19
<i>Akupressur</i>	20
<i>Ljusbehandling</i>	21
<i>Patientundervisning</i>	21
DISKUSSION	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	23
<i>Omvårdnadsåtgärder beträffande den fysiska miljön</i>	23

<i>KAM och icke farmakologiska omvårdnadsåtgärder</i>	26
Förslag till fortsatt forskning	30
Slutsats	30
REFERENSER	32
BILAGOR	36

INLEDNING

Vi sover ungefär en tredjedel av vårt liv. Såväl välbefinnandet som livslängden påverkas av sömnen (Ericson & Ericson, 2002). Sömnen har varit av stort intresse sedan urminnes tider. Den grekiske filosofen Aristoteles hävdade att sömn var brist på vakenhet (Åkerstedt, 2002). Numera menar man att sömn är ett tillstånd med låg fysisk aktivitet och ett mycket svagt medvetande om vad som sker runt omkring oss (Dyregrov, 2002).

Sömn är ett av människans grundläggande behov. Patientens sömnbehov måste tillgodoses av flera olika anledningar. God sömn främjar hälsa och ökar välbefinnandet. En god sömn tar bort tröttheten efter dagens aktiviteter och förbereder oss för en ny dag. God sömn är för många en självklarhet, först vid sömnsvårigheter inser vi att sömnen är en gåva. Förhindrande av sömn är ett välkänt tortyrmedel. Kunskap om sömn är nödvändigt för sjuksköterskan eftersom sömnbrist är ogynnsamt för hälsa och livskvalitet.

*”Ovis man vaknar alla nätter,
ängslas för likt och olik;
matt han är, när morgonen bräcker
men samma ve är kvar, som varit”*

(Ericson & Ericson, 2002, s 473)

BAKGRUND

Sömn är ett tillfälligt tillstånd av förändrat medvetande. Mottagligheten för signaler från omvärlden är sänkt och hjärnan ägnar sig åt uppbyggnadsprocesser. Den sovande går att väcka vilket skiljer sömnen från medvetslöshet (Åkerstedt, 2002).

Jönsson (1995) beskriver Maslows mänskliga behovshierarki konkret utifrån patientens behov. Maslows behovstrappa består av fem nivåer av mänskliga behov, fysiologiska behov, behov av trygghet, samhörighet, uppskattning och självförverkligande. De fysiologiska behoven av mat, dryck, kroppsvärme, sömn och elimination måste tillgodoses först.

Den normala sömnen

Sömnen består av perioder av REM-sömn (Rapid Eye Movement) med snabba ögonrörelser och icke REM-sömn (NonREM, Non Rapid Eye Movement) utan ögonrörelser. I en regelbunden dygnsrytm följer sömn och vakenhet varandra vilket kallas cirkadisk rytm (Ericson & Ericson, 2002).

NonREM-sömnen utgör ca 75 % av sömntiden (Jönsson, 1995). Den delas in i fyra stadier där djupsömn växlar i perioder mellan ytlig och djup sömn. Några minuter i insomningsstadiet utgörs av NonREM stadie 1 som är ett gränsland mellan sömn och vakenhet. Det längsta stadiet är NonREM stadie 2 som utgör ca

50 % av sömntiden. Hjärnans ämnesomsättning sjunker. Andningen blir djupare och långsammare, hjärtfrekvensen minskar, variabiliteten i hjärtverksamheten ökar, blodtrycket och kroppstemperaturen faller och muskelspänningen avtar påtagligt. Den djupaste sömnen är NonREM stadie 3 och 4 som varar i 15 – 40 minuter (Åkerstedt, 2002). I denna fas sker återställanden av nervvävnaden i hjärnan, tillväxt av organismen och reparation av skador som uppkommit vid sjukdom (Jönsson, 1995). Sömnens består av ungefär 20 % REM- eller drömsömn. Den första REM-perioden infaller efter ca 90 minuters sömn och återkommer sedan med ca 90 minuters mellanrum under resten av sömntiden. Under REM-sömnen sker en insortering av det minnesmaterial som samlats in under dagen, minnena förstärks och sammanbinds (Jönsson, 1995). En sömncykel varar 80 – 100 minuter och varje natt består av 3 – 4 sömncykler. Sömn djupet minskar avsevärt för varje cykel. REM-periodernas längd och intensitet förändras så att den sista drömmen i regel är den längsta och mest intensiva. Vanligtvis vaknar man i den sista REM-perioden och kommer därför ihåg den drömmen. Antalet uppvaknanden per natt är 5 – 20 men är ofta så korta att man aldrig blir medvetna om dem (Åkerstedt, 2002).

Dygnsrytm

Människans dygnsrytm styrs av en klockliknande struktur i hypothalamus. Vid normala ljusförhållanden är vår dygnsrytm ca 24 timmar lång. Kroppstemperaturen används ofta som en markör för dygnsrytmen. Kroppstemperaturen är som högst vid 17-tiden och som lägst vid 05-tiden. När temperaturen är som lägst har vi mycket svårt att hålla oss vakna. Enligt många undersökningar kan vi människor delas in i morgon- och kvällsmänniskor. Morgonmänniskan stiger gärna upp innan 06.30 och lägger sig helst före 21, medan kvällsmänniskan föredrar uppstigning tidigast 08.30 och sänggående efter 23 (a a).

De omgivande ljusförhållandena påverkar sömn-vakenhetsrytmen. Information om ljus och mörker överförs från näthinnan via synnerven till hypothalamus. Ju mindre ljus som faller på näthinnan desto mer melatonin frisätts från mellanhjärnan till blodet, vilket gör oss sömnigare. Hormonet melatonin produceras av tallkottkörteln i mellanhjärnan och frisätts via sympatiska nervsystemet från hypothalamus. När näthinnans ljusstimulering minskar så ökar hypothalamus nervstimulering på tallkottkörteln, vilket gör att melatoninfrisättningen aktiveras, och vi blir trötta (Ericson & Ericson, 2002).

Sömn i olika åldrar

Åldern påverkar melatoninfrisättningen. Barn har ett stort sömnbehov eftersom de frisätter mycket melatonin. Melatoninfrisättningen avtar med stigande ålder vilket medför minskat sömnbehov (a a). Vårt sömnbehov förändras under livsrytmen. Ett spädbarn sover ca 19 timmar per dygn och en 20-åring ca 8 timmar per dygn. Sömnbehovet varierar hos olika individer, en del klarar sig med 4-5 timmars sömn per dygn och några få behöver så mycket som 14 timmar per dygn. Det normala sömnmönstret består livet ut men de olika sömnperiodernas längd förändras. Mängden REM-sömn är konstant under hela livet medan det sker en kraftig minskning av NonREM-sömnen. Många äldre människor vaknar till mellan perioderna av REM-sömn på efternatten, men somnar om igen när det är dags för en ny REM-period. Antalet vakenhetsperioder ökar således på bekostnad av NonREM-sömnen vilket leder till en minskad sömneffektivitet. Detta tolkas

ibland som att äldre skulle ha ett mindre sömnbehov. Äldre människor kompenserar ofta detta nattliga sömnbortfall med dagliga tupplurar (Jönsson, 1995).

Sömnstörningar

Kliniska kriterier för definition av sömnstörningar brukar innefatta någon av nedanstående punkter:

- ? förlängd insomningstid med mer än 45 minuter
- ? fler än fem uppvaknanden med svårigheter att somna om och med lång vakentid d v s mer än 45 minuter
- ? för tidigt morgonuppvaknande med mer än 60 minuter
- ? förkortad sömn med mer än 90 minuter, jämfört med tidigare sömnvanor
- ? kraftiga mardrömmar

Enligt en del kriterier måste störningarna uppträda mer än tre veckodagar under minst tre veckor eller en månad. Dessutom måste funktionen under dagtid vara nedsatt med symtom som trötthet, sänkt prestation eller något annat besvär (Åkerstedt, 2002).

Ungefär en tredjedel av befolkningen i Sverige har sömnproblem av och till. Förekomsten är vanligare hos kvinnor än män, men vid stigande ålder ökar sömnbesvären hos både män och kvinnor (Läkemedelsverket, 22 dec 2004). Enligt Statistiska centralbyrån (27 dec 2004) har sömnbesvär de senaste fem åren ökat från 20 % till 30 % hos personer mellan 16 och 84 år.

Konsekvenser av sömnbrist

Vanliga symtom vid sömnbrist är kroppslig trötthet, irritabilitet, sömnlighet, nedstämdhet, muskelspänningar och huvudvärk. Sönnen är viktig för sårhäkning och mineralisering av skelettet (Ericson & Ericson, 2002). Brist på sömn kan även orsaka nedsatt smärtröskel och nedsatt egenvårdsförmåga (Halvorsen Bastøe & Frantsen, 1998). Sömnbrist har negativa effekter på immunförsvaret och därmed ökar infektionskänsligheten. Även ämnesomsättningen påverkas negativt, bl a ökar blodfetter och insulinets effektivitet försämras något (Åkerstedt, 2002).

Under sönnen bearbetas information vi tagit in under den gångna dagen, våra minnen förstärks och en ökad frisättning av tillväxthormon sker vilket leder till tillväxt och återhämtning hos framförallt hjärnan (Ericson & Ericson, 2002). För lite sömn kan medföra koncentrations- och minnesproblem samt minskad aktivitet. Svårigheter att hantera komplexa uppgifter och att tänka logiskt uppträder. Bemästringsförmågan försämras. Förmågan att inhämta och analysera ny information blir nedsatt. Otillräcklig sömn kan även orsaka humörsvängningar, ångest och depression (Dyregrov, 2002). I en studie av Udén m fl (1999) framkom att sömnbrist är en av de vanligaste riskfaktorerna för fall hos äldre patienter (medelålder 75 år).

Orsaker till sömnbrist på sjukhus

Sönnen är ett ömtåligt fysiologiskt tillstånd som kan störas av såväl yttre som inre stimuli. Ljud kan alltid avbryta sönnen. Det ljud som kanske är allra mest väckande är buller. Till buller räknas ljud som inte är väntade eller motiverade ur

den sovandes synpunkt. Även ljus verkar sömnstörande. Sömnen påverkas av den omgivande temperaturen och således även av sängens temperatur. Allt för stora variationer i omgivningens temperatur verkar väckande. För låg temperatur orsakar en minskning av REM-sömnen och en ökning av SWS (Jönsson, 1995).

I en kvalitativ studie av Southwell och Wistow (1995) framkom olika faktorer som stör patientens sömn på sjukhus. Av de tillfrågade uppgav 65 % att de sov bra hemma. Av dessa uppgav 22 % att de inte fick så mycket sömn som de behövde på sjukhuset. Faktorer som påverkade patienternas sömn var bl a obehag, oro och smärta. Sömnen blev avbruten av många olika störningsmoment, t ex ljud från medpatienter och personal. Sömnen blev störd av att det var ljust på avdelningen under för lång tid och att patienterna blev väckta tidigt på morgonen. Liknande resultat har framkommit i ett antal översiktsartiklar (Webster, 1986; Reid, 2001; Hodgson, 1991).

På Trelleborgs lasarett genomfördes ett projekt, "Sova gott", i syfte att öka patienternas möjligheter att sova gott på sjukhuset. Nattpersonalen upplevde att många patienter låg vakna på nätterna och började därför dokumentera hur natten varit i alla patienters omvårdnadsjournal. De ville inte slentrianmässigt erbjuda ordinerad hypnotika utan i stället undersöka orsaken till den dåliga sömnen, därför intervjuades 50 patienter. Resultatet visade att de vanligaste orsakerna till att patienterna vaknat på natten var smärta, ljud från maskiner, tillsyn samt ljud från personal och medpatienter (Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt, 1999).

På vårdenheten för invärtesmedicin, Universitetssjukhuset MAS, genomförde Herold (2000) en kvalitativ studie. Patienterna intervjuades om sin upplevelse av nattvilan under sjukhusvistelsen. Störningsfaktorer som påverkade sömnen var personalens morgonrutiner, nattpersonalens rutiner t ex patientövervakning och blodprovstagning på natten. Övriga störningsmoment var ljud från medpatienter och sängens beskaffenhet. Många patienter sov ytligare och mindre sammanhängande jämfört med hemma. En patient önskade utskrivning p g a sömnbrist och behövde ta igen sömnen hemma.

Sömn och omvårdnad

Redan på 1800-talet menade Florence Nightingale att det tillhör sjuksköterskans ansvarsområde att hjälpa patienten till en lugn och ostörd sömn genom att undvika fotsteg, viskningar, samtal och andra störande ljud. Även Virginia Henderson betonar vikten av sömn. Enligt hennes omvårdnadsdefinition skall sjuksköterskan hjälpa eller assistera patienten i utförandet av åtgärder som patienten själv skulle ha utfört om han eller hon haft nödvändiga resurser. Henderson pekar på 14 olika funktioner som sjuksköterskan skall hjälpa till med och en av dessa är sömn och vila (Kristoffersen, 1998).

Vila och sömn anses vara ett av människans grundläggande behov. Detta behov gör sig gällande genom trötthet. Det förefaller som att man behöver mer sömn och vila när man är sjuk. Tillräcklig sömn och vila bidrar till en snabbare återhämtning av hälsan. Vid sjukdom eller skada befinner sig kroppen i en katabol fas p g a aktiveringen av parasympatiska nervsystemet. Sömn bidrar till att vända de katabola processerna till anabola. Kunskaper om sömn och vila är nödvändiga inom omvårdnad eftersom sömnförlust har en ogynnsam effekt på människan när

det gäller hälsa och rehabilitering efter sjukdom (Halvorsen Bastøe & Frantsen, 1998).

Halvorsen Bastøe och Frantsen menar i Kristoffersen (1998) att sjuksköterskan när det gäller patientens sömn och vila skall ha som mål:

- ? att bedriva hälsoinformation om sömnens betydelse
- ? att informera om normalvariationer när det gäller behovet av sömn och vila
- ? att aktivt förebygga sömnproblem i situationer som erfarenhetsmässigt kan ge det
- ? att hjälpa människor som har sömnproblem att hantera dessa

Webster (1986) påpekar behovet av att sjuksköterskan är medveten om vad som kan orsaka sömnproblem på sjukhus och använder sin kunskap och erfarenhet för att förebygga dessa.

Behovet av sömn och vila för allvarligt sjuka patienter är stort eftersom de är extremt belastade och deras resurser begränsade. Aktivitetsnivån runt dessa patienter är ofta hög med regelbunden övervakning och provtagning. Dessutom behöver patienten hjälp med hygien, mobilisering och ev sjukgymnastik. Om dygnsplaneringen inte är väl genomtänkt är risken stor att patienten inte får tillräckligt med vila. En naturlig dygnsrytm och ostörd nattsömn är särskilt viktig. Belysningen bör dämpas och alla sysslor bör utföras så tyst som möjligt (Almås & Berntzen, 2002).

Sjuksköterskans ansvar vid omvårdnad

Sjuksköterskan ska upptäcka risker i vårdmiljön, vid behov åtgärda dem och även vidta åtgärder som främjar hälsa och förebygger sjukdom (SOSFS 1995:15).

Enligt *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården* (1993:17) är syftet med omvårdnad att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov. All personal ska se människan i ett helhetsperspektiv och inte enbart inrikta sina insatser på sjukdomstillståndet. Behandlingen ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och så långt det är möjligt utformas i samråd med patienten. Patienten bör ges möjlighet att delta i beslut om och genomförandet av sin omvårdnad.

Dokumentation

Enlig *patientjournalagen* (1985:562) skall patientjournal föras vid all vård av patienter. Den ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. För att kunna avgöra vilka omvårdnadsåtgärder som är lämpliga att utföra till en patient med sömnstörningar måste sjuksköterskan kartlägga patientens sönmönster och vilka faktorer som på verkar detta. Datainsamlingen bör göras dagtid genom samtal (Halvorsen Bastøe & Frantsen, 1998). Under sökordet *sömn* i VIPS-modellen noteras uppgifter som gäller patientens sömn och vila, liksom faktorer som kan underlätta eller hindra patientens sömn och vila. Patientens beskrivning av hur han känner sig efter uppvaknandet bör beskrivas. Såväl

subjektiva som objektiva uppgifter som gäller trötthet är betydelsefulla att dokumentera i patientens journal. Sömnens bör dokumenteras med en rik beskrivning, u a och liknande räcker således inte. Användbara uttryck kan vara ”sover ytligt och vaknar lätt”, ”nattliga benkramper”, ”vaknar ofta på natten” etc (Ehnfors m fl, 2000).

KAM – komplementär och alternativ medicin

Intresset för komplementär och alternativ medicin har ökat både bland befolkningen i allmänhet, patienter och personal inom hälso- och sjukvården. Stockholms läns landsting inrättade 1999 ett forskningscentrum för komplementär medicin för att öka kunskapsnivån på området. Linköpings universitet fick i uppdrag att kartlägga befolkningens användning av och inställning till komplementär medicin. Det visade sig att erfarenheten av komplementär och alternativ medicin har fördubblats sedan 80-talet (Stockholmare och den komplementära medicinen, 30 sept 2004).

De senaste åren har intresset för komplementär medicin ökat även i riksdag och regering (Eklöf & Kullberg, 2004). Europarådet uppmanar sina medlemsländer att verka för ett ökat samarbete mellan skolmedicin och komplementärmedicin. WHO i sin tur rekommenderar sina medlemsländer att etablera forskningscentra för komplementärmedicin (Falkenberg, 2002).

Definitioner och innebörd

Det finns ingen enhetlig definition av detta område eftersom det utvecklats hela tiden (Stockholmare och den komplementära medicinen, 30 sept 2004). Begreppet *alternativ medicin* började användas i Sverige på 1970-talet och under 1980- och 90-talet ersattes det av *komplementär medicin*. Anledningen var att framhålla att behandlingsformerna inte enbart är ett alternativ utan kan användas som ett komplement i den etablerade vården av behörig hälso- och sjukvårdspersonal (Eklöf, 2004). Begreppen komplementär och alternativ medicin förkortas i Sverige ofta KAM, vilket även betecknar namnet på branschorganisationen (Eklöf & Kullberg, 2004). Idag används allt oftare begreppen *integrerad*, *integrerande* eller *integrativ medicin* eftersom KAM metoder i stor utsträckning implementeras i den konventionella behandlingen på likartade villkor (Eklöf, 2004).

Svensk läkarförenings definition för komplementär medicin är preventiva, diagnostiska och terapeutiska metoder som ännu inte är allmänt accepterade vid högskolor och allmänna sjukvårdsinrättningar (Svensk Läkarförening för Komplementär Medicin, 29 sept 2004).

Uttrycket komplementär medicin innebär i Sverige åtminstone fyra olika saker:

- ? Obehöriga yrkesutövare verkar självständigt utanför Socialstyrelsens tillsyn.
- ? Det finns ett formellt samarbete genom remisser eller vårdavtal med institutioner och yrkesutövare utanför den offentliga vården, vanligen behörig hälso- och sjukvårdspersonal.
- ? Behörig hälso- och sjukvårdspersonal använder metoder för hälso- och sjukvård som inte ingår i respektive grundutbildning och som brukar kallas komplementära.

- ? Det finns ett nära samarbete mellan behörig personal respektive obehöriga komplementärmedicinska yrkesutövare (Eklöf & Kullberg, 2004).

Det varierar mellan tid och land huruvida de olika behandlingsformerna får utövas av behörig hälso- och sjukvårdspersonal. Detta kan vara ett skäl till att ingen åtskillnad görs mellan alternativ och komplementär medicin (Eklöf & Kullberg, 2004). I föreliggande litteraturstudie används begreppet KAM för alla komplementära och alternativa behandlingsmetoder.

Lagstiftning

Enligt *lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* (1998:531) ska all behörig hälso- och sjukvårdspersonal bedriva sin verksamhet i enlighet med kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det finns sjutton yrken som efter genomförd utbildning och ev praktisk utbildning legitimeras för yrket. Dessutom finns det bestämmelser för ytterligare fyra yrkesgrupper om skyddad yrkestitel. I lagens fjärde kapitel anges vilka hälso- och sjukvårdande åtgärder som endast behörig personal får vidta och därför är förbjudna för obehöriga att använda. Behandling av t ex cancer, diabetes, epilepsi, anmälningspliktiga smittsamma sjukdomar och användning av hypnos är förbjudet för obehöriga. Detta förbud gäller även behandling av gravida kvinnor och barn under åtta år.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Föreliggande litteraturstudie syftade till att belysa vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan utföra i syfte att skapa gynnsamma förutsättningar för patientens sömn. Utifrån detta syfte formulerades följande frågeställningar:

- ? Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan utföra beträffande den fysiska vårdmiljön för att skapa gynnsamma förutsättningar för patientens sömn?
- ? Vilka komplementär medicinska och alternativa omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan utföra i syfte att skapa gynnsamma förutsättningar för patientens sömn?

METOD

Vid genomförandet av denna litteraturstudie inspirerades författarna av Goodmans (SBU, 1993) övergripande tillvägagångssätt för att finna och bedöma relevant vetenskaplig litteratur. Inspiration och kunskap om hur man praktiskt går till väga för att söka, granska, kvalitetsbedöma och sammanställa bästa tillgängliga vetenskapliga bevis har även inhämtats från Willman och Stoltz (2002).

Steg 1. Precisera problemet

Att precisera forskningsproblemet är ett av de viktigaste momenten eftersom detta påverkar litteratursökningens omfattning och djup (SBU, 1993). Enligt Willman

och Stoltz (2002) är det vanligt att forskargruppen först genomför en snabb, ostrukturerad pilotsökning för att precisera forskningsproblemet och identifiera kriterier för inkludering och exkludering.

En pilotsökning genomfördes i syfte att undersöka tidigare forskning i ämnet och att kunna precisera forskningsproblemet. En projektplan utarbetades i vilken syfte och frågeställningar formulerades. Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kan utföra i syfte att skapa gynnsamma förutsättningar för patientens sömn.

Steg 2. Preciserar studiernas inklusions- och exklusionskriterier

Inklusions- och exklusionskriterier bör preciseras för att finna relevant litteratur som svarar på studiens frågor (SBU, 1993). Inklusionskriterier till denna litteraturstudie var vuxna dvs personer över 18 år. Detta valdes eftersom det framförallt är dessa personer allmänsjuksköterskan möter. Författarnas frågeställningar avser *patienter*, vilket i denna studie definieras som personer som sover på en sjukvårdsinrättning. Därför exkluderades artiklar där sömn hos friska personer studerades. Endast artiklar på *engelska och skandinaviska språk* inkluderades.

Steg 3. Formulera en plan för litteratursökningen

Under tiden projektplanen utarbetades genomfördes en pilotsökning i databaserna Cinahl, SveMed+ och ELIN@Malmö samt i sökmotorn PubMed. Utifrån den formulerades en plan för litteratursökningen till denna studie.

Planen för litteratursökningen bör enligt Willman och Stoltz (2002) innehålla fyra moment. *Tillgängliga resurser* bör identifieras t ex forskargruppens tidsram, möjligheterna att erhålla material, tillgång till datorer, databaser, bibliotekarie och författarnas språkliga begränsningar. *Relevanta källor* bör identifieras för att kunna besluta var studier som svarar på frågeställningen kan hittas. *Forskningsproblemet* bör *avgränsas* för att bestämma sökningens övergripande fokus. En *sökväg för varje söksystem* bör utvecklas. Databassökningen bör enligt SBU (1993) kompletteras med en manuell sökning i referenslistor, tidskrifter, litteraturstudier och meta-analyser.

Författarna gjorde en tidsplan i projektplanen och när arbetet med litteraturstudien startade skulle detaljerade veckoplaneringar göras. Tillgång till datorer, databaser och bibliotekarie fanns både på biblioteket Hälsa och Samhälle, Malmö Högskola och Medicinska centralbiblioteket, Universitetssjukhuset MAS. Endast artiklar på engelska eller skandinaviska språk skulle inkluderas. Efter pilotsökningen beslutade författarna sig för att genomföra litteratursökningen i databaserna SveMed+ och ELIN@Malmö samt i sökmotorn PubMed eftersom många relevanta träffar erhöles i dessa. Databaserna och sökmotorn som valdes behärskar författarna dessutom till viss del sedan tidigare sökningar. Författarnas sökning avgränsades mot icke-farmakologiska omvårdnadsinterventioner. MeSH-termer identifierades på Karolinska institutets universitetsbibliotek (16 dec 2004) och i PubMeds MeSH-databas för att användas vid sökning i PubMed. Sökord för sökning i ovan nämnda databaser identifierades. Sökorden författarna planerade att använda var MeSH-termer och sökord. Följande MeSH-termer identifierades: sleep, sleep disorders, sleep deprivation, sleep initiation and maintenance disorders, nursing

care, health facility environment, complementary therapies, therapeutics. Dessa MeSH-termer skulle även användas som sökord i databassökningen. MeSH-termerna skulle i PubMed kombineras med de booleska sökoperatorerna OR, AND och NOT. De booleska sökoperatorerna skulle i databaserna kombineras med sökorden. Författarna beslutade att genomföra en manuell sökning i referenslistorna till alla granskade artiklar och annan relevant litteratur.

Steg 4. Genomföra litteratursökningen och samla in de studier som svarar mot inklusionskriterierna

Willman och Stoltz (2002) menar att en databassökning bör kompletteras med en manuell sökning i referenslistor, tidskrifter, läroböcker och *grey literature*. Grå litteratur är ett mellanting mellan vetenskapligt granskad litteratur och populärvetenskaplig litteratur.

Litteratur till bakgrunden söktes på Hälsa och Samhälles bibliotek, Malmö Högskola, Malmö stadsbibliotek och i databaserna SveMed+ och ELIN@Malmö samt i sökmotorn PubMed. Sökningen av vetenskapliga artiklar genomfördes med MeSH-termer eller sökord. De generella MeSH-termerna och sökorden sleep, sleep disorders och sleep deprivation, användes för att undersöka tillgången på vetenskapliga artiklar som var relevanta för syftet. Dessa sökningar gav ett stort antal träffar. Därför kombinerades MeSH-termerna och sökorden med booleska sökoperatorer i ELIN@Malmö och PubMed. I SveMed+ användes sökordet sömn. Fastställda inklusions- och exklusionskriterier och ämnesrelevans avgjorde vid granskning av titeln om även abstract skulle granskas. Abstract granskades i avsikt att bestämma vilka artiklar som skulle läsas och eventuellt gå vidare för vetenskaplig granskning av hela artikeln. Ämnesrelevans, inklusions- och exklusionskriterier, syfte och resultat var vägledande i detta beslut. En mer detaljerad beskrivning av litteratursökningen finns sammanställd i tabell 1. Författarna genomförde dessutom en kompletterande manuell sökning i de relevanta artiklarnas referenslistor och annan litteraturs referenslistor granskades.

Tabell 1. Redovisning av litteratursökning.

Databas/Sökmotor	Sökord	Träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Granskade artiklar	Använda artiklar
Elin@Malmö	Sleep	18 427	0	0	0	0
Elin@Malmö	Sleep disorders	1 252	0	0	0	0
Elin@Malmö	Sleep deprivation	1 191	0	0	0	0
Elin@Malmö	Sleep disorders AND sleep deprivation	45	3	0	0	0
Elin@Malmö	Sleep disturbances AND treatment	192	21	6	3	2
Elin@Malmö	Sleep disturbances AND nursing care	2	1	0	0	0
Elin@Malmö	Sleep AND nursing care	28	5	1	0	0
Elin@Malmö	Sleep AND nursing care AND intervention	6	0	0	0	0
Elin@Malmö	Sleep AND complementary therapies	8	3	2	2	0
Elin@Malmö	Sleep AND therapeutics	89	9	0	0	0
Elin@Malmö	Insomnia	2 101	0	0	0	0

Elin@Malmö	Insomnia AND nursing care	2	0	0	0	0
Elin@Malmö	Insomnia AND complementary therapies	6	2	0	0	0
PubMed (limits: ålder 19+, engelska, människor)	Sleep	13 964	0	0	0	0
PubMed	Sleep disorders	12 633	0	0	0	0
PubMed	Sleep deprivation	1 415	0	0	0	0
PubMed	Sleep AND nursing care	40	2	0	0	0
PubMed	Sleep AND complementary therapies	479	0	0	0	0
PubMed	Sleep AND complementary therapies AND nursing care	2	0	0	0	0
PubMed	Sleep disorders AND complementary therapies	314	31	16	10	6
PubMed	Sleep AND nursing care AND health facility environment	3	2	1	0	0
PubMed	Sleep disorders AND health facility environment	20	7	2	1	1
PubMed	Sleep initiation and maintenance disorders	2 331	0	0	0	0
PubMed	Sleep initiation and maintenance disorders AND therapeutics	600	0	0	0	0
PubMed	Sleep initiation and maintenance disorders AND therapeutics AND nursing care	7	2	0	0	0
SveMed+	sömn	299	26	0	0	0
Manuell sökning			11	6	4	2
Totalt				34	20	11

Steg 5. Tolka bevisen från de individuella studierna

Forskarna bör gå systematiskt tillväga för att kritiskt värdera kvaliteten på de insamlade studierna. Kunskaper i olika vetenskapliga metoder krävs för att värdera studierna (SBU, 1993). Enligt Willman och Stoltz (2002) får kvalitetsgranskningen större tyngd om den först utförs av minst två oberoende granskare som sedan sammanför sina tolkningar.

De elva utvalda artiklarna granskades med hjälp av granskningsmallar för att kvalitetsbedömas. Utgångspunkterna för kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar (se Bilaga 1) utarbetades utifrån Polit m fl (2001), Willman och Stoltz (2002) och Vad är en vetenskaplig artikel? från Karolinska institutets universitetsbibliotek (15 nov 2004). En granskningsmall för kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar (se Bilaga 2) utformades utifrån utgångspunkterna för kvalitetsbedömning. De granskade artiklarnas vetenskapliga kvalitet graderades på en tregradig skala; hög, medel eller låg vetenskaplig kvalitet, vilket redovisas i sammanställning av kritisk granskning av vetenskapliga artiklar (se Bilaga 3) och i artikelsammanfattningen (se Bilaga 4). I artikelsammanfattningen har varje

artikelns poängsumma även räknats om till procent för att läsaren lättare skall kunna jämföra de olika studiernas kvalitet. Författarna granskade de utvalda artiklarna utifrån granskningsmallen för kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar (se Bilaga 2) oberoende av varandra. Därefter diskuterade författarna sina tolkningar och resultaten sammanvägdes. De få olikheter som uppstod i den individuella granskningen berodde på författarnas bristande erfarenheter av kvalitetsgranskning. Resultaten av den kritiska granskningen dokumenterades i sammanställning av kritisk granskning av vetenskapliga artiklar (se Bilaga 3). Av de granskade artiklarna bedömdes 7 ha hög vetenskaplig kvalitet, 4 medelhög vetenskaplig kvalitet och ingen låg vetenskaplig kvalitet.

Steg 6. Sammanställa bevisen

Det finns flera sätt att sammanställa bevisen. Forskargruppen kan göra en subjektiv bedömning av resultatet. Tillsammans kommer de fram till gemensamma slutsatser eller konsensus. Ett annat sätt är att välja ut ett resultat som anses bättre än de andra. Denna metod är dock svag om de olika studierna visar motsatta resultat. Forskargruppen kan också jämföra studier med positivt och negativt resultat. Slutsatser dras av de som är flest till antal (SBU, 1993). En meta-analys kan utföras då många olika studiers resultat vägs samman med hjälp av statistiska metoder. Styrkan är att även små men betydelsefulla skillnader tillsammans kan visa användbara resultat. Svagheten är de systematiska fel som kan uppkomma och ge ett falskt positivt resultat. Vid tolkning och sammanställning av bevis bör man ta hänsyn till i vilket sammanhang studien är genomförd (Willman & Stoltz, 2002).

Författarna gjorde en subjektiv bedömning av resultaten och drog tillsammans slutsatser av dessa. Resultaten kategoriserades utifrån varje artikels interventionsmetod och författarnas frågeställningar då detta föreföll mest naturligt.

Steg 7. Formulera rekommendationer baserade på bevisens kvalitet

Forskargruppens rekommendationer skall vara relaterade till kvaliteten på bevisen. Det skall framgå för läsaren hur säker forskargruppen var när de formulerade sina rekommendationer (SBU, 1993).

Eftersom författarna är relativt oerfarna när det gäller bedömning av kvaliteten på artiklarnas bevis formuleras inga rekommendationer. Däremot ges förslag på hur resultaten kan implementeras i klinisk verksamhet.

RESULTAT

Resultatet redovisas utifrån litteraturstudiens syfte och är indelat i teman utifrån frågeställningarna.

Omvårdnadsåtgärder beträffande den fysiska miljön

Här redovisas omvårdnadsåtgärder, som kan utföras av sjuksköterskan i syfte att förändra den fysiska vårdmiljön och därmed skapa gynnsamma förutsättningar för patientens sömn.

Varm dryck

Varm dryck har enligt McDowell m fl (1998) goda effekter på sömnen. I en prospektiv kohortstudie undersöktes om ett ickefarmakologiskt sömnprotokoll kunde förbättra sömnen för 111 äldre patienter på sjukhus. Deltagarna hade varierande medicinska diagnoser. Sömprotokollet bestod av tre delar, fem minuters massage, varm dryck och avslappningsband. Deltagarna fick välja vilken eller vilka delar av protokollet de ville motta. Som varm dryck erbjöds patienten en kopp mjölk eller örtte. Den subjektiva sömnen mättes genom att varje patient dagligen fick ge poäng på sin sömn på en skala från ”mycket dålig” till ”mycket bra”. Den subjektiva sömnkvaliteten förbättrades signifikant för de patienter som valt varm dryck som intervention.

Ljudsänkning

Ljudet på en IVA-avdelning går att sänka med hjälp av beteendeförändringar hos personalen, visade Kahn m fl (1998) i en kvantitativ studie. Studien bestod av två faser. Under den första fasen identifierades de ljudkällor som orsakade de högsta ljudnivåerna på avdelningarna. Detta gjordes både subjektivt, av en observatör, och objektivt, med hjälp av en decibelmätare. Under den andra fasen genomförde all personal på avdelningen ett interventionsprogram under tre veckor för att minska de höga ljudnivåerna. Interventionsprogrammet innebar att stänga av teven i patientens rum om den inte användes, ha personsökaren på vibrator, minimera användandet av snabbtelefon, införa strikta restriktioner för besökstid och antal besök samt undvika onödiga konversationer vid patientens säng. Läkare och annan personal som tillfälligt vistades på avdelningen blev informerade om interventionen och ombedda att respektera avdelningens regler. Resultatet visade att medelljudnivån sänktes under alla tidsperioder utom mellan klockan 00 och 06. Mellan klockan 06 och 12 sjönk ljudet från 82,2 decibel före interventionen till 79,5 efter interventionen. Mellan klockan 12 och 18 var motsvarande siffror 82,7 respektive 78,5 decibel. Under tidsperioden 18 till 00 sjönk ljudnivån från 80,3 till 77,5 decibel. Enligt US Environmental Protection Agency bör ljudnivån på sjukhus inte överstiga 45 decibel på dagen och 35 på natten.

Patientorienterad vård

Att förändra rutinerna på ett vårdhem har positiva effekter på dagsömnen. Detta visade Matthews m fl (1996) i en kvantitativ longitudinell studie med 33 dementa patienter. Studien pågick under 16 veckor och delades in i två perioder. Mätningar av sömnen utfördes i mitten och slutet av varje period. Sömnen mättes med två skalor, en för dagsömnen och en för nattsömnen. På nattskalan representerade 0 ostörd nattsömn, och 6 konstant störd nattsömn. På dagskalan representerade 0 frånvaro av tupplur på dagen, och 6 kontinuerlig dåsighet. Under de första 8 veckorna arbetade sjuksköterskorna strikt rutinorienterat. Sjuksköterskorna såg till att de boende noggrant följde avdelningens rutiner och tidpunkter för måltider, toalettbesök, avdelningsaktiviteter, uppstigning samt sänggående. Under de sista 8 veckorna lät sjuksköterskorna de boende själv bestämma så mycket som möjligt när det gäller ovanstående aspekter. Måltiderna serverades fortfarande på fasta tider, men de patienter som inte ville äta då fick maten undansatt till sig. Hjälp erbjöds de patienter som behövde vid t ex uppstigning, men ingen tvingades att stiga upp om de uttryckte eller visade ovilja. Resultatet visade att dagsömnen ökade signifikant mellan vecka 8 och 12. På dagskalan förändrades poängen från

2.97 till 3.82. Inga signifikanta förändringar sågs på nattsömn.

KAM och ickefarmakologiska omvårdnadsåtgärder

Här redovisas komplementära, alternativa och ickefarmakologiska omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kan utföra i syfte att skapa gynnsamma förutsättningar för patientens sömn.

Avslappning

Olika typer av avslappning är en effektiv ickefarmakologisk metod för att hjälpa patienter med sömnstörningar. I en kvantitativ kontrollerad studie av Simeit m fl (2004) undersöktes hur 229 cancersjuka (bröst-, njur- och prostatacancer) patienters sömn påverkades av två olika avslappningstekniker, progressiv muskelavslappning (PMR) och autogen träning (AT). Deltagarna delades in i tre grupper, en kontrollgrupp och två interventionsgrupper. Deltagarna i interventionsgrupperna fick välja mellan två avslappningstekniker; autogen träning och progressiv muskelavslappning. Båda grupperna fick tre standardiserade lektioner å 1 timme där de informerades om sömn, felaktiga uppfattningar om sömnstörningar, avslappningstekniker, sömnhygien, stimuluskontrollteknik och kognitiva tekniker som tankestopp och guidad bildframställning. Ett kassetband med instruktioner till den specifika avslappningstekniken delades ut och skulle användas dagligen. Kontrollgruppen fick en standardbehandling som innefattade specifik fysisk träning för att minska handikapp, råd om kost och medicin samt avslappningsträning. Information om hur man aktiverar psykiska resurser och tillämpar en hälsosam livsstil gavs gruppvis.

Hos deltagarna i interventionsgrupperna sågs positivt signifikanta effekter på sömnen. Sömnlatensen (den tid det tar att somna, mätt i minuter) hade för PMR-gruppen minskat med 27 minuter vid interventionens slut. AT-gruppens sömnlatens hade vid interventionens slut minskat med ca 25 minuter. Sömn-durationen (sömlängden mätt i minuter) hade vid interventionens slut ökat med ca 41 minuter hos PMR-gruppen och med ca 53 minuter hos AT-gruppen. Den subjektiva sömneffektiviteten (total sömntid, mätt i procent) hade vid interventionens slut förbättrats hos PMR-gruppen med 10,7 % och hos AT-gruppen med 12,3 %. Den subjektiva sömnkvaliteten mättes på en skala från 1 till 3, låga poäng representerade bättre sömnkvalitet. Sömnkvaliteten förbättrades hos PMR-gruppen, poängen sjönk från 2,1 till 1,5 efter interventionen. Hos AT-gruppen sjönk den från 2,0 till 1,4. Inga negativa effekter associerade med interventionerna hittades och resultatet visade att båda teknikerna fungerade lika bra.

I studien av ett ickefarmakologiskt sömnprotokoll av McDowell m fl (1998) framkom även att avslappning har goda effekter på sömnen. Denna del av interventionen bestod av ett avslappningsband innehållande klassisk musik eller ljud från naturen. Deltagarna kunde lyssna med hörlurar eller med en bandspelare placerad bredvid sängen. Den subjektiva sömnen förbättrades signifikant hos de som lyssnat på avslappningsband.

En kombination av avslappning och guidad bildframställning har positiva effekter på sömnen. Detta framkom i en kvantitativ randomiserad kontrollerad experimentell studie av Richardson (2003), där 36 IVA-patienter deltog. Den subjektiva sömnkvaliteten mättes under tre morgnar med hjälp av en VSH-skala (Verran and

Snyder-Halpern). Parametrarna som mättes var bl a antal uppvaknande, sömnduration, sömndjup och antal tupplurar under dagen. Författaren till denna studie valde att räkna ihop poängen från sömnfragmentation och sömndjup vilket benämndes sömnpoäng. Interventionen utgick från ett skriftligt protokoll som forskaren framställt. Interventionen gavs under två kvällar på rad mellan klockan 17.00 – 19.00 och varade mellan 13 och 18 minuter. Deltagaren började med att fokusera på att slappna av i sina muskler från tårna upp till huvudet och samtidigt andas djupt. Forskaren guidade deltagaren i avslappningen genom att t ex säga:

” You notice you feel relaxed and secure. You are in control of your body, and how relaxed you are ”. (s 185, Författarnas kursivering)

Den andra delen av interventionen bestod av guidad bildframställning. Deltagaren fick beskriva sin favoritplats i hela världen att slappna av på, hur det såg ut, hördes, kändes och luktade. Forskaren guidade sedan deltagaren utifrån den valda bilden:

” With your next breath, you feel the sun on your arms, the perfect temperature of the breeze. You feel your body walking along the trail as you move easily through the meadow, past the trees. You are comfortable, relaxed and happy /.../.” (s 185, Författarnas kursivering)

Deltagarnas sömn förbättrades efter interventionen. Männens sömn blev snabbt bättre medan kvinnornas sömn först blev sämre och sedan bättre.

Massage

Massage har god effekt på sömnen. I en kvantitativ randomiserad kontrollerad studie av Soden m fl (2004) undersöktes effekten av aromaterapimassage jämfört med enbart massage på 42 cancerpatienter på en hospiceavdelning. Patienterna delades in i tre grupper, två interventionsgrupper och en kontrollgrupp. Den ena interventionsgruppen fick massage med en neutral massageolja. Den andra interventionsgruppen fick massage med lavendelolja, vilken valdes för sin lugnande och analgetiska effekt. De två massagegrupperna fick 30 minuters standardiserad ryggmassage en morgon i veckan i fyra veckor. Föregående natts subjektiva sömnkvalitet mättes med en VSH-skala (Verran and Snyder-Halpern). Mätningar utfördes före massagen och på morgonen dagen efter. Sömnkvaliteten förbättrades signifikant hos båda interventionsgrupperna.

I studien av det ickefarmakologiska sömnprotokollet av McDowell m fl (1998) framkom att även massage har positiva effekter på den subjektiva sömnen. Under massagen som gavs i fem minuter låg patienten på sidan i sängen. Massagen som gavs kvällstid bestod av långsamma, rytmiska strykningar över hela ryggen. Den subjektiva sömnkvaliteten förbättrades signifikant för de patienter som valt massage som intervention.

I en kvantitativ kvasiexperimentell studie av Smith m fl (2002) undersöktes vilken effekt terapeutisk massage hade på den subjektiva sömnkvaliteten hos 41 cancerpatienter. Inga signifikanta förändringar sågs på sömnen, som dock förbättrades lite. Sömn mättes med en VSH-skala där patienten fick ge poäng på 8 olika sömnfrågor. Sömnfrågorna handlade om: antal uppvaknanden, hur många gånger

man rörde sig under sömnen, den totala sömntiden, sömnlåtelsen (hur lång tid det tog att somna), sömndjupet, hur det kändes vid uppvaknandet och hur nöjd patienten var med sömnen. Patienterna fick 15-30 minuters massage vid olika tidpunkter på dygnet. Massagen gavs i patientens säng vid tre separata tillfällen under en veckas tid. Den massagetyp som gavs var klassisk massage bestående av strykningar och knådningar.

Akupressur

Akupressur har goda effekter på sömnkvaliteten. Detta framkom i en kvantitativ, randomiserad, kontrollerad studie av Tsay och Chen (2003). Studien genomfördes på 98 patienter med avancerad njursjukdom. Deltagarna delades in i en interventionsgrupp, en grupp som fick simulerad akupressur och en kontrollgrupp. Interventionsgruppen mottog akupressur tre gånger i veckan i fyra veckor på tre speciellt utvalda akupressurpunkter som anses förbättra sömnen. De tre punkterna var Shenmen (HT7) på öronen och händerna samt Yungchuan (K11) på fötterna. Akupressurpunkternas precision konfirmerades av deltagarna genom att de kände t ex smärta eller värme. Varje akupressurtillfälle inleddes med fem minuters massage för att deltagaren skulle slappna av. Därefter gavs akupressur i tre minuter på varje akupressurpunkt d v s totalt 9 minuters akupressur.

Den subjektiva sömnkvaliteten mättes med en PSQI-skala (Pittsburgh Sleep Quality Index), som mätte sju olika sömnparametrar. Deltagaren bedömde varje parameter på en skala från 0 (inga problem) till 3 (stora problem). Varje deltagare fyllde även i en sömndagbok. Anteckningar gjordes om vilken tid deltagaren vaknat och total vakenhetstid under natten. Sömnkvaliteten bedömdes på en skala från 0 (värsta tänkbara sömn) till 10 (mycket god sömn). Deltagarna i akupressurgruppen upplevde en subjektivt bättre sömnkvalitet. Poängen på PSQI-skalan minskade från 1,56 före interventionen till 1,03 efter interventionen. Sömnlatensen (den tid det tar att somna) förbättrades, poängen minskade från 2,12 till 1,41. Sömn-durationen (sömlängden) ökade, poängen minskade från 1,76 till 1,44. Sömdagboken visade att sömnkvaliteten förbättrades, poängen steg från ca 5 före interventionen, till ca 7 efter interventionen. Den totala vakenhetstiden under natten minskade från ca 55 minuter före interventionen, till ca 20 minuter efter interventionen (Tsay & Chen, 2003).

Öronakupressur har god effekt på sömnen. I en kvantitativ randomiserad kontrollerad experimentell studie av Suen m fl (2002) undersöktes hur öronakupressur med hjälp av magnetpärlor påverkade den objektiva och subjektiva sömnen hos 120 patienter på tolv äldreboende. Deltagarna delades in i två kontrollgrupper (n=2x30) och en experimentgrupp (n= 60). Interventionen innebar att deltagarna fick magnetpärlor på sju av örats akupressurpunkter, ett öra i taget behandlades. Magnetpärlorna gav ett tryck på de specifika akupressur-punkter som anses förbättra sömnen. Deltagarens öra steriliserades med 75 % alkohol. Magnetpärlorna applicerades på den känsligaste delen av akupressur-punkten, vilken lokaliserades med hjälp av en Potentiometer, vilket är en elektrisk detektor. Var tredje dag togs magnetpärlorna bort för att undvika lokal hudirritation. Öronen behandlades växelvis tre dygn under tre veckor.

Mätning av sömnen utfördes med hjälp av en ankelactigraf, vilken objektivt mätte olika sömnparametrar som visade deltagarens nattliga aktivitet och dygnrytms-

profil. Vid interventionens slut hade den totala nattliga sömntiden ökat med ca 35 minuter och sömneffektiviteten förbättrats med ca 5 %. Sömnlatensen (den tid det tar att somna) förbättrades signifikant jämfört med båda kontrollgrupperna. För interventionsgruppen tog det ca 19 minuter att somna och för kontrollgrupperna tog det ca 21 respektive 27 minuter. Antalet uppvaknanden var signifikant färre hos interventionsgruppen jämfört med kontrollgrupperna. Interventionsgruppen vaknade i genomsnitt 17 gånger per natt jämfört med kontrollgrupperna som vaknade 19 respektive 22 gånger. Den totala vakenhetstiden efter insomnandet var efter interventionen ca 90 minuter för interventionsgruppen och ca 127 respektive 145 minuter för kontrollgrupperna.

Ljusbehandling

Ljusbehandling minskar störningar i dygnsrytmen. Detta visade Satlin m fl (1992) i en kvantitativ studie som pågick i tre veckor. Tio alzheimerspatienter blev exponerade för konstgjort ljus två timmar varje kväll under en veckas tid. Under ljusbehandlingen satt patienten i en geriatrik stol (ergonomisk stol designad för att användas av individer med rörelseinskränkningar), framför en skärm med lysrör som gav 1500-2000 lux. Störningar i dygnsrytmen mättes avseende hur mycket patienten sov på dagen respektive var vaken på natten. Sjuksköterskan mätte den subjektiva dygnsrytmen före, under och efter interventionen på en fyrgradig skala tre gånger per dygn. Den objektiva dygnsrytmen registrerades med en portabel mätare som patienten bar i sin ficka de sista 48 timmarna varje vecka. Resultaten från båda mätningarna visade att den nattliga aktiviteten minskade under interventionen. Den steg lite under veckan efter interventionen men var fortsatt lägre än veckan innan interventionen genomfördes.

Liknande resultat visas i en kvantitativ studie av Fetveit och Bjorvatn (2004). Författarna undersökte långtidseffekterna av ljusbehandling på sömnstörningar hos 11 dementa patienter på ett vårdboende. Den två veckor långa interventionen bestod av exponering för konstgjort ljus i två timmar varje morgon. Behandlingen gavs någon gång mellan klockan 08.00 och 11.00. En speciell ljusbox som gav ca 6000 – 8000 lux placerades framför varje patient vid frukostbordet på ett avstånd av ca 60 – 70 cm. Sönnen mättes med en actigraf som patienten bar runt vristen dygnet runt. Sjuksköterskorna registrerade dessutom vilken tid patienten gick och la sig (definierad som när lampan släcktes) samt när han steg upp (definierat som när lampan tändes). Med hjälp av dessa mätningar räknades ett antal sömnparametrar ut. Resultatet visade att sömneffektiviteten förbättrades från 72,9 % före interventionen till 85,6 % under interventionen. Fyra veckor efter interventionen var sömneffektiviteten 77,5 % d v s fortfarande bättre än före. Sömnlatensen (mätt i timmar och minuter) förbättrades från 1:17 före interventionen till 0:17 under interventionen. Efter 12 veckor var sömnlatensen 0:42.

Patientundervisning

I studien av Simeit m fl (2004) framkom att även patientundervisning främjar god sömn. Forskningsfrågan var hur sönnen påverkades av två avslappningsinterventioner. Deltagarna delades in i tre grupper; en kontrollgrupp och två interventionsgrupper. Deltagarna i kontrollgruppen fick standardbehandling som innefattade specifik fysisk träning för att minska handikapp, råd om kost och medicin samt avslappningsträning (två till tre gånger i veckan). Undervisning om hur man aktiverar psykiska resurser och tillämpar en hälsosam livsstil gavs gruppvis.

Resultatet visade en signifikant förbättring av sömnen hos kontrollgruppen. Sömnlatensen hade vid interventionens slut minskat med 5,9 minuter. Efter 6 månader hade den sjunkit med ytterligare 4,9 minuter. Även sömndurationen förbättrades, vid interventionens slut hade den ökat med 12,9 minuter. Sömn-effektiviteten ökade från 61,5 % före interventionen till 65,3 % vid interventionens slut. Patienterna upplevde också en bättre sömnkvalitet. Den subjektiva sömnkvaliteten mättes på en skala från 1 till 3, låga poäng representerade bättre sömnkvalitet. Poängen sjönk från 2,1 före interventionen till 1,6 under interventionen. Efter 6 månader upplevde patienterna fortfarande en bättre sömnkvalitet, 1,4 poäng.

DISKUSSION

Diskussionen är indelad i två delar, metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Under arbetet med projektplanen var syftet att ta reda på hur patienter sover på sjukvårdsinrättningar. Under pilotsökningen visade många studier att patienterna sov dåligt på sjukhus. Författarna blev nyfikna på vad sjuksköterskan kan göra för att förbättra patienternas sömn. Utifrån detta formulerades studiens syfte och frågeställningar. Författarna är medvetna om att Goodmans (SBU, 1993) arbets-sätt inte till fullo följts, då forskningsproblemet ändrats. Med den kunskap författarna har idag om Goodmans (SBU, 1993) arbetssätt är det troligt att detta skulle kunna följas bättre vid en framtida studie. Då tidigare forskning visade att patienterna sov dåligt, ville författarna undersöka vad sjuksköterskan kan göra för att främja deras sömn. Målet var att belysa olika omvårdnadsåtgärder och därför ansåg författarna att en litteraturstudie var det lämpligaste valet av metod. Det hade även varit intressant att göra en empirisk studie för att undersöka vilka egen-vårdsmetoder och önskemål patienten har när det gäller att främja sömnen.

Författarna valde att endast inkludera studier där deltagarna sov på någon form av sjukvårdsinrättning. Troligtvis är det i denna miljö allmänsjuksköterskan oftast kommer i kontakt med sömnproblem. Dessutom visade tidigare forskning att sjukvårdsmiljön i sig gör att patienterna sover sämre än de gör hemma. Detta inklusionskriterium föreföll mest relevant med tanke på allmänsjuksköterskans arbetsuppgifter. Denna inklusion underlättade också avgränsning av syftet. Endast studier där vuxna deltagare ingick inkluderades. Allmänsjuksköterskan möter främst vuxna patienter. Endast artiklar på engelska och skandinaviska språk inkluderades eftersom det är dessa språk författarna behärskar. Författarnas kunskaper i engelska är begränsade när det gäller fackspråk då det inte är deras modersmål. Detta har möjligen påverkat tolkningen av artiklarna.

Ambitionen var att inkludera både kvantitativa och kvalitativa studier i resultatet. Under litteratursökningen påträffades inga kvalitativa studier. Kvantitativa randomiserade kontrollerade studier anses bäst kunna svara på frågan om vilken behandling eller åtgärd som är mest effektiv (Forsberg & Wengström, 2003). Detta kan vara orsaken till att enbart kvantitativa artiklar påträffades.

Författarnas tidsplan fick justeras något under arbetets gång. Detta kan ha berott på bristande kunskaper och erfarenheter i litteratursökning och granskning av vetenskapliga artiklar. Veckoplaneringarna som gjordes underlättade för författarna att strukturera sin tid.

Sökning med andra MeSH-termer och sökord hade troligtvis kunnat tillföra arbetet andra resultat. Arbetets omfång och tidsram avgjorde författarnas begränsningar i litteratursökningen. De booleska sökoperatörerna OR och NOT användes inte, då relevanta träffar erhöles ändå. Tid hade möjligtvis besparats om OR och NOT använts.

Effektiv litteratursökning är enligt Goodman (SBU, 1993) en kunskap som utvecklas av erfarenhet. Med den kunskap författarna har nu hade litteratursökningen troligtvis blivit mer effektiv och fler relevanta träffar hade kunnat erhållas.

Författarnas utgångspunkter för kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar (se Bilaga 1) utarbetades utifrån Polit m fl (2001), Willman & Stoltz (2002) och Vad är en vetenskaplig artikel? från Karolinska institutets Universitetsbibliotek (15 nov 2004). Författarna anser att dessa tre källor tillsammans ger en stark grund för utgångspunkter för kvalitetsbedömning. Granskningsmallen för kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar (se Bilaga 2) utarbetades utifrån Bilaga 1. Författarna valde att inte specificera vissa kriterier t ex antal ord i titel och abstract eftersom vetenskapliga tidskrifter har olika bestämmelser för detta.

I denna litteraturstudie kvalitetsbedömdes alla aspekter som lika värdefulla och kunde få maximalt två poäng. Efter genomförandet av kvalitetsbedömningen insåg författarna att olika aspekter i bedömningen bör ha olika värde. Metoddelen borde ha kunnat få högre maxpoäng än t ex titeln. Vid denna tidpunkt hade arbetet framskridit så pass långt att författarna valde att inte göra några förändringar i utgångspunkterna för kvalitetsbedömning. En förändring av poängsättningen hade eventuellt kunnat leda till en mer nyanserad bedömning av artiklarnas kvalitet.

Sammanställningen av den kritiska granskningen av artiklarna redovisas i Bilaga 3. Här kan läsaren tydligt följa författarnas granskning av varje enskild artikel. I artikelsammanfattningen (se Bilaga 4) kan läsaren snabbt bilda sig en uppfattning om varje enskild artikels innehåll.

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen utgår från de två huvudrubriker resultatet är presenterat under. Diskussionen anknyts till litteraturen i bakgrunden. Det finns flera ickefarmakologiska interventioner som kan främja patientens sömn. Litteraturgranskningen visade att dessa är varm dryck, ljudsänkning, patientorienterad vård, avslappning, massage, akupressur, ljusbehandling och patientundervisning

Omvårdnadsåtgärder beträffande den fysiska miljön

I studien av McDowell m fl (1998) av det ickefarmakologiska sömnprotokollet fick patienterna varm dryck, örtte eller mjölk. Detta visade sig ha goda effekter på den subjektiva sömnkvaliteten. Det framkom även att användandet av sedativa

hypnotika minskade med 23 % under interventionen med hela sömnprotokollet. Detta ser författarna som betydelsefullt då det har ett flertal positiva effekter för patienterna. Biverkningar kan undvikas, sömnen blir bättre och de blir troligtvis piggare under dagen. Risken att utveckla ett beroende vid en lång vårdtid minskar eventuellt. Det är därför betydelsefullt att minska användandet av sådana läkemedel, vilket kan göras bl a med varm dryck. De patienter som ingick i denna studie hade olika medicinska diagnoser. I studien diskuterar författarna att användandet av sedativa sömnläkemedel ökar risken för att utveckla delirium, och menar därför att det är viktigt att försöka minska användandet av dessa.

Regelbundet användande av hypnotika bör enligt Läkemedelsverket (22 dec 2004) undvikas bland annat p g a residualeffekten (den normala dagsfunktionen påverkas), toleransutveckling och missbruksrisken. Ett långvarigt hypnotikabruk upprätthåller dessutom sömnproblem.

Udén m fl (1999) visade att användandet av läkemedel som t ex hypnotika ökade fallrisken med ca 50 % för äldre patienter. Två tredjedelar av alla recept på bensodiazepinhypnotika i allmänvården skrivs ut till kvinnor och mer än hälften av recepten till patienter över 65 år (Läkemedelsverket, 22 dec 2004). Kvinnligt kön efter menopausen (d v s med sjunkande östrogenhalt) och hög ålder är riskfaktorer för osteoporos (Ericson & Ericson, 2002). Författarna till denna litteraturstudie anser därför att det är av allra största vikt att använda KAM och icke-farmakologiska omvårdnadsåtgärder vid sömnbrist i syfte att minska hypnotikabruket.

Författarna anser att varm dryck är en mycket användbar intervention i klinisk verksamhet. Metoden är enkel och går snabbt att utföra. Varje enskild sjuksköterska kan utföra detta d v s hela avdelningen behöver inte vara involverad i ett arbetssätt. För att utföra denna enkla intervention behövs varken fortbildning, material eller ekonomiska resurser. I dagens ansträngda sjukvårdbudget är detta en mycket användbar intervention för all vårdpersonal. En viss ekonomisk besparing kan dessutom göras då interventionen kan minska användandet av läkemedel. Ytterligare en fördel är att patienten att fortsätta med varm dryck hemma. Denna studie är gjord på äldre patienter men interventionen lämpar sig väl för de flesta patientgrupper.

I ett flertal studier har det framkommit att störande ljud är en av de faktorer som medverkar till att patienterna sover dåligt på sjukhus. Jönsson (1995) skriver att ljud som är oväntade är allra mest störande för den sovande. I studien av Kahn m fl (1998) identifierades ett antal ljud som störde patientens sömn på en IVA-avdelning. De ljud som störde mest kom från samtal, teve, larmklockor och telefoner. Interventionen sänkte ljudet men ljudnivåerna var fortfarande ca 30 decibel över rekommendationerna. Ljudnivån sänktes inte mellan klockan 00 och 06. Författarna påpekar i studiens diskussion att detta troligtvis berodde på att det under denna tidsperiod inte förekom lika mycket ljud som på dagen.

Det kan finnas flera anledningar till att ljudnivåerna endast sänktes marginellt. Det framgår inte i studien om all personal var lika motiverade och intresserade av att genomföra interventionen. En anledning till detta kan ha varit att beslutet att genomföra interventionen inte var tillräckligt implementerat i personalgruppen.

En del av orsakerna till ljudstörningarna kan vara svåra att påverka, t ex luftkonditionering, ventilation och olika former av larm. En del av larmen skulle dock kunna vara ljudlösa, eventuellt med ljus- eller vibratorsignal istället.

Vid sömn på sjukhus är patienten i en ny och främmande miljö. Det är troligt att patienten störs av de ljud som förekommer där och inte i hemmet. Kahn m fl (1998) har i en tidigare studie sett ett samband mellan ljudnivåer över 80 decibel och uppvaknande från sömnen. Ett flertal av orsakerna till ljudstörningarna kan åtgärdas. Författarna anser att alla sjuksköterskor bör ta ett personligt ansvar för att hålla ljudnivån låg i sjukhusmiljön. Ett förslag för att minska ljuden är att tillhandahålla hörlurar till de patienter som önskar att se på tv eller lyssna på radio. Enkelrum hade naturligtvis varit den mest ideala lösningen för att undvika att patienten blir störd av ljud från medpatienter. Personalen bör använda skor med gummisula och inte klapprande skor. Dörrar och skåp bör öppnas och stängas med försiktighet. En decibelmätare som larmar vid oacceptabla ljudnivåer hade varit önskvärt på varje avdelning.

Enligt Jönsson (1995) är även ljus sömnstörande. Det vore därför önskvärt om dörrarna till patientrummen kunde hållas stängda och ljuset i korridorerna minskas.

I studien av Matthews m fl (1996) ökade patienternas dagsömn när vården blev patientorienterad. Nattsömnen förändrades inte. Under den första perioden av studien såg personalen till att patienterna inte sov på dagen. När vården blev patientorienterad valde många patienter att ta en tupplur på dagen. Patienterna fick ökad dagsömn och oförändrad nattsömn d v s den totala sömnlängden under dygnet ökade.

Det är naturligtvis inte önskvärt att patienter vänder dygnet, vilket inte heller skedde i denna studie. Många äldre har flera vakenhetsperioder under natten. Uppvaknanden sker ofta mellan REM-perioderna på bekostnad av NonREM-sömnen vilket leder till en minskad sömneffektivitet. Detta kompenseras ofta med dagliga tupplurar (Jönsson, 1995). Det är alltså ett naturligt behov för många äldre att ta en tupplur på dagen. Att nattsömnen inte förändrades kan därför ha berott på de äldres fysiologiska sömnmönster. Sjuksköterskan bör därför uppmuntra äldre patienter som känner sig trötta att ta en tupplur på dagen. Halvorsen Bastøe och Frantsen (1998) påpekar vikten av att sjuksköterskan informerar patienten om sömnens normalvariationer.

Arbets sättet som används i studien kan kanske vara svårt att fullt ut implementera och administrera på en vanlig vårdavdelning. Fasta tider för ronder, provtagnin-gar, undersökningar och behandlingar kan försvåra detta arbetssätt. Sjuksköterskan kan ändå, så långt det är möjligt, ta hänsyn till patientens individuella sömnvanor. Det är viktigt att sjuksköterskan varje morgon får en fullständig rapportering angående patientens natt och sömn. Det är av största vikt att både dag- och natt personal noggrant dokumenterar patientens dag- och nattsömn. Ehnfors (2000) menar att uppgifter som gäller patientens sömn och vila ska dokumenteras. En noggrann beskrivning av både personalens objektiva observationer och patientens subjektiva upplevelse ska finnas. Enligt Halvorsen Bastøe och Frantsen (1998) måste sjuksköterskan kartlägga patientens sömnmönster och faktorer som

påverkar detta.

Patientorienterad vård bör på ett vårdhem eller liknande vara relativt enkelt att implementera då rondar, provtagningar, undersökningar och behandlingar inte förekommer i lika stor utsträckning som på en vårdavdelning. Tid för måltider, skötsel av patientens personliga hygien m m kan i stor utsträckning påverkas av sjuksköterskan. Det bör alltid vara sjuksköterskans högsta prioritet att se till patientens individuella behov.

Matthews m fl (1996) diskuterar positiva effekter av interventionen även för personalen. De blev mindre stressade och kunde därmed ge en bättre vård. I dagens stressade samhälle med hög arbetsbelastning och sjukskrivningsfrekvens, är det av största vikt att använda ett arbetssätt som ger goda effekter för både patienter och personal.

KAM och ickefarmakologiska omvårdnadsåtgärder

I studien av Simeit m fl (2004) påvisades att två olika avslappningstekniker, progressiv muskelavslappning (PMR) och autogen träning (AT), hade goda effekter på sömnen hos cancersjuka patienter. Cancer är en vanlig sjukdom och prevalensen av sömnstörningar är hög hos dessa patienter. Dessa patienter kan dessutom vara infektionskänsliga i vissa stadier av sjukdomen och behandlingen. Enligt Åkerstedt (2002) leder sömnbrist till ett försämrat immunförsvar, därför är det av extra vikt att främja dessa patienters sömn. En studie av denna karaktär är mycket betydelsefull för att sjuksköterskan ska kunna främja cancerpatientens sömn.

Progressiv muskelavslappning innebär att man växelvis spänner och slappnar av musklerna. De flesta av kroppens muskler arbetas igenom. Tekniken minskar psykisk spänning, ångslan och oro. Patienten lär sig tekniken på 1-2 veckor och den bör tillämpas 15 minuter 1-2 gånger om dagen (Sahlin, 21 dec 2004). Autogen träning är en metod för avspänning och självhypnos. Den går ut på att via det autonoma nervsystemet påverka psykosomatiska funktioner såsom stress, spänningar och oro. Patienten tränas i att framkalla självhypnos. Övningarna indelas i sex stadier som bygger på varandra (Alternativmedicin, 21 dec 2004).

Studiens deltagare var uppdelade i tre grupper, två interventionsgrupper och en kontrollgrupp. De två interventionsgrupperna mottog PMR eller AT samt tre standardiserade lektioner om sömn. Den valda metoden gör att det inte framgår i resultatet om det var avslappningsteknikerna eller lektionerna som hade effekt på sömnen. Det hade varit intressant att veta om enbart de standardiserade lektionerna hade haft någon effekt. I så fall hade enbart lektioner även kunnat användas som intervention mot sömnstörningar. Kombinationen av avslappningsteknik och lektioner är tidskrävande och därmed kostsam. Enbart avslappningsteknik eller lektioner hade troligtvis varit enklare för sjuksköterskan att använda i klinisk verksamhet. Användandet av hypnotika halverades i interventionsgrupperna. Detta är naturligtvis en stor vinst för både patienter och personal av samma anledningar som nämnts tidigare i diskussionen av McDowells (1998) studie.

Läkemedelsverket (22 dec 2004) anser att icke farmakologisk behandling är ett bra alternativ vid akuta sömnsvårigheter och primärbehandling vid kroniska sömnsvårigheter d v s mer än tre veckor. De behandlingsmetoder som rekom-

menderas är bl a information, avspänning och ljusbehandling.

I studien av det ickefarmakologiska sömnprotokollet (McDowell m fl, 1998) användes också ett avslappningsband som främjade sömnen. Denna litteraturstudies författare anser att dessa metoder är mycket användbara. Interventionerna, som utgörs av avslappningsband, är enkla att använda för både patienter och personal. Även svårt sjuka, sängliggande patienter kan använda sig av dessa interventioner då de kan utföras i sängen. En annan stor fördel är att patienterna kan fortsätta att använda avslappningsbanden hemma. Metoderna är även kostnadseffektiva. Ett antal avslappningsskivor finns att köpa på Apoteket.

Kombinationen av avslappning och guidad bildframställning har goda effekter på den subjektiva sömnkvaliteten (Richardson, 2003). Denna intervention är mer tidskrävande. Det kan vara svårare att motivera sjuksköterskan att utföra denna intervention när det finns snabbare och enklare metoder t ex avslappningsskivor. En annan nackdel jämfört med avslappningsskivorna är att patienten inte kan genomföra interventionen själv och därmed inte fortsätta med den hemma.

Två av de inkluderade studierna (Soden m fl, 2004, McDowell m fl, 1998) redovisade god effekt av massage på sömnen. I Soden m fl:s (2004) artikel användes lavendelolja eller neutral olja under den 30 minuter långa massagen. Föreliggande litteraturstudies författare ser både för- och nackdelar med denna intervention. För de patienter som uppskattar massage blir det en positiv upplevelse och en stund av njutning. Patienten och sjuksköterskan får tid att samtala och bygga upp en förtroendefull relation. Det kan även vara avslappnande för sjuksköterskan då hon får tid att i lugn och ro samtala med patienten om denne så önskar. Nackdelar kan vara att inte alla patienter uppskattar en sådan intim kontakt i sjukvårdsmiljö. Möjligheterna till avskildhet kan vara begränsade vilket eventuellt försvårar genomförandet av interventionen. Metoden är tidskrävande vilket kan göra det svårt att motivera sjuksköterskan att genomföra den. Eftersom denna massage tar 30 minuter är metoden mycket bekvämare för patienten om en massagebänk finns tillgänglig.

I McDowells (1998) studie gavs fem minuters långsam, mjuk ryggmassage, vilket hade goda effekter på sömnen. Eftersom denna intervention har kortare behandlingstid är det lättare för sjuksköterskan att ta sig tid. Massagen kan ges utan att patienten behöver vara avklädd, eftersom ingen massageolja används. De patienter som eventuellt känner sig obekväma av att vara avklädda kan kanske lättare acceptera denna metod. Vid denna behandling ligger patienten på sidan i sängen vilket för en del patienter är lättare och mindre smärtsamt än att ligga på magen.

I Smith m fl:s (2002) studie sågs ickesignifikanta men svagt positiva effekter av massage på sömnen. Att ingen signifikant förbättring på sömnen sågs kan ha berott på att massagen endast gavs under en vecka. Studiens författare har inte kommenterat detta.

Kontrollgruppen i samma studie samtalade i 20 minuter tre gånger under en veckas tid med sjuksköterskan om frågor rörande avslappningstekniker, stresshantering, behandlingar och frågor om cancer samt livsutmaningar. Kontroll-

gruppens sömn hade vid studiens slut signifikant försämrats. Författarna till studien nämner ingenting om de tänkbara orsakerna till kontrollgruppens försämrade sömn. En orsak till detta kan, enligt denna litteraturstudies författare, ha varit de tankar och funderingar kring sjukdomen som väcktes hos patienterna under samtalerna med sjuksköterskan.

Smith m fl (2002) diskuterar att massagetekniken är lätt att lära ut till familjemedlemmar och personal så att den kan utföras även i hemmet. De menar även att massagetekniken bör ingå i sjuksköterskeutbildningen både teoretiskt och praktiskt, genom att integreras i den kliniska utbildningen.

Sjuksköterskan ska enligt *lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531)* utföra omvårdnadsåtgärder i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Enligt denna lag krävs inte behörighet och legitimation för massörer och det är inte heller en skyddad yrkestitel. Detta gör att även sjuksköterskan kan utbilda sig i och utföra massage som legitimerad sjuksköterska.

I McDowell m fl:s (1998) studie ingick tre olika interventioner, varm dryck, avslappningsband och ryggmassage. När flera av interventionerna mottogs förbättrades sömnen ytterligare. Eftersom de tre interventionerna är enkla och går snabbt att utföra borde det inte vara några svårigheter för sjuksköterskan att kombinera dessa.

Akupressur kommer ursprungligen från den traditionella kinesiska medicinen och bygger på samma teori som akupunktur. Vid akupressur trycker man mjukt men fast med fingrarna på speciella punkter (akupunkter) istället för att sätta nålar som vid akupunktur. Metoden upplevs som behaglig och stillsam (Axelsons gymnastiska institut, 20 dec 2004).

I studien av Tsay och Chen (2003) framkom att akupressur har goda effekter på sömnkvaliteten. Deltagarna i studien var svårt njursjuka dialyspatienter. Enligt Ericson och Ericson (2002) gör både sjukdomen i sig och dialysen att dessa patienter upplever en stark trötthet. Det är därför av största vikt att främja dessa patienters sömn.

Tsay och Chen (2003) diskuterar att akupressurtekniken enkelt kan läras ut till patienterna, så att de kan fortsätta med den hemma. Denna litteraturstudies författare antar därför att denna metod troligtvis är relativt enkel för sjuksköterskan att lära sig. Det finns ett flertal kurser i akupressur som lämpar sig väl som fortbildning för sjuksköterskor. Trots den ofta ansträngda sjukvårdsbudgeten måste en sådan typ av fortbildning anses som en investering för både patienter och personal eftersom sömnkvaliteten förbättras.

Suen m fl (2002) visade i sin studie att öronakupressur med magnetpärlor har god effekt på sömnen. Magnetpärlor på akupressurpunkter är en terapeutisk metod där magnetiska fält i kroppen utnyttjas för att bota sjukdom och främja hälsa. Denna litteraturstudies författare blev vid fyndet av ovan nämnda resultat något funder samma över intervention. Efterforskningar visade dock att denna behandlingsmetod troligen är väl etablerad, speciellt i Kina där studien är gjord.

Suen m fl:s (2002) ambition var att studiens resultat skulle väcka ett globalt intresse för fortsatt forskning på området, vilket skulle kunna leda till en implementering av den evidensbaserade metoden i klinisk verksamhet. Deras synsätt stämmer väl överens med det ökande intresset för komplementär och alternativ behandling som även ses här i Sverige.

I sin diskussion menar Suen m fl (2002) att metoden är kostnadseffektiv, hygienisk och har få biverkningar. Metoden var även uppskattad av patienterna och lätt att ta till sig. Författarna till föreliggande litteraturstudie ser ytterligare fördelar med akupressur. Även personer som är stickrädda kan tillgodogöra sig denna metod. Den går snabbt att utföra och kräver inga stora personalinsatser. Det är en stor fördel med denna intervention med tanke på att tidsbrist ofta åberopas i dagens stressade arbetsmiljö.

I Satlin m fl: s (1992) studie om ljusbehandling sågs goda effekter på dygnsrytmen. Patienternas nattliga aktivitet minskade. Även Fetveit och Bjorvatn (2004) studerade effekterna av ljusbehandling på sömnen. I den förstnämnda gavs behandlingen på kvällen och i den sistnämnda på morgonen, vilket kan ha påverkat resultaten. Ljusbehandling på morgonen gör att dygnsrytmen flyttas så att patienten vaknar upp tidigare nästa dag. Om behandlingen ges på kvällen blir effekten den motsatta d v s patienten sover längre på morgonen. Tidpunkten för ljusbehandlingen väljs utifrån patientens typ av dygnsrytmsstörning (Läkemedelsverket, 22 dec 2004).

De senaste åren har ljusstyrkan ökat för att minska behandlingstiden från ca 2 timmar till 30 minuter (Nettdoktor, 22 dec 2004). Den starkare ljusbehandlingen i Fetveit och Bjorvatn:s (2004) studie beror troligtvis på att den är gjord år 2004. Behandlingstiden är dock densamma i de båda studierna vilket kan förefalla lite märkligt.

I andra länder är det vanligt att patienten får sitta framför en skärm med lysrör under behandlingen. I Sverige ges ljusbehandling i speciella rum och därför krävs det att ett sådant finns tillgängligt. Ljusbehandling kräver utrustning och ekonomiska resurser. Detta gör att denna intervention inte är lika enkel att genomföra som de tidigare interventionerna i denna litteraturstudie. Behandlingen kräver minimalt med tid av sjuksköterskan medan det för patienten är tidskrävande. För patienten är det troligtvis mer tilltalande att få ljusbehandling vid frukostbordet vilket patienterna fick i Fetveit och Bjorvatn:s (2004) studie än att sitta i en geriatrisk stol framför en skärm vilket patienterna i Satlin m fl:s (1992) studie gjorde.

Författarna har inkluderat två artiklar med ljusbehandling som intervention eftersom den ena var betydligt nyare. Fetveit och Bjorvatn:s (2004) studie är gjord i Norge som har likartade ljusförhållanden som Sverige. Denna studies resultat är därför överförbart till svenska patienter och den svenska vården.

I Simeit m fl:s (2004) studie fick kontrollgruppen patientundervisning för att främja god sömn. Enligt Klang Söderkvist (2001) är patientundervisningens främsta mål att stödja och stärka patientens kontroll över sin sjukdom och behandling. Stöd ges också för att patienten skall skaffa sig eller upprätthålla förmågan och

möjligheten att hantera kraven i det dagliga livet. Syftet med undervisningen är även att möjliggöra optimal läkning, förhindra försämring samt minska risken för komplikationer och återfall. Patientundervisningen består även av en känslomässig del där patienten får tillfälle att bearbeta känslor och reaktioner. Enligt *hälso- och sjukvårdslagen* (SFS 1982: 763) skall varje patient ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder som finns för undersökning, vård och behandling av den aktuella sjukdomen. Ett sätt att tillgodose patients rätt till information kan således vara patientundervisning.

Deltagarna i Simeit m fl:s (2004) studie fick avslappningsträning två till tre gånger i veckan. Det framgår inte hur ofta de fick den övriga undervisningen. Denna intervention kräver inget material och är därmed kostnadseffektiv. Det är även tidseffektivt att undervisa en grupp istället för en enskild patient. Andra fördelar med denna metod är att patienterna kan få stöd av de övriga patienterna i gruppen. Det är också ett utmärkt tillfälle för patienten att ställa frågor och samtala med sjuksköterskan. Även för sjuksköterskan kan det kännas tillfredställande att ha avsatt tid för en grupp patienter.

Förslag till fortsatt forskning

Ett förslag till fortsatt forskning är en empirisk undersökning i syfte att kartlägga vilka omvårdnadsåtgärder patienterna hade önskat att allmänsjuksköterskan utförde i syfte att främja sömnen. Då det finns många studier gjorda på tyska inom KAM området, hade det varit intressant om någon som behärskar detta språk hade gjort en undersökning med liknande syfte som föreliggande litteraturstudie. KAM området är väl etablerat i den kinesiska kulturen och det tar oerhört lång tid att lära sig det kinesiska språket grundligt. Därför vore det intressant om någon svensktalande med kinesiskt ursprung genomförde en liknande studie.

Slutsats

Ett flertal studier har visat att många patienter sover dåligt på sjukvårdsinrättningar och det är därför av största vikt att allmänsjuksköterskan främjar deras sömn. Resultaten i föreliggande litteraturstudie visar att detta kan göras med relativt enkla interventioner. Det har även framkommit att användandet av hypnotika kan minskas vid utförandet av omvårdnadsåtgärder beträffande den fysiska miljön och KAM omvårdnadsåtgärder. En del av interventionerna kan varje enskild sjuksköterska implementera i den kliniska verksamheten. Följande interventioner är enkla, tidseffektiva och kräver minimalt med utbildning, material och ekonomiska resurser:

- ? *Varm dryck* – varm mjölk eller örtte
- ? *Ljudsänkning* – varje enskild sjuksköterska
- ? *Avslappning* – avslappningsband med klassisk musik eller ljud från naturen
- ? *Massage* – fem minuters ryggmassage

Nedanstående interventioner kräver lite mer tid, utbildning, material och ekonomiska resurser för implementering i den kliniska verksamheten:

- ? *Ljudsänkning* – hela arbetslaget
- ? *Patientorienterad vård*
- ? *Avslappning* – progressiv- och autogen träning, guddad bildframställning
- ? *Massage* – aromaterapimassage, klassisk massage
- ? *Akupressur* – öron- hand- och fotakupressur, öronakupressur med magnetpärlor
- ? *Ljusbehandling*
- ? *Patientundervisning*

Författarnas förhoppning är att varje patient får en god natts sömn då de vistas på en sjukvårdsinrättning. Sjuksköterskans målsättning när det gäller sömn ska därför vara att ingen patient behöver begära utskrivning p g a sömnbrist.

REFERENSER

- Almås, H & Berntzen, H (2002) Allmän postoperativ och posttraumatisk omvårdnad. I: Almås, H (Red) *Klinisk omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber.
- Alternativmedicin (www.alternativmedicin.se > Behandlingsformer > Autogen träning), 2004-12-21.
- Axelsons gymnastiska institut (www.axelsons.se > Kurser/utbildningar > Akupressur), 2004-12-20.
- Dyregrov, A (2002) *Lilla sömnboken – handbok för folk som vill sova bättre*. Lund: Studentlitteratur.
- Ehnfors, M m fl (2000) *VIPS-boken – Om en forskningsbaserad modell för dokumentation och omvårdnad i patientjournalen*. Vårdförbundet FoU 48. Stockholm: Vårdförbundet.
- Eklöf, M Red (2004) *Perspektiv på komplementär medicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Eklöf, M & Kullberg, A (2004) *Komplementär medicin – forskning, utveckling, utbildning*. Linköpings universitet: Landstingsförbundet.
- Ericson, E & Ericson T (2002) *Medicinska sjukdomar – specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Falkenberg, T (2002) Komplementärmedicin. *Vård*, 2, 8-13.
- Fetveit, A & Bjorvatn, B (2004) The effects of bright-light therapy on actigraphical measured sleep last for several weeks post-treatment. A study in a nursing home population. *Journal of Sleep Research*, 13, 153-158.
- Forsberg, C & Wengström, Y (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Halvorsen Bastøe, L-K & Frantsen, A-M (1998) Sömn och vila. I: Kristoffersen, N (Red) *Allmän omvårdnad del 3*. Stockholm: Liber.
- Herold, A (2000) En studie om patienters upplevelser av sin nattvila på sjukhus. *Examensarbete i omvårdnad, 10 p*. Malmö Högskola: Hälsa och samhälle.
- Hodgson, L (1991) Why do we need sleep? Relating theory to nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1503-1510.
- Jönsson, T (1995) *Sömn – faktorer som påverkar sömn under sjukhusvistelsen*. Lund: Studentlitteratur.

- Kahn m fl (1998) Identification and modification of environmental noise in an ICU setting. *Chest*, 114(2), 535-540.
- Karolinska institutet: Universitetsbiblioteket
><http://micr.kib.ki.se/netahtml/arti.html>< 2004-12-16
- Klang Söderkvist, B Red (2001) *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristoffersen, N J Red (1998) *Allmän omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber.
- Läkemedelsverket ><http://www.mpa.se/workshops/reko/somn.shtml>< 2004-12-22
- Matthews m fl (1996) Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 439-447.
- McDowell m fl (1998) A nonpharmacologic sleep protocol for hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 700-705.
- Milton, A (2002) Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration. *Läkartidningen*, 99(11), 1214-1216.
- Netdoktor ><http://netdoktor.passagen.se/?lngItemID=3756>< 2004-12-22
- Polit m fl (2001) *Essentials of Nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Reid, E (2001) Factors affecting how patients sleep in the hospital environment. *British Journal of Nursing*, 10(14), 912-915.
- Richardson, S (2003) Effects of relaxation and imagery on the sleep of critically ill adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22(4), 182-190.
- Sahlin, T Väger ut ur stressen.
>http://www.smarta.nu/allmanhet/akomma/stress/_pdf/Stressboken.pdf< 2004-12-21
- Satlin m fl (1992) Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 149(8), 1028-1032.
- SBU (1993) *Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices*. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*.
- SFS 1985:562. *Patientjournallag*.
- SFS 1998:531. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*.

- Simeit m fl (2004) Sleep management training for cancer patients with insomnia. *Support Care Cancer*, 12, 176-183.
- Smith m fl (2002) Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 257-262.
- Soden m fl (2004) A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliative Medicine*, 18, 87-92.
- SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården.*
- SOSFS 1995:15. *Socialstyrelsens allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska.*
- Southwell, M T & Wistow, G (1995) Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met? *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1101-1109.
- Statistiska centralbyrån
>http://www.scb.se/templates/tableOrChart___48627.asp< 2004-12-27
- Stockholmare och den komplementära medicinen. Stockholms läns landsting
>http://www.sll.se/cs-media/w_org/xyz/000020486.pdf< 2004-09-30
- Suen m fl (2002) Effectiveness of auricular therapy on sleep promotion in the elderly. *The American Journal of Chinese Medicine*, 30(4), 429-449.
- Svensk Läkarförening för Komplementär Medicin
><http://www.komplementarmedicin.org/ideprogramslkm04.doc>< 2004-09-29
- Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt (1999) *Sova gott på sjukhus*. Trelleborgs lasarett avd. 5.
- 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, 1-7.
- Udén m fl (1999) Use of initial risk assessment and recording as the main nursing intervention in identifying risk of falls. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 145-152.
- Vad är en vetenskaplig artikel? Karolinska institutet: Universitetsbiblioteket
>http://kib.ki.se/student/KIB_vet_art.pdf< 2004-11-15
- Webster, R & Thompson, D (1986) Sleep in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 447-457.
- Willman, A & Stoltz, P (2002) *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Åkerstedt, T (2002) *Sömnens betydelse för hälsa och arbete: fakta och goda råd.*
Järvsö: Bauer bok.

BILAGOR

Bilaga 1: Utgångspunkter för kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar

Bilaga 2: Kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar

Bilaga 3: Sammanställning av kritisk granskning av vetenskapliga artiklar

Bilaga 4: Artikelsammanfattning

Bilaga 1

Utgångspunkter för kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar. Utarbetad utifrån Polit m fl (2001), Willman och Stoltz (2002) och Vad är en vetenskaplig artikel? från Karolinska institutets Universitetsbibliotek (15 nov 2004).

Titel: I kvalitativa studier beskriver titeln vilken grupp som skall studeras och det centrala fenomenet. I kvantitativa studier beskriver titeln de bestämda och obestämda variablerna samt vilken grupp som skall studeras.

Abstract: Ger en beskrivning av vad studien handlar om, författarnas forskningsfrågor, vilken metod de har använt sig av, hur resultatet blev samt hur detta kan användas i praktiken. Artikelns eventuella nyckelord granskades för att se om dessa svarade mot syftet.

Introduktion/Bakgrund: Bekantar läsaren med syftet, frågeställningar och/eller den hypotes som ska prövas. Det ska även finnas bakgrundsfakta om fenomenet som studerats, tidigare forskning samt en presentation av studiens framtida värde.

Metod: Metodbeskrivningen ska vara så detaljerad och noggrann att forskningsprocessen kan följas och upprepas. Interventionen ska vara beskriven.

- ? Urval/bortfall: Här skall beskrivas vilka inklusions- och exklusionskriterier som använts vid urvalet. Antal deltagare och bortfall redovisas.
- ? Datainsamling: Hur datainsamlingen gått till eller hur intervjun genomförts och vilken forskningsdesign som använts. Mätmetoder och instrument t ex intervjuguide skall beskrivas. (Gatekeeper, intervjuguide, intervjustruktur, intervjuplats o s v).
- ? Databearbetning: Databearbetningen ska vara noggrant beskriven.
- ? Etiska överväganden: En vetenskaplig artikel skall vara godkänd av en etisk kommitté eller av ett universitet. Författarna skall enligt Helsingforsdeklarationen (Milton, 2002) beskriva vilka åtgärder de vidtagit för att skydda deltagarnas anonymitet och integritet. Forskaren skall beskriva att informanterna har lämnat sitt samtycke.

Resultat: Här presenteras resultatet av dataanalysen, vilket ofta beskrivs och förtydligas med tabeller och figurer. I en kvantitativ studie ingår även statistiska analyser. Resultatet ska dessutom innehålla en demografisk beskrivning av deltagarna. Även oväntade eller negativa resultat skall redovisas.

Diskussion: Forskaren ska dra slutsatser om resultatet, samt dra slutsatser om varför detta blev som det blev. Forskaren skall ge förslag på hur resultatet kan implementeras i klinisk verksamhet samt ge förslag till fortsatt forskning. Författarnas bakgrund och förförståelse ska i en kvalitativ studie redovisas liksom förtjänster och brister med studien.

Referenser: Referenserna ska vara aktuella och relevanta. Forskaren ska ha diskuterat sina referenser.

Bilaga 2

Kvalitetsbedömning av vetenskapliga artiklar.

Titel: _____

Författare: _____

Ja = 2 poäng, delvis = 1 poäng, nej = 0 poäng

Är titeln relevant?	Ja	Delvis	Nej
Beskriver abstract studiens innehåll?	Ja	Delvis	Nej
Är syftet tydligt beskrivet?	Ja	Delvis	Nej
Innehåller introduktionen/bakgrunden relevanta och tillräckliga uppgifter?	Ja	Delvis	Nej
Är urval och bortfall redovisat?	Ja	Delvis	Nej
Är datainsamlingen väl beskriven?	Ja	Delvis	Nej
Är databearbetningen väl beskriven?	Ja	Delvis	Nej
Är etiska aspekter redovisade?	Ja	Delvis	Nej
Är resultatet väl genomarbetat?	Ja	Delvis	Nej
Är resultatet presenterat på ett korrekt sätt utifrån metodval?	Ja	Delvis	Nej
Är syfte och frågeställning besvarade?	Ja	Delvis	Nej
Är diskussionen väl genomarbetad?	Ja	Delvis	Nej
Är referenserna relevanta?	Ja	Delvis	Nej

12-16 = Låg vetenskaplig kvalitet

17-21 = Medelhög vetenskaplig kvalitet

22-26 = Hög vetenskaplig kvalitet

Poäng: _____

Bilaga 3

Sammanställning av kritisk granskning av vetenskapliga artiklar.

Ja = 2 poäng, delvis = 1 poäng, nej = 0 poäng

12-16 poäng = Låg vetenskaplig kvalitet
17-21 poäng = Medelhög vetenskaplig kvalitet
22-26 poäng = Hög vetenskaplig kvalitet

Titel: The effects of bright-light therapy on actigraphical measured sleep last for several weeks post-treatment. A study in a nursing home population

Författare: Fetveit, A & Bjorvatn, B

Är titeln relevant? 2 poäng

Ja

Beskriver abstract studiens innehåll? 1 poäng

Abstractet ger en bra bild av vad studien handlar om, dess syfte och deltagare. Vilken metod som använts framgår inte. Resultatet beskrivs på ett intressant och utförligt sätt. Relevanta nyckelord finns.

Är syftet tydligt beskrivet? 2 poäng

Syftet finns tydligt beskrivet i både abstract och introduktion.

Innehåller introduktionen/bakgrunden relevanta och tillräckliga uppgifter? 2 poäng

Lättförståelig introduktion som beskriver bakgrundsfakta om det studerade fenomenet. Tidigare forskning finns beskrivet liksom behovet av studien.

Är urval och bortfall redovisat? 1 poäng

Inklusions- och exklusionskriterierna är tydligt beskrivna. Antal deltagare är beskrivet liksom bortfallet och orsakerna till detta.

Är datainsamlingen väl beskriven? 1 poäng

Otydligt beskriven forskningsdesign. Mätinstrumenten som använts är mycket väl beskrivna liksom hur de subjektiva mätningarna gjordes.

Är databehandlingen väl beskriven? 2 poäng

Bra beskrivning av analysprogrammen och vad de användes till.

Är etiska aspekter redovisade? 2 poäng

Studien är godkänd av en etisk kommitté. Informerat skriftligt samtycke inhämtades från deltagarnas anhöriga.

Är resultatet väl genomarbetat? 2 poäng

Demografisk data finns beskriven i metoden, tabell över denna saknas dock. I övrigt är resultatet mycket väl genomarbetat.

Är resultatet presenterat på ett rekommenderat sätt utifrån metodval? 2 poäng

Resultatet är mycket lätt att tillgodogöra sig genom löpande text och omfattande, tydliga tabeller.

Är syfte och frågeställning besvarade? 2 poäng

Mycket lätt att hitta svar på frågeställningen i både abstract och resultat.

Är diskussionen väl genomarbetad? 2 poäng

Författarna har jämfört sitt resultat med tidigare forskning. Studiens förtjänster och brister är diskuterade och förslag på fortsatt forskning ges.

Är referenserna relevanta? 2 poäng

Referenserna är relevanta och aktuella.

Totalt antal poäng: 23 poäng = hög vetenskaplig kvalitet

Titel: Identification and modification of environmental noise in an ICU setting

Författare: Kahn m fl.

Är titeln relevant? 2 poäng

Ja.

Beskriver abstract studiens innehåll? 2 poäng

Studiens två frågeställningar är beskrivna liksom metoden. Författarna redogör för var studien gjordes, vilka som deltog i den, interventionen och resultatet. Nyckelord finns som svarar mot vårt syfte.

Är syftet tydligt beskrivet? 2 poäng

Tydligt beskrivet både i abstract och introduktion.

Innehåller introduktionen/bakgrunden relevanta och tillräckliga uppgifter? 1 poäng

Kort men innehållsrik bakgrund. Författarna refererar ofta till två tidigare studier om höga ljudnivåer på deras sjukhus. Kunde ha refererat till fler studier om ljudnivåer gjorda på andra sjukhus. Beskrivning av framtida värde saknas.

Är urval och bortfall redovisat? 1 poäng

Urvalet är beskrivet, all personal på de två avdelningarna ingick i studien. Oklart hur många som ingick i studien. Inget bortfall är beskrivet.

Är datainsamlingen väl beskriven? 2 poäng

Datainsamlingen är utförligt beskriven både när det gäller mätinstrument och vem som utförde mätningarna.

Är databehandlingen väl beskriven? 2 poäng

Mycket noggrann och utförlig beskrivning.

Är etiska aspekter redovisade? 0 poäng

Etiska aspekter är inte redovisade.

Är resultatet väl genomarbetat? 2 poäng

Resultatet är väl genomarbetat och lätt att förstå tack vare rubrikindelning och lättförståligt språk.

Är resultatet presenterat på ett rekommenderat sätt utifrån metodval? 1 poäng

Demografisk data om deltagarna saknas. Resultaten presenteras i tydliga tabeller och löpande text.

Är syfte och frågeställning besvarade? 2 poäng

Lätt att hitta svar på båda forskningsfrågorna.

Är diskussionen väl genomarbetad? 1 poäng

Författarna drar slutsatser om resultaten och ger förslag på hur dessa kan användas i klinisk verksamhet. Det konstateras att fortsatt forskning är nödvändig men inga konkreta förslag ges.

Studiens eventuella brister är inte diskuterade.

Är referenserna relevanta? 2 poäng

Ja.

Totalt antal poäng: 20 poäng = medelhög vetenskaplig kvalitet.

Titel: Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home

Författare: Matthews m fl.

Är titeln relevant? 2 poäng

Ja

Beskriver abstract studiens innehåll? 1 poäng

Syfte och frågeställningar är tydligt beskrivna. Metoden framgår men kunde varit tydligare beskriven. Resultatet är redovisat men inte hur det kan användas i praktiken. Nyckelord saknas.

Är syftet tydligt beskrivet? 2 poäng

Syftet är tydligt beskrivet både i abstract och inledning. Forskningsfrågorna är väl beskrivna och begreppen är definierade.

Innehåller introduktionen/bakgrunden relevanta och tillräckliga uppgifter? 2 poäng

Kort men väl genomarbetad. Lättläst tack vare bra rubrikindelning. Gedigen redovisning av tidigare forskning. Studiens framtida värde är presenterat.

Är urval och bortfall redovisat? 2 poäng

Inklusions- och exklusionskriterier finns beskrivna liksom antal deltagare. Bortfallet är redovisat utom i ett fall där det inte framgår varför den personen ej fullföljde deltagandet i studien.

Är datainsamlingen väl beskriven? 1 poäng

Forskningsdesignen är tydligt beskriven. Validerade mätinstrument har använts. Datainsamlingen är beskriven men kunde varit mer utvecklad.

Är databehandlingen väl beskriven? 1 poäng

Databehandlingen är inte beskriven under metoden. I resultatet nämns vilka instrument som använts vid dataanalysen men dessa är inte beskrivna.

Är etiska aspekter redovisade? 2 poäng

Studien är godkänd av en etisk kommitté samt av vårdhemschefen. Skriftligt samtycke från patientens närmast anhöriga erhöles.

Är resultatet väl genomarbetat? 1 poäng

Demografisk data är hämtad ur patientjournaler men är inte beskriven. Resultatet är väl genomarbetat.

Är resultatet presenterat på ett rekommenderat sätt utifrån metodval? 2 poäng
Presenterat i löpande text under egna rubriker utifrån frågeställningarna. Tabellerna är tydliga och relevanta.

Är syfte och frågeställning besvarade? 2 poäng
Syftet och frågeställningarna är besvarade på flera ställen.

Är diskussionen väl genomarbetad? 2 poäng
Indelad efter författarnas två frågeställningar. Studiens brister samt det negativa resultatet diskuteras. Författarna ger förslag på fortsatt forskning.

Är referenserna relevanta? 2 poäng
Omfattande och relevanta referenser.

Totalt antal poäng: 22 poäng, hög vetenskaplig kvalitet

Titel: A nonpharmacologic sleep protocol for hospitalized older patients

Författare: McDowell m fl.

Är titeln relevant? 2 poäng
Ja.

Beskriver abstract studiens innehåll? 2 poäng

Innehåller syfte, kortfattad metodbeskrivning, intervention och resultat. Kortfattade slutsatser av resultatet dras och hur dessa kan användas i klinisk verksamhet. Nyckelord saknas.

Är syftet tydligt beskrivet? 2 poäng

Studien har två syften som är väldefinierade både i abstract och bakgrund.

Innehåller introduktionen/bakgrunden relevanta och tillräckliga uppgifter? 2 poäng
Relevant bakgrundsfakta och tidigare forskning på området redovisas. Behovet av studien förklaras liksom det framtida värdet för klinisk verksamhet.

Är urval och bortfall redovisat? 1 poäng

Inklusions- och exklusionskriterier är redovisade och motiverade. Urvalsförfarandet är väl redovisat. Eventuellt bortfall redovisas inte.

Är datainsamlingen väl beskriven? 2 poäng

Studien är en kvantitativ, prospektiv kohortstudie. Datainsamlingen är väl beskriven. Termer som används är väl definierade. All data erhöles genom användandet av standardiserade instrument.

Är databehandlingen väl beskriven? 2 poäng

Dataanalysen är väl beskriven. Författarna motiverar och förklarar sina val av tester och dataprogram.

Är etiska aspekter redovisade? 1 poäng

Studien är godkänd av ett universitet och sjukhuset där studien genomfördes. Muntligt samtycke erhöles från deltagarna eller deras anhöriga. Bristfällig beskrivning av vilka åtgärder författarna vidtagit för att skydda deltagarnas anonymitet.

Är resultatet väl genomarbetat? 2 poäng

Demografisk data inhämtades från deltagarnas medicinska journaler vilket presenteras i en tabell. Resultatet är väl genomarbetat.

Är resultat presenterat på ett korrekt sätt utifrån metodval? 2 poäng

Resultatet är väl redovisat i tabeller och löpande text.

Är syfte och frågeställning besvarade? 2 poäng

Frågan är tydligt besvarad i resultatet.

Är diskussionen väl genomarbetad? 2 poäng

Författarna har dragit slutsatser av resultatet och diskuterat detta mot bakgrundsfakta och tidigare forskning. Studiens styrka, begränsningar, brister och metodval diskuteras. Författarna ger förslag på hur resultatet kan användas i klinisk verksamhet vilket motiveras.

Är referenserna relevanta? 2 poäng

Referenserna är relevanta och diskuteras av författarna.

Totalt antal poäng: 24 poäng = hög vetenskaplig kvalitet.

Titel: Effects of relaxation and imagery on the sleep of critically ill adults

Författare: Richardson, S

Är titeln relevant? 2 poäng
Ja

Beskriver abstract studiens innehåll? 2 poäng

Syfte, metod, resultat och praktisk användning av resultaten finns beskrivet. Nyckelord saknas.

Är syftet tydligt beskrivet? 2 poäng

Syftet är tydligt beskrivet och lätt att hitta under en egen rubrik.

Innehåller introduktionen/bakgrunden relevanta och tillräckliga uppgifter? 2 poäng

Kort men innehållsrik bakgrund. Behovet av studien och dess framtida värde framgår.

Är urval och bortfall redovisat? 2 poäng

Inklusions- och exklusionskriterier är beskrivna. Urval och bortfall är redovisat. Randomisering till de olika grupperna beskrivs.

Är datainsamlingen väl beskriven? 2 poäng

Valet av forskningsdesign framgår tydligt och är motiverat. Författaren diskuterar och motiverar valet av instrument och visar med flera referenser att det är validerat. Hela datainsamlingen är detaljerat beskriven med illustrerande exempel. Läsaren ombeds att kontakta författaren för att erhålla det fullständiga interventionsprogrammet.

Är databehandlingen väl beskriven? 2 poäng

Val av databehandlingsprogram är motiverade och beskrivna.

Är etiska aspekter redovisade? 1 poäng

Etiskt tillstånd är inhämtat både från en kommitté och från de två aktuella sjukhusen. Deltagarna har informerats och därefter lämnat sitt samtycke till deltagande. Det framgår inte hur samtycket lämnades.

Är resultatet väl genomarbetat? 2 poäng

Demografisk data presenteras i tabellform och är lätt att förstå. Validitet och reliabilitet av mätinstrumenten är utförligt beskrivet under en egen rubrik. Författaren förkastar sin hypotes och har redovisat detta.

Är resultatet presenterat på ett rekommenderat sätt utifrån metodval? 2 poäng

Lättförståligt i löpande text och tabeller.

Är syfte och frågeställning besvarade? 2 poäng

Författarens förkastar sin hypotes. Delar av frågeställningen fick positivt signifikanta svar.

Är diskussionen väl genomarbetad? 2 poäng

Studiens brister är diskuterade. Under en egen rubrik diskuteras hur resultatet kan användas i klinisk verksamhet. Förslag till fortsatt forskning ges utifrån studiens brister och den förkastade hypotesen.

Är referenserna relevanta? 2 poäng

Omfattande och relevant referenslista.

Totalt antal poäng: 25 poäng = hög vetenskaplig kvalitet.

Titel: Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with alzheimer's disease

Författare: Satlin m fl.

Är titeln relevant? 2 poäng

Ja.

Beskriver abstract studiens innehåll? 2 poäng

Abstract ger en bra beskrivning av vad studien handlar om, vilken forskningsdesign som använts, interventionen samt hur resultatet blev. Nyckelord saknas.

Är syftet tydligt beskrivet? 2 poäng

Syftet presenteras i form av en hypotes både i abstract och i introduktionen.

Innehåller introduktionen/bakgrunden relevanta och tillräckliga uppgifter? 2 poäng

Beskrivning av tidigare forskning är omfattande och relevant. Studiens framtida värde saknas.

Är urval och bortfall redovisat? 0 poäng

Antal deltagare redovisas. Beskrivning av urval saknas. Att alla deltagare hade samma diagnos beskrivs men om detta är en beskrivning eller ett inklusionskriterium går inte att utläsa. Exklusionskriterier saknas. Studien hade inget bortfall.

Är datainsamlingen väl beskriven? 1 poäng

Interventionen är detaljerat beskriven. Oklart om instrumenten som använts är validerade eller ej. Referenser till dessa saknas. Oklart om olika personer utförde mätningarna.

Är databehandlingen väl beskriven? 2 poäng

Analysmetoden och de olika testerna som använts är beskrivna.

Är etiska aspekter redovisade? 1 poäng

Det framgår inte om studien är godkänd av en etisk kommitté. Skriftligt samtycke inhämtades från informanternas anhöriga.

Är resultatet väl genomarbetat? 1 poäng

Korrekt men svårläst resultatredovisning.

Är resultatet presenterat på ett rekommenderat sätt utifrån metodval? 2 poäng

Resultatet är redovisat i tabeller samt i löpande text.

Är syfte och frågeställning besvarade? 2 poäng

Svar på frågeställningen finns men är inte presenterad som ett verifierande eller falsifierande av hypotesen vilket upplevs som inkonsekvent.

Är diskussionen väl genomarbetad? 2 poäng

Diskussionen är mycket väl genomarbetad men svårläst. Författarna ger många olika förslag på fortsatt forskning och diskuterar även bristerna med studien.

Är referenserna relevanta? 2 poäng

Ja.

Totalt antal poäng: 21 poäng = medelhög vetenskaplig kvalitet.

Titel: Sleep management training for cancer patients with insomnia.

Författare: Simeit m fl.

Är titeln relevant? 2 poäng

Ja.

Beskriver abstract studiens innehåll? 1 poäng

Beskriver tydligt vilka som ingick i studien och hur resultatet blev. Otydligt vilken forskningsdesign som använts. Nyckelord finns som svarar mot vårt syfte.

Är syftet tydligt beskrivet? 2 poäng

Syftet är tydligt beskrivet i abstract och introduktion.

Innehåller introduktionen/bakgrunden relevanta och tillräckliga uppgifter? 2 poäng

Innehållsrik och omfattande introduktion. Läsvänligt tack vare rubrikindelning och lättförståelig engelska.

Är urval och bortfall redovisat? 1 poäng

Det finns inga specificerade inklusions- och exklusionskriterier. Under metodrubriken finns en kort beskrivning av deltagarna, det är dock svårt att utläsa om detta är inklusionskriterierna eller bara en beskrivning. Författarna har inte redovisat om de hade något bortfall och vad detta i så fall berodde på.

Är datainsamlingen väl beskriven? 2 poäng

Forskningsdesignen är otydligt beskriven. Gedigen beskrivning av de instrument och frågeformulär som använts.

Är databearbetningen väl beskriven? 2 poäng

Relevant beskrivning som förklarar vad de olika testerna används till.

Är etiska aspekter redovisade? 2 poäng

Författarna har arbetat efter principen att inte göra skada. Studien är godkänd av en etisk kommitté. Det framgår tydligt att författarna lämnat information om studien till deltagarna samt informerat dem om att deltagandet är frivilligt. Det framgår dock inte hur informanterna lämnat sitt samtycke.

Är resultatet väl genomarbetat? 2 poäng

Demografisk data är väl beskriven i en omfattande tabell. Resultatet är indelat i rubriker vilket gör det tydligt och enkelt att förstå.

Är resultatet presenterat på ett rekommenderat sätt utifrån metodval? 2 poäng

Lättförståelig presentation i löpande text och tabeller.

Är syfte och frågeställning besvarade? 2 poäng

Författarna hade två frågeställningar. Den ena är väl besvarad i denna artikel. Den andra frågeställningen kommer att redovisas i en kommande artikel.

Är diskussionen väl genomarbetad? 1 poäng

Resultaten är jämförda med tidigare forskning. Interventionsvalet är väl diskuterat. Studiens brister är otydligt diskuterade. Flera förslag till fortsatt forskning ges.

Är referenserna relevanta? 1 poäng

I artikelreferenserna saknas volymnummer på tidskrifterna vilket försvårar uppsökandet av artiklarna.

Totalt antal poäng: 22 poäng, hög vetenskaplig kvalitet.

Titel: Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients

Författare: Smith m fl.

Är titeln relevant? 1 poäng

Beskriver inte fenomenet som studeras, den obestämda variabeln saknas.

Beskriver abstract studiens innehåll? 2 poäng

Utförlig beskrivning av syfte, metod och resultat. Beskriver hur resultatet kan användas i klinisk verksamhet. Relevanta nyckelord.

Är syftet tydligt beskrivet? 2 poäng

Syftet beskrivs i abstract och i introduktionen redovisas forskningsfrågan. Fyra hypoteser testas.

Innehåller introduktionen/bakgrunden relevanta och tillräckliga uppgifter? 2 poäng

Gedigen och intressant bakgrund. Läsaren blir väl insatt i vilken forskning som finns på området.

Författarna har redogjort för den teoretiska referensram de använt sig av.

Är urval och bortfall redovisat? 2 poäng

Inklusions- och exklusionskriterier är definierade. Antal deltagare finns beskrivet. Mycket bra beskrivning av hur urvalet gick till. Bortfallet är redogjort för och diskuterat.

Är datainsamlingen väl beskriven? 2 poäng

Forskningsdesignen och valet av denna finns beskriven. Beskrivningen av datainsamlingsprocessen är detaljerad och lätt att följa. Mätinstrumenten är detaljerat beskrivna och refererade till. De två interventionerna förklaras under en egen rubrik.

Är databehandlingen väl beskriven? 2 poäng

De statistiska test som använts är beskrivna.

Är etiska aspekter redovisade? 2 poäng

Studien är godkänd av en etisk kommitté. Deltagarna fick detaljerad information om studien.

Information gavs om att vården inte skulle påverkas om de avstod från att delta. Samtycke lämnades, hur detta gjordes framgår inte. Interventionen gavs gratis och deltagarna fick ingen ersättning för att medverka.

Är resultatet väl genomarbetat? 1 poäng

Demografisk data finns presenterad under metoden. Mycket kortfattad resultatredovisning.

Är resultatet presenterat på ett rekommenderat sätt utifrån metodval? 1 poäng

Resultatet presenteras mycket kortfattat i löpande text och en tabell.

Är syfte och frågeställning besvarade? 2 poäng

Tydligt beskrivet vilka hypoteser som verifierades och vilka som falsifierades.

Är diskussionen väl genomarbetad? 1 poäng

Intressant diskussion där författarna jämfört sina resultat med tidigare forskning. Många förslag på hur resultatet kan användas i klinisk verksamhet. Studiens brister diskuteras och förslag på fortsatt forskning ges. Diskussion om de negativa resultaten saknas.

Är referenserna relevanta? 1 poäng

Få referenser. En stor del av dem är 10-15 år gamla.

Totalt antal poäng: 21 poäng = medelhög vetenskaplig kvalitet.

Titel: A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting

Författare: Soden m fl.

Är titeln relevant? 1 poäng

Beskriver inte vilken effekt av interventionen som ska studeras.

Beskriver abstract studiens innehåll? 1 poäng

Syftet är bristfälligt beskrivet. Metod och intervention är väl beskrivet. Resultatet är redovisat.

Nyckelord som svarar mot vårt syfte finns.

Är syftet tydligt beskrivet? 2 poäng

Syftet är kortfattat beskrivet i abstract. Två syften är väl beskrivna i inledningen.

Innehåller introduktionen/bakgrunden relevanta och tillräckliga uppgifter? 2 poäng

Kort men innehållsrik introduktion. Behovet av studien och dess framtida värde framgår.

Är urval och bortfall redovisat? 2 poäng

Inklusions- och exklusionskriterierna är väl beskrivna. Urvalsförfarandet, antalet deltagare samt bortfall är redovisat.

Är datainsamlingen väl beskriven? 2 poäng

Utförlig beskrivning av använda mätinstrument samt referenser till dessa. Hur och när deltagarna fyllt i skalorna finns redovisat.

Är databehandlingen väl beskriven? 2 poäng

Enkel men omfattande beskrivning av vilka dataprogram som använts till analysen.

Är etiska aspekter redovisade? 1 poäng

Studien är godkänd av två etiska kommittéer. Om och i så fall hur deltagarna lämnat sitt samtycke

framgår inte.

Är resultatet väl genomarbetat? 2 poäng

Demografisk data finns beskriven. Resultatredovisningen är indelad i rubriker utifrån författarnas hypoteser vilket gör texten lättläst.

Är resultatet presenterat på ett rekommenderat sätt utifrån metodval? 2 poäng

Tydlig och lättläst text kompletterar de många tabellerna på ett bra sätt.

Är syfte och frågeställning besvarade? 1 poäng

Svar på syftet finns i abstract. Svårt att utläsa vilka hypoteser som blivit verifierade och vilka som blivit falsifierade.

Är diskussionen väl genomarbetad? 2 poäng

Författarna har jämfört sina resultat med tidigare forskning. Många förslag på fortsatt forskning ges. Studiens förtjänster och brister är diskuterade.

Är referenserna relevanta? 2 poäng

Få men relevanta referenser.

Totalt antal poäng: 22 poäng = hög vetenskaplig kvalitet.

Titel: Effectiveness of auricular therapy on sleep promotion in the elderly

Författare: Suen m fl.

Är titeln relevant? 2 poäng

Ja.

Beskriver abstract studiens innehåll? 2 poäng

Omfattar syfte, metod och resultat på ett rekommenderat sätt. Nämner även hur resultatet kan användas i klinisk verksamhet. Innehåller relevanta nyckelord.

Är syftet tydligt beskrivet? 2 poäng

Syftet är tydligt och lätt att förstå, både i abstract och i bakgrunden.

Innehåller introduktionen/bakgrunden relevanta och tillräckliga uppgifter? 2 poäng

Kort men innehållsrik bakgrund. Förklarar den terapeutiska metod som används som intervention.

Är urval och bortfall redovisat? 2 poäng

Inklusions- och exklusionskriterier, deltagarantal och fördelningen i de olika grupperna är redovisat. Bortfallet är redovisat både när det gäller antal, från vilken grupp och orsaken.

Är datainsamlingen väl beskriven? 2 poäng

Studien är kvantitativ, experimentell, randomiserad och kontrollerad. Datainsamlingen är väl beskriven. Instrument och material som använts beskrivs tydligt både i löpande text och med bilder.

Är databehandlingen väl beskriven? 2 poäng

Det är tydligt beskrivet vilka dataprogram som använts vid analysen och varför dessa valts.

Är etiska aspekter redovisade? 1 poäng

Det framgår inte om studien är godkänd av en etisk kommitté. Deltagarna blev informerade om att deltagandet var frivilligt och försäkrade om att de kunde avbryta studien om de önskade. Det framgår inte hur deltagarna lämnat sitt samtycke.

Är resultatet väl genomarbetat? 2 poäng

Demografisk beskrivning av deltagarna är redovisat. Resultatet är mycket väl genomarbetat.

Är resultat presenterat på ett korrekt sätt utifrån metodval? 2 poäng

Resultatet är väl redovisat i tabeller och löpande text.

Är syfte och frågeställning besvarade? 2 poäng

Svar på syftet finns på flera ställen.

Är diskussionen väl genomarbetad? 2 poäng

Resultaten är diskuterade mot bakgrundsfakta. Studiens begränsningar diskuteras. Förslag till implementering i klinisk verksamhet lämnas. Rekommendationer på fortsatt forskning ges.

Är referenserna relevanta? 1 poäng

Åtskilliga och relevanta referenser. Tyvärr är många av dem på kinesiska vilket begränsar användningen av dem för många läsare.

Totalt antal poäng: 24 = hög vetenskaplig kvalitet.

Titel: Acupressure and quality of sleep in patients with end-stage renal disease – a randomized controlled trial

Författare: Tsay, S-L & Chen, M-L

Är titeln relevant? 2 poäng

Ja.

Beskriver abstract studiens innehåll? 2 poäng

Syfte, metod och datainsamling är väl beskrivna. Resultatet är noggrant redovisat. Nyckelord finns som svarar mot vårt syfte.

Är syftet tydligt beskrivet? 2 poäng

Mycket tydligt beskrivet i både abstract och introduktion.

Innehåller introduktionen/bakgrunden relevanta och tillräckliga uppgifter? 2 poäng

Relevant och omfattande bakgrundsfakta. Behovet av studien framgår tydligt.

Är urval och bortfall redovisat? 1 poäng

Inklusions- och exklusionskriterierna är väl beskrivna. Urvalsförfarandet samt antalet deltagare är redovisat. Orsakerna till bortfallet saknas.

Är datainsamlingen väl beskriven? 2 poäng

Forskningsdesignen är beskriven under en egen rubrik. Mätinstrument beskrivs noggrant med referenser. Datainsamlingen är utförligt beskriven.

Är databehandlingen väl beskriven? 2 poäng

Vilka dataanalysprogram som använts är nämnda under en egen rubrik.

Är etiska aspekter redovisade? 1 poäng

Det är mycket svårt att se om studien blivit godkänd. Det framgår under metoden att studien är godkänd av en styrelse på någon institution. Det framgår att informanterna lämnat sitt samtycke men inte hur.

Är resultatet väl genomarbetat? 2 poäng

Demografisk data om deltagarna är tydligt beskriven. Resultatet är tydligt och lätt att förstå.

Är resultatet presenterat på ett rekommenderat sätt utifrån metodval? 2 poäng

Det finns tydliga, lättolkade tabeller och diagram. Resultatet beskrivs även på ett lättläst sätt i löpande text.

Är syfte och frågeställning besvarade? 2 poäng

Lätt att hitta svar på syftet, både i resultatet och i diskussionen.

Är diskussionen väl genomarbetad? 2 poäng

Forskarna har dragit slutsatser om resultatet och jämfört detta med resultat från andra studier. Begränsningar med studien är noggrant beskrivna under en egen rubrik. Forskarna har gett förslag på hur resultat kan användas i klinisk verksamhet och gett rekommendationer för framtida forskning.

Är referenserna relevanta? 2 poäng

Relevanta referenser, särskilt till mätinstrumenten. Vi saknar referenser till forskningsdesignen.

Totalt antal poäng: 24 poäng = hög vetenskaplig kvalitet.

Bilaga 4

Artikelsammanfattning

Författare, år, land	Titel	Syfte	Intervention	Metod, deltagarantal=n (bortfall)	Resultat	Kvalitetsbedömning
Fetveit, A & Bjorvatn, B, 2004, Norge	The effects of bright-light therapy on actigraphical measured sleep last for several weeks post-treatment. A study in a nursing home population	Att undersöka långtidseffekten av ljusbehandling på sömnstörningar hos dementa.	Ljusbehandling två timmar på morgonen under två veckor.	Kvantitativ studie. n = 11 (7)	Sömneffektiviteten och sömnlätelsen förbättrades och effekten kvarstod fyra veckor efter interventionen.	Hög vetenskaplig kvalitet 23 poäng 88 %
Kahn m fl, 1998, USA	Identification and modification of environmental noise in an ICU setting	Att fastställa orsakerna till de extremt höga ljudnivåerna på två IVA -avdelningar samt att undersöka om dessa kunde minskas genom beteendeförändringar hos personalen.	Beteendeförändringsprogram hos personalen under tre veckor.	Kvantitativ studie. n = all IVA -personal (ej redovisat)	Ljudnivån sjönk under tre av fyra tidsperioder på dygnet.	Medelhög vetenskaplig kvalitet 20 poäng 77 %
Matthews m fl 1995, Australien	Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home.	Att undersöka vilken effekt miljöförändringar har på agitation och sömnstörningar hos patienter med demens.	Tillvägagångssättet i vårdarbetet förändrades från att vara rutinorienterat till att vara patientorienterat.	Kvantitativ longitudinell studie. n = 33 (7)	Patienternas dagsömn ökade. Inga förändringar sågs på nattsömnen.	Hög vetenskaplig kvalitet 22 poäng 85 %
McDowell m fl, 1998, USA	A nonpharmacologic sleep protocol for hospitalized older patients	Att testa vilken effekt ett ickefarmakologiskt sömnprotokoll hade på sömnen hos patienter på en medicinavdelning.	Ett sömnprotokoll bestående av tre delar: ryggmassage, varm dryck och avslappning.	Prospektiv kohortstudie. n = 111 (ej redovisat)	Alla delar av sömnprotokollet hade goda effekter på sömnkvaliteten.	Hög vetenskaplig kvalitet 24 poäng 92 %
Richardson, S,	Effects of relaxation and	Att undersöka hur sömnen	En kombination av	Kvantitativ	En kombination av	Hög vetenskaplig

2003, USA	imagery on the sleep of critically ill adults	påverkades av avslappning och guidad bildframställning hos IVA-patienter.	avslappning och guidad bildframställning.	randomiserad kontrollerad experimentell studie. n = 36 (6)	avslappning och guidad bildframställning förbättrar sömnfragmentationen och sömndjupet hos IVA-patienter.	kvalitet 25 poäng 96 %
Satlin m fl, 1992, USA	Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with alzheimer's disease	Att testa hypotesen att ljusbehandling på kvällen förbättrar dygnsrytmen och minskar agitationen hos patienter med alzheimers.	Ljusbehandling två timmar varje kväll under en vecka.	Kvantitativ studie. n = 10 (0)	Ljusbehandling har god effekt på sömnen genom att den nattliga aktiviteten minskar.	Medelhög vetenskaplig kvalitet 21 poäng 81 %
Simeit m fl 2004, Tyskland	Sleep management training for cancer patients with insomnia	Att utvärdera effekten av ett standardiserat sömnträningsprogram och dess inverkan på sömnen och livskvaliteten.	Patienterna fick tre lektioner om sömn och ett avslappningsband som skulle användas dagligen.	Kvantitativ kontrollerad studie. n = 229 (ej redovisat)	Sömnträningsprogrammet förbättrade sömnlätens, sömnduration, sömneffektivitet och sömnkvalitet hos båda grupperna.	Hög vetenskaplig kvalitet 22 poäng 85 %
Smith m fl, 2002, USA	Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients	Att testa vilken effekt terapeutisk massage hade på smärta, subjektiv sömnkvalitet, stress och oro hos cancerpatienter.	Massage i 15-30 minuter tre gånger under en vecka.	Kvantitativ kvasiexperimentell studie. n = 41 (18)	Ingen signifikant förändring på sömnkvaliteten.	Medelhög vetenskaplig kvalitet 21 poäng 81 %
Soden m fl, 2004, Storbritannien	A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting	Att utvärdera effekten av aromaterapi på smärta och testa hypotesen att aromaterapi förbättrar sömnkvalitén, minskar oro och depression och förbättrar livskvaliteten.	Ryggmassage med eller utan lavendelolja 30 minuter, 1 gång i veckan under 4 veckor.	Kvantitativ randomiserad kontrollerad studie. n = 42 (6)	Sömkvaliteten förbättrades hos båda interventionsgrupperna.	Hög vetenskaplig kvalitet 22 poäng 85 %
Suen m fl, 2002, Hong Kong	Effectiveness of aricular therapy on sleep promotion in the elderly	Att undersöka vilken effekt örönakupressur hade på sömnen hos äldre.	Magnetpärlor sattes på sju akupressurpunkter på örat under tre veckor.	Kvantitativ experimentell randomiserad kontrollerad studie. n = 120 (19)	Öronakupressur har goda effekter på sömnen när det gäller total nattlig sömntid, sömneffektivitet,	Hög vetenskaplig kvalitet 24 poäng 92 %

					sömnlätens och antal uppvaknanden.	
Tsay, S-L & Chen, M-L, 2003, Taiwan	Acupressure and quality of sleep in patients with end-stage renal disease – a randomized controlled trial	Att undersöka hur akupressur påverkar sömnkvaliteten hos patienter med avancerad njursjukdom.	Akupressur tre gånger i veckan under fyra veckor.	Kvantitativ randomiserad kontrollerad studie. n = 98 (7)	Akupressur har goda effekter på sömnen när det gäller sömnkvalitet, sömnlätens och sömnduration.	Hög vetenskaplig kvalitet 24 poäng 92 %