



**SJUKSKÖTERSKORS FRÄMJANDE AV  
INTENSIVVÅRDADE PATIENTERS MÖJLIGHET TILL  
OSTÖRDHET, VILA OCH SÖMN**

**Författare: Helena Kleén  
Handledare: Gudrun Rudolfsson**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå I  
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng. Kurs SSK 02 V1  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur  
Oktober 2004**

**Arbetets titel:** Sjuksköterskors främjande av intensivvårdade patienters möjlighet till ostördhet, vila och sömn.  
Possibilities for nurses to promote undisturbness, rest and sleep in intensive care patients.

**Författare:** Helena Kleén

**Handledare:** Gudrun Rudolfsson

**Institution:** Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur, Högskolan Trollhättan/Uddevalla

**Arbetets art:** Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå I

**Antal sidor:** 38

**Kurs:** Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 02V1

**Datum:** Oktober 2004

---

## **ABSTRACT**

Rest and sleep give humans the opportunity to rebuild and regain strength. To be able to assimilate the nurturing deep sleep, the individual needs to be offered the opportunity to sleep coherent for at least 90-120 minutes. When humans need intensive care and frequent efforts to survive, possibility for meaningful rest often subsides. The purpose of this study was to describe how nurses could promote uninterrupted rest and sleep while under intensive care. The results were constituted from six quantitative and four qualitative studies. Both approaches were analyzed separately with the intention to create understanding for this phenomenon. The presence of nurses, both physical and mental, together with environmental changes such as sound and light reduction aided patients' opportunity for rest and sleep. Coordinating nursing events to eliminate interruptions were also motivated, since this proved to further patients' opportunities for uninterrupted rest and sleep. Patients also acknowledged an increased feeling of security by having relatives by their side, which also facilitated rest and sleep.

**Keywords:** hospitalized, intensive care, rest, sleep, undisturbed

**Nyckelord:** inlagd på sjukhus, intensivvård, ostörd, sömn, vila

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Forskningsgenomgång .....	2
Ostördhet .....	3
Vad är vila? .....	3
Vad är sömn? .....	5
Sömnbehov .....	5
Den normala sömnen .....	5
Sömnens olika faser/stadium .....	7
Varierande sömnbehov .....	8
Ökat sömnbehov vid sjukdom .....	9
Ökad mängd sinnesintryck .....	9
Sömnförutsättningar för akut sjuka patienter .....	9
Risk för bestående sömnproblem efter stressande händelser .....	11
<b>SYFTE</b> .....	<b>12</b>
<b>METOD</b> .....	<b>12</b>
Litteratursökning .....	12
Urval .....	14
Analys .....	14
Analysmetod .....	15
De inkluderade studierna .....	19
Kritisk värdering .....	20
<b>RESULTAT</b> .....	<b>20</b>
Studier med kvantitativ data .....	20
Ljud och ljus som störningsfaktorer för sömn .....	21
Omvårdnadshandlingar som störningsmoment för sömn .....	22
Smärta, snarkningar, oro och samtal som sömnstörningsorsak .....	23
Sömnmedel som störningsmoment för sömn .....	23
Massage, aromterapi och ostörd vila i ett försök att underlätta för sömn och välbefinnande .....	23
Massage och aromterapi som positiva sinnesintryck .....	24
Ostörd vila för att minska oro och förhöja stämningsläget .....	24

<b>Studier med kvalitativ data</b> .....	<b>25</b>
Sjuksköterskans närvaro ger vila .....	25
Anhörigas närvaro, en försäkras mot övergrepp? .....	26
Svårt sjuka medpatienter skapar rädsla.....	27
Rädsla för att somna.....	27
Situationer som påverkar upplevelsen av att inte kunna sova.....	27
Upplevelser av sårbarhet och utsatthet i intensivvård.....	28
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>29</b>
<b>Metod</b> .....	<b>29</b>
Studie med två perspektiv: kvantitativ och kvalitativ.....	31
<b>Resultat</b> .....	<b>31</b>
Hur kan sjuksköterskan underlätta för ostördhet, vila och sömn?.....	31
Omgivningsrelaterade omvårdnadshandlingar för att främja vila och sömn .....	31
Individanpassad omvårdnad som mål.....	32
Sjuksköterskans lyhördhet som vilo- och sömnfrämjande omvårdnadshandling.....	33
Vikten av att se till att anhöriga bjuds plats i vården.....	33
<b>Konklusion</b> .....	<b>34</b>
Förslag till fortsatt forskning.....	34
<b>REFERENSER</b> .....	<b>35</b>

## **INLEDNING**

Fram till 1950-talet betraktades sömn som ett passivt tillstånd som enbart definierades som vakenhetens motsats. Sönnen kan betraktas som ett vilotillstånd ur det medvetna livets perspektiv, men det är under sönnen som organismen får möjlighet att återhämta och återuppbygga sig vilket innebär ett intensivt och viktigt arbete (Åkerstedt, 1997).

Att rikta uppmärksamhet mot individens behov av sömn, ökade behov av vila och sömn i samband med sjukdom samt vilka alternativ som finns till att enbart distribuera sömnmedel till patienter på sjukhus känns angeläget då jag upplevt att detta är ett underskattat problem i vården. Syftet med föreliggande studie var att undersöka vilka omvårdnadshandlingar och miljöjusteringar som kan främja intensivvårdade patienters möjligheter till ostördhet, vila och sömn. I arbetet med denna patientgrupp blir det ofta oundvikliga motsättningar i förhållandet mellan de frekventa vårdinsatserna och strävan efter att möjliggöra sammanhängande ostörd tid för patienten, och på så vis främja vila och sömn. Strävan att åstadkomma gynnsamma förutsättningar för tillfriskning genom omfattande medicinska insatser kolliderar med viljan att se till att patienterna kan tillgodogöra sig livsnödvändig vila och sömn (Davis, Pack & Logan, 1997).

Sömn kan inte aktivt tillföras patienten såsom det är möjligt att göra med andra typer av livsnödvändigheter som till exempel vätska och näring. Sömn uppkommer spontant då förutsättningar för vila och sömn finns (Jönsson, 1995).

## **BAKGRUND**

Ungefär en tredjedel av livet ägnas åt att sova eller åt att försöka sova. Det är dock inte kvantiteten som är avgörande för om sönnen upplevs som god. Kvaliteten, det vill säga hur sönnen känns, är av större betydelse för i vilken grad den ger återhämtning (Roos & Atterstam, 1989). Sönnen ger energi och är läkande. ”Under sömn är kroppen sysselsatt med autonomt återhämtningsarbete i en anabol (återbyggande) miljö i motsats till det katabola (förbrukande) tillståndet som råder under vakentiden” (Jönsson, 1995, s. 7). De tendenser som finns att uppfatta sönnen och vilan som tillstånd av avstängning är inkorrekta i den meningen att det är något passivt som försiggår. Det är istället ett skede med extrem återhämtning i

efterförloppet av den ansträngning som det innebär att vara i ett vaket tillstånd. Återhämtningen består i att immunsystemet aktiveras och att insöndringen av uppbyggande hormon når sin höjdpunkt under sömnen (Åkerstedt, 1996, 1997). Dessutom undertrycks produktionen av så kallade aktiverings- och stresshormoner. Kortisol är ett exempel på den typen av hormon. Vid stress och påfrestningar ökar koncentrationen av kortisol i kroppen oberoende av tidpunkt på dygnet (Honkous, 2003; Ursin, 1986).

## **Forskningsgenomgång**

De allra första studierna inom ämnet publicerades enligt Floyd (1999) i början på 1970-talet. Då presenterades ett flertal studier angående hjärtopererade patienters möjligheter till sömn på intensivvårdsavdelningar. Samtliga kom enligt Floyd (1999) fram till att patienter som vårdades på intensivvårdsavdelningar (IVA) hade minimala möjligheter att tillgodogöra sig perioder av ostörd sammanhängande sömn som varade längre än 50-60 minuter. Forskning om bristen på vila och sömn hos svårt sjuka patienter har därefter pågått under närmare 30 år. Alla dokumenterade resultat, oavsett vilken typ av population som studerats, hur stort urvalet varit eller vilken metod som har använts för att genomföra studien har styrkt de tidigaste fynden att intensivvårdade patienters sömn begränsas av omständigheterna för denna patientkategori (Floyd, 1999). Störningsmoment eller stressorer som till exempel ljud, samtal mellan personal, smärta, ständiga avbrott i samband med vårdåtgärder eller rädsla finns med. Viljan att främja ett normalt sömnmönster med sammanhängande ostörd tid är kärnpunkten i det dokumenterade (Floyd, 1999; Holmgren & Tegnestedt, 1998; Redeker, 2000).

Davis m.fl. (1997) hävdar att anledningen till att svårt sjuka patienter fortfarande, efter 30 års aktiv forskning, lider av sömndeprivation under intensivvårdbehandling kan bero på att sjuksköterskor inte tillämpar den forskning och kunskap som finns tillgänglig. Deprivation betyder enligt Lindskog (1999) förlust eller avsaknad av något nödvändigt och ordvalet förtydligar således problemet. Sjuksköterskorna saknar dock inte kunskaper om sömnens och vilans betydelse för återhämtning. Andra studier visar att när personalen uppskattar patienternas sömn så övervärderas sömnperioderna (Andersson, Jönsson & Petersson, 1988; Holmgren & Tegnestedt, 1998; Jönsson, 1995).

Honkus (2003) menar att sömn ibland inte ens finns listat som ett problem på intensivvårdsavdelningar, trots att det visat sig att sömndeprivation stör återhämtningen efter sjukdom eller trauma (Parthasarathy & Tobin, 2004). I en FAO-rapport (Sjuksköterskans dokumentation inom intensivvården, 1999) ställs dock följande upp som ett omvårdnads mål inom intensivvård. ”Genom omvårdnad: ... tillgodose intensivvårdspatientens möjligheter till optimal sömn/vila” (1999, s. 22). Forskningen har i en del fall givit resultat.

## **Ostördhet**

Att få vara ostörd innebär att slippa icke självvald utifrånkommande stimuli. Ostörd: ”som inte störs av något ovidkommande” (Allén, Abelin, Berg, Engdahl, Gadelii, Järborg, Malmgren, Norén, Ralph & Sjögren, 1996, s. 875). Att möjliggöra ostördhet för en patient är en aktiv och medveten omvårdnadshandling. Vid ostördhet lämnas individen ifred med sina tankar och känslor. Jacobsson m.fl. (1999) beskriver att ostördheten leder till ”ökad integritet hos patienten (patienten får tid som är hans ‘egen’)” (s. 20). Respekt för patientens självbestämmande och integritet är ett av Hälso- och sjukvårdslagens (SFS, 1982:763) främsta krav på vården. I socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) belyses vikten av att vidtaga åtgärder för att skapa en hälsobefrämjande miljö. Det betyder, i det här fallet, att personalen backar tillbaka och håller sig i bakgrunden under en avgränsad tidsperiod.

## **Vad är vila?**

I Stora svenska ordboken lyder definitionen på vila: ”(övergående) tillstånd av överksamhet och avslappning i syfte att återvinna krafter” (Allén, 1996, s. 1420). Termen vila har också betydelserna lugn, ro, stillhet, avslappning, avspänning och rekreation (Asp, 2002). Vidare skriver Asp (2002) att historiskt sett har vila varit en utbredd terapiform. I betydelsen strikt sängläge applicerades vila som en universalbehandling vid all typ av somatisk- och psykiatrisk vård. Avsikten med vilan var att ”skänka vårddagaren en naturlig läkning” (Asp, 2002, s. 27), och svårighetsgraden av sjukdom definierades genom antalet dagar till sängs. Det var först i slutet på 1940-talet som sänglägesprincipen började ifrågasättas, baserat på det ökande antalet blodpropps- och embolikomplikationer som fanns. Detta fenomen sågs ofta hos nyförlösta mödrar. Utifrån det har uppfattningen beträffande vila, i betydelsen strikt sängläge, riktats mot att vara av underordnad betydelse för återhämtning efter sjukdom. Som

ett exempel kan ges att hjärtinfarktspatienter under 1940-talet låg till sängs i sex veckor (Asp, 2002). Idag är budskapet till hjärtinfarktsdrabbade patienter att omedelbar mobilisering enbart är till fördel för återhämtningen (Ericson & Ericson, 2002).

Sammanfattningsvis menar Asp (2002) att det bör finnas en ”överensstämmelse mellan vilja, känsla och handling, samt en överensstämmelse mellan den inre verklighetens behov och den yttre verklighetens beskaffenhet” (2002, s. 185) för att möjliggöra vila. Asp (2002) menar att det är dessa komponenter som bör vara i harmoni innan vila kan inträda. ”Viljan” att vila kan tyckas självklar men Granberg Axell (2001) har dokumenterat uppgifter som pekar på enskilda patienters rädsla/ovilja till att vila och sova. Detta leder till en minskad andel sömn och vila under vistelsen på intensivvårdsavdelningen.

Med ”känsla” åsyftar Asp (2002) den känsla inombords som antingen kan främja eller motverka möjligheterna till vila för den enskilde. För att kunna uppleva vila menar Asp (2002) till exempel att det krävs att man inte känner sig upprymd.

Beträffande ”handling” så menar Asp (2002) att vila till stor del består av en medveten komponent. Det vill säga att individen bestämmer sig för att det är dags att vila och agerar/handlar därefter vilofrämjande. En vilofrämjande handling kan till exempel bestå i att avbryta något som av individen upplevs som stressande eller oinspirerande och övergå till något mer lustfyllt eller avslappnande istället.

Med ”överensstämmelse mellan den inre verklighetens behov och den yttre verklighetens beskaffenhet” (Asp, 2002, s. 185) avses hur individens behov av vila stämmer överens med de omgivande miljömässiga aspekterna. Om det föreligger ett upplevt behov av vila, finns det då omgivande förutsättningar så som till exempel avskildhet, lugn och ro för att vila skall komma till stånd?

Att vila kan även innebära att lägga sig ner och ta en kort tupplur. Detta leder enligt Åkerstedt (1997) till att den efterföljande huvudsömnen blir mindre djup samt att insomningstiden ökar som ett resultat av att en del av sömnbehovet redan har tillfredsställts. Åkerstedt (1997) poängterar dock vidare att tuppluren kan vara ett hjälpmedel för individen att tillgodogöra sig den sömn som det finns ett behov av, då sömnen på grund av olika orsaker är störd.



## Vad är sömn?

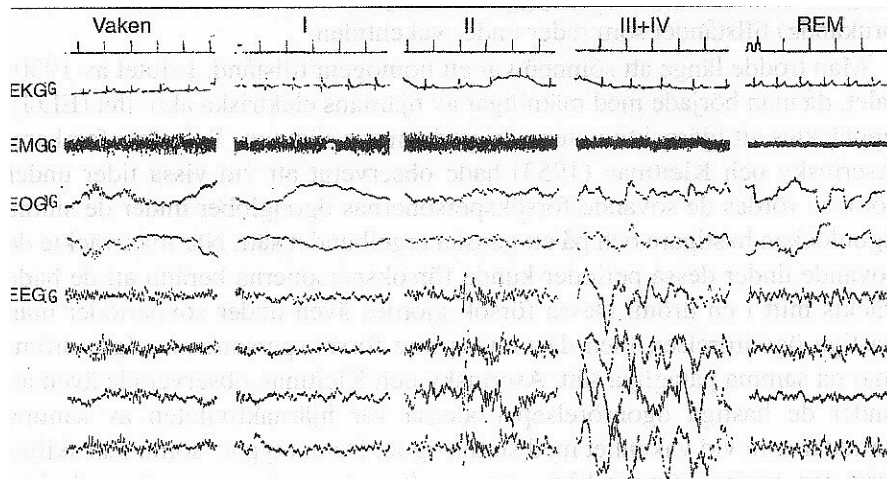
Ostördhet och vila är en förutsättning för att kunna falla i sömn. Sönnen är en period av avslappning och nedvarvning genom att blodtrycket, pulsen, kroppstemperaturen (Jönsson, 1995) och andningsfrekvensen sjunker samt att ämnesomsättningen minskar. Dessutom minskar hjärnans blodflöde (Ursin, 1986; Åkerstedt, 1996, 1997). Tillståndet sömn karaktäriseras också av låg fysisk aktivitet samt nästan ingen medvetenhet om omvärlden (Dyregrov, 2002). Nedsatt muskelspänning och nedsatt reaktion på händelser runt omkring är också typiska inslag. Skillnaden mellan att vara i ett medvetlöst tillstånd och att sova utmärks av att den sovande reagerar på omgivningen, och vaknar, om påverkningen därifrån är tillräckligt starka och utmärkande. En medvetlös individ kan dock också reagera på utifrånkommande stimuli, som till exempel starka ljud, men fortsätter ändå att vara i ett medvetlöst tillstånd (Ursin, 1986).

## Sömnbehov

Sönnen är viktig för människan och det ger förödande konsekvenser om den uteblir. Bland annat så avtar koncentrationsförmågan, irritabiliteten ökar och handlingsförmågan minskar (Honkus, 2003; Jönsson, 1995; Ursin, 1986). Sömn är ett av människans grundläggande behov och sönnen är lika nödvändig för överlevnaden som mat och dryck samt luften som inandas (Andersson m.fl., 1988; Honkus, 2003). Svår sömnlöshet leder till psykisk ohälsa (Andersson m.fl., 1988).

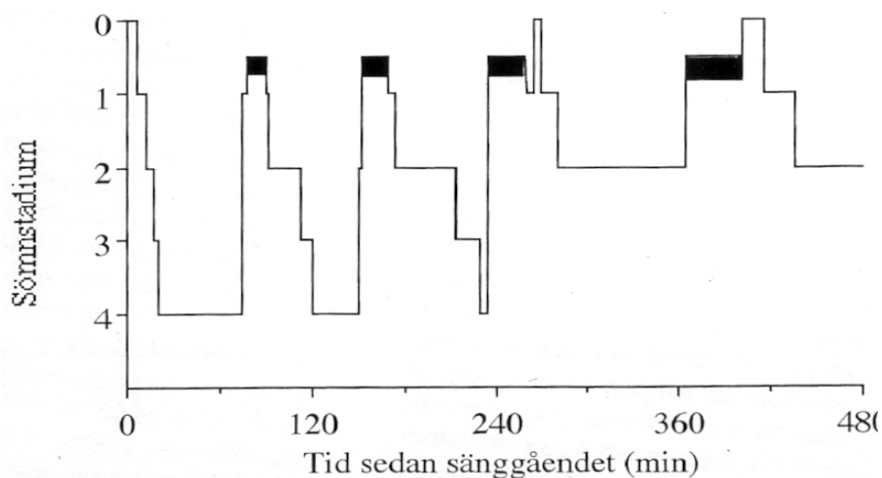
## Den normala sönnen

För att studera sönmönster hos människan används bland annat elektroencefalografi (EEG). Där avläses växlingarna i hjärnvågor under sönnen. Det kombineras med observation av ögonrörelser med elektrookulografi (EOG), muskelaktivitet med elektromyografi (EMG) och hjärtverksamhet med elektrokardiogram (EKG). Detta ger en bild av hur djupt människan sover. Observationsresultatet visar de olika sömnstadierna. Denna typ av samtidig registrering benämns polygrafi (Jönsson, 1995; Kølsen Petersen, 2001; Ursin, 1986), se Figur 1.



Figur 1. Gruppering av sömnstadier med polygrafi (Jönsson, 1996, s. 8).

Sömn är inget statiskt tillstånd utan växlar i sitt djup och i sin intensitet. De olika sömnstadierna avlöser varandra i ett återkommande förlopp, cykler, se Figur 2. Under natten avverkas cirka fyra till sex cykler totalt. Varje cykel varar cirka 90-120 minuter. Under nattens första timmar dominerar den djupa deltasönnen - stadium tre och fyra vilka även benämns NREM-sömn som står för "non rapid eye movement" (inga snabba ögonrörelser) medan den senare delen av natten består av en ökad andel REM-sömn. REM står för "rapid eye movement" vilket betyder snabba ögonrörelser (Jönsson, 1995; Parthasarathy & Tobin, 2004; Ursin, 1986).



Figur 2. Sömnens utveckling över tid – sömnstadierna 1, 2, 3, 4 och REM (svärtad) (Åkerstedt, 1997, s. 192).

## Sömnens olika faser/stadium

- ◆ Stadium 1) är övergången mellan vakenhet och sömn. Hjärnvågorna är något långsammare än vid helt vaket tillstånd men individen kan fortfarande vara medveten om omgivningen. Detta stadium varar normalt endast några minuter (Parthasarathy & Tobin, 2004; Redeker, 2000; Åkerstedt, 1997).
- ◆ Stadium 2) innebär ytlig sömn med långsammare hjärnvågor och sömnsolar (Figur 1) vilket enligt Ursin (1986) tyder på muskelavspänning. Stadium 2) utgör cirka 50 % av den totala mängden sömn (Parthasarathy & Tobin, 2004).
- ◆ Stadium 3) och 4) representerar den djupa sömnen med långsamma och höga hjärnvågor, så kallade deltavågor. Därför benämns dessa stadier även som deltasömn. Då är sömnen djup och individen är svårväckt. Det kan ta upp emot en halvtimme innan individen som blir väckt under något av dessa stadier är helt vaken. Det är under denna sömnfas som man tror att till exempel nervvävnaden i hjärnan återställs samt att det sker ett allmänt uppbyggande och reparerande av organismen (Jönsson, 1995; Parthasarathy & Tobin, 2004).

Deltasömnen är längst under de två första sömncyklerna. Deltasömnen är den sömnsort som har störst betydelse för det fysiska välbefinnandet då det är under denna sömn som kroppen återhämtar och bygger upp sig (Parthasarathy & Tobin, 2004; Ursin, 1986). Detta sker bland annat genom att tillväxthormonet HGH (human growth hormone) insöndras i högre grad än vid vaket tillstånd (Jönsson, 1995; Åkerstedt, 1997). HGH krävs för nybildningen av cellmassa samt för allmän tillväxt av organismen. Det är i första hand andelen deltasömn som ökar efter en tids sömnbrist (Jönsson, 1995; Ursin, 1986). Tidigare forskning visar också att en tids sömn deprivation ökar risken för ogynnsamma immunologiska reaktioner (Honkusa, 2003; Parthasarathy & Tobin, 2004).

- ◆ REM-sömn eller så kallad paradoxsömn karaktäriseras av hjärnvågor som liknar de som förekommer under lätt sömn, stadium 1), samt av snabba ögonrörelser från sida till sida (Jönsson, 1995; Parthasarathy & Tobin, 2004). En ökning av respirationen och hjärtverksamheten i kombination med en näst intill total muskelavspänning ger en

förklaring till uttrycket paradoxsömn - att ha en hög hjärnaktivitet samtidigt med djup sömn. Det är under REM-sömnen som det förekommer intensiv drömmaktivitet (Kølsen Petersen, 2001; Ursin, 1986). Ungefär en femtedel av natten består av REM-sömn och enligt Jönsson (1995) så tolkas REM-sömnen som nödvändig för informationsbearbetning och för att knyta ihop och förstärka minnen. Ursin (1986) menar att REM-sömnens funktion även kan vara "ett slags vakenhet mitt i sömnen" (1986, s. 26). Ett sätt att värna om individens säkerhet genom att hjärnan alltid är beredd att vakna och avvärja eventuella faror som hotar i den omgivande miljön.

Medan NREM-sömnen återställer den fysiska balansen genom att bland annat främja sår-läkning och mineralisering av skelett så är REM-sömnen nödvändig för den psykologiska bearbetningen av det som individen varit med om (Andersson m.fl., 1988).

## **Varierande sömnbehov**

Sömnbehovet förändras i förhållande till bland annat åldern. Ett nyfött barn sover cirka 80 % av dygnet under sina första månader. Sömnbehovet minskar sedan successivt under uppväxten och avstannar runt åtta timmar/dygn vid cirka 20 års ålder (Jönsson, 1995). Åldrande (>75 år) är associerat med längre insomningstid, fler nattliga uppvaknanden, minskad sömneffektivitet, minskad mängd deltasömn samt en minskning av den generella belåtenheten med sömnen. Problemen kompenseras dock ofta med korta sömnperioder under dagtid (Floyd, 1999; Jönsson, 1995; Redeker, 2000).

Vid studier av hur mycket tid som vuxna friska människor ägnar åt sömn så uppdagas stora variationer. Det finns individer som känner sig utvilade och nöjda med endast tre timmars sömn per natt samtidigt som det finns individer med ett sömnbehov på upp till 10-11 timmars sömn per natt för att må bra. Den genomsnittliga sömntiden är sju till sju och en halv timmar, men normalvariationen anses ligga mellan sex och nio timmar per natt (Ursin, 1986; Åkerstedt, 1997).

## **Ökat sömnbehov vid sjukdom**

Om aktivitetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom kan behovet av sömn och vila öka (Jönsson, 1995). Människokroppen är skapad för att klara växlingar mellan aktivering/påfrestning och vila/återhämtning. Belastning och stress liksom vila och sömn är en naturlig del av livet. En skillnad mellan att vara frisk och sjuk återfinns i det faktum att hos en frisk individ avtar aktiveringsnivån och byts mot vila och återhämtning i ett växelvis förlopp (Ursin, 1986). Vid sjukdom eller skada tillåts dock inte kroppen återställa jämvikten till en acceptabel nivå eftersom belastningsperioderna är i obalans med återhämtningsperioderna. Kroppen förhindras den återhämtning som den behöver (Åkerstedt, 2002). Detta beror bland annat på den ökade mängden sinnesintryck som lagras och bearbetas vid sjukdom (Andersson m.fl., 1988; Granberg Axell, 2001).

## **Ökad mängd sinnesintryck**

Orsakerna till att kroppen utsätts för ökad mängd sinnesintryck kan vara många, till exempel fysiska obehag som smärta, klåda, hjärtklappning och/eller andningsbesvär. Miljörelaterade problem som fel temperatur, oväsen eller dofter kan också utgöra delar som leder till en ökad mängd sinnesintryck. Även psykiatriska symtom som till exempel ångest och depression kan ligga bakom svårigheterna till återhämtning (Floyd, 1999; Kølsen Petersen, 2001). Om individen blir så sjuk att intensivvård krävs så tillkommer ytterligare störningsmoment i och med själva miljön på en intensivvårdsavdelning. Detta i form av till exempel alarm från apparatur, starkt ljus med minimala dygnsvariationer, samtal mellan personal samt återkommande avbrott och störningar för vårdinsatser (Granberg Axell, 2001; Honkus, 2003).

## **Sömnförutsättningar för akut sjuka patienter**

Vilken åkomma eller åtföljande behandling som helst, som orsakar rädsla eller ångslan, smärta eller obehag kan orsaka sömnsvårigheter (Floyd, 1999; Granberg Axell, 2001; Honkus, 2003). Ibland kräver hälsoproblem och sjukdomstillstånd sjukhusvård eller justeringar i hemmiljön vilka minskar sovbarheten och leder till ökad fragmentering av sömnen. Det finns även många mediciner som har biverkningar som kan inverka negativt på sömnen (Floyd, 1999; Honkus, 2003). Intensivvårdade patienter står under frekvent medi-

cinering av olika typer av mediciner. Parker (1995) skriver att till exempel bensodiazepiner och opioider har en tendens att undertrycka deltasömn och påverka REM-sömn negativt. Även blodtrycksmediciner påverkar sömn genom att orsaka ökad drömsömn med mar-drömmar och hallucinationer nattetid. Det finns dock endast begränsat med forskningsunderlag när det gäller att beskriva exakt hur dessa mediciner påverkar den intensivvårdade patienten (Parker, 1995).

Tidigare polysomnografiska studier pekar enligt Honkus (2003) och Redeker (2000) på att det förekommer sömndeprivation och en ökad andel splittrad sömn hos akut sjuka patienter. Data visar på en dominans av sömn i stadium 1) på bekostnad av spenderad tid i de andra stadierna. Detta innebär totalt sett en kortare tid i den återuppbyggande deltasömn samt mindre tid att bearbeta psykologiska upplevelser av vårdtiden under REM-sömn (Honus, 2003; Redeker, 2000). Andra data som åskådliggör sömnstörningar hos akut sjuka patienter är till exempel reducerad mängd total sömntid, uppvaknanden utan någon uppenbar orsak och proportionellt sett en större andel sömn under dagtid (Andersson m.fl., 1988; Parthasarathy & Tobin, 2004).

På intensivvårdsavdelningar upplevs patienterna som stressade, beroende på de omfattande vårdinsatserna som pågår dygnet runt (Holmgren & Tegnestedt, 1998) och stressen under intensivvårdsbehandling kommer även inifrån organismen (Granberg Axèll, 2001; Honkus, 2003). Granberg Axèll (2001) menar att sömnsvårigheterna inte enbart kan relateras till det ”sensory overload” (2001, s. 44) som ljud, vårdinsatser eller omvårdnad av patienten själv eller av medpatient utgör. Under intervjuer som gjorts med före detta IVA-patienter har Granberg Axèll (2001) uppmärksammat att vissa patienter givit uttryck för en rädsla för att somna och sedan inte vakna mer. Dessa erfarenheter sätter Granberg Axèll (2001) i samband med de förvirrings- och överklighetsupplevelser som patienterna gett uttryck för att de upplevt, framför allt i samband med insomning. I studien fanns även fynd som tyder på att upplevelsen av total utmattning och trötthet i sig gör det svårare att vila och sova. Även patientens rädsla för utrustningen, insikten om det akuta tillståndet samt möjligheten att döden kan vara förestående påverkar också patientens möjligheter till vila och sömn (Granberg Axèll, 2001).

Stress ger ett ökat sömnbehov samtidigt som själva stressen gör det svårare att sova (Åkerstedt, 2004). Varje gång det sker ett uppvaknande under sömn förstärks vidare vakenhet genom att insöndringen av thyreoidea-hormoner och kortisol ökar, vilka är kända

vakenhetshöjare (Åkerstedt 1997). Normalt så uppnås den högsta koncentrationen av kortisol under morgonen med avsikt att förbereda individen för dagens kommande intryck och stressorer. Det är vid ständigt påslag av kortisol som det kan leda till oönskade effekter för individen, som till exempel minskade möjligheter att bekämpa infektioner då det visat sig att förhöjda värden av kortisol kan blockera inflammationsprocessen, hämma granulation och undertrycka antikroppsbildning (Honkus, 2003).

Enligt Davis m.fl. (1997) led 25-50 % av de intensivvårdade patienterna av sömndeprivation. Det finns dock flertalet skilda slutsatser inom området. Forskning visar att den totala mängden sömn varierar mellan patienter. Sömmängden skiljer sig även från natt till natt hos samma patient beroende på faktorer som smärta, hur sjukdomstillståndet utvecklade sig samt hur medicineringsen av sederande- och smärtstillande medicin var upplagd (Parthasarathy & Tobin, 2004). Sömndeprivation kan leda till psykotiska tillstånd med förvirring, oro, ångest, aggressivitet och försämrat närminne, det vill säga ”ett akut organiskt hjärnsyndrom” (Jacobsson, Hultgren, Gunnarsson & Ersson, 1999, s. 20) vilket försvagar patientens intellektuella funktioner och brukar benämnas som IVA-syndromet. IVA-syndromets första kliniska tecken är desorientering och kan ofta vara svårt att urskilja (Granberg Axell, 2001).

### **Risk för bestående sömnproblem efter stressande händelser**

Cirka 75 % av vuxna med sömnstörningar, i form av svårigheter att somna eller svårigheter som innefattar många uppvaknanden under natten, uppger att problemen debuterat i samband med stressande livssituationer som till exempel personlig förlust av något slag, sjukdom eller i samband med flytt (Floyd, 1999). När 329 före detta intensivvårdade patienter intervjuades sex månader efter utskrivning från IVA rapporterade 223 (67 %) varaktiga försämringar av sömnen i form av insomni (sömlöshet) eller splittrad sömn (Hurel, Loirat, Saulnier, Nicolas & Brivet, 1997). För att förhindra att dessa problem blir bestående är det viktigt att sjuksköterskan har vetenskaplig kunskap om sömnens betydelse i samband med sjukdom (Floyd, 1999) samt att dessa kunskaper tillämpas i omvårdnaden. I omvårdnaden av svårt sjuka patienter kan grundläggande behov som vätske-, syre- och näringstillförsel tillfredsställas patienten utan dennes medverkan. Normal sömn kan dock inte tillföras, utan uppkommer i organismen under för sömn gynnsamma förhållanden (Jönsson, 1995).

## **SYFTE**

Syftet med denna studie var att beskriva hur sjuksköterskor kan främja patienters möjlighet till sammanhängande ostördhet, vila och sömn under deras vistelse på en intensivvårdsavdelning (IVA). Syftet kan delas upp i följande frågeställningar:

- ◆ Vilka omvårdnadshandlingar främjar patienters möjligheter till ostördhet, vila och sömn?
- ◆ Hur kan miljön anpassas för att främja ostördhet, vila och sömn för patienter?

## **METOD**

Metoden var litteraturstudier. Enligt Polit och Hungler (1999) är litteraturstudiers mål att finna svar på de syften som angetts i studien. De anser också att svaren främst bör sökas i vetenskaplig litteratur men att icke vetenskaplig litteratur kan användas för att ge ökad förståelse för problemområdet. Backman (1998) menar att litteraturstudier följer forskningsprocessen på samma sätt som inom annan forskning. Problem formuleras, material i form av tidigare forskning samlas in, analyseras och tolkas. Vidare menar Backman (1998) att i litteraturstudier kan litteraturen utgöras av vetenskapliga tidskriftsartiklar, rapporter, böcker, offentliga handlingar samt avhandlingar. Nyberg (2000) beskriver att litteraturstudier till största delen består av en teoridel som bearbetas och avslutas med egen analys baserat på resultat som andra forskare samlat in.

## **Litteratursökning**

Polit och Hungler (1999) anger att CINAHL och MEDLINE är de mest relevanta databaserna för omvårdnadsforskning. Brazier och Begley (1996) rekommenderar att CINAHL bör vara förstahandsval av de tidigare nämnda i de fall då studien har omvårdnadsinriktning. Artikelsökning till litteraturstudien genomfördes via databaserna CINAHL och PubMed. PubMed är en version av MEDLINE som inkluderar material ifrån tidskriftsförlag och kan därför publicera artiklar innan de är indexerade i MEDLINE (Forsberg & Wengström, 2003). En systematisk sökning i nämnda databaser gjordes. De sökord som författaren använde var stress, sleep, rest, intensive care, hospitalized och undisturbed. Sökningen utfördes på eng-



elska, var för sig och i olika kombinationer. Resultat av den systematiska sökningen samt kombinationer av sökord presenteras i Tabell 1.

Tabell 1. Redovisning av sökord, kombinationer samt antalet träffar i databaserna PubMed och CINAHL.

<b>Sökord</b>	<b>PubMed</b>	<b>CINAHL</b>
stress	240 505	36 379
sleep	70 817	8 230
rest	68 841	5 969
intensive care	52 712	19 109
hospitalized	35 644	10 646
undisturbed	2 536	45
sleep + rest	1 544	680
sleep + intensive care	420	790
sleep + undisturbed	136	13
sleep + stress + intensive care	58	322
sleep + hospitalized + intensive care	17	149
stress + rest + hospitalized + intensive care	2	52
sleep + stress + rest + hospitalized + intensive care	0	31
sleep + stress + rest + hospitalized + intensive care + undisturbed	0	1

Inga begränsningar angående publiceringsår gjordes då de tidigt publicerade artiklarna fortfarande diskuterades i funnen litteratur eller ansågs grundläggande. Sökningen avgränsades till engelsk och nordisk litteratur och då ur perspektivet omvårdnadshandlingar som främjar sömn och vila under intensivvård. Fyra artiklar beställdes då de inte fanns tillgängliga i biblioteket på Högskolan i Trollhättan/Uddevalla (HTU), Vänersborg.

Därutöver har en osystematisk manuell sökning utförts i biblioteket på Högskolan Trollhättan/Uddevalla (HTU), Campus Vänersborg genom att författaren har studerat referenslistor i artiklar och böcker. Den manuella sökningen är en teknik som ger viktiga referenser eller introduktion till fortsatt sökning, vilken enligt Backman (1998) inte får förringas.

Under arbetets gång hittade författaren ytterligare referenser i de vetenskapliga artiklarna som söktes och bearbetades. För att bestämma vilka artiklar som skulle komma att användas

gjordes en gallring utifrån ”trattmodellen” (Nyberg, 2000, s. 75). Nyberg (2000) beskriver trattmodellen som en metod där forskaren börjar med det mer allmänna som gäller forskningsområdet. Genom att referera till allmänna uppslagsverk och områdets handböcker så skapas en plattform, högst upp i tratten, för vidare sökning. Gradvis övergår forskaren till facklitteratur och vetenskapliga artiklar som berör det begränsade tema som forskaren behandlar i sin egen forskning. På så vis begränsas forskningen ner i trattens smalaste ände. Detta är enligt Patel och Davidsson (2003) och Nyberg (2000) ett bra tillvägagångssätt för att erhålla ett lagom antal artiklar som kan specificera problemområdet.

## **Urval**

Urvalet skedde genom att författaren började med att läsa titeln på artiklarna i söklistora och av de artiklar som föreföll relevanta lästes abstract för att få en djupare inblick i litteraturen. Artiklar som fortfarande efter att författaren läst abstract motsvarade syftet valdes ut för vidare granskning. Enligt Hartman (2004) bör urvalet begränsas till att vara representativt för det valda ämnesområdet. Från den systematiska sökningen i databaserna erhöles åtta artiklar som ansågs relevanta till arbetet. Av de åtta kom sex från CINAHL och två från PubMed. Därefter gjordes en osystematisk sökning utifrån referenser i de erhållna artiklarna. Detta arbetssätt benämns av Nyberg (2000) som ”kedjesökning” (s. 165). Totalt erhöles från systematisk sökning och osystematisk sökning 12 artiklar som författaren fann relevanta för syftet. Innan författaren inledde bearbetningen exkluderades ytterligare två artiklar på grund av att den ena artikeln inte hade vetenskaplig struktur och den andra artikeln enbart behandlade friska individers upplevda sömn och därmed inte motsvarade det uppsatta syftet. De återstående tio artiklarna har bearbetats och analyserats i resultatet. Artiklarna som användes i arbetet var granskade utifrån vetenskapliga kriterier. Backman (1998) skriver att vetenskapliga artiklar skall vara refereebedömda, innehålla abstract, introduktion, metod och resultatredovisning samt diskussion och referenser.

## **Analys**

För att kunna göra en korrekt bedömning av fakta i analysen är det enligt Patel och Davidsson (2003) viktigt att förhålla sig kritisk till materialet. Som granskare är det angeläget att ta ställning till när och var dokumentet skrevs, vilket syfte dokumentet hade samt vem upphovsmannen var (Patel & Davidsson, 2003). Polit och Hungler (1999) skriver att analysen påbörjas när materialet valts ut. Materialet läses noggrant och granskas kritiskt för att urskilja det som

har relevans i förhållande till det uppsatta syftet. Patel och Davidsson (2003) fastställer att målsättningen med analysen är att hitta mönster, teman och kategorier i materialet. Dessa ligger sedan till grund för resultatet. Vidare anger Patel och Davidsson (2003) att analysen inleds med en bearbetning av materialet. När bearbetningen är gjord kan sedan materialet delas in i olika kategorier.

I föreliggande studie lästes vetenskapliga artiklar och för resultatet viktiga stycken markerades i texten. Analysen hade en kvalitativ ansats vilken enligt Forsberg och Wengström (2003) fokuserar på att tolka och skapa förståelse. Den kvalitativa forskningen lägger tonvikten på ett fenomen i sitt sammanhang. ”Helheten kan inte förstås genom att man enbart analyserar delarna” (Forsberg & Wengström, 2003, s. 59). Backman (1998) menar dock att analysen är beroende av studiens problem vilket bestämmer vad som bör analyseras. Då syftet med föreliggande studie var att beskriva olika sjuksköterskors omvårdnadshandlingar för att främja patienters möjligheter till ostördhet, vila och sömn samt att undersöka hur miljön påverkar patienters möjligheter till ostördhet, vila och sömn valde författaren att ta del av både kvalitativa och kvantitativa studier. Enligt Forsberg och Wengström (2003) kan båda forskningsansatserna användas för att belysa ett fenomen ur olika synvinklar och på så sätt få kompletterande information om ett och samma fenomen.

## **Analysmetod**

De sex kvantitativt utformade artiklarna riktade in sig på att finna bevis för vilken rutin, miljö eller omvårdnadshandling som hade påverkan på patientens ostördhet, vila och sömn. För att öka precisionen i det framkomna resultatet behövdes en kompletterande bild av den subjektiva upplevelsen av att vara intensivvårdad. Utsagor från dem som är eller har varit intensivvårdade ger då en mer nyanserad bild av fenomenet eftersom dessa metoder tillåter undersökningspersonerna att med egna ord berätta sina historier (Forsberg & Wengström, 2003). Därför inkluderades fyra studier med kvalitativ ansats. Studierna analyserades separat i två grupper, beroende på om de hade kvalitativ eller kvantitativ ansats.

Analysen av de kvantitativt inriktade studierna syftade till att summera de funna resultaten angående variabler som är relaterade till ostördhet, vila och sömn. Beträffande analysen av de kvalitativa studierna så var avsikten att skapa en ny konstruktion av det studerade ämnet. En

översikt med författare, titel, urval/metod och syfte av de inkluderade artiklarna återfinns i Tabell 2.

Tabell 2. Översikt av de tio artiklar som inkluderats i resultatbearbetningen.

<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Urval/Metod</b>	<b>Syfte</b>
Bergbom & Askwall (2000).	The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients.	Fem patienter som haft besök av sina närstående under vårdtiden intervjuades. Individerna valdes för att spegla skillnader avseende kön, ålder och vistelsetid på intensivvårdsavdelning (IVA). Kvalitativ.	Undersöka, beskriva och belysa patientens upplevelse av att ha sina närstående närvarande och medverkande i vården av patienten.
Dunn, Sleep & Collett (1995).	Sensing an improvement: an experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive care unit.	122 patienter som fanns tillgängliga på IVA under en 14 månaders period inkluderades och blev slumpmässigt tilldelade en av de tre omvårdningshandlingarna massage, aromterapi eller ostörd vila i minst 30 minuter. Effekten kontrollerades genom enkät (93 av 122 patienter), fysiologiska variabler samt genom beteendeobservationer. Kvantitativ.	Utvärdera effekten av omvårdningshandlingarna massage, aromterapi samt ostörda viloperioder i omvårdningen av IVA patienter.
Freedman, Kotzer & Schwab (1999).	Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit.	203 patienter som var planerade för utskrivning från IVA inkluderades i en enkätundersökning. Kvantitativ.	Testa hypotesen att ljud är det mest störande omgivande stimuli på subjektivt skattad sömnkvalité. Sekundärt var att undersöka 1) om sömnkvalité och sömnhet på dagtid förändrades under vårdtiden, 2) om skillnad i sömnkvalité fanns mellan ventilerade och ickeventilerade, 3) den relativa effekten av andra omgivande faktorer på upplevd sömnstörning.

<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Urval/Metod</b>	<b>Syfte</b>
Freedman, Gazendam, Levan, Pack & Schwab (2001).	Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit.	22 patienter som inte var tungt sederade eller hade diagnosen demens inkluderades i studien. Polysomnografi och ljudmätningar. Kvantitativ.	Att objektivt avgöra effekterna av omgivande ljud, på sömnen hos IVA patienter.
Frisk & Nordström (2003).	Patients' sleep in an intensive care unit – patients' and nurses' perception.	31 patienter som bedömdes ha förmågan att svara på de frågor som ingår i RCSQ* och var vid medvetande, orienterade till tid och rum samt hade tillbringat minst två nätter på IVA + arbetande sjuksköterskor. Kvantitativ.  *Richard Campell Sleep Questionnaire är framtaget för att användas på IVA patienter dels för självuppskattning av sömn men också för att sjuksköterskan objektivt skall kunna skatta IVA patienters sömn.	1) Undersöka hur många patienter som var kapabla att fylla i RCSQ*. 2) Beskriva hur patienterna skattar sin sömn. 3) Relatera sömnskattningen med variabler som till exempel sömnmedel/ smärtstillande och ljudnivå. 4) Jämföra patientens/ sjuksköterskans uppfattning om patientens sömn.
Gabor, Cooper, Crombach, Lee, Kadikar, Bettger & Hanly (2003).	Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects.	Sju intuberade patienter som förväntades vara mekaniskt ventilerade de närmaste 24 timmarna + sex frivilliga friska personer. Övervakning med polysomnografi, ljudmätningar och infraröd kamera samt sömndagbok från de friska personerna. Kvantitativ.	1) Undersöka förekomsten av oljud och patientrelaterade aktiviteter under 24h. 2) Undersöka ovanstående inverkan på sammanhängande sömn. 3) Se hur friska individers sömnkvalité påverkas av IVA-ljud jämfört med svårt sjuka patienter. 4) Utvärdera effekten av ljudreducering genom att flytta de friska till enkelrum.

<b>Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Urval/Metod</b>	<b>Syfte</b>
Granberg, Bergbom Engberg & Lundberg (1998).	Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I.	19 patienter som varit ventilerade och befunnit sig på IVA minst 36 timmar intervjuades vid två tillfällen efter utskrivning från IVA. Första tillfället var sex till tio dagar efter utskrivning, den andra intervjun var fyra till åtta veckor efter utskrivning. Kvalitativ.	Beskriva patientens tankar och känslor i samband med att vara svårt sjuk eller svårt skadad samt undersöka om det fanns fenomen ur patientens perspektiv som kan ha betydelse för utvecklandet av IVA syndromet.
Granberg, Bergbom Engberg & Lundberg (1999).	Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II.	Samma som del I, Granberg m.fl., 1998.	Beskriva och belysa patientens erfarenheter av akut konfusion, desorientering, drömmar och mardrömmar eller så kallade "unreal experiences" (1999, s. 21) under och efter vården på IVA.
McKinley, Nagy, Stein-Parbury, Bramwell & Hudson (2002).	Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care.	14 före detta IVA-patienter som bedömdes friska nog samt ansågs bo inom ett rimligt avstånd till sjukhuset deltog vid tre gruppintervjuer, tre till sex månader efter utskrivning från IVA. Kvalitativ.	Att uppnå förståelse för den subjektiva upplevelsen av att vara svårt sjuk på IVA.
Olson, Borel, Laskowitz, Moore & McConnell (2001).	Quiet time: a nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units.	239 patienter med högre än tio på Glasgow Coma Scale (GCS) observerades av tjänstgörande sjuksköterska i avseendet om patienten sov, inte sov eller inte gick att bedöma samtidigt som ljus- och ljudmätningar gjordes. Kvantitativ.	Att testa hypotesen om att patienter på en neurologisk intensivvårdsavdelning sover bättre om stimuli som ljus och ljud begränsas.

## De inkluderade studierna

Studierna i de bearbetade artiklarna har olika infallsvinklar att belysa fenomenet om patienters ostördhet, vila och sömn. Uppdelningen kommer kort att redovisas i följande text.

1. Studier av inneliggande patienter genom:
  - a) övervakning/registrering av ljus (Olson m.fl., 2001), ljud (Freedman m.fl., 2001; Gabor m.fl., 2003), polysomnografi (Freedman m.fl., 2001; Gabor m.fl., 2003) samt videoövervakning (Gabor m.fl., 2003).
  - b) patienternas subjektiva värderingar av sin sömn och vila (Frisk & Nordström, 2003) i enkätform.
  - c) genom observation (Dunn m.fl., 1995; Olsen m.fl., 2001).
  
2. Studier av färdigbehandlade patienter genom:
  - a) enkät vid utskrivning från intensivvårdsavdelning (Freedman m.fl., 1999).
  - b) intervju under eftervårdstid på annan vårdavdelning (Granberg m.fl., 1998).
  - c) intervju efter utskrivning från sjukhusvård (Bergbom & Askwall, 2000; Granberg m.fl., 1998, 1999; McKinley m.fl., 2002)

McKinley m.fl. (2002) använde sig av metoden fokuserad djupintervju i grupp där 14 före detta intensivvårdspatienter deltog. Metoden valdes för att det främjar möjligheten att få ta del av flera olika uppfattningar av en likvärdig erfarenhet (McKinley m.fl., 2002). I studien av Gabor m.fl. (2003) så ingick sju inneliggande patienter samt sex friska individer som hade visat intresse efter att ett internt mejl skickats till de anställda på sjukhuset. De friska individerna utgjorde en jämförelsegrupp samt att de efter varje studietillfälle fyllde i en enkät där de fick skatta sin sömnkvalité och huvudorsaker till upplevd sömnstörning. Alla de analyserade studierna utfördes i autentisk intensivvårdsmiljö.

De tio studierna omfattade totalt 668 personer. Av dessa var 662 intensivvårdsbehandlade patienter, vilka var eller hade varit inlagda på sjukhusets intensivvårdsavdelning. De återstående sex utgjordes av friska personer som inkluderats som en jämförelsegrupp i en av studierna (Gabor m.fl., 2003). Nitton av patienterna ingick i en studie som var uppdelade i två delar (Granberg m.fl., 1998, part I; 1999, part II). Åldern på deltagarna i studierna varierade mellan två och 92 år. Fördelningen mellan könen var 380 män och 288 kvinnor. I nio av de tio

studierna förekom både män och kvinnor. En studie innefattade endast män (Gabor m.fl., 2003).

## **Kritisk värdering**

De artiklar som hade en kvantitativ ansats värderades i förhållande till deras validitet och reliabilitet, om den innehöll en kritisk diskussion samt vilket bevisvärde (Forsberg & Wengström, 2003) som designen av studien hade. Den kritiska värderingen av varje kvantitativ artikel dokumenterades separat. Att ha god validitet och reliabilitet i vetenskapliga studier är viktigt. Med god validitet åsyftas att studien verkligen undersöker det som den var avsedd att undersöka. Att ha god reliabilitet innebär att undersökningen utförts på ett tillförlitligt sätt (Polit & Hungler, 1999). Genom strikt granskning av vetenskapliga artiklar kan dessa kriterier säkras (Patel & Davidson, 2003). Artiklar som presenterats med en kvalitativ ansats granskades i förhållande till trovärdighet, representativitet, meningsfullhet samt om det fanns tillräckligt med originaldata för att möjliggöra för granskaren att ta ställning till relationen mellan tolkning och originaldata. Vidare granskades även om artikeln innehöll en kritisk diskussion vilket Forsberg och Wengström (2003) menar är ett bra mått på artikelns användbarhet.

## **RESULTAT**

### **Studier med kvantitativ data**

De sex kvantitativa studierna utgjordes av en grupp som bestod av 628 personer varav 355 var män och 273 var kvinnor.

Hypotesen om att ljud skulle vara den största källan till sömnstörning för intensivvårdade patienter (Freedman m.fl., 1999) blev inte bekräftad då resultat (Freedman m.fl., 2001) visade att ljud endast orsakade knappt 20 % av antalet uppvaknanden hos patienterna. Trots detta fann Olson m.fl. (2001) att ljud- och ljusreduktion i patienternas omedelbara närmiljö ökade sannolikheten för sömn. Ytterligare resultat visar att fenomen som smärta, ljud och oro/ängslan (Frisk & Nordström, 2003) samt patientrelaterade omvårdnadshandlingar (Gabor m.fl., 2003) utgör orsaker till störd sömn. Även sömnmedel försämrade möjligheterna till god



sömn hos patienterna i en studie (Frisk & Nordström, 2003). En annan studie (Dunn m.fl., 1995) visade att olika typer av massage samt inplanerad vila främjar patienternas möjligheter till vila och sömn.

## **Ljud och ljus som störningsfaktorer för sömn**

Den bakomliggande etiologin till sömnstörningar hos intensivvårdade patienter är fortfarande ej helt utredd. Det finns dock tankar om att störningarna kan vara relaterade till omgivande stimuli, och då i synnerhet ljud (Freedman m.fl., 1999). I fem av de sex kvantitativa studierna fanns fenomenet omgivande (o)ljud på intensivvårdsavdelningen representerat, antingen som delmoment eller som huvudmoment i syftet. Ljudmätningar bekräftade att amerikanska rekommenderade ljudnivåer för sjukhus, utfärdade av US Environmental Protection Agency (EPA), under dagtid samt under nattetid överskreds i tre av de sex kvantitativa studierna (Freedman m.fl., 2001; Gabor m.fl., 2003; Olson m.fl., 2001).

I studien av Olson m.fl. (2001) var syftet att genom omstrukturering av vården och av vårdmiljön uppnå lägre ljud och ljusnivå under totalt fyra timmar av dygnet, uppdelat på två tillfällen. Mellan 02.00 och 04.00 samt mellan 14.00 och 16.00 sänktes ljud och ljusnivån hos patienten genom att släcka lampor, dra ner rullgardiner och genom att stänga av teveapparater. Besök av patientens närstående, intensivvårdspersonal och konsulenter minimerades. Dessa åtgärder resulterade i att sannolikheten för att patienten skulle befinna sig i sömn, i anslutning till de dämpade timmarna, ökade med 1.5 gånger. Å andra sidan så kom Freedman m.fl. (1999) genom en enkätstudie fram till att omgivande ljud endast kunde relateras till en liten del av de upplevda sömnstörningarna under vårdtiden. Därmed kunde den ursprungliga hypotesen som Freedman m.fl. (1999) ställt, om att det är det omgivande ljudet på en intensivvårdsavdelning som utgör det mest störande stimuli från omgivningen i förhållande till patientens sömn, avskrivas (Freedman m.fl., 1999).

I en senare studie av Freedman m.fl. (2001) registrerades patienternas sömn med polysomnografi samtidigt som omgivande ljud spelades in. När dessa variabler sedan analyserades i förhållande till varandra visade det sig att uppvaknandena i 17 % av fallen kunde härledas till omgivande ljud. Dessa fynd överensstämmer med vad Gabor m.fl. (2003) fann då de också använde sig av övervakning i form av polysomnografi kopplat till bland

annat ljudmätningar. Gabor m.fl. (2003) presenterade att uppvaknanden relaterade till ljudtoppar utgjordes av ca 20 % av det totala antalet uppvaknanden hos patienterna. Övriga registrerade uppvaknanden utgjordes av anhörigas besök (ca 1 %), omvårdnadsåtgärder/tillsyn (ca 14 %), medicinadministrering (ca 1 %), ljud från studiens övervakningsapparat eller störning från forskningsassistenten (ca 1,5 %) samt av oidentifierbara orsaker (ca 65 %) (Gabor m.fl., 2003). I en studie (Frisk & Nordström, 2003) ombads patienterna att subjektivt skatta ljudnivån på intensivvårdsavdelningen, och de resultaten visade att patienterna uppfattade nivån som relativt låg. Studien fann inte heller någon korrelation mellan upplevd hög ljudnivå och dålig sömn vilket ytterligare bekräftar resultaten av Freedman m.fl. (1999, 2001) och Gabor m.fl. (2003).

### **Omvårdnadshandlingar som störningsmoment för sömn**

I studien av Gabor m.fl. (2003) ingick även övervakning med infraröd kamera, vilket möjliggjorde studier av ytterligare variabler i form av pågående aktivitet i patientens omedelbara närhet. Resultatet visade att patientrelaterade omvårdnadshandlingar som till exempel bäddning, påklädning, droppjusteringar och medicinadministration inträffade  $7.8 \pm 4.2$  gånger per timme sömn och att dessa orsakade cirka 7 % av det totala antalet uppvaknanden. I studien inkluderades även sex friska individer som fick vistas på en intensivvårdsavdelning med likvärdiga ljud och aktivitetsförhållanden. Denna grupp var också övervakad med polysomnografi och infraröd kamera. De registrerade sömnstörningar som kunde relateras till omgivande ljud hos den friska gruppen var ca 70 % (Gabor m.fl., 2003). Freedman m.fl. (1999) hävdar att sömnstörningar på intensivvårdsavdelningar kan förklaras utifrån ett multifaktorperspektiv. Det vill säga att det inte finns någon enskild specifik orsak utan att det är flera faktorer som samverkar till sömnstörningen hos intensivvårdade patienter. Freedman m.fl. (1999) gör dock gällande att störningar som orsakas av mänskliga interventioner som till exempel övervakningskontroller och omvårdnad samt diagnostiska utredningar som till exempel röntgen är viktiga för upplevelsen av störning. Detta kan förklara det faktum att de friska patienternas (Gabor m.fl., 2003) störningar till 70 % kunde relateras till ljud. Störningsfrekvensen av ljud kan ha blivit så hög för att det hos de friska försökspersonerna saknades andra viktiga störningsmoment som till exempel omvårdnadshandlingar i form av kontroller med mera (Gabor m.fl., 2003).

## **Smärta, snarkningar, oro och samtal som sömnstörningsorsak**

Att omvårdnadshandlingar och övervakningskontroller skulle vara det mest störande för patienten (enligt Freedman m.fl., 1999) överensstämmer inte med vad Frisk och Nordström (2003) presenterar i sin studie av intensivvårdade inneliggande patienter. De fann inget resultat som tydde på att just de variablerna skulle vara av någon som helst betydelse för patientens upplevda sömnstörning. Frisk och Nordström (2003) fann istället att patienterna angav smärta (19 %) som den dominerande störningsorsaken åtföljt av medpatienters snarkningar eller stön (12 %). Ytterligare orsaker som relaterades till sömnstörningar var oro/ängslan (6 %), samtal mellan personal samt samtal mellan personal och medpatient (6 %). Av de totalt 31 patienterna så menade 15 (48 %) att det inte hade varit något speciellt som stört deras sömn.

## **Sömnmedel som störningsmoment för sömn**

Av de 31 patienterna i studien av Frisk och Nordström (2003) erhöll 12 patienter någon form av sömnmedel under natten. Genom att jämföra dessa 12 patienter med de 19 patienter som inte hade erhållit någon form av sömnmedel visade det sig att de som inte erhållit sömnmedel hade sovit bättre. De patienter som sovit utan sömnmedel hade totalt sett förvärvat en högre andel sömnpoäng från Richard Campell Sleep Questionnaire (RCSQ) än de som hade tagit någon form av sömnmedel.

## **Massage, aromterapi och ostörd vila i ett försök att underlätta för sömn och välbefinnande**

Dunn m.fl., (1995) utvärderade givna omvårdnadshandlingar i en studie i form av massage, aromterapi och ostörd vila. Med aromterapi avses i denna studie massage där aromatiska oljor används. Med ostörd vila avses här en minst 30 minuter lång sammanhängande ostördhet då patienten blivit informerad om avsikten med vilan. Patienten informeras också om att hon/han fortfarande är övervakad trots att hon/han lämnas ostörd.

Etthundratjugotvå patienter blev slumpmässigt tilldelade någon av de nämnda omvårdnads-handlingarna. Femtiofyra procent av patienterna erhöll den utvalda omvårdnaden vid tre

tillfällen (med 24 timmar emellan), faktorer som utskrivning eller akut försämring och dödsfall gjorde att inte alla patienter erhöll tre omvårdnadstillfällen. Av de återstående erhöll 20 % av patienterna två tillfällen och 16 % erhöll endast ett terapitillfälle. Elva av patienterna avled eller blev förflyttade innan de hann få de planerade omvårdnadshandlingarna.

Utvärdering av given terapi, i form av antingen massage, aromterapi eller ostörd vila, gjordes på tre nivåer. Genom värderingar av fysiologiska variabler (som blodtryck, hjärtfrekvens, hjärtrytm och andningsfrekvens), beteenderelaterade variabler (motorisk aktivitet, somatiska förändringar och ansiktsyttryck) och genom att de patienter som hade förmågan att skatta sin orosnivå, sin sinnesstämning och sin förmåga att hantera sin nuvarande situation i anslutning till given terapi kunde studien utvärdera effekterna av de omvårdnadshandlingar som patienterna erhölet.

### **Massage och aromterapi som positiva sinnesintryck**

Ickeverbala kommunikation i form av beröring har tidigare visat sig vara väsentlig för normal fysisk och psykisk utveckling (Dunn m.fl., 1995). I studien fanns en antydning om att både aromterapi och massage sänkte blodtryck och hjärtfrekvens i efterförloppet av den första sessionen av given terapi men inga signifikanta resultat uppnåddes. Patientens ständiga flöde av sinnesintryck förbättrades kvalitetsmässigt. Det vill säga att de positiva stimuli som de två formerna av massage ger, konkurrerade med de andra mindre trevliga sinnesintrycken som till exempel smärta eller höga ljud och gav på så sätt avslappning och ökade möjligheterna till sömn (Dunn m.fl., 1995).

### **Ostörd vila för att minska oro och förhöja stämningsläget**

Ostörd vila visade sig vara lika effektiv som massage för att minska subjektivt skattad oro och för att förhöja patientens skattade stämningsläge. Vila var även lika effektiv som aromterapi i avseendet att förhöja patienternas skattade förmåga att klara av sin nuvarande situation. Beträffande utformningen av den ostörda vilan i studien så uttryckte en patient att viloperioden kunde ha fått vara längre ”The rest period was not long enough” (Dunn m.fl., 1995, s. 40).

## **Studier med kvalitativ data**

De fyra studierna med kvalitativ ansats bildade en grupp som bestod av 51 personer varav 37 var män och 14 var kvinnor.

Patienter som vårdas på intensivvårdsavdelning uttrycker att det är en omvälvande upplevelse (Bergbom & Askwall, 2000; Granberg m.fl., 1998, 1999; McKinley m.fl., 2002). Det finns många delar som enskilt eller i kombination med varandra kan resultera i störningsmoment för patientens sömn, både i den omgivande miljön och inom individen. De perspektiv som kommer att presenteras är hur vårdpersonal, anhöriga och medpatienter påverkar patientens möjligheter till vila och sömn samt hur rädsla och andra upplevelser bidrar till sömnstörningar. Vidare kommer patientens upplevelse av att vara i den utsatta situation som intensivvård innebär att lyftas fram.

Vid intensivvård upplevs ofta den omgivande miljön som skrämmande. Svårt sjuka medpatienter skapar rädsla och även rädsla för att somna och aldrig vakna upp igen finns närvarande. Detta försvårar möjligheterna för patienten att kunna slappna av och vila och sova (Granberg m.fl., 1998; 1999). Under intensivvård upplever ett flertal patienter en utsatthet och sårbarhet vilket ställer krav på att sjuksköterskan alltid individanpassar vården och inte av-personifierar patienten då detta ytterligare ökar känslan av sårbarhet (McKinley, m.fl., 2002).

### **Sjuksköterskans närvaro ger vila**

Sjuksköterskan kan genom sin närvaro och empatiska förmåga ge patienten ökade möjligheter att vila då detta skänker patienten trygghet (Granberg m.fl., 1998). Omvårdnadshandlingar som att genom ord och handling försäkra patienten om att hon/han är trygg ökar ytterligare möjligheterna för patienten att kunna slappna av och sova (McKinley m.fl., 2002). Att patientens upplevelse och intryck av den vårdande personalen har inflytande över hur trygg och säker patienten känner sig tydliggörs genom citat som: ”When she (sköterskan) was with me I felt as if I could rest for a while” (Granberg m.fl., 1998, s. 302). Andra patienter uttryckte att genom att personalen bekräftade att de fanns vid patientens sida så gavs det utrymme för vila, ”The staff were wonderful, I heard their calm voices all the time: ’We are with you’. It felt secure, they helped me to rest, they made the bed, it was delightful”

(Granberg m.fl., 1998, s. 302). För att kunna slappna av och komma till vila och sömn krävs att patienten känner sig trygg. Detta kan åstadkommas genom att sjuksköterskan finns nära och är redo att bidra med försäkran om att patienten är säker trots sitt sårbara tillstånd (McKinley m.fl., 2002).

### **Anhörigas närvaro, en försäkran mot övergrepp?**

Såväl Bergbom och Askwall (2000), Granberg m.fl. (1999) som McKinley m.fl. (2002) beskriver hur positivt, välgörande och avslappnande anhörigas närvaro var för patienterna. ”Families provided a lifeline which contributed to security” (McKinley m.fl., 2002, s. 30). En patient uttryckte det som att han tappade tidsuppfattningen när hans fru åkte hem (Granberg m.fl., 1999). En annan patient uttryckte rädsla för att somna på grund av känslan och upplevelsen av att han då skulle flygas iväg för att donera bort sina organ och han kände sig inte övertygad om att han inte var i fara förrän hans fru kom till honom morgonen därpå (McKinley m.fl., 2002). De anhöriga kan bidra med en allmän känsla av trygghet och säkerhet, en kvinna uttryckte sig: ”When my husband was there, I always felt safe; not otherwise” (Bergbom & Askwall, 2000, s.389).

Att få besök av anhöriga kan ge en inre styrka och ett inre lugn som underlättar för patienten att återhämta sig under den traumatiska tiden som det ofta är att vara intensivvårdad. Det beskrivs hur en patient känner de anhörigas närvaro även under sömnen och hur behagligt och rogivande det upplevs (Bergbom & Askwall, 2000). Ytterligare en patient beskriver hur familjen fungerade avledande och försäkrande vilket gav honom möjlighet att ”let the body relax and take its course in healing” (McKinley m.fl., 2002, s. 33). Det stämmer överens med hur Bergbom och Askwall (2000) återger vilken roll de anhöriga har för att förse patienten med känsla av trygghet så att patienten får en möjlighet att slappna av och vila, avskärmad från sina känslor med inre konflikter. En patient beskrev sin upplevelse av sin systers besök och hjälp så här: ”They could see I was much better when my sister had been there and given me a massage. I slept like a log [stock] afterwards” (Bergbom & Askwall, 2000) vilket indikerar en direkt koppling mellan anhöriga och patienters sömn.

## **Svårt sjuka medpatienter skapar rädsla**

Svårt sjuka människor upplever ökad rädsla och oro i samband med att de konfronteras med andra patienters lidande. En patient beskrev hur medpatienten på andra sidan draperiet dog under dramatiska förhållanden och hur detta ökade hans egen rädsla. Patienten berättade om hur händelsen ledde till att han därefter inte kunde sova. Det fanns dock patienter som ansåg sig ha nytta av att betrakta medpatienter som var under samma behandling då detta gav en bild av hur det var att till exempel vara ventilerad. Nyanlända patienter som krävde omfattande vårdinsatser skapade dock oro och ängslan och ledde till svårigheter att sova, även då situationen lugnat ner sig igen (Granberg m.fl., 1998).

## **Rädsla för att somna**

Flera patienter uttryckte rädsla för att somna, dels på grund av risken att vakna upp och vara översållad med slangar och tuber men även på grund av en rädsla att aldrig vakna upp igen (Granberg m.fl., 1998). Andra patienter upplevde "unreal experiences" (Granberg m.fl., 1999, s. 22) i form av "things flying through the air: colours, old men and women, and all sort of things" (Granberg m.fl., 1999, s. 22). Dessa överklighetsupplevelser började så fort ögonen slöts och trots att det fanns en längtan till sömn så blev det en omöjlighet i och med att sömnen förknippades med hemska och skrämmande upplevelser (Granberg m.fl. 1999).

## **Situationer som påverkar upplevelsen av att inte kunna sova**

Patienter i en studie genomförd av Granberg m.fl. (1998) beskrev en känsla av total utmattning i samband med uppvaknandet efter att ha varit medvetslösa. Tröttheten och utmattningen i sig gjorde att patienterna upplevde stora svårigheter med att kunna vila och sova. En patient uttryckte sig: "I was too tired to sleep", och en annan sa: "I could not sleep, although I wanted to, I couldn't relax" (Granberg m.fl., 1998, s. 303). Upplevelsen av att inte kunna sova relaterades även till ljud "it was impossible to sleep due to all the noise" (Granberg m.fl., 1998, s. 303). Obehag som att sängen inte var skön upplevdes också som störningsorsak för sömn hos flertalet av patienterna (Granberg m.fl., 1998; McKinley m.fl., 2002). McKinley m.fl. (2002) beskriver även utsagor från patienter som hänvisar till andra stimuli som upplevdes som sömnstörande: "constant beeps and buzzes and nurses" (McKinley

m.fl., 2002, s. 31) som förhindrade patienten att sova, en annan patient uttryckte irritation över ljuset i taket som bländade och därigenom omöjliggjorde sömn.

## **Upplevelser av sårbarhet och utsatthet i intensivvård**

Flera studier pekar på att patienter som vårdas inom intensivvård känner sig utlämnade och i något avseende även försvarslösa (Bergbom & Askwall, 2000; Granberg m.fl., 1999; McKinley m.fl., 2002). Dessa känslor och upplevelser motverkar möjligheterna till vila och sömn. Därför är det viktigt att sjuksköterskan har förståelse för hur patienten upplever sin situation och kan bemöta henne med kunskap (McKinley m.fl., 2002). I studien av McKinley m.fl. (2002) framkom sårbarhet som ett övergripande och centralt begrepp utifrån gruppintervjuer med före detta intensivvårdade patienter. Känslan av upplevd sårbarhet relaterades till det extrema fysiska och känslomässiga beroende som infinner sig då patienten är i behov av intensivvård. Bland annat erfarenheten av att inte kunna kommunicera på grund av intubation upplevdes som frustrerande för de vakna patienterna. Även att inte veta vad som var planerat eller vad som kommer att hända upplevdes av flera patienter som utelämnande och påfrestande (McKinley m.fl., 2002).

För att minska den upplevda sårbarheten betonas bland annat den individanpassade vården som ett viktigt moment. Att vara uppmärksam på att patienten inte avpersonifieras utan behandlas som en medmänniska framhölls som avgörande för hur patienten upplevde sina möjligheter att känna sig trygg och därmed ha möjligheten att kunna vila (McKinley m.fl., 2002). Även då sjuksköterskan på eget initiativ gick utanför befintliga dagsrutiner, och gjorde lite mer än vad som kunde förväntas av henne, upplevdes detta som trygghetsgivande och välgörande. Som exempel kan nämnas att sjuksköterskan torkade av patientens ansikte endast för att öka dennes välbefinnande (McKinley m.fl., 2002). Att patienten sågs som en medmänniska och inte som ett objekt hade även betydelse för hur återhämtningen artade sig (McKinley m.fl., 2002).



## DISKUSSION

Det övergripande syftet med föreliggande studie var att beskriva hur sjuksköterskor kan främja patienters möjlighet till sammanhängande ostördhet, vila och sömn under deras vistelse på en intensivvårdsavdelning. Syftet kan delas upp i följande två frågeställningar:

- 1) Vilka omvårdnadshandlingar främjar patienters möjligheter till ostördhet, vila och sömn?
- 2) Hur kan miljön anpassas för att främja ostördhet, vila och sömn?

## Metod

Då aktiv forskning förekommit inom området de senaste 30 åren (Floyd, 1999) fanns ett förhållandevis stort underlag för litteraturstudier. Sökning i databaser ger möjligheter att finna ett stort utbud av material (Nyberg, 2000). För att finna för syftet relevanta studier krävdes en omfattande sällningsprocess. Inledningsvis i sökarbetet förbisågs sökordet ”undisturbed” vilket gjorde att de flesta träffarna till stor del endast behandlade sömn men inte ostördhet och vila på intensivvårdsavdelningar. Under urvalsproceduren kan det tänkas att relevanta artiklar förbisågs beroende på att de var skrivna på engelska och därmed kan ha blivit fel översatta och feltolkade av författaren och på så vis blivit bortvalda. I tolkningsprocessen som föregår ett urvalsbeslut är det enligt Wallén (1996) nödvändigt att vara medveten om att det finns omständigheter som avgör hur tolkningen utfaller. Bland annat den förförståelse som forskaren bär med sig om ämnet, ordet eller situationen har betydelse för hur tolkningen utfaller.

Att använda de referenslistor som fanns i det material som hittades först gav värdefulla tips på relevanta källor. Tillvägagångssättet beskrivs av Nyberg (2000) som kedjesökning och framhålls som ett bra sätt att hantera det material som påträffas inledningsvis. Vid sökningen av artiklar gjordes ingen begränsning angående publiceringsår då de tidigast publicerade artiklarna inom ämnet fortfarande var aktuella och under diskussion. Det förekom faktorer som kunnat påverka resultatets tillförlitlighet. Det var till exempel bara Freedman m.fl., (2001) som uppmärksammade och uteslöt patienter från studien som var medicinerade trots att medicinering många gånger påverkar förmågan att vila och sova.

De artiklar som ligger till grund för litteraturstudien motsvarar enligt författaren syftet och utgör därför ett relevant underlag för studien. Studierna av Bergbom och Askwall (2000), Granberg m.fl. (1998; 1999) samt McKinley m.fl. (2002) hade dock inte som huvudsyfte att studera patienternas sömn eller vila. Ändå ansåg författaren att innehållet var relevant för studien då de fokuserade på den generella upplevelsen av att vara intensivvårdad, vilket även innefattar möjligheterna till vila och sömn.

Samtliga artiklar hade fokus på intensivvårdade patienter men en artikel inkluderade även en mindre grupp friska individer (Gabor m.fl., 2003). Författaren ansåg inledningsvis att artikeln inte var relevant, då syftet med föreliggande studie inte var att ta reda på något om friska individers upplevelser. Författaren omvärderade dock beslutet efter att artikeln lästs. Artikeln uppmärksammade för författaren att en del av de hypoteser som flera artikelförfattare ställt (Freedman m.fl., 1999; 2001; Gabor m.fl., 2003; Olson m.fl., 2001), om vilka faktorer som är de mest sömnstörande på en intensivvårdsavdelning, eventuellt grundar sig på friska individers förutsättningar. Studien av Gabor m.fl. (2003) visar att ljud som störningsmoment för sömn hos friska individer utgör en stor andel, ca 70 %, av det totala antalet uppvaknanden. Medan ljud som störningsmoment för sömn hos de sjuka endast utgör ca 20 % av det totala antalet uppvaknanden.

Då föreliggande studie är litteraturstudier finns risk för feltolkningar av litteraturen. Detta är ett problem som Backman (1998) uppmärksammar. För att undvika detta bearbetades och analyserades artiklarna objektivt och noggrant. Patel och Davidson (2003) skriver att med god validitet menas att studien verkligen undersöker det som den hade för avsikt att undersöka. Vidare framhäver Patel och Davidson (2003) vikten av att ha god reliabilitet vilket innebär att studien gjorts på ett tillförlitligt sätt. Kriterierna kan säkras genom noggrann granskning av bearbetat material. Vidare granskades även om artiklarna med kvalitativ ansats innehöll en kritisk diskussion vilket enligt Forsberg och Wengström (2003) ger en möjlighet att bedöma artikelns trovärdighet. Nyberg (2000) menar att trovärdiga svar på frågeställningar också kan uppnås genom att ”välja och systematiskt tillämpa adekvata forskningsmetoder för insamling och analys av data” (Nyberg, 2000, s. 54).

## **Studie med två perspektiv: kvantitativ och kvalitativ**

Att studien innefattar både kvantitativt- och kvalitativt inriktade studier ser författaren som en tillgång då ett mer nyanserat material kan inhämtas. Forsberg och Wengström (2003) menar att fördelen med att använda båda forskningsansatserna är att fenomenet kan belysas ur olika synvinklar. De kvantitativa delarna i föreliggande studie bidrog med fenomen som på olika sätt relaterade till störningsmoment (Freedman m.fl., 1999; 2001; Frisk & Nordström, 2003; Gabor m.fl., 2003) eller främjanden (Dunn m.fl., 1995; Olson m.fl., 2001) till sömn och vila medan de kvalitativa delarna bidrog med upplevelser av att vara intensivvårdad och därigenom subjektiva reflektioner om förhållanden kring sömn och vila. Om endast den kvalitativa eller den kvantitativa forskningsansatsen valts anser författaren att värdefull information kunnat gå förlorad och en helhetsbild av fenomenet hade inte kunnat uppnås på det sätt som syftet avsåg (Forsberg & Wengström, 2003).

## **Resultat**

### **Hur kan sjuksköterskan underlätta för ostördhet, vila och sömn?**

Studierna visar att det finns möjligheter för sjuksköterskor att underlätta och främja vila och sömn för intensivvårdade patienter. Detta kan åstadkommas både genom att miljön justeras, men även genom de omvårdnadshandlingar som sjuksköterskor kan använda sig av i omvårdnadsarbetet med patienterna.

### **Omgivningsrelaterade omvårdnadshandlingar för att främja vila och sömn**

I resultatet framkom att ljud endast i liten utsträckning påverkade sömnen hos patienterna i materialet (Freedman m.fl., 1999; 2001; Frisk & Nordström, 2003; Gabor m.fl., 2003; Granberg m.fl., 1998). Dock ökade sannolikheten att patienterna kunde sova då även ljuset begränsades (Olson m.fl., 2001), vilket enligt resultatet talar för att sjuksköterskor bör uppmärksamma både ljus- och ljudnivån vid arbete på intensivvårdsavdelningar. Att stänga dörrar då det är möjligt, släcka eller dämpa belysning nattetid, sänka volymen på telefoner och TV-apparater samt att ha en lägre samtalston. Detta är förhållandevis enkla omvårdnadshandlingar som enligt denna undersökning eventuellt skulle kunna främja patienters möjlig-

heter till ostördhet, vila och sömn. Hilton (1985) har tidigare kommit fram till liknande resultat i sina studier av omgivningens betydelse på intensivvårdsavdelningar.

Vidare framkom i föreliggande studie att samordning av insatser och besök av till exempel konsulter ytterligare främjade möjligheterna till ostördhet, vila och sömn. Resultatet visar därmed att det finns motiv för att se över rutinerna på intensivvårdsavdelningar och på så sätt försöka förbättra strukturen på avdelningarna. Det skulle till exempel kunna innefatta avsatta perioder för vila då patienten endast i undantagsfall "stördes". I resultatet framkom dock att det i studien även fanns patienter som uttryckte att de kände en ökad sårbarhet och utsatthet då sjuksköterskan avlägsnade sig från patientens sida (Granberg m.fl., 1998). Detta ledde till ökad oro och svårigheter att slappna av, trots att patienten blivit informerad om att han fortfarande var omhändertagen och övervakad. Resultatet visar således att metoden inte kan ses som någon universalmetod för främjandet av vila och sömn för patienter på intensivvårdsavdelningar. Då det är möjligt så kan patienten naturligtvis tillfrågas om hon/han tycker att ostördhet verkar som ett bra alternativ för just henne/honom.

### **Individanpassad omvårdnad som mål**

I arbete med människor krävs det enligt resultatet alltid individanpassning. Dessa slutsatser överensstämmer med McCance (2003) fynd angående vilka delar som enligt före detta vårdade patienter ingår i "the process of caring" (McCance, 2003, s. 109). I processen återfinns bland annat att lära känna patienten och på så vis kunna ge individanpassad vård vilket både Bergbom och Askwall (2000), Granberg m.fl. (1999) och McKinley m.fl. (2002) pekade på som viktiga delar i arbetet med att öka möjligheterna för vila och sömn.

Ytterligare delar som presenterades av McCance (2003) angående vad patienterna uppfattade som "caring" från sjuksköterskan är till exempel att ansvara för patientens fysiska behov så som smärtlindring, mobilisering och temperaturkontroll. Att tillgodose patientens psykiska behov så som till exempel att informera, att visa omtanke och uppmärksamma patientens behov av mellanmänsklig kontakt och samtal. Att vara närvarande, synlig och tillgänglig för patienten vilket även ger trygghet. Att ta sig tid, det vill säga att vid arbete med patienten vara fokuserad på den aktuella patienten och inte i tankarna redan befinna sig vid nästa patient. Att visa respekt för patientens integritet och värdighet. Att göra "det lilla extra" som egentligen inte förväntas att sjuksköterskan gör, som till exempel att servera en kopp te utanför ordinarie

måltider (McCance, 2003). Flera av dessa begrepp uppmärksammades av patienterna i artiklarna som viktiga delar av upplevelsen av att vara intensivvårdad. En patient uttryckte en oerhörd tillfredsställelse då sjuksköterskan gick utanför rutinerna och torkade av hans ansikte, bara för att hon trodde att det skulle vara skönt för honom (McKinley m.fl., 2002).

### **Sjuksköterskans lyhördhet som vilo- och sömnfrämjande omvårdnadshandling**

För att undvika att utsätta patienter för en känsla av ökad sårbarhet och utsatthet krävs engagemang och empati av sjuksköterskan och en ökad medvetenhet om att sjuksköterskans närvaro är att räkna som en omvårdnadshandling. Detta tydliggörs i Granberg m.fl. (1998) genom att respondenten uttrycker att sjuksköterskans närvaro gav förutsättningar att vila en stund. Resultatet tyder på att det är den här typen av omvårdnadshandling som har betydelse för hur patientens möjligheter till vila och sömn utvecklar sig. Sättet att närma sig patienten, sättet att tala med patienten och även sättet att uppmärksamma patienten som en viktig och högst individuell person förstärker känslan av trygghet, vilket i sin tur ger ökade möjligheter till vila och sömn. McCance (2003) fann i sin studie att trots att patientens fysiska behov tillgodosågs upplevdes det inte alltid som en omvårdnadshandling, vilket belyser svårigheterna med vård och omvårdnad. Dessa fynd överensstämmer även med vad resultatet visar eftersom omvårdnadshandlingar inte bara kräver sjuksköterskans fysiska närvaro utan även en mental närvaro för att uppnå önskad effekt. Den individuellt anpassade omvårdnaden är det som sjuksköterskan bör sträva mot vilket även bekräftas av Patistea och Siamanta (1999).

### **Vikten av att se till att anhöriga bjuds plats i vården**

Tre av artiklarna i studien (Bergbom & Askwall, 2000; Granberg m.fl., 1999; McKinley m.fl., 2002) uppmärksammade vilken välgörande effekt anhöriga hade på patienternas upplevelse av att vara intensivvårdad. Inte bara som stöttepelare eller försäkrar om att patienten inte utsattes för någon typ av övergrepp utan även som en länk till den vanliga världen utanför. I kontakten med de anhöriga återfanns det ”jag” som patienten till viss del förlorat i och med sjukhusvistelsen. Resultatet visar därför att det är viktigt att inkludera och välkomna de anhöriga i vården, då intresse för detta finns. Sjuksköterskans omvårdnadshandling blir således att se till att de anhöriga bjuds plats och ses som en resurs i arbetet med patienten.

Resultatet tyder på att det är betydelsefullt att sjuksköterskor ökar uppmärksamheten på denna typ av vilo- och sömnförbättrande omvårdnadshandlingar samt att intensivvårdsavdelningar utvecklar forskningsbaserade handlingsplaner för att stödja sjuksköterskornas utvecklingsarbete.

## **Konklusion**

Sammanfattningsvis så finns det utsikter att förbättra möjligheterna till ostördhet, vila och sömn för intensivvårdade patienter. Medvetenhet om att sjuksköterskans fysiska och mentala närvaro ger trygghet och därigenom ökar möjligheterna till vila och sömn är en viktig komponent i omvårdnadsarbetet. Då ljud och ljuskällor som stör patienterna identifierats bör dessa i största utsträckning minimeras trots att de enligt resultatet endas utgör en mindre del av störningsfaktorerna för vila och sömn. Även samordning av vårdinsatser som provtagningar och undersökningar bör tillses i största möjliga utsträckning. Författaren har även funnit att det finns skillnader mellan de olika studiernas resultat. Å ena sidan så menar till exempel Dunn m.fl. (1995) att ostörd vila minskar oron samt förhöjer patienternas stämningsläge men å andra sidan så menar både Granberg m.fl. (1998) och McKinley m.fl. (2002) att sjuksköterskans fysiska närvaro skapar förutsättningar för att patienterna skall kunna vila och känna sig trygga. Dessa resultat förstärker betydelsen och meningsfullheten av att sjuksköterskan alltid bör arbeta individinriktat.

## **Förslag till fortsatt forskning**

Resultatet är motsägelsefullt beträffande hur patienterna upplever hur det är att bli lämnade ifred och ostörda på intensivvårdsavdelningar. Med anledning av detta vore det intressant att se utökade studier som fokuserar på patientens upplevelse av det nämnda fenomenet.

## REFERENSER

- Allén, S., Abelin, Å., Berg, S., Engdahl, B., Gadeli, E., Järborg, J., Malmgren, S-G., Norén, K., Ralph, B. & Sjögren, C. (1996). *Stora svenska ordboken*. Stockholm: Norstedts Förlag.
- Andersson, M., Jönsson, H. & Petersson, A. (1988). *PATIENTENS sömn och individuella vård – I CENTRUM!* (FoU rapport 28). Linköping: Hälsouniversitetet, Vårdhögskolan i Östergötland.
- Asp, M. (2002). *Vila och lärande om vila En studie på livsvärldsfenomenologisk grund*. Avhandling. (Rapport nr. 180). Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergbom, I. & Askwall, A. (2000). The nearest and dearest: a lifeline for ICU patients. *Intensive and Critical Care Nursing* 16, 384-395.
- Brazier, H. & Begley, C.M. (1996). Selecting a database for literature searches in nursing: MEDLINE or CINAHL? *Journal of advanced Nursing* 24, 868-875.
- Davis, I., Pack, G. & Logan, J. (1997). Promoting patient sleep: A critical but forgotten practice? *Canadian Association of Critical Care Nurses*. 8 (1), 12-17.
- Dunn, C., Sleep, J. & Collett, D. (1995). Sensing an improvement: an experimental study to evaluate the use of aromatherapy, massage and periods of rest in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 21, 34-40.
- Dyregrov, A. (2002). *Lilla sömnboken Handbok för folk som vill sova bättre*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericson, E. & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Floyd, J.A. (1999). Sleep promotion in adults. I: J.J. Fitzpatrick (Red.), *Annual Review of Nursing Research*. (vol. 17, ss. 27-56). New York: Springer.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Freedman, N. S., Gazendam, J., Levan, L., Pack, A. I. & Schwab, R. J. (2001). Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 163, 451-457.
- Freedman, N. S., Kotzer, N. & Schwab, R. J. (1999). Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 159, 1155-1162.

- Frisk, U. & Nordström, G. (2003). Patients' sleep in an intensive care unit – patients' and nurses' perception. *Intensive and Critical Care Nursing* 19, 342-349.
- Gabor, J. Y., Cooper, A. B., Crombach, S. A., Lee, B., Kadikar, N., Bettger, H. E. & Hanly, P. J. (2003). Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 167, 708-715.
- Granberg Axëll, A. (2001). *The intensive care unit syndrome/delirium, patients' perspective and clinical signs*. Avhandling. Lund University: Department of Anesthesiology and Intensive Care, Faculty of Medicine.
- Granberg, A., Bergbom Engberg, I. & Lundberg, D. (1998). Patients' experience of being critically ill or severely injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU syndrome. Part I. *Intensive and Critical Care Nursing* 14, 294-307.
- Granberg, A., Bergbom Engberg, I. & Lundberg, D. (1999). Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II. *Intensive and Critical Care Nursing* 15, 19-33.
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Hilton, B.A. (1985). Noise in acute patient care areas. *Research in Nursing and Health* 8, 283-291.
- Holmgren, A. & Tegnestedt, L. (1998). Ostörda perioder ger möjlighet till vila/sömn. *Ventilen* 2, 23-24.
- Honkus, V.L. (2003). Sleep deprivation in critical care units. *Critical Care Nursing Quarterly* 26 (3), 179-189.
- Hurel, D., Loirat, P., Saulnier, F., Nicolas, F. & Brivet, F. (1997). Quality of life 6 months after intensive care: results of a prospective multicenter study using a generic health status scale and a satisfaction scale. *Intensive Care Medical* 23, 331-337.
- Jacobsson, C., Hultgren, E-L., Gunnarsson, L. & Ersson, L. (1999). Får patienter sitt sömnbehov tillfredställt på intensivvårdsavdelningar? *Ventilen* (1), 20-23.
- Jönsson, T. (1995). *Sömn – faktorer som påverkar sömn under sjukhusvistelsen*. Lund: Studentlitteratur.
- Kølsen Petersen, J. (2001). Søvnbesvær. *Tandlægebladet* 105 (14), 1098-1107.
- Lindskog, B. (1999). *Medicinsk miniordbok*. Stockholm: Nordiska Bokhandelns Förlag.
- McCance, T. V. (2003). Caring in nursing practice: the development of a conceptual framework. *Research and Theory for Nursing Practice* 17 (2), 101-116.



- McKinley, S., Nagy, S., Stein-Parbury, J., Bramwell, M. & Hudson, J. (2002). Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing* 18, 27-36.
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Olson, D. M., Borel, C., Laskowitz, D. T., Moore, D. T. & McConnell, E. S. (2001). Quiet time: a nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units. *American Journal of Critical Care* 10 (2), 74-78.
- Parthasarathy, S. & Tobin, M. (2004). Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine* 30 (2), 197-206.
- Parker, K. P. (1995). Promoting sleep and rest in critically ill patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 7 (2), 337-349.
- Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Patistea, E. & Siamanta, H. (1999). A literature review of patients' compared with nurses' perceptions of caring: implications for practice and research. *Journal of Professional Nursing* 15 (5), 302-312.
- Polit, D. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research. Principles and Methods*. 6<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Redeker, N. S. (2000). Sleep in acute care settings: an integrative review. *Journal of Nursing Scholarship* 32 (1), 31-38.
- Roos, B-E. & Atterstam, I. (1989). *Den gåtfulla sömnen*. Lidköping: Medicinska forskningsrådet.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sjuksköterskans dokumentation inom intensivvården*. (1999). (FOA-Rapport, del 1). Landstinget i Värmland. [u.o].
- SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Ursin, R. (1986). *Sömn och sömnrubbingar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Åkerstedt, T. (1996). *Tidzoner och oregelbundna arbetstider – en handbok om sömn och trötthet*. (Stressforskningsrapport nr. 265). Stockholm: Sektionen för stressforskning, Karolinska institutet.

Åkerstedt, T. (1997). Varför sover vi som vi gör? I: L. Widén, (Red.), *En bok om hjärnan*.

Stockholm: Tiden/Rabén Prisma: Stiftelsen Hjärnfonden.

Åkerstedt, T. (2002). Stress, sömn och återhämtning. *Incitament (1)*, 27-29.

Åkerstedt, T. (2004). Ge tid åt sömnen! *Forskning & framsteg (2)*, 16-21.

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur  
Box 1236  
462 28 Vänersborg  
Tel 0521-26 40 00 Fax 0521-26 40 99  
[www.htu.se](http://www.htu.se)