Sömnproblem hos barn och ungdomar
- en kartläggning över behandlingsmetoder

Författare
Marie Dahlbom
Ulrika Lindahl

Handledare
Anja Saletti
Åsa Andersén

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp
Uppsatskurs i vårdvetenskap,
fortsättningskurs C 2015

Examinator
Karin Nordin
SAMMANFATTNING


Syfte: Att kartlägga vilka icke farmakologiska behandlingsmetoder och egenvårdsråd som finns för barn och ungdomar 0-18 år för att främja en god sömn.

Metod: Litteraturöversikt där 15 vetenskapliga artiklar granskades och analyserades.

Resultat: Litteraturöversikten gav flera behandlingsmetoder för sömnproblem, varav de mest förekommande var KBT och andra metoder för beteendeförändring samt införande av fasta rutiner. Egenvårdsråd som gavs avsåg bland annat av att minska stimuli för att främja nattsömnen. Grunden för behandling var att barn/ungdomar samt förälder först fick utbildning om sömn innan behandlingsstrategi fastställdes och sedan användes olika facilitatorer för att bevara kunskap och stötta deltagaren.

Slutsats: Det är viktigt att sjuksköterskan är insatt i vilka behandlingsmetoder som finns och tillsammans med familjen eller ungdomen anpassa behandlingen till de förutsättningar som familjen eller den enskilde har, så att möjligheten för ett lyckat förändringsarbete blir större.

Nyckelord: Sömnproblem, barn/ungdom, behandlingsmetoder, egenvårdsråd, sjuksköterska.
ABSTRACT

Background: Children need sleep to ensure optimal function of brain and body. Functions such as memory and concentration as well as interaction with parents and peers have clear connection with sleep length and quality. Sleep deprivation can affect mental and physical health and then appear as symptoms like worry, anxiety and increased risk for obesity. One of the nurse’s tasks in health care are to provide strengthen and support the patient to get the ability to cope. This is consistent with Dorothea Orem’s nursing theory, where the basic idea is that people in general have both the ability and motivation to do what it takes to take care of their own health.

Aim: To identify available non-pharmacologic treatment methods and self-care advices for children and adolescents 0-18 years old to promote a good sleep.

Method: A literature review in which 15 scientific articles were reviewed and analyzed.

Result: The literature review yielded several treatment methods for sleep problems, of which the most common were CBT and other approaches to behavioral change and the introduction of fixed routines. Self-care advice given related in particular to reduce stimuli to promote night’s sleep. The basis of the treatment was that the children/adolescent and parent first got education about sleep before treatment strategy was determined. Then, different facilitators were used to maintain knowledge and support the participant.

Conclusion: It is important that the nurse is familiar with the therapies available and together with the family or youth adapt the treatment to the conditions that the family or the individual has, so that the opportunity for a successful change process becomes larger.

Key words: Sleep problem, children, adolescent, treatment, self-care, nurse, nursing.
# Innehåll

**SAMMANFATTNING** ........................................................................................................................... 1  
**ABSTRACT** ............................................................................................................................................ 2  
  - Barnets normala sömn .......................................................................................................................... 5  
  - Sömnproblem ....................................................................................................................................... 5  
  - Konsekvenser av sömnproblem ......................................................................................................... 6  
  - Styrdokument ...................................................................................................................................... 6  
  - Sjuksköterskans uppgift ...................................................................................................................... 6  
  - Problemformulering ............................................................................................................................ 7  
  - Syfte .................................................................................................................................................... 7  
  - Frågeställningar .................................................................................................................................. 7  

**METOD** ................................................................................................................................................... 8  
  - Design .................................................................................................................................................. 8  
  - Sökstrategi ........................................................................................................................................... 8  
  - Bearbetning och analys ....................................................................................................................... 10  

**RESULTAT** .......................................................................................................................................... 11  
  - Redovisning av tema för frågeställning 1: Behandlingsmetoder ....................................................... 12  
  - Utbildning till föräldrar, barn/ungdomar .............................................................................................. 12  
    - **Grupp** ........................................................................................................................................ 12  
    - **Enskilt** ....................................................................................................................................... 12  
  - Strategi ................................................................................................................................................ 12  
    - **KBT/ metoder för beteendeförändring** ....................................................................................... 13  
    - **Fasta rutiner** ................................................................................................................................ 13  
    - **Individuellt anpassade råd** ......................................................................................................... 14  
    - **Målsättning** .................................................................................................................................... 14  
  - Facilitator ........................................................................................................................................... 14  
    - **Broschyrer och Webbsida** ......................................................................................................... 14  
    - **Uppföljning** ................................................................................................................................ 14  
  - Redovisning av tema för frågeställning 2: Egenvårdsråd ................................................................. 15  
  - Dag .................................................................................................................................................... 15  
    - **Fysik aktivitet** ............................................................................................................................ 15  
    - **Regelbundna sovtider och måltider** ............................................................................................ 15  
  - Kväll ................................................................................................................................................... 16  
    - **Lugna aktiviteter** ......................................................................................................................... 16
BAKGRUND

**Barnets normala sömn**


Sömnindelar i fem stadier: Stadium ett och två består av dåsighet och lätt sömn, personen är då lättväckt. Stadie tre och fyra består av djupsömn. I dessa stadier återhämtar sig kroppen och tillväxthormon utsöndras. Stadium fem är drömsömn, s.k. REM sömn (Rapid Eye Movement), under detta stadie är hjärnan och ögonen mycket aktiva samtidigt som den viljestyrda muskulaturen är helt avslappad, därmed omsätts inte drömmarna i motorisk aktivitet (Smedje, 2012).


**Sömnproblem**

Sömnproblem kan enligt Thunström & Smedje, (2008) kategoriseras enligt följande:

- Insomnier (problem med insomning och vidmakthållande av sömnen).
- Dygnsrhythmstörningar (ex. försenad sömnfas hos tonåringar).
- Parasomnier (beteenden som stör pågående sömn, ex. sömngång).
- Sömnrelaterade andningsstörningar (ex. obstruktiv sörnapné).
- Hypersomnier (onormal dagsömnighet utan naturlig orsak).
Det är mycket vanligt med någon typ av sömnproblem bland barn och ungdomar. Omkring 25 % av alla förskolebarn har enligt föräldrarapportering problem av insomnityp (Thunström & Smedje, 2008).

**Konsekvenser av sömnproblem**
Sömnbrist kan ge minskad livskvalité, fysisk och psykisk ohälsa samt öka risken för olyckor (Asp & Ekstedt, 2009, s 460). Sömnbrist har också kopplats till andra negativa hälsoeffekter som t ex ökad risk för övervikt (Liu, Zhang, & Li, 2012). Den psykiska hälsan påverkas också hos personer som lider av sömnlösa andningsstörningar och insomni, vilket kan yttra sig i ångest, oro, stress, humörsvariationer, koncentrationsproblem, sänkt livskvalité och försämrat socialt liv (Henriksson, 2006).


**Styrdokument**


**Sjuksköterskans uppgift**

**Problemformulering**
Sömnproblem och sömnbrist kan leda till såväl kroppslig som psykisk ohälsa för den drabbade och dess närhet. För barn och ungdomar är sömnen särskilt viktig då sömnen har betydelse för tillväxt och utveckling. Därför är det viktigt att sjuksköterskan som arbetar med dessa problem är väl insatt i vilka behandlingsmetoder och egenvårdsråd som finns för att främja goda sömnvanor och motverka sömnproblem för att därigenom verka för en god hälsa för den drabbade och dennes omgivning.

**Syfte**
Att med hjälp av en litteraturöversikt kartlägga vilka icke farmakologiska behandlingsmetoder och egenvårdsråd som finns för att främja en god sömn hos barn och ungdomar 0-18 år med sömnproblem.

**Frågeställningar**
1. Vilka icke farmakologiska behandlingsmetoder finns för att främja god sömn hos barn och ungdomar 0-18 år?
2. Vilka egenvårdsråd finns för att främja god sömn hos barn och ungdomar 0-18 år?
METOD

Design
Deskriptiv litteraturöversikt genom sammanställning av vetenskapliga artiklar med kvantitativ eller kvalitativ ansats om behandlar sömnproblem hos barn och ungdomar.

Sökstrategi
Insamling av vetenskapliga originalartiklar gjordes från databaserna PubMed och CINAHL då dessa bedömdes vara mest relevanta för ämnet och även är inriktade på omvårdnadsforskning.

Följande MeSH-termer användes i sökandet: advice, effect, insomnia, insufficient sleep, intervention, program, self, self care, self help, sleep disorder, sleep problem, support och treatment. Dessa termer kombinerades med den booleska termen: AND, för att få fram så stor variation som möjligt.

Inklusionskriterier för valet av artiklar var att de skulle fokusera på behandling av sömnproblem hos barn och ungdomar i åldrarna 0-18 år, vara skrivna på engelska, ha ett abstract med ett tydligt syfte samt vara tillgängliga utan kostnad via Uppsala Universitets bibliotek. Efter kvalitetsgranskning skulle de vara av hög eller medelhög kvalité.

Exklusionskriterier var artiklar äldre än 10 år (räknat från 2014), reviewartiklar samt artiklar utan etiskt godkännande eller resonemang. Även artiklar fokuserande på behandling av sömn vid en specifik åkomma sorterades bort.


Tabell 1. Utfall av databassökning

<table>
<thead>
<tr>
<th>Databas</th>
<th>Sökord/ kombination av sökord MeSH term</th>
<th>Antal träffar</th>
<th>Antal lästa abstracts</th>
<th>Antal valda artiklar</th>
<th>Antal artiklar efter granskning</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PubMed</td>
<td>#1: Sleep problem</td>
<td>49988</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>#1 Filter: Abstract, Full text, Publicerad senaste 10 åren, Engelska, Child: Birth-18 år</td>
<td>1291</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#1 AND #2: Treatment</td>
<td>529</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#1 AND #2 AND #3: Effect</td>
<td>108</td>
<td>108</td>
<td>7</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#1 AND #2 AND #14 Intervention</td>
<td>66</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#4: Sleep disorder</td>
<td>78202</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#4 Filter: Abstract, Full text, Publicerad senaste 10 åren, Engelska, Child: Birth-18 år</td>
<td>2147</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#4 AND #2</td>
<td>887</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#4 AND #2 AND #5: Self</td>
<td>112</td>
<td>112</td>
<td>8</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#6: Insufficient sleep</td>
<td>1265</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#6 Filter: Abstract, Full text, Publicerad senaste 10 åren, Engelska, Child: Birth-18 år</td>
<td>75</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#6 AND #2</td>
<td>18</td>
<td>18</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#7: Insomnia</td>
<td>16635</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#7 Filter: Abstract, Full text, Publicerad senaste 10 åren, Engelska, Child: Birth-18 år</td>
<td>379</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#7 AND #2</td>
<td>203</td>
<td>203</td>
<td>12</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#7 AND #8: Program</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#7 AND #9: Self care</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#7 AND #10: Support</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#7 AND #11: Self help</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#7 AND #14 Intervention</td>
<td>12</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#12: Sleep AND #13 Advice</td>
<td>28</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CINAHL #1: Sleep problem</td>
<td>799</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#1 Filter: Abstract, Full text, Publicerad senaste 10 åren, Engelska, Child: Birth-18 år</td>
<td>60</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#1 AND #2: Treatment</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#1 AND #2 AND #3: Effect</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>#1 AND #2 AND #14 Intervention</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Bearbetning och analys


<table>
<thead>
<tr>
<th>#4: Sleep disorder</th>
<th>1715</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>#4 Filter: Abstract, Full text, Publicerad senaste 10 åren, Engelska, Child: Birth-18 år</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td>#4 AND #2</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>#4 AND #2 AND #5: Self</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>#6: Insufficient sleep</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>#6 Filter: Abstract, Full text, Publicerad senaste 10 åren, Engelska, Child: Birth-18 år</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>#6 AND #2</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>#7: Insomnia</td>
<td>3730</td>
</tr>
<tr>
<td>#7 Filter: Abstract, Full text, Publicerad senaste 10 åren, Engelska, Child: Birth-18 år</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>#7 AND #2</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>#7 AND #8: Program</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>#7 AND #9 Selfcare</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>#7 AND #10 Support</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>#7 AND #11 Selfhelp</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>#7 AND #14 Intervention</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>#12 Sleep AND #13 Advice</td>
<td>36</td>
</tr>
</tbody>
</table>
RESULTAT
Denna litteraturöversikt fokuserade på vilka icke farmakologiska behandlingsmetoder och egenvårdsråd som finns som kan främja barns och ungdomars sömn i åldrarna 0-18 år. Efter artikelgranskning kvarstod 15 studier som användes i arbetet. I tio av de ingående studierna var barnen 0-6 år (små barn), i två studier 7-12 år (skolbarn) och i tre studier 13-18 år (ungdomar). Samtliga studier är utförda med kvantitativ metod.


Tabell 2 Tema för frågeställning 1: Behandlingsmetoder

<table>
<thead>
<tr>
<th>Huvudtema</th>
<th>Undertema</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Utbildning till föräldrar, barn/ungdomar</td>
<td>Grupp</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Enskilt</td>
</tr>
<tr>
<td>Strategi</td>
<td>KBT/metoder för beteendeförändring</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fasta rutiner</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Individuellt anpassade råd</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Målsättning</td>
</tr>
<tr>
<td>Facilitator</td>
<td>Broschyr, webbsida</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Uppföljning</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabell 3 Tema för frågeställning 2: Egenvårdsråd

<table>
<thead>
<tr>
<th>Huvudtema</th>
<th>Undertema</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dag</td>
<td>Fysisk aktivitet</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Regelbundna sovtider och måltider</td>
</tr>
<tr>
<td>Kväll</td>
<td>Lugna aktiviteter/avslappning</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Måltider</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sovrum</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Skärmtid (TV, Dator, smartphone)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Redovisning av tema för frågeställning 1: Behandlingsmetoder**

De funna behandlingsmetoderna innehöll åtgärder som kunde kategoriseras till: utbildning om sömn, strategi för behandling samt facilitator.

**Utbildning till föräldrar, barn/ungdomar**

Utbildning till föräldrar och barn/ungdomar gavs antingen i grupp eller enskilt av specialutbildad personal för interventionen. Utbildningen kunde bland annat handla om: ålderns normala sömnmönster (4), hur vi påverkas om sömn uteblir (3), goda rutiner kvällstid (5) och dagtid (10) för att gynna sömn men även vikten av att vårda föräldrarelationen (15).

*Grupp*

I tre av studierna gavs utbildning om sömn till föräldrar och barn/ungdomar via gruppundervisning i form av kunskapsökande lektioner (3, 10, 14). Barn/ungdomar fick dessutom interaktiva lektioner i skolan. Den statistiskt signifikanta skillnaden som sågs efter gruppuntbildningen i alla artiklarna var att kunskapen om sömn ökade. I en studie kompletterades utbildningen med hemuppgifter och ansvar för att införa regelbundna kvällsrutiner i hemmet genom att barnet fick natta en nallebjörn (3). I denna grupp förbättrades sömnlängden statistiskt signifikant med 30 minuter. Denna komplettering med hemuppgifter till gruppundervisningen gavs inte i en av dessa studier. Detta var dock något som både elever och lärare gav som förslag till metodförbättring i en av studierna (10).

*Enskilt*

Den enskilda utbildningen till föräldrar började redan på BB (4) och till enskilt barn/ungdom vid medelålder 14,7 år (9). I sex av studierna gavs utbildning om sömn enskilt till föräldrar eller till barn/ungdomar via hembesök eller vid besök på mottagning (1, 2, 4, 5, 9, 15). I en studie handlade denna enskilda utbildning om icke åldersadekvata mediaprogram och dess eventuella påverkan på barnets sömn (6). I alla studier utom en (4) kunde förbättrad sömn för barnen/ungdomen på olika sätt ses. Förbättringen var statistiskt signifikant i två av studierna (9, 15). I tre av studierna kunde det dessutom ses en positiv förbättring för mindre rapporterad föräldrastress (1, 2, 5) samt en lägre poäng på Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) hos mödrarna (1, 2).

**Strategi**

För att lösa sömmproblem gavs i studierna olika strategier för behandling. Dessa var kognitiv beteendeterapi (KBT) eller andra metoder för beteendeförändring, fasta rutiner, individuellt anpassade råd samt målsättning. De mest använda strategierna i studierna är KBT/metoder för beteendeförändring (1, 2, 4, 5, 9, 10, 14, 15) och fasta rutiner (3, 5, 10, 11, 12, 15).
**KBT/ metoder för beteendeförändring**

Arbetssättet inom KBT innebär att förändra tankesätt för att därmed ändra ett beteende. I en av studierna (9) användes renodlad KBT under sex lektioner efter att en lektion om sömn hållits. I de övriga sju studierna användes olika metoder som skulle leda fram till beteendeförändring (1, 2, 4, 5, 10, 14, 15). I tre studier var åldersgruppen ungdomar och KBT/metoder för beteendeförändring användes som ett instrument för självhjälp (9, 10,14). I en studie påpekas att KBT som behandlingsmetod är utprovad på vuxna men att metoden sannolikt har effekt även på ungdomar (10).

I övriga studier skedde studierna på små barn och föräldrarna utbildades (1, 2, 4, 5, 15). I två av studierna användes två olika strategier som föräldrarna fick välja mellan som bas (1, 2), den första var kontrollerat gråtande som innebar att förälder åtgärdar sitt barns gråtande under gradvis längre tidsintervall, för att lära barnet somna själv. Den andra strategin var ”adult fading”, där förälder sitter bredvid sängen tills barnet somnat och flyttar sig gradvis bort från sängen och ut ur rummet under två till tre veckor. En variant av de två strategierna användes i studie 15. Sömnutbildning och strategier i att hantera de problem som uppkommit, gavs i samband med de planerade uppföljande besöken (4, 5, 15). Det kunde handla om exempelvis nattliga uppvaknanden och omsövning. I hälften av de åtta ingående studierna där någon form av strategi för beteendeförändring förekom kunde en förbättring ses gällande sömnproblemen (1, 5, 9, 15) i två av fallen var förbättringen signifikant (9, 15).

**Fasta rutiner**

Den andra stora gruppen av strategier innehöll fasta rutiner som föräldrar eller barn/ungdomar skulle införa för att förbättra sömnen (3, 5, 10, 11, 12, 15). I en studie gavs råd att föräldrar skulle utveckla rutiner dagtid för att gynna barnets nattsömn positivt. Dessa råd var t.ex. regelbundna måltider med bestämd matplats regelbundna sovtider (dock inte för sent på eftermiddagen), eget rum till barnet, tid för social samvaro samt råd för att hantera insomning och eventuellt nattligt uppvaknande (15). Fasta rutiner för kvällen lärdes också ut till förskolebarn som att: stänga av TV:n en timma innan läggdags, åta nyttig kvällsmat, borsta tänder, byta om till pyjamas, fast läggningstid och egen säng i eget rum (3). Lugna aktiviteter innan sängdags var något som fanns med i de flesta av litteraturöversiktens alla artiklar. Bad, massage och lugna aktiviteter 30 minuter innan sängdags vilket påvisade en signifikant förbättring av sömnpilot, förkortad insomningstid och färre nattliga uppvaknanden (11, 12). TV/media användning togs upp i flertalet studier där olika tidsgränser provades för när
det var lämpligt att stänga av dessa för att det skulle vara gynnsamt för sömnen, tiden varierade från 30-90 minuter innan sänggående (3, 5, 6, 8, 9, 14).

**Individuellt anpassade råd**
I några av studierna anpassades givna råd utefter familjens förmåga, önskemål och hur situationen var vid uppföljningen (3, 5, 6, 12). I tre av studierna blev det en signifikant förbättring av sömnproblemet (3, 5,12) och i en kunde man se en positiv trend (6). Ingen av studierna tog upp hur föräldrarna upplevde denna anpassning av råd.

**Målsättning**
Att sätta mål var något som uppmuntrades av interventions personal för deltagarna, som något att arbeta mot. Målsättningar uppmuntrades både för föräldrar när det gällde små barns sömn men också för skolbarnen/ungdomarna för att få en bättre sömnhygien (1, 5, 6, 10). Mål var också viktiga för att behålla framgångar efter interventionens slut (10).

**Facilitator**
För att underlätta för deltagarna i studierna att komma ihåg det som de utbildats i/fått råd om erbjöds olika hjälpmedel som: broschyrer, webbsidor samt uppföljning

**Broschyrer och Webbsida**
I över hälften av studierna använde man skriftligt stöd som upbackning till den muntliga utbildningen.(1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 14). I sex av studierna (1, 2, 3, 4, 5, 14) användes broschyrer med generell information om barns normala sömmönster och strategier för att gynna sömn. Dessa kunde handla om till exempel goda sömnvanor, rutiner vid sänggående, nattlig matning och användande av napp. I en av studierna hänvisades också till en webbsida för ytterligare kunskapsinhämtning (14).

I en studie gavs förslag via webb på åldersadekvata mediaprogram (6) och i en studie gavs råd utifrån föräldrarnas svar på frågeformulär via webb (12). Dessa råd kunde också skickas hem i pappersformat till föräldrarna om de önskade.

**Uppföljning**
Uppföljning av kontakten och givna råd skedde på olika sätt. Uppföljning via telefon av givna råd vid hembesöket skedde i fyra av studierna (4, 5, 6,15), föräldrarna fick beskriva hur det gått, utvärdera satta mål, eventuellt svårigheter och hur de hanterat situationen eller få råd till lösningar. Om dessa samtal påverkade eller inte påverkade utgången i interventionen redovisades inte i studierna.
Det varierade mycket hur många samtal som gavs, från 12 stycken till ett (5, 6), hur tätt de gavs, från cirka varje vecka till en gång i månaden (4, 6). I den studie som hade mest intensiva telefonkontakter, (tre stycken under fyra veckors tid), visade resultatet ingen skillnad för något av de ingående utfallsmåten i studien baserat på de specifika behandlingsbesöken hos sköterska eller antalet genomförda telefonkontakter (4). En av studierna var helt internetbaserad. Där skedde all information, ifyllande av frågeformulär, rådgivning och utvärdering via internet och resultatet var en signifikant förbättring av barnens sömn samt att mödrarnas psykiska välmående och självförtroende ökade (12). En studie var delvis internetbaserad. Där skickades förslag på åldersadekvata tv program via internet men uppföljning skedde via telefon (6).

**Redovisning av tema för frågeställning 2: Egenvårdsråd**

De funna egenvårdsråden innehöll åtgärder som kunde kategoriseras till rådgivning för dag eller kväll.

**Dag**

Egenvårdsråden i kategorin ”Dag” kunde delas in i: fysisk aktivitet samt regelbundna sovtider och måltider. Råden gavs av specialutbildad personal för interventionen.

*Fysisk aktivitet*

Att regelbundet röra på sig dagtid var ett vanligt råd (4, 10, 14, 15). I en studie mättes dagaktiviteten hos sjuåringar varpå resultatet visade att de som hade högre aktivitetsstatus genom att röra sig mer under dagtid också hade en kortare insomningstid på kvällen (7). I de övriga studierna rekommenderades fysisk aktivitet dagtid som något bra för både föräldrar, barn/ungdomar (4, 10, 14, 15)

*Regelbundna sovtider och måltider*

I framförallt studie 15 förorådes fasta sovtider under dagen. Sövningen skulle dessutom helst ske genom användandet av en ”shaping technique” som gick ut på att barnet lärde sig att somna in själv. Metoden innebär att barnet läggs vakat i sin säng och föräldrarna minskar sedan gradvis samvaron med barnet för att sedan gå ut ur rummet. Detta sätt att låta barnet somna själv utan yttre hjälpmedel togs också upp i studie 4 där mödrar bland annat undervisades om att inte alla barn behöver vaggas/matas till sömns.

I flera av studierna gavs undervisning om regelbundna måltider (4,10,15) och hälsosamma måltidsval (10) som ett sätt att få en hälsosam livsstil som indirekt påverkar sömnen.
**Kväll**
Egenvårdsråden i kategorin "Kväll" kunde delas in i lugna aktiviteter, måltider, sovrum samt skärmtid. I elva av studierna (3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15) gavs råd om åtgärder som kunde göras på kvällen i anslutning till läggdags för att gynna sömnen. Dessa råd var samstämmiga.

*Lugna aktiviteter*
Ett sätt att varva ner inför sänggående och slappna av kunde vara: läsa, bada, massage, sång och kramande/mysande samt ombyte till nattkläder och tandborstning (3, 4, 5, 9, 11, 12).

*Måltider*
Att försöka hålla nere intaget av socker, fett och koffein gavs som råd i fem studier (3, 4, 5, 6, 9) samt att måltiderna inte skulle vara för stora (3).

*Sovrum*
Eget sovrum för barnet förordnades i två av studierna (3, 15). Förslag på gynnsam sovrumsmiljön kunde vara att den skulle vara mörk, tyst samt vara reserverad för sömn och ha en behaglig temperatur (3, 4, 9, 15).

*Skärmtid*
I tre av studierna föreslogs avslutande av skärmanvändande mellan 30-90 minuter innan sänggående som ett sätt att minska stimuli och varva ner (3, 8, 9). I en studie angavs orsaken vara, att skärmljuset inte skulle störa den viktiga insöndringen av sömnhormonet melatonin och för att undvika stresspåslag som till exempel actionfilmer eller TV-spel skulle kunna medföra (8). I en studie studerades bara typen av mediaprogram, inte tiden vid skärmen. Vid anpassning av program efter den ålder barnet hade, sågs en trend för förbättring av sömnen (6).

**DISKUSSION**

**Resultatdiskussion**

Resultatet i denna litteraturöversikt visar olika behandlingsmetoder och rådgivning för egenvård. Det är vanligt att dessa åtgärder utförs av sjuksköterskan då hans/hennes kompetensområde bland annat innefattar att undervisa eller stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa (Socialstyrelsen, 2005)

**Behandlingsmetoder:**

**Utbildning**

Utbildning om sömn, enskilt eller i grupp, till föräldrar och barn/ungdomar gavs som bas inför förändringsarbete i 10 av de 15 studierna (1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 14, 15). Denna förkunskap är viktig då den ger en möjlighet att på ett medvetet sätt förändra den egna eller sitt barns situation. Sjuksköterskan har här en viktig roll som utbildare/facilitator av patientens hälsa för att ta till vara på individens egen kraft till att utföra egenvård vilket också ingår i Dorothea Orems omvårdnadsteori.

Något anmärkningsvärt i flera av studierna var dock att interventionen endast vände sig till eller bara önskade mammas medverkan (1, 2, 4, 11, 12, 13) för att förändra barnets sömn. Då brist på sömn kan ge så många olika symtom både under dag och natt borde arbete med att förbättra sömnvanor ske genom att hela familjen får samma utbildning och därmed en möjlighet att stöta varandra i den förändring som kan behövas både dag- och kvällstid för att främja sömn. Att förmedla information i andrahand kan leda till missuppfattningar och försvåra en förändring. I interventioner riktade till ungdomarna (medelålder från 14,7 år) (9, 10, 14) inkluderades föräldrarna bara i två (9, 14). Kan denna brist på föräldranärvaro och indirekt brist på stöttning vara en av nyckelfaktorerna till misslyckade behandlingsresultat?

Ett par av studierna undersökte föräldrarnas psykiska välmående (1, 2, 5) och i två specifikt mammors välmående när barnet upplevs ha sömnproblem (1, 2). Att bara mammans välmående
undersöks ser vi som en brist och även ett nederlag för jämställdheten 2015 då en uppgift för den moderna sjukvården är att ge vård på lika villkor.

**Facilitator**

**Strategi**
Flera förslag på metoder för att lösa sömnproblem kom fram i litteraturöversikten. Användande av KBT/andra strategier för beteendeförändring var det vanligaste sättet (1, 2, 4, 5, 9, 10, 14, 15). I alla studier utom tre (4, 10, 14) skedde en förbättring av sömnproblemet. Det som utmärkte dessa tre studier från de andra var att interventionsmottagarna inte hade ett bestämt program eller uppsatt mål att arbeta mot efter utbildningen. Detta ger en stark signal och lyfter problemet att utbildning/information lätt kan försvinna om ingen uppföljning där patienten är delaktig görs. Den personliga anpassningen till patienten för att lösa ett problem var något som tillämpades i fyra av studierna (3, 5, 6, 12). Resultatet för alla studierna var att sömnproblemen förbättrades, det blev en signifikant i tre av dem (3, 5, 12) samt visade en förbättrande trend i en (6). Detta visar att en vård anpassad och given utifrån patientens önskan och förmåga verkar vara ett bra sätt att förbättra sömnproblem.

**Egenvårdsråd**
förebygga sjukdom. I de utvalda studierna gavs olika egenvårdsråd som kunde användas både
dagtid och kvällstid för att förebygga sömnproblem. Det som var anmärkningsvärt var att i
endast fyra av studierna (4, 10, 14, 15) gavs egenvårdsråd som skulle appliceras under både
dag och kväll utifrån förståelsen om att sömnproblem var något som endast kan lösas genom
justering av hela dygnets aktiviteter. Detta helhetsperspektiv känns som något självklart och
det är förvånansvärt att inte fler av interventionerna utgår ifrån detta. Resultatet i dessa fyra
studier gav dock bara ett positivt resultat på sömnen i en av studierna (15). Denna studie hade
barn i åldersgruppen 10,2 månader i vilken familjen var starkt involverad för att genomföra
interventionen vilket också förtydligar vikten av hela familjens medverkan vid förändringar.

Lugna aktiviteter och nedsläckande av TV/skärmanvändning var något som förordades i sju
av studierna (3, 4, 5, 8, 9, 11, 12) som lämplig kvällsrutin inför läggning. Detta utifrån att
kroppen och sinnet behöver varva ner för att kunna komma till ro och somna. Ljuset som
dessa skärmar avger tryck tillbaka den viktiga insöndringen av sömnhormonet melatonin
som behövs för att vi ska bli sömniga och kunna sova (8). Detta är en mycket viktig kunskap
att tillföra i alla åldersgrupper då skärmanvändandet går nedåt i åldrarna eftersom de använs
både för kommunikation, underhållning och som arbetsinstrument. Inom egenvårdsråd
gällande sömnproblem är det mycket viktigt för sjuksköterskan att vara uppdaterad då
exempelvis nya tekniska uppfinningar kan påverka människor negativt.

Det som kom fram i de utvalda studiernas resultat angående icke-farmakologiska
behandlingsmetoder och egenvårdsråd stämmer väl överens med det som rekommenderas i
det nyligen publicerade kunskapsdokumentet: Sömnstörningar hos barn (Läkemedelsverket,
2015). Där poängteras att en grundläggande utredning/anamnesupptagning som anpassas till
individen är viktig samt att barnet bör involveras och medverka vid anamnes och diskussion
om sömnproblemet och tänkbara åtgärder. Icke-farmakologisk behandling är alltid
förstahandsalternativ samt att behandling för sömnstörningar hos i övrigt friska barn oftast
innebär bara egenvårdsråd och stöd (Läkemedelsverket, 2015).
Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa och arbeta evidensbaserat (SFS 1982:763). Detta innebär att vara uppdaterad och tillämpa bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap som underlag för vårdbeslut rörande patienten (Svensk Sjuksköterskeförening, 2011)

**Metoddiskussion**

Syftet med denna litteraturöversikt var att se vilka icke farmakologiska behandlingsmetoder och vilka egenvårdsråd som finns för att främja god sömn hos barn och ungdomar. För att få en översikt över de 10 senaste årens forskning inom området valdes metoden litteraturöversikt. Arbetsprocessen har följt Fribergs modell och arbetsgång för litteraturöversikt (Friberg, 2006). Modellen är tydlig och ger en strukturerad överblick av de ingående studierna.

I översikten planerades att både kvantitativa och kvalitativa studier skulle ingå men efter artikelanalys av de utvalda studierna visade det sig att den enda kvalitativa artikeln som fanns inte svarade mot någon av översiktens frågeställningar. Detta kan bero på att syftet var att beskriva vilka behandlingsmetoder och egenvårdsråd som används och inte patienternas upplevelse av metoderna. Den ursprungliga planen var att även spegla patientens upplevelse av de olika behandlingsmetoderna och egenvårdsråden. Utifrån tidsramen för denna litteraturöversikt valdes denna frågeställning bort Sökning av artiklar gjordes i databaserna PubMed och CINAHL. Sökresultatet på sökorden blev mycket stort men trots detta blev det tillslut svårt att hitta tillräckligt många artiklar varpå sekundärsökning gjordes via artiklarnas referenslistor. Detta kan leda till bias och göra att tillförlitligheten då minskar då t.ex. två av studierna baseras på samma kohort. Vi valde trots allt att ta med dessa uppföljningsstudier då det var intressant att se om resultatet av studierna höll i sig över tid vilket de i båda fallen till största delen gjorde. Det är en styrka att flera studier ger samma resultat.


Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån kvalitetsmall för kvantitativa studier och poängbedömdes enligt mall (Willman et al., 2011). Ett inklusionskriterie var att studierna
efter poängbedömning skulle vara av medel eller hög kvalitet, varpå många intressanta studier föll bort då de inte uppfyllde detta kriterie. Detta påverkade också åldersfördelen genom att endast tre studier behandlade interventioner för ungdomar i åldern 13-18, två studier för skolbarn 7-12 år samt to studier avseende små barn i åldern 0-6 år. Detta kanske kan förklaras av att det finns en tät och regelbunden kontakt med BVC/BHV under de första sex åren då föräldrarna kan ta upp problem av olika slag. Möjlighet att samla forskningsdata underlättas möjligen med ökat antal ordinarie besök för familjerna. Kontaktten tunnas därefter ut med barnets stigande ålder och kontakt med vården beror då mycket på patientens eget initiativ. Att åldersfördelen blev så ojämlik var något som efter studiernas resultatsammanställning och temaindelande inte sågs påverka resultatet för egenvårdsråd då dessa råd anpassade efter åldern användes i alla åldersgrupper. Under resultatet för behandlingsmetoder kunde man se en skillnad i vilken ålder olika behandlingsstrategier och facilitatorer valdes vilket också påpekas i resultatet. Om artikelurvalet varit större hade kanske inte denna snedfördelning av ålder inte varit så markant. Behandlingsmetoderna som användes och egenvårdsråden som gavs i de olika åldrarna stämmer dock väl överens med rekommendationer i det nyligen utgivna kunskapsdokumentet om sömnstörningar hos barn (Läkemedelsverket 2015;26).

**Klinisk relevans**


Om information om vad brist på sömn kan leda till sprids i samhället, tas upp regelbundet under spådbarns- och skoltiden samt blir en naturlig fråga i anamnesupptagning/samtal inom sjukvården vid besök skulle mycket ohälsa besparas individen/familjen. Hälsoekonomiskt skulle det också kunna innebära en vinst genom minskat antal besök inom sjukvården för besvär relaterade till sömnproblem.
Framtida forskning

- Det var tydligt att båda föräldrarnas närvaro inte var något som man krävde i interventionerna oavsett vilken åldersgrupp dessa riktade sig till. Eftersom sömnproblem påverkar hela familjen anser vi att det är mycket viktigt att framtida forskning belyser hur hela familjen påverkas vid sömnbrist.

- Få interventioner frågar efter pappas medverkan eller välmående vilket kan ge en ny förståelse för familjens mående vid sömnproblem

- Nya sätt att göra interventioner på genom att till exempel vara helt webbaserade är intressanta både ur ett tidsbesparande, men också i ett ekonomiskt perspektiv. Dagens unga är vana vid webb vilket kan göra att både deltagande och svarsfrekvens ökar.

- Sjuksköterskan ska arbeta evidensbaserat. För att ha bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap som underlag för vårdbeslut som tas i arbetet med patienten är det viktigt med en kontinuerlig förkovring om vad som kan påverka barns och ungdomars sömn.

Slutsats

I resultatet framkommer flera behandlingsmetoder och egenvårdsråd som kan användas för att främja god sömn hos barn och ungdomar 0-18 år. Det är viktigt att sjuksköterskan är väl insatt i vilka metoder som finns och tillsammans med familjen eller ungdomen anpassa vald metod till de förutsättningar som familjen eller den enskilde har, så att möjligheten för ett lyckat förändringsarbete blir större. Vid givande av egenvårdsråd har sjuksköterskan även där en roll både som informatör men också som facilitator.
REFERENSER


Bilaga 1 borttagen
### Bilaga 2

#### Resultatbottav

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Design</th>
<th>Metod</th>
<th>Urval</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Nr: 1</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Titel</strong></td>
<td>Improving infant sleep and maternal health: a cluster randomised trial.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Författare</strong></td>
<td>Hiscock,H., Bayer,J., Gold,L., Hampton,A., Ukoumunne, O, C., Wake, M.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Årtal</strong></td>
<td>2006</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Land</strong></td>
<td>Australien</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ålder</strong></td>
<td>7-12 månader</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>31 lokala distrikt i Melbourne rankades efter: låg/medel/hög socioekonomisk status. Utifrån denna rankning togs två distrikt ur vardera statusgruppen. Alla mödrar med fyra månaders barn tillfrågades om de ville delta. Vid sju månader fick de ett frågeformulär om barnets sömn och de vars barn då hade sömnproblem fick delta i studien.</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Bortfall</strong></td>
<td>Intervention: n= 6 (3,5 %)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kontroll</strong></td>
<td>Kontrollgruppen n=322</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Interventionsgruppen mindre sömnproblem hos barnen vid 10 och 12 mån. ålder. Även deras välbefinnande var högre då EPDS poängen var lägre jämfört med kontrollgruppen. <strong>Ekonomisk kostade interventionsgruppen mindre då kontrollgruppen sökte mer hjälp kring sönmönsproblem.</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Nr: 2**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Design</th>
<th>Metod</th>
<th>Urval</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Titel</strong></td>
<td>Long Term Mother and Child Mental Health Effects of a Population-Based Infant Sleep Intervention: Cluster-</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Författare</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Årtal</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Land</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ålder</strong></td>
<td>7 mån – 2 år</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>1 ursprungsstudien fick mödrarna då barnet var sju månader ett</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Vid denna 2 års uppföljning rapporterade ett mindre antal i interventionsgruppen kvarstående sömnproblem (vid 10, 12 och 24 mån) jämfört med kontrollgruppen dock ingen signifikant skillnad. Signifikant färre depressionssymtom och</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Randomized Controlled Trial**

- **Författare**: Wilson, K.E., Bayer, J.K., Hampton, A., Ukoumunne, O.C., Wake, M.
- **Årtal**: 2008
- **Land**: Australien
- **Titel**: A Sleep Education Program for Low-Income Preschool Children and Their Families

**Nyckelord**:
- Föräldrar och lärare utbildats om vikten av sömn, sömnrutiner och sömnbehov och sömnrutiner. En guide lämnades ut.
- Barnen fick material som hjälpmedel: egen nalle att använda i sängen och ut ur rummet under 2-3 veckor.
- Tva broschyrer fanns tillgängliga som bl.a. tog upp sömn, nattlig matning och tröstande.
- Under två veckor förde mödrarna sömndagbok som användes vid konsultation två som underlag för fortsatt sömnbärende.

**Frågeställningar**:
- Frågeställningar rörde sig om sträng uppfostran eller relation till barnet samt barnets psykiska hälsa.
- Kontrollgruppen erhöll ordinarie vård, medan barnen i interventionsgruppen fick materialet som hjälpmedel.

**Urval**:
- Frågeställningar innebar att mödrarna hade i tidigare studie fyllt i frågeformulär när eleverna hade interaktiva lektioner om sömnvanor och nattlig matning och tröstande.
- Eleverna hade interaktiva lektioner om sömnvanor och nattlig matning.

**Resultat**:
- Barnen i interventionsgruppen färdigade en föreläsning om kräset ätande (site 1) eller ordinarie föräldramöte (site 2).
- Barnen fick material som hjälpmedel: egen nalle att använda i sängen och ut ur rummet under 2-3 veckor.
- Tva broschyrer fanns tillgängliga som bl.a. tog upp sömn, nattlig matning och tröstande.

### Artikel

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Design</th>
<th>Metod</th>
<th>Urval</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Årtal</strong></td>
<td>2014</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Andra fynd: Kunskapen om sömnsökande bakgrund är signifikant hos interventionsgruppen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Land</strong></td>
<td>USA</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Ingen signifikant effekt sågs</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Resultat**:
- Interventionsgruppen förändrade soms med 30 minuter. Kontrollgruppen visade ingen ökad sömnlängd. Skillnaden var signifikant.
- Barnen i interventionsgruppen gick till söngs i medel 22 min tidigare efter interventionen. Detta var dock inte statistiskt signifikant. Kontrollgruppen ändrade inte sin tid för sönggående.
- Andra fynd: Kunskapen om sömnsökande bakgrund är signifikant hos interventionsgruppen.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Design</th>
<th>Metod</th>
<th>Urval</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nr: 4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Årtal</td>
<td>2013</td>
<td>Land</td>
<td>Canada</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Design</th>
<th>Metod</th>
<th>Urval</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nr: 5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Titel</td>
<td>A Brief Sleep</td>
<td>Att se om förlädroutbildning om barns sömn påverkar</td>
<td>RCT</td>
<td>Hembesök hos interventionsfamiljer där barnens sömn och dagbeteende kartlades och utifrån det gavs råd till fam. Telefon uppföljning 2 v senare med ev. justering av sömnrätten. Som gavs och slutligen ett hembesök ytterligare</td>
<td>Antal: Totalt n = 108 Interventionsgrupp: n= 54 Kontrollgrupp: n=54</td>
<td>Sömnproblemen löstes i båda grupperna men löstes snabbare i interventionsgruppen.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Design</th>
<th>Metod</th>
<th>Urval</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Intervention**  
Improves Outcomes in the School Entry Year: A Randomized Controlled Trial.

**Författare**  
Quach, J., Hiscock, H., Ukoumunne, O.C., Wake, M.

**Årtal**  
2011

**Land**  
Australien

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Design</th>
<th>Metod</th>
<th>Urval</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nr: 6</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Titel</td>
<td>The Impact of a Healthy Media Use Intervention on Sleep in Preschool Children.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Författare</td>
<td>Garrison, M., M., Christakis, D.A.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Årtal</td>
<td>2012</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Land</td>
<td>USA</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

barnets sömn och beteende dagtid, samt om föräldrarnas välmående ökar.

en vecka senare. Uppföljning av studien vid 3, 6 och 12 mån via frågeformulär och vid 6 mån besök hos barnet på förskola. I kontrollgruppen fick föräldrarna bara svara på frågeformulären och de var fria att söka den hjälp som behövdes för sömn och beteendeproblem inom sjukvården.

**Ålder:** Medel 5,7 år

Frågeformulär delades ut till föräldrar i 22 förskolor i Melbourne stad om sömn, barnets beteende och föräldrarnas psykiska välbefinnande.

**Bortfall:**  
Intervention: n=14 (26 %)  
Kontroll: n=14 (26 %)

Ålder: Medel 5,7 år

Frågeformulär delades ut till föräldrar i 22 förskolor i Melbourne stad om sömn, barnets beteende och föräldrarnas psykiska välbefinnande.

**Bortfall:**  
Intervention: n=14 (26 %)  
Kontroll: n=14 (26 %)

Barnens sociala beteende förbättrades i interventionsgruppen men denna skillnad minskade över tid. Föräldrastressen var mindre i interventionsgruppen vid 3 mån uppföljning men denna skillnad var försvunnen vid nästa uppföljning.

**Resultat:  
Antal:**

Totalt n= 820  
Interventionsgrupp: n=406  
Kontrollgrupp: n=414

**Ålder:**

Tre till fem år. Medel 4,3 år.

Brev skickades till föräldrar vars barn var tre till fem år från kommunala BVC inom en viss stadsdel för deltagande i studien. De barn som mötte uppsatta kriterier (820st) delades slumpmässigt in.

**Bortfall:**

Intervention: n= 130 (32 %)  
Kontroll: n=125 (30 %)

I interventionsgruppen kunde man inte se någon skillnad i sömn och beteende i utgångsdata, men man kunde se en trend att de barnen som sett mycket på våldsamma och ej åldersadekvata program hade en större förbättring av sömn. Denna trend minskade något vid uppföljningen 6 mån efter avslutad kontakt.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Design</th>
<th>Metod</th>
<th>Urval</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nr: 7</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Titel: <strong>Falling asleep: the determinants of sleep latency.</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Årtal: 2009</td>
<td>Land: Nya Zeeland</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Att studera insomningsfase n och vilka faktorer som kan påverka den, särskilt dagaktiviteter.</strong></td>
<td><strong>Kohort studie</strong></td>
<td>Frågor till föräldrarna om barnets sömn och beteende. En aktivitetsmätare bars av barnet under 24 timmar för att registrera barnets kroppssvikt och mängden sömn barnet hade.</td>
<td><strong>Antal:</strong> Vid 7-årsuppföljning: n=591</td>
<td>Barnen hade signifikant kortare insomningstid om de hade varit fysiskt aktiva under dagen. För varje timma med lugna aktivitet under dagen ökade insomningstiden med i snitt 3,1 minuter</td>
<td>Medel</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Design</th>
<th>Metod</th>
<th>Urval</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nr: 8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Titel: <strong>Presleep Activities and Time of sleep Onset in children</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Författare Foley, L S., Maddison, R., Jiang, Y., Marsch, S., Olds T., Ridley, K.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Årtal</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Att beskriva vilka aktiviteter som utfördes 90 minuter innan sömnstart och om dessa aktiviteter påverkar sömnen.</strong></td>
<td><strong>Kvantitativ tvärskitsstudie</strong></td>
<td>Hembesök av interventionspersonal där två dagars aktiviteter som gjorts 90 min innan sömn kartlades. Detta följdes upp av en telefonintervju 7-14 dagar efter hembesöket där också två dagars aktivitet 90 minuter innan sömn kartlades.</td>
<td><strong>Antal:</strong> n= 2503</td>
<td>Barn 5-18 år, deltagande i en nationell enkät och som mötte uppsatta kriterier från utvalda kommunelar tillfrågades om deltagande i studien. I de fall det behövdes hjälpade föräldrar till små barn, barnet att svara på intervjuarens frågor.</td>
<td><strong>Tv-tittande var den vanligaste aktiviteten innan insomning. De som hade mer tv-tid hade en tendens att somna senare på kvällen. Skillnaden mellan tidig och sen insomning spände mellan 4-13 minuter. Signifikant skillnad syntes i att de som lade sig tidigt på kvällen tittade mindre på TV och hade mer av lugna aktiviteter.</strong></td>
<td>Medel</td>
</tr>
<tr>
<td>Artikel</td>
<td>Syfte</td>
<td>Design</td>
<td>Metod</td>
<td>Urval</td>
<td>Resultat</td>
<td>Kvalitet</td>
</tr>
<tr>
<td>---------</td>
<td>-------</td>
<td>--------</td>
<td>-------</td>
<td>-------</td>
<td>----------</td>
<td>----------</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Nr: 10</strong></td>
<td><strong>Titel</strong> Evaluation of a School-Based Intervention för Att undersöka effekten av en skolbaserad intervention för att öka kunskapen om adj</td>
<td>Interventionsgruppen fick sömmundervisning. 50 minuters lektion vid fyra tillfällen under en fyra veckorsperiod. Programmet var baserat på kognitiv beteendeterapi. Undervisningen var relaterad till ungdomars välmående och hälsosamma livsstil. Ungdomarna uppmuntrades att</td>
<td>RCT</td>
<td>Antal: Totalt n=81 Interventionsgrupp: n = 41 Kontrollgrupp: n = 40 Ålder:</td>
<td>Programmet ökade signifikant kunskapen, men gav ingen signifikant effekt på mätningarna för sömn jämfört med kontrollgruppen.</td>
<td>Medel</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Adolescent Sleep Problems
Författare Moseley, L., Gradisar, M.
Årtal 2008
Land Australien

Problem: Förbättra sömnproblem hos ungdomar.
Method: Implementera kognitiva beteendestrategier för att förbättra sitt välmående och sätta mål för att sedan bibehålla detta efter behandlingen.
Control group: Hade ordinarie lektioner

Artikel: A nightly Bedtime Routine: Impact on Sleep in Young Children and maternal Mood
Författare Mindell, J.A., Telofski, L.S., Wiegand, B., Kurtz, E.S.
Årtal 2009
Land USA

Purpose: Att undersöka effekten av fasta läggrutiner för spädbarn och små barn samt moderns stämningsläge.
Design: RCT
Method: 2 separata 3-veckors studier, en för spädbarn och en för småbarn. Efter en veckas baseline med vanliga läggrutiner fick mämnorna instruktion att följa en trestegs läggrutin i två veckor. I rutinen ingick bad, massage, lugna aktiviteter (mysa, sjunga vaggvisor) och släcka ljuset inom 30 min efter badet. I övrigt skulle läggrutinerna vara som vanligt.
Control group: Fick sedvanlig behandling.

Resultat: Vid baseline identifierades 36 ungdomar med ”försenad insomning”. Hos dessa fann man en beteendeförändring med en signifikant minskad skillnad mellan vardag och helg för den tid man tillbringat ur sängen vid post intervention mätningen.

Validering: Man såg ingen påverkan på andra sömnparametrar eller depressivt stämningsläge.
### Artikel 12

**Syfte:** Att undersöka effekten av en internetbaserad intervention riktad till föräldrar med småbarn med små till moderata sömnstörningar. Samt om denna också har en positiv påverkan på mödrarnas sömn, psykiska välmående samt självförtroende.

**Design:** RCT

**Metod:** Inhämtnande av basuppgifter blev utgångsvärde genom användande av olika validerade frågeformulär innan interventionens start. Familjerna randomiserades till en av tre olika grupper:

- **Grupp 1:** Fick via internet råd om agerande vid nattsömn utifrån de uppgifter de lämnat in.
- **Grupp 2:** Fick som ovan men också uppgift att införa en särskild kvällsrutin innan läggningen inkluderat bad, massage, lugna aktiviteter och släckt ljus inom 30 min från badet.
- **Grupp 3:** Kontrollgrupp som inte skulle förändra något utan fortsätta som vanligt.

**Urvärd:** Grupp 1: n=96, Grupp 2 (n=84), Grupp 3 (n=84)


**Kvalitet:** I båda interventionsgrupperna ökade sömnen signifikant hos både barn och mödrar. Insomnande vid nattning gick fortare och ej så många nattliga uppvakningar jämfört med kontrollgruppen. Även mödrarnas psykiska välmående samt självförtroende ökade.

### Artikel 13

**Syfte:** Att följa upp effekten ett år efter en internetbaserad föräldrastöttand

**Design:** RCT

**Metod:** Uppföljning efters ett år i tidigare studie. Mödrarna fick bevara enkätfrågor via internet. Frågorna var anpassade efters den av tre grupper de var med i den föregående studien.

**Urvärd:** Ursprungsstudien: n = 264. Vid 1-årsuppföljning: n=171

**Resultat:** De signifikanta förbättringar som sågs i interventionsgrupperna vad det gällde insomning, nattliga uppvaknande och
Inntervention for infant and Toddler Sleep Disturbances: One Year Follow up.


Årtal 2011

Land USA

Innevand gällande deras barns sömnpåverkan och moderns psykiska välmående.

De 264 mödrarna som var med i den föregående studien fick via internet förfrågan om att vara med i den uppföljande studien. 171 fyllde in de medföljande frågorna och deltog då i studien.

Bortfall:
Sedan ursprungsstudien: n= 93 (32.2%)

I kontrollgruppen hade förbättringar skett i minskat antal nattliga uppvaknanden och längre obruten sömnpåverkan. Mödrarnas sömnmönster var dock inte så god som vid uppföljningen i vecka 3 i den föregående studien men bättre än i baslinje data som lämnades vid start i föregående studie.

nr: 14
Titel A School-Based Sleep Education Program for Adolescents: A Cluster Randomized Trial


Årtal 2015

Land Kina

Att utvärdera effekten av ett skolbaserat utbildningsprogram på flera nivåer. Studien var en del av ett sömnutbildnings program i grundskolan.

RCT


Antal: Totalt: n = 5219
Intervention: n = 2032
Kontrollgrupp: n = 3187


Rekrytering bland samtliga högstadieselever vid 14 skolor. Skolorna var randomiserade i kluster. Eleverna fick baseline formuläranalyser och samtycke att returnera. När detta var gjort blev de deltagare i studien.

Bortfall:
Interventionsgrupp: Intervention: n = 487 (24 %)
Kontroll: n = 1019 (32 %)

Obheten sömn höll i sig. I kontrollgruppen hade förbättringar skett i minskat antal nattliga uppvaknanden och längre obruten sömnpåverkan. Mödrarna i alla tre grupper rapporterade att barnen hade förbättrad sömn och de flesta ansåg inte längre att barnet hade sömnproblem. Mödrarnas sömnkvalité var dock inte så god som vid uppföljningen i vecka 3 i den föregående studien men bättre än i baslinje data som lämnades vid start i föregående studie.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Artikel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Design</th>
<th>Metod</th>
<th>Urval</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet</th>
</tr>
</thead>
</table>
Bilaga 3 borttagen.