

La qualità del sonno in terapia intensiva: Indagine trasversale sulla percezione dei pazienti e degli infermieri

Gianmarco Trincone¹, Assunta Guillari², Marco Perrone³, Carmela Serio⁴, Karolina Capasso⁵, Aniello Lanzuise⁶

1. Infermiere, U.O. di Pronto Soccorso, Pineta Grande Hospital, Castel Volturno, Caserta.
2. Infermiere Coordinatore, Dipartimento di Sanità Pubblica e Farmacoutilizzazione, A.O.U. “Federico II”, Napoli.
3. Infermiere Coordinatore, Dipartimento di Cardiologia, Cardiochirurgia ed Emergenze Cardiovascolari, A.O.U. “Federico II”, Napoli.
4. Ostetrica, Libero professionista
5. Infermiera, Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia
6. Infermiere Dirigente, P.O. “S. Maria della Pietà” – *Camilliani*, Casoria, Napoli

DOI: [10.32549/OPI-NSC-20](https://doi.org/10.32549/OPI-NSC-20)

ABSTRACT

Introduzione. Il sonno è uno stato fisiologico periodicamente necessario, fondamentale per la salute, per la conservazione dell’omeostasi e dell’equilibrio di sistemi e apparati del corpo umano. Infatti ad un periodo di sonno insufficiente sono associate una serie di importanti alterazioni fisiologiche. Le interruzioni e la deprivazione del sonno, sono comunemente sperimentate dai pazienti in Unità di Terapia Intensiva (UTI), ecco perché l’ambiente di Terapia Intensiva viene considerato come disturbante del sonno.

Obiettivo. Indagare sulla qualità del sonno dei pazienti durante la degenza, la percezione degli infermieri ed i fattori di disturbo al corretto sonno. Individuare la frequenza e tipologia degli interventi infermieristici erogati durante il turno notturno.

Metodo. Studio trasversale condotto dal mese di giugno al mese di agosto 2016 su un campione 27 pazienti e 15 infermieri di due Unità di Terapia Intensiva (un P.O. della provincia di Caserta e un P.O. della provincia di Napoli). La qualità del sonno percepita dai pazienti è stata rilevata attraverso la somministrazione del Richards-Campbell Sleep Questionnaire. I fattori disturbanti e le percezioni degli infermieri sono stati rilevati attraverso un questionario ad hoc. Infine, sono stati individuati modalità, frequenza e tipologia degli interventi infermieristici erogati durante il turno notturno.

Risultati. Dall’analisi dei risultati è emerso che la qualità complessiva del sonno percepita dai pazienti è risultata essere “mediocre” mentre negli infermieri la percezione della qualità del sonno dei propri assistiti è risultata sovrastimata. È emerso che le attività assistenziali, i rumori e le luci rappresentano i maggiori fattori che influenzano il sonno dei pazienti. Inoltre l’assistenza erogata risulta essere costante in tutte le fasce orarie, pertanto non sono favoriti periodi di sonno continuativi.

Conclusioni. I risultati della nostra indagine confermano che i pazienti in Terapia Intensiva presentano un modello di sonno-riposo alterato. Individuare strategie atte al suo miglioramento rappresenta l’obiettivo da perseguire nell’assistenza infermieristica al paziente critico.

Keywords: qualità del sonno dei pazienti, Unità di Terapia Intensiva, disturbo del modello di sonno, Richards Campbell Sleep Questionnaire, interventi infermieristici nel turno notturno.

Sleep quality in intensive care: patients and nurses perception by cross-sectional survey

ABSTRACT

Introduction. Sleep is a periodically necessary physiological state that is fundamental for health, for maintaining homeostasis and balance of systems and organs of the human body. In fact, a series of important physiological changes are associated with insufficient period of sleep. Patients, in Intensive Care Units (ICU), commonly experience sleep disruptions and deprivation, which is why the ICU environment is considered a disturber of sleep.

Objectives. To investigate the quality of patients' sleep during ICU stay, the perception of nurses and the disturbing factors, and to identify the frequency and type of nursing interventions provided during the night shift.

Methods. A transversal study conducted from June to August 2016 on a sample of 27 patients and 15 nurses in two Intensive Care Units in the provinces of Caserta and Naples, Italy. The quality of sleep perceived by the patients was assessed through the administration of the Richards-Campbell Sleep Questionnaire. The disturbing factors and the perceptions of the nurses were assessed through a questionnaire structured by the research group. Finally, the methods, frequency and type of nursing interventions provided during the night shift were identified.

Results. The overall quality of sleep perceived by patients was "mediocre", while nurses' perception of the sleep quality of their patients was overestimated. It was found that the nursing care activities, noises and lights are the major factors that influence patients' sleep. In addition, the assistance provided is constant throughout the night, and therefore not favoring continuous sleep periods.

Conclusions. The results of our survey confirm that patients in intensive care have an altered sleep-rest pattern. Identifying strategies aimed at improving sleep quality is an important goal in the care of critically ill patients.

Keywords: sleep quality of patients, Intensive Care Unit, sleep pattern disturbance, Richards Campbell Sleep Questionnaire, nursing interventions during night shift

BACKGROUND

Il sonno è uno stato fisiologico periodicamente necessario, caratterizzato da una ridotta reattività cognitiva e sensoriale agli stimoli ambientali che, dal punto di vista fisiologico, è fondamentale per il benessere, la conservazione dell'omeostasi e dell'equilibrio dei diversi sistemi e apparati del soggetto [1]. Il sonno è caratterizzato da un'attività ciclica fisiologica del cervello, accompagnata da manifestazioni comportamentali [2, 3]. Le fasi del sonno compongono un "ciclo del sonno" che dura in media tra 90 e 110 minuti e si ripete da quattro a sei volte durante la notte. La funzione riparatrice del sonno non si basa solo sul suo tempo ideale, ma anche sulla sua normale distribuzione attraverso tutte le fasi [3]. Il paziente critico, a causa di una condizione patologica di instabilità, vulnerabilità e complessità, sperimenta un'alterazione del normale ciclo del sonno con conseguenze varie ed importanti sulla salute psicofisica, nonché sul prolungamento del periodo di degenza. L'eziologia di tali alterazioni è multifattoriale ed è riconducibile alle condizioni patologiche che ne hanno determinato il ricovero e a molteplici fattori ambientali che caratterizzano il setting di Terapia Intensiva (UTI), dove l'assistenza infermieristica richiede l'utilizzo di metodiche invasive e dove è necessario agire con tempestività e rapidità in qualsiasi ora del giorno e della notte [4]. Il sonno dei pazienti in UTI dovrebbe essere misurato in termini di qualità e quantità. La letteratura ha documentato che la quantità di tempo di sonno nell'unità di terapia intensiva è approssimativamente normale, mentre la qualità del sonno è solitamente anormale. Elliott et al. hanno condotto uno studio osservazionale per misurare la quantità e la qualità del sonno di 75 pazienti in una UTI australiana utilizzando la polisonnografia ed il Richards-Campbell Questionnaire-RCSQ [5]. I risultati hanno indicato che il tempo di sonno totale medio era di 5 ore, ma il tempo di sonno medio senza interruzione era di circa 3 minuti. Inoltre, è stata osservata una progressione anomala da uno stadio di sonno ad un altro (dallo stadio 1 allo stadio REM). La privazione del sonno nelle UTI può influenzare negativamente i principali organi dei pazienti, i meccanismi di difesa immunitaria, la regolazione ormonale e lo stato mentale [6]. I disturbi del sonno sono uno dei numerosi fattori che possono contribuire alla comparsa del delirio nei pazienti in UTI. Tuttavia, la relazione tra disturbo del sonno e delirio non è stata ben indagata [2, 7-10]. Entrambi condividono un numero di manifestazioni simili che riflettono una compromissione cognitiva funzionale che comprende disturbi nella memoria e linguaggio con segni di allucinazioni e delusioni. La privazione del sonno è stata anche collegata a un aumento dell'incidenza di cadute, all'uso di restrizioni e delirio, che può comportare un aumento della degenza ospedaliera, con conseguente aumento di fattori come la morbilità, la mortalità, dell'assistenza sanitaria e dei costi [11, 12]. In conclusione, i risultati degli studi precedenti hanno indicato che il sonno dei pazienti in UTI è leggero e frammentato. Oltre il 50% dei pazienti ricoverati nelle UTI presenta disturbi del sonno [2]. La severità della malattia dei pazienti potrebbe essere influenzata negativamente dalla frammentazione del sonno [13]. Ad esempio, la mancanza di un sonno adeguato potrebbe esporre i pazienti critici a maggior rischio di infezione, complicanze e mortalità ed, inoltre, determinare un prolungamento della degenza ospedaliera [14]. In un contesto caratterizzato da un monitoraggio critico del paziente, dove l'assistenza infermieristica richiede l'utilizzo di metodiche invasive e dove è necessario agire con tempestività e rapidità in qualsiasi ora del giorno e della notte, si tende spesso a perdere di vista ed a sottovalutare i bisogni primari, come il bisogno di sonno-riposo, fondamentale nell'ambito dell'assistenza generale e critica del paziente. Pertanto, il disturbo del modello di sonno e riposo è un problema infermieristico che implica la necessità di stabilire un piano di assistenza personalizzato, finalizzato alla promozione e soddisfacimento del bisogno di sonno attraverso una valutazione sistematica della qualità.

OBIETTIVI

- Indagare la qualità del sonno del paziente in Terapia Intensiva nel corso della degenza

- Rilevare la percezione degli infermieri circa la qualità del sonno dei pazienti
- Individuare i fattori di disturbo
- Individuare la frequenza e tipologia degli interventi infermieristici erogati durante il turno notturno.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio. È stato eseguito uno studio trasversale su un campione di 27 consecutivi pazienti ricoverati presso due Unità di Terapia Intensiva, rispettivamente di un P.O. della provincia di Napoli ed un P.O. della provincia di Caserta, dal mese di giugno ad agosto 2016. È stata acquisita l'autorizzazione alla conduzione dello studio dalla Direzione Sanitaria dei due P.O. È stata inviata una lettera di autorizzazione che illustrava gli obiettivi dell'indagine e lo strumento per la raccolta delle informazioni. È stato acquisito da tutti i partecipanti ed i familiari il consenso alla conduzione dell'indagine, garantendo il pieno rispetto della privacy, lo studio rispetta la dichiarazione di Helsinki.

Criteri di inclusione ed esclusione

In questo studio sono stati inclusi i pazienti:

- maggiorescenti, che avevano trascorso un periodo ≥ 1 notti nell'Unità di Terapia Intensiva, che manifestavano uno stato di lucidità mentale, orientati nel tempo, nel luogo e nello spazio ricoverati.
- soggetti che ben comprendevano e parlavano la lingua italiana.

Non sono stati inclusi i pazienti:

- con età inferiore a 18 anni, con alterazioni dello stato cognitivo, con trauma cranico, ferita alla testa, convulsioni, disturbi neurologici, problemi di ipoacusia, alcolismo, uso corrente di un sedativo o narcotico, pazienti che fanno regolare uso di farmaci per favorire il sonno.

Inoltre sono stati arruolati 15 infermieri di Terapia Intensiva che avevano mostrato un positivo interesse verso questo studio, avevano firmato il consenso informato ed erano in servizio presso le due Unità di Terapia Intensiva coinvolte in questo studio.

Strumenti. Lo strumento utilizzato per valutare la percezione del paziente rispetto la qualità del sonno è stato il Richards-Campbell Sleep Questionnaire [15, 16], un questionario costituito da cinque items utilizzato per valutare profondità percepita, latenza, numero di risvegli, efficienza e qualità del sonno. Ogni risposta è registrata su una scala visuo-analogica da 0 mm a 100 mm, con punteggi più alti che rappresentano un sonno migliore. Al fine di esemplificare i valori, questi ultimi sono stati categorizzati in: valori da 0 a 33 mm rappresentavano un sonno scarso, da 33 a 66 mm un sonno mediocre e > 66 mm un sonno ottimale [17]. Nei pazienti, i fattori che ne hanno condizionato la qualità, sono stati valutati attraverso la somministrazione di questionario *ad hoc* strutturato a risposta multipla che ha indagato in che modo gli interventi assistenziali, i fattori ambientali e i fattori patologici hanno influito sul sonno. Per ogni tipologia di fattore sono state strutturate delle frasi in cui il partecipante poteva o meno riconoscersi contrassegnandole in caso di risposta affermativa. Per valutare invece le percezioni del personale infermieristico, è stato redatto un questionario *ad hoc* con lo scopo di valutare la percezione della qualità del sonno del paziente ed il grado di influenza di fattori patologici/ambientali. La misurazione è stata effettuata utilizzando la scala di Likert a 10 punti [18] per ogni singolo item indagato. Infine, è stata sviluppata una griglia con la lista delle attività al fine di registrare gli interventi assistenziali che prevedevano un'interazione con il personale infermieristico tra le ore 20:00 e le 7:00. I dati raccolti incluso data di rilevazione, i posti letto occupati delle rispettive sale, il numero e la diagnosi di ingresso dei pazienti

presenti durante quel turno, l'elenco delle prestazioni infermieristiche e i relativi orari dell'erogazione delle prestazioni. Tutti gli strumenti sono stati testati su 4 pazienti e 2 infermieri non arruolati nello studio, ciò per far prendere la giusta dimestichezza con gli strumenti di indagine da parte dei ricercatori.

Raccolta dei dati. La raccolta dei dati è stata effettuata ogni mattina (tra le 7 e le 11 del mattino) per un periodo di 3 mesi. Per 12 pazienti, la prima notte analizzata è stata quella seguente l'operazione, per i restanti 15, poiché la prima notte necessitavano di un supporto ventilatorio o farmacologico, la raccolta dei dati è stata effettuata la notte prima della dimissione, previa estubazione endotracheale. Ad ogni partecipante sono state illustrate le modalità di compilazione al fine di valutare le capacità di comprensione. Le risposte sono state fornite apponendo una crocetta lungo la scala visuo-analogica. Al personale infermieristico, al fine evitare bias, sono state illustrate né le modalità di compilazione del questionario né i pazienti selezionati per lo studio. La raccolta delle attività infermieristiche notturne si è svolta nell'arco di 11 turni grazie alla collaborazione del personale infermieristico delle rispettive UTI. Ogni interazione col paziente è stata riportata su di una tabella specifica, in cui veniva indicata la tipologia di attività e l'orario in cui veniva effettuata la prestazione/intervento.

Analisi dei dati. L'analisi statistica dei dati è stata eseguita mediante il software statistico Stata 10.0. I dati sono presentati come numeri e percentuali per variabili categoriali e come media \pm deviazione standard nel caso di variabili continue.

RISULTATI

In Tabella 1 sono sintetizzate le caratteristiche generali del nostro campione di pazienti. Dalla tabella risulta che l'età media dei pazienti. L'età media dei pazienti è risultata essere di circa 59,6 (range 41-74); il 51.9% è rappresentato da soggetti di sesso maschile, il restante (48.1%) di sesso femminile. La durata della degenza media è stata di 2.4 giorni, con una prevalenza (37%) di soggetti sottoposti ad interventi di cardiocirurgia.

Nella Tabella 2 invece sono indicati i risultati del questionario somministrato ai pazienti in merito alla qualità del sonno percepita. Dall'analisi dei risultati è emerso che lo score del RCSQ sulla qualità complessiva del sonno percepita dai pazienti è "mediocre" (50.2 mm). In particolare su 27 partecipanti che hanno compilato il RCSQ, è stato escluso un soggetto perché non valutabile (avendo riferito di non aver dormito tutta la notte). Per quattro pazienti su 26 (15.4%) il risultato tra 0 e 33 mm, ha indicato un sonno scadente; per 18 pazienti (69.2%) il risultato da 33 a 66 mm, ha indicato un sonno mediocre mentre 4 pazienti (15.4%) il risultato $>$ 66 mm, ha indicato un livello di sonno ottimale.

In **Tabella 3** invece, sono stati descritti i risultati delle percezioni circa alcuni fattori considerati negativi rispetto alla qualità del sonno. Da questa indagine si è osservato che i fattori più frequenti sono stati: le attività assistenziali (70.4%), rumori nelle sue forme differenti (59.3%), le luci (51.9%) e l'ansia e lo stress (70.4%) derivati dall'ospedalizzazione e dalla condizione clinica in cui versano.

In **Tabella 4**, sono state descritte le percezioni del personale infermieristico rispetto la qualità del sonno dei pazienti attraverso la somministrazione di un questionario. Utilizzando la scala di Likert, il giudizio degli infermieri in merito alla qualità del sonno dei pazienti è stata in media di 6.5 in un range da 1 a 10. In particolare, il 26.7% riporta un valore $>$ 8, ovvero una qualità ottimale qualità del sonno; il 66.7% riporta un valore compreso tra 5 e 7, cioè una qualità discreta qualità del sonno e il 6.7% ha indicato un valore $<$ 4, cioè una qualità scarsa del sonno.

Tabella 1. Caratteristiche generali dei pazienti inclusi

	n=27	%
<i>Sesso</i>		
Maschile	14	51.9%
Femminile	13	48.1%
<i>Fasce di età (anni)</i>		
		59.6±10.3(41-74)*
≤46	3	11.1%
45-51	4	14.8%
50-61	7	25.9%
>60	13	48.2%
<i>Nazionalità</i>		
Italiana	25	92.6%
Altro	2	7.4%
<i>Titolo di studio</i>		
licenza elementare	5	18.5%
licenza media	7	26%
diploma	12	44.4%
laurea	3	11.1%
<i>Stato civile</i>		
coniugato/a	22	81.5%
celibe/nubile	2	7.4%
vedovo	3	11.1%
<i>Figli (numero di figli)</i>		
Nessuno	2	7.4%
Da 1 a 3	19	70.4%
da 4 a 9	6	22.2%
<i>Professione/occupazione</i>		
disoccupato	1	3.7%
dipendente	9	33.3%
libero professionista	7	26%
pensionato	5	18.5%
altro	5	18.5%
*Media± Deviazione Standard (range)		

Tabella 2. Qualità del sonno percepita dai pazienti

	M.D.	D.S.	Max-Min
Il riposo della scorsa notte è stato...			
Leggero/profondo	53.6	13.3	28-78
La notte scorsa mi sono addormentato...			
Con difficoltà/immediatamente	44.8	13.8	16-76
La scorsa notte sono stato sveglio...			
Tutta la notte/veramente poco	51.5	13.8	24-73
La notte scorsa mi sono svegliato e...			
Non ho dormito/mi sono addormentato immediatamente	53.3	15.5	19-72
Se dovessi descrivere il riposo della notte scorsa, lo definirei..	48	21	0-90
Pessimo/Ottimo			

Tabella 3. Percezioni dei pazienti circa i fattori influenzanti la qualità del sonno

Categoria	Sotto-categoria	n	%
Interventi assistenziali	Attività di reparto	16	59.3%
	Attività assistenziali della persona	19	70.4%
Fattori ambientali	Rumori	16	59.3%
	Rumore degli allarmi e monitor	14	51.9%
	Rumore dei telefoni, conversazioni dello staff	3	11.1%
	Luci	14	51.9%
	Temperatura inadeguata	16	59.3%
Fattori patologici	Dolore	8	29.6%
	Malessere generalizzato	11	40.7%
	Tosse	8	29.6%
	Nausea	8	29.6%
	Difficoltà respiratorie	10	37%
	Posizione obbligata/scomoda	16	59.3%
	Sete	10	37%
	Febbre	1	3.7%
Altro	Stress e ansia	19	70.4%
	Tempo	5	18.5%
	Dormiva durante il giorno	9	33.3%

Tabella 4. Percezioni degli infermieri circa la qualità del sonno dei pazienti

Fattori disturbanti	M.D.	D.S.	Min - Max
Dolore	6.3	1.5	3-9
Luci	5	1.9	1-10
Ansia	6.2	1.1	4-8
Posizione scomoda	5.7	1.7	3-9
Interventi Infermieristici	4	1.8	2-7
Test diagnostici	3.8	2.4	1-9
Rumori	5.1	1.8	1-8
Allarmi	4.9	1.7	2-9
Temperatura inadeguata	6.2	1.3	5-9
Timore di spostare tubi e drenaggi	3.7	1.7	1-7
Somministrazione della terapia	2.3	1.3	1-5
Conversazioni dello Staff/telefoni	3.2	1.6	1-6

Nel Grafico 1 vengono descritte le patologie d'ingresso del campione coinvolto. La maggior parte dei pazienti trasferiti in terapia intensiva erano stati sottoposti a interventi di chirurgia toracica (25%), cardiocirurgia (21%), chirurgia addominale (15%), chirurgia urologica (3%) e neurochirurgia (3%), mentre altri mostravano patologie quali insufficienza respiratoria acuta (12%), edema polmonare acuto (9%) e emorragia subaracnoidea (6%).

Nei Grafici 2 e 3, sono descritte le Attività assistenziali degli infermieri, valutate durante 11 turni notturni complessivi.

Nel Grafico 2, sono state descritte le fasce orarie in cui sono stati effettuati la maggior parte degli interventi

infermieristici. Le fasce orarie più frequenti sono state quelle dalle ore 20:00 alle ore 20:59 ($n=168$), dalle ore 22:00 alle ore 22:59 ($n=81$), dalle 06:00 alle 06:59 ($n=84$), mentre quelle frequenze minori di interventi infermieristici sono state registrate nelle fasce orarie dalle ore 01:00 alle ore 01:59 e dalle ore 03:00 alle ore 03:59.

Nel Grafico 3 viene riportata la distribuzione delle tipologie e la frequenza degli interventi infermieristici durante la notte.

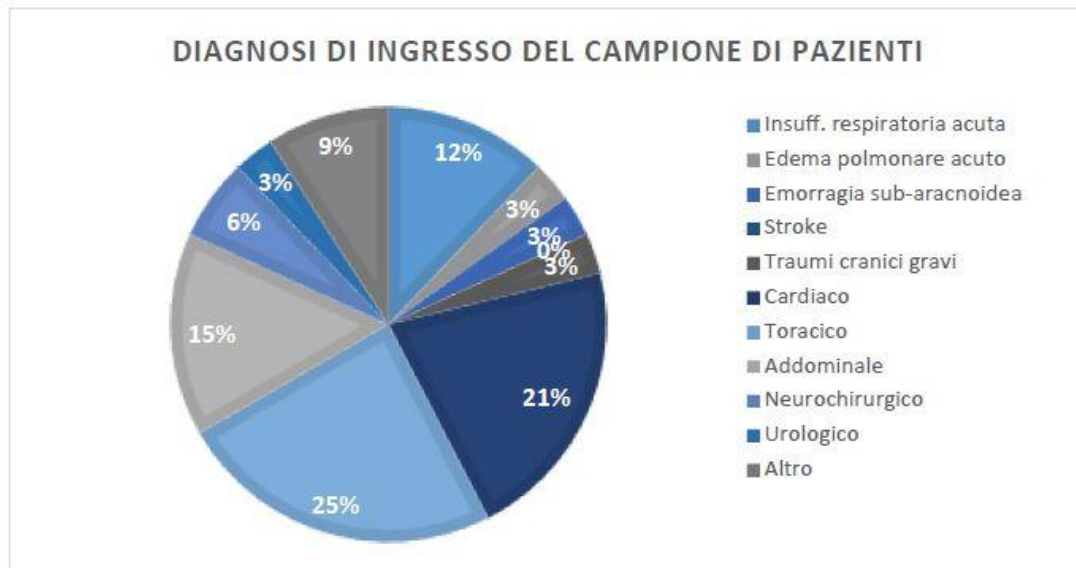


Grafico 1. Diagnosi di ingresso del campione di pazienti ($n=27$)

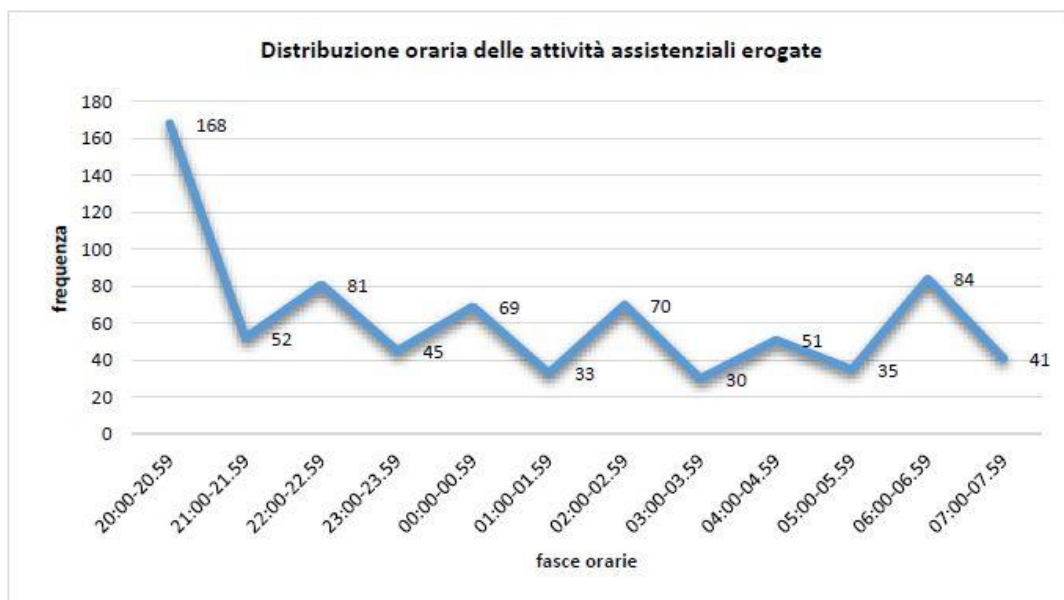


Grafico 2. Distribuzione oraria delle attività assistenziali erogate

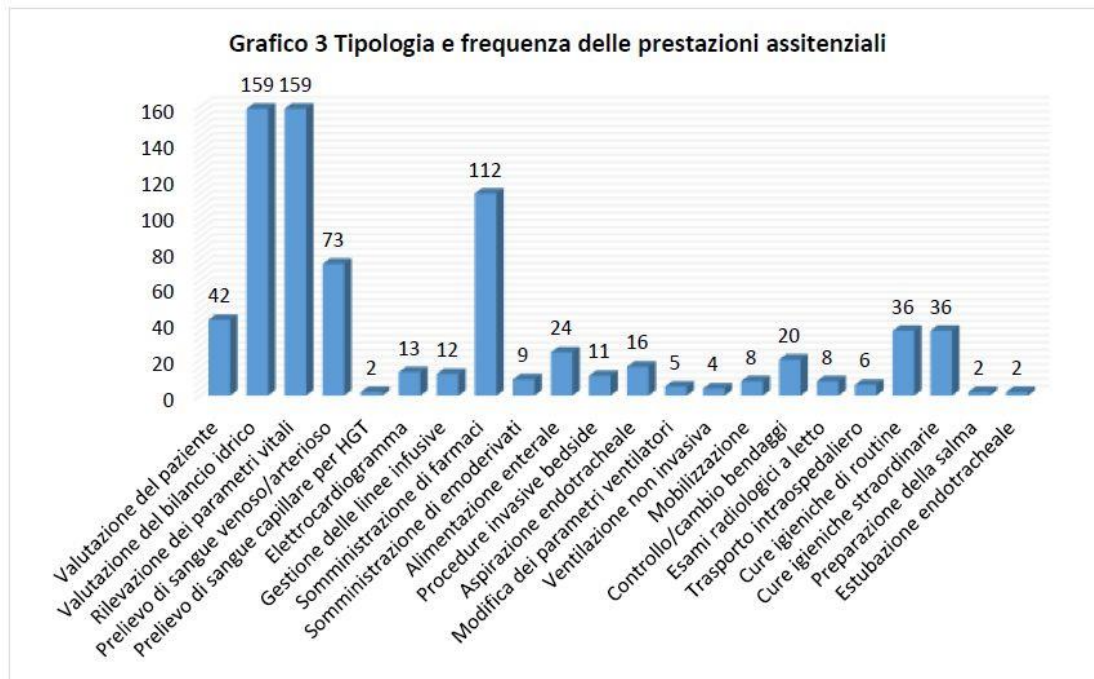


Grafico 3. Tipologia e frequenza delle prestazioni assistenziali

DISCUSSIONE

I risultati emersi dalla somministrazione del RCSQ, mostrano che i pazienti di Terapia Intensiva hanno presentato un modello di sonno-riposo caratterizzato da un sonno leggero e frequentemente interrotto, spesso accompagnato da difficoltà nel riprenderlo una volta svegli, in accordo con i dati della letteratura [2, 4, 19, 20]. Dall'analisi dei fattori disturbanti risulta che l'ambiente della Terapia Intensiva non è un ambiente favorevole per il sonno dei pazienti, evidenziando quanto determinati fattori quali luci, rumori e attività assistenziali erogate durante la notte incidano sulla qualità del sonno nella maggior parte dei partecipanti [21]. In accordo con altri studi condotti, le attività di assistenza infermieristica sono riportati come il secondo fattore che contribuisce maggiormente ai disturbi del sonno e alla scarsa qualità del sonno nei pazienti ricoverati in terapia intensiva [3]. Nello studio di Ritmala-Castren et al. [22], i risultati hanno indicato che le attività assistenziali infermieristiche su un campione di 19 pazienti erano $n=144$. Questo numero è stato ridotto a $n=120$ volte le attività di cura dopo aver utilizzato un clustering delle stesse attività. Anche nel nostro studio, analizzando l'andamento temporale degli interventi infermieristici durante la notte in UTI, risultano essere costanti in tutte le fasce orarie, senza consentire in tal modo un sonno ininterrotto di almeno 60-90 minuti, con un andamento medio di 48 attività/azioni, nella fascia oraria che va dalle ore 00:00 alle ore 06:00 del mattino. Di contro, dall'analisi dei risultati emersi nella valutazione della percezione che il personale infermieristico, è possibile affermare che questi tendono a sovrastimare leggermente la qualità del sonno dei pazienti.

Conclusioni. È evidente che molteplici fattori influenzano negativamente il sonno. Alcuni di questi fattori riguardano le condizioni cliniche del paziente, tuttavia, ci sono altri fattori sui quali gli infermieri possono intervenire per migliorare la qualità del sonno dei pazienti. L'infermiere deve considerare la valutazione del sonno auto-riferito come un'attività necessaria per identificare i bisogni dei pazienti e intervenire al fine di promuovere un riposo efficace (23). Pertanto, data la facilità di applicazione e considerata la possibilità di rispondere sia in forma scritta che verbale ai quesiti espressi

su scala VAS in soggetti incapaci o con difficoltà nell'esprimere le proprie sensazioni, il RCSQ risulta essere uno strumento particolarmente adatto in un contesto critico nonostante il suo utilizzo sia limitato a pazienti lucidi e orientati nel tempo e nello spazio. La sua facilità di utilizzo, calcolo del punteggio, ridotto impiego di tempo sia per il paziente che per l'infermiere lo rendono un'opzione molto valida per la valutazione del sonno nei setting critici. Infine, l'individuazione strategie finalizzate alla riduzione degli stimoli ambientali e il raggruppamento delle attività infermieristiche erogate durante la notte al fine di garantire periodi minimi di 90 minuti di sonno ininterrotto, rappresentano un obiettivo fondamentale da perseguire nell'assistenza infermieristica per migliorare la degenza in reparto e facilitare una precoce dimissione [8].

Implicazioni per la pratica.

Gli studi pubblicati sino ad ora hanno anche mostrato come vi siano diversi modelli attuabili dal personale infermieristico di area critica al fine di ridurre l'incidenza di disturbi del sonno e migliorare la qualità del riposo [21, 24, 25]. L'implementazione di semplici interventi sull'ambiente possono essere utilizzati in qualsiasi realtà ospedaliera e dovrebbero essere applicati al fine di creare un ambiente terapeutico [26]. Lo sviluppo di strategie, come garantire 1,5-2 ore di sonno ininterrotto durante la notte pianificando le attività assistenziali al fine di raggrupparne il maggior numero possibile in specifici orari, allo scopo di ridurre al minimo le interazioni col paziente durante le ore notturne (22), risultano essere fondamentali per favorire il mantenimento, la qualità del sonno e ridurre gli outcomes negativi associati ad una deprivazione. Queste attività richiedono l'autodeterminazione e l'impegno di tutti i professionisti sanitari e, come evidenziato, possono apportare grandi benefici per il sonno e il recupero dei pazienti in Terapia Intensiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: an overview. *Principles and practice of sleep medicine*. 2005;4:13-23.
2. Bani Younis M, Hayajneh FA. Quality of Sleep Among Intensive Care Unit Patients: A Literature Review. *Critical care nursing quarterly*. 2018;41(2):170-7.
3. Hamze FL, de Souza CC, Chianca TC. The influence of care interventions on the continuity of sleep of intensive care unit patients. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2015;23(5):789-96.
4. Stewart JA, Green C, Stewart J, Tiruvoipati R. Factors influencing quality of sleep among non-mechanically ventilated patients in the Intensive Care Unit. *Australian Critical Care*. 2017;30(2):85-90.
5. Elliott R, McKinley S, Cistulli P, Fien M. Characterisation of sleep in intensive care using 24-hour polysomnography: an observational study. *Critical care (London, England)*. 2013;17(2):R46.
6. Friese RS. Sleep and recovery from critical illness and injury: a review of theory, current practice, and future directions. *Critical care medicine*. 2008;36(3):697-705.
7. Burkhalter H, Sereika SM, Engberg S, Wirz-Justice A, Steiger J, De Geest S. Validity of 2 sleep quality items to be used in a large cohort study of kidney transplant recipients. *Progress in transplantation*. 2011;21(1):27-35.
8. Patel J, Baldwin J, Bunting P, Laha S. The effect of a multicomponent multidisciplinary bundle of interventions on sleep and delirium in medical and surgical intensive care patients. *Anaesthesia*. 2014;69(6):540-9.
9. Bihari S, Doug McEvoy R, Matheson E, Kim S, Woodman RJ, Bersten AD. Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2012;8(3):301-7.
10. Simeone S, Pucciarelli G, Perrone M, Teresa R, Gargiulo G, Guillari A, et al. Delirium in ICU patients following cardiac surgery: An observational study. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(9-10):1994-2002.
11. Mazer SE. Increase patient safety by creating a quieter hospital environment. *Biomedical instrumentation & technology*. 2006;40(2):145-6.
12. Desai S, Chau T, George L. Intensive care unit delirium. *Critical care nursing quarterly*. 2013;36(4):370-89.
13. Weinhouse GL, Schwab RJ. Sleep in the critically ill patient. *Sleep*. 2006;29(5):707-16.
14. Li SY, Wang TJ, Vivienne Wu SF, Liang SY, Tung HH. Efficacy of controlling night-time noise and activities to improve patients' sleep quality in a surgical intensive care unit. *Journal of clinical nursing*. 2011;20(3-4):396-407.
15. Richards K. Techniques for measurement of sleep in critical care. *Focus on critical care*. 1987;14(4):34-40.
16. Richards KC, O'Sullivan PS, Phillips RL. Measurement of sleep in critically ill patients. *Journal of nursing measurement*. 2000;8(2):131-44.
17. Ritmala-Castren M, Axelin A, Kiljunen K, Sainio C, Leino-Kilpi H. Sleep in the intensive care unit – nurses' documentation and patients' perspectives. *Nursing in critical care*. 2017;22(4):238-46.
18. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of psychology*. 1932.
19. Bihari S, McEvoy RD, Matheson E, Kim S, Woodman RJ, Bersten AD. Factors affecting sleep quality of patients in intensive care unit. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2012;8(03):301-7.
20. Freedman NS, Kotzer N, Schwab RJ. Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 1999;159(4):1155-62.

21. Mabasa VH, Suchorowski K, Thomas C, Su G. A standardized structured approach to improving sleep quality in the intensive care unit: SLEEP-MAD. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*. 2018;29(2).
22. Ritmala-Castren M, Virtanen I, Leivo S, Kaukonen KM, Leino-Kilpi H. Sleep and nursing care activities in an intensive care unit. *Nursing & health sciences*. 2015;17(3):354-61.
23. Kamdar BB, Shah PA, King LM, Kho ME, Zhou X, Colantuoni E, et al. Patient-nurse interrater reliability and agreement of the Richards-Campbell sleep questionnaire. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2012;21(4):261-9.
24. Aitken LM, Elliott R, Mitchell M, Davis C, Macfarlane B, Ullman A, et al. Sleep assessment by patients and nurses in the intensive care: An exploratory descriptive study. *Australian Critical Care*. 2017;30(2):59-66.
25. Diaz-Alonso J, Smith-Plaza AM, Suarez-Mier B, Lana A. Impact of a Nurse Intervention to Improve Sleep Quality in Intensive Care Units: Results From a Randomized Controlled Trial. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*. 2018;37(6):310-7.
26. Olson DM, Borel CO, Laskowitz DT, Moore DT, McConnell ES. Quiet time: a nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. 2001;10(2):74-8.