

Att orka arbeta i skiftesarbete

- **en kvantitativ studie om hur hälsan upplevs hos vårdare i skiftesarbete på Vasa centralsjukhus**

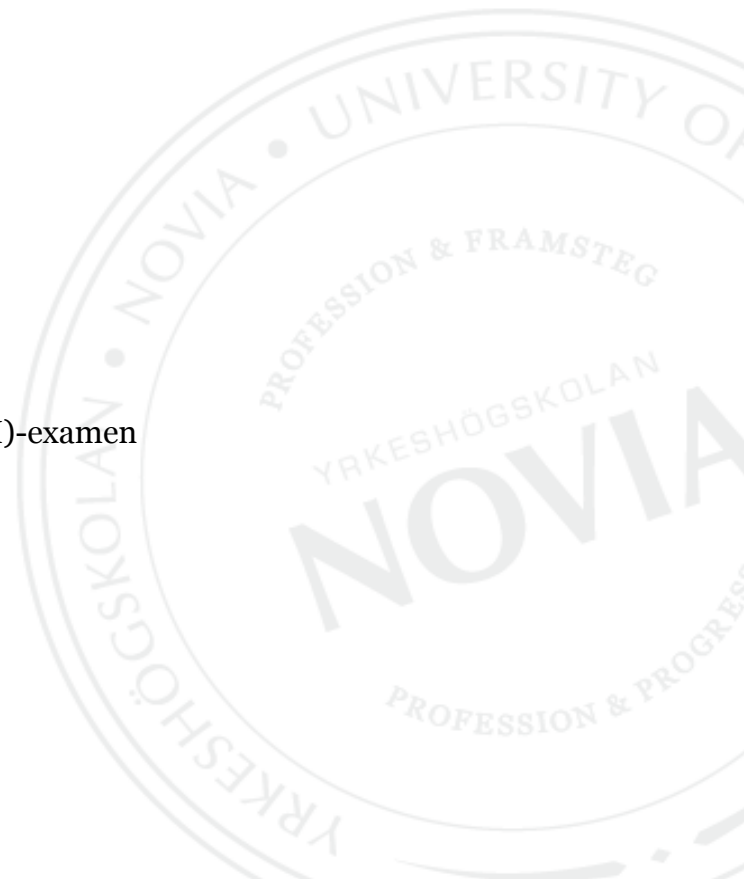
Johanna Sippus

Jannika Östman

Examensarbete för sjukskötare (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2014



EXAMENSARBETE

Författare: Johanna Sippus & Jannika Östman
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa
Inriktningsalternativ : Vårdarbete
Handledare: Anita Wikberg
Titel: Att orka arbeta i skiftesarbete, en kvantitativ studie om hur hälsan upplevs hos vårdare i skiftesarbete på Vasa centralsjukhus

Datum: 1.9 2014 Sidantal: 44 Bilagor: 2

Abstrakt

De flesta vårdare inom vårdarbete arbetar treskift, det vill säga att de arbetar morgon-, kvälls-, och nattsift regelbundet. Detta kan resultera i olika fysiologiska besvär hos vårdaren. Dessutom påverkas vårdarens sociala liv, i och med skiftesarbetet. Syftet med detta examensarbete är att undersöka om skiftesarbete påverkar vårdarens hälsa ur fysisk och social synvinkel. Vi vill undersöka om hälsan påverkas negativt hos vårdarbetare i skiftesarbete. Detta gör vi genom att göra en enkätstudie.

Vi valde att undersöka detta genom 60 enkäter som skickades ut till fyra avdelningar på Vasa centralsjukhus. Resultaten redovisas i stapeldiagram med hjälp av Excel och vissa delar av resultaten visas i tabeller. Deskriptiv statistik används för att beskriva och åskådliggöra data (Polit och Beck 2012).

Resultatet visade att majoriteten av vårdarna mår fysiskt bra. Dessvärre kom det fram att sömntimmarna oftast är under åtta timmar per natt, oberoende vilket skift man arbetar. De flesta av vårdarna ville dessutom att arbetsgivaren skulle pröva på att göra arbetslistorna, så att de arbetar alla morgonskift efter varandra, fortsätter med alla kvällsskift efter varandra och till slut nattsiften, för att få mera regelbundenhet i arbetsturena.

Språk: Svenska Nyckelord: skiftesarbete, vårdare, hälsa, sömn

BACHELOR'S THESIS

Author: Johanna Sippus & Jannika Östman

Degree Programme and location: Health Care, Vasa

Specialization: Nursing

Supervisor: Anita Wikberg

Title: Being able to work in shiftwork, a quantitative study of how health is experienced by carers in shift work at Vasa central hospital

Date 1.9 2014 Number of pages: 44

Appendices: 2

Summary

Most carers in care work are working in three shifts, which means, that they are working morning, evening, and night shifts on a regular basis. This can result in various physical problems. Shiftwork also affects the social life of carers. The purpose of this study is to investigate whether shift work affects caregivers' health from physical and social terms. We want to examine if health is adversely affected by health workers in shift work. We do this by making a survey.

We chose to investigate this by sending 60 questionnaires to four wards at Vasa central hospital. The results are presented in bar graphs using Excel and some parts of the results are shown in tables. Descriptive statistics are used to describe and visualize the data (Polit and Beck 2012).

The results showed that the majority of carers feel physically good. Unfortunately, it came up that sleeping hours often are less than eight hours a night, no matter what shift you are working. Most of the caregivers also would like the employer to make the work lists in a way that makes carers work all morning shifts after another, continuing with all the evening shifts after another and finally the night shifts, to get more regularity in their working shifts.

Language: Swedish

Key words: shiftwork, carers, health, sleep

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Syfte och frågeställningar.....	2
3 Teoretiska utgångspunkter	3
3.1 WHO:s definition av hälsa	3
3.2 Erikssons syn på hälsa.....	3
3.2.1 Den ontologiska hälsomodellen	3
3.2.2 Sundhet, friskhet och välbefinnande	5
4 Teoretisk bakgrund.....	6
4.1 Arbetarskyddslagen.....	6
4.2 Nattarbete	7
4.3 Sömn och skiftesarbete.....	7
5 Litteraturöversikt.....	11
5.1 Skiftesarbete och trötthet.....	11
5.2 Nattskifte och risk för diabetes.....	12
5.3 Nattskifte och återhämtning	12
5.4 Sömn- och vakenhetscykeln.....	13
5.5 Melatonin	14
5.5.1 Melatonin, sömn och utveckling av cancer	15
5.6 Skiftesarbete och det sociala livet	15
5.7 Livsstilsfaktorer.....	16
5.8 D-vitamin	16
6 Metod och genomförande av undersökningen	17
6.1 Enkät	17
6.2 Informanter.....	18
6.3 Praktiskt genomförande.....	18
6.4 Statistisk beskrivning och analys	19
6.5 Etiska överväganden	19
7 Resultat.....	20
7.1 Antal kvinnor och män som besvarade enkäten	21
7.2 Informanternas Yrke	22
7.3 Antalet vårdare som har barn	23
7.4 Sömn mellan två morgonskiftet	24
7.5 Sömn mellan två kvällsskiftet	25
7.6 Sömn mellan ett kvällsskifte och morgonskifte följande dag	26
7.7 Sömn innan det första nattskiftet.....	27

7.8 Sömn mellan två nattskiftet.....	28
7.9 Sömn efter sista nattskiftet.....	29
7.10 Sömnbehovet.....	30
7.11 Översikt på hur utvilade vårdarna känner sig mellan olika skiften.....	31
7.12 Översikt på insomningen mellan olika skiften.....	32
7.13 Översikt om vårdarna upplever att skiftesarbete stör fritiden.....	33
7.14 Översikt om hur skiftesarbete påverkar kroppen.....	33
7.15 Öppna svar i enkäten.....	35
8 Tolkning.....	36
8.1 Påverkas vårdare fysiskt av skiftesarbete?.....	36
8.2 Stör skiftesarbete det sociala livet för vårdarna?.....	38
8.3 Psykisk ohälsa.....	39
9 Kritisk granskning.....	39
9.1 Validitet, reliabilitet.....	40
10 Diskussion.....	41
Källförteckning.....	43
Bilagor.....	45

1 Inledning

Detta examensarbete är en kvantitativ studie om hur vårdare orkar arbeta i skiftesarbete med tyngdpunkt på arbete i tre skiften. Vi har valt att skriva om detta ämne i vårt examensarbete för att titta närmare på de problem som vårdare kan uppleva, på grund av att de har ett regelbundet skiftesarbete.

Syftet med detta examensarbete är att undersöka om skiftesarbete påverkar vårdares hälsa ur fysisk och social synvinkel. Detta gör vi genom att göra en enkätstudie, som utförs på Vasa centralsjukhus, och därifrån försöka utvärdera hur vårdarna påverkas av skiftesarbete. Man kan få reda på faktorer som påverkar och då kan försöka lösa problemet/problemen, så att vårdare kan arbeta och ha ett bra och långt arbetsliv med god fysisk och social hälsa. Arbetsgivare kanske inte vill förändra situationen eftersom det kostar pengar, men vi anser att vårdare som tar hand om andra i hela sitt arbetsliv, själva behöver en god hälsa. Dessutom kan det löna sig i längden om vårdare mår bra, eftersom det möjligen kan bli mindre utbrändhet samt sjukskrivningar och vårdarna kan vara yrkesverksamma så länge som möjligt.

Ämnet tycker vi är intressant eftersom vi själva hör till den vårdpersonal som arbetar i skiftesarbete och kan själva påverkas av det både fysiskt och socialt. Av egen erfarenhet, vet vi att man kan ha insomningssvårigheter mellan ett kvällsskifte och ett morgonskifte. Rytinstörningar och för få sömntimmar mellan nattskiten, har vi också egen erfarenhet av. Också den sociala delen i våra liv har påverkat oss på grund av skiftesarbete. Vi har minnen av att vi inte kunnat delta i släktkalas, umgänge med vänner och andra sammankomster just på grund av skiftesarbete. En fördel med skiftesarbete är bland annat att man kan ha en ledig förmiddag eller dag mitt i veckan och kan uträtta ärenden på stan, då alla ställen har öppet. De flesta vårdare kommer att arbeta inom arbeten med skiftesarbete, eftersom det inom vårdyrket finns få tjänster och få arbetsplatser med arbete mellan måndag och fredag med endast morgonskiten.

Skiftesarbete är vanligast inom hotell-, restaurang-, transport- datakommunikations- och hälsovårdsbranscherna. Ungefär lika många kvinnor som män arbetar inom skiftesarbete, men det är mera män som arbetar inom nattarbeten. Ungefär 22 % av finländarna arbetar inom skiftesarbeten (Smeds 2013).

Hälsan påverkas av oregelbundna arbetstider. Skiftesarbete, främst nattarbete, kan vara en riskfaktor till hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och magsår, men också livsstilsfaktorena påverkar hälsan. Antalet skiftesarbetare ökar ständigt, främst inom vårdbranschen. Nattarbete passar inte alla. Vissa människor bör inte heller arbeta nattetid. De som har hjärt- och kärlsjukdomar, mag-tarmbesvär samt psykiska sjukdomar inverkar skiftesarbete negativt på. Fastän man inte har dessa sjukdomar, kanske man inte klarar av nattarbete i alla fall. Vissa människor klarar av nattarbete bättre än andra (Hult 2011).

Dygnsrytmen styr våra fysiska och psykiska funktioner i kroppen. Funktionerna styrs av vår inbyggda biologiska klocka. Problemen med skiftesarbete är främst tröttheten och sömnstörningarna. Man känner sig stressad av att inte kunna sammanfoga sitt familje-/privata liv med sitt arbete. Skiftesarbetarna känner också stress inför att inte kunna vara tillräckligt pigg följande dag, varpå nattens sömnkvalitet också blir dålig. Om man börjar arbeta tidigt på morgonen, sover man också dåligt natten innan. Man går inte tillräckligt tidigt i säng, vilket följs av att nattens sömn blir ytlig och orolig. Detta kan lätt bli en ond cirkel (Hult 2011).

Ohälsa och sjukskrivningar till följd av skiftesarbete är vanligt. Arbetscheman bör vara uppbyggt för att passa vårdarnas livsstil och ge tillräckligt med återhämtning. Vårdarbetet är en stor arbetsgivare och alla vårdare skall orka arbeta ända till pensionsåldern (Hult 2011).

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att ta reda på hur vårdare upplever att deras hälsa påverkas av ett treskiftes arbete ur fysisk och social synvinkel. Majoriteten av vårdare idag arbetar inom skiftesarbete. Det påstås att hälsan påverkas negativt av oregelbundna arbetstider. Vi vill undersöka om detta påstående stämmer, genom en enkätstudie och olika information från litteratur.

De frågeställningar som vår studie fokuserar på är följande:

- Påverkas vårdare fysiskt av skiftesarbete?
- Stör skiftesarbete det sociala livet för vårdarna?

3 Teoretiska utgångspunkter

Som teoretiska utgångspunkter i detta examensarbete kommer vi att ta upp om WHO:s definition på hälsa samt behandla en del av Katie Erikssons syn på hälsa.

3.1 WHO:s definition av hälsa

Världshälsoorganisationen WHO (2006, 1) förklarar i sin konstitution från år 1946, i enlighet med Förenta nationerna, att hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom eller svaghet. Vidare förklarar man att njutningen av den högsta uppnåeliga hälsostandarden är en av de grundläggande rättigheterna för varje människa oberoende ras, religion, politisk övertygelse, ekonomisk eller social ställning. Eriksson (1996, 15-16) hävdar däremot att begreppet hälsa har utvecklats och kan definieras mera djupgående idag än vad man kunde efter andra världskriget, då WHO:s definition av hälsa redogjordes.

3.2 Erikssons syn på hälsa

Eriksson har en väldigt bred syn på begreppet hälsa, vilket vi har valt att studera närmare i vårt examensarbete. Enligt Eriksson (red.), Bondas-Salonen, Herberts, Lindholm & Matilainen (1995, 9-10) kan man tala om den ”mångdimensionella hälsan”, i vilket framkommer att hälsa är ett mycket komplicerat begrepp som rör människan. Med ”mångdimensionell hälsa” menas att man kan uppfatta hälsa på flera olika vis, ur olika perspektiv, såsom att hälsa till exempel kan vara medicinskt, vårdvetenskapligt eller ha med filosofi, sociologi, teologi och psykologi att göra. Hälsa kan även ses ur ett fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv.

3.2.1 Den ontologiska hälsomodellen

Eriksson m.fl. (1995, s. 10-14) beskriver att det finns två sidor av begreppet hälsa, det vill säga en biologisk-statisk sida som har med människokroppen och dess funktion att göra, samt en holistisk sida som inriktar sig på människans välmående, förmåga att agera, målsättningar samt möjligheter. Vid närmare studier har man kommit fram till att det ännu

finns en tredje sida av hälsobegreppet, det vill säga den ontologiska, som ser människan ur en humanistisk-kristen synvinkel. Med detta avses att man ser människans hälsa som ett görande, ett varande och ett vardande och dessa ska uppfattas som olika betydelser och inte som en begränsad situation. I olika situationer kan även ett görande, varande och vardandes grad variera vid en viss tid.

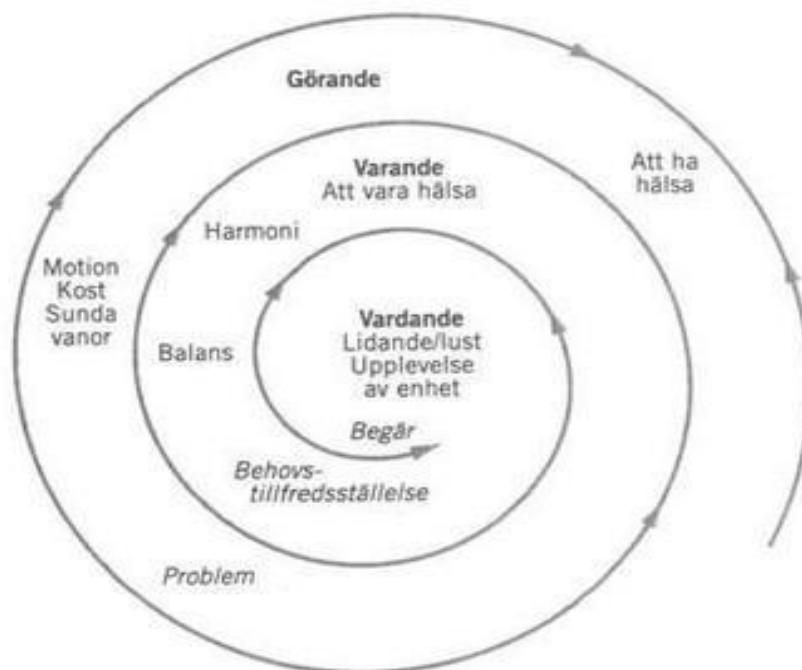
Eriksson m.fl. menar att man i den ontologiska hälsomodellen har som förutsättning att man inte kan förklara människors olika syn av hälsa bara genom olika beteenden av hälsa och behov, utan även att människan söker i djupare motiv eller i en individuell drivkraft för hälsa. Begreppet hälsa ses som en anpassad del av en människas liv och vardande samt som en upplevelse av att känna sig som hel, vilket betyder att man respekterar sitt eget liv och känner sig unik. För att kunna känna detta bör människan känna till sitt inre, sin andlighet och religiositet. Begreppet hälsa är historiskt och menas att det är en helhet som ses ur kroppslig, själslig och andlig synvinkel, där människan är medveten om sig själv som unik och som medmänniska.

Enligt Eriksson m.fl. bör människan känna till de olika sidorna av hälsa och lidande, eftersom de är två olika sidor som utgör en stor del i en människas liv och som ständigt finns där. Beroende på situationen kan människan uppleva hälsa och/eller lidande i olika grad. Ett lidande som är outhärdligt kan förhindra människan att växa som individ och att kunna uppleva hälsa, medan ett lidande som är uthärdligt kan få en människa att känna hälsa.

Eriksson m.fl. beskriver även hälsans olika dimensioner. Hälsan som görande utmärks som att människan tänker att hon "har hälsa" och utgår ifrån yttre och sakliga kännetecken. Hälsan sammankopplas med olika beteenden och man lever hälsosamt och avstår från sådant som kan vara skadligt för hälsan. Tänkandet och agerandet inställs alltså på att leva ett hälsosamt liv och avstå ifrån sjukdom. Man kan även se på många av hälsofostrans olika modeller att de befinner sig på görandets nivå.

Hälsa som varande kännetecknas som ett hälsotillstånd där man strävar efter att få känna ett välbefinnande, en harmoni och balans i sitt inre. I sitt tänkande inser människan hur kopplingen mellan fysiska och psykiska faktorer fungerar, men även mellan kropp och själ samt mellan inre och yttre faktorer. Man försöker uppnå en balans i livet samt i olika relationer och en viktig del är att man tillfredsställer behov som man upplevt. De flesta vårdmodeller som utgår ifrån adaptation och tillfredsställande av behov passar in till denna kategori.

Med hälsa som vardande menas att människan är i ett konstant vardande, att hon formas eller försvagas men inte är fullständig. I vardandet är det livsfrågorna som står i centrum. Människan är bekant med lidandet men försöker koncentrera sig på att acceptera olika händelser i livet, såsom livskriser och lyckliga tillfällen som ger människan en djupare förståelse av livet. Vardandet gör människan hel och utmärks av att hon är menad för det hon gör utan att påverkas av yttre situationer (Eriksson m.fl. 1995).



Figur 1 Hälsans dimensioner. Källa: Eriksson m.fl., 1995, s. 13

3.2.2 Sundhet, friskhet och välbefinnande

Eriksson definierar hälsa som:

”ett hos organismen integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande men inte nödvändigtvis som en frånvaro av sjukdom eller lyte”. (Eriksson 1996, s. 44)

Eriksson (1996, s. 36-37) förklarar att hälsa är sundhet eller att vara sund. Sundhet är en egenskap som kan innebära både psykisk och hälsosam sundhet. Psykisk sundhet betyder att människan är klartänt och smart medan hälsosam sundhet hänvisar till hur människan betar sig samt hennes förståelse för konsekvenser. En sund person agerar hälsosamt.

Vidare förklarar Eriksson att hälsa är friskhet och att vara frisk. Detta är en egenskap som hänvisar till fysiska kännetecken hos en organism såsom att vara kry, duktig och fräsch. Det beskriver alltså hälsan ur ett fysiskt perspektiv. Sundhet och friskhet är två begrepp som utmärker funktionen på en organism. En människa kan vara både sund och frisk men i varierande grader. Detta kan värderas av henne själv (som t.ex. patient) eller av den som observerar henne (som t.ex. vårdare).

Välbefinnandet menar Eriksson är en känsla som människan har. Människan kan visa att hon mår bra eller att hon inte gör det. Man kan även se att en annan människa mår bra men man kan inte se själva välbefinnandet, utan det är något som en människa känner inifrån, en egen upplevelse. Med välbefinnande menas att man mår bra och detta kan även beskrivas som att man äger hälsa, vilket i sin tur betyder att man är sund och frisk. Således är hälsa en helhetskänsla människan har som både är psykisk och fysisk. I motsats till välbefinnande så är illabefinnande då en upplevelse av ohälsa.

4 Teoretisk bakgrund

I detta kapitel tar vi upp om vad arbetarskyddslagen säger om arbetstagares hälsa och nattarbete. Vidare förklarar vi vad nattarbete innebär samt behandlar sömnen och skiftesarbete.

4.1 Arbetarskyddslagen

Syftet med arbetarskyddslagen (23.8 2002/738) är att arbetsmiljön och olika arbetsförhållanden skall förbättras samt bevara arbetstagarnas prestationsförmåga. Olycksfall, yrkessjukdomar och andra besvär som kan påverka den fysiska och psykiska hälsan hos arbetstagarna bör förebyggas.

I paragraf 25 i arbetarskyddslagen (23.8 2002/738) står det att om en arbetstagares hälsa äventyras, skall arbetsgivaren åtgärda omständigheterna som belastar arbetstagarens hälsa. I paragraf 30 i arbetarskyddslagen (23.8 2002/738), tas nattarbete upp. Arbetstagaren som

arbetar natt, kan vid behov ges tillfälle att byta till enbart dagarbete eller helt byta arbetsuppgifter om detta bara är möjligt. I paragraf 31 i arbetarskyddslagen (23.8 2002/738), står det att om arbetet fordrar oavbruten närvaro eller ständig belastning, bör arbetsgivaren ordna så att arbetstagaren kan gå ifrån arbetet en stund och ta paus.

4.2 Nattarbete

En ordinarie arbetstid är åtta timmar per dygn eller högst 40 timmar i veckan. Nattarbete innebär arbete mellan kl. 23-06 följande dag. Arbetstagaren har rätt till minst en halv timmes rast i mitten på arbetsskiftet. Vid ett 10-timmars arbetsskift kan arbetstagaren om han vill, ta en halv timmes rast efter att ha arbetat 8 timmar. Om arbetstiden är längre än 6 timmar, får arbetstagaren ha en halvtimmes rast för intag av måltid. En arbetstagare inom sjukvården, skall ges en vilotid på minst nio timmar under de kommande 24 timmarna från arbetsturens början (arbetstidslag 1996/605).

Att nattarbete inte passar alla och påverkar hälsan, har forskare sedan länge vetat. Sömnstörningar och mag- och tarmbesvär, såsom magsår är vanligt. Nattarbetare har dålig aptit på morgonen, för att det i magen och tarmarna inte bildas lika stora mängder av födospjälkande ämnen. (Ursin 1986, s. 97-98).

Kroppens dygnsrytm fungerar vanligtvis så att den är inställd på en fysiologisk aktivering, t.ex. hög ämnesomsättning på dagen som avtar under natten. Skiftesarbete är därmed i konflikt med den biologiska dygnsrytmen. Kecklund m.fl. (2010) skriver om att det finns ett samband med skiftesarbete och hjärt- och kärlsjukdomar, cancer, arbetsskador och mag- och tarmproblem. Man vet inte ännu mekanismen bakom dessa problem, men troligen är livsstilsfaktorerna, sömnstörningar, ändring av dygnsrytmen och arbetsmiljön bidragande orsaker. Också patientsäkerheten och felbehandlingar har visat sig vara vanligare vid nattarbete (Kecklund m.fl. 2010 s. 46).

4.3 Sömn och skiftesarbete

Toomingas m.fl. (2008, s. 292-293) beskriver om hur skiftesarbete påverkar sömnen. Det är väldigt vanligt med sömnsvårigheter och detta är något som har undersökts. De tar även

upp om att vissa personer kan ha svårt att somna kvällen innan ett morgonskifte eftersom de är oroliga över att de inte ska vakna i tid, vilket då resulterar i att djupsömnen störs.

Människan behöver sömn för att återhämta sig, för hjärnans återhämtning och för inlärningen. Genom sömnen överförs det vi lärt oss till långtidsminnet. Sömnbehovet varierar från individ till individ. I medeltal är sömnbehovet hos vuxna individer cirka åtta timmar per natt. För tio procent av befolkningen är sex timmars sömn tillräckligt och runt tio procent behöver nio timmars sömn. En långvarig sömnbrist påverkar prestationsförmågan negativt (Litmanen m.fl. 2005, s. 128).

Sömnens mängd, djup och tidpunkt regleras huvudsakligen av tre faktorer: längden av vakenhet, kvaliteten av vakenheten och människans inbyggda klockfunktion. För upprätthållande av vakenhet och sömn behövs specialiserade samverkande hjärnceller. Under vakenhet förhindrar vakenhetscellerna funktionen hos sömncellerna. Under sömnen förhindrar sömncellerna funktionen hos vakenhetscellerna (Ulfberg 2009, s. 15-17).

Vid vaket tillstånd förbrukas energi och under sömntillstånd byggs energi upp i kroppen. Under sömnen utsöndras hormoner. Dygnsrytmen påverkas av ljuset. Om man utsätts för ljus på morgonen, förkortas det biologiska dygnet. Om man utsätts för ljus på kvällen, förlängs det biologiska dygnet. Om man däremot vistas i ljus på morgonen och på kvällen, tar dessa effekter ut varandra. Tappar och stavar är ljusreceptorer i näthinnan. Det finns dessutom en tredje typ av ljusreceptor i näthinnan och dessa påverkar direkt den biologiska klockan och dygnsrytmerna synkroniseras (Ulfberg 2009, s. 15-17).

Däremot menar Suomen sairaanhoitajaliitto (2014 s.76) att vår inre klocka i kroppen förbereder vår kropp inför sömn. Om sömnen på grund av skiftesarbete förskjuter tidpunkten för den interna klockan till fel tid på dagen, är kroppen inte förberedd för sömn, och sömnen förblir kortare och är av sämre kvalitet. Fastän sömnbehovet, den inre klockan och anpassning till skiftesarbete är individuellt och genetisk, vänjer sig vissa individer bättre än andra till skiftesarbete.

Det finns fyra olika sömnstadier. Insomnandet kommer först, där efter går vi in i första sömnstadiet. Därefter följer de tre följande stadierna. Tiden från insomnandet till fjärde sömnstadiet tar cirka en timme. I det fjärde sömnstadiet har vi den djupaste sömnen. Efter fjärde sömnstadiet återvänder man stadium efter stadium till stadie ett. Sömnen växlar alltså mellan dessa stadier flera gånger under en natt (Litmanen m.fl. 2005, s. 128).

REM-sömnen (rapid eye movement) eller REM stadiet är enligt (Litmanen m.fl. 2005, s. 128) en ytlig sömn med förhöjd puls, snabbare andning samt snabba ögonrörelser under ögonlocken. Det är i detta stadie vi oftast drömmer något. Allvarlig sömnbrist kan ge upphov till retlighet, ångest och koncentrationssvårigheter. Lamasou (2014) menar att för friska människor är under fem timmars sömn för lite och över nio timmars sömn för mycket. Sömnbrist till exempel en sömlös natt eller flera nätter av tre till fyra timmars sömn motsvarar en promilles fylla. En natt med dålig sömn försämrar motivationen, koncentrationen, styrandet av egna handlingar samt bedömningen av nya komplicerade situationer. Dessutom orsakar sömnsvårigheter irritation, ökar depression, ökar ångest och försämrar humöret.

Vidare menar Lamasou (2014) också att sömnlöshet aktiverar det sympatiska nervsystemet, som i sin tur ökar det systoliska blodtrycket och ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Dålig sömn är också förknippat med ökade kolesterol- och triglyceridhalter samt ökad nivå av High-density lipoprotein (HDL) kolesterol i blodet. Sömnbrist ökar hungern och matintaget ökar. Trötta människor orkar inte heller motionera eller upprätthålla en sund livsstil, vilket i sin tur också ökar risken för övervikt och hjärt- och kärlsjukdomar. Sömn främjar också motståndskraftens utveckling. Kroniskt sömnbesvär påverkar dessutom immunsystemet negativt.

Åkerstedt (2002) skriver att de flesta som arbetar natt, har problem med ”genomsovningen”. Det betyder att man vaknar för tidigt efter nattsiftet t.ex. kl. 07-12, d.v.s. 2-4 timmar tidigare än med en vanlig nattsömn på 8-9 timmars sömn. Denna sömnförkortning påverkar sömnstadie 2 och REM-sömnen. Men kvaliteten på den korta sömnen man har, behöver inte alls vara dålig.

Morgonskiftet är impopulärt. Morgonskiftet kan vara mellan kl. 06-14. Vid uppstigning till detta skift används oftast väckarklocka som uppvakningshjälp och detta skifte är mycket påfrestande i längden. Problemet är att uppvaknandet sker när man är som tröttast och uppstigandet görs när djupsömnbehovet ännu inte är fyllt. Det lyckas inte alltid att lägga sig tidigare heller, eftersom dygnsrytmen ännu är inställd på aktivitet. Sömnförkortningen kan bli lika stor som vid nattarbete, eftersom eventuella uppvaknanden sker under nattens gång. Kvällsskiftet infaller oftast mellan kl. 14-22. Kvällsskiftet påverkar inte sömnens längd. Dock kan man ha insomningsvårigheter och vara jäktad efter kvällsskiftet. De som arbetar treskiftesarbete känner sig ofta tröttare än de som bara arbetar dagtid (Åkerstedt 2002, s. 75).

Unga skiftesarbetare upplever mer trötthet med morgonskiftet än äldre. En förklaring kan vara att de är så kallade kvällsmänniskor. Kvällsmänniskorna har en senare fas i den biologiska dygnsrytmen. Deras bottenläge inträffar sent på natten. Dessa kvällsmänniskor har det därför lättare med kvälls- och nattarbetet (Kecklund m.fl. 2010 s. 63)

Om man, som nattarbetare vill hålla kvar en viss dagsrytm bör man utsättas för ljus efter nattskiftet. Men om man däremot vill anpassa sig till nattarbete, skall man undvika ljus på dagen med t.ex. solglasögon, men utsätta sig för ljus på kvällen. Det har påvisats att inom en och samma yrkesgrupp sker fler olyckor nattetid än dagtid. Trötthet under natten är underskattad. Det är svårt att påvisa detta objektivt. Trötthet rapporteras sällan som olycksorsak, eftersom trötthet bedöms lika hårt som intag av alkohol på arbetsplatser (Åkerstedt 2002, s. 77-79).

Den som skiftesarbetar kan underlätta sömnen genom att rummet är mörkt, tyst och svalt. Maximal vakenhet under natten uppnås om man delar sömnbehovet i två delar. Direkt efter nattskiftet görs huvudsömnen och på kvällen en kortare sömn. En tupplur på nattskiftet höjer också vakenheten. Under denna tupplur kan man sova 30 eller 90 minuter. Allt däremellan kan göra att man vaknar upp mitt i djupsömnen och då är tröttheten som värst. Efter sista nattskiftet skall man minska av huvudsömnen, gå tidigt i säng följande kväll och ha en lång nattsömn följande natt. Då återgår man snabbast till dagsskifte efter nattarbete (Åkerstedt 2002, s. 83-85).

Åkerstedt (2002, s. 85-86) skriver också om födan. På nattskiftet skall man ej inta någon större mängd föda. Detta kan utlösa sömnighet och dessutom kan magen inte ta hand om födan. Förhöjda nivåer av blodfett kan förknippas med stort födointag under nattskift. Intag av snabba kolhydrater leder till snabb aktivering av insulinet, vilket resulterar i trötthet och en pendling mellan trötthet och vakenhet. Det går bra att äta en större mängd föda innan nattskiftet och under nattskiftet intas ett mellanmål. Intag av långsamma kolhydrater rekommenderas. Före morgonsömnen bör man undvika intag av vätska. Urinblåsan fylls fyra gånger snabbare under morgonsömnen än under nattsömnen. Intag av vätska innan man lägger sig efter nattskifte, gör att man måste stiga upp och urinera.

Tallkottskörteln producerar melatonin, vilket är ett mörkerhormon. Detta hormon är tidgivaren för kroppen. Kroppens alla vävnader får information av detta hormon om vad klockan är på dygnet. Av kvällens mörker börjar melatonin utsöndras och når sin kulmen kl. 02-tiden på natten. (Ulfberg 2009, s. 15-17).

Man menar att det i kroppen utsöndras ämnen under vakenheten och när de har nått upp till en viss nivå, ökar sömnheten och man somnar. Ett av dessa ämnen är adenosin. När detta nått till en viss halt, somnar vi. Koffein, som t.ex. finns i kaffe, blockerar däremot hjärnans adenosin receptorer och vi håller oss längre vakna. (Ulfberg 2009, s. 18).

5 Litteraturöversikt

I detta kapitel har vi sökt fram tidigare forskning som berör skiftesarbete. Forskningarna hittades på databaserna Ebsco och Cinahl. Sökord som vi använt när vi sökt dessa artiklar är bland annat: shiftwork, shiftworkers, working in shifts, nightworkers och working nights. Dessa sökord gav oss många träffar, men vi använde oss av de som verkade mest intressanta och relevanta till vårt arbete.

5.1 Skiftesarbete och trötthet

Yuan, Chou, Chen, Lin, Chen, Liu & Kuo (2011) har beskrivit hur skiftesarbete påverkar tröttheten bland sjukskötare. Syftet med studien var att jämföra symtom på trötthet och fysiologiska tecken hos sjukskötare som arbetar dagtid med sjukskötare som arbetar i olika skiften. I studien ombads 107 sjukskötare från en inremedicinsk-, operations- och intensivvårdsavdelning i Taiwan att jämföra sina symtom på trötthet innan arbetets början med efter att det avslutats. De besvarade ett frågeformulär där de fick fylla i deras symtom på trötthet. Frågeformuläret besvarades både före och efter arbetet. Man använde även instrument för att mäta sjukskötarnas trötthetsnivå i ögonen, deras handstyrka samt hudens temperatur och fuktighet efter ett åtta timmars arbete. Man kunde se på både frågeformuläret och de fysiologiska mätningarna att sjukskötare som arbetar i olika skiften är tröttare, har koncentrationssvårigheter och känner sig mer obekväma än sjukskötare som endast arbetar dagtid.

5.2 Nattskifte och risk för diabetes

Pan, Schernhammer, Sun & Hu (2011) tar upp om roterande nattskiften och risk för diabetes hos kvinnor. Det framkommer hur nattskiften stör dygnsrytmen, vilket har förknippats med övervikt, metabolt syndrom samt oregelbundna glukosvärden i kroppen. Studien gjordes genom att följa två stora grupper av kvinnor i USA från 18-20 års uppföljning av "Nurses' Health Study" (NHS). I den första gruppen (NHS I, 1988-2008) fanns 69 269 kvinnor i åldern 42-67 och i den andra gruppen (NHS II, 1989-2007) fanns 107 915 kvinnor i åldern 25-42, alla utan diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och cancer som grundsjukdom. I båda grupperna besvarades frågeformulär för att få information om deras livsstil och förekomst av kroniska sjukdomar. År 1988-1989 blev deltagarna i båda grupperna, för första gången, tillfrågade hur länge de arbetat i roterande nattskiften. År efter år fick de samma fråga och år 2005 samlades all data och man räknade ihop totala år (och månader) som kvinnorna arbetat i roterande nattskiften. I båda grupperna fick deltagarna också besvara ett frågeformulär om diabetes, dess symtom och glukosvärden relaterade till deras hälsa. Utifrån detta frågeformulär visade det sig att 62 sjukskötare från första gruppen (NHS I) hade typ-2 diabetes. Pan m.fl. (2011) kom fram till att en lång tid av roterande nattskiften har ett samband med risken att insjukna i typ-2 diabetes hos kvinnor, vilket delvis verkar ha ett samband med kroppsvikt. Man kan även konstatera att en ordentlig undersökning och åtgärdsstrategier hos roterande nattskiftsarbetare behövs för att förhindra att de insjuknar i diabetes.

5.3 Nattskifte och återhämtning

Förhållandet mellan att sova på nattskiftet och återhämtning från arbetet bland sjukskötare har studerats av Silva-Costa, Rotenberg, Harter Griep & Marina Fischer (2011). I den studeras om sambandet mellan sönmönster under nattskiften och återhämtning från arbetet bland sjukskötare, i relation till timmar av hushållsarbete. På flera sjukhus är sjukskötare tillåtna att sova under sina nattskiften, men detta är sällan uppskattat från sjukskötarnas hälsoperspektiv. Behovet av återhämtning från arbetet kan vara användbart då man testat effekten av nattarbete på sömnen. Återhämtning är inte ett problem om arbetare har tillräckligt med tid att vila mellan arbetsskiftena. Studien utfördes i tre olika

sjukhus i Brasilien mellan år 2005 och 2006 genom ett omfattande frågeformulär. Alla vårdgrupper som arbetar med patienter erbjöds att delta i undersökningen. I undersökningen ingår kvinnliga nattarbetare utan förekomst av sömnlöshet. Deltagarna delades upp i de som inte alls sov under ett nattskifte, de som sov upp till två timmar/nattskift och de som sov två-tre timmar/nattskift. Silva-Costa m.fl. (2011) kom fram till att om man sover två-tre timmar under ett nattskifte så återhämtar man sig bättre från arbetet såvida arbetarna inte genomför många timmar av hushållsarbete.

5.4 Sömn- och vakenhetscykeln

Fritschi, Glass, m.fl. (2011), skriver om att det sker en så kallad fasförskjutning i kroppen vid skiftesarbete, eftersom många organ och celler i kroppen har några rytmiska processer. Många av dessa processer är synkroniserade med sömn- och vakenhetscykeln som styrs av dygnsrytmens klocka i suprachiasmatiska kärnan i vår hjärna. Suprachiasmatiska kärnan finns i hypothalamus. Suprachiasmatiska kärnan dirigerar kroppens biologiska dygnsrytm med en rytm på drygt 24 timmar. Vakenhetsrytmen och sömnrytmen styrs dels av ett medfött genetiskt maskineri och dels av ljusupptagningen av ögat (Berthold 2013).

Den suprachiasmatiska kärnan sänder med jämna mellanrum ut olika budskap under dygnet, delvis som nervimpulser och delvis som hormonella regleringar till närliggande kärnor i hypothalamus och till olika organ i kroppen (Berthold 2013). Byte från ett skifte till ett annat kan orsaka fasförskjutning, eller osynkronisering av fas, där rytmerna av kringfunktioner är i orytm med rytmerna av sömn och vakenhet. Fasförskjutning är värre för personer med långsamt roterande arbetslistor än för skiftesarbetare som har många nattskiften i följd.

Många perifera banor i kroppen påverkas av dygnsrytmerna, inklusive glykolysen och kolesterol metabolismen. En av flera mekanismer för att förklara hur dygnsrytmerna förändringar kan bidra till cancer är deras effekt på cellnivå. I själva verket har ett viktigt inslag observerats i maligna vävnader, som visar osynkronisering i celltillväxt, som är en viktig process som regleras av dygnsrytmerna (Fritschi m.fl. 2011).

I nästan alla av kroppens celler finns en inre klocka som styrs av variationerna mellan natt och dag. Dessa så kallade klockgener kan fungera som tumörsuppressorer och variationer i genuttryck och kan vara involverad i cancerutveckling och progression. Suprachiasmatiska kärnan i hjärnan, ställer in tiden, tempo och ordning till en sekvens av 24 timmars rytmer

av cellförnyelse i perifera organ, vävnader och celler i kroppen. Sammanblandning av huvudklockan, till exempel när en person gör skiftesarbete, kan på så sätt bidra till osynkronisering i celltillväxt, som kan leda till cancer (Fritschi m.fl. 2011).

Det finns också belegg för att klockgenerna polymorfismer kan förknippas med vissa cancerformer hos människor menar Fritschi m.fl. (2011). Men det finns för närvarande inga data från epidemiologiska studier på människor som specifikt har undersökt samspelet mellan skiftesarbete och klockgenerna polymorfismer.

5.5 Melatonin

Vidare skriver Fritschi m.fl. (2011) också om melatoninets påverkan på kroppen. Melatonin är ett hormon som produceras av tallkottkörteln i ett mönster som varierar inom individen under en 24-timmars period, med toppnivåer som observerades på natten när ljuset är frånvarande. Laboratiestudier har visat flera anti-cancerogena egenskaper hos melatonin, inklusive hämning av tumörutveckling och reducering av nivåerna och utvecklingen av cancer. När det gäller hämning av tumörutveckling, finns det bevis för att melatonin kan påverka cellspridningsprocesser på olika organiska nivåer. Empiriskt har förändringar i melatoninfrisättningen och dygnsrytm varit kopplade till aspekter av spridning av malignitet såsom vid cancer.

Hos ryggradsdjur regleras frisättningen av melatonin av information om miljöljusnivåer (särskilt blått ljus), från solen eller från artificiellt ljus, som överförs till tallkottkörteln via näthinnan. Melatoninproduktionen undertrycks av ljuset och dess framställning återställs vid ljusfrånvaro. Vanligtvis ökar melatoninproduktionen långsamt från ca 21:00 med en topp vid ungefär 03:00, och sedan minskar den igen mot gryningen. Det finns därför intresse om nattarbete kan resultera i ökad exponering för ljus vid ovanliga tider. Med andra ord tror man att ökad exponering av ljus under "normala" sömnperioder kan undertrycka melatoninfrisättningen, vilket i sin tur kan leda till en minskning av de anti-cancerogena effekterna av melatonin (Fritschi m.fl. 2011).

Nattarbetare har ofta familj och sociala åtaganden som gör att de inte kan stanna kvar på en nattrytm permanent. De kan också ha exponerats för ljus under dagen, även när de försöker sova, vilket kan undertrycka melatonin produktionen under dagen. IARC (international agency for research on cancer) uppger att människor behöver fullständig justering för att upprätthålla den inverterade sömn- och vakenhetsperioden även på vilodagar och för att

undvika exponering för starkt ljus efter nattskift (dvs. man borde bära mörka solglasögon under resan hem).

5.5.1 Melatonin, sömn och utveckling av cancer

Fritschi m.fl. (2011) skriver också om att skiftesarbetare är benägna att drabbas av sömnstörningar. Det har visat sig att sjukskötare som arbetar dagtid i genomsnitt sover längre (8,3 timmar) än de som arbetar på natten (4,8 timmar). Ett antal tänkbara biologiska modeller har föreslagits som kan förklara hur sömnkvaliteten kan påverka utvecklingen av cancer.

Den första möjliga modellen enligt Fritschi m.fl. (2011) avser melatonin. En lång oavbruten sömn kan leda till ihållande melatonin frisättning, medan korta sömntider, eller sömn som ofta störs, kan resultera i ett minskat melatonin utsläpp. Denna mekanism tyder på att de som sover under en längre tid, oavsett kvalitet, kan ha en minskad risk för cancer på grund av högre nivåer av cirkulerande melatonin.

En annan av de föreslagna mekanismerna enligt Fritschi m.fl. (2011) är hypotesen om immunsuppressioner. Forskare har antagit att en av sömnens betydelse, är att bidra till upprätthållandet av immunsystemet. Den mekanismen av immunsuppressioner tyder på att de som har dålig sömnkvalitet på grund av otillräcklig eller ofta störd sömn, kan ha en ökad risk för cancer på grund av nedsatt immunförsvar.

Ett alternativ till de föreslagna modellerna enligt Fritschi (2011) är att sömn kan påverka cancerrisken via metaboliska vägar. Fetma är en riskfaktor för ett antal cancerformer. Tre möjliga vägar som kan leda från sömnbrist till viktökning har identifierats: förändrad glukosmetabolism, ökad aptit på grund av förändringar i hormonnivåer (som reglerar aptit och energiförbrukning), och lägre energiåtgång (mindre motivation till aktivitet) hos personer med dålig sömn.

5.6 Skiftesarbete och det sociala livet

Skiftesarbetares familjeliv och sociala liv påverkas ofta negativt. Kvällsskift gör att skiftesarbetare inte hinner umgås med familjen eller vänner, därför tycker skiftesarbetare oftast bättre om nattskift än om kvällsskift. Då kan för lite sömn hos vårdaren utlösa

trötthet och irritabilitets problem hos både vårdaren och dennes familj och vänner. Det är oftast morgonmänniskorna som inte klarar av nattarbete lika bra som de så kallade kvällsmänniskorna. (Ursin 1986, s. 97-98).

Fritschi m.fl. (2011) beskriver också att arbete på natten har komplexa och ofta skadliga effekter på en rad personliga vanor på grund av både sociala och fysiologiska orsaker. Dessa inkluderar dålig kost, tobak, alkohol, fysisk inaktivitet och övervikt. Det är ganska klart att dessa faktorer är förknippade med en ökad risk för olika typer av cancer.

5.7 Livsstilsfaktorer

När det gäller kost, menar Fritschi m.fl. (2011) att det kan vara svårt för nattarbetare att få hälsosam mat, eller så kan de äta mat med hög energitäthet i ett försök att motverka tröttheten. Dessutom kan fasförskjutning leda till mindre hunger eller ett ökat illamående, när man försöker äta på tider som strider mot den vanliga sömn- och vakenhetsrytmen.

Många av riskfaktorerna för olika cancerformer (t.ex. rökning, fetma och brist på fysisk aktivitet) menar Fritschi m.fl. (2011) är vanligare hos skiftesarbetare än hos den övriga befolkningen. Rökning har visat sig vara vanligare hos skiftesarbetare än hos den övriga befolkningen. Skiftesarbetare kan ha lägre nivåer av fysisk aktivitet på fritiden än den övriga befolkningen, eftersom det ofta är svårt att utöva fysisk aktivitet på fritiden i ett skiftesarbetsschema.

Sammanfattningsvis menar Fritschi m.fl. (2011) att det finns vissa belegg för att skiftesarbetare är mer benägna än den övriga befolkningen att engagera sig i livsstilsfaktorer som t.ex. tobaksbruk, fysisk inaktivitet och dålig kost och även att ha ett högre BMI, som är kända för att vara associerade med ökad risk för cancer.

5.8 D-vitamin

Fritschi m.fl. (2011) tar också upp om produktionen av D-vitamin hos skiftesarbetare och dess effekt. Det har antagits att personer med permanent nattskift kan ha begränsade möjligheter att vara ute i dagsljus och kan därmed få mindre solexponering. En färsk systematisk översikt fann nyligen att solexponering var skyddande mot kolorektal-, prostata-, bröstcancer och Non-Hodgkins lymfom i de flesta studier.

En möjlig mekanism enligt Fritschi m.fl. (2011) för denna association är via D-vitaminet, som produceras i huden vid solexponering, och därför har människor med låg exponering för solljus lägre cirkulerande halt av D-vitamin i kroppen. Vitamin D involverar i många cellulära processer. Det finns vissa belägg från djurstudier att D-vitamin kan minska förekomsten av cancer och dess skador, när dessa djur utsätts för cancerframkallande ämnen. Således, medan det finns en teoretisk motivering för ett samband mellan skiftesarbete och lägre solexponering, och ett samband mellan lägre solexponering och ökad risk för vissa typer av cancer, finns det få belägg för att denna effekt kan förklaras av vitamin D (Fritschi m.fl. 2011).

6 Metod och genomförande av undersökningen

Vi har valt att genomföra en enkätundersökning, för att samla information till vår studie. Vi hoppas få fram hur vårdpersonalen på Vasa centralsjukhus påverkas av treskiftesarbete. Vi sände ut 60 enkäter och följbrev till fyra olika avdelningar. Totalt 47 ifyllda enkäter hämtades in och analyserades. Dessa skiftesarbetare skulle vara utbildade till sjukskötare eller närvårdare och arbeta regelbundet morgon-, kvälls-, och nattskift. Vi fick tillstånd av översköterskan för medicinska klinikgruppen att ta kontakt med fyra avdelningar på Vasa centralsjukhus, som översköterskan valt ut åt oss.

6.1 Enkät

Vi har valt att använda oss av ett frågeformulär/en enkät. Fördelarna med enkät är att vi kan låta många informanter vara med i studien, istället för att vi skulle hinna arrangera t.ex. intervjuer med några sjukskötare. Vi kan få många svar under en kort tid. Alla informanter får samma fråga, vilket ger standardiserade svar (Denscombe 2009 s. 225.) Vi vill få information genom att fråga vårdpersonalen om de upplever olika fysiska problem i samband med skiftesarbete (Denscombe 2009 s. 207.) I enkäten har vi valt att använda oss av så kallade skalfrågor. Där siffror 1 betyder att respondentens åsikt är negativ och siffror 5 betyder att respondentens åsikt är positiv. På det här sättet får respondenterna markera sitt tycke (Bell 2006 s. 218-219). I enkäten finns också några öppna frågor och några enstaka frågor med alternativ.

Enkäten hittade vi som ett dokument från webbsidan www.workingtime.org när vi googlade ”survey of shiftworkers”. Tyvärr finns det ingen internetadress till den. Vi mejlade upphovsmannen, Simon Folkard och frågade om vi fick använda oss av hans enkät till vårt examensarbete. Vi fick tillstånd av honom att använda oss av hans enkät. Vi tog bort vissa delar och formulerade om vissa frågor, eftersom den ursprungliga enkäten var på engelska.

6.2 Informanter

Informanterna arbetar på olika bäddavdelningar på Vasa centralsjukhus. Översköterskan för medicinska klinikgruppen på Vasa centralsjukhus valde ut fyra avdelningar åt oss, som vi fick föra ut våra enkäter till. Arbetstagarna på dessa avdelningar valde själva om de fyllde i enkäten och lämnade in den eller inte. I följebrevet som följde med enkäten blev informanterna informerade om att under en arbetslista skall de arbeta morgon-, kvälls-, och nattskifte för att få besvara enkäten. Informanterna är sjukskötare och närvårdare till yrket. Informanternas ålder varierade från 25-års ålder till 65-års ålder.

6.3 Praktiskt genomförande

Översköterskan föreslog att vi skulle föra ut 60 enkäter till fyra olika avdelningar på grund av tidsbristen, så att vi skulle få så många som möjligt av enkäterna besvarade. Dessa avdelningar hade hon valt ut åt oss. Respondenterna tog kontakt med avdelningssköterskorna på dessa fyra avdelningar på Vasa centralsjukhus och frågade om vi kunde utföra denna enkätstudie på avdelningarna. Översköterskan hade redan på förhand kontaktat de fyra avdelningssköterskorna. Vi kom överens om datum och tid när vi skulle komma med enkäterna till avdelningarna. Vi hade enkäterna endast tio dagar på avdelningarna och hoppades på att så många treskiftesarbetare som möjligt skulle hinna besvara enkäten. Efter tio dagar hämtade respondenterna tillbaka enkäterna och tackade för att personalen deltagit och fyllt i enkäterna.

Enkäterna har funnits i kafferummet eller i kansliet på alla avdelningar och därifrån besvarats och lagts i en svarslåda som vi hade med till alla avdelningar. Alla informanter besvarade inte alla frågor i enkäten. Fastän vi i informationsbrevet begärde att informanten skulle arbeta morgon- kväll- och nattskift, hade vi några besvarade enkäter där

informanterna inte arbetade nattskift och besvarade därför inte frågorna gällande nattskiften heller. Vi delade ut 15 enkäter till varje avdelning, totalt 60 enkäter delades ut. Totalt besvarades 47 enkäter, de övriga 13 returnerades aldrig. Vi hade alltså en svarsprocent på 78 %.

6.4 Statistisk beskrivning och analys

Resultatet i enkäterna som insamlats måste sättas i något system för att kunna analyseras. På det här sättet blir det möjligt för oss att få ett resultat (Notter & Hott 1996 s. 134).

Vi har använt oss av enkel uppräknings, gruppering samt granskning då vi analyserat enkäterna. Vårt resultat redovisas i stapeldiagram och tabeller. I det statistiska arbetet har vi samlat in uppgifter med siffror. Eftersom det kan vara svårt att analysera hundratals siffror, har vi istället försökt fokusera på de viktigaste siffrorna. Med siffror ges en större möjlighet att få en precis information. Siffror kan ge en exakthet, men bara om man har gjort datainsamlingen på rätt sätt (Eriksson & Wiedersheim-Paul 2011 s. 121-123).

6.5 Etiska överväganden

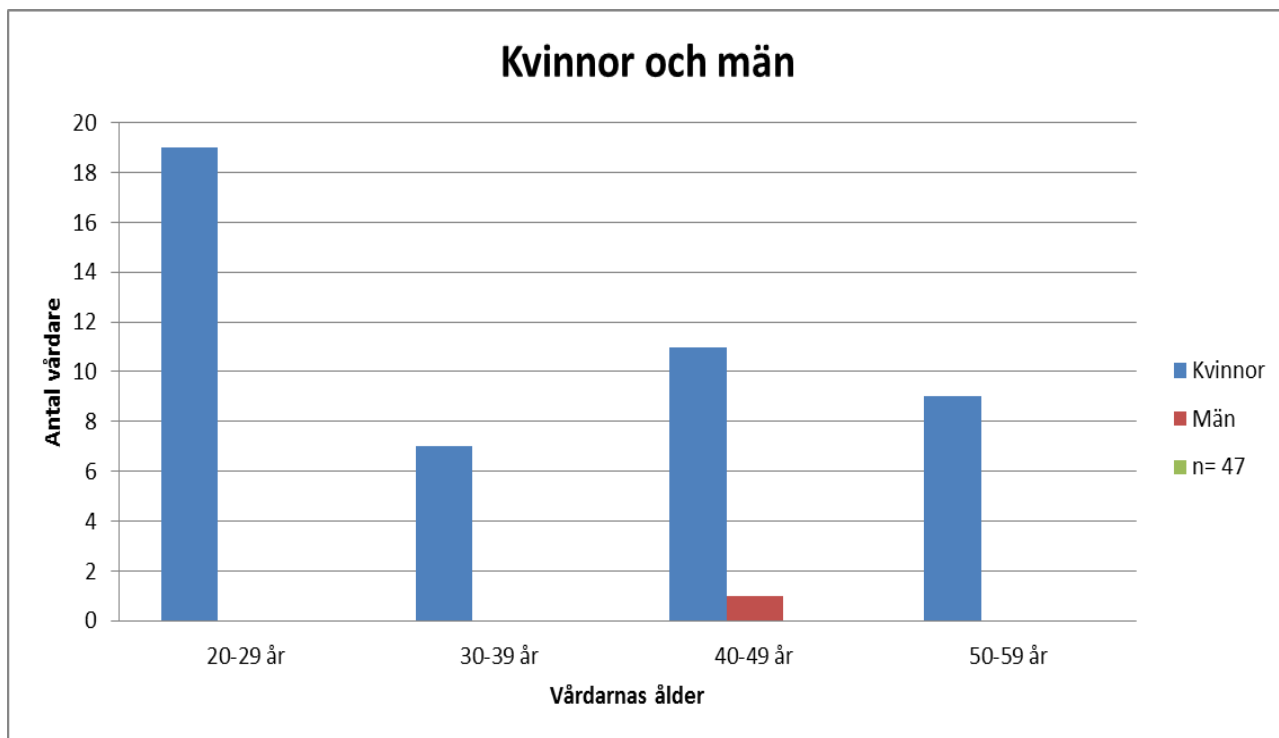
Eftersom vi förde ut 60 enkäter delat på fyra avdelningar, så blev det 15 enkäter per avdelning. Detta gjorde att vårdarna på avdelningen själva kunde bestämma om de fyllde i enkäten eller inte och returnerade den åt oss i den medföljande lådan. Enkäterna räckte antagligen inte åt alla vårdare på avdelningen, utan de 15 första frivilliga vårdarna kunde fylla i enkäten och returnera den. Integriteten hos informanten bevarades, eftersom vi bara frågade i enkäten efter deras ålder, civilstatus och antal barn. Efter att examensarbetet är presenterat och godkänt, kommer enkäterna att förstöras och informanterna förblir anonyma (etiska riktlinjer för sykepleieforskning i Norden 2003).

7 Resultat

I detta kapitel redovisar vi resultaten från enkäterna. Vi har valt att redovisa en del av resultaten i stapeldiagram med hjälp av excel och vissa delar i tabeller. Deskriptiv statistik används för att beskriva och åskådliggöra data (Polit och Beck 2012 s. 379). Vi använder den deskriptiva statistiken för att beskriva enkätens svar med hjälp av siffror (Patel & Davidson 2003 s. 109). Antalet respondenter på varje fråga kan variera, eftersom inte alla svarat på varje fråga och lämnat tomma svar.

7.1 Antal kvinnor och män som besvarade enkäten

Figuren nedan visar hur många som deltog i enkätundersökningen samt vilken åldersgrupp de tillhör.

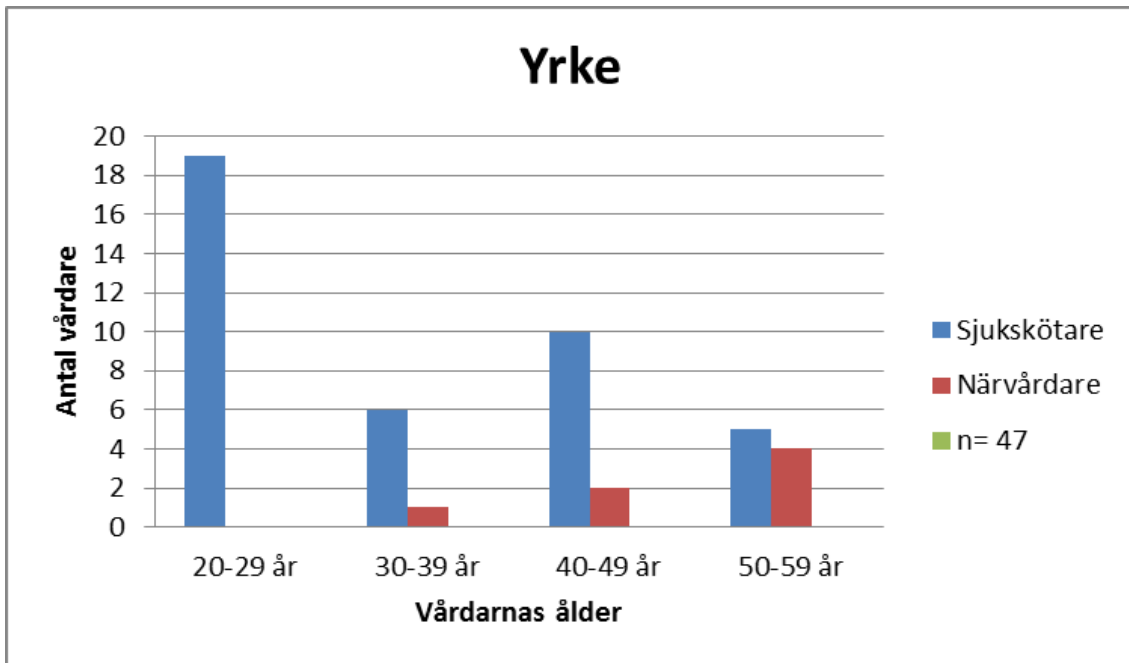


Figur 2. Antal kvinnor och män.

Sammanlagt deltog 46 kvinnor och bara en man i enkätundersökningen. Siffrorna till vänster om figuren är antalet vårdare som besvarat enkäten och åldersgruppen visas nertill.

7.2 Informanternas Yrke

I denna figur visas hur många sjukskötare och närvårdare som har besvarat enkäten.

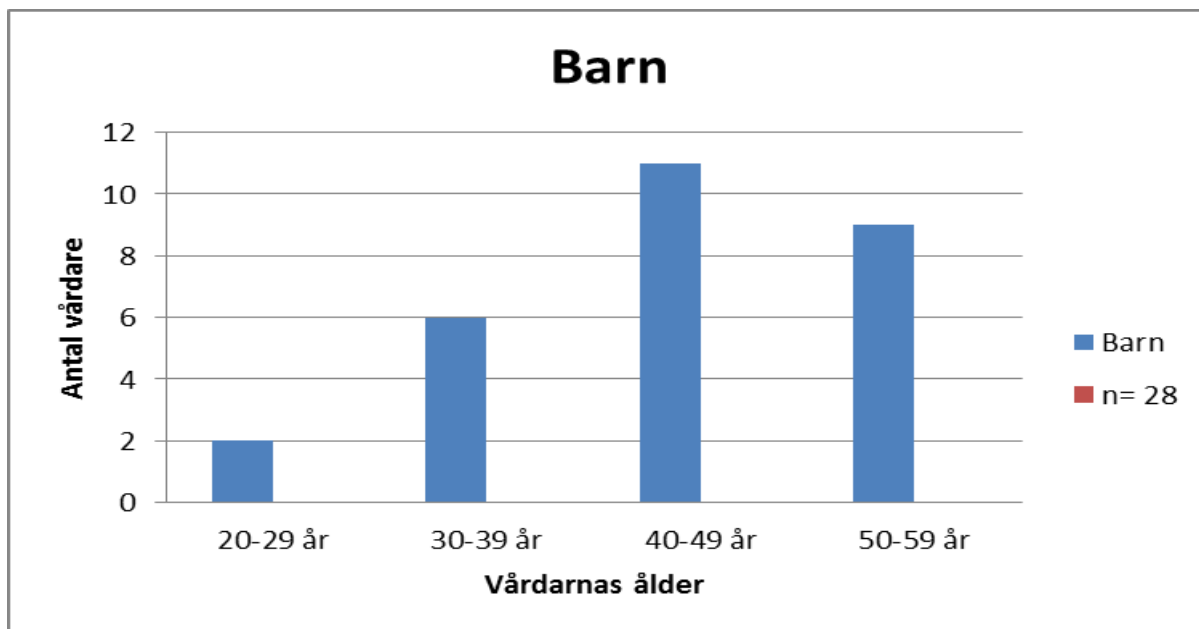


Figur 3. Informanternas yrke.

Sammanlagt 40 sjukskötare och 7 närvårdare besvarade enkäten.

7.3 Antalet vårdare som har barn

I denna figur visas hur många av vårdarna som har barn. Till vänster visas antalet vårdare som har barn och nertill vilken åldersgrupp vårdarna tillhör.

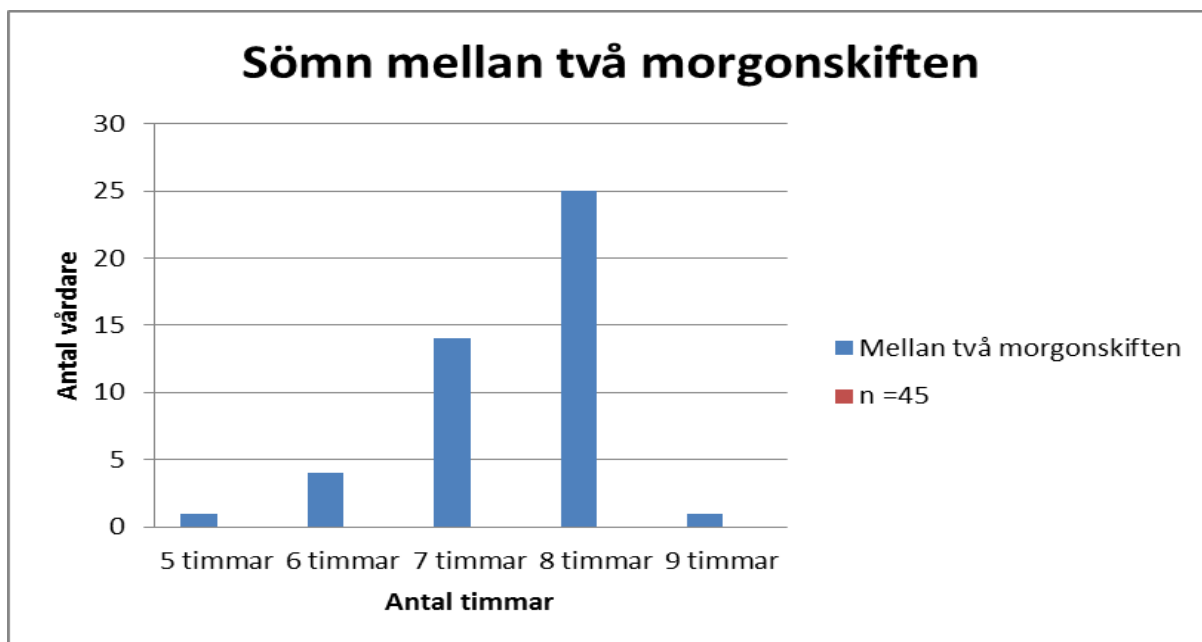


Figur 4. Antal vårdare som har barn.

Figuren visar att det totalt är 28 vårdare som har svarat att de har barn. Det är två vårdare i 20-29 års åldern som har barn. I enkäten framkom att deras barn endast är några år gamla. Sex vårdare i 30-39 års åldern har lågstadiebarn. Elva vårdare i 40-49 års åldern har barn i lågstadieåldern och tonåringar medan nio vårdare i 50-59 års åldern har vuxna barn.

7.4 Sömn mellan två morgonskiften

Denna figur visar antalet timmar sömn vårdarna får mellan två morgonskiften. Siffrorna till vänster visar antalet vårdare medan siffrorna nertill visar antalet timmar sömn.

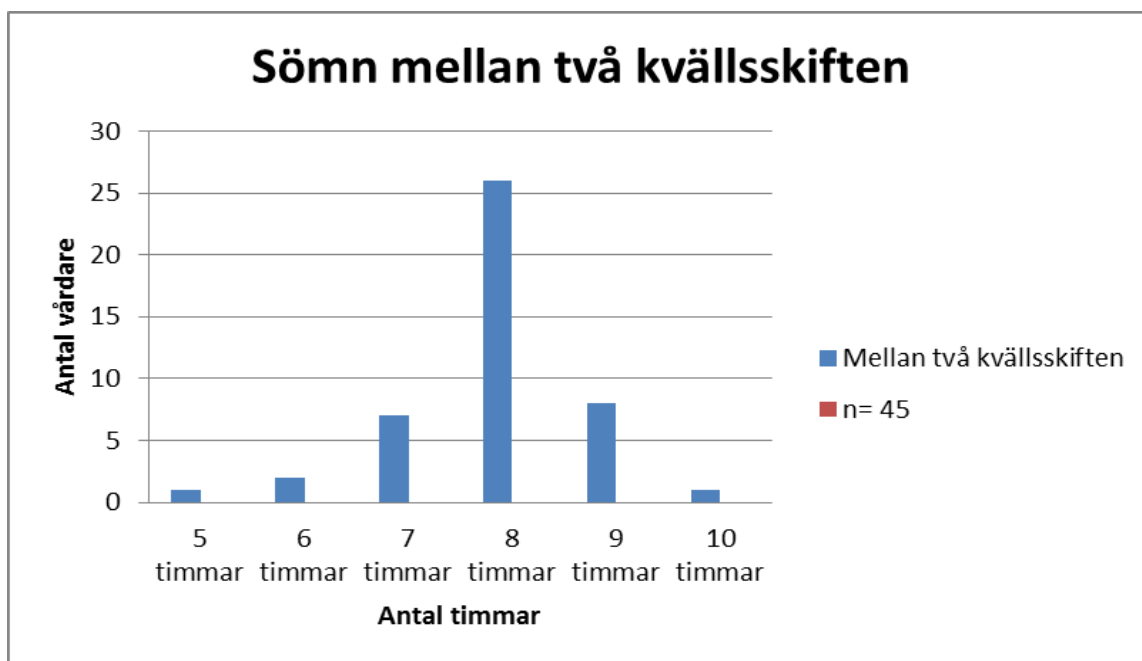


Figur 5. Sömn mellan två morgonskiften.

Totalt 45 vårdare besvarade denna fråga. I figuren framkommer att det är en vårdare som sover nio timmar per natt, medan 25 vårdare anser att de sover åtta timmar per natt mellan två morgonskiften. Det är 14 vårdare som sover sju timmar per natt. Endast fyra vårdare sover sex timmar och en vårdare sover fem timmar per natt. Vid genomskådning av svaren fanns det ingen signifikant skillnad mellan sjukskötares och närvårdarnas sömntimmar, eftersom det endast var sju närvårdare som besvarade enkäten.

7.5 Sömn mellan två kvällsskiften

Figuren visar antalet timmar sömn som vårdarna får mellan två kvällsskiften. Siffrorna till vänster visar antalet vårdare medan siffrorna nertill visar antalet timmar sömn.

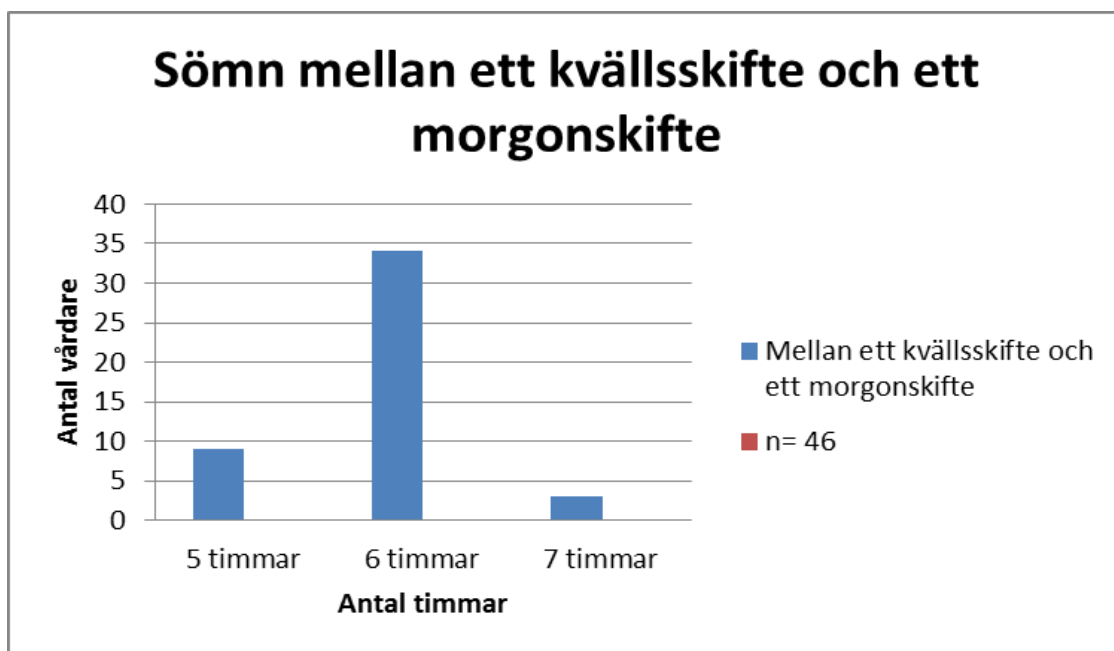


Figur 6. Sömn mellan två kvällsskiften.

Totalt 45 vårdare besvarade denna enkätfråga. Figuren visar att en vårdare får tio timmars sömn per natt mellan två kvällsskiften, åtta vårdare sover nio timmar per natt, 26 vårdare sover åtta timmar per natt, sju vårdare sover sju timmar per natt och två vårdare sover sex timmar per natt, medan en vårdare sover fem timmar per natt. Totalt 35 vårdare sover åtta timmar eller mer per natt mellan två kvällsskiften.

7.6 Sömn mellan ett kvällsskifte och morgonskifte följande dag

Figuren visar antalet timmar sömn som vårdarna får natten mellan ett kvällsskifte och morgonskifte följande dag. Siffrorna till vänster visar antalet vårdare medan siffrorna nertill visar antalet timmar sömn.



Figur 7. Sömn mellan ett kvällsskifte och morgonskifte följande dag.

Totalt 46 vårdare besvarade denna enkätfråga. Tre vårdare anser att de sover sju timmar per natt mellan ett kvällsskifte varpå följande dags morgonskifte. Det är 34 vårdare som sover sex timmar per natt medan nio vårdare endast får fem timmars sömn per natt. Alla vårdare sover under åtta timmar mellan ett kvällsskifte och ett morgonskifte.

7.7 Sömn innan det första nattskiftet

Figuren visar antalet timmar sömn som vårdarna innan det första nattskiftet. Siffrorna till vänster visar antalet vårdare medan siffrorna nertill visar antalet timmar sömn.

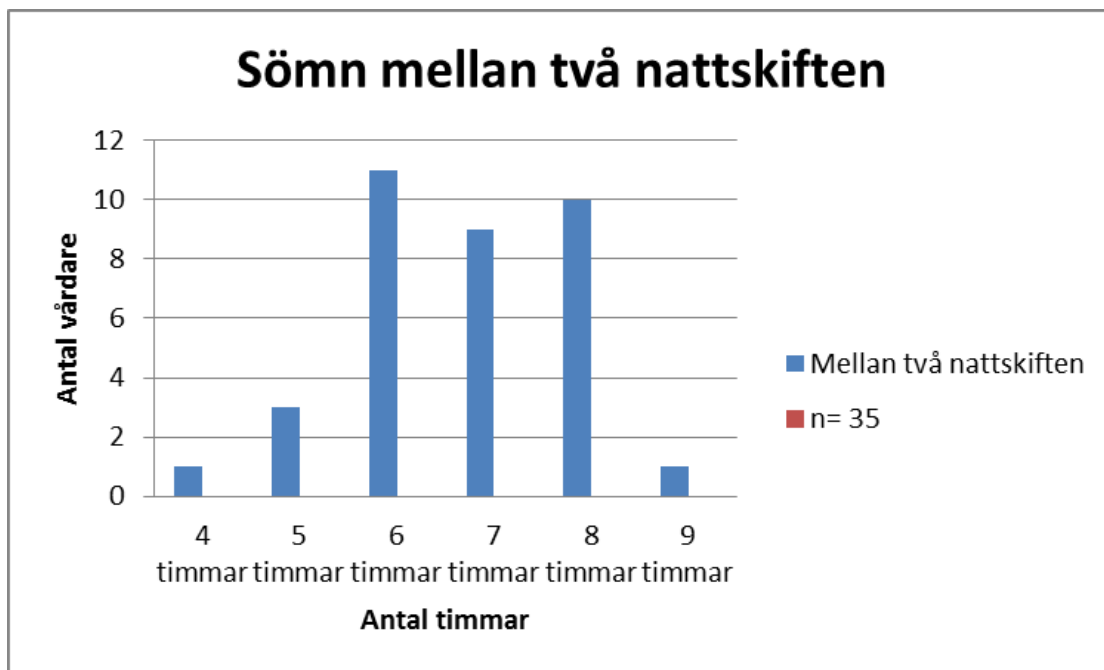


Figur 8. Sömn innan det första nattskiftet

Det är 43 vårdare besvarade denna fråga. Denna enkätfråga är från början dåligt formulerad i enkäten och blev därför missförstådd av de flesta vårdarna. Vissa hade svarat i enkäten att de sover några timmar innan nattskiftets början och vissa hade svarat på hur många timmars sömn de sover natten innan nattskiftet. Vi antar att de vårdare som besvarat att de sover sju timmar eller mera, sover detta natten innan. De vårdare som sover sex timmar eller mindre sover detta på dagen de börjar vaka. En del vårdare hade besvarat denna fråga som t.ex. ”5-8 h” i enkäten. Detta gjorde att vi hade svårigheter med att kategorisera dessa svar.

7.8 Sömn mellan två nattskiten

Figuren visar antalet timmar sömn som vårdarna sover mellan två nattskiten. Siffrorna till vänster visar antalet vårdare medan siffrorna nertill visar antalet timmar sömn.

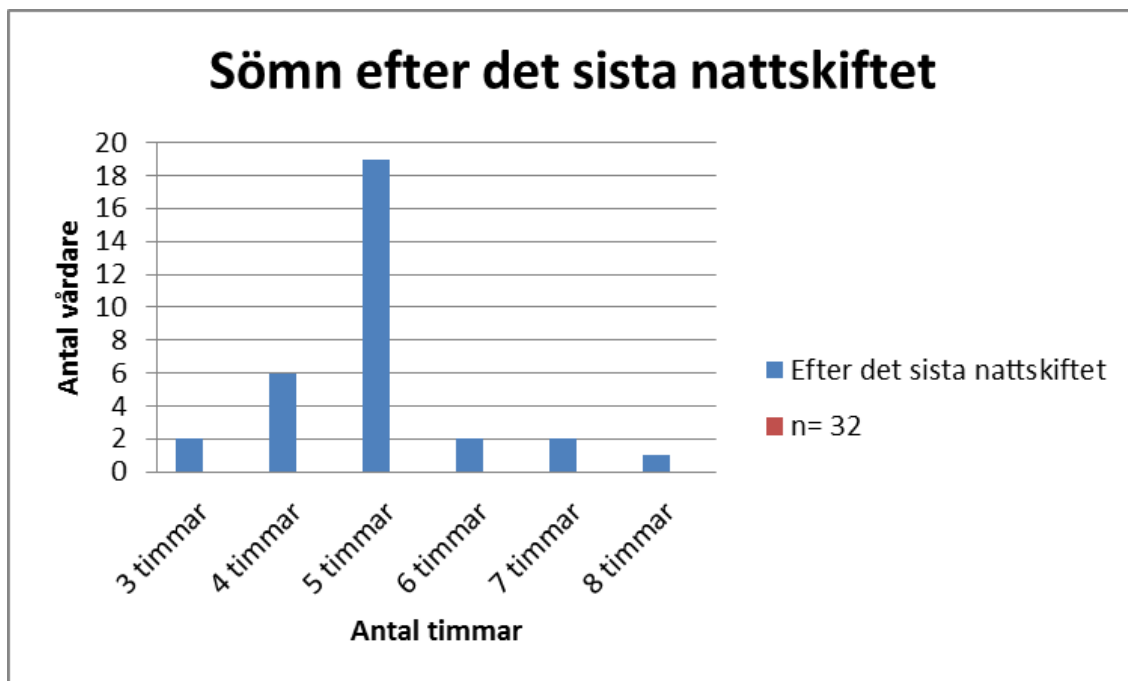


Figur 9. Sömn mellan två nattskiten.

Totalt besvarade 35 vårdare denna fråga. Endast en vårdare sover nio timmar mellan två nattskiten, tio vårdare sover åtta timmar efter nattskit, nio vårdare sover sju timmar efter nattskit, elva vårdare sover sex timmar efter nattskit, tre vårdare sover fem timmar efter nattskit medan endast en vårdare sover fyra timmar efter nattskit. Alltså 11 vårdare som sover åtta timmar eller mer, medan 24 vårdare sover sju timmar eller mindre mellan två nattskiten.

7.9 Sömn efter sista nattskiftet

Figuren visar antalet timmar sömn som vårdarna sover efter det sista nattskiftet. Siffrorna till vänster visar antalet vårdare medan siffrorna nertill visar antalet timmar sömn.

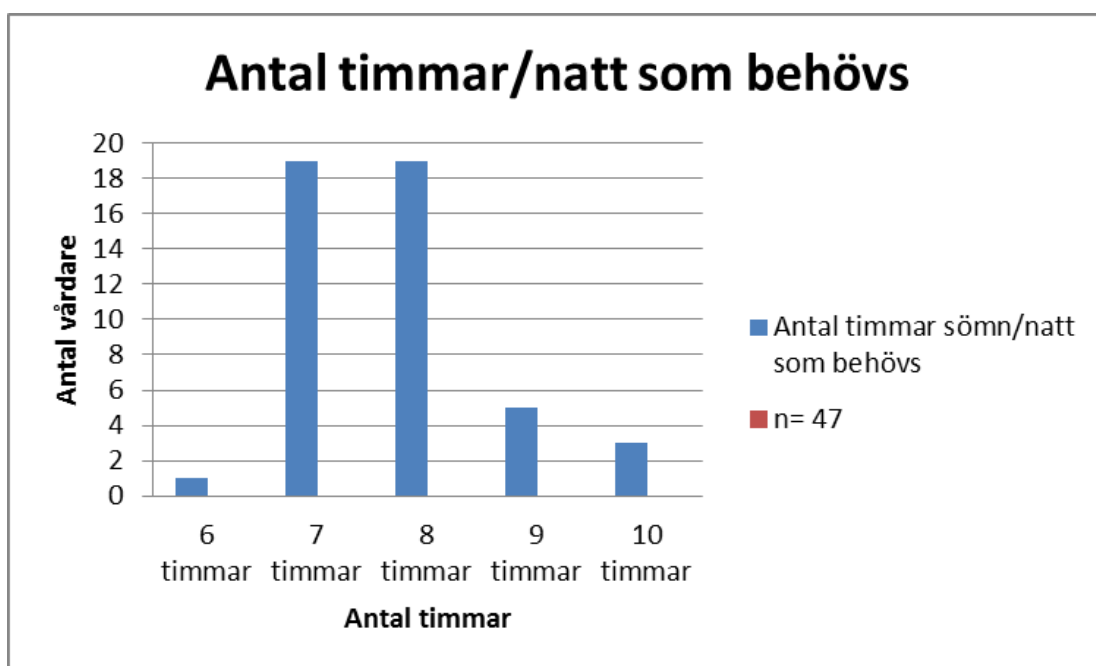


Figur 10. Sömn efter det sista nattskiftet.

Totalt besvarade 32 vårdare enkätfrågan. Endast en vårdare sover åtta timmar efter det sista nattskiftet, två vårdare sover sju timmar, två vårdare sover sex timmar, 19 vårdare sover fem timmar, sex vårdare sover fyra timmar medan två vårdare bara sover tre timmar efter det sista nattskiftet.

7.10 Sömnbehovet

Figuren visar antalet timmar sömn som vårdarna anser att de behöver per natt för att känna sig utvilade. Siffrorna till vänster visar antalet vårdare medan siffrorna nertill visar antalet timmar sömn.



Figur 11. Antalet timmar sömn per natt som behövs.

Alla 47 vårdare har besvarat denna fråga. I resultatet av denna fråga kan man se att majoriteten av vårdarna skulle vilja sova enligt rekommendationerna för sömnbehovet för att känna sig utvilade, vilket är vanligtvis åtta timmar per natt.

7.11 Översikt på hur utvilade vårdarna känner sig mellan olika skiften

Hur utvilad känner du dig vanligtvis efter sömn?					
	1	2	3	4	n
Mellan morgonskiften	1	13	29	2	45
Mellan kvällskiften	2	9	27	8	46
Mellan natts skiften	6	20	14	3	43
Mellan ett kvälls- och ett morgonskifte	18	24	2	1	45

1 = mycket dåligt utvilad, 2 = dåligt utvilad, 3 = bra utvilad, 4 = mycket bra utvilad.

Eftersom vissa av vårdarna inte arbetade natt, så har de ej heller svarat på frågor angående nattarbete. De flesta som arbetar natt, känner sig dåligt utvilade mellan natts skiften. Här ser man att de flesta av vårdarna svarat att de känner sig bra utvilade mellan morgonskiften och mellan kvällsskiften. När det gäller arbete efter kvällsskifte och följande morgonskifte har majoriteten svarat på att de känner sig mycket dåligt eller dåligt utvilade.

7.12 Översikt på insomningen mellan olika skiften

Har du svårt att somna?					
	1	2	3	4	n
Mellan morgonskiften	14	23	7	2	46
Mellan kvällsskiften	16	21	4	6	47
Mellan natts skiften	20	12	6	-	38
Mellan ett kvällsskifte och ett morgonskifte	5	14	10	18	47
Vaknar du tidigt efter ett natts kifte	9	20	3	10	42

1 = aldrig, 2 = 2-4 ggr/månad, 3 = 2-4 ggr/vecka, 4 = alltid.

Majoriteten av respondenterna har oftast inte svårt att somna mellan morgonskiften och mellan kvällsskiften. Också här kan man se att majoriteten har svårt att somna efter ett kvällsskifte då de har morgonskifte följande dag.

7.13 Översikt om vårdarna upplever att skiftesarbete stör fritiden

Skiftesarbete och fritid					
	1	2	3	4	n
Tycker du att skiftesarbete stör dina fritidssysselsättningar?	1	20	16	10	47
Påverkar skiftesarbete ditt familjeliv?	2	17	10	18	47
Påverkar skiftesarbete ditt sociala liv?	1	12	17	14	44

1 = aldrig, 2 = 1-2 ggr/månad, 3 = 3-4 ggr/månad, 4 = 1-2 ggr/vecka.

Tabellen visar att det är få vårdare som svarat att skiftesarbete inte påverkar det privata livet. De flesta tycker att skiftesarbete påverkar det privata livet någon gång i månaden eller oftare. Tabellen visar att det är 18 av 47 vårdare som tycker att skiftesarbete påverkar familjelivet 1-2 ggr/vecka.

7.14 Översikt om hur skiftesarbete påverkar kroppen

Skiftesarbete och fysiologiska problem					
	1	2	3	4	n
Hur ofta är din aptit störd?	21	16	7	3	47
Hur ofta känner du dig illamående?	25	19	3	-	47
Hur ofta har du ont i magen?	17	23	7	-	47

Hur ofta har du uppsvälld mage?	6	23	13	5	47
Hur ofta har du förstoppning?	29	10	6	2	47
Hur ofta har du diarré?	29	17	1	-	47
Hur ofta lider du av hjärtklappning?	19	21	6	1	47
Har du någonsin märkt att om ditt hjärta slår oregelbundet?	27	14	5	1	47
Hur ofta lider du av smärta i bröstet?	32	13	2	-	47
Hur ofta har du yrsel?	15	26	2	4	47
Har du ofta infektionssjukdomar?	40	6	1	-	47
Har du upplevt smärta i följande områden:					
Skuldra och nacke?	10	18	8	11	47
Ryggen?	11	16	10	10	47
Armar och handleder?	24	15	5	3	47
Ben eller knän?	18	20	5	4	47

1 = aldrig, 2 = 2-4 ggr/månad, 3 = 2-3 ggr/vecka, 4 = dagligen

Dessa frågor hade alla vårdare besvarat. Om man ser på kolumn 4, så ser man att det inte är många vårdare som dagligen upplever fysiska besvär. Tabellen visar att 10 vårdare upplever ryggproblem och 11 vårdare upplever problem med skuldra och nacke. Vidare kan man se att majoriteten antingen aldrig har fysiska besvär eller upplever fysiska besvär 2-4 ggr/månad. Vid genomskådningen av svaren på denna enkätfråga kunde vi se att de flesta som svarat 2-3 ggr/vecka och dagligen var 40 år eller äldre men det förekom också

20-30 åringar som svarat på att de 2-3 ggr/vecka och dagligen upplever smärta i skuldra, nacke, ryggen, ben och knän.

7.15 Öppna svar i enkäten

Den första öppna frågan som vi har i enkäten är om vårdarna har/har haft någon grundsjukdom och i så fall vilken eller om de någon gång upplevt ohälsa. Den andra öppna frågan handlar om hur de vill att deras arbetsschema inom skiftesarbete skulle vara uppbyggt. De vanligaste grundsjukdomar som vårdarna svarat på att de har är: diabetes, högt blodtryck, huvudvärk, hypertyreos och depression.

Vanliga besvär som uppkommit till följd av skiftesarbete som vårdarna upplever att de har är att man är på dåligt humör efter nattskifte och att skiftesarbete blir tyngre ju äldre man blir. Det positiva med skiftesarbete enligt vårdarna är att man kan utföra ärenden mitt i veckan om man har ledigt.

Väldigt många av vårdarna tycker att man borde undvika kvällsskifte om man har morgonskifte följande dag. Ett sätt som de beskriver är att man skulle kunna ha flera morgonskift efter varandra och vidare ha flera kvällsskift efter varandra. Nattskift kan man också ha efter varandra men då helst inte så många. Många skriver också att de vill ha flera lediga dagar efter varandra. En ledig dag mitt i är inte omtyckt. Några skriver också att man skulle ha flera morgonskiften efter varandra och ha så lite kvällsskift och nattskift som möjligt.

8 Tolkning

I detta kapitel tolkar vi resultaten som vi fått av enkätundersökningen med den teoretiska bakgrunden. Våra frågeställningar är om vårdarna påverkas fysiskt av skiftesarbete och om skiftesarbete stör det sociala livet för vårdarna.

8.1 Påverkas vårdare fysiskt av skiftesarbete?

Vid genomgång av resultaten kunde vi se att majoriteten av vårdarna upplever eller har aldrig upplevt några fysiologiska besvär med skiftesarbete. Det är också många av vårdarna som bara 2-4 ggr/månad upplever fysiologiska besvär. Några få har 2-3 ggr/vecka fysiska besvär. Enstaka har dagligen fysiska besvär. Studien visar att de flesta vårdare upplever smärta i skuldror, nacke och rygg. Detta förvånar oss inte, utan var något som vi redan antog eftersom vi vet att vårdare kanske inte alltid arbetar så ergonomiskt och att många arbetsskamrater brukar klaga över värk i skuldror, nacke och rygg.

Det som förvånar oss är att hälften av vårdarna (23 av 47) har ont i magen samt uppsvälld mage 2-4 ggr/månad och 13 av 47 vårdare har ont i magen samt uppsvälld mage 2-3 ggr/vecka. Som Ursin (1986) också beskriver så är det vanligt med mag- och tarmbesvär och att man har dålig aptit på morgonen. Lamasou (2014) menar att för lite sömn gör att hungern ökar, vilket i sin tur leder till att matintaget ökar. Om man arbetar på natten ska man inte äta stora mängder mat eftersom magen inte kan ta hand om en så stor mängd föda nattetid (Åkerstedt 2002, s. 85-86). Vidare förklarar också Fritschi (2011) att fasförskjutning kan leda till minskad hunger eller ett ökat illamående, då man äter på tider som strider mot den vanliga sömn- och vakenhetsrytmen. I resultaten kan vi också se att hälften av vårdarna aldrig känner sig illamående medan det är 19 vårdare som känner sig illamående 2-4 ggr/ månad.

Studien visar att 19 av 47 vårdare aldrig har hjärtklappning medan 21 vårdare har hjärtklappning 2-4 ggr/månad samt 7 vårdare har ganska ofta hjärtklappning. Oregelbunden hjärtrytm har 27 vårdare aldrig upplevt medan 14 vårdare upplever oregelbunden hjärtrytm 2-4 ggr/månad och 6 vårdare upplever det oftare. Det är 32 vårdare som aldrig har upplevt smärta i bröstet medan 13 känner av det 2-4 ggr/månad och 2 vårdare känner av det oftare. Vad gäller yrsel så har 15 vårdare aldrig upplevt det medan 26 vårdare har yrsel 2-4 ggr/månad och 6 vårdare känner av yrsel oftare.

Det är alltså bara 7 av 47 vårdare som känner av hjärtklappning ganska ofta, 6 vårdare som har oregelbunden hjärtrytm ganska ofta, 2 vårdare som känner av smärta i bröstet ganska ofta och 6 vårdare som upplever yrsel ganska ofta. Om detta beror på skiftesarbetet, sömnbrist, psykiska, sociala eller individuella faktorer, vet vi inte. Men studier har i alla fall, enligt Kecklund m.fl.(2010), visat att det finns ett samband med skiftesarbete och hjärt- och kärlsjukdomar. Orsaken till detta är ännu okänt men troligen är sömnstörningar, ändringar av dygnsrytmen, livsstilsfaktorer och arbetsmiljön orsaker som bidrar. Lamasou (2014) menar också att sömnlöshet gör att det sympatiska nervsystemet aktiveras, vilket gör att det systoliska blodtrycket samt risken för hjärt- och kärlsjukdomar ökar medan för dålig sömn har ett samband med ökade kolesterol- och triglyceridhalter i blodet. Är man trött orkar man heller inte motionera och ha en sund livsstil vilket ökar risken för övervikt och hjärt- och kärlsjukdomar.

Fritschi m.fl. (2011) förklarar också att nattarbete ofta har skadliga effekter på en rad personliga vanor på grund av både sociala och fysiologiska orsaker. Dessa inkluderar dålig kost, tobak, alkohol, fysisk inaktivitet och övervikt. Det är ganska klart att dessa faktorer är förknippade med en ökad risk för olika typer av cancer.

Eriksson m.fl. (1995) tar upp om hälsans tre dimensioner görande, varande och vardande. Hälsan som görande utmärks som att människan tänker att hon ”har hälsa” och utgår ifrån yttre och sakliga kännetecken. Hälsan kopplas samman med olika beteenden, man lever ett hälsosamt liv och undviker sådant som kan vara skadligt för hälsan. Tänkandet och agerandet är inställt på att leva ett hälsosamt liv och avstå ifrån sjukdom. I och med att det inte är så många vårdare som dagligen har fysiska besvär så kan man alltså säga att de ”har hälsa”. I den teoretiska bakgrunden och tidigare forskningen så får vi fram att skiftesarbete kan vara skadligt för hälsan, så bör vi enligt Eriksson avstå från skiftesarbete i så fall, då hon beskriver att man ska avstå ifrån sådant som kan vara skadligt för hälsan.

Man kan även utgå från att vårdarna som inte har dagliga fysiska besvär känner ett välbefinnande. Som Eriksson (1996) förklarar så är välbefinnande en känsla människan har där hon kan visa att hon mår bra eller att hon inte gör det. Man kan se att en människa mår bra, men man kan inte se själva välbefinnandet. Detta är något människan upplever, något hon känner inifrån. Välbefinnande kan även beskrivas som att man äger hälsa och är en helhetskänsla som både är psykisk och fysisk. I och med att man kanske ser att en människa mår bra, behöver det inte betyda att hon känner ett välbefinnande. Som vårdare

kan man t.ex. känna sig ständigt stressad men inte på något vis uttrycka detta så att arbetskolllegorna ser det.

De vårdare som besvarat att de dagligen känner smärta i skuldror, nacke och rygg kan alltså ha en daglig smärta, vilket kan vara mycket tungt. Eriksson m.fl.(1995) tar också upp om hälsans och lidandets olika sidor. Det förklaras att det utgör en stor del av en människas liv och är något som alltid finns där. Människan kan uppleva hälsa och lidande i varierande grad, beroende på hur situationen ser ut. Ett lidande som är uthärdligt kan få människan att uppleva hälsa.

8.2 Stör skiftesarbete det sociala livet för vårdarna?

I enkäten hade vi tre slutna frågor om fritiden: om skiftesarbete stör vårdarnas fritidssysselsättningar, om det påverkar familjelivet och om det påverkar det sociala livet. Det var totalt fyra av 47 vårdare som svarade att skiftesarbete aldrig påverkar det privata livet medan majoriteten tycker att skiftesarbete ofta stör deras privata liv.

Ursin (1986) menar att skiftesarbetares familjeliv och sociala liv ofta påverkas negativt. Om man arbetar på kvällen har man inte tid att umgås med familjen eller vänner och därför tycker skiftesarbetare bättre om nattskift än om kvällsskift. För lite sömn hos vårdaren kan utlösa trötthet och irritabilitets problem hos både vårdaren och dennes familj och vänner.

Vi antog från början att vårdarna skulle ha få sömntimmar mellan kvälls- och morgonskifte. Vi blev därför inte förvånade över resultatet där majoriteten sover mindre än sex timmar mellan dessa skiften. Vårdarna slutar arbetet mellan klockan 21-22 på kvällen och har kanske en körtid från arbetet och hem på några få minuter eller upp till en timme. Vårdarna stiger sedan upp kanske kl. 05 på morgonen, för att hinna köra barnen till dagis och de skall infinna sig på arbetet senast klockan. 07. Det finns alltså ingen möjlighet att de sover mer än sex timmar den natten. Av egen arbetserfarenhet vet vi att det är såhär. Dessutom har vi båda insomningssvårigheter efter ett kvällsskifte.

Majoriteten av vårdarna sover fem timmar eller mindre efter det sista nattskiftet, vilket är rekommenderat enligt Åkerstedt (2002) som menar att man skall minska sömntimmarna efter det sista nattskiftet och gå tidigare i säng följande kväll, för att kunna sova länge följande natt. Detta för att man snabbast skall återfå dygnsrytmen.

8.3 Psykisk ohälsa

I enkäten hade vi med en öppen fråga ifall om vårdarna någon gång har upplevt psykisk ohälsa och där var det bara någon enstaka som svarade att de har eller har haft depression. Litmanen m.fl. 2005, s. 128 menar att en allvarlig sömnbrist kan ge upphov till retlighet, ångest och koncentrationssvårigheter. Lamasou (2014) säger att en natt med dålig sömn försämrar motivationen, koncentrationen, styrandet av egna handlingar samt bedömningen av nya komplicerade situationer. Dessutom orsakar sömnsvårigheter irritation, ökar depression, ökar ångest och försämrar humöret.

9 Kritisk granskning

I detta kapitel granskar vi bristerna i vår enkät, vilket ledde till brister av resultaten i enkätstudien. När vi började granska svaren i enkäterna och forma resultaten märkte vi snabbt att vi gjort svarsalternativen i enkäten väldigt lika varandra. Från början tänkte vi ha svarsalternativ som alltid, ibland och aldrig, men kom snabbt fram till att detta kan misstolkas hos vårdarna. Istället ändrade vi till skalfrågor, vilka som sagt betydde ganska samma sak. Från början hade vi tänkt att ett syfte med arbetet skulle vara att undersöka hur skiftesarbete påverkar vårdarnas psykiska hälsa. Detta var svårt att fråga i enkäten, så det blev bara en öppen fråga om psykisk ohälsa i enkäten. Svaren vi fick, var enstaka depressioner. Även på de övriga öppna frågorna fick vi enstaka ord. Då kunde vi inte heller kategorisera dessa svar. Detta ledde till att vi ändrade syftet efter enkätresultatet.

I efterhand kom vi fram till att vi också kunde ha haft en frågeställning gällande sömn, eftersom vi både har flera enkätfrågor gällande sömn och mycket information om sömn i den teoretiska bakgrunden. Men i det stora hela så anser vi att sömnen ändå kan påverka den fysiska och sociala hälsan hos vårdare, eftersom för lite sömn vid ansträngande arbete t.ex. kan ge hjärklappningar och kan göra en lättirriterad.

Enkäterna som delades ut var endast på svenska men vi har också fått finskspråkiga svar. Här kan man fundera om de finskspråkiga informanterna förstått svenska språket rätt i enkäterna. I följebrevet till enkäterna ville vi lyfta fram att endast de som arbetar morgon, kväll och natt skulle besvara enkäterna men vi hade också några som inte arbetar natt som besvarat enkäterna. Hade då följebrevet bristfällig information eller ville de informanterna

också få fram vilka besvär de får på grund av skiftesarbete? Det var många som hade besvarat våra frågor om sömn med t.ex. 6-8 timmars sömn per natt. Detta var svårtolkat i och med att vi skulle ha in svaren i jämna timmar. Antalet respondenter på varje fråga kan variera eftersom inte alla svarat på varje fråga och lämnat tomma svar.

I enkätfrågan om hur många timmar sömn vårdarna har innan det första nattskiftet hade vårdarna tolkat frågan olika. Vissa hade svarat t.ex. några timmar på eftermiddagen och kvällen och vissa hade svarat hur många timmar sömn de haft natten innan det första nattskiftet. I och med att vissa vårdare besvarat frågan med ”5-8 timmar” eller ”1-3 timmar”, så hade vi svårigheter med att kategorisera dessa svar. Tanken var att de skulle svara det totala antalet sömntimmar, alltså sömntimmarna från natten innan och eventuella sömntimmar på dagen eller kvällen. Här borde vi ha haft en förklaring i enkäten.

Vi valde att inte räkna ut procenttal i våra resultat scheman över insomningen mellan olika skiften, skiftesarbete och fritid samt skiftesarbete och fysiologiska problem, eftersom vi ansåg att procenttalen kan bli missvisande i jämförelse med enbart hur många som besvarat frågan i och med att vårdarna som besvarat enkäten var 47 stycken. När vi skulle gå igenom svaren i enkäterna delade vi upp enkäterna och granskade cirka 25 enkäter var.

9.1 Validitet, reliabilitet

Reliabilitet betyder tillförlitlighet. Reliabilitet eller tillförlitlighet mäter om tillvägagångs sättets, instrumentets eller metodens resultat är det samma vid olika tidpunkter vid liknande förhållanden (J. Bell 2000 s. 89). Ett sätt att mäta reliabiliteten är att göra om enkätstudien och se om det kommer liknande svar som tidigare tillbaka. Vi hade inte möjlighet att skicka ut 60 enkäter till och jämföra resultateten. Reliabiliteten blir i vårt fall ej mätt.

Validitet, även kallat giltighet. Mäter om den utvalda frågan beskriver eller mäter just det man vill att den skall beskriva eller mäta (J. Bell 2000 s. 90). Vi märkte att vi hade en fråga som vårdarna besvarade annorlunda än vad vi hade tänkt. Frågan mätte alltså inte det den skulle mäta i vårt fall. Frågan om hur många timmar vårdarna sover innan det första nattskiftet, blev feltolkad hos vårdarna.

10 Diskussion

Eftersom många har smärta i skuldra, nacke och axlar kanske detta kan bero på ett fysiskt tungt arbete. Här kan då tänkas att man tar reda på varför det är just i skuldror, nacke och axlar som det upplevs smärta i. Beror det på tunga lyft, icke ergonomiska arbetsbord eller mycket datorarbete? Borde arbetsgivarna i fortsättningen ordna så att arbetstagarna får massage eller liknande? Vi borde också haft med en fråga om motion i enkäten, eftersom vi har så många frågor gällande fysiska besvär. På grund av detta vet vi inte om de fysiska besvären beror på skiftesarbete eller på grund av bristande fysisk aktivitet hos vårdarna.

Oroväckande är att majoriteten av vårdarna har mindre än sex timmars sömn mellan ett kvällsskifte och ett morgonskifte. Enligt enkätsvaren så var det ingen av vårdarna som sov mer än sju timmar per natt mellan ett kvällsskifte och ett morgonskifte. Rekommendationen är att man skall ha cirka åtta timmars sömn per natt. De flesta har också svarat i de öppna frågorna att de inte vill ha ett kvällsskifte och morgonskifte följande dag. Borde man då inom alla vårdbranscher lyssna på vårdarna och undvika kvällsskifte och morgonskifte följande dag för de vårdare som inte vill eller inte klarar av det?

Vid enkätfrågan skiftesarbete och fritid ser man att majoriteten av vårdarna tycker att skiftesarbete stör fritiden, familjelivet och det sociala livet. Kan det då bero på att arbetslistorna görs upp länge på förhand och vårdaren inte kan byta skifte, när det senare uppkommer något behov, efter att arbetslistorna uppgjorts?

Majoriteten av vårdarna upplever aldrig eller bara någon gång fysiologiska problem i samband med skiftesarbete. Detta förvånade oss. Vi trodde att majoriteten av vårdarna oftare upplever fysiologiska problem i och med skiftesarbete. Förvånande var att hälften av vårdarna 2-4 ggr/månad har ont i magen samt uppsvälld mage. Det framkom inte vad detta kan bero på. Möjligtvis intag av större måltider eller fel kost under nattskiten?

De flesta av informanterna önskar och föreslår, utifrån eget hälsoperspektiv, att man åtminstone inom vården borde pröva på att arbeta alla morgonskift efter varandra, alla kvällsskift efter varandra och därefter arbeta nattsift, för att åstadkomma regelbundenhet.

Vi tycker att vidare forskning bör göras angående sömnen hos vårdarna, speciellt mellan kvälls- och morgonskifte samt efter nattskiten. Kan sömnbristen eventuellt vara en bakomliggande faktor till många misstag som görs inom vården? Vi tycker också att det kunde göras en studie angående att man ändrar arbetsscheman så att vårdarna har alla

morgonskiftet efter varandra, alla kvällsskiftet efter varandra och därefter arbetar några nattskift. Om man skulle ändra till detta, skulle vårdarna då få mindre fysiska besvär, vilket i sin tur kanske skulle innebära färre sjukskrivningar.

Källförteckning

Arbetskyddslagen (23.8 2002/738) www.finlex.fi (Hämtat: 28.7 2014)

Arbetslagslag (9.8 1996/605) www.finlex.fi (hämtat: 20.3 2014).

Bell, J. (2000) *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur

Berthold, C-H. (2013). *Nucleus suprachiasmaticus. Nervsystemet*.

http://nervsystemet.se/nsd/structure_1087 (hämtat 23.4 2014).

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken*. Lund: studentlitteratur.

Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (red.), Bondas-Salonen, T., Herberts, S., Lindholm, L. & Matilainen, D. (1995). *Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner*. (Slutrapport). Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson, L-T., & Wiedersheim-Paul, F. (2011). *Att utreda, forska och rapportera*. Malmö: Liber.

Etiska riktlinjer för sykepleieforskning i Norden (2003). *Vård i Norden*, 23 (4), s. 10-12.

Flo, E., Pallesen, S., Magerøy, N., Moen, B.E., Grønli, J., Nordhus, I.H. & Bjorvatn, B., (2012). Shift work disorder in nurses – Assessment, prevalence and related health problems. *PLoS ONE*, 7 (4), 1-9.

Fritschi L., Glass D.C., Heyworth J.S., Aronson K., Girchik J., Boyle T., Grundy A., Erren T.C., (2011). Hypothesis for mechanisms linking shiftwork and cancer. *Medical hypotheses*, 77, 430-436.

Hult N. (2011). *Tid för återhämtning ger mindre besvär vid skiftarbete*. Vetenskapshalsa. <http://www.vetenskapshalsa.se/tid-for-aterhamtning-ger-mindre-besvar-vid-skiftarbete/> (hämtat 4.9 2014)

Kecklund G., Ingre M., Åkerstedt T. (2010). *Arbetstider, hälsa och säkerhet – en uppdatering av aktuell forskning*. Stockholms universitet: stressforskningsinstitutet.

- Litmanen H., Pesonen J., Renfors T., & Ryhänen E-L., (2005). *Kom i form*. Borgå: Söderströms & C:o förlags AB
- Notter, L-E. & Hott, J-R. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Pan, A., Schernhammer, E.S., Sun, Q. & Hu, F.B. (2011). Rotating night shift work and risk of type 2 diabetes: Two prospective cohort studies in women. *PLoS Medicine*, 8 (12), 1-8.
- Patel, R., & Davidson, B., (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: studentlitteratur.
- Polit, D., Beck, C., (2012). *Nursing research*. (9:e uppl.) Crawfordsville: R.R. Donnelley
- Silva-Costa, A., Rotenberg, L., Harter Griep, R. & Marina Fischer, F. (2011). Relationship between sleeping on the night shift and recovery from work among nursing workers – the influence of domestic work. *Journal of advanced nursing*, 972-981.
- Smeds J. (2013). Skiftesjobb borde alltid betraktas som en risk, ingår i: J. Lund och J. Smeds (red), *Löntagaren*. Helsingfors: Forssa print tampere.
- Toomingas, A., Mathiassen, S.-E., & Wigaeus Tornqvist, E. (2008). *Arbetslivsfysiologi*. (u.o): Studentlitteratur.
- Ulfberg J. (2009). *Sömn*. Falun: Scandbook
- Ursin R. (1986). *Sömn och sömnrubbnings*. Lund: Natur och kultur
- WHO (2006). Constitution of the World Health Organization.[online] Tillgänglig: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (hämtat 7.3.2014).
- Yuan, S.C., Chou, M.C., Chen, C.J., Lin, Y.J., Chen, M.-C., Liu, H.-H.&Kuo, H.-W. (2011). Influences of shift work on fatigue among nurses. *Journal of nursing management*, 19, 339-345.
- Åkerstedt T. (2002). *Sömnens betydelse för hälsa och arbete*. Falun: Bauer bok

Bilagor

Bilaga 1

Enkät för vårdare i tre skiften

Vi är två sjuksköterskestuderanden vid yrkeshögskolan Novia som skriver ett examensarbete om att orka arbeta i skiftesarbete. Till examensarbetet gör vi en studie om hur vårdares hälsa påverkas av skiftesarbete, genom att sända ut en enkät som vårdare på Vasa centralsjukhus får besvara.

Det är frivilligt att besvara enkäten men vi skulle uppskatta om just du, som arbetar regelbundet i tre skiften, skulle ta dig tid till att besvara denna enkät. Dina svar kommer inte bara att gynna oss utan även dig själv genom att du kan få en inblick i hur skiftesarbetet kan påverka din hälsa.

All information du lämnar i enkäten kommer att behandlas konfidentiellt. Resultaten kommer att publiceras i vårt examensarbete och ingen kommer att kunna identifieras i samband med publicerandet av dessa resultat.

När du besvarat enkäten returnerar du den till oss genom att lägga den i medföljande låda.

Tack för ditt samarbete!

Bilaga 2

1. Bakgrundsinformation

Man: ___ Kvinna: ___

Ålder: _____

Är du: Gift:___ Singel:___ Separerad/skild:___ Sambo: ___ Änka/Änkling: ___

Annat:_____

Har du barn? Ja___ Nej___ I vilken ålder?_____

Arbetar du som sjukskötare___ närvårdare___

Hur många timmar skall du (enligt kontraktet) arbeta/vecka? _____

Hur lång tid tar det sammanlagt för dig att resa till och från arbetet? _____

2. Sömn

Hur mycket sömn får du efter följande skifte? Besvara i timmar.

Mellan två morgonskiften_____

Mellan två kvällsskiften _____

Mellan ett kvällsskifte och ett morgonskifte _____

Innan det första nattskitet _____

Mellan två nattskiten_____

Efter det sista nattskitet _____

Hur många timmars sömn känner du att du brukar behöva per dygn, oavsett vilket skifte du har? Timmar _____

Hur utvilad känner du dig vanligtvis efter sömn? (Ringa in ett nummer)

1= Mycket dåligt utvilad, 2= Dåligt utvilad, 3= Bra utvilad, 4= Mycket bra utvilad

Mellan morgonskiften 1 2 3 4

Mellan kvällsskiften 1 2 3 4

Mellan nattskiten 1 2 3 4

Mellan ett kvällsskifte och ett morgonskifte 1 2 3 4

Har du svårt att somna? (Ringa in ett nummer)

1= Aldrig, 2=2-4 ggr/månad, 3= 2-4 ggr/vecka, 4= Alltid

Mellan morgonskiftet 1 2 3 4

Mellan kvällsskiftet 1 2 3 4

Mellan nattsiftet 1 2 3 4

Mellan ett kvällsskifte och ett morgonskifte 1 2 3 4

Vaknar du tidigt efter ett nattsifte? 1 2 3 4

3. Fritid

1=Aldrig, 2= 1-2 ggr/månad, 3= 3-4 ggr/månad, 4= 1-2ggr/vecka

Tycker du att skiftesarbete stör dina fritidssysselsättningar? 1 2 3 4

Påverkar skiftesarbete ditt familjeliv? 1 2 3 4

Påverkar skiftesarbete ditt sociala liv (umgänge med vänner och bekanta)? 1 2 3 4

4. Påverkas kroppen?

Ange hur ofta du upplever något av följande, genom att ringa in passande siffra:

1= Aldrig, 2= 2-4 ggr per månad, 3= 2-3 ggr per vecka, 4= Dagligen

Hur ofta är din aptit störd? 1 2 3 4

Hur ofta känner du dig illamående? 1 2 3 4

Hur ofta har du ont i magen? 1 2 3 4

Hur ofta har du uppsvälld mage? 1 2 3 4

Hur ofta har du förstoppning? 1 2 3 4

Hur ofta har du diarré? 1 2 3 4

Hur ofta lider du av hjärtklappning? 1 2 3 4

Har du någonsin märkt om ditt hjärta slår oregelbundet? 1 2 3 4

Hur ofta lider du av smärta i bröstet? 1 2 3 4

Hur ofta har du yrsel? 1 2 3 4

Har du ofta infektionssjukdomar? 1 2 3 4

Har du smärta i:

Skuldra och nacke 1 2 3 4

Ryggen 1 2 3 4

Armar eller handleder 1 2 3 4

Ben ellerknän 1 2 3 4

Har du några andra fysiska besvär? _____ 1 2 3 4

Har du/ har du haft någon grundsjukdom? I så fall vilken?

(t.ex. diabetes, högt blodtryck, cancer, psykisk ohälsa m.m.)

Hur skulle du vilja att ditt arbetsschema inom skiftesarbete, skulle vara uppbyggt?

Vissa människor upplever hälso-, sömn- eller känslomässiga problem som en följd av skiftesarbete. Kontrollera att du har svarat på alla frågor utan att ändra några av dina svar.

Om du har några kommentarer eller synpunkter angående dina erfarenheter som skiftesarbetare, som inte har behandlats i denna enkät skulle vi vara mycket tacksamma om du skulle beskriva dem nedan.

Tack för att DU fyllde i denna enkät!

Om du har något att fråga, är du välkommen att kontakta oss!

Johanna Sippus

0505404226, johanna.sippus@novia.fi

Jannika Östman

0505524330, jannika.ostman@novia.fi

Handledare: Anita Wikberg

(06)32855326, anita.wikberg@novia.fi

