

# La qualità del sonno nei pazienti ricoverati in una terapia intensiva polivalente

*The quality of sleep in patients admitted to a general intensive care unit*

Roberta Toppi, Marcella Luongo, Herman Bondi, Serena Rocci, Magda Mascheroni, Roberto Accardo, Infermieri, Terapia intensiva generale – A.O.S.Gerardo, Monza  
 Alberto Lucchini, Coordinatore Infermieristico Terapia intensiva generale – A.O.S.Gerardo, Monza / Coordinatore didattico e Professore a contratto – Master di 1° livello in Scienze infermieristiche di Anestesia e Terapia Intensiva, Università Milano-Bicocca

## Riassunto

**Introduzione:** il sonno è un bisogno fondamentale della persona. L'infermiere deve applicare tutte le strategie assistenziali per garantire un adeguato riposo al paziente ricoverato in Terapia Intensiva.

**Obiettivo:** valutare la qualità del riposo in pazienti ricoverati in una terapia intensiva polivalente.

**Metodi:** è stato condotto uno studio di prevalenza su 80 pazienti per un totale di 134 notti investigate, analizzando i parametri fisiopatologici e riportando il voto espresso dalla persona assistita.

**Risultati:** le ore medie di buio garantite ai pazienti sono state 7,7 ( $\pm 1.2$ ). I pazienti hanno espresso al termine della notte un voto sul sonno (da 1 a 10) corrispondente ad una media di 5.8 ( $\pm 1.9$ ) nonostante si rilevi una media di risvegli totali di 5.0 ( $\pm 4.5$ ) di cui spontanei 3.5 ( $\pm 3.6$ ). I parametri fisiopatologici registrati esprimono per la popolazione osservata una postura di 35.9 ( $\pm 7.3$ ) gradi, una emodinamica stabile con valori di pressione sistolica di 125.1 ( $\pm 19.7$ ) mmHg, una meccanica respiratoria regolare con FiO<sub>2</sub> 0.4 ( $\pm 0.1$ )%, e frequenza respiratoria di 19.7 ( $\pm 5.3$ ) atti/minuto. Il valore medio di NRS per la rilevazione del dolore è stato di 1,4 ( $\pm 1$ ). Confrontando poi le diverse strategie ventilatorie emerge che i pazienti in scafandro hanno espresso un voto medio di 6,00 $\pm$ 1.95, i pazienti in NIMV PSV con maschera 4.33 $\pm$ 1.86, i pazienti in mascherina e i pazienti intubati 5.82 $\pm$ 1.88.

Infine i pazienti con aiuto farmacologico per l'induzione del sonno hanno espresso un voto medio di 5,89 $\pm$ 1,2 versus 5,79 $\pm$ 1,3 nei pazienti senza supporto farmacologico).

**Conclusioni:** un ambiente confortevole ed una mirata organizzazione degli interventi infermieristici favorire il riposo è fondamentale per un miglior vissuto del ricovero in Terapia Intensiva.

**Parole chiave:** Sonno, Ventilazione, Bisogno di riposo

## Abstract

**Introduction:** sleep is a basic need of the person. The nurse must apply all the charitable strategies to ensure adequate rest for the patient admitted to ICU.

**Aim:** assessing the quality of sleep in patients hospitalized in an general intensive care unit.

**Methods:** we conducted a prevalence study on 80 patients for a total of 134 nights, analyzing various values and the returning votes cast by the assisted individuals.

**Results:** the average hours of darkness guaranteed were 7.7 ( $\pm 1.2$ ). At the end of the night sleep patients have expressed a vote (1 to 10) which corresponds to an average of 5.8 ( $\pm 1.9$ ) although it has been pointed out an average of total awakenings of 5.0 ( $\pm 4.5$ ) out of which the spontaneous ones accounted for 3.5 ( $\pm 3.6$ ). Patho-physiological parameters recorded for the population express an observed posture of 35.9 ( $\pm 7.3$ ) degrees, with a stable hemodynamic values of systolic blood pressure of 125.1 ( $\pm 19.7$ ) mm Hg, a regular respiratory mechanics FiO<sub>2</sub> 0.4 ( $\pm 0.1$ )%, and respiratory rate of 19.7 ( $\pm 5.3$ ) breaths / minute. The mean NRS for the detection of pain was 1.4 ( $\pm 1$ ). Then comparing the different ventilation strategies, the results show that patients using non-invasive ventilation helmets have expressed an average vote of 6.00  $\pm$  1.95, patients with non-invasive mask PSV 4.33  $\pm$  1.86, patients intubated and using mask 5.82  $\pm$  1.88.

Finally, patients assisted with sleep inducing drugs have expressed an average score of 5.89  $\pm$  5.79 versus 1.2  $\pm$  1.3 in patients without pharmacological support.

**Conclusions:** a comfortable environment and a targeted organization of nursing interventions is essential to promote a better sleep experience in the ICU.

**Key words:** Sleep, Ventilation, Sleep deprivation

## Introduzione

Il sonno favorisce una serie di processi fisici essenziali per l'efficienza del sistema immunitario, per la salute in generale, per la crescita e per le corrette funzioni organiche.

La mancanza di riposo cronico può interferire quindi con l'accrescimento e con l'efficienza delle difese immunitarie.

Il sonno è un processo fisiologico caratterizzato da due fasi principali: la fase NON REM (NREM o Non Rapid Eye Movement) e la fase REM (Rapid Eye Movement) che si alternano durante la notte con una periodicità di 90-120 minuti.

La fase NREM si divide a sua volta in 4 stadi, caratterizzati dall'assenza di movimenti rapidi oculari e all'Elettroencefalogramma (EEG) da un aumen-

## ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 08/07/2011

ACCETTATO IL 23/10/2011

L' AUTORE DICHIARA DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE

ALBERTO LUCCHINI, a.lucchini@hsgerardo.org

Tabella 1. Items di rilevazione

Sesso	Maschio - Femmina
Età	
Postura	Indica, in gradi, l'inclinazione del letto
Pressione Arteriosa	Sistolica - Diastolica
RASS(9)	Richmond Agitation Sedation Scale
Scala del dolore (NRS)	Numeric Pain Intensity Scale. Scala numerica da 1 a 10 dell'intensità del dolore.
Modalità di ventilazione	Invasiva (intubati in PSV) Non Invasiva (scafandro, PSV, Maschera Venturi , aria ambiente)
FiO <sub>2</sub>	Frazione inspirata di ossigeno
Peep	Positive End Espiratory Pressure
Saturazione	Percentuale di ossigeno legato all'emoglobina
Frequenza Respiratoria	Numero di atti respiratori in un minuto
PSV	Pressure Support Ventilation (se presente)
Farmaci per il sonno	Se usati o no
Ore sonno totali	Numero di ore di sonno rilevate dall'infermiere
Risvegli spontanei	Numero di volte in cui il paziente si è svegliato spontaneamente
Differenza risvegli	Risvegli indotti da procedure o fattori esterni.
Risvegli totali	Somma dei risvegli spontanei e indotti
Eventi maggiori	Interferenze al sonno provocate ad esempio da terapie, procedure, ricoveri nella stessa stanza, etc.
Numero ore buio	Numero di ore senza luce nella stanza
Voto al sonno	Giudizio espresso dal paziente sulla qualità del sonno in una scala da 1 a 10 (scala valori come NRS).
Giorni di degenza	Numero di notti di ricovero in reparto.

Tabella 2. Campione suddiviso per patologia

Patologia	Nr. Pazienti	Patologia	Nr. Pazienti
post operati	51	pancreatite	1
shock settico	7	sindrome compartimentale	1
post ACC	1	shock emorragico	2
polmonite da ab ingestis	1	politrauma	2
EPA	2	Insufficienza respiratoria	8
ingestione incongrua	3		

to progressivo del numero di onde a bassa frequenza e grande ampiezza. Al contrario la quinta e ultima fase, detta REM, dura circa 15 minuti ed è

caratterizzata da rapidi movimenti oculari, da sogni intensi e, all'EEG, da onde ad alta frequenza e piccola ampiezza. Per questo motivo, ovvero per la somi-

gianza con le onde dello stato di veglia, tale stadio è anche detto sonno paradossale e costituisce circa il 20% del ciclo del sonno.

Durante la notte diminuiscono progressivamente le fasi di sonno profondo e aumentano di durata ed intensità le fasi REM. Un giovane adulto arriva al sonno REM circa 90 minuti dopo che si è addormentato. Questa fase, che si ripete all'incirca ogni due ore, dura sempre un po' di più fino ad arrivare al momento più lungo che precede il risveglio. La deprivazione di sonno è considerata

Tabella 3.

	POSTURA	ART S	ART D	RASS	NRS	FI <sub>2</sub>
<b>MEDIA</b>	35.9 (±7.3)	125.1 (±19.7)	62.2 (±11.7)	-0.3 (±0.5)	1.4 (±1)	0.4 (±0.1)
	PEEP (24/80 pz)	FREQUENZA RESPIRATORIA	SATURAZIONE	PSV mask (7/80 pz)	ORE SONNO TOTALI	RISVEGLI TOTALI
<b>MEDIA</b>	7.9 (±1.8)	19.7 (±5.3)	97 (±2.8)	13.5 (±3.1)	5.7 (±2.3)	5 (±4.5)
	RISVEGLI SPONTANEI	DIFFERENZA RISVEGLI	NR ORE BUIO	VOTO AL SONNO	GIORNI DI DEGENZA	
<b>MEDIA</b>	3.5 (±3.6)	1.5 (±2.7)	7.7 (±1.2)	5.8 (±1.9)	3.1 (±4.7)	

Tabella 4. Medie a confronto tra scafandro, PSV estubati ed altre tipologie ventilatorie

	SCAFANDRO	PSV ESTUBATI	ALTRI PAZIENTI	SCAFANDRO VS PSV ESTUBATI (test T)	SCAFANDRO VS ALTRI PAZIENTI (test T)	PSV ESTUBATI VS ALTRI PAZIENTI (test T)
POSTURA	37.83 (±7.66)	40.71 (±7.32)	35.95 (±7.37)	0.385	0.176	0.099
ART S	127.33 (±20.35)	121.43 (±13.56)	125.33 (±19.83)	0.480	0.595	0.609
ART D	64.83 (±9.51)	66.95 (±13.50)	62.44 (±11.78)	0.642	0.286	0.328
RASS	-0.22 (±0.57)	-0.75 (±0.88)	(±0.51)	-0.29 0.131	0.460	0.088
NRS	1.08 (±0.61)	0.83 (±0.41)	1.37 (1.04)	0.373	0.162	0.210
FiO <sub>2</sub>	0.42 (±0.12)	0.51 (±0.25)	0.39 (0.12)	0.199	0.076	0.010
PEEP	8.48 (±1.59)	6.86 (±1.46)		0.023	0.006	0.171
FREQUENZA RESPIRATORIA	20.55 (±7.05)	18.95 (±6.38)	19.75 (±5.39)	0.596	0.434	0.707
SATURAZIONE	97.28 (±3.18)	96.76 (±2.86)	96.99 (±2.79)	0.706	0.598	0.830
PSV	16.00 (±2.83)					0.191
ORE SONNO TOTALI	5.84 (±2.09)	3.25 (±2.36)	5.69 (±2.28)	0.038	0.749	0.039
RISVEGLI TOTALI	4.41 (±2.75)	7.00 (±6.11)	5.04 (±4.54)	0.125	0.473	0.278
RISVEGLI SPONTANEI	2.86 (±2.01)	3.17 (±1.60)	3.52 (±3.67)	0.732	0.365	0.817
DIFFERENZA RISVEGLI	1.61 (±1.34)	4.29 (±6.99)	1.54 (±2.74)	0.083	0.898	0.022
NR ORE BUIO	7.55 (±1.10)	7.43 (±1.40)	7.65 (±1.17)	0.820	0.645	0.631
VOTO AL SONNO	6.00 (±1.95)	4.33 (±1.86)	5.82 (±1.88)	0.076	0.631	0.062
GIORNI DI DEGENZA	4.62 (±2.87)	4.00 (±2.16)	1.22 (±0.44)	0.701	0.010	

un problema importante ma spesso sottovalutato. La letteratura dimostra che nelle aree di Cure Intensive è un fenomeno rilevabile nella maggior parte dei pazienti sia in termini quantitativi sia qualitativi<sup>1</sup> e, come riportato da alcuni studi,<sup>2</sup> le alterazioni del sonno possono avere effetti sulla salute e la morbilità dei pazienti.

Numerosi sono i fattori che possono causare tale disturbo. Tra questi ad esempio annoveriamo la patologia che ha portato al ricovero, le terapie a cui il paziente è sottoposto, il dolore, la strut-

tura del reparto (includendo il rumore) e il tipo di ventilazione.<sup>3-4-5-6</sup>

A tali fattori sono da aggiungere i risvegli causati dalle procedure o dalle interazioni con il personale medico infermieristico.<sup>2</sup>

Nonostante il riposo e il sonno siano considerati bisogni fondamentali della persona, sono spesso posti in secondo piano rispetto all'assistenza primaria.

Le alterazioni del ritmo circadiano, se non trattate, possono portare al paziente problematiche quali l'aumento della degenza, lo sviluppo di patologie psi-

chiatriche come il delirio e un periodo di guarigione prolungato interferendo anche sullo svezzamento respiratorio.<sup>7-8</sup>

### Scopo

Scopo dello studio è verificare la qualità e la quantità del sonno dei pazienti ricoverati in una terapia intensiva polivalente per identificare i possibili interventi da applicare per promuovere e migliorare il riposo.

Tabella 5. Pazienti con farmaci per sonno vs pazienti senza farmaci

	PAZIENTI CON FARMACI	PAZIENTI SENZA FARMACI	TEST T
POSTURA	35.85 (±7.41)	35.85 (±7.36)	1.000
ART S	120.67 (±17.49)	127.71 (±20.60)	0.046
ART D	63.77 (±11.82)	61.29 (±11.74)	0.241
RASS	-0.19 (±0.55)	-0.40 (±0.51)	0.056
NRS	1.28 (±0.74)	1.45 (±1.19)	0.405
IO <sub>2</sub>	0.39 (0.15)	0.39 (±0.10)	0.940
PEEP	7.84 (±2.09)	8.00 (±1.51)	0.778
FREQUENZA RESPIRATORIA	19.94 (±5.05)	19.63 (±5.53)	0.750
SATURAZIONE	96.43 (±3.34)	97.36 (±2.32)	0.060
ORE SONNO TOTALI	5.26 (±2.21)	5.88 (±2.30)	0.203
RISVEGLI TOTALI	5.65 (±4.90)	4.55 (±4.25)	0.191
RISVEGLI SPONTANEI	4.02 (±4.57)	3.11 (±2.87)	0.184
DIFFERENZA RISVEGLI	1.64 (±1.64)	1.45 (±3.20)	0.701
NR ORE BUIO	7.83 (±1.23)	7.55 (±1.11)	0.195
VOTO AL SONNO	5.89 (±1.98)	5.79 (±1.81)	0.772
GIORNI DI DEGENZA	5.89 (± 8.49)	2.34 (±2.41)	0.004

## Materiali e metodi

È stato realizzato uno studio di prevalenza su 80 pazienti ricoverati nell'Unità Operativa di Terapia Intensiva Generale dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza per un periodo di 60 giorni (anno 2010) ottenendo un totale di 134 notti osservate. All'interno della cartella infermieristica è stata predisposta una tabella da compilare a cura dell'infermiere del turno notturno, composta dai seguenti campi. (Tabella 1)

L'analisi del sonno veniva proposta a pazienti ricoverati in Terapia Intensiva per una o più notti ed in grado di esprimere un giudizio sulla qualità del sonno (RASS  $\geq -1$ ).<sup>9-10</sup>

Il campione utilizzato è composto dai

49 maschi e 31 femmine con un'età media di 64 ( $\pm 16.8$ ) anni.

L'intera popolazione è stata suddivisa per patologia d'ingresso ed i valori raccolti sono stati elaborati ed analizzati statisticamente. (Tabella 2)

## Risultati

In una prima analisi i dati raccolti sono stati esaminati per singolo campo, calcolandone le medie e le deviazioni standard, dell'intero campione al fine di avere un quadro introduttivo generale. (Tabella 3) Il campione è stato poi suddiviso in base alle modalità ventilatorie utilizzate: CPAP-Scafiandro 24 pazienti, Maschera venturi 75 pazienti, PSV in maschera

facciale 8 pazienti, PSV intubati 10 pazienti).

Le modalità di ventilazione non invasiva possono causare un aumento del discomfort del paziente a seconda dell'interfaccia utilizzata.

Tutti i pazienti ventilati in Cpap con scafiandro hanno usufruito di un insieme di interventi infermieristici assistenziali, definiti da Lucchini et al. come Helmet Bundle<sup>11</sup> atti a ridurre il discomfort da esso provocato.

I pazienti estubati, ventilati in PSV, hanno utilizzato la maschera facciale (Full face mask Performask - Respiro-nics®) che, come riportato in letteratura<sup>12</sup>, genera un dolore maggiore ed un fastidio aumentato se paragonato allo scafiandro o ad altre forme di ossigeno terapia.

Per questo motivo sono stati identificati tre gruppi: pazienti in scafandro, pazienti con maschera in PSV ed altri pazienti. (Tabella 4)

Durante la degenza per favorire il riposo, ad alcuni pazienti sono state somministrate terapie farmacologiche. La tabella riassume i pazienti che hanno assunto tali terapie confrontandoli con coloro che non le hanno assunte. (Tabella 5)

È stato poi effettuato il confronto tra pazienti che hanno dormito meno di sei ore, tempo stimato in letteratura come minimo per un sonno qualitativamente sufficiente, e coloro che hanno riposato più di sei ore. (Tabella 6)

Infine, abbiamo confrontato il campione suddividendolo in pazienti degenti in

Terapia Intensiva come post-operati d'elezione e pazienti con differente diagnosi d'ingresso. (Tabella 8)

### Discussione

Il reparto di Rianimazione Generale dell'Azienda Ospedaliera di Monza è composto da quattro stanze: tre con due letti e una con quattro letti.

I pazienti post-operati sono stati alloggiati sempre in una camera dedicata a due letti. Questi ultimi rappresentano la maggioranza del campione analizzato (63,75%).

Lo studio evidenzia una popolazione con un'emodinamica stabile, un buon controllo del dolore e una meccanica

ventilatoria normale. A prescindere dalla patologia che ha determinato il ricovero, si riescono a garantire quasi sei ore di sonno.

Si nota come la qualità del sonno sia condizionata dalla quantità; infatti, i pazienti che hanno dormito meno di cinque ore hanno dato un voto al sonno insufficiente. Al contrario chi ha dormito più di sei ore esprime un voto soddisfacente. Limitando i risvegli indotti e garantendo sette ore di buio, il voto espresso dalla maggior parte dei pazienti ricoverati è sufficiente. Sono poi state messe in relazione le medesime categorie di voto al sonno con le ore di buio garantite per notte. (Tabella 8)

Nel confronto tra pazienti intubati e pazienti estubati i parametri quali la

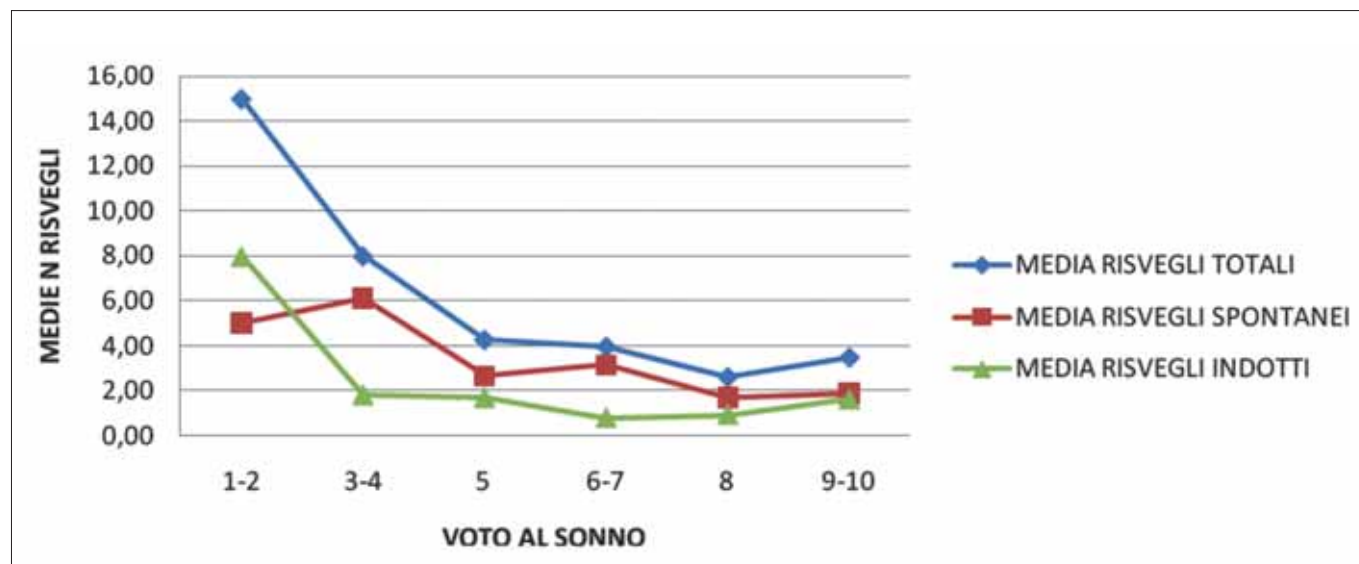
Tabella 6. Pazienti con 6 o più ore di sonno vs pazienti con meno di 6 ore di sonno

	INFERIORE A 6 ORE	MAGGIORE O UGUALE A 6 ORE	TEST T
POSTURA	36.54 (±7.54)	35.66 (±7.34)	0.627
ART S	120.54 (± 19.9)	129.75 (±18.05)	0.020
ART D	63.15 (±12.92)	62.70 (±10.71)	0.995
RASS	-0.24 (±0.53)	-0.36 (±0.51)	0.280
NRS	1.52 (±1.34)	1.29 (±0.81)	0.346
iO2	0.40 (±0.15)	0.37 (±0.10)	0.178
PEEP	8.76 (±1.56)	8.00 (±1.47)	0.194
FREQUENZA RESPIRATORIA	19.79 (±4.91)	20.12 (±5.30)	0.714
SATURAZIONE	97.24 (±2.43)	96.80 (±3.16)	0.472
ORE SONNO TOTALI	3.47 (±1.40)	7.33 (±1.07)	0.005
RISVEGLI TOTALI	6.68 (±5.33)	3.38 (±2.28)	0.005
RISVEGLI SPONTANEI	5.17 (±4.63)	2.15 (±1.56)	0.005
DIFFERENZA RISVEGLI	1.44 (±1.53)	1.32 (±1.58)	0.690
NR ORE BUIO	7.58 (±1.24)	7.81 (±1.15)	0.336
VOTO AL SONNO	4.21 (±1.23)	6.90 (±1.33)	0.005
GIORNI DI DEGENZA	3.92 (±7.15)	2.61 (±3.35)	0.345

Tabella 7. Post operati vs altre patologie

	POST-OPERATI	ALTRE PATOLOGIE	TEST T
POSTURA	34.43 (±6.92)	37.50 (±7.60)	0.059
ART S	129.31 (±21.47)	125.93 (±19.70)	0.455
ART D	61.53 (±12.43)	61.02 (±11.07)	0.845
RASS	-0.43 (±0.51)	-0.36 (±0.50)	0.593
NRS	1.57 (±1.22)	1.29 (±1.14)	0.299
iO2	0.38 (±0.09)	0.39 (±0.10)	0.773
FREQUENZA RESPIRATORIA	18.40 (±5.08)	20.99 (±5.74)	0.031
SATURAZIONE	97.84 (±1.56)	96.83 (±2.86)	0.046
ORE SONNO TOTALI	6.27 (±2.13)	5.40 (±2.44)	0.124
RISVEGLI TOTALI	3.82 (±3.28)	5.32 (±5.00)	0.124
RISVEGLI SPONTANEI	2.83 (±2.75)	3.40 (±3.00)	0.410
DIFFERENZA RISVEGLI	1.00 (±1.46)	1.95 (±4.35)	0.176
NR ORE BUIO	8.05 (±0.88)	7.02 (±1.07)	0.051
VOTO AL SONNO	5.85 (±1.59)	5.72 (±2.03)	0.760
GIORNI DI DEGENZA	1.22 (±0.80)	5.05 (2.85)	0.005

Grafico 1. Confronto voto sonno - medie risvegli



**Tabella 8. Suddivisione in base al voto espresso**

VOTO AL SONNO	1-2	3-4	5	6-7	8	9-10
ore medie di sonno	6,80	7,84	7,37	7,77	7,81	7,25
ore medie di buio	1,50	3,25	5,69	6,73	7,46	7,80
percentuale pazienti %	4,10	21,31	15,57	13,11	39,34	13,11

saturazione d'ossigeno, la frequenza respiratoria ed il totale di ore di sonno, sono simili tra di loro. Unica differenza è rappresentata dal numero di risvegli totali, soprattutto indotti, che nei pazienti estubati è maggiore. Anche il voto espresso al sonno è sovrapponibile tra i due gruppi.

Nello specifico i pazienti in scafandro hanno una frequenza respiratoria più elevata, una media di ore di sonno superiore, una media di risvegli totali inferiore ed esprimono un voto al sonno più alto rispetto ai pazienti ventilati con PSV in maschera.

Per ottenere i benefici derivati da que-

st'ultima modalità di ventilazione sono indispensabili, da parte dell'infermiere, diversi accorgimenti che ricadono in modo negativo sulla qualità del riposo. Il grafico 1, mostra come chi ha espresso un voto basso, ha subito un numero elevato di risvegli.

Una possibile causa di risveglio<sup>13-14-15</sup>, è da imputare ad eventi accorsi durante il turno notturno; la maggior parte dei pazienti (79%) non ha subito disturbi da parte del personale mentre nel restante 21%, una cospicua parte di risvegli (6%) è costituita da eventi maggiori avvenuti ma non specificati dall'infermiere che ha compilato la tabella dello studio. (Grafico 2)

La somministrazione di farmaci avvenuta nel 37% dei casi, mostra che l'aiuto farmacologico incide poco sulle ore di sonno totali e lievemente sulla qualità dello stesso. Infatti, il voto medio espresso dai pazienti che non hanno assunto farmaci è stato di 5,79 versus 5,89. Anche la differenza in ore dormite (5,88 senza farmaci vs 5,26) non risulta significativa.

Durante lo studio l'applicazione di metodi non farmacologici quali la musica, la lettura e il buio, ha avuto riscontro positivo sull'aspetto qualitativo e quantitativo del sonno. (Grafico 3)

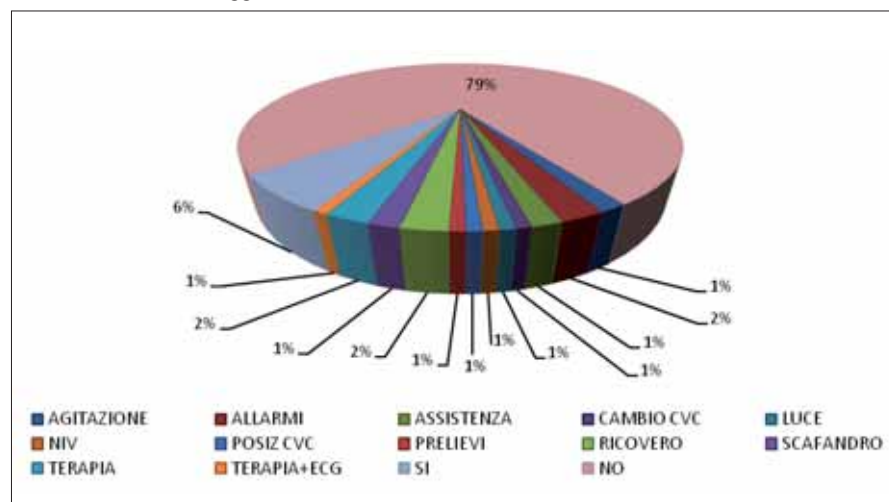
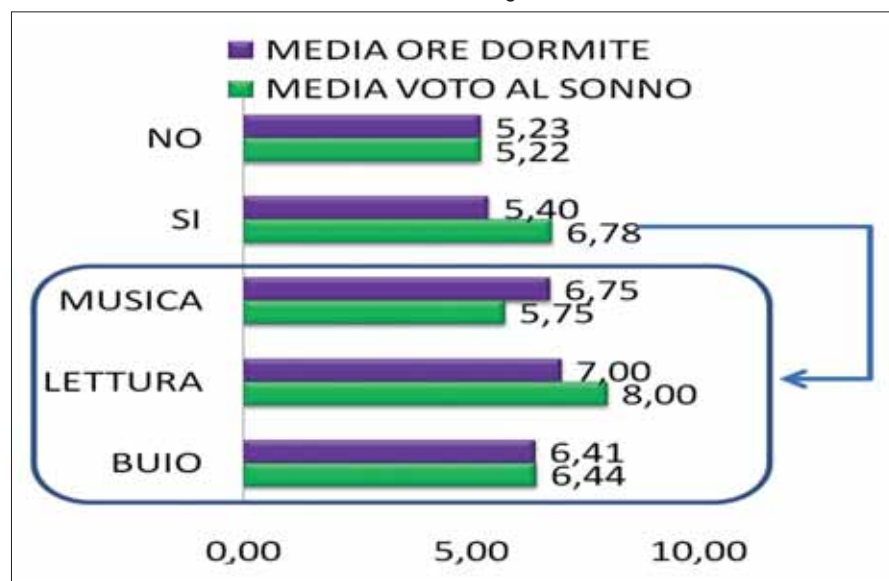
L'utilizzo di strumenti non farmacologici, come evidenziato in letteratura<sup>16-17</sup> rappresenta una delle risorse utilizzabili dall'infermiere per favorire il sonno nel paziente critico. Oltretutto tali risorse hanno un impatto economico veramente limitato e possono essere personalizzate secondo i singoli pazienti.

Nella nostra realtà, i risultati dello studio hanno modificato la priorità di scelta degli strumenti da utilizzare per favorire il sonno, ponendo in posizione privilegiata i metodi non farmacologici e lasciando la scelta dell'induzione farmacologica come ultima possibilità terapeutica.

## Conclusioni

Lo studio da noi condotto ha evidenziato che esistono numerosi fattori che possono incidere in modo negativo sulla qualità del riposo quali la modalità di ventilazione, il rumore, l'assistenza medica ed infermieristica notturna.

Garantire un ambiente confortevole, applicare delle strategie anche strutturali che mirano ad accogliere i pazienti per grado di prestazioni clinico assisten-

**Grafico 2. Eventi maggiori**

**Grafico 3. Influenza dei metodi non farmacologici sul sonno**


ziali, limitare gli interventi e agevolare attività quali la musica e la lettura, permette di garantire un sonno di qualità. Il riposo in terapia intensiva è un obiettivo fondamentale da perseguire nell'assistenza infermieristica per migliorare la degenza in reparto e facilitare una precoce dimissione.

## Bibliografia

1. FEELEY K, GARDNER A. *Sedation and analgesia management for mechanically ventilated adults: literature review, case study and recommendations for practice*. Australian Critical Care 2006;19(2):73—7.
2. TAMBURRI LM, DiBRIENZA R, ZOZULA R, REDEKER NS. *Nocturnal Care Interactions with Patients in Critical Care Units*. Am JCC 2004; 13:102-113
3. DROUOT X, CABELLO B, D'ORTHO MP, BROCHARD L. *Clinical review. Sleep in the intensive care unit*. Sleep Medicine Reviews (2008); 12, 391 – 403
4. REISSTEIN JL. *Sleep in mechanically ventilated patients*. Critical Care Nursing Clinics of North America 2005;17(3):1—6.
5. DE JONG MJ, BURNS SM, CAMPBELL ML, CHALUYA M, GRAP MJ, PIERCE LNB, et al. *Development of the American association of critical care nurses' assessment scale for critically ill patients*. AAm JCC 2005;14(6):531—44.
6. HONKUS V. *Sleep deprivation in critical care units*. Journal of Critical Care Nursing 2003; 26(3): 179—189.
7. 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.
8. PARTHASARATHY S, TOBIN MJ. *Sleep in the intensive care unit*. Intensive Care Medicine 2004;30:197—206.
9. ELY EW, TRUMAN B, SHINTANI A, THOMASON JW, WHEELER AP, GORDON S, et al. *Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*. JAMA 2003; 289:2983-91.
10. WEINHOUSE GL, SCHWAB RJ, WATSON PL, PATIL N, VACCARO B, PANDHARIPANDE P, ELY EW. *Bench-to-bedside review: delirium in ICU patients - importance of sleep deprivation*. Crit Care 2009;13(6):234.
11. LUCCHINI A, VALSECCHI D, ELLI S, DONI V, CORSARO P, TUNDO P, RE R, FOTI G, MANICI M. *The Helmet Bundle : il comfort del paziente ventilato con CPAP con scafandro*. Assistenza infermieristica e ricerca 2010; 29(4): 174-83.
12. PRINCIPI T, PANTANETTI S, CATANI F, ELISEI D, GABBANELLI V, PELAIA P, et al. *Noninvasive continuous positive airway pressure delivered by helmet in hematological malignancy patients with hypoxemic acute respiratory failure*. Intensive Care Med 2004; 30: 147-50.
13. HARDIN K.A. *Sleep in the ICU: potential mechanisms and clinical implications*. Chest 2009; 136:284-2
14. TEMBO AC, PARKER V. *Factors that impact on sleep in intensive care patients*. Intensive and Critical Care Nursing 2009; 25: 314-322.
15. XIE H, KANG J, MILLS GH. *Clinical review: The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units*. Critical Care 2009; 13:208
16. GIUSTI GD, PIERGENTILI F, SANSOLINO S, COSSIO E. *"Sonno/veglia" in terapia intensiva: definizione del problema, problematiche assistenziali, implicazione per il paziente*. Scenario 2006; 23 (3): 6-12
17. PERUZZI WT. *Sleep in the intensive care unit*. Pharmacotherapy 2005; 25(5 Pt 2):34S-9S.

### Nuova indicizzazione

Dopo la prima indicizzazione di "Scenario, il nursing nella sopravvivenza" su Cinahl®, Plus with full text, ora siamo presenti anche sulla banca dati ProQuest:ProQuest Nursing and Allied Health Source™.