

Vetenskaplig originalstudie

Sömnproblem och sömnkvalitet bland gravida – en enkätstudie

Emmelie Ek, leg barnmorska, Teddie Lönnberg, leg barnmorska och Marie Oscarsson, professor, leg barnmorska

Abstrakt

Sönnen påverkas under en graviditet med bland annat fler uppvaknanden och mindre djupsömn. Sömnproblem under graviditeten ökar risken för psykiska problem och medicinska komplikationer hos den gravida och fostret. Det saknas svenska studier om sömnproblem och graviditet.

Syftet var att kartlägga sömnproblem och sömnkvalitet bland gravida och jämföra de tre trimestrarna, samt undersöka samband mellan sömnproblem och självskattad hälsa.

Studien genomfördes som en tvärsnittsstudie med en webbaserad enkät som besvarades av 836 gravida kvinnor. Resultatet analyserades med en deskriptiv och analytisk statistik.

Resultatet visar att majoriteten av de gravida (69,5 %) rapporterade sömnproblem och 84,2 % rapporterade dålig sömnkvalitet. Inga signifikanta skillnader fanns mellan de olika trimestrarna. Av de gravida skattade 79,5 % sin hälsa som god. Bland gravida med god självskattad hälsa hade 65,3 % sömnproblem, bland gravida med dålig självskattad hälsa hade 86 % sömnproblem ($p < 0,001$). Av de gravida med god självskattad hälsa hade 81,4 % dålig sömnkvalitet och bland gravida med dålig självskattad hälsa hade 95,3 % dålig sömnkvalitet ($p < 0,001$). Kvinnorna rapporterade många graviditetssymtom störde de gravidas sömn. En majoritet (62,9 %) besvärades av illamående i första trimestern. Påverkan av sura uppstötningar/reflux, ryggont och obekväma ställningar ökade med varje trimester. Livliga drömmar och oro för förlossningen upplevdes störst i första trimestern. Över 80 % av alla gravida kvinnor i alla tre trimestrarna fick störd nattsömn av frekvent urinering.

Majoriteten av de gravida hade sömnproblem och dålig sömnkvalitet. Trots detta skattade de flesta sin hälsa som god.

Nyckelord: Gravida, graviditetssymtom, insomni, självskattad hälsa, sömnkvalitet, sömnproblem.

Sleeping problems and sleep quality during pregnancy

**Emmelie Ek, Teddie Lönnberg
& Marie Oscarsson**

Abstract

Sleep is affected during a pregnancy with, among other things, more awakenings and less deep sleep. Sleep problems during pregnancy increase the risk of mental health problems and medical complications in the pregnant woman and the foetus. There is paucity of Swedish studies on sleep problems and pregnancy.

The purpose was to map sleep problems and sleep quality among pregnant women and compare the three trimesters, as well as investigate the relationship between sleep problems and self-rated health.

The study was conducted as a cross-sectional study with a web-based questionnaire answered by 836 pregnant women. The results were analysed with descriptive and analytical statistics.

The results show that the majority of pregnant women (69.5%) reported sleep problems, and 84.2 % reported poor sleep quality. There were no significant differences between the different trimesters. Of the pregnant women, 79.5 % rated their health as good. Among pregnant women with good self-rated health, 65.3 % had sleep problems; and among pregnant women with poor self-rated health, 86% had sleep problems ($p < 0.001$). Of the pregnant women with good self-rated health, 81.4 % had poor sleep quality; and among pregnant women with poor self-rated health, 95.3 % had poor sleep quality ($p < 0.001$). The pregnant women reported many pregnancy symptoms disrupting their sleep. A majority (62.9 %) were bothered by nausea in the first trimester. The effect of acid reflux / reflux, back pain and uncomfortable postures increased with each trimester. Vivid dreams and worries about childbirth were experienced most in the first trimester. Over 80 % of all pregnant women in all three trimesters had disturbed night sleep due to frequent urination.

The majority of pregnant women had sleep problems and poor sleep quality. Despite this, most people rated their health as good.

Keywords: Pregnant women, pregnancy symptoms, insomnia, self-rated health, sleep quality, sleep problems

Bakgrund

Under en graviditet sker flera förändringar i sömnmönstret som kan påverka den gravida och fostret (Chang, Pien, Duntley & Macones, 2010).

Insomni är ett tillstånd där en person upplever att den har otillräcklig sömnmängd och/eller bristande sömnkvalitet. För att ställa diagnosen insomni skall personen uppleva problem med att falla i sömn, bibehålla sömn eller uppleva att sömnen inte ger tillräckligt med vila. Sömnstörningarna skall pågå i minst en månad och sömnbristen skall påverka personens vardagliga liv (American Academy of Sleep Medicine, 2001).

Sömnkvalitet används ofta som ett samlingsbegrepp för olika faktorer som påverkar sömnen. En förlängd insomningsperiod på mer än 15 minuter, fler än fyra–fem uppvaknande per natt som är längre än 20 minuter långa och en sömneffektivitet under 85 % per natt kan indikera en dålig sömnkvalitet (Ohayon et al., 2017).

En litteratursökning på ämnet graviditet och sömnproblem gjordes i databaserna PubMed, Cinahl och PsycINFO där ingen tidsbegränsning angavs. Det finns begränsat med studier om graviditet och sömnproblem. Majoriteten av forskningen som finns är kvantitativa studier och sammanfattningsstudier. Sex av studierna är gjorda i Asien (Effati-Daryani et al., 2016; Reshadat et al., 2018; Rezaei et al., 2013; Tsai et al., 2016; Zhong et al., 2018; Zhou et al., 2020). Fyra studier kom ifrån USA (Chang et al., 2010; Facco et al., 2010; Kalmbach et al., 2020; Mindell et al., 2015). Det finns två europeiska studier (Ertmann et al., 2020; Sarberg et al., 2016). En studie är utförd i Australien (Warland et al., 2018).

Två studier har visat att faktorer som påverkade sömnen hos gravida var snarkningar, kortare perioder av sammanhängande sömn och fler uppvaknanden. Även graviditetssymtom som reflux, foglossning,

frekvent urinerings och illamående påverkade de gravidas sömn (Mindell et al., 2015; Facco et al., 2010). En studie visade att även om de gravida hade sömnproblem i tidig graviditet var detta inget som oroade dem (Ertmann et al., 2020).

Sömnproblem under graviditet påverkade det psykiska måendet (Effati-Daryani et al., 2016; Kalmbach et al., 2019; Sarberg et al., 2019; Reshadat et al., 2018; Rezaei et al., 2013; Tsai et al., 2016; Ertmann et al., 2020). Sömnproblem ökade risken för depression och ångest under graviditeten (Kalmbach et al., 2019), samt postpartumdepression (Sarberg et al., 2016; Reshadat et al., 2018; Zhou et al., 2020).

Forskning visade att det fanns ett samband mellan livskvalitet och sömnkvalitet hos gravida (Effati-Daryani et al., 2016; Rezaei et al., 2013; Tsai et al., 2016).

Forskning har visat att sömnproblem kan orsaka komplicerade medicinska tillstånd under graviditet och förlossning (Zhong et al., 2017; Chang et al., 2010). Risken för graviditetsdiabetes ökade om den gravida hade sämre sömnkvalitet under tidig graviditet (Zhong et al., 2017). Det fanns även samband mellan sömnproblem under graviditet och intrauterin tillväxthämning, prematurfödelse, ökad risk för kejsarsnitt och längre förlossningar (Chang et al., 2010; Warland et al., 2018).

Det saknas forskning om svenska gravida kvinnors sömn och sömnproblem och om det påverkar deras självskattade hälsa. Det är också av betydelse att undersöka vilka graviditetssymtom som stör sömnen för att kunna erbjuda riktat stöd för att minska de risker och komplikationer som sömnproblem kan orsaka kvinnan och fostret.

Syftet var att kartlägga sömnproblem och sömnkvalitet bland gravida i relation till de tre trimesterna, samt undersöka samband mellan sömnproblem och självskattad hälsa.

Metod

Design

Studien är en tvärsnittsstudie och för att nå ut till ett stort antal gravida kvinnor från hela landet under kort tid valdes en webb-enkät.

Urval

Inklusionskriterier för att delta i undersökningen var att de gravida kvinnorna skulle vara 18 år eller äldre, ha god läs- och skrivförståelse för det svenska språket samt ha tillgång till dator/surfplatta/smarttelefon och internet för att kunna svara på den webbaserade enkäten. Respondenterna delades in i tre olika grupper, de som var gravida i första trimestern, andra trimestern och tredje trimestern. Grupperna betraktades som oberoende av varandra.

Datainsamling

I studien användes ett bekvämlighetsurval. Förfrågan om deltagande tillsammans med informationsbrev och länk till webb-enkäten skickades ut till olika grupper på Facebook med inriktning på barn och graviditet samt delades även på författarnas egna Facebookprofiler. För att resultatet skulle kunna beskrivas sattes målet att få minst 100 besvarade enkäter. Tiden för enkäten att vara tillgänglig sattes till en månad. Datainsamlingen genomfördes mellan 2021-08-16 och 2021-09-16 under pågående Covid-19 pandemi.

Enkäten utformades i Survey & Report som är ett webbaserat enkätverktyg. Den webbaserade enkäten inleddes med ett informationsbrev som beskrev syftet med studien, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avsluta sitt deltagande

utan att ange något skäl. Kontaktuppgifter till författarna fanns tillgängligt om det skulle uppstå frågor. Rådata från Survey & Report exporterades till en Statistical Package for Social Science-fil (SPSS-fil), version 27. Webbenkäten var anonym och svaren kunde ej spåras till en specifik individ. Endast författarna till studien och handledare hade tillgång till datamaterialet. Ett rådgivande yttrande erhöles från etiska kommittén Sydost innan studien påbörjades, DNR 732-2021. I ansökan ingick en etisk egengranskning som fastställer om projektet bör prövas av Etikprövningsnämnden vilket inte krävdes.

Frågeformulär

Frågeformuläret som skickades ut bestod av tre olika validerade instrument. De tre instrumenten var; Pregnancy Symptoms Inventory (PSI) (Foxcroft, Callaway, Byrne och Webster, 2013), modifierad av Mindell, Cook och Nikolovski (2015), Insomnia Severity Index (ISI) (Bastien, Vallières och Morin, 2001), svensk version (Jernelöv, 2017) och Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman och Kupfer, 1989), svensk version (Jansson, 2006). En fråga om självskattad hälsa fanns med i frågeformuläret (Ware & Gandek, 1998). Förutom de validerade instrumenten och frågan om självskattad hälsa ställdes även fyra bakgrundsfrågor; ”Ange din ålder”, ”Vilken graviditets-trimester är du i just nu?”, ”Har du barn sedan tidigare?”, ”Har du upplevt sömnproblem innan graviditeten?”. Sammanlagt bestod frågeformuläret av 45 frågor och beräknades ta ca 5–6 minuter att besvara. Frågeformuläret testades av fem gravida kvinnor, dessa svar ingick ej i resultatet. Inga förändringar gjordes av frågeformuläret efter att det testats.

Pregnancy Symptoms Inventory

Den modifierande versionen PSI kartlägger olika graviditets-symtom som stör de gravidas sömn och innehåller 16 frågor. Svaren

i den modifierade versionen av PSI är utformad som en Likertskala med fyra svarsalternativ. Respondenterna får skatta olika graviditetssymtom och hur de påverkar deras sömn. Svarsalternativen är ”aldrig”, ”sällan”, ”ibland” och ”ofta” Likertskalan dikotomiserades till två grupper där ”aldrig” och ”sällan” transformerades till ”inga besvär” och ”ibland” och ”ofta” transformerades till ”besvär” (Mindell et al., 2015).

Insomnia Severity Index

ISI är ett validerat instrument som mäter sömnproblem och dess inverkan på det dagliga livet. Den innehåller sju frågor och har god reliabilitet, Cronbach Alfa, 0,74 (Bastien et al., 2001). I instrumentet får respondenterna skatta svårighetsgraden av eventuella sömnproblem och dess påverkan på det dagliga måendet och funktionsförmågan de senaste två veckorna. Svarsalternativen är utformad som en Likertskala och har fem svarsalternativ där första alternativet ges noll poäng, andra ett poäng, tredje två poäng, fjärde tre poäng och femte fyra poäng. Den totala poängen fås genom att samtliga frågors poäng adderas. Totalt kan ISI ge 28 poäng. Instrumentet har fyra grupperingar med olika poäng; 0–7 poäng inga kliniska sömnsvårigheter, 8–14 poäng uppfyller knappt kriterierna för insomni, 15–21 poäng medel klinisk insomni, 16–28 poäng svår klinisk insomni. En cut-off har gjorts i kategorin 8–14 poäng där över 10 poäng klassificeras som mild insomni (Jernelöv, 2017).

Pittsburgh Sleep Quality Index

PSQI undersöker hur sömnkvaliteten varit under den senaste månaden. Den innehåller 18 frågor och har en hög reliabilitet. Cronbach Alfa, 0,83 (Buysse et al., 1989) 0,74 (Zhou et al., 2020) och 0,85 (Reza et al., 2010). Svaren räknas ut via en formel med sju komponenter (Jansson, 2006). Den totala summan för instrumentet är mellan 0–21 poäng. Fem poäng och under fem poäng indikerar bra sömnkvalitet, och över fem indikerar dålig sömnkvalitet. Svares-

alternativen är utformade som Likertskalor förutom sänggående, uppstigning och sovtider som anges med klockslag (Jansson, 2006).

Självskattad hälsa

Frågan om självskattad hälsa ingår i SF-36 som är en hälsoenkät (Sullivan, Karlsson & Ware, 1995). Denna fråga kan användas separat och mäter självskattad hälsa. Frågan används ofta i hälsoforskning och anses som giltig och pålitlig. (Subramanian, Huijts & Avendano, 2002). Svarsalternativet är utformat som en Likertskala där respondenterna får skatta sin hälsa mellan ”utmärkt”, ”mycket god”, ”god”, ”någorlunda” och ”dålig”. Likertskalan dikotomiserades till två grupper, ”utmärkt”, ”mycket god” och ”god” transformerades till god självskattad hälsa, ”någorlunda” och ”dålig” transformerades till dålig självskattad hälsa enligt Bjälkefur, Nasic, Bertholds, Jood & Rejnö (2020).

Analys

Deskriptiv statistik användes för att summera frekvenser, procentuell fördelning, medelvärden och standardavvikelser. Student T-test användes för kontinuerlig data när två grupper jämfördes och ANOVA när fler grupper jämfördes. Chi-två-test användes för kategoriska variabler. Samtliga analyser gjordes i SPSS. Signifikansnivån i alla analyser var $p < 0.05$ (Eliasson, 2018). De frågor som ej besvarades lades in som ”missing” i SPSS. För att kunna räkna ut total poäng i instrumenten ISI och PSQI gavs obesvarade svar noll poäng vilket motsvarar de lägsta alternativet på Likert-skalorna i instrumenten.

Den interna konsistensen för ISI och PSQI i föreliggande studie var god, Cronbach Alfa var för ISI 0,86 och PSQI 0.75.

Resultat

Bakgrundsfakta

Totalt svarade 836 gravida på enkäten varav 12,6 % som befann sig i första trimestern, 26,3 % i andra trimestern och 61,1% i tredje trimestern. Medelåldern var 30 år (18–45 år). Bakgrundsfakta presenteras i tabell 1.

Tabell 1. *Bakgrundsfakta respondenter, (N=836). Jämförelse mellan trimestrar är beräknad med Chi-två-test, $p < 0,05$. Missing data: Ålder, $n = 8$, tidigare sömnproblem, $n = 1$. *antal och procent som svarat ja på frågan.*

	Alla gravida n=836 n (%)	Första trimestern n=105 n (%)	Andra trimestern n=220 n (%)	Tredje trimestern n=511 n (%)	<i>p</i> - värde
Ålder					
18–24	98 (11,8)	19 (18,3)	32 (14,7)	47 (9,3)	0,09
25–30	275 (33,2)	26 (25,0)	73 (33,5)	176 (34,8)	
31–35	340 (41,1)	44 (42,3)	87 (39,9)	209 (41,3)	
36–40	102 (12,3)	15 (14,4)	22 (10,1)	65 (12,8)	
40+	13 (1,6)	0	4 (1,8)	9 (1,8)	
Barn sedan tidigare*	370 (44,3)	57 (54,3)	95 (43,2)	218 (42,7)	0,09
Tidigare sömnproblem*	347 (41,6)	47 (44,8)	89 (40,6)	211 (41,3)	0,77

Graviditetssymtom som stör sömnen

Symtom som påverkade och störde de gravidas nattsömn presenteras i tabell 2. Av de som besvärades av illamående som störde sömnen var majoriteten i första trimestern (62,9 %). Påverkan av sura uppstötningar, reflux, ryggont och obekväma ställningar ökade med varje trimester. I tredje trimestern hade 65 % besvär av sura uppstötningar och reflux, 71,7 % hade ryggont och 84,3 % hade svårt att sova på grund av obekväma sovställningar. Livliga drömmar och oro för barnet upplevdes störst i första trimestern, livliga drömmar (71,2 %), oro för barnet (51 %). I alla tre trimestrar var det över 80 % som fick störd nattsömn på grund av att behöva kissa ofta. Totalt upplevde 29,9 % oro inför förlossningen och det fanns ingen signifikant skillnad mellan trimestrarna ($p=0,22$).

Tabell 2. Graviditetssymtom som ger besvär och stör nattsömn (ibland/ofta) med antal och procent bland alla gravida och i respektive trimester (N=836). Jämförelse mellan trimestrar är beräknad med Chi-två-test, $p < 0,05$.

	Alla gravida n=836 n (%)	Första trimestern n=105 n (%)	Andra trimestern n=220 n (%)	Tredje trimestern n=520 n (%)	p-värde
Illamående	346 (41,4)	66 (62,9)	105 (47,7)	175 (34,2)	<0,001
Hunger	439 (52,6)	66 (62,9)	137 (62,3)	236 (46,3)	<0,001
Sura uppstötningar	444 (53,2)	23 (22,1)	89 (40,5)	332 (65,0)	<0,001
Kramp i benen	287 (34,4)	10 (9,6)	51 (23,2)	226 (44,3)	<0,001
Myrkrypningar	288 (34,5)	28 (26,9)	66 (30,1)	194 (38,0)	0,03
Kissa ofta	731 (87,5)	87 (83,7)	192 (87,3)	452 (88,5)	0,40
Ont i ryggen	548 (65,9)	49 (47,6)	135 (61,4)	364 (71,7)	<0,001
Foglossning	410 (49,2)	20 (19,2)	95 (43,4)	295 (57,7)	<0,001
Klåda	156 (18,7)	18 (17,3)	38 (17,3)	100 (19,6)	0,71
Obekväm ställning	642 (76,9)	60 (57,7)	151 (68,6)	431 (84,3)	<0,001
Fosterrörelser	425 (50,9)	5 (4,8)	78 (35,5)	342 (66,9)	<0,001
Sammandragningar	256 (30,7)	6 (5,8)	40 (18,2)	210 (41,1)	<0,001
Livliga drömmar	445 (53,3)	74 (71,2)	128 (58,2)	243 (47,6)	<0,001
Oro för barnet	308 (36,9)	53 (51,0)	102 (46,4)	153 (29,9)	<0,001
Oro över graviditet	300 (35,9)	53 (51,0)	97 (44,1)	150 (29,4)	<0,001
Oro förlossningen	241 (28,9)	35 (32,7)	54 (24,5)	152 (29,9)	0,22

Missing data: Sura uppstötningar n=1, kramp i benen n=1, myrkrypningar n=2, kissa ofta n=1, ont i ryggen n=5, foglossning n=2, klåda n=1, obekväm ställning n=1, fosterrörelser n=1, sammandragningar n=1, livliga drömmar n=1, oro för barnet n=1, oro över graviditet n=1, oro förlossningen n=1.

Insomni under graviditet

Medelvärde på ISI för alla gravida var 13,5 (SD 5,9) vilket motsvarar klinisk insomni det vill säga >11. Medelvärde i första trimestern 13,7 (SD 5,9), andra trimestern 12,8 (SD 5,4) och tredje trimestern 13,7 (SD 6,1). Inga signifikanta skillnader fanns mellan de olika trimestrarna ($p=0,21$).

En majoritet (69,5 %) av alla gravida skattade att de hade klinisk insomni, dvs mild, medel eller svår klinisk insomni. I första trimestern var det 70,4 %, andra trimestern 69,5 % och tredje trimestern 69,4 %. Inga signifikanta skillnader fanns mellan de olika trimestrarna ($p=0,09$). V.g se tabell 3.

Tabell 3. *Grad av insomni bland alla gravida och i respektive trimester (N=836).*

	Alla gravida n (%)	Första trimestern n (%)	Andra trimestern n (%)	Tredje trimestern n (%)
Ingen klinisk insomni	143 (17,1)	16 (15,2)	39 (17,7)	88 (17,2)
Knappt klinisk insomni	112 (13,4)	15 (14,3)	28 (12,7)	69 (13,5)
Mild klinisk insomni	214 (25,6)	27 (25,7)	61 (27,7)	126 (24,7)
Medel klinisk insomni	291 (34,8)	35 (33,3)	85 (38,6)	171 (33,5)
Svår klinisk insomni	76 (9,1)	12 (11,4)	7 (3,2)	57 (11,2)
Total	836 (100)	105 (100)	230 (100)	511 (100)

Gravidas sömnkvalitet

Medelvärde för alla gravidas sömnkvalitet var 9,3 (SD 3,9). I första trimestern 9,1 (SD 3,6), i andra trimestern 8,8 (SD 3,7), och i tredje trimestern 9,6 (SD 4). Medelvärde skiljde sig mellan trimestrarna ($p=0,03$). Totalt skattade 84,2 % av alla gravida över fem poäng vilket indikerar dålig sömnkvalitet. Inga signifikanta skillnader mellan trimestrarna framkom ($p=0,33$). V.g se tabell 4.

Tabell 4. *Gruppindelning i god och dålig sömnkvalitet enligt PSQI, bland alla gravida och i respektive trimester (N=836).*

	Alla gravida n (%)	Första trimestern n (%)	Andra trimestern n (%)	Tredje trimestern n (%)
God sömnkvalitet	132 (15,8)	19 (18,1)	40 (18,2)	72 (14,3)
Dålig sömnkvalitet	704 (84,2)	86 (81,9)	180 (81,8)	438 (85,7)
Total	836 (100)	105 (100)	220 (100)	511 (100)

Självskattad hälsa

Majoriteten av de gravida skattade sin hälsa som god (79,5 %). Inga signifikanta skillnader fanns mellan de olika trimestrarna ($p=0,07$). V.g se tabell 5.

Tabell 5. *Gravidas självskattade hälsa (N=836).*

	Alla gravida n (%)	Första trimestern n (%)	Andra trimestern n (%)	Tredje trimestern n (%)
God självskattad hälsa	665 (79,5)	76 (72,4)	171 (77,7)	418 (81,8)
Dålig självskattad hälsa	171 (20,5)	29 (27,6)	49 (22,3)	93 (18,2)
Total	836 (100)	105 (100)	220 (100)	511 (100)

Samband mellan självskattad hälsa och sömnproblem

Av de gravida med god självskattad hälsa hade 65,3 % klinisk insomni. Av de gravida med dålig självskattad hälsa hade 86 % klinisk insomni ($p < 0,001$).

Av de gravida med god självskattad hälsa hade 81,4 % dålig sömnkvalitet. Av de gravida med dålig självskattad hälsa hade 95,3 % dålig sömnkvalitet ($p < 0,001$).

Diskussion

I studien användes ett bekvämlighetsurval. Detta kan vara en svaghet då respondenter som svarar på frågor i ett specifikt sammanhang vid en specifik tidpunkt inte alltid är representativa för populationen (Kristensson, 2014). En styrka är det stora antalet svarande vilket gör att resultatet kan generaliseras enligt Polit & Beck (2021). En svaghet i föreliggande studie är att det inte frågas generellt om bakomliggande sjuklighet, då det kan vara kopplat till sömnproblem och därmed påverka utfallet. Det interna bortfallet var lågt ISI ($n=2$) och PSQI ($n=23$). Obesvarade frågor gavs 0 poäng men mer korrekt hade varit att ge medelvärde eller utesluta dem.

De analyser som gjorts för att undersöka skillnader visar inte var skillnaderna fanns mellan de olika trimestrarna. Det hade varit en styrka att gå vidare med Post-hoc analyser.

Ett resultat som framkom var att besvär av vissa graviditetssymtom ökade under graviditeten medan andra minskade. Störd sömn på grund av oro för barnet, oro för graviditeten och oro för förlossningen rapporterades i högre grad i första trimestern för att sedan förekomma i lägre grad hos de gravida i trimester två och tre. Resultatet skiljer sig från tidigare forskning där störd sömn på grund av oro för barnet och oro för förlossningen förekom i högre grad i

sen graviditet (Mindell et al., 2015). Mindell et al (2015) rekryterade respondenter på en av världens största internetsida riktad till gravida och blivande föräldrar, Babycenter. De gravida som svarade på studien kan ha varit från olika delar av världen. Det finns alltid svårigheter att jämföra studier där populationer och samhällssystem skiljer sig åt. Även sjukvårdssystemen skiljer sig från land till land och skillnaden i resultatet kan bero på detta. I Sverige träffar den gravida en barnmorska från tidig graviditet och får möjlighet att prata om sin oro och förbereda sig inför förlossningen under en lång tid. Den gravida träffar vanligtvis en och samma barnmorska under hela graviditeten vilket skapar förutsättningar för en relationsbaserad vård. Barnmorskan på mödrahälsovården skall vara ett stöd för den gravida där de kan dela tankar och känslor inför graviditeten. Stödet kan hjälpa oroliga gravida att acceptera sin graviditet, börjar identifiera barnet som en egen individ samt dela sina känslor och eventuella oro inför förlossningen (Hildingsson, 2016).

I denna studie framkom att vissa graviditetssymtom som störde sömnen ökade, symtom som sura uppstötningar, kramp i benen, fosterrörelser och sammandragningar. Liknande resultat har framkommit i en tidigare studie (Mindell et al., 2015). Det finns fysiologiska förklaringar och var därför förväntat. Samma gäller störd sömn på grund av illamående som minskade. Att behöva kissa ofta besvärades de flesta gravida av i alla tre trimestrar, liknande resultat har setts i en tidigare studie (Mindell et al., 2015).

Resultatet i denna studie visade att sömnproblem och dålig sömnkvalitet är vanligt under graviditet. Sömnproblem är rapporterade i alla tre trimestrar och ingen signifikant skillnad finns. Resultatet visar att sömnproblem uppstår tidigt i graviditet och kvarstår hela graviditeten vilket framkommit i andra studier (Chang et al., 2010). Intressant är att en majoritet av de gravida uppgav en god självskattad hälsa även om de rapporterade dålig sömnkvalitet och

sömnproblem. Liknande positiva resultat har framkommit i en tidigare studie som visade att även om gravidas sömn påverkades negativt var detta inget som oroade (Ertmann et al., 2020). Det vore intressant att gå vidare och jämföra gravida med icke-gravida kvinnor för att kunna undersöka om graviditeten påverkar den självskattade hälsan eller om resultatet är liknande för alla kvinnor oavsett graviditet.

I den generella befolkningen är en dålig självskattad hälsa kopplad till sjuklighet (DeSalvo et al., 2006). I denna studie framkom det att det fanns en mindre grupp av gravida med en dålig självskattad hälsa som hade dålig sömnkvalitet och sömnproblem. Det går inte utifrån resultatet i denna studie att konstatera om det är sömnproblemen som gör att hälsan skattas dålig eller om det är hälsan som orsakar sömnproblem bland dessa gravida. Sömnproblem under graviditet ger en ökad risk för depression och ångest (Kalmbach et al., 2019). Det finns även en association mellan sömnproblem och dålig livskvalitet (Effati-Daryani et al., 2016; Rezaei et al., 2013; Tsai et al., 2016). Barnmorskan har en viktig hälsofrämjande roll under graviditet. I det nationella psykologiska basprogrammet ingår att diskutera sömnstörningar med de gravida (Hildingsson, 2016).

Konklusion

Majoriteten av de gravida i studien hade klinisk insomni och dålig sömnkvalitet. De flesta skattade sin hälsa som god. I gruppen gravida med dålig självskattad hälsa var det en ökad förekomst av sömnproblem och dålig sömnkvalitet jämfört med den grupp gravida som har skattat sin hälsa som god. Vårt resultat visar att sömnproblem är vanligt. Genom att barnmorskan diskuterar sömnvanor med de gravida och uppmärksammar sömnproblem finns det möjlighet för barnmorskan att stödja den gravida för att motverka de risker dålig sömn kan orsaka.

Vidare forskning kring sömnproblem hos gravida behövs då det i föreliggande studie inte framkommer om de gravida har sjukdomar sedan tidigare som skulle kunna påverka sömnproblem och sömnkvalitet.

Kontakt: Emmelie Ek, ee22gt@student.lnu.se

Referenser

American Academy of Sleep Medicine. (2001). *International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual (2:a uppl.)*. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.

Bastien, CH., Vallières, A., Morin, CM. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2001;2(4), 297–307.

Bjälkefur, K., Nasic, S., Bertholds, E., Jood, K., & Rejnö, Å. (2020). Self-rated health over the first five years after stroke. *BMC Neurology*, 20:389, 1–10.

Buysse, D.J., Reynolds III, C.F., Monk, H.T., Berman, R.S., & Kupfer, J.D. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. *Psychiatry Research*, 28:2, 193–213.

Chang, J., Pien, G., Duntley, S., & Macones, A. (2010). Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: Is there a relationship? *Sleep Medicine Reviews*, 14:2, 107–114.

Desalvo, B.K., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-rated Health Question - A Meta-Analysis. *Journal of general internal medicine*, 21:3, 267–275.

Effati-Daryani, F., Mirghafourvand, M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Shiri-Sarand, F., & Zarei, S. (2016). Sleep quality and its relationship with quality of life in Iranian pregnant women. *International journal of nursing practice*, 23:12518, 1–7.

Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.

Ertmann, R., Nicolaisdottir, D., Kragstrup, J., Siersma, V., & Lutterodt, M. (2020). Sleep complaints in early pregnancy. A cross-sectional study among women attending prenatal care in general practice. *BMC Pregnancy and childbirth*, 20:123, 1–9.

Facco, L., Kramer, J., Ho, K., Zee, P., & Grobman, W. (2010). Sleep Disturbances in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 115:1, 77-83.

Hildingsson, I. (2016). Hälsovård under graviditeten. I Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A-K. (Red.). *Reproduktiv hälsobarnmorskans kompetensområde* (1:3 uppl.). (s. 273–284). Lund: Studentlitteratur.

Jansson, M. (2006) *PSQI*. Hämtad 2021-04-02.

[https://www.norrboten.se/publika/lg/utv/Folkh%C3%A4lsocentrum/Skolsk%C3%B6terskeportalen/Pittsburgh%20Sleep%20Quality%20Inventory%20\(PSQI\).pdf](https://www.norrboten.se/publika/lg/utv/Folkh%C3%A4lsocentrum/Skolsk%C3%B6terskeportalen/Pittsburgh%20Sleep%20Quality%20Inventory%20(PSQI).pdf)

Jernelöv, S. (2017). *ISI- Insomnia Severity Index*.

Hämtad 2021-04-02. https://somna.se/wp-content/uploads/2018/08/ISI_svensk_version_2017.pdf?fbclid=IwAR3uXDOyLleHzdjH_LrLnuCxxvbHqoSoQIDMQ6pUj_fa4sUr7vvGJ357R5Y

Kalmbach, D. A., Cheng, P., Ong, J. C., Ciesla, J. A., Kingsberg, S. A., Sangha, R., Swanson, L. M., O'Brien, L. M., Roth, T., & Drake, C. L. (2020). Depression and suicidal ideation in pregnancy:

exploring relationships with insomnia, short sleep, and nocturnal rumination. *Sleep Medicine*, 65, 62–73.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso-och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur och kultur.

Mindell, J.A., Cook, R.A., & Nikolovski, J. (2015). Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Medicine*, 16, 483–488.

Ohayon, M., Wickwire, E.M., Hirshkowitz, M., Albert, S.M., Avidan, A., Daly, F.J., Dauvilliers, Y., Ferrie, R., Fung, C., Gozal, D., Hazen, N., Krystal, A., Lichstein, K., Mallampalli, M., Plazzi, G., Rawding, R., Scgeer, F.A., Somers, V., & Vitiello, M. (2017). National Sleep Foundation's sleep quality recommendations: first report. *Sleep health. Journal of the national sleep foundation*, 3, 6–19.

Polit, D., & Beck, C. (2021). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice (11 uppl.)*. Philadelphia: Wolter Klower Health.

Reshadat, S., Zakie, A., Karami, J., & Ahmadi, E. (2018). A Study of the Psychological and Family Factors Associated with Sleep Quality among Pregnant Women. *Sleep and hypnosis*, 20:1, 17–24.

Rezaei, E., Behboodi Moghadam, Z. B., & Saraylu, K. (2013). Quality of life in pregnant women with sleep disorder. *Journal of family & reproductive health*, 7:2, 87–93.

Sarberg, M., Bladh, M., Svanborg, E., & Josefsson, A. (2016). Postpartum depressive symptoms and its association to daytime sleepiness and restless legs during pregnancy. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 1–8.

Subramanian, S.V., Huijts, T., & Avendano, M. (2010). Self-reported health assessments in the 2002 World Health Survey: how do they correlate with education? *Bull World Health Organ*, 88:2, 131-138.

Sullivan, M., Karlsson, J., & Ware, Jr JE. (1995). The Swedish SF-36 health survey. Evaluation of data Quality, scaling assumptions, reliability and construction validity across general populations in Sweden. *Social Science & Medicine*, 41:10, 1349–1358.

Tsai, S.-Y., Lee, P.-L., Lin, J.-W., & Lee, C.-N. (2016). Cross-sectional and longitudinal associations between sleep and health-related quality of life in pregnant women: A prospective observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 45–53.

Ware, E.J. Jr., & Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51:11, 903–912.

Warland, J., Dorrian, J., Morrison, J.L., & O'Brien L.M. (2018). Maternal sleep during pregnancy and poor fetal outcomes: A scoping review of the literature with meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 41, 197–219.

Zhong, C., Chen, R., Zhou, X., Xu, S., Li, Q., Cui, W., Wang, W., Li, X., Wu, J., Liu, C., Xiao, M., Sun, G., Yang, X., Hao, L., & Yang, N. (2018). Poor sleep during early pregnancy increases subsequent risk of gestational diabetes mellitus. *Sleep Medicine*, 46, 20–25.

Zhou, H., Li, W., & Ren, Y. (2020). Poor sleep quality of third trimester exacerbates the risk of experiencing postnatal depression. *Psychology, health & medicine*, 25:2, 229–238