

# STUÐLAÐ AÐ GÓÐUM NÆTURSVEFNI Á HJÚKRUNARHEIMILUM

Jórunn María Ólafsdóttir

**SVEFN ER** nauðsynlegur fyrir góða heilsu og stuðlar að bættum lífsgæðum óháð aldri, en aldurstengdar breytingar á svefni eru vel þekktar. Aldraðir þurfa jafn mikinn svefn og þeir sem yngri eru, en svefnmynstur þeirra breytist oftast nær. Þeir eru að jafnaði lengur að sofna, vakna oftar yfir nóttina, sofa styttra í einu og ná styttri djúpsvefni en þeir sem yngri eru. Margs konar svefnvandamál eru algeng hjá íbúum hjúkrunarheimila landsins, úr þeim er reynt að leysa með misjöfnum hætti og misjöfnum árangri. Brýnt er að fagfólk þekki hvaða ráð og íhlutanir hafa reynst best til að stuðla að góðum nætursvefni meðal íbúa hjúkrunarheimila. Í þessari grein verður rýnt í niðurstöður rannsókna síðustu ára á þessu sviði.

## Almennt um svefn aldraðra og undirliggjandi áhrifaþætti

Meðalsvefnþörf fullorðinna einstaklinga er 6-10 klukkustundir. Svefnþörfin minnkar ekki með aldrinum en aldurstengdar breytingar á svefnmynstri eru þekktar, þar sem aldraðir eru oft lengur að sofna, ná styttri eða engum djúpsvefni, vakna oftar og eru lengur að sofna aftur en þeir sem yngri eru. Svefn er bráðnauðsynleg hvíld fyrir líkamlega og andlega heilsu. Svefni skiptist í fimm svefnstig, fyrstu tvö svefnstigin eru léttasti svefninn þegar minnst áreiti þarf til að vakna upp, en í djúpsvefni á stigi þriðju og fjögur fer fram endurnýjun og viðhald á líkamanum. Draumsvefn (REM-svefn) fylgir á eftir léttasta svefninum en hann er mikilvægur fyrir minni og einbeitingu. Yfir nóttina förum við að jafnaði í gegnum öll svefnstigin á hverjum 90-120 mínútum, en aldraðir ná oft aðeins fyrsta og öðru stigi svefns og hvílast því ekki eins vel yfir nóttina (Tabloski, 2014).

Hrumir aldraðir íbúar hjúkrunarheimila eru líklegir til að eiga við svefnvandamál að stríða en hvernig við vinnum með þau skiptir höfuðmáli. Langvinnir sjúkdómar hafa mikil áhrif á gæði og lengd svefns hjá öllum aldursþópum en þeir eru jafnan algengari meðal aldraðra íbúa

á hjúkrunarheimilum. Sjúkdómar á borð við kvíða, þunglyndi, fótaóeirð og kæfisvefn hafa bein og óbein áhrif á gæði svefns (Bourgeois o.fl., 2013). Fjölmargir lyfjaflokkar hafa neikvæð áhrif á gæði svefns, s.s. beta-hemlar, berkjuvíkkandi lyf, sterar, þvagræsilyf, hjartalyf, meltingafæralyf, þunglyndislyf og ýmis fleiri. Einnig hafa reykingar og neysla koffíns neikvæð áhrif á gæði svefns (Bloom o.fl., 2009).

Svefnvandamál koma sterkar fram og eru algengari hjá öldruðum íbúum hjúkrunarheimila en meðal aldraðra sem búa utan hjúkrunarheimila. Margir innri og ytri þættir koma þar til. Aldraðir verja að jafnaði meiri tíma í rúminu, njóta minni dagsbirtu, skortir virkni yfir daginn, fá færri vísbendingar í umhverfi og samskipti sem styðja venjubundið svefn- og vökumynstur og búa við meiri hrumleika (Valenza o.fl., 2013).

## Mat á svefnmynstri og gæðum svefns

Nákvæmt mat fagfólks og greining á svefnvandamálum og hugsanlegum orsökum þeirra er mjög mikilvægt til að stuðla að sem bestum lífsgæðum hins aldraða. Viðeigandi, raunhæf og einstaklingsmiðuð meðferðaráætlun þarf að fylgja í kjölfarið (Valenza o.fl., 2013).

Þegar svefn og gæði hans eru metin í rannsóknartilgangi sem og við greiningu hjá einstaklingum er horft á skynjun einstaklingsins á gæðum svefnsins. Svefnmynstur er núorðið ofast metið með hreyfiskynjara sem líkist armbandsúri á handlegg einstaklingsins. Kosturinn er hve lítið inngrip þetta er og auðveldara að fylgja vel eftir hugsanlegum breytingum á svefnmynstri við veitta meðferð eða yfir skilgreint tímabil. Svefnskrá er notuð til stuðnings og er annaðhvort í höndum einstaklingsins sjálfs eða umönnunaraðila að fylla hana út. Ítarlegri svefnrannsókn með heilariti og flóknari mælingum er minna notuð þar sem um töluvert stærra og tæknilega flóknara inngrip er að ræða (Zhou o.fl., 2012).

Meðferðaráætlun við ónógum nætursvefni þarf að taka mið af skynjun hins aldraða á svefni sínum og

móttækileika hans við hugsanlegum úrræðum. Spurningar á borð við: „Í hverju felst góður nætursvefn að þínu mati?“ „Hvaða ráð reynast þér best til að tryggja góðan nætursvefn?“ og „Hversu endurnærð/ur vaknar þú á morgnana?“ gefa dýrmætar upplýsingar um mat hins aldraða á eigin svefni ef möguleiki er að ræða það við hann (Herrmann og Flick, 2011). Mikilvægt er að fagfólk spyrji sérstaklega út í svefn við flutning á hjúkrunarheimilið því svefnvandi er sjaldnast nefndur að fyrra bragði (Bloom o.fl., 2009). Það má búast við að svefnmynstur raskist við flutningana og því mikilvægt að vita stöðu mála heima fyrir til að greina milli eldri og nýrri svefnvandamála.

## Góðar svefnvenjur og ýmis úrræði

Þegar aldraðir íbúar hjúkrunarheimila voru spurðir um mikilvægustu ráð að eigin mati til að stuðla að góðum nætursvefni snerust svörin fyrst og fremst um þrjá þætti: innri ró, virkni yfir daginn og umhverfisþætti. Að róa hugann á kvöldin með eða án aðstoðar opnar ýmsa möguleika fyrir starfsfólk til að stuðla að bættum nætursvefni, en mikilvægt er að gera það á einstaklingsgrunni. Virkni yfir daginn, sérstaklega ef útivera fylgir, bætir gæði svefns að mati aldraðra íbúa hjúkrunarheimila. Að virknin hafi merkingu líkt og vinnan hafði áður hjálpar til við góðan nætursvefn að þeirra mati. Tækifærin til þess þurfa að vera næg og þar kemur að hlutverki starfsfólks að sýna útsjónarsemi til að leyfa einstaklingnum að njóta sín þrátt fyrir þær takmarkanir sem heilsan setur. Einnig kom fram að öldruðum íbúum hjúkrunarheimila finnst þeir jafnan ekki hafa næg áhrif á sitthvað í kringum sig á borð við hitastig herbergis og birtustig nema með samtali við stafsfolk (Herrmann og Flick, 2011).

Þessi atriði ríma við almennar ráðleggingar um æskilegar svefnvenjur og verða hér heimfærðar á íbúa hjúkrunarheimila. Fyrst ber að nefna mikilvægi þess að viðhalda reglubundnum takti yfir daginn með svipuðum fótaferðartíma og háttatíma dag frá degi. Síðan þarf að leitast við að lágmarka svefn yfir daginn og forðast koffín og nikótín eins og unnt er, viðhalda virkni yfir daginn og stunda hreyfingu við hæfi. Einnig þarf að gera nauðsynlegar umhverfisbreytingar, að deginum er gott að hafa umhverfið hjart og njóta útiveru þegar það er mögulegt (Neikrug og Ancol-Israel, 2010). Þetta eru hvorki tæknilega né fræðilega flókin atriði, kostnaðarsöm né erfið í framkvæmd og hægt að laga að starfi hvaða hjúkrunarheimilis sem er til að stuðla að bættum nætursvefni íbúanna.

## Notkun lyfja til að bæta gæði svefns

Klínískar leiðbeiningar Embættis landlæknis mæla gegn notkun benzódíazepín-skyldra lyfja hjá öldruðum og landlæknir leggur áherslu á að nota eins litla skammta og komist verður af með og í eins stuttan tíma og mögulegt er (Einarsdóttir o.fl., 2008). Þau eru hins vegar jafnan gefin til að hjálpa fólki að vera fljótara að sofna og ná lengri heildarsvefntíma. Þau hafa neikvæð áhrif á svefn

til lengri tíma lítið þar sem þau m.a. draga úr djúpsvefni. Þegar þau hafa verið tekin í u.þ.b. fjórar vikur finnur fólk fyrir fráhrarfseinkennum ef inntöku er hætt skyndilega, en sefandi áhrif minnka þar sem líkaminn myndar þol fyrir þeim áhrifum lyfsins (Bourgeois o.fl., 2013).

Aldraðir á hjúkrunarheimilum, sem hafa notað benzódíazepínlyf til lengri tíma, eiga erfiðara með að sofna, vakna oftast yfir nóttina og finnst þeir oftast of lítið hvíldir að morgni en þeir sem ekki taka slík lyf. Tíminn, sem tekur að sofna, er ekki styttri, klósettferðir um nætur eru jafnalgengar, og þeir ná ekki lengri svefni að jafnaði. Þeir eru þreyttari að morgni en þeir sem taka ekki slík lyf, líklegri til að vera með verki og vakna á nóttunni vegna verkja ásamt því að taka frekar sterk verkjalyf að staðaldri sem einnig rýra gæði svefnsins. Því fleiri lyf sem aldraðir taka því verri áhrif hefur það á gæði svefns. Algengara er að þeir sem taka benzódíazepínlyf taki fleiri lyf að staðaldri en viðmiðunarhópurinn og það rýrir aftur gæði svefns hjá þeim. Það er mismunandi eftir hjúkrunarheimilum hve margir taka benzódíazepínlyf. Það reynist ekki vera í sama hlutfalli og svefnvandamál íbúanna en það skýrist a.m.k. að hluta til af viðhorfum fagfólks til svefnvandamála íbúanna og úrræðum sem notuð eru (Bourgeois o.fl., 2013).

## Melatonín og meðferð með björtu ljósi

Melatonín er hormón sem framleitt er í heilaköngli og stýrir svefn- og vökustigi líkamans. Melatonínframleiðsla minnkar með hækkandi aldri, sérstaklega hjá einstaklingum með Alzheimer (Zhou o.fl., 2012). Sýnt hefur verið fram á að melatonín í töfluformi hjálpar öldruðum að sofna en hefur ekki marktæk áhrif á svefngæði, heildarsvefntíma eða svefnmynstur (Tabloski, 2014). Hins vegar hefur tekist að sýna fram á betri verkun ef melatonín er notað með ljósameðferð (bright light therapy). Ráðleggingar um styrkleika ljóss og tímalengd eru misvísandi en fjölmargar rannsóknir hafa sýnt jákvæð áhrif en ekki alltaf marktæk tengsl við bætt gæði svefns (Landry og Liu-Ambrose, 2014). Meðferð við svefnvandamálum hjá íbúum með heilabilun með björtu ljósi hefur ekki sannað sig þar sem niðurstöður rannsókna hafa fallið í báðar áttir, hugsanlega er það ólíkt og flókið rannsóknarsnið sem veldur því (Ploeg og O'Connor, 2014).

## Hreyfing og félagsleg virkni

Til að stuðla að bættum nætursvefni hjá íbúum hjúkrunarheimila þarf að huga að mörgum þeim sömu eða svipuðu þáttum og hjá þeim sem yngri eru. Meginmunurinn er að svefnvandamál eru algengari meðal aldraðra. Hreyfing og hvers kyns virkni yfir daginn bætir svefn og almenna líðan. Sífellt sterkari rök eru fyrir því að meiri félagsleg og líkamleg virkni styðji við svefn-vökumynstur einstaklingsins og bæti þannig svefngæði og lífsgæði hans. Hreyfing við hæfi hvers og eins dregur úr líkamlegum óþægindum, kvíða og þunglyndiseinkennum og kemur meira jafnvægi

á líkamsstarfsemina. Ýmsar rannsóknir hafa verið gerðar sem styðja það, hér verður greint frá viðamikilli íhlutunarrannsókn þar sem áhrif gönguferða, styrktaræfinga og félagslegrar virkni á svefn voru rannsökuð meðal 193 íbúa á 10 hjúkrunarheimilum í Bandaríkjunum (Richards o.fl., 2011). Þátttakendur voru mjög misjafnlega staddir hvað sjálfsbjargargetu og vitsmunalega getu varðar, en oft eru það einmitt jaðarhóparnir sem eru skildir eftir í rannsóknum af þessu tagi. Gerðar voru nákvæmar svefnrannsóknir í upphafi og að loknum sjö vikum þar sem gæði svefns og svefnstig voru metin, ásamt heildarlengd svefns og fleiri breytum til að meta gæði svefnsins. Rannsóknin stóð í sjö vikur þar sem bornir voru saman fjórir hópar. Hópur A gerði ákafar styrktaræfingar 3 daga vikunnar með lóðum og þyngdum eftir getu, ásamt því að fara í gönguferð eftir getu tvo daga vikunnar. Hópur B fékk einstaklingsmiðaða félagslega virkni í klukkutíma á dag fimm daga vikunnar. Hópur C fékk hvoru tveggja, líkamlega þjálfun og félagslega virkni, og hópur D var samanburðarhópurinn sem fékk hefðbundna meðferð. Athygli vakti í niðurstöðunum að rétt tæplega helmingur þátttakenda reyndist vera með kæfisvefn en það reyndist mun hærra hlutfall en vitað var um fyrir mælingar. Jákvæðar breytingar komu fram á svefnmynstri og gæðum svefns hjá þátttakendum sem fengu eina gerð íhlutunar (hópar A og B) ásamt því að jákvæðar breytingar urðu á úthaldi og vöðvastyrk þátttakenda sem stunduðu líkamsæfingar. Niðurstöðurnar voru meira afgerandi hjá hóp C sem fékk báðar gerðir íhlutunar, þ.e. hreyfingu og félagslega virkni. Svefninn batnaði því mest hjá hópi C þar sem heildarlengd svefnsins jókst um rúman klukkutíma að jafnaði og marktæk aukning varð á djúpsvefni þátttakenda (Richards o.fl., 2011).

## Blundað yfir miðjan daginn

Að leggja sig yfir miðjan daginn er mjög algengt meðal íbúa hjúkrunarheimila. Ráðlagður blundur skal ekki vera lengri en 30 mínútur á dag, sem næst hádegi (ekki seinna en kl. 14) til að hafa sem minnst áhrif á nætursvefninn. Þannig bætir hann getu og virkni og dregur úr þreytu og magnleysi. Ef sofið er lengur en háltíma á dag leiðir það til röskunar á nætursvefni og hefur neikvæð áhrif á heilsu eldra fólks og dregur úr gæðum nætursvefns og þannig lífsgæðum. Stundum er lengri blundur yfir daginn

afleiðing af ónógum nætursvefni vegna undirliggjandi orsaka, s.s. kæfisvefns, þunglyndis o.s.frv., og þann víta-hring getur reynst erfitt að rjúfa en ekki ómögulegt (Li o.fl., 2014).

Rannsókn á RAI-niðurstöðum 300 íbúa á hjúkrunarheimili í Bandaríkjunum sýndi að yfir 70% sváfu meira en tvo tíma á dag, en það er mun hærra hlutfall en sýnt hefur verið fram á meðal aldraðra sem búa utan hjúkrunarheimila. Sýnt var fram á marktæk tengsl við meiri fjölda sjúkdóma, minnkaða vitræna getu, minni félagslega virkni og minni sjálfsbjargargetu þegar einstaklingarnir sváfu meira á daginn (Li o.fl., 2014).

Félagsleg virkni er jafnan meiri hjá þeim íbúum sem eru hressari og hefur sú virkni, sem er í boði á hjúkrunarheimilum, lengi miðast við þann hóp sem hefur meiri sjálfsbjargargetu. Áherslubreytingar undanfarinna ára hafa þó beinst að þeim sem búa við meiri vitræna skerðingu og skerta sjálfsbjargargetu. Nú fá þeir sífellt stærri hluta af þeirri félagslegu örvun og virkni sem er í boði á hjúkrunarheimilum landsins, en betur má ef duga skal og sífellt má gera betur í þeim efnum.

## Lokaorð

Aldraðir þurfa jafn mikinn svefn og þeir sem yngri eru en búa við töluvert skert gæði svefns, með styttri svefni og minni djúpsvefni. Fjölmargir undirliggjandi þættir, svo sem sjúkdómar og lyf, rýra gæði svefns hjá þessum hóp sem og hreyfingarleysi og of langur blundur yfir daginn. Æskilegt er að gera einstaklingsmiðaða meðferðaráætlun með nákvæmu mati í upphafi sem tekur mið af upplifun hins aldraða og móttækileika fyrir hugsanlegum úrræðum.

Notkun svefnlyfja til lengri tíma hefur neikvæð áhrif á svefn en þar hafa áherslur undanfarinna áratuga gjarnan legið þegar verið er að fást við svefnvandamál á hjúkrunarheimilum. Þegar hlutfall svefnlyfja á fjölmörgum hjúkrunarheimilum var borið saman kom í ljós að það reyndist ekki vera í hlutfalli við skilgreind svefnvandamál íbúanna þannig að viðbrögð fagfólks við svefnvandum skipta höfuðmáli. Mikilvægi hreyfingar og félagslegrar virkni fyrir aldraða íbúa hjúkrunarheimila hefur mikil áhrif á góðan nætursvefn. Það stuðlar að bættum lífsgæðum frá öllum hliðum séð og þar þurfa áherslur fagfólks sem starfar á hjúkrunarheimilum landsins að liggja.

## HEIMILDASKRÁ

- Bloom, H. G., Ahmed, I., Alessi, C. A., Ancoli-Israel, S., Buysse, D. J., Kryger, M. H., Phillips, B. A., Thorpy, M. J., Vitiello, M. V., og Zee, P. C. (2009). Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 761-789.
- Bourgeois, J., Elseviers, M., Bortel, L., Petrovic, M., og Stichele, R. H. V. (2013). Sleep quality of benzodiazepine users in nursing homes: A comparative study with nonusers. *Sleep Medicine*, 14, 61-621.
- Embætti Landlæknis. (2008). Um notkun benzódíazepín-lyfja Leiðbeiningar um ábendingar, ávísun og stöðvun lyfjanotkunar (Klínískar leiðbeiningar) Sótt í október 2016 á: <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2540/3701.pdf>.
- Herrmann, W. J., og Flick, U. (2011). Nursing home residents' self-perceived resources for good sleep. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29, 247-251.
- Li, J., Chang, Y., og Porock, D. (2015). Factors associated with daytime sleep in nursing home residents. *Research on Aging*, 37(1), 103-117.
- Landry, G. J., og Liu-Ambrose, T. (2014). Buying time: A rationale for examining the use of circadian rhythm and sleep interventions to delay progression of mild cognitive impairment to Alzheimer's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 6, 1-21.
- Neikrug, A. B., og Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disturbances in nursing homes. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(3), 207-211.
- Ploeg, E. S., og O'Connor, D.W. (2014). Methodological challenges in studies of bright light therapy to treat sleep disorders in nursing home residents with dementia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68, 777-784.
- Richards, K. C., Lambert, C., Beck, C. K., Bliwise, D. L., Evans, W. J., Kalra, G. K., Kleban, M. H., Lorenz, R., Rose, K., Gooneratne, N. S., og Sullivan, D. H. (2011). Strength training, walking, and social activity improve sleep in nursing homes and assisted living residents: Randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 59(2), 21-223.
- Tabloski, P. A. (2014). *Gerontological Nursing*, 3. útg. New Jersey: Prentice Hall.
- Valenza, M. C., Martos, I. C., Martín, L., Garzón, V. M. P., Velarde, C., og Demet, G. V. (2013). Nursing homes: Impact of sleep disturbances on functionality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(3), 432-436.
- Zhou, Q. P., Jung, L., og Richards, K. C. (2012). The management of sleep and circadian disturbance in patients with dementia. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 12, 193-204.