

Autor práce: Natálie Zahradníková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra, prezenční forma

Vedoucí práce: **Mgr. Lubomíra Slámová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 25. 6. 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 18. května 2021

Natálie Zahradníková

Poděkování

Poděkování patří především vedoucí bakalářské práce Mgr. Lubomíře Slámové za cenné rady, podporu a čas, který mi a práci věnovala. Dále děkuji vedení Fakultní nemocnice Bulovka, všem sestřičkám a ostatnímu personálu na odděleních za ochotu a nápomoc při realizaci dotazníkového šetření a také všem anonymním respondentům, kteří dotazník vyplnili. Poděkování patří i knihovně ve Fakultní nemocnici Bulovka za obstarání zdrojů a rešerši. V neposlední řadě patří velké díky celé mojí rodině a přátelům za podporu během celého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 TEORETICKÁ ČÁST	7
1.1 LIDSKÉ POTŘEBY VE ZDRAVÍ A V NEMOCI.....	7
1.1.1 Hierarchie potřeb dle Maslowa.....	8
1.1.2 Význam ošetrovatelství při uspokojování lidských potřeb	9
1.2 SPÁNEK A BDĚNÍ.....	10
1.3 FYZIOLOGIE SPÁNKU	11
1.3.1 Spánkové cykly a fáze.....	12
1.3.2 Spánková stádia	13
1.3.3 Biorytmy.....	14
1.3.4 Melatonin.....	15
1.4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SPÁNEK	16
1.4.1 Faktory ovlivňující spánek obecně.....	16
1.4.2 Faktory ovlivňující spánek v nemoci.....	18
1.5 SPÁNKOVÁ HYGIENA	19
1.5.1 Tipy pro zdravý spánek.....	20
1.6 PORUCHY SPÁNKU	21
1.6.1 Insomnie.....	22
1.6.2 Poruchy dýchání vázané na spánek.....	22
1.6.3 Hypersomnie	23
1.6.4 Poruchy cirkadiálního rytmu	24
1.6.5 Parasomnie.....	24
1.6.6 Abnormální pohyby vázané na spánek	25
1.7 DIAGNOSTIKA A LÉČBA PORUCH SPÁNKU	25
1.7.1 Diagnostika	25
1.7.2 Léčba poruch spánku.....	26
1.8 INTERVENCE SESTRY PŘI USPOKOJOVÁNÍ POTŘEBY SPÁNKU NEMOCNÉHO	27
2 PRAKTICKÁ ČÁST	29
2.1 CÍLE PRÁCE.....	29
2.2 HYPOTÉZY.....	29
2.3 METODA VÝZKUMU	30
2.4 VZOREK RESPONDENTŮ	30
2.5 GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	31
2.6 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	46
2.7 SHRNUTÍ.....	49
3 DISKUSE.....	50
4 ZÁVĚR.....	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
SEZNAM PŘÍLOH.....	57
PŘÍLOHY.....	58
SEZNAM ZKRATEK	70

Úvod

Téma své bakalářské práce Uspokojování potřeby spánku u hospitalizovaných pacientů jsem si vybrala na základě mého zájmu o tuto problematiku. Během praxí v rámci studia a během mého zaměstnání v nemocnici jsem se mnohdy setkala s pacienty, kteří trpěli nespavostí a byli s kvalitou svého spánku během hospitalizace velmi nespokojení. Myslím si, že téma spánku je zajímavé, ale bohužel mu mnohdy není věnována dostatečná pozornost. Jedná se o jednu ze základních lidských potřeb, proto by tato problematika neměla být opomíjená. Ať už se jedná o spánek během hospitalizace či o spánek v životě každého člověka mimo nemocniční zařízení. Nedostatečný spánek či chronická nespavost můžou dokonce zapříčinit vznik různých onemocnění a velmi negativně ovlivnit kvalitu života. Dnešní moderní doba a rychlý životní styl s sebou přináší mnoho změn. Jednou z nich je bohužel i právě mnohem vyšší výskyt poruch spánku, než tomu bylo v minulosti.

Během hospitalizace se člověk najednou ocitá v novém a cizím prostředí. Samotná hospitalizace a vše, co ji doprovází, může mít na spánek velký vliv. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda mají pacienti pro usínání a spánek dostatečné podmínky a které faktory případně jejich spánek negativně ovlivňují.

Metodicky je práce rozdělená na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zprvu zabývá lidskými potřebami a jejich uspokojováním. Dále pak fyziologií a faktory, které mají na spánek vliv ve zdraví i v nemoci, a také spánkovou hygienou a tipy pro zdravý spánek. Další kapitoly jsou věnovány poruchám spánku a jejich léčbě. Závěr teoretické části je věnovaný intervencím sestry při uspokojování potřeby spánku.

Praktická část obsahuje cíle práce, pracovní hypotézy, použitou metodiku a představení respondentů, kteří dotazník vyplnili. Získaná data jsou zpracována pomocí sloupcových grafů. Grafy jsou doplněny o slovní interpretaci získaných výsledků. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí dotazníkového šetření na interním oddělení a ortopedické klinice ve Fakultní nemocnici Bulovka. Cílem bylo získat alespoň 40 respondentů, kterých v závěru bylo 46.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 *Lidské potřeby ve zdraví a v nemoci*

Každý člověk je jedinečná osobnost. Odlišuje se od ostatních svými vlastnostmi, pohledy na nejrůznější věci a situace a také svými potřebami. Jednotlivci naplňují svoje potřeby různými způsoby, které jsou zároveň ovlivněny nejen osobností jedince, ale také prostředím, ve kterém jedinec žije. V životních fázích člověka dochází ke vzniku nových potřeb a jejich vývinu. (Šamánková a kol., 2011, Trachtová a kol., 2001)

Pocit potřeby nastává v momentě, kdy dojde k neuspokojení nějakého nedostatku. Potřeba jako taková se vztahuje ke chtění něčeho konkrétního, co momentálně jedinci chybí a co je podstatné pro zachování kvality života. Existuje několik potřeb, které jsou společné pro všechny. Záleží však na osobnosti a způsobu života každého jedince, jak tuto potřebu uspokojí. Mezi biologické potřeby, které mají všechny lidské bytosti a bez kterých by život nebyl, řadíme například potřebu výživy, tekutin, spánku apod. Lidská potřeba se týká také psychické a sociální oblasti. Člověk má individuální potřebu svého osobního rozvoje nebo například postavení ve společnosti. (Šamánková a kol., 2011, Trachtová a kol., 2001)

Když je člověk zdravý, je většinou samostatný, a své vlastní biologické potřeby si je schopen zajistit sám. Nevyžaduje dopomoc ostatních lidí. Samostatně se například nají, umyje a oblékne. Nemocný člověk se ocitá v situaci, kdy o dovednost uspokojení svých biologických i jiných potřeb částečně nebo úplně přijde. (Šamánková a kol., 2011)

Pokud nedojde k naplnění lidské potřeby, u člověka se brzy objeví obtíže. Po psychické stránce se jedná o úzkosti, poruchy soustředění, neklidnost atd. Dostavit se mohou i tělesné potíže v návaznosti na ty psychické. Člověk může trpět nespavostí a velký stres se může projevit jako problém s vyprazdňováním. Při dlouhodobém neúspěchu při snaze o řešení se může dostavit pocit frustrace, člověk na svůj problém zanevře a nečinně setrvává se svým problémem.

Nejvyšším stupněm, kdy člověk zažívá pocit zmaru a silnou frustraci, je deprese, u které hrozí naprosté selhání. (Šamánková a kol., 2011)

Ve zdravotnictví by mělo být pohlíženo na člověka holisticky jako na celek. Jako na bytost složenou z bio-psycho-sociálních složek, které spolu vzájemně tvoří rovnováhu. Pokud by pak došlo k narušení rovnováhy v případě poruchy jedné složky, došlo by k poruše složky další nebo celku jako takového. To znamená, že psychika může způsobit vážné somatické problémy. Naopak i různě vážná onemocnění mohou způsobit člověku stres. Stejně tak sociální prostředí se odráží na psychice člověka a psychické rozpoložení člověka hraje velkou roli v jeho začlenění se ve společnosti. (Trachtová a kol., 2001)

1.1.1 Hierarchie potřeb dle Maslowa

Abraham Herold Maslow byl velmi významný americký psycholog, který žil v letech 1908 až 1970. Zabýval se teorií lidských potřeb a byl jeden ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii. Na základě teorie potřeb představil v roce 1943 svou hierarchii potřeb, kterou nadále rozpracovával a doplňoval. Potřeby jsou v jeho teorii seřazeny hierarchicky dle naléhavosti pro člověka. Na potřeby tzv. „nižší“ a poté potřeby tzv. „vyšší“ (Šamánková a kol., 2011, Trachtová a kol., 2001)

Mezi nižší potřeby řadíme potřeby fyziologické, které se jedinec snaží uspokojovat za cílem přežití. Jedná se o potřeby výživy, tekutin, spánku atd. Dále mezi nižší potřeby patří také potřeba jistoty a bezpečí. Sem řadíme i ekonomickou stabilitu. Je důležité si uvědomit, že člověk, který onemocní právě pocitem po potřebě jistoty i bezpečí, méně či více trpí. (Trachtová a kol., 2001)

Vyšší potřeby jsou potřeby lásky a sounáležitosti, potřeba uznání a úcty a v poslední řadě potřeba seberealizace. Vyšší potřeby se vyvíjejí společně s jedincem a v průběhu života a jeho fázích získávají či ztrácejí svou prioritu. Pro potřebu seberealizace platí, že musejí být nejprve uspokojeny všechny ostatní potřeby. Jedině člověk, který je spokojený tělesně i duševně, se může dále realizovat. (Trachtová a kol., 2001)

Nižší potřeby jsou dominantnější a nelze je obejít při uspokojování potřeb vyšších. To znamená, že neuspokojená nižší potřeba vždy převládne nad

neuspokojenou vyšší potřebou a člověk bude prioritně uspokojovat potřebu nižší a následně až potřebu vyšší, ne naopak. Například potřeba najíst se převládne nad potřebou úklidu domácnosti. V první řadě se člověk bude chtít najíst a až poté se dá do úklidu. (Šamánková a kol., 2011, Trachtová a kol., 2001)

1.1.2 Význam ošetřovatelství při uspokojování lidských potřeb

V ošetřovatelské praxi je velmi důležité umět si uvědomit a poznat své vlastní potřeby. Poznání sebe samého může napomoci k poznání druhých lidí. V ošetřovatelství pak k rozpoznání a pochopení potřeb nemocného a jejich tolerantnímu řešení. (Šamánková a kol., 2011, s. 10)

Cílem každého, kdo poskytuje ošetřovatelskou péči, by mělo být naplnění všech potřeb nemocného. Nemocný člověk se dostává do situace, kdy přichází o svůj pocit bezpečí a jistoty. Svým způsobem přichází o nezávislost. Tím nejhlavnějším cílem by mělo být mu pomoci, aby se co nejrychleji navrátil k nezávislosti. Radí se sem i uspokojení potřeby spánku, a to tím, že nemocnému vytvoříme přívětivé prostředí pro spánek. (Šamánková a kol., 2011)

Jako vhodný možný způsob pro naplňování lidských potřeb je zde možnost použití ošetřovatelského procesu. V ošetřovatelském procesu dochází k individuálnímu uspokojování a naplnění základních potřeb nemocného zdravotnickým personálem. Díky tomuto procesu má sestra možnost poskytnout komplexní péči nemocnému snadněji. Jelikož ji nabídne systematickou strukturou. V praxi to znamená, že sestra nejprve získá informace o pacientovi a jeho problémech a potřebách, dále získané informace a data zpracuje a naplánuje si, jak dosáhne cíle. Následuje samotné uspokojení potřeby pacienta a v poslední řadě sestra zhodnotí, zda došlo ke splnění cíle nebo bude proces muset upravit a znovu opakovat. (Šamánková a kol., 2011)

Pro nemocného člověka, na rozdíl od zdravého, bývá někdy složité pojmenovat a uspokojit svou potřebu. Překážky nemocného v naplňování potřeb mohou být zapříčiněny například i tím, že se pacient stydí požádat o pomoc nebo nemá dostatečnou důvěru k ošetřovatelskému personálu. Také se může stát, že pacient nebude schopný požádat o pomoc na základě jazykové bariéry nebo

nebude umět popsat svoji potřebu. Je zapotřebí tyto překážky vnímat a při poskytování péče s nimi počítat. (Šamánková a kol., 2011, Zacharová, 2016)

Jak uvedla Zacharová (2016, s. 97), „kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez vzájemné komunikace mezi sestrou a pacientem“. Na správné a aktivní komunikaci často závisí úspěšná léčba a oboustranná spokojenost. Při správné komunikaci s pacientem a jeho rodinou můžeme docílit důvěrného a kladného vztahu mezi oběma stranami. Bez vzájemné komunikace je téměř nemožné uspokojit veškeré pacientovy potřeby. Pokud se bude s pacientem aktivně komunikovat, pacient bude více informovaný, bude se moci lépe spoluúčastnit na léčbě. Zdravotníci budou moci získat cenné informace o jeho případných problémech a potřebách. (Zacharová, 2016, s. 97-104)

Velkou roli hraje komunikační zdatnost obou stran. Rozhovor by měl být srozumitelný a přiměřený stavu pacienta. Pokud bude projev příliš dlouhý a bude obsahovat velké množství informací, pacient nebude moci porozumět tomu, co mu říkáme. Je potřeba pacienta vyslechnout a předejít tak tomu, že se uzavře a přestane spolupracovat. (Šamánková a kol., 2011, Zacharová, 2016)

Žádný člověk není stejný. Na to by se v ošetrovatelské praxi nemělo zapomínat. V žádném případě by neměla být narušena autonomie nemocného. O nemocného musí být pečováno s respektem a mělo by mu být umožněno účastnit se na jeho léčbě. (Šamánková a kol., 2011)

1.2 Spánek a bdění

Spánek se řadí mezi základní lidské potřeby a je to aktivní děj, který se pravidelně opakuje. Ve stavu spánku dochází až na malé výjimky, kterou může být například podrbání se, k fyzické nečinnosti. Během spánku dochází ke zpomalení tepové frekvence, ke snížení tlaku, ochabnutí svalů a zpomalení metabolismu. Sníží se i tělesná teplota. Čas, kdy spíme, slouží pro tělo jako čas pro regeneraci a zotavení se. Spánek tedy působí ochranným mechanismem na organismus a je podstatný pro tělesné i duševní zdraví. Spící člověk částečně

přichází o schopnost komunikovat a vnímat své okolí. (Kelnarová a kol., 2009, Rošková, 2013)

Opakem spánku je bdění. Tento stav nastává po probuzení, které je vyvoláno buďto dostatečně silným podnětem, nebo k němu dojde samovolně. Bdělost se vyznačuje schopností jedince aktivně přijímat informace a reagovat na všechny vjemy z okolí. Při tomto aktivním stavu dochází ke spotřebě energie. Ve stavu bdělosti jsme si vědomi sami sebe. Činnost centrálního nervového systému je aktivní. Vedle aktivního bdění rozlišujeme ještě bdění relaxované, kdy dochází ke zklidnění, což může přejít ve spánek, nebo i v aktivní bdění. (Izdikowski, 2012, Mourek, 2005)

1.3 Fyziologie spánku

Spánek je funkční stav organismu. Oproti bdělosti, pro kterou je charakteristický katabolismus a organismus energii vydává, jsou pro spánek typické procesy anabolické, při kterých dochází k syntéze bílkovin a enzymů. Během spánku dochází k načerpání energie a dochází k regeneraci celého organismu. Spánkem se obnovují klidové membránové potenciály neuronů i svalových buněk. Pro mozkovou činnost je doba spánku nezbytná pro její správnou funkci. Kvalitním spánkem dochází i k posílení imunitního systému. Spánek je pro život nepostradatelný, a když je ho nedostatek, může dojít k vážným zdravotním problémům. Častým projevem nedostatku spánku bývá únava, podrážděnost, porucha soustředění, poruchy trávení atd. Během života člověka se potřeba spánku výrazně mění. Novorozenci mají oproti dospělým, pro které je optimální doba trvání spánku 8-10 hodin, zvýšenou potřebu spánku a prospí až 22 hodin denně. S rostoucím věkem se délka spánku zkracuje a ve stáří činí okolo 6-8 hodin. Spánek během jedné noci se skládá ze 4 až 8 cyklů a tvoří jej dvě spánkové fáze. První se nazývá pomalý spánek neboli non-REM spánek a druhá fáze naopak rychlý spánek neboli REM spánek. Jeden spánkový cyklus, během něhož se tyto dvě fáze vystřídají, trvá průměrně 90-100 minut. Non-REM spánek trvá více minut než REM spánek, který bývá kratší. REM fáze spánku se

prodlužuje v posledních cyklech spánku. Fáze spánku lze zaznamenávat a pozorovat pomocí EEG záznamu (elektroencefalografie). (Mourek, 2005)

Díky EEG, jež bylo představeno vynálezcem Bergerem roku 1929, které zaznamenává elektrickou aktivitu mozku, dnes dobře víme, že spánek není stavem jednolitým a nečinným, nýbrž se jedná o dynamický proces, při kterém mozek dokáže reagovat na vnější podněty a zároveň řídit proces spánku. (Idzikowski, 2012)

1.3.1 Spánkové cykly a fáze

Spánek je sestaven z několika spánkových cyklů. Každý spánkový cyklus je za fyziologického stavu tvořen vždy dvěma fázemi. Fáze a stádia spánku rozlišujeme a zaznamenáváme pomocí EEG záznamu, EKG, elektrookulogramu a galvanické kožní reakce. Při určování spánkové fáze a jednotlivých stádií bývá pozorována i dechová frekvence spícího člověka a napětí šíjového svalstva. Během spánku, který se cyklicky opakuje každou noc, se objevují dvě různé hloubky spánku, které se střídají. Dvě spánkové fáze tvořící spánkový cyklus se nazývají non-REM (NREM) a REM. (Mourek, 2005, Rokyta a kol., 2015)

Pro NREM fázi spánku platí také název pomalý spánek nebo také synchronizovaný spánek. V této fázi spánku jsou vlny na EEG záznamu pomalé. Jedná se o první fázi spánku ve spánkovém cyklu. Přichází se stavem relaxovaného bdění, neboli když člověk usíná. Během této spánkové fáze nedochází k rychlému pohybu očí a člověku se v této fázi nezdají sny. V NREM fázi spánku dochází k celkové regeneraci a obnově klidových membránových potenciálů neuronů a svalů. Zastoupení této fáze v celkovém trvání spánku činí okolo 80 %. (Mourek, 2005)

REM fáze spánku bývá označována také jako rychlý spánek nebo desynchronizovaný spánek. V této fázi se zvyšuje tepová frekvence, zrychluje se dýchání, které bývá nepravidelné. Dochází ke zvýšení krevního tlaku. Následuje jako druhý v pořadí za NREM spánkem cca po 90 minutách. V prvním nočním spánkovém cyklu trvá cca jen 20 minut. Postupně však v dalších cyklech, kterých během jednoho spánku vzniká 4 až 6, dochází k prohlubování této fáze. Postupně se podíl REM fáze spánku zvyšuje, k ránu bývá REM fáze nejdelší. Na záznamu

EEG můžeme sledovat aktivitu některých mozkových struktur. Aktivita těchto struktur bývá někdy paradoxně vyšší než ve stavu, kdy je člověk bdělý. Je velmi snadné probudit se v této fázi, pokud nemá podnět biologický charakter. Naopak, pokud je podnět biologického charakteru, probuzení většinou nenastane.

V této fázi dochází k rychlému pohybu očí a člověku se typicky zdají sny. Zastoupení této fáze v celkovém trvání spánku činí okolo 20 %. (Mourek, 2005, Rokyta a kol., 2015)

REM fáze spánku je velmi důležitá pro regeneraci především psychiky. V této fázi se mohou formou aktivních snů promítat vjemy z předešlého dne a pravděpodobně dochází k ukládání informací ve dne získaných. Pokud je člověk velmi unavený a vyčerpaný, REM fáze se na úkor NREM fáze zkracuje. (Trachtová a kol., 2001)

1.3.2 Spánková stádia

Fáze NREM, označované též jako pomalý spánek, lze rozdělit do čtyř stádií. Stádia v této fázi se postupně prohlubují. Podle záznamu EEG lze tato stádia od sebe rozpoznat, jelikož každé stádium má svoje charakteristiky. (Rokyta a kol., 2015)

První stádium přichází s usínáním a je charakteristické pro stav relaxované bdělosti. Spánek je velmi mělký. Oční bulby se pohybují ze strany na druhou. Dechová frekvence spolu se srdeční aktivitou se zpomaluje. Není těžké se z tohoto stádia rychle probudit do úplné bdělosti. Toto stádium trvá jen několik málo minut a navazuje na druhé stádium. Pro druhé stádium je typický lehký spánek. Pokračuje zpomalování dechu i tepu spolu se všemi procesy v organismu. Oční bulby se přestanou pohybovat. Druhé stádium tvoří 40-45 % celkového spánku. Následuje třetí stádium. Spánek je ve třetím stádiu středně hluboký. Je obtížné spícího člověka v tomto stádiu probudit. I nadále klesá dechová i srdeční frekvence. Dochází k poklesu tělesné teploty a krevního tlaku. Nastává relaxace kosterního svalstva. Při posledním čtvrtém stádiu je spánek nejhlubší. Člověk je v úplné relaxaci a nedochází k žádnému samovolnému pohybu. Člověka jen těžko probudíme ze spánku. V tomto stádiu dochází k celkové tělesné regeneraci.

Frekvence dechu i srdeční aktivita klesá o 20-30 %. (Rošková, 2013, Trachtová a kol., 2001)

NREM spánek je nesmírně důležitý pro zotavení celého těla hlavně po fyzické stránce. Probuzení se z NREM fáze spánku je nefyziologické, jelikož regenerace neproběhne v dostatečném rozsahu, a člověk se bude po probuzení cítit velmi unavený. (Trachtová a kol., 2001)

1.3.3 Biorytmy

Biorytmus každého z nás řídí vlastní cyklické biologické hodiny. Pokud dojde k narušení rytmu, například narušení zvyků se spánkem spjatých, na spánek to bude mít velmi negativní dopad. Svoje vlastní vnitřní biologické hodiny jsou vlastní všemu živému. Mají je lidé, rostliny i zvířata. Biorytmy jsou vnitřního původu a bývají úzce spjaté s okolím. Mezi tyto vnější faktory patří například den a noc, gravitace a elektromagnetické vlnění. Biorytmy rozlišujeme podle časového rozmezí jejich cyklů. Rytmus, spojený s otáčením země a trvající celý jeden den, tedy čtyřicet hodin, se nazývá cirkadiánní rytmus. (Trachtová a kol., 2001)

Cirkadiánní rytmus je vlastní všemu živému, co žije alespoň pár dní. Jedná se o čtyřicetihodinový rytmus, který našemu tělu napomáhá poznat, kdy je čas být vzhůru a kdy naopak čas pro spánek. Cirkadiánní rytmus se netýká jen spánku a bdění, ale také času jídla, bazální tělesné teploty, vylučování hormonů atd. Jedná se o přirozený jev. Během 24 hodin se periodicky vystřídá den s nocí a podle tohoto pravidla si pravděpodobně živé organismy vytvořili své cirkadiánní rytmy. Slunce, které vyjde každé ráno, je skvělým signálem pro tělo, že je čas být aktivní a s nocí přichází každý večer tma, která vysílá signál ke spánku. Dokonce i za deštivých dnů, kdy je obloha zatažená projde skrz dostatek světla, aby byl signál pro náš cirkadiánní rytmus dost silný. (Walker, 2018)

Cirkadiánní rytmus člověka je řízen centrálním oscilátorem. Ten je uložen v suprachiasmatických jádrech hypotalamu přímo nad místem, kde se kříží optické nervy. V sítnici našeho oka se nachází tzv. melanopsin. Jedná se o pigment, který je velmi citlivý na světlo a velmi rychle na něj reaguje. Okamžitě dochází po přijetí světelného signálu ze sítnice k přenosu této informace do

suprachiasmatického jádra. Tudiž je tento čtyřadvacetihodinový cirkadiánní rytmus naprosto přesně seřízený. (Rokyta a kol., 2015, Walker, 2018)

Přestože cirkadiánní rytmus mají všichni lidé, může se u jednotlivců odlišovat čas, kdy jsou nejaktivnější a kdy se u nich projeví únava. Prvním chronotypem je takzvaný ranní typ člověka. Tento typ bývá po probuzení velmi aktivní už od samého rána a únava na něj přichází se setměním. Naopak večerní typ ulehá ke spánku v nočních hodinách a nejproduktivnější bývá hlavně k večeru a ráno si tito lidé rádi přispí. Chronotyp člověka je z velké části daný geneticky. (Walker, 2018, s. 25-34)

1.3.4 Melatonin

Melatonin je hormon, který se podílí na synchronizaci periferních a centrálních cirkadiánních hodin. Všechny orgány a tkáně v lidském těle mají své periferní cirkadiánní hodiny, které jsou řízeny suprachiasmatickými jádry hypotalamu. Suprachiasmatické jádro využívá hormonů nebo také nervové soustavy pro řízení těchto periferních cirkadiánních hodin. Centrální hodiny mají za úkol seřadit periferní cirkadiánní hodiny tak, aby veškeré biochemické a fyziologické pochody probíhaly přesně. V čase, ve kterém je to ideální pro správnou funkci organismu. (Rokyta a kol., 2015)

Melatonin, označován také jako hormon tmy, se tvoří ze serotoninu. Pro tvorbu melatoninu je podstatný enzym N-acetyltransferáza, bez jehož přítomnosti by k tvorbě nedošlo. K vylučování melatoninu do těla dochází při normálních podmínkách v noci. Vylučování začne hned po západu slunce. Sítnice našeho oka vyšle signál s informací, že přichází tma suprachiasmatickému jádru hypotalamu. Odtud pokračuje převod pomocí nervových vláken přes hrudní míchu do epifýzy. Epifýza zajistí vylučování melatoninu do krevního oběhu. Světlo, přicházející s ránem, syntézu melatoninu v epifýze přerušuje a nadále k ní až do příchodu tmy nebude docházet. Melatonin je tedy odpovědný za správné načasování našeho spánku, a to tím, že podává organismu zprávu o tom, že přichází tma a čas jít spát. (Rokyta a kol., 2015, Walker, 2018)

1.4 Faktory ovlivňující spánek

Faktory ovlivňující spánek a odpočinek lze zařadit do čtyř skupin. První skupinou jsou faktory fyziologicko-biologické, kam patří například věk, nemoc, jídlo a pití atd. Druhou skupinou jsou faktory psychicko-duchovní, kam spadá například stres, strach, nuda, ztráta přátel atd. Třetí skupinou jsou faktory sociálně-kulturní, kam mimo jiné patří mezilidské vztahy, problémy v zaměstnání či finanční problémy. Poslední čtvrtou skupinou jsou faktory životního prostředí, mezi které spadá hluk, světlo, teplota vzduchu a nevyhovující prostředí místnosti pro spánek. (Trachtová a kol., 2001)

1.4.1 Faktory ovlivňující spánek obecně

Kvalitu spánku ovlivňuje mnoho faktorů. Jedním z nich je věk. Věk jako jeden z ukazatelů určuje, jak je spánek v určité životní etapě kvalitní, ale značně se zobrazí i na jeho kvantitě. Věk ovlivňuje to, jak je spánek hluboký a s věkem se mění i střídání fází spánku. Věk výrazně mění trvání délky spánku. Novorozenec prospí většinu dne. Ve fertilním věku jedinec potřebuje něco okolo 6-8 hodin spánku. Potřeba spánku je však velmi individuální a mohou se vyskytovat v jednotlivých věkových skupinách rozdíly. (Trachtová a kol., 2001)

S přibývajícím věkem se kvalita spánku zhoršuje a zkracuje se čas, po který člověk spí. U starších lidí dochází k úbytku obou spánkových fází a dochází k předčasnému probouzení v brzkých ranních hodinách. Poté pozorujeme častou denní únavu a nutnost pospávat i přes den. Kvalitní spánek u starších osob pomáhá předcházet vzniku některým onemocněním. Jedním takovým je například Alzheimer. (Nevšimalová, 2016)

Do přímé souvislosti se spánkem patří i jídlo a pití. Na kvalitě spánku se může podepsat i výrazné zvýšení či snížení hmotnosti. Před spaním není vhodné nadměrně přijímat potravu ani tekutiny či ulehat do postele s prázdným žaludkem a pocitem hladu. (Trachtová a kol., 2001)

Významným faktorem, který negativně ovlivňuje spánek, je pití alkoholu. Ale hodně lidí si mylně myslí, že požití alkoholu před spaním je prospěšné. Walker (2018, s. 308) ve své knize uvádí: „Alkohol váš mozek utiší natolik, že

přestanete být bdělý, ale nevyvolá přirozený spánek.“ Alkohol na lidský organismus působí totiž jako sedativum, po nějakém čase od požití alkoholu dochází k útlumu celého mozku a člověk upadá do stavu bezvědomí, ne stavu spánku. To právě kvůli sedativním účinkům, které alkohol způsobuje. Spánek s alkoholem v krvi není klidný, ale narušený mnohými krátkými probuzeními. Další den se člověk nebude cítit odpočatě a bude vyčerpaný právě kvůli nekvalitnímu spánku, který alkohol způsobil. Alkohol také velmi výrazně tlumí REM fázi spánku. Pokud člověk požije i velmi malé množství alkoholu před spánkem, připraví se tím o fázi spánku, ve které se zdají sny. V extrémních stavech po dlouhodobější absenci REM fáze spánku může u člověka dojít k halucinacím a bludům. Tomuto stavu se odborně říká „delirium tremens“. (Walker, 2018, s. 302-312)

Velmi negativně dokáže ovlivnit náš spánek i pouhé sledování televize či používání mobilního telefonu před spaním. Tato zařízení vyzařují umělé světlo, které dokáže přesvědčit náš mozek, že ještě není noc, ale den. Umělé světlo potlačuje vyplavování melatoninu a způsobuje problémy s večerním usínáním. (Walker, 2018, s. 302-312)

Další faktor, který významně působí na náš spánek, je pití kávy. Káva obsahuje kofein. Kofein je látka, která aktivně stimuluje receptory v našem mozku, a díky tomu nenastoupí únava. Nežádoucí je ale dlouhý poločas rozpadu, který kofein má, a díky kterému působí v našem těle dlouhou dobu. Poločas rozpadu kofeinu se uvádí okolo pěti až sedmi hodin a znamená to, že takovou dobu naše tělo potřebuje na to, aby vyloučilo 50 % objemu kofeinu v našem těle. Káva tedy znesnadňuje usínání a spánek nebude klidný. Káva ale není jediným zdrojem kofeinu. Kofein se nachází i v některých druzích čaje, energetických nápojích, hořké čokoládě i některých analgeticích. (Walker, 2018, s. 39-43)

V úzkém vztahu s kvalitou spánku je však i duševní zdraví člověka. Psychické problémy dokáží způsobovat problémy s usínáním a spánkem samotným. Patří sem například strach, stres či hádka s blízkým. Velmi důležité pro kvalitní spánek je vhodné prostředí pro spánek. Ideální je klidná tichá místnost s vhodnou teplotou a neméně důležitou funkci zastupuje kvalitní a pohodlné lůžko. (Trachtová a kol., 2001)

1.4.2 Faktory ovlivňující spánek v nemoci

Nemoc jako faktor fyziologicko-biologický sama o sobě neblaze ovlivňuje kvalitu spánku, a to tím, že narušuje normální spánkový rytmus. Některá onemocnění jako jsou deprese, jaterní selhání či encefalitida přímo ovlivňují spánkové fáze. (Trachtová a kol., 2001)

Potřeba spánku se ve zdraví a v nemoci liší. Nemocný člověk má často zvýšenou potřebu spánku, která se projevuje četným spánkem během dne. Pacienti často mívají problém s kvalitou svého spánku během noci. Sládková ve svém článku uvádí, že data z ošetrovatelských průzkumů uvádí, že 50-70 % nemocných pociťuje během hospitalizace některou z poruch spánku. (Sládková, 2006)

Faktorů, které neblaze ovlivňují kvalitu spánku nemocného, je hned několik. V nemocničním prostředí může faktorů přibývat. Hospitalizace jako taková přivádí člověka do neznámého a cizího prostředí. Pacienti často sdílí jeden pokoj s dalšími pacienty a tím dochází k narušení soukromí a klidu. Chod a denní harmonogram daného oddělení se může oproti dennímu režimu pacienta, na který je zvyklý, velmi lišit. Často bývají probouzení zdravotníky ve velmi brzkých ranních hodinách, naopak večerka v nemocnici nebývá později než v deset hodin večer. Pacient tudíž nemá možnost, právě s ohledem na ostatní, před spaním například poslouchat rádio nebo sledovat televizi a dochází k porušení návyků a rituálů spojených se spánkem a usínáním. Hluk na pracovišti, který zamezuje nerušenému spánku nebo způsobuje problém s usínáním, by se měli zdravotníci snažit co nejvíce eliminovat a to tím, že omezí hlasitost rozhovorů a hlasité práce. Zvukům přístrojů, jako jsou monitory, ventilátory atd. předcházet nelze. Lůžko v nemocnici může představovat problém. Nemocnému nemusí vyhovovat tvrdost nebo naopak měkkost matrace. Jeho poloha nemusí být vhodná a nepříjemné pro nemocného může být i nemocniční ložní prádlo. Pacienti, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko, si často stěžují na svědění kůže a pocení, které je způsobeno molitanovou matrací a igelitovou ochrannou podložkou. Roli hraje i teplota v pokoji, která se může lišit od té, na kterou byl nemocný zvyklý v domácím prostředí. Někdo má radši pro spánek chlad a někdo teplo, s ohledem na ostatní v pokoji nemusí mít vždy pacient možnost přizpůsobit teplotu svým požadavkům.

Problém může představovat i poloha při spánku, která může být omezena zdravotním stavem nebo pooperačním režimem. (Sládková, 2006)

Mezi další faktory patří i léčba. Například při podávání antibiotik je nutné zachovat přesný čas v pravidelném intervalu, a to i v noci. Pacient je sestrou probuzen a poté může mít problém znovu usnout. Některé léky, které pacient užívá, mohou mít vedlejší účinky související se spánkem a mohou ho zhoršovat. Proto je dobré medikaci pacienta zkontrolovat. Faktor, který nemocného může sužovat přes den, ale v noci bývá intenzivnější, je bolest. Bolest nabírá na intenzitě v noci z důvodu, že dochází k útlumu ostatních senzomotorických funkcí a také kvůli tomu, že ve tmě bývají lidé úzkostnější a mají větší strach a obavy ze své nemoci, operačního výkonu či nějakého vyšetření. Je nutné, aby zdravotníci včas zasáhli a bolesti byly co nejdříve utlumeny. K léčbě bolesti je využívána farmakologická léčba v podobě nejrůznějších medikamentů. Výrazně ale může pomoci i některá z metod psychologických. Pomoci může krátký rozhovor, díky kterému se například strach z plánovaného vyšetření zmírní. Dále může pacient trpět dušností či kašlem, takovému pacientovi pomůžeme zaujmout úlevovou polohu. Také obtížné vyprazdňování může narušit spánek pacienta. Před ulehnutím je nutné mu zajistit potřebné pomůcky pro vyprazdňování a doporučit mu, aby před spaním omezil příjem tekutin. (Shah, 2019, Sládková, 2006)

1.5 Spánková hygiena

Až jednu třetinu našeho života netrávíme spánkem pro nic za nic. Spánek nám dává prostor pro odbourání následků stresu a únavy. Bez dostatečného a kvalitního spánku budeme následující den bez dostatku energie. Po fyzické ale i psychické stránce se budeme cítit vyčerpaně. Nevyspalý člověk se vystavuje vyššímu riziku vzniku některého onemocnění. Tělo každého člověka má vlastní a individuální potřebu spánku, s věkem se tato potřeba obvykle mění. (Čerňanská, 2006)

Nedostatek spánku, který svému tělu nedopřávají až 2/3 dospělých obyvatel rozvinutých zemí, neprospívá zdraví. Světová zdravotnická organizace

uvádí jako ideální průměrný počet naspaných osm hodin za jednu noc pro dospělého člověka. Pokud po delší dobu pravidelně připravujeme naše tělo o spánek, oslabujeme tím náš imunitní systém. Riziko vzniku rakoviny se až dvojnásobně zvýší a je zde i zvýšené riziko vzniku Alzheimerovy choroby. Nekvalitní spánek může způsobit narušení hladiny cukru v krvi tím, že ji zvyšuje. To i u člověka, který netrpí diabetem. Nedostatek může vést i k vážným srdečním onemocněním. Nedostatečný či nekvalitní spánek se může projevit i na psychice člověka, u kterého se mohou objevit deprese či úzkosti. Nekvalitní spánek ovlivňuje funkci mozku, zhoršuje paměť a snižuje výkonnost člověka během dne. Pokud o svůj spánek nebude člověk dostatečně pečovat, vědomě tím poškozujeme své fyzické i psychické zdraví i sociální život. Dostatečný spánek blahodárně působí na tělo i mozek. Celý náš organismus ho pro svoje fungování nezbytně potřebuje. (Shah, 2019, Walker, 2018)

1.5.1 Tipy pro zdravý spánek

Pro to, aby byl náš spánek kvalitní a plnohodnotný, bychom měli zejména dodržovat denní režim. Ideální je stanovit si hodinu pro usnutí a hodinu, ve kterou se chceme každý den probouzet, a tu alespoň přibližně dodržovat. Pokud z nějakého důvodu probdíme celou noc, například pokud pracujeme i na noční směny, další den bychom měli tělu tento dluh alespoň částečně splatit a dopřát tělu pár hodin spánku. Před spánkem bychom neměli pít alkohol. Alkohol totiž velmi negativně narušuje kvalitu spánku. Několik hodin před spánkem je vhodné nepít také nápoje, které obsahují kofein. Dalším negativem pro spánek je kouření. Kuřáci se mohou nechtěně budit předčasně z abstinčních důvodů. Není dobré se na noc přejídat a jíst těžká jídla. Také bychom před ulehnutím ke spánku měli omezit příjem tekutin. Neměli bychom usínat u zapnuté televize, jelikož ta ho může narušit. Před spánkem bychom neměli řešit závažné věci ani pracovat, naopak žádoucí je ulehnout ke spánku s klidnou hlavou. (Čerňanská, 2006, Pražáková, 2015)

Kvalitní spánek může pomoci navodit některá relaxační technika. Například teplá koupel, aromaterapie či pití bylinkového čaje. Na zdravý spánek má pozitivní účinek také fyzická aktivita. Ne však déle než dvě hodiny před

spánkem. Kvalitu spánku ovlivňují podmínky v místnosti pro náš spánek určené. Měli bychom si vytvořit ideální podmínky, nastavit vhodnou teplotu a nemít v místnosti žádné rušivé elementy. Také kvalitní matrace a ložní prádlo hrají významnou roli. Místnost pro náš spánek není vhodné používat zároveň jako místnost pro práci. Sloužit by měla především ke spánku a podle toho by měla být zařízena. (Čerňanská, 2006, Pražáková, 2015)

1.6 Poruchy spánku

Poruchy spánku jsou velmi závažným a velmi častým problémem dnešní moderní doby. Zejména stres, vysoká pracovní zátěž a hektický způsob života velkou měrou zhoršují kvalitu spánku velké části dospělé populace. Lidé by tyto problémy neměli podceňovat, jelikož mohou vést k závažným zdravotním problémům. (Rokyta a kol., 2015)

Poruchou spánku se rozumí takový spánek, který se svým průběhem liší od normálního průběhu spánku. Pro poruchu spánku platí, že obtíže se spánkem spojené jsou dlouhodobé a objevují se opakovaně. Normálním spánkem se rozumí spánek klidný, nepřerušovaný a s pravidelnou dechovou frekvencí. Usínání by nemělo trvat déle než půl hodiny. Poruchy spánku se mohou projevat neklidným spánkem, častým nočním buzením, zvýšenou denní spavostí, zástavou dechu ve spánku atd. (Plháková, 2013)

Poruchy spánku dělíme dle současné mezinárodní klasifikace do šesti kategorií:

- Insomnie (nespavost)
- Poruchy dýchání vázané na spánek
- Hypersomnie (nadměrná denní spavost)
- Poruchy cirkadiálního rytmu
- Parasomnie
- Abnormální pohyby vázané na spánek (Nevšímalová, 2007)

1.6.1 Insomnie

Insomnie neboli nespavost je nejčastěji vyskytující se poruchou spánku. Nespavost může být i jako samostatné chronické onemocnění způsobena vnějšími okolnostmi, jako jsou nevhodné podmínky pro spánek či nemoc. Insomnie zahrnuje poruchu usínání, kdy je pro člověka velmi obtížné usnout a usínání trvá velmi dlouho. Poruchou usínání velmi často trpí pacienti po přijetí k hospitalizaci. Dále se k insomnii řadí noční spánek, který je často přerušovaný nočním probuzením. V tomto případě člověka ze spánku vzbudí i velmi slabý vnější podnět. K této poruše spánku se řadí i problém týkající se i předčasného ranního probuzení. Člověk v tomto případě nemívá problém usnout, jeho noční spánek je sice kvalitní, ale předčasně ukončen a člověku se až do rána nedaří znovu usnout. Tyto tři poruchy se mohou kombinovat. Člověk trpící poruchou nespavosti bývá následující den velmi unavený, jeho výkonnost bude výrazně nižší a celkově se necítí dobře. Odolnost organismu se také výrazně oslabí. (Rošková, 2013)

Při léčbě nespavosti je důležité uvědomit si příčinu této poruchy. Mnohdy odstranění této příčiny zlepší kvalitu spánku dotyčného člověka. Například pokud pacient v nemocnici uvádí velké bolesti, které narušují jeho noční spánek, hypnotika v tomto případě problém nevyřeší. Pokud nefungují žádné jiné postupy v řešení poruchy spánku, přichází na řadu farmakoterapie v podobě hypnotik. Lékař ordinuje hypnotika s ohledem na to, jakým typem nespavosti pacient trpí, a na jeho farmakologickou anamnézu. (Borzová, 2009)

Senioři trpí nespavostí častěji než ostatní věkové kategorie. Jedná se o stařeckou nespavost. Starší lidé mají sníženou potřebu spánku a délka jejich nočního spánku se mírně zkracuje. Také mají tendenci dříve usínat a probouzet se velmi brzy ráno. (Rošková, 2013, Miletínová, 2018)

1.6.2 Poruchy dýchání vázané na spánek

K těmto poruchám se řadí především spánkový apnoický syndrom (SAS). Syndrom vzniká jako důsledek opakujícího se přerušování pravidelného dýchání během spánku. Zastavení dechu neboli apnoe může trvat až půl minuty, poté dochází k opětovnému nádechu. SAS se dělí na dva typy. Prvním je SAS centrální a druhým typem SAS obstrukční. Centrální apnoe je vzácné a méně časté

onemocnění způsobené nesprávnou funkcí mozkového kmene. Obstrukční apnoe častěji postihuje muže a rizikovým faktorem je nadváha. Spánek člověka s touto poruchou je díky ní narušený a rozkouskovaný, protože dochází k probouzení v reakci na zástavu dechu. Projevuje se zvýšenou denní spavostí a specifickým chrápáním během nočního spánku. Následkem spánkové apnoe je hypoxie neboli nedostatečné množství kyslíku v těle. (Nevšimalová, 2016, Seidl, 2008)

1.6.3 Hypersomnie

Nadměrná denní spavost je porucha, která může vznikat v reakci na insomnii. V tomto případě nedochází k uspokojení potřeby spánku během noci a následující den je člověk natolik unavený, že má vysokou potřebu spánku. Hypersomnie je porucha neurologického charakteru, která se také obvykle projevuje nadměrnou denní spavostí. Hypersomnie nemá charakter záchvatovitého usnutí během dne a člověk ji může ovládat. Ospalost se dostaví při nenáročné a klidné situaci, například i při řízení auta, což je velmi nebezpečné. Člověk trpící hypersomnií má také zvýšenou potřebu nočního spánku, který může trvat až dvanáct hodin. Noční spánek ale člověku nepřináší dostatečné odpočínutí a ráno se mu těžce vstává. (Borzová, 2009)

Narkolepsie je specifickým typem hypersomnie. Narkolepsie je onemocnění, které se projevuje silnou potřebou spánku během dne, hlavně při klidových činnostech. Člověk tuto silnou potřebu nemůže ovládnout a na několik minut usíná. Spánek typicky trvá pět až dvacet minut a po dvou až třech hodinách se vyskytne znovu a spánek se opakuje. V některých případech může být narkolepsie spojena s kataplexií. Kataplexie je stav, při kterém dochází ke ztrátě svalové síly, nejčastěji postihující dolní končetiny. Dochází k podlomení nohou v kolenou a pádu nemocného na zem. Ztráta svalové síly obvykle trvá pár vteřin až minut. Faktor, který svalovou slabost vyvolá, bývá často vyvolán pozitivní reakcí na událost, méně často jako následek negativní emoce. Narkolepsii můžou doprovázet halucinace objevující se při usínání či probuzení. Symptodem doprovázejícím narkolepsii může být tzv. spánková obrna. V tomto stavu na několik minut ochabuje kosterní svalstvo, nemocný mívá ztížené dýchání a

úzkostnou reakci. Halucinace i spánková obrna je stav, při kterém se prolínají REM fáze spánku do bdělého stavu. (Borzová, 2009, Nevšimalová, 2016)

1.6.4 Poruchy cirkadiánního rytmu

Nejznámější a častou poruchou cirkadiánního rytmu je tzv. jet lag. K tomuto stavu dochází, pokud člověk překonává přelet letadlem na velkou vzdálenost přes několik časových pásem. Organismus se musí adaptovat na posun času, to mu bude trvat několik dní v závislosti, jak je časový posun velký. Zhruba však jeden den na jednu hodinu časového posunu. Po přeletu do cílové destinace se bude člověk několik dní cítit unaveně, může mít zhoršenou koncentraci a zažívací potíže. Častým symptomem je porucha spánku. (Rokyta a kol., 2016)

Porucha cirkadiánního rytmu hrozí zaměstnancům, kteří pracují na směny. Těm často hrozí výskyt poruchy spánku, především tzv. syndrom zpožděné spánkové fáze a syndrom předčasné spánkové fáze. Pro zpoždění spánkové fáze je charakteristické obtížné až nemožné usnout ve večerních běžných hodinách. Spánek se dostaví až k ránu a k probuzení dochází tím pádem déle. Pro syndrom předčasné spánkové fáze platí opak, tedy k usnutí dochází v brzkých večerních hodinách a k probuzení pak ve velmi brzkých ranních hodinách. (Rokyta a kol., 2015)

1.6.5 Parasomnie

Jedná se o poruchy vázané na spánek, doprovázené abnormálním chováním. Projevy se liší podle spojitostí s fází spánku, ve které se vyskytují. Parasomnie vázaná na NREM fázi spánku se projevuje především v první polovině spánku, a to náměsícností či nočními děsy. Někdy může dojít k náhlému probuzení se zmateností. Parasomnie vázaná na REM fázi spánku se projevuje nočními můrami. Noční můra se od nočního děsu liší tím, že si ji po probuzení člověk pamatuje, jedná se o strašidelný sen, který dotyčného probudí ze spánku. Parasomnie, která není vázaná na určitou fázi spánku, je např. noční pomočování. (Nevšimalová, 2007, Rokyta a kol., 2015)

1.6.6 Abnormální pohyby vázané na spánek

Jedná se o pohyby, které velmi zhoršují spánek a tím i jeho kvalitu. V některých situacích kvůli nim dochází i ke zkrácení doby spánku. Nejčastěji se vyskytuje tzv. syndrom neklidných nohou. Tento syndrom znesnadňuje a narušuje usínání a spánek. Častěji se vyskytuje u mužské populace. Projevy tohoto syndromu se objevují před usnutím poté, co dojde k zahřátí dolních končetin pod peřinou, a to tak, že člověk začne pociťovat nepříjemné a někdy až bolestivé pocity a záškuby v dolních končetinách, které ho nutí vstát. Chůze tyto nepříjemné obtíže mírní. Další obtíží řadící se do této skupiny poruch spánku je například i skřípání zubů. (Nevšímalová, 2007, Seidl, 2008)

1.7 Diagnostika a léčba poruch spánku

Špatný spánek nemusí nutně znamenat, že člověk trpí poruchou spánku, pokud se problém se spánkem objeví čas od času a nemá dlouhodobý charakter. Občasné špatné spaní není potřeba řešit s lékařem či léky na spaní. Pokud se ale problém spojený se spánkem objevuje opakovaně a je pro člověka omezující, je potřeba ho řešit. (Čerňanská, 2006)

1.7.1 Diagnostika

Jakýkoliv problém se spánkem může být příznakem některého onemocnění. Vyšetření u specialisty probíhá v některé z odborných poraden či ve spánkové laboratoři, kam pacienta může odeslat praktický lékař nebo některý specialista. Při diagnostice poruch spánku se v prvním kroku odebírá kompletní anamnéza pacienta. Je nutné zjistit podrobné informace týkající se spánku, ale i informace o době, kdy je pacient bdělý. Také je třeba znát veškerou medikaci, kterou užívá. Pro sledování spánku v časovém rozmezí slouží škály a dotazníky. Lze díky nim sledovat pokroky a průběh léčby. Pro takové účely slouží spánkový diář nebo kalendář, do kterého pacient zapisuje informace týkající se spánku i bdělosti. Příkladem je tzv. Epworthská škála spavosti (viz. příloha č. 2), která je určující při zjišťování stupně ospalosti při různých situacích v poslední době.

Morinův spánkový dotazník (viz. příloha č. 3) slouží pro hodnocení efektivity léčby poruchy spánku. Ve spánkových laboratořích se používají při diagnostice některých poruch spánku polysomnografie a aktinografie. Výsledkem polysomnografie je hypnogram. Vyšetření probíhá celou noc a sleduje se současně EEG, EKG, dechová frekvence, pohyby očí a EMG některých svalů. Aktinografie sleduje pohyby při spánku pomocí speciálních hodiněk. (Borzová, 2009)

1.7.2 Léčba poruch spánku

Léčbu lze rozdělit do dvou kategorií. Na léčbu farmakologickou a nefarmakologickou. Vždy by se ale však měla odvíjet od příčiny poruchy spánku. Pokud léčba příčiny poruchy spánku není úspěšná či nefarmakologické intervence nebyly úspěšné, přichází na řadu léčba pomocí hypnotik, tedy léčba farmakologická. Hypnotika jsou léky navozující spánek a používají se při léčbě nespavosti. Nejčastěji se používají hypnotika třetí generace. Nevýhodou je, že po čase užívání na ně vzniká tolerance a může se vytvořit závislost. Jejich dlouhodobé užívání není bezpečné. Do této kategorie se řadí zolpidem pro léčbu potíží s usínáním a zopiklon pro léčbu předčasného a nočního probouzení. Dalšími často používanými hypnotiky jsou hypnotika benzodiazepinového typu. Tato hypnotika jsou o něco škodlivější než ta třetí generace a používají se zpravidla pro krátkodobou léčbu. Podle doby účinku se dělí na benzodiazepiny krátkodobé (např. midazolam), střednědobé (např. oxazepam) a dlouhodobé (např. diazepam). Benzodiazepiny usnadňují usínání tím, že mají zklidňující účinek. (Borzová, 2009, Martínková, 2018)

Nefarmakologická léčba zahrnuje především kognitivně-behaviorální psychoterapii. Terapie se soustředí na způsoby myšlení a formy chování, které nepříznivě ovlivňují spánek nemocného. Nefarmakologická léčba zahrnuje také metody jako je akupunktura, aromaterapie či rostlinné lékařství. (Borzová, 2009)

1.8 Intervence sestry při uspokojování potřeby spánku nemocného

V nemocnici se často setkáváme s pacienty, kteří mají nějakou poruchu spánku či obtíže se spánkem spojené. Nemocnice je sama o sobě velmi hlučným místem. Nacházejí se zde přístroje, které vydávají hlasité zvuky a tím narušují noční spánek pacientů. Mezi rušivé elementy patří i samotná práce nemocničního personálu a přítomnost pacientů na oddělení. Klidný spánek může pacientovi narušit jeho onemocnění a vše, co ho doprovází. Včetně bolesti, strachu a změny prostředí. Důvody narušení nočního spánku pacientů mívají tedy somatický, psychický nebo sociální charakter. (Sládková, 2006)

Sestra v prvním kroku zjistí, zda má pacient nějaké obtíže se spánkem. Hodnocení spánku bývá součástí ošetrovatelské anamnézy. Pokud si sestra spánkových obtíží u pacienta všimne nebo jí je sám sdělí, je třeba zahájit intervence a tento problém řešit. (Trachtová a kol., 2001)

Jak uvádí Šimek (2006, s. 386) „neměli bychom dbát pouze o pravidelný spánek a odpočinek našich nemocných, ale i o to, za jakých okolností spí a odpočívají“. Nemocniční personál by tedy měl vynaložit co největší možné úsilí pro to, aby bylo v noci na oddělení ticho a klid. Vhodné je naplánovat si práci tak, aby co nejméně rušila pacienty při spánku. Sestra by měla veškeré ošetrovatelské výkony u pacientů provádět tak, aby zamezila jejich probuzení. Prostor pro spánek, tedy pokoj, ve kterém se pacienti nacházejí, je nutné ke spánku co nejlépe připravit. V místnosti by měla být příjemná teplota a čerstvý vzduch. Lůžko pacienta by mělo být čisté a vybaveno signalizačním zařízením v dosahu ruky, kterým si pacient může přivolat pomoc. Je výhodou, pokud má pacient u lůžka lampičku. Také umístění pacientů na pokojích by mělo být systematické a na jednom pokoji by tedy měli být pacienti, kteří se vzájemně nebudou při spánku rušit. (Doenges, 2001, Trachtová a kol., 2001)

Sestra by měla být nápomocná a schopna zajistit podmínky pacientům při vykonávání jejich spánkových rituálů. Většina z nás nějaký takový má a před spánkem ho pravidelně vykonává. Jednat se může například o čtení či večerní hygienu. (Trachtová a kol., 2001)

Psychická pohoda pacienta velmi ovlivňuje usínání i spánek celkově. Sestra by mu měla pozorně naslouchat a být mu oporou. I krátký rozhovor může být velmi přínosný pro pacienta, který je ve stresu a má strach například z nějakého operačního zákroku. Během tohoto rozhovoru může sestra poskytnout informace o faktorech ovlivňujících spánek a doporučit mu nějaké postupy pro navození klidného spánku. (Trachtová a kol., 2001)

Pokud má pacient předepsané léky tišící bolest a bolesti pacient udává, měly by být tyto léky podány hodinu před usnutím, aby byl jejich účinek co nejpřínosnější. Jejich účinek sestra sleduje a zaznamenává do dokumentace. Léky proti bolesti mohou pomoci zmírnit projevy nemoci. (Doenges, 2001)

Podání léků na spaní neboli hypnotik je vázáno na ordinaci lékaře, bez níž hypnotika ani jiné léky nelze pacientovi podat. Hypnotika by měla být až poslední volbou při řešení problému se spánkem. Hypnotika by sestra měla pacientovi podat nejlépe půl až tři čtvrtě hodiny před spaním. Sestra po podání sleduje jejich účinek. (Doenges, 2001, Kelnarová a kol., 2009)

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle práce

Bakalářská práce se zabývá uspokojováním potřeby spánku u hospitalizovaných pacientů. Otázky v dotazníku jsou zaměřené na spánek a usínání v domácím a nemocničním prostředí. Cílem je zjistit, zda mají pacienti během hospitalizace dostatečné podmínky pro kvalitní spánek a klidné usínání a také, jaké faktory mají na uspokojování potřeby spánku u hospitalizovaných pacientů vliv.

Cíl 1: Cílem mé práce bylo zjistit, zda mají pacienti dostatečné podmínky pro usínání a spánek.

Cíl 2: Zjistit, které faktory mají vliv na uspokojování potřeby spánku u hospitalizovaných pacientů.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Méně než 45 % pacientů má uspokojenou potřebu spánku během hospitalizace.

Hypotéza 2: Nejvýznamnějším faktorem, který negativně ovlivňuje potřebu spánku u hospitalizovaných pacientů, je změna prostředí.

Hypotéza 3: Hypnotika jsou během hospitalizace podávána více než 70 % pacientů.

Hypotéza 4: Více než 40 % pacientů je nespokojených s kvalitou svého spánku během hospitalizace.

2.3 Metoda výzkumu

Výzkum byl realizován metodou dotazníkového šetření a byl zaměřen na uspokojování potřeby spánku u hospitalizovaných pacientů. Dotazník byl zcela anonymní a obsahoval celkem 24 otázek (viz příloha č. 4). Otázky v dotazníku byly uzavřené a některé polouzavřené. Pacienti si vybírali odpověď z uvedených možností a v některých případech mohli odpovídat dle svého názoru. Získané údaje byly shromažďovány pomocí kvantitativního šetření.

První dvě otázky byly identifikačního charakteru. Následovaly otázky zaměřené na spánek a usínání v domácím prostředí a během hospitalizace. V poslední otázce měli pacienti možnost vyjádřit se k celkové spokojenosti svého spánku během hospitalizace.

2.4 Vzorek respondentů

Žádost o provedení výzkumného šetření byla schválena náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Bulovka Mgr. Soňou Mendlovou (viz příloha č. 5). Po schválení žádosti o výzkumné šetření a se souhlasem vrchní sestry interního oddělení Mgr. Lucie Kramešové, vrchní sestry Ortopedické kliniky Bc. Jany Malákové a staniční sestry oddělení spondylochirurgie na klinice ortopedie Bc. Pavly Vitmajerové jsem dotazníky rozdala na těchto odděleních.

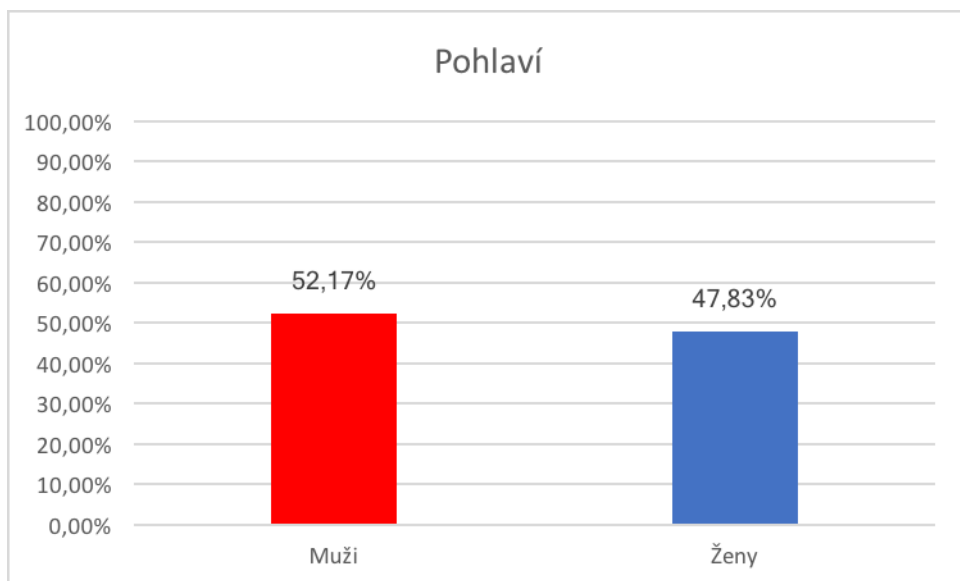
Výzkumný soubor tvořili pacienti, kteří za sebou měli již několik dní hospitalizace a nocí strávených v nemocnici. Všichni pacienti byli starší osmnácti let. Sběr dat probíhal v časovém období od 22. 2. 2021 do 31. 3. 2021. Celkem jsem získala data od 46 respondentů, mužů i žen. Návratnost byla 100 %.

V úvodní části dotazníku se pacientům představuji svým jménem a popisuji, jakým způsobem dotazník vyplnit. Také zdůvodňuji záměr mého výzkumu.

2.5 Grafické znázornění a interpretace výsledků výzkumu

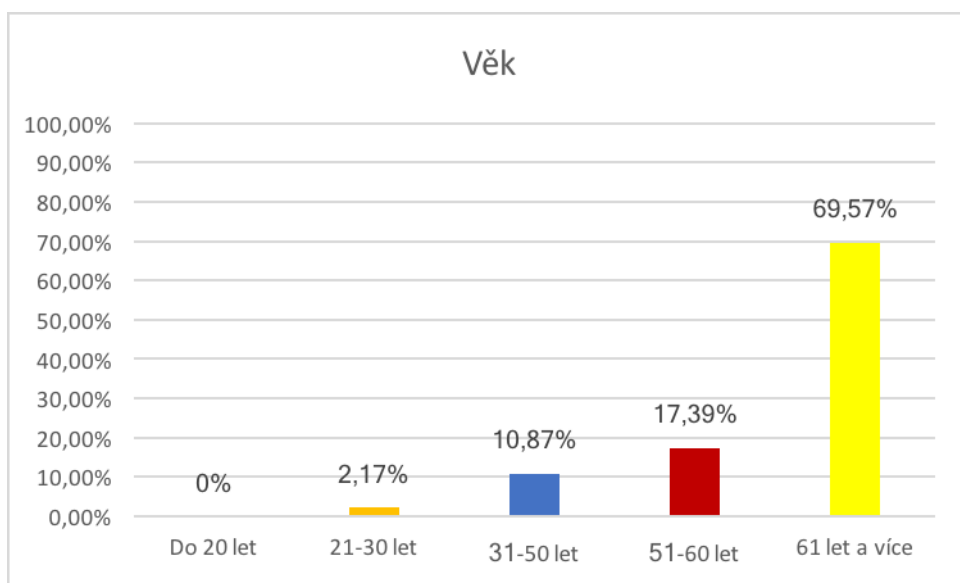
Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány ve formě sloupcových grafů a vyjádřeny v procentech.

Graf 1



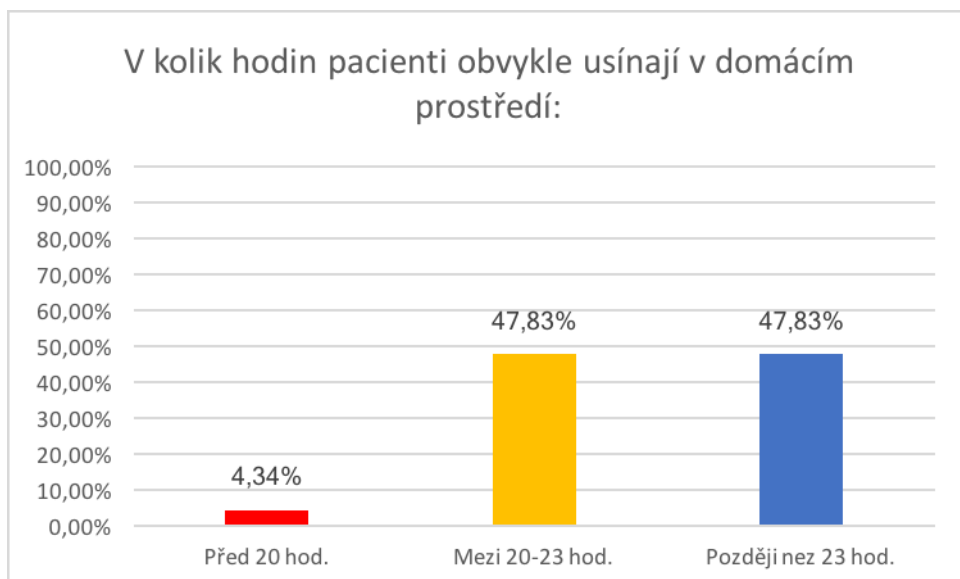
Z celkového počtu 46 dotázaných je 24 (52,17 %) mužů a 22 (47,83 %) žen.

Graf 2



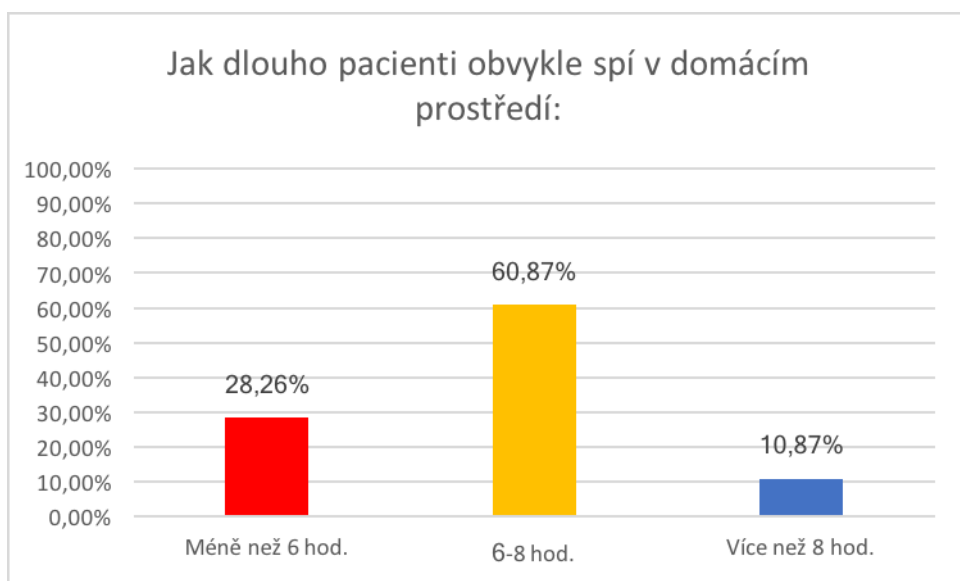
Z celkového počtu dotázaných je 0 (0 %) ve věku do 20 let, 1 (2,17 %) ve věku 21-30 let, 5 (10,86 %) ve věku 31-50, 8 (17,39 %) ve věku 51-60 let a 32 (69,58 %) ve věku 61 a více let.

Graf 3



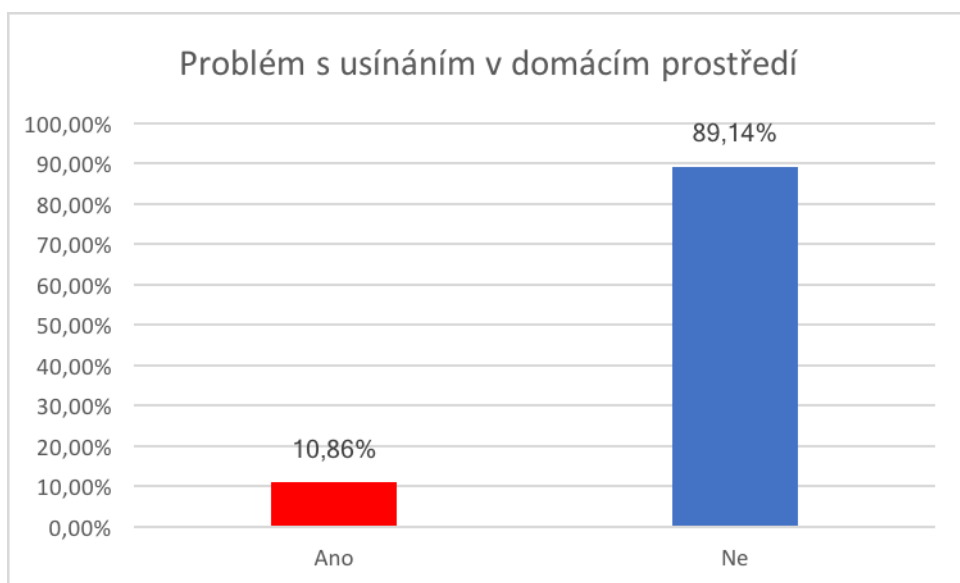
Graf popisuje, že z celkového počtu dotázaných v domácím prostředí usínají 2 (4,36 %) před 20. hodinou, 22 (47,82 %) mezi 20.-23. hodinou a 22 (47,82 %) po 23. hodině.

Graf 4



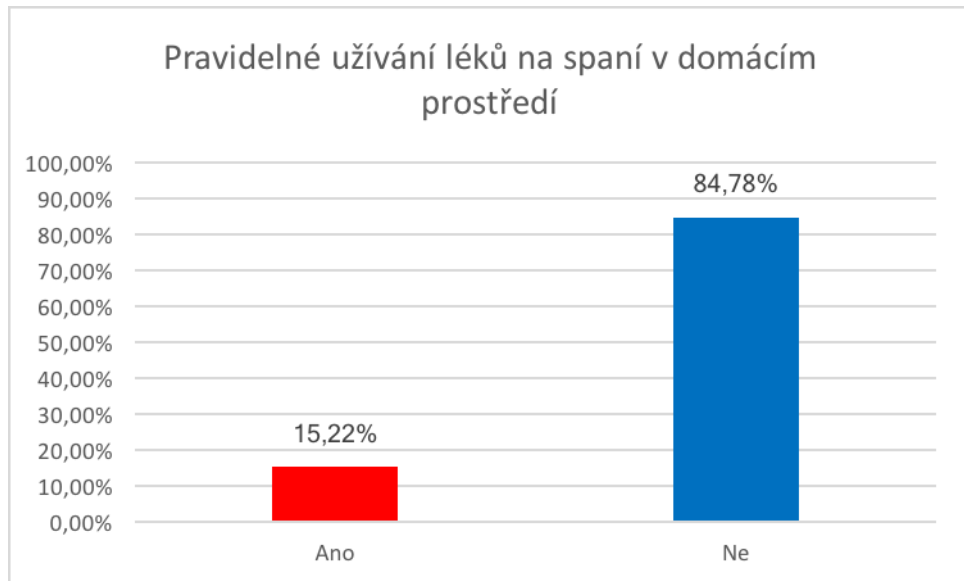
Graf popisuje, jak dlouho v průběhu noci pacienti spí v domácím prostředí. 13 (28,26 %) dotázaných spí méně než 6 hodin, 28 (60,86 %) spí 6-8 hodin a 5 (10,88 %) spí více než 8 hodin.

Graf 5



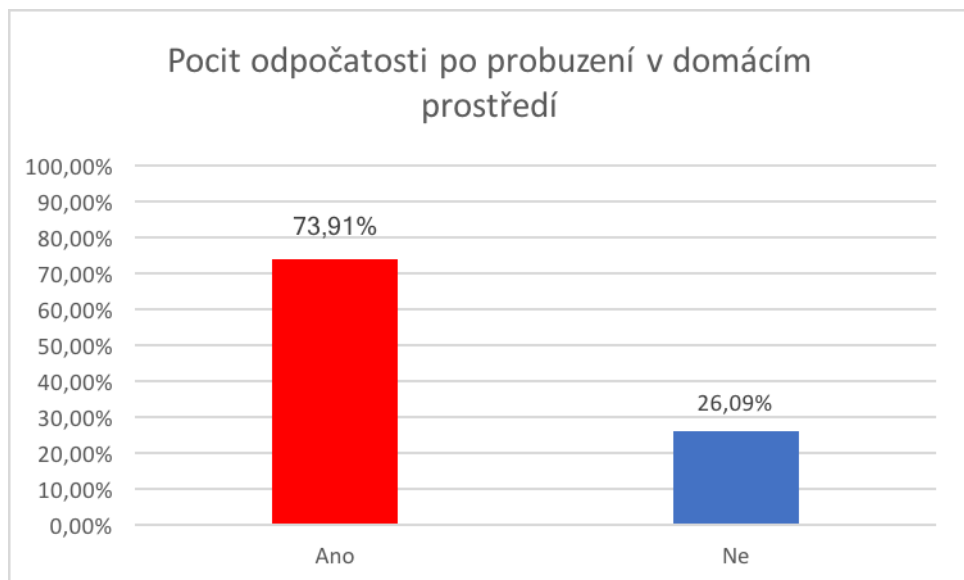
Graf ukazuje, zda pacienti mají problém s usínáním v domácím prostředí. Pouze 5 (10,86 %) pacientů uvádí potíže. 41 (89,14 %) pacientů potíže s usínáním v domácím prostředí nemá.

Graf 6



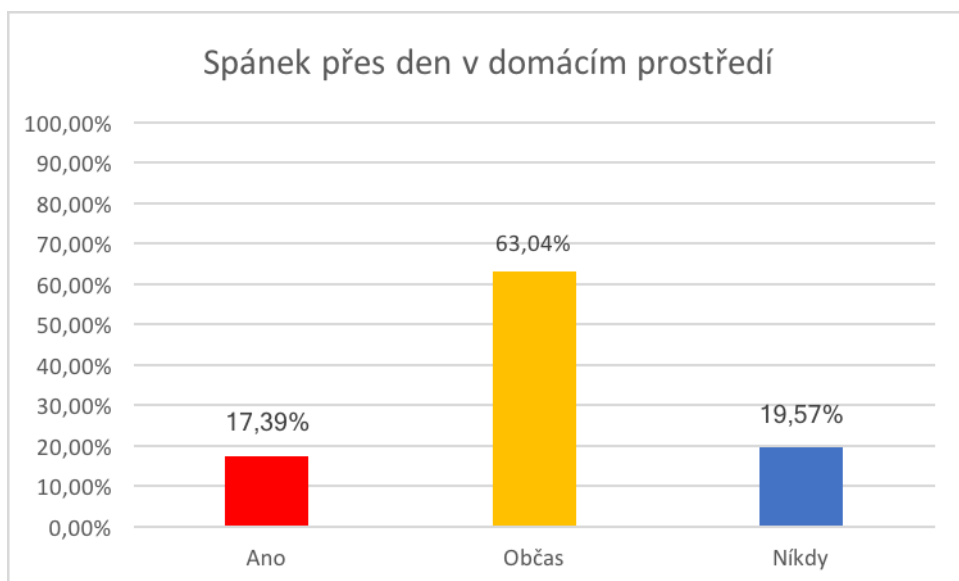
Graf znázorňuje, zda dotázaní pacienti pravidelně užívají léky na spaní v domácím prostředí. 7 (15,22 %) jich uvedlo, že ano, a 39 (84,78 %) léky na spaní neužívá.

Graf 7



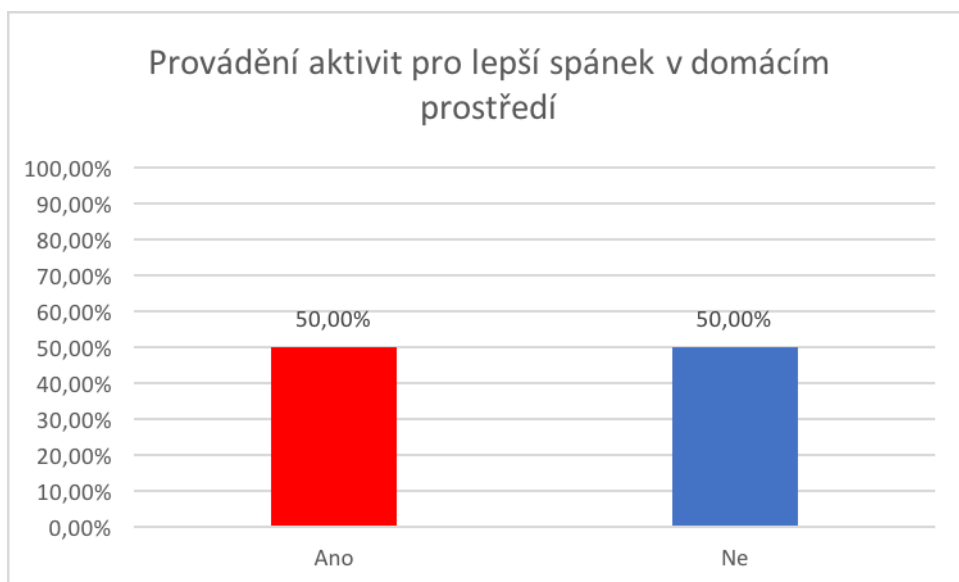
Graf popisuje, zda se pacienti ráno cítí odpočatě v domácím prostředí. 34 (73,91 %) uvádí, že se odpočatě cítí, a 12 (26,09 %) dotázaných se ráno necítí odpočinuto.

Graf 8



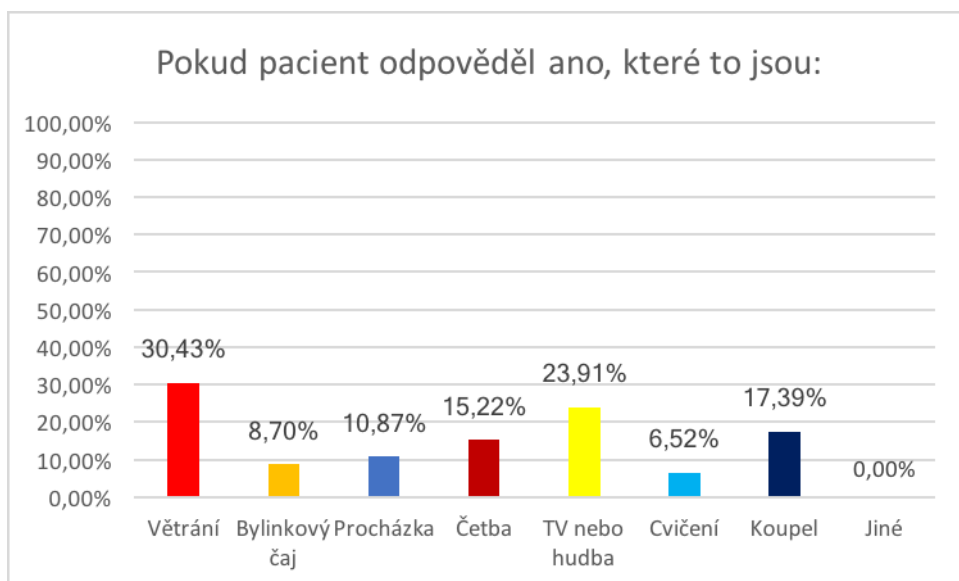
Graf ukazuje, zda pacienti spí přes den v domácím prostředí. 8 (17,39 %) jich uvedlo, že ano. 29 (63,04 %) spí přes den občas a 9 (19,57 %) nespí přes den nikdy.

Graf 9



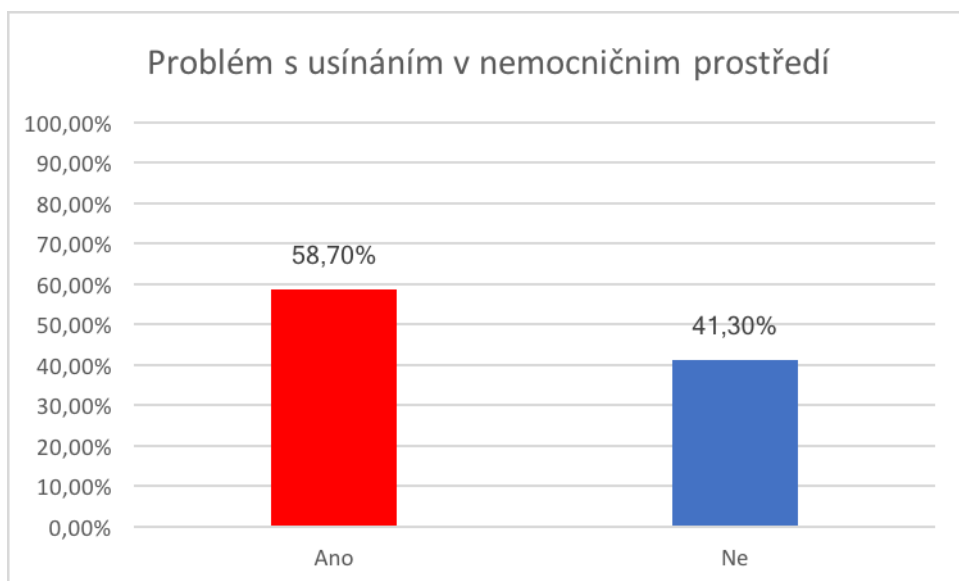
Graf ukazuje, zda dotázaní pacienti doma praktikují různé aktivity pro lepší spánek. 23 (50 %) jich uvedlo, že ano, a 23 (50 %) žádné aktivity neprovádějí.

Graf 10



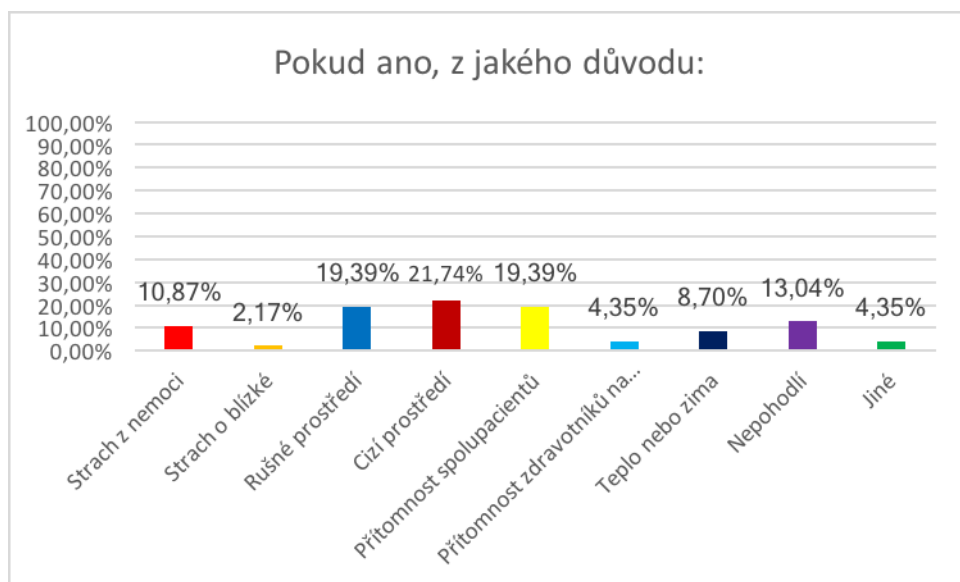
Graf 10 navazuje na graf 9 a popisuje, jaké aktivity pacienti doma praktikují před usínáním. 14 (30,43 %) dotázaných větrá, 4 (8,70 %) si uvaří bylinkový čaj, 5 (10,87 %) se jde před spaním projít, 7 (15,22 %) si čte, 11 (23,91 %) dotázaných sleduje TV, či poslouchá rádio, 3 (6,52 %) si zacvičí, 8 (17,39 %) pacientů si dá koupel a jako jiné aktivity nejsou uvedeny žádné.

Graf 11



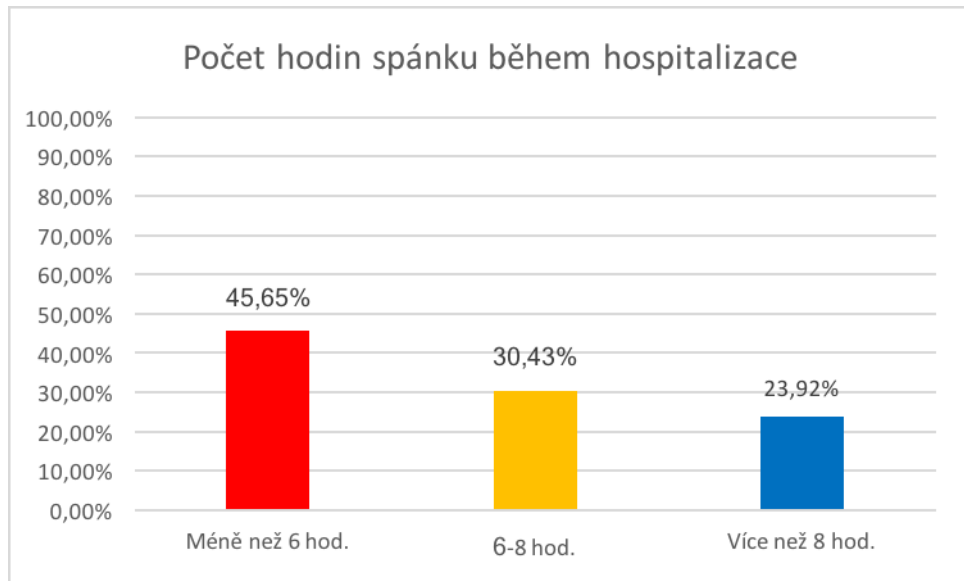
Graf znázorňuje, zda mají dotázaní pacienti problém s usínáním v nemocnici. 27 (58,70 %) pacientů uvedlo, že ano, a 19 (41,30 %) dotázaných problémy nemá.

Graf 12



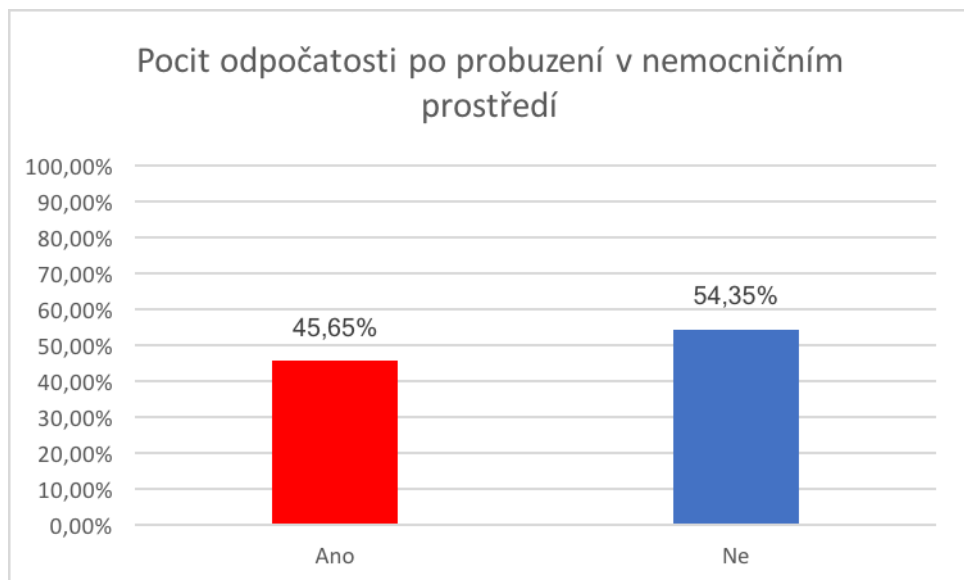
Tento graf rozvíjí graf předcházející, pokud pacienti odpověděli na otázku, zda mají problém s usínáním v nemocnici ANO. Strach z nemoci má 5 (10,87 %) dotázaných, 1 (2,17 %) pacient uvádí jako příčinu problému strach o své blízké, 8 (19,39 %) pacientů se necítí dobře v rušném prostředí, 10 (21,74 %) se necítí dobře v cizím prostředí, 8 (19,39 %) dotázaným vadí přítomnost spolupacientů, 2 (4,35 %) ruší přítomnost zdravotníků na pokoji, 4 (8,70 %) pacienti jako příčinu uvedli, že jim je teplo, nebo zima, 6 (13,04 %) pacientů se cítí nepohodlně a jako jiné uvedli 2 (4,35 %) respondenti, že nemohou usnout bolestí, nebo jim chybí TV.

Graf 13



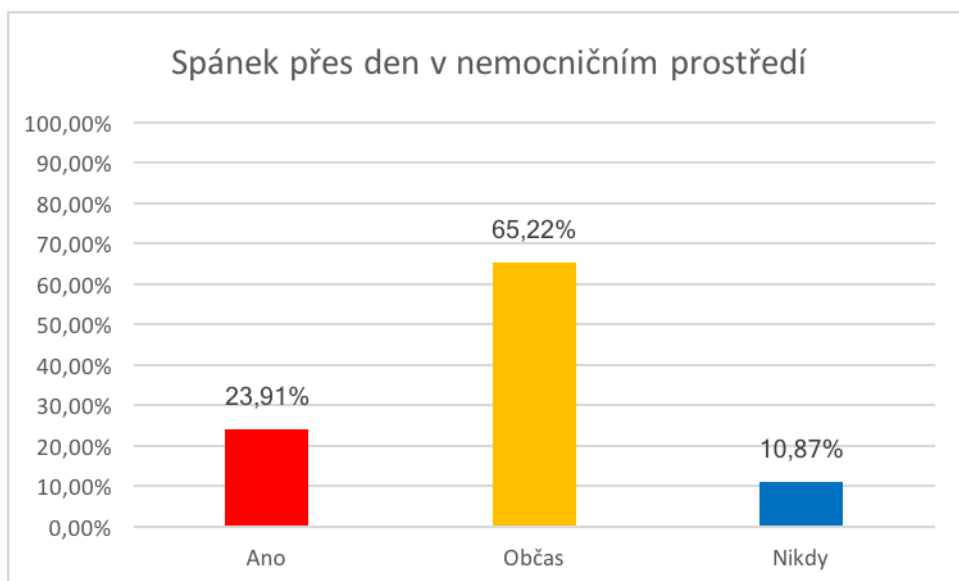
Graf znázorňuje, jak dlouho pacienti spí v noci během hospitalizace. 21 (45,65 %) dotázaných spí méně než 6 hodin, 14 (30,43 %) 6-8 hodin a 11 (23,92 %) pacientů spí více než 8 hodin.

Graf 14



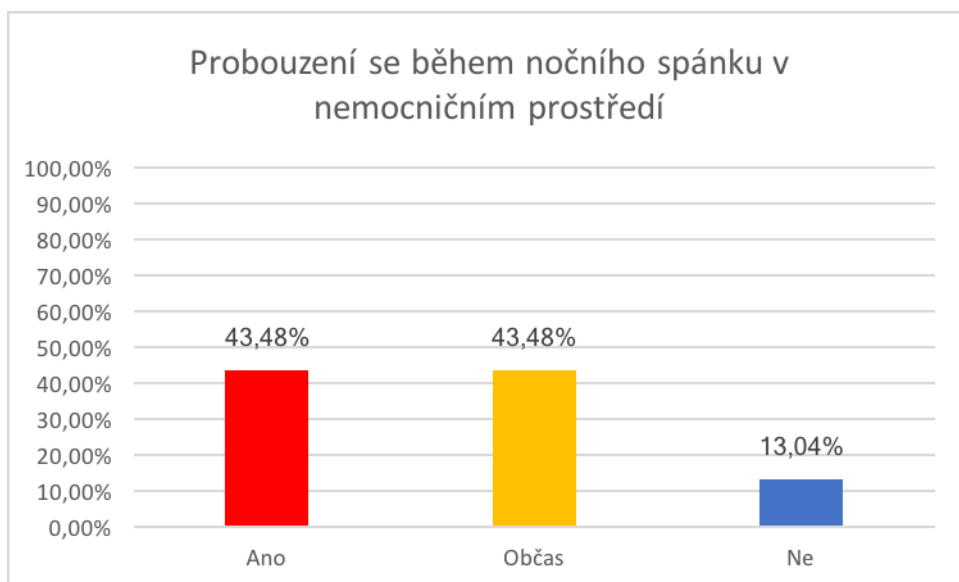
V grafu je znázorněno, zda se pacienti ráno cítí odpočatí v nemocničním prostředí. 21 (45,65 %) uvedlo, že se cítí odpočatě. Větší počet 25 (54,35 %) se však odpočatě necítí.

Graf 15



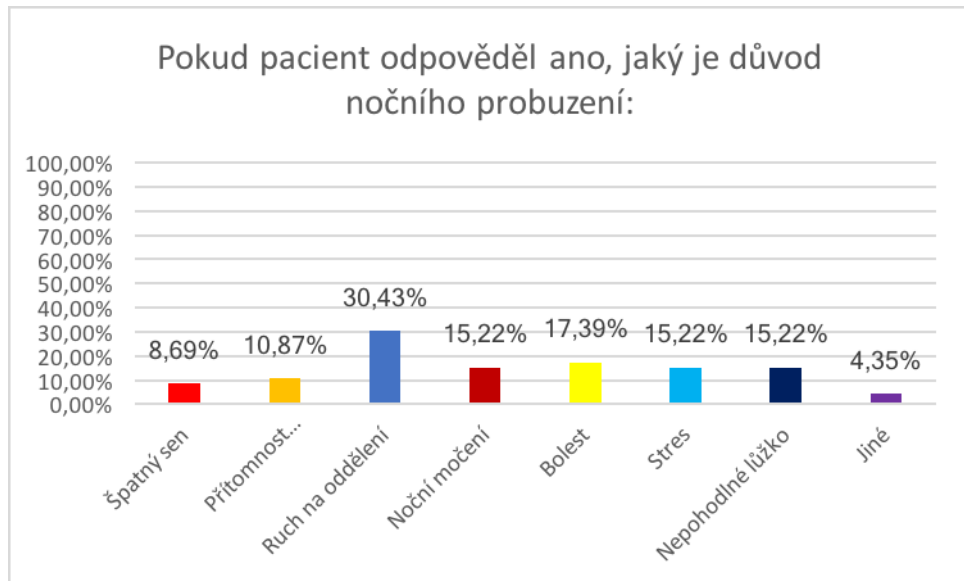
Graf ukazuje, zda dotázaní pacienti pospávají v nemocničním prostředí i přes den. 11 (23,91 %) pacientů uvedlo na otázku ano, největší počet 30 (65,22 %) uvedlo, že pouze občas a 5 (10,87 %) pacientů přes den nespí vůbec.

Graf 16



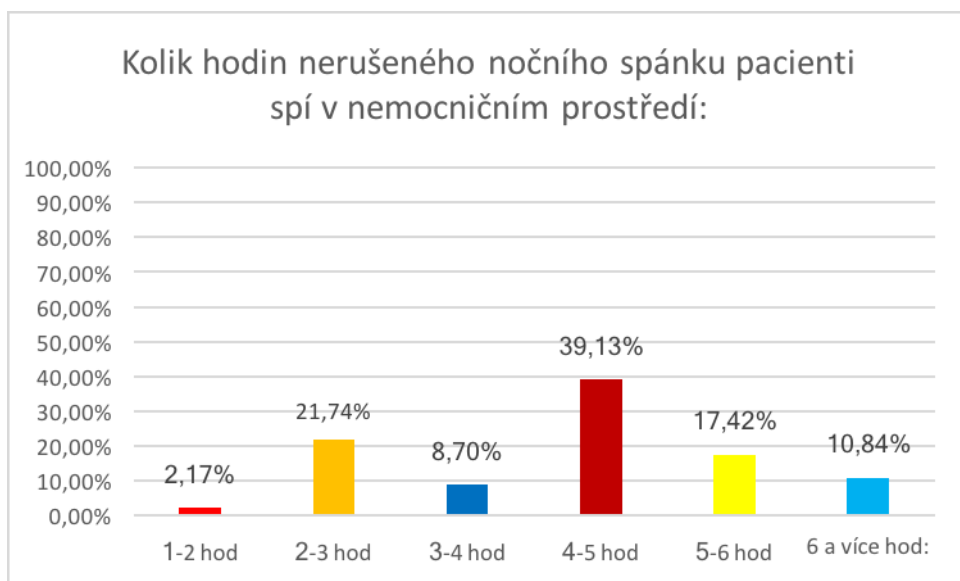
Graf odpovídá na otázku, zda se během nočního spánku v nemocničním prostředí budí. 20 (43,48 %) uvedlo, že ano. Stejný počet pacientů 20 (43,48 %) se budí jen občas a pouze 6 (13,04 %) pacientů se vůbec nebudí.

Graf 17



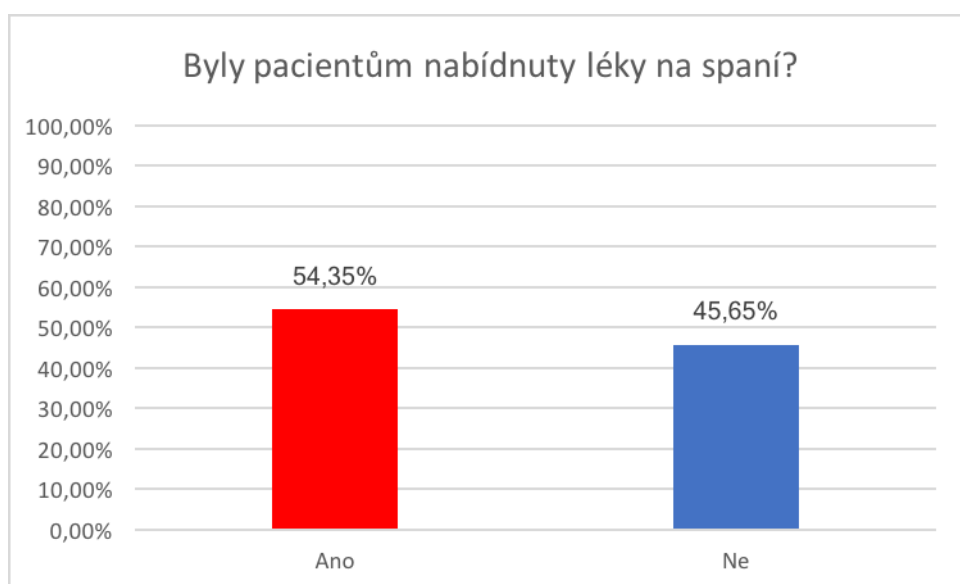
Graf 17 navazuje na odpověď ANO z grafu 16 a znázorňuje důvody nočního buzení. 4 (8,69 %) pacienti uvádí špatný sen, 5 (10,87 %) nemocným vadí přítomnost zdravotníků, největšímu počtu dotázaných 14 (30,43 %) vadí ruch na oddělení, 7 (15,22 %) pacientů se budí kvůli nočnímu močení, 8 (17,39 %) respondentů uvedlo, že je budí bolest, 7 (15,22 %) pacientů uvádí jako důvod nočního buzení stres, taktéž 7 (15,22 %) pacientů uvádí, že důvodem buzení je nepohodlné lůžko a jako jiné důvody jsou uvedeny problémy s nespavostí a cizí prostředí u 2 (4,35 %) pacientů.

Graf 18



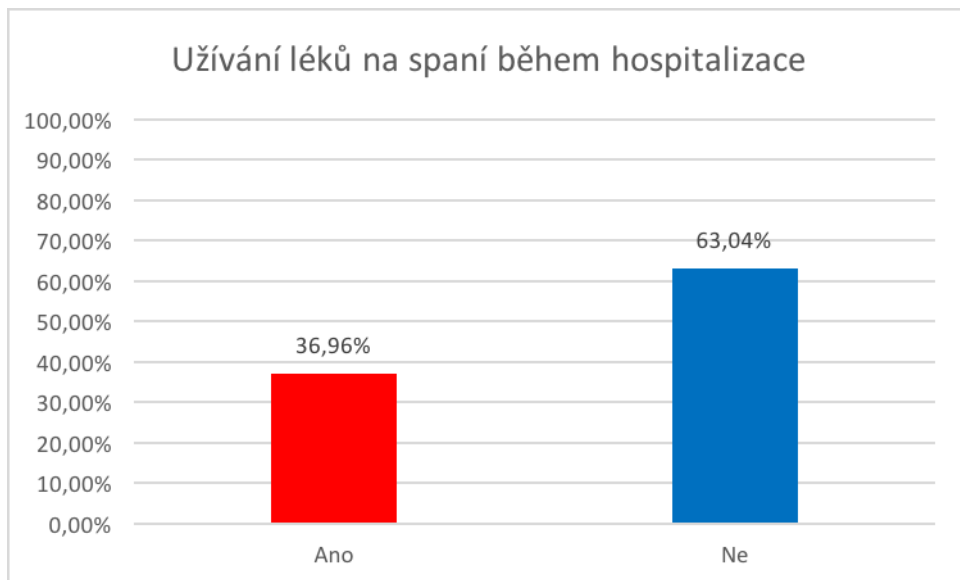
Graf popisuje počet hodin nerušeného spánku dotázaných pacientů v nemocničním prostředí. Pouze 1 (2,17 %) pacient spí nepřerušeně maximálně 1-2 hodiny, 10 (21,74 %) nemocných uvádí 2-3 hodiny spánku, 4 (8,70 %) dotázaní spí 3-4 hodiny, největší skupinu tvoří doba spánku 4-5 hodin a to u 18 (39,13 %) respondentů, 8 (17,42 %) pacientů uvedlo dobu nerušeného spánku 5-6 hodin a 5 (10,84 %) pacientů spí nepřerušeně 6 a více hodin.

Graf 19



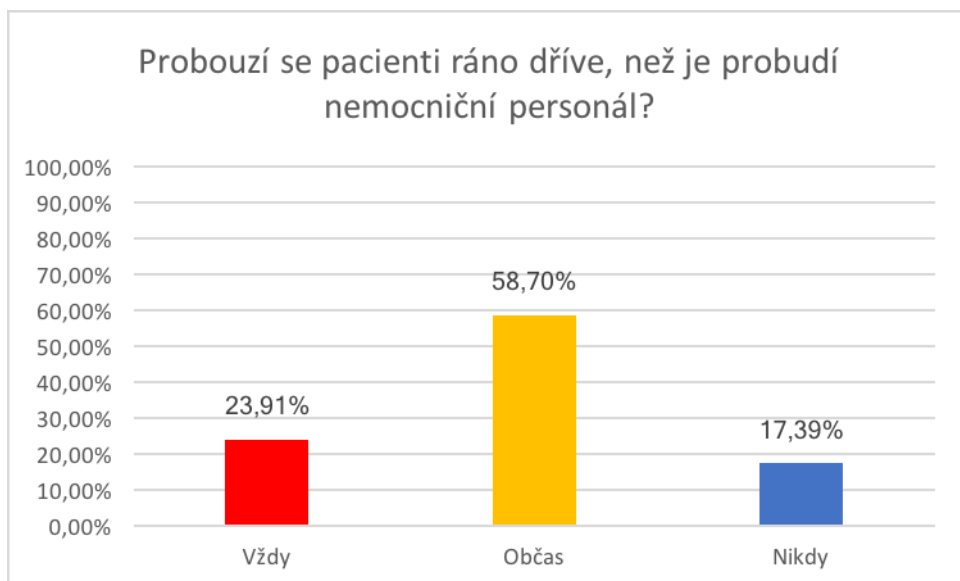
Graf znázorňuje, zda byly nabídnuty pacientům během hospitalizace léky na spaní. Větší polovině 25 (54,35 %) pacientům léky nabídnuty byly, menší polovině 21 (45,65 %) pacientům nabídnuty nebyly.

Graf 20



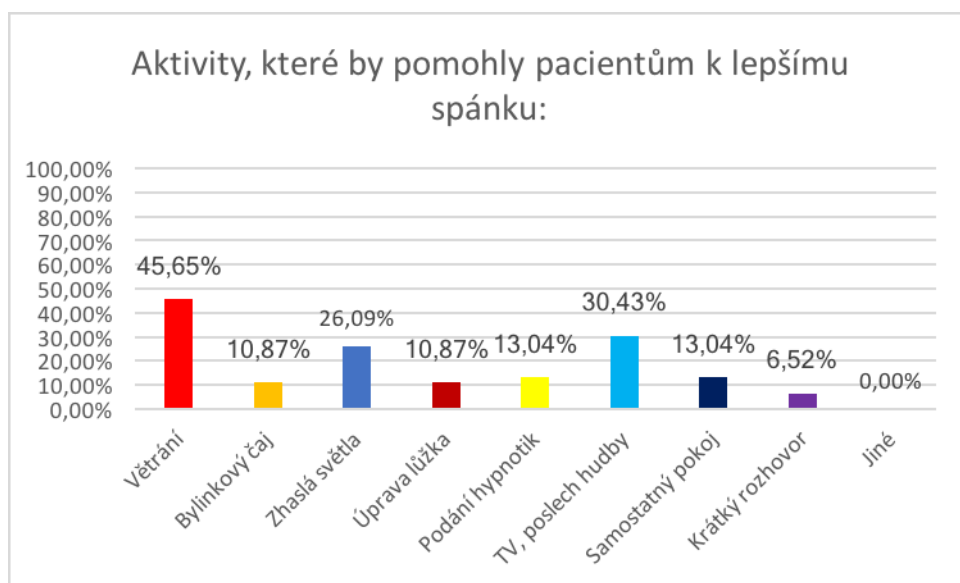
Graf uvádí, zda pacienti užívají léky na spaní během hospitalizace. 17 (36,96 %) klientů léky na spaní užívá, větší počet dotázaných 29 (63,04 %) léky na spaní nepotřebuje.

Graf 21



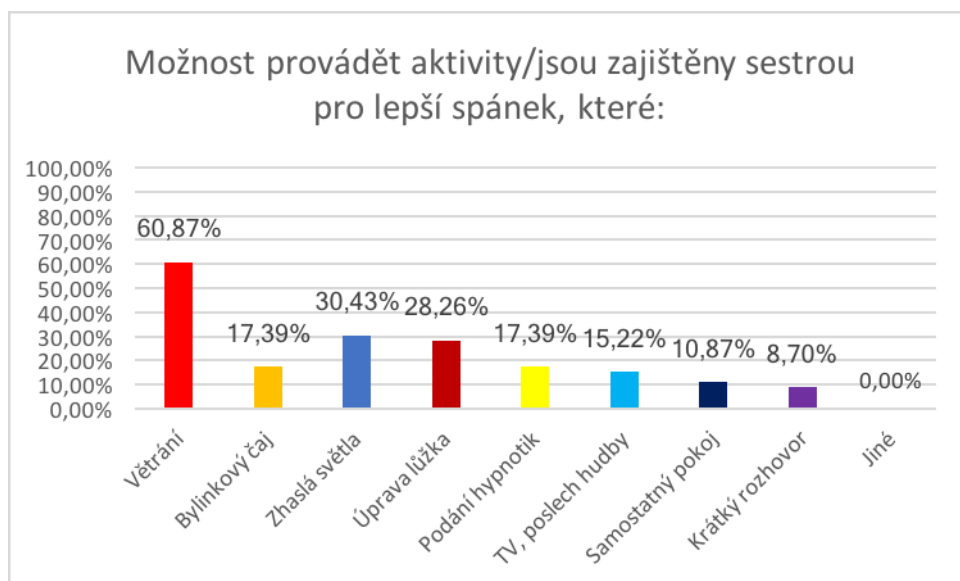
Graf zobrazuje, zdali se pacienti probouzejí dřív, než je probudí nemocniční personál. 11 (23,91 %) pacientů se budí vždy, 27 (58,70 %) pacientů se budí pouze občas a 8 (17,39 %) dotázaných se nebudí nikdy.

Graf 22



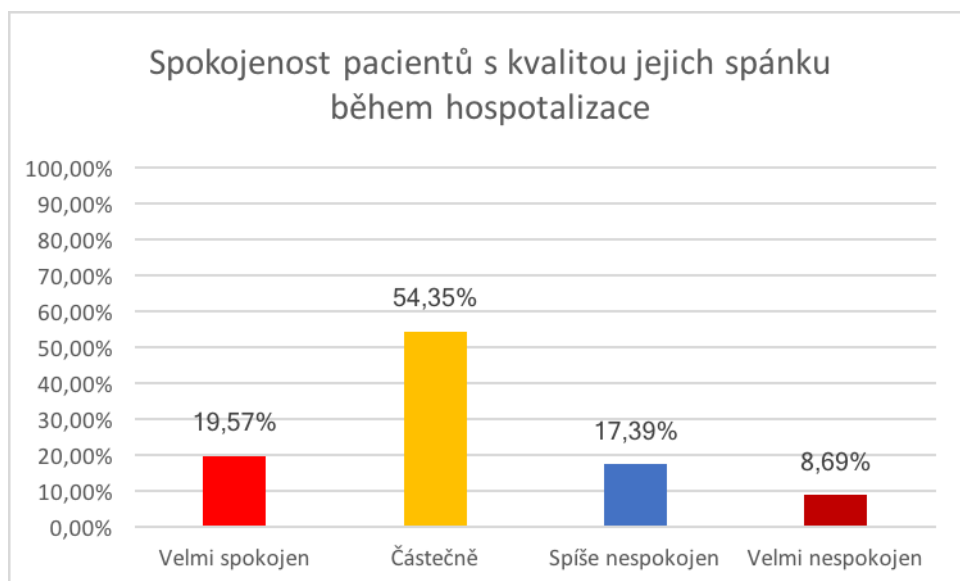
Graf ukazuje aktivity, které by pomohly pacientům k lepšímu spánku. 21 (45,65 %) pacientů požaduje řádné vyvětrání pokoje, 5 (10,87 %) klientům by pomohl bylinkový čaj, pro 12 (26,09 %) dotázaných jsou důležitá před spaním zhaslá světla, 5 (10,87 %) nemocným pomáhá k lepšímu spánku úprava lůžka, 6 (13,04 %) respondentů vyžaduje před spaním podání hypnotik, 14 (30,43 %) pacientů by uvítalo sledování TV, či poslech hudby, 6 (13,04 %) hospitalizovaných dává přednost samostatnému pokoji, krátký rozhovor pro lepší spánek by uvítali 3 (6,52 %) klienti. Jiné aktivity nejsou uvedeny žádné.

Graf 23



Graf znázorňuje, jaké aktivity mají možnost před spaním pacienti provádět a jsou zajištěny sestrou. 28 (60,87 %) pacientů potřebuje k lepšímu spánku vyvětraný pokoj, 8 (17,39 %) pacientům sestra uvaří bylinkový čaj, 14 (30,43 %) dotázaných vyžaduje zhaslá světla, 13 (28,26 %) klientům sestra před spaním upraví lůžko, 8 (17,39 %) pacientům jsou podána hypnotika, sledování TV či poslech hudby je umožněno 7 (15,22 %) dotázaným pacientům, samostatný pokoj je zajištěn pro 5 (10,87 %) pacientů, krátký rozhovor se sestrou potěšil 4 (8,70 %) pacienty. A jako jiné nejsou uvedeny aktivity žádné.

Graf 24



Graf popisuje spokojenost pacientů s kvalitou spánku během hospitalizace. Velikou spokojenost uvedlo 9 (19,57 %) pacientů, největší počet 25 (54,35 %) respondentů je spokojeno pouze částečně, spíše nespokojenost uvedlo 8 (17,39 %) dotázaných a 4 (8,69 %) pacienti se cítí velice nespokojeni s kvalitou spánku v nemocnici.

2.6 Analýza výzkumných otázek

Výzkum byl realizován pomocí dotazníkového šetření a byl zaměřen na pacienty, kteří byli hospitalizováni alespoň pár dní. To z důvodu, aby měli již nějakou zkušenost se spánkem v nemocničním zařízení. Výzkumu se zúčastnili pacienti z interního oddělení a oddělení spondylochirurgie ve Fakultní nemocnici Bulovka.

Dotazníkem byly získány všechny potřebné informace a poznatky respondentů. Dotazník byl anonymní a určený pro pacienty starší osmnácti let. Oslovila jsem celkem 46 pacientů, kteří se výzkumu zúčastnili a dotazník vyplnili. Otázky v dotazníku byly převážně uzavřené, některé polouzavřené. Znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 4.

Dotazník obsahoval celkem 24 otázek zaměřených zprvu na obecné informace o pacientech. Výzkumu se zúčastnilo 24 mužů a 22 žen. Největší část respondentů tvořili pacienti ve věku 61 a více let (69,57 %).

Následující otázky (3-10) se týkaly spánku a usínání v domácím prostředí. Tyto informace byly stěžejními hlavně pro porovnání se spánkem a usínáním během hospitalizace. Na spánek a usínání v nemocničním prostředí byly zaměřené otázky číslo 11-23. Porovnáním odpovědí lze pozorovat, zda a v čem se spánek a usínání v domácím a nemocničním prostředí liší. Poslední 24. otázka měla za cíl zjistit, jak celkově jsou pacienti se svým spánkem a jeho kvalitou v nemocnici spokojeni.

Získané výsledky byly velmi zajímavé a přínosné v mnoha ohledech. Vzhledem k aktuální situaci v nemocnicích, která se týká onemocnění Covid-19 a která zkomplikovala nejen dotazníkové šetření, se podařilo oslovit dostatečný počet respondentů. Hypotézy jsem se snažila potvrdit či vyvrátit pomocí cílených otázek směrem k respondentům. Stanovila jsem si 4 hypotézy.

První hypotéza

Jako první hypotézu jsem si stanovila, že se domnívám, že méně než 45 % pacientů má uspokojenou potřebu spánku během hospitalizace. Tedy, že větší část pacientů uspokojenou potřebu spánku během hospitalizace nemá. Otázka číslo 11,

13, 14, 16 a 17 se vázaly k této hypotéze. Z vyhodnocení těchto otázek vyplývá, že hypotéza je spíše pravdivá. Analýza otázky číslo 11 (Máte problém s usínáním v nemocničním prostředí?) ukazuje, že 27 (58,70 %) problém s usínáním v nemocnici má a 19 (41,30 %) dotázaných problém nemá. To značí, že více pacientů problém při usínání pociťuje a těch, kteří ne, je méně než 45 %. Otázka číslo 11 podporuje první hypotézu. Z analýzy otázky číslo 13 (Počet hodin spánku během hospitalizace?) vyplývá, že 21 (45,65%) dotázaných spí méně než 6 hodin, 14 (30,43%) 6-8 hodin a 11 (23,92%) pacientů spí více než 8 hodin. Nevšimalová (2016, s. 111) uvádí, že „Za ideální množství nočního spánku je v dospělém věku považováno 7-8 hodin“. Otázka číslo 13 velmi těsně hypotézu nepodporuje. Z analýzy otázky číslo 14 (Cítíte se ráno odpočatě v nemocničním prostředí?) vychází, že 21 (45,65%) pacientů se cítí odpočatě, ale větší počet 25 (54,35%) se odpočatě necítí. I když větší část pacientů se po probuzení necítí odpočatě, procentuální výsledek velmi těsně hypotézu nepodporuje. Z analýzy otázky číslo 16 (Budíte se během nočního spánku v nemocničním prostředí?) a 17 (Uveďte důvod Vašeho nočního probuzení) plyne, že 20 (43,48%) ano, a stejný počet pacientů 20 (43,48%) se budí jen občas a pouze 6 (13,04%) pacientů se vůbec nebudí. Jako nejčastější důvody pacienti uvádějí, že 5 pacientům (10,87%) vadí přítomnost zdravotníků, největšímu počtu dotázaných 14 (30,43%) vadí ruch na oddělení, 7 (15,22%) pacientů se budí kvůli nočnímu močení, 8 (17,39%) respondentů uvedlo, že je budí bolest, 7 (15,22%) pacientů uvádí jako důvod nočního buzení stres, taktéž 7 (15,22%) pacientů uvádí, že důvodem buzení je nepohodlné lůžko a jako jiné důvody jsou uvedeny problémy s nespavostí a cizí prostředí u 2 (4,35%) pacientů. Noční buzení u většiny pacientů a velký počet negativních důvodů podporují hypotézu. Hypotéza se potvrdila.

Druhá hypotéza

Druhá hypotéza předpokládá, že nejvýznamnějším faktorem, který negativně ovlivňuje potřebu spánku u hospitalizovaných pacientů, je změna prostředí. Tuto hypotézu zodpovídá otázka číslo 12. Pacienti, kteří v předchozí otázce číslo 11 uvedli, že mají problém s usínáním v nemocničním prostředí, mohli v této otázce uvést konkrétní důvody. Z analýzy otázky můžeme pozorovat,

že strach z nemoci má 5 (10,87%) dotázaných, 1 (2,17%) pacient uvádí jako příčinu problému strach o své blízké, 8 (19,39%) pacientů se necítí dobře v rušném prostředí, 10 (21,74%) se necítí dobře v cizím prostředí, 8 (19,39%) dotázaným vadí přítomnost spolupacientů, 2 (4,35%) ruší přítomnost zdravotníků na pokoji, 4 (8,70%) pacienti jako příčinu uvedli, že jim je teplo, nebo zima, 6 (13,04%) pacientů se cítí nepohodlně a jako jiné uvedli 2 (4,35%) respondenti, že nemohou usnout bolestí, nebo jim chybí TV. Nejvíce mají pacienti skutečně problém se změnou prostředí (21,74%). Hypotéza byla potvrzena.

Třetí hypotéza

Třetí hypotéza se týkala užívání hypnotik během hospitalizace. Stanovila jsem si, že se domnívám, že hypnotika jsou během hospitalizace podávána více než 70 % pacientů. K této hypotéze se vztahuje otázka číslo 20, která měla za cíl zjistit, kolik pacientů užívá během hospitalizace léky na spaní a tím potvrdit nebo vyvrátit hypotézu číslo 3. Z analýzy otázky vyplývá, že 17 (36,96%) klientů léky na spaní užívá, větší počet dotázaných 29 (63,04%) léky na spaní během hospitalizace neužívá. Hypotéza nebyla potvrzena. Nicméně je zajímavé porovnat tuto otázku s otázkou číslo 6. Ta se ptá, zda pacienti užívají léky na spaní v domácím prostředí. Na tuto otázku odpovědělo pouze 7 (15,22%), že ano, a 39 (84,78%) že ne. Z tohoto zjištění vyplývá, že během hospitalizace užívá léky na spaní o 10 respondentů více než je tomu v domácím prostředí.

Čtvrtá hypotéza

Čtvrtá hypotéza předpokládá, že více než 40 % pacientů je nespokojených s kvalitou svého spánku během hospitalizace. Poslední otázka číslo 24 se přímo váže ke čtvrté hypotéze, tedy, že více než 40 % pacientů je nespokojených s kvalitou svého spánku během hospitalizace. Otázka se pacientů ptá, jestli jsou spokojeni s kvalitou svého spánku během hospitalizace. Analýza otázky ukazuje, že 9 (19,57%) pacientů je velmi spokojeno, největší počet 25 (54,35%) respondentů je spokojeno pouze částečně, spíše nespokojenost uvedlo 8 (17,39%) dotázaných a 4 (8,69%) pacienti se cítí velice nespokojeni s kvalitou svého

spánku v nemocnici. Hypotéza nebyla potvrzena. Většina pacientů je alespoň částečně spokojena s kvalitou svého spánku během hospitalizace.

2.7 Shrnutí

Výzkum potvrdil hypotézy číslo jedna a dva. Tedy, že méně než 45 % pacientů má uspokojenou potřebu spánku během hospitalizace a že nejvýznamnějším faktorem, který negativně ovlivňuje potřebu spánku u hospitalizovaných pacientů, je změna prostředí.

Při porovnávání otázek zaměřených na uspokojování potřeby spánku v domácím a nemocničním prostředí byly rozdíly v odpovědích velmi zřetelné. V domácím prostředí uvádí 71,74 % respondentů jako běžnou dobu spánku minimálně 6-8 hodin. Oproti tomu v nemocnici je takových pacientů už jen 50,35 %. V domácím prostředí nemá s usínáním problém 89,14 % respondentů, v nemocnici už jich problémy s usínáním neudává jen 41,30 %. Co se týká pocitu odpočatosti po probuzení, v domácím prostředí se 73,91 % respondentů cítí odpočatě, ale v nemocničním prostředí se ráno cítí odpočatě jen 45,65 % pacientů.

Zamítnuty byly hypotézy číslo tři a čtyři. Tedy že hypnotika jsou během hospitalizace podávána více než 70 % pacientů a že více než 40 % pacientů je nespokojených s kvalitou svého spánku během hospitalizace.

Během hospitalizace užívá léky na spaní pouze 36,96 % pacientů. Je ale zajímavé porovnání otázek týkajících se užívání hypnotik v domácím a nemocničním prostředí. V domácím prostředí pravidelně hypnotika užívá pouze 7 (15,22%) respondentů. Z tohoto zjištění vyplývá, že během hospitalizace užívá léky na spaní o 10 respondentů více, než je tomu v domácím prostředí. Zamítnutí poslední čtvrté hypotézy je příjemné zjištění, jelikož pacienti celkově hodnotí svůj spánek v nemocnici lépe, než jsem očekávala.

3 DISKUSE

Zdravotníci se často setkávají s pacienty, kteří nejsou s kvalitou svého spánku úplně spokojeni a stěžují si na něj. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jestli mají pacienti dostatečné podmínky pro usínání a spánek, a poté také zmapovat, které faktory na uspokojování potřeby spánku u hospitalizovaných pacientů mají vliv.

Spánek je jednou ze základních potřeb člověka a ve stavu, kdy je zdraví člověka narušeno, je potřebný neméně. Problém se spánkem u hospitalizovaného člověka znamená další komplikace. Pokud se zdravotník setká s pacientem, který problém se spánkem udává a stěžuje si na něj, je potřeba se jím zabývat. Důležité je pátrat po příčině nespavosti, jelikož ne každý problém se spánkem je nutný řešit hypnotiky. Toto se shoduje s názorem Čerňanské (2006). Větší účinek může přinést vyhledání příčiny nespavosti a její odstranění, ne až řešení jejího následku.

Respondenti v dotaznících uvádějí, že je jejich spánek negativně ovlivněn změnou prostředí. Prostor, ve kterém se pacient ocitne, je pro něj najednou nové a cizí a nemusí se v něm cítit příjemně. Pacienti v dotazníku zmínili, že jejich usínání a spánek narušuje ruch na oddělení. V porovnání s bakalářskou prací, která se zabývá uspokojováním potřeby spánku u nemocných na JIP, jsou výsledky srovnatelné, pokud se jedná o faktor, který narušuje usínání. Z výsledků obou výzkumů vyplývá, že zhruba stejný procentuální počet respondentů nejčastěji uvádí jako negativní faktor změnu prostředí a ruch. Dokonce v případě, kdy pacienti měli uvést důvod nočního probuzení, uvádí větší procentuální zastoupení respondentů z mého výzkumu jako důvod ruch na oddělení než respondenti, kteří se zúčastnili výzkumu na jednotce intenzivní péče. Těm naopak nejvíce narušuje spánek přítomnost sestry. V našem výzkumu přítomnost zdravotníků nevyhodnotili respondenti jako důvod nočního probuzení skoro vůbec. Srovnání mě překvapilo, jelikož jednotka intenzivní péče je například kvůli monitoračním přístrojům daleko rušnější oddělení.

Pacienti zmiňovali jako faktor ovlivňující jejich usínání a spánek také nepohodlí. Také ale uvádějí, že úprava lůžka před spaním jim je umožněna. Stejně jako většina činností, které by jim pomohly k lepšímu spánku včetně větrání a

zhaslých světel. Dokonce ti pacienti, kterým by pomohl k lepšímu spánku krátký rozhovor, tak dle výzkumu k němu před spánkem dochází. Aktivita, která by sice pacientům k lepšímu spánku mohla dopomoci, ale není uspokojena, je sledování televize či poslech hudby před spánkem. Na odděleních, kde výzkum probíhal, takovou možnost pacienti bohužel nemají, jelikož na pokojích televize nejsou. V některých případech by pacienti také ocenili samostatný pokoj.

Je třeba si uvědomit, že během hospitalizace je pacient vystaven mnoha negativním faktorům a mnohé z nich může vnímat mnohem intenzivněji. Například právě veškeré rušivé elementy v cizím prostředí mohou způsobovat poruchu spánku.

4 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jestli mají pacienti dostatečné podmínky pro usínání a spánek, a poté také zmapovat, které faktory na uspokojování potřeby spánku u hospitalizovaných pacientů mají vliv. Poruchy spánku jsou v dnešní společnosti velmi rozšířené. Avšak podle mého názoru je této problematice věnována jen minimální pozornost. Přitom kvalitní a dostatečný spánek je nesporně nenahraditelnou součástí pro spokojený život a přežití vůbec. Pomocí dotazníků jsem od respondentů získala odpovědi na otázky týkající se uspokojování potřeby spánku v domácím i nemocničním prostředí.

Výzkum mě v některých částech příjemně překvapil. Konkrétně zjištění, že v závěru uvedla výrazně menší část respondentů nespokojenost s celkovou kvalitou svého spánku během hospitalizace. Nicméně je velmi podstatné se spánkové problematice i nadále věnovat.

Při uspokojování potřeby spánku je stejně důležité jako u všech ostatních potřeb přistupovat k nemocnému holisticky. Je důležité brát v potaz individuální potřeby člověka. Problémy s usínáním a nekvalitním spánkem má stále více pacientů. Je velmi důležité umět a chtít těmto pacientům naslouchat a poradit, jak zmírnit nebo odstranit jejich potíže.

Výzkumná část byla zaměřena na zjištění, zda mají pacienti dostatečné podmínky pro usínání a spánek a které faktory na toto mají vliv. Z výzkumu jasně vyplývá, že spánek pacientů se v domácím a nemocničním prostředí velmi liší. Během hospitalizace bývá spánek kratší a přerušovaný. Co se týká usínání, respondenti uvádějí obtíže spojené s usínáním mnohem častěji v nemocnici než v domácím prostředí. Také někteří pacienti během hospitalizace užívají hypnotika, která běžně nevyhledávají a neužívají. Faktory, na které je třeba se při uspokojování potřeby spánku zaměřit a které je potřeba co nejvíce eliminovat, jsou vázané na okolnosti spojené s hospitalizací samotnou a vším, co ji doprovází. Patří sem snaha zajistit nemocným především tiché, klidné, pohodlné, bezpečné a přátelské prostředí. Zajištění tichého prostředí a vytvoření vhodných podmínek mohou být pro kvalitní spánek naprosto rozhodující.

Nové poznatky o této problematice, které jsem získala díky mnoha zajímavým zdrojům a výzkumnému šetření, určitě nadále využiji a doufám, že ještě rozšířím během mé pracovní praxe. Konkrétně to bude snaha o zajištění tichého a klidného prostředí pro noční spánek pacientů.

Seznam použité literatury

BORZOVÁ, Claudia, 2009. Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2978-7.

ČERŇANSKÁ, Renata, 2006. Spánek a sny - poslové noci. Diagnóza v ošetrovatelství. **2**(10), 389-390. ISSN 1801-1349.

DOENGES, Marilyn E. a Mary Frances MOORHOUSE, 2001. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0242-8. s. 327-334

IDZIKOWSKI, Christopher, 2012. Zdravý spánek: bez problémů usněte, vydržte klidně spát, osvěžte tělo i ducha. V Praze: Slovart. Jak na to (Slovart). ISBN 978-80-7391-545-2.

KELNAROVÁ, Jarmila a kol., 2009. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 2. ročník. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3105-6. s. 22-27

MARTÍNKOVÁ, Jiřina, 2018. Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4157-4.

MILETÍNOVÁ, Eva a BUŠKOVÁ, Jitka, 2018. Poruchy spánku u seniorů a možnosti jejich léčby. Psychiatrie pro praxi. **19**(3), 116-122. ISSN 1213-0508.

MOUREK, Jindřich, 2005. Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada. ISBN 80-247-1190-7.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, 2016. K čemu je spánek užitečný-a co když je ho příliš? To nejlepší ze současné české medicíny. Praha, s. 111-117. ISBN 978-80-88046-10-3.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, 2007. Poruchy spánku - příčiny, diagnostika a léčba. Sestra. **17**(3), 44-45. ISSN 1210-0404.

PAVLÍČKOVÁ, Lenka. *Uspokojování potřeby spánku u nemocných na JIP* [online]. Plzeň, 2012 [cit. 2021-05-10]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Nováková. Dostupné z: <https://theses.cz/id/stvi78/?lang=cs>

PLHÁKOVÁ, Alena., 2013. Spánek a snění: vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0365-0.

PNEUMO – HOST s.r.o., Epworthská škála spavosti – ESS. [staženo dne 10.5.2021]. Dostupné z: <https://pneumo-host.cz>

PRAŽÁKOVÁ, Lucie, 2015. Duševní zdraví. Ošetrovatelská péče. **2015**(2), 16-18. ISSN 2336-1603.

ROKYTA, Richard a kol., 2015. Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4867-2. s. 613-620

ROŠKOVÁ, Silvia, 2013. Odpočinek a spánek. Sestra. Praha, **23**(1), 35-37. ISSN 1210-0404.

SEIDL, Zdeněk, 2008. Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2733-2. s. 117-118

SHAH, Phalgun and KRISHNAN, Vidya, 2019. Hospitalization and sleep. American Thoracic Society. **199**(10), p. 19-20. PMID: 31090454.

SLÁDKOVÁ, Renata, 2006. Problematika spánku u hospitalizovaných pacientů. *Diagnóza v ošetřovatelství*. **2**(10), s. 387-388. ISSN 1801-1349.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠIMEK, Jiří, 2006. Odpočinek a spánek. *Diagnóza v ošetřovatelství*. **2**(10), 386. ISSN 1801-1349.

TRACHTOVÁ, Eva a kol., 2001. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. nezměn. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-324-8.

VÁCLAVÍK, Vladimír. Hierarchie potřeb podle A. Maslowa. Otevřené vyučování, [staženo dne 15.2.2021]. Dostupné z: <http://www.otevrene-vyucovani.cz>

WALKER, Matthew P., 2018. *Proč spíme: odhalte sílu spánku a snění*. Přeložil Filip DRLÍK. Brno: Jan Melvil Publishing. Pod povrchem, 2018. ISBN 978-80-7555-050-7.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Hierarchie potřeb podle A. Maslowa

Zdroj: VÁCLAVÍK, Vladimír. Hierarchie potřeb podle A. Maslowa. Otevřené vyučování, [staženo dne 15.2.2021]. Dostupné z: <http://www.otevrene-vyucovani.cz>

Příloha č. 2: Epworthská škála spavosti – ESS

Zdroj: PNEUMO – HOST s.r.o., Epworthská škála spavosti – ESS. [staženo dne 10.5.2021]. Dostupné z: <https://pneumo-host.cz>

Příloha č. 3: Morinův spánkový dotazník

Zdroj: BORZOVÁ, Claudia, 2009. Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2978-7. s. 22

Příloha č. 4: Dotazník k bakalářské práci na téma: Uspokojování potřeby spánku u hospitalizovaných pacientů.

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 5: Žádost o umožnění šetření v rámci závěrečné práce studentů VOŠ/VŠ/univerzit a smlouva o zabezpečení odborné praxe nad rámec výuky – Dotazníkové šetření.

Přílohy

Příloha č. 1



Hierarchie potřeb podle A. Maslowa

Příloha č. 2

EPWORTSKÁ ŠKÁLA SPAVOSTI

Dřímáte nebo usínáte v situacích uvedených níže?; nejedná se o pocit únavy.

Otázky se týkají poslední doby Vašeho života. Jestliže jste žádnou z uvedených situací neprožil/a zkuste si představit jak by Vás ovlivnila.

Vyberte nejvhodnější odpověď a obodujte každou otázku 0 - 3 body.

0 = nikdy bych nedřímával/neusínal.

1 = slabá pravděpodobnost dřímoty nebo spánku.

2 = střední pravděpodobnost dřímoty nebo spánku.

3 = vysoká pravděpodobnost dřímoty nebo spánku.

Otázka	Situace	Body
1.	Při četbě v sedě	
2.	Při sledování televize	
3.	Při nečinném sezení na veřejném místě	
4.	Při hodinové jízdě v autě – jako spolujezdec	
5.	Při odpoledním ležení, když to okolnosti dovolují	
6.	Při rozhovoru v sedě	
7.	V sedě, v klidu, po jídle, bez alkoholu	
8.	V automobilu stojícím několik minut v dopravní zácpě	
Celkem		

Vyhodnocení:

0-10 norma

11-12 nízké riziko nadměrné denní spavosti

13-15 střední riziko nadměrné denní spavosti

16-24 těžké riziko nadměrné denní spavosti



Příloha č. 3 Morinův spánkový dotazník

škála 0 = vůbec 1 = lehce 2 = středně 3 = výrazně 4 = extrémně	před léčbou	1. týden	2. týden	3. týden	4. týden	5. týden	6. týden	7. týden
potíže s usínáním								
časté nebo dlouhotrvající noční probuzení								
příliš časně ranní buzení								
Jak jste spokojený/á se svým spánkem v poslední době?								
Do jaké míry potíže se spán- kem narušují denní výkon- nost?								
Do jaké míry, podle vás, zaznamenává vaše potíže okolí?								
Do jaké míry se zabýváte svými potížemi se spánkem?								

Dotazník k bakalářské práci na téma: Uspokojování potřeby spánku u hospitalizovaných pacientů.

Dobrý den,

jmenuji se Natálie Zahradníková a jsem studentka oboru VŠEOBECNÁ SESTRA na 3.LF Univerzity Karlovy v Praze. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku, který je nezbytný pro zpracování mé bakalářské práce na téma Uspokojování potřeby spánku u hospitalizovaných pacientů. Výzkum je zcela anonymní, získaná data použiji pouze pro účely bakalářské práce. Děkuji mockrát za Vaši ochotu.

Zvolenou variantu/ty prosím zakroužkujte.

1) Pohlaví

- muž
- žena

2) Věk

- do 20 let
- 21-30 let
- 31-50 let
- 51-60 let
- 61 a více

3) V kolik hodin obvykle usínáte? (v domácím prostředí)

- před 20 hod
- mezi 20-23 hod
- později než 23 hod

4) Jak dlouho obvykle spíte? (v domácím prostředí)

- méně než 6 hodin
- 6-8 hodin
- více než 8 hodin

5) Máte problémy s usínáním v domácím prostředí?

- ano
- ne

6) Užíváte pravidelně léky na spaní? (v domácím prostředí)

- ano
- ne

7) Cítíte se ráno odpočatě? (v domácím prostředí)

- ano
- ne

8) Spíte přes den? (v domácím prostředí)

- ano
- občas
- nikdy

9) Provádíte v domácím prostředí některé aktivity pro lepší spánek?

- ano
- ne

10) Pokud ano, jaké?

- větrání
- bylinkový čaj
- procházka
- četba
- TV nebo hudba
- cvičení
- koupel
- jiné

11) Máte problém s usínáním v nemocničním prostředí?

- ano
- ne

12) Pokud ano, z jakého důvodu?

- strach z nemoci
- strach o blízké
- rušné prostředí
- cizí prostředí
- přítomnost spolupacientů
- přítomnost zdravotníků na pokoji
- teplo nebo zima
- nepohodí
- jiné, uveďte...

13) Počet hodin spánku během hospitalizace

- méně než 6 hodin
- 6-8 hod
- více než 8 hodin

14) Cítíte se ráno odpočatě? (v nemocničním prostředí)

- ano
- ne

15) Spíte přes den? (v nemocničním prostředí)

- ano
- občas
- nikdy

16) Budíte se během nočního spánku? (v nemocničním prostředí)

- ano
- občas
- ne

17) Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ano, občas – uveďte jaký je důvod/důvody Vašeho nočního probuzení:

- špatný sen
- přítomnost nemocničního personálu na pokoji
- ruch na oddělení
- noční močení
- bolest
- stres
- nepohodlné lůžko
- jiné, uveďte jaké

18) Kolik hodin nerušeného spánku v nemocnici spíte?

- 1-2
- 2-3
- 3-4
- 4-5
- 5-6
- 7 a více

19) Byli Vám během hospitalizace nabídnuty léky na spaní?

- ano
- ne

20) Užíváte během hospitalizace léky na spaní?

- ano
- ne

21) Probouzíte se ráno dříve, než Vás probudí nemocniční personál?

- vždy
- občas
- nikdy

22) Jsou nějaké aktivity, které by Vám pomohly k lepšímu spánku v nemocničním prostředí? Pokud ano, které:

- větrání
- bylinkový čaj
- zhaslá světla
- úprava lůžka
- podání hypnotik
- sledování TV/poslech hudby
- samostatný pokoj
- krátký rozhovor
- jiné

23) Máte možnost provádět aktivity/ jsou zajištěny sestrou pro lepší spánek, které:

- větrání
- bylinkový čaj
- zhaslá světla
- úprava lůžka
- podání hypnotik
- sledování TV/poslech hudby
- samostatný pokoj
- krátký rozhovor
- jiné

24) Jste spokojen/á s kvalitou svého spánku během hospitalizace?

- velmi spokojen
- částečně
- spíše nespokojen
- velmi nespokojen



NEMOCNICE NA BULOVICE
180 81 Praha 8, Budínova 67/2

Žádost o umožnění šetření v rámci závěrečné práce studentů VOŠ/VŠ/univerzit	
Příjmení a jméno žadatele: <i>Bahradimková Natálie</i>	
Kontaktní adresa: <i>L. Svobody 819, Věcklabeč</i>	
Telefon: <i>604349600</i>	E-mail: <i>natka.zh@seznam.cz</i>
Škola/univerzita: <i>3 LF, UK</i>	
Obor studia: <i>Všeobecná sestra</i>	
Téma závěrečné práce: <i>Uspokojování potřeb pacientů u hospitalizovaných pacientů</i>	
Termín sběru dat: <i>22.2.2021 - 31.3.2021</i>	
Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: <i>Interní, Onkologie</i>	
Zjišťované informace: <i>Uspokojování potřeb pacientů u hospitalizovaných pacientů</i>	
Forma prezentace dat: <i>Grafy a tabulky jako přílohy k diplomu</i>	
Datum: <i>20.1.2021</i>	Podpis žadatele: <i>Natálie Bahradimková</i>
Vyjádření odd. vzdělávání: Na základě RS o 3.LF UK - bezplatně. V Praze dne: <i>20.1.2021</i>	Úhrada v celkové výši: Kč Podpis: <i>Kováč</i>
Vyjádření vedoucího pracoviště: <i>viz příloha</i> V Praze dne:	<input checked="" type="radio"/> souhlasím / <input type="radio"/> nesouhlasím Podpis: <i>příloha - Objechtová</i>
Vyjádření náměstka ředitele: V Praze dne:	<input checked="" type="radio"/> souhlasím / <input type="radio"/> nesouhlasím Podpis: <i>Mgr. Štábl</i>

Poučení žadatele:

- 1) Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat.
- 2) Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní.
- 3) Po zpracování výsledků je žadatel povinen, je podložit příslušnému náměstkovi, který do tazníkové šetření povolil.
- 4) Prezentace výsledků s uvedením jména Nemocnice Na Bulovce je možná pouze se souhlasem ředitele Nemocnice Na Bulovce.
- 5) Poskytnuté osobní údaje budou zpracovány v souladu s GDPR

Smluvní strany:

Název: **Fakultní nemocnice Bulovka**
IČO: 000 64 211
DIČ: CZ 000642 11
Sídlem: Budínova 67/2, 180 81 Praha 8
Jednající: Mgr. Soňa Mendlová, náměstkyně pro oš. péči, na základě pověření
Bankovní spojení: Česká národní banka
Číslo účtu: 16231081/0710
dále jako „poskytovatel“ na straně jedné

a

Jméno a příjmení: **Natálie Zahradníková**
Datum narození: 4. 12. 1998
Bytem: L. Svobody 819, 543 01 Vrchlabí
dále jako „praktikant“ na straně druhé

se níže uvedeného dne, měsíce a roku dohodly ve smyslu ustanovení § 1746, odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, tak, jak stanoví tato

SMLOUVA O ZABEZPEČENÍ ODBORNÉ PRAXE

1 Postavení smluvních stran, vymezení základních pojmů

- 1.1. Poskytovatel je státní příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky, která byla dle ustanovení § 54 odst. 2 zákona č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, ve znění pozdějších předpisů, zřízená zřizovací listinou ministerstva zdravotnictví ze dne 10. 5. 2007, č. j. MZDR 2942/2007, ve znění rozhodnutí č. j. MZDR 17268-XI/2012 ze dne 29. 5. 2012 dle § 2 odst. 1 a § 4 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.
- 1.2. Předmětem činnosti poskytovatele je především poskytování ústavní i ambulantní komplexní všeobecné zdravotní péče. Předmětem činnosti poskytovatele je dále podílení se na zdravotnické výchově a vzdělávání.
- 1.3. Praktikant je fyzická osoba, student programu Všeobecné ošetřovatelství na 3. lékařské fakultě UK v Praze, což dokládá aktuálně platným potvrzením o studiu. Nad rámec svých předepsaných studijních povinností zamýšlí praktikant absolvovat odbornou praxi u poskytovatele.

2 Předmět smlouvy

- 2.1. Smluvní strany se dohodly, že poskytovatel umožní praktikantovi na vybraném pracovišti poskytovatele absolvování odborné praxe (dále také jen jako „**odborná praxe**“), a to na základě objednávky odborné praxe.
- 2.2. Praktikant se zavazuje za umožnění vykonání odborné praxe uhradit poskytovateli níže sjednanou úplatu.
- 2.3. Cílem a účelem odborné praxe je získání praktických zkušeností v oboru a bližší seznámení se s provozem daného pracoviště.
- 2.4. Poskytovatel se zavazuje, že vytvoří s ohledem na provoz příslušného pracoviště odpovídající podmínky pro průběh odborné praxe a bude udržovat její požadovanou úroveň.

3 Objednávka odborné praxe

- 3.1. Poskytovatel umožní odbornou praxi podle této smlouvy na základě písemné objednávky odborné praxe (dále jen „**objednávka**“).

3.2. Vyplněnou objednávku doručí praktikant na oddělení vzdělávání poskytovatele osobně, elektronickou nebo běžnou poštou, nejpozději 30 dní před termínem zahájení požadované odborné praxe.

3.3. Pověřená osoba poskytovatele objednávku písemně potvrdí a pověří školitele odpovědného za vedení odborné praxe.

4 Místo a doba výkonu odborné praxe

4.1. Odborná praxe bude vykonávána v časovém rozsahu odpovídajícímu týdenní pracovní době dle zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, s jejím rovnoměrným rozvržením s přestávkami na jídlo a odpočinek.

4.2. Místem výkonu odborné praxe je pracoviště poskytovatele: **Interní oddělení, Ortopedická klinika**

4.3. Odborná praxe se uskuteční pod vedením školitelky: **v. s. Mgr. Lucie Kramešová, v. s. Bc. Jana Maláková**

4.4. Odborná praxe se uskuteční **v termínu od 22. 2. 2021 do 31. 3. 2021, na základě domluvy se školitelkou.**

5 Úhrada odborné praxe

5.1. Smluvní strany se dohodly, že na základě uzavřené rámcové smlouvy mezi 3. LF UK v Praze a poskytovatelem bude odborná praxe nad rámec povinné výuky poskytnuta zdarma.

6 Další práva a povinnosti smluvních stran

6.1. Praktikant se zavazuje:

- spolupracovat se školitelem a pověřeným zaměstnancem poskytovatele při provádění odborné praxe a odstraňovat případné nedostatky během jejího výkonu,
- zajistit si na vlastní náklady vhodný pracovní oděv a obuv,
- nenastoupit nebo přerušit odbornou praxi, pokud mu budou známy okolnosti týkající se zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na výkon odborné praxe, tyto skutečnosti je praktikant povinen bezodkladně písemně oznámit oddělení vzdělávání poskytovatele a školiteli,
- před nástupem na odbornou praxi svým podpisem potvrdit, že je seznámen se svými povinnostmi, náplní odborné praxe a že je řádně očkován proti infekčním nemocem v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů,
- v případě, že si nezajistí potřebná očkování, odpovídat poskytovateli za veškeré škody, které mu v souvislosti s porušením této povinnosti vzniknou,
- zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se při výkonu odborné praxe dozví, a to jak obecně dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, tak dle zákonů platných ve zdravotnictví, zejm. dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

6.2. Poskytovatel se zavazuje:

- v době výkonu odborné praxe umožnit praktikantovi přístup do všech prostorů na pracovišti nezbytných pro výkon odborné praxe,
- umožnit praktikantovi užívat hygienická zařízení a odkládání osobních věcí na bezpečném místě, pokud je to s přihlédnutím k povaze odborné praxe potřebné,
- nejpozději v den nástupu praktikanta na pracoviště proškolit ho z bezpečnostních, hygienických, protipožárních a jiných právních nebo vnitřních předpisů, platných u poskytovatele odborné praxe, jejichž znalost je nezbytná k výkonu odborné praxe a vybavit jej identifikačním štítkem.

7 Doba trvání smlouvy

7.1. Tato smlouva se uzavírá na dobu určitou, konkrétně na dobu konání odborné praxe dle ustanovení odstavce 4.4. této smlouvy.

7.2. Před uplynutím doby určené stanovené v předchozím odstavci může být tato smlouva ukončena i jedním z následujících způsobů:

- písemnou dohodou účastníků ke dni ve smlouvě uvedenému,
- doručením písemné výpovědi druhé smluvní straně, a to i bez uvedení důvodu,
- odstoupením od smlouvy za podmínek sjednaných v čl. 8 této smlouvy.

8 Odstoupení od smlouvy

8.1. Poskytovatel je oprávněn odstoupit od této smlouvy, jestliže:

- praktikant závažným způsobem a přes předchozí napomenutí, tedy opakovaně, porušil obecně závazné právní předpisy nebo vnitřní předpisy v oblasti BOZP, hygienické, požární nebo jiné, bezprostředně dopadající na činnosti vykonávané v průběhu odborné praxe,
- praktikant závažným způsobem porušuje pokyny udělované, které mu jsou udělovány při výkonu odborné praxe, a ohrožuje tak nebo narušuje průběh odborné praxe.

8.2. Praktikant je oprávněn odstoupit od smlouvy, jestliže poskytovatel:

- nevytvořil podmínky pro řádný výkon odborné praxe,
- neudržel v průběhu odborné praxe její náležitou úroveň, čímž se pro daný účel rozumí ohrožení cílů odborné praxe.

9 Závěrečná ustanovení

9.1. Tato smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

9.2. Tato smlouva může být změněna či doplněna pouze písemnými a číslovanými dodatky podepsanými oběma smluvními stranami.

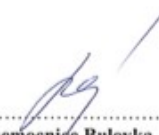
9.3. V případě, že některé ustanovení této smlouvy je nebo se stane neúčinné, zůstávají ostatní ustanovení této smlouvy účinná. Strany této smlouvy se zavazují nahradit neúčinné ustanovení této smlouvy ustanovením jiným, účinným, které svým obsahem a smyslem odpovídá nejlépe obsahu a smyslu ustanovení původního, neúčinného a úmyslu obou smluvních stran v den uzavření této smlouvy.

9.4. Tato smlouva je sepsána ve třech stejnopisech, z nichž poskytovatel obdrží dvě a praktikant jedno vyhotovení.

9.5. Smluvní strany výslovně prohlašují, že si smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a souhlasí se všemi jejími ustanoveními, což stvrzují svými zdola připojenými vlastnoručními podpisy, resp. podpisy svých oprávněných zástupců.

V Praze dne

V Praze dne


.....
Fakultní nemocnice Bulovka
Mgr. Soňa Mendlová
náměstkyně pro oš. péči, na základě pověření
Poskytovatel


.....
Natálie Zahradníková
praktikant



FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKA
Budínova 67/2, 180 81 Praha 8
IČO: 00064211, tel. 26608 1111
www.bulovka.cz

Natálie Zahradníková
Ludvíka Svobody 819
543 01 Vrchlabí

V Praze 8. 2. 2021

Věc: Smlouva o zabezpečení odborné praxe nad rámec výuky – Dotazníkové šetření

Vážená paní Zahradníková,

v příloze zasílám dle dohody stejnopis schválené Smlouvy o zabezpečení odborné praxe - Dotazníkového šetření.

S pozdravem a přáním hezkého dne

NEMOCNICE NA BULOVCE
180 81 Praha 8, Budínova 2
ODDĚLENÍ VZDĚLÁVÁNÍ
(1)

Petra Svatošová
Oddělení vzdělávání
tel.: 266 08 2533
petra_svatosova@bulovka.cz

* Příloha: dle textu

Seznam zkratk

EEG – elektroencefalografie

EKG – elektrokardiografie

EMG – elektromyografie

Non-REM/NREM – non rapid eye movement

REM – rapid eye movement

SAS – syndrom spánkové apnoe