

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Pavčina Janečková

Potřeba spánku u všeobecných sester

The need of sleep in general nurses

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Marsová

Praha, 2014

Identifikační záznam:

JANEČKOVÁ, Pavlína. *Potřeba spánku u všeobecných sester*. [The need for sleep in general nurses]. Praha, 2014. 81 s., 4 př. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Marsová, Jana.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a použitou literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 11. 4. 2011

Pavλίna Janečková

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá potřebou spánku u všeobecných sester. Skládá se ze dvou částí teoretické a výzkumné.

V teoretické části se nejprve zaměřuji na fyziologii, definici potřeb a zařazení spánku do hierarchie potřeb a samotným významem spánku. Dále se zabývám působením spánku na tělesné funkce, faktory ovlivňující spánek, délkou spánku u jednotlivých věkových skupin a samostatnou kapitolu tvoří přehled poruch spánku. Na kapitolu poruchy jsem se zaměřila o něco podrobněji z důvodu návaznosti na empirickou část, kde jsem vyhodnocovala nejčastější poruchy vyskytující se u sester v praxi, doporučené řešení lékařem či potřebnou délkou spánku k dostatečnému odpočínutí. Jedna z kapitol tvoří doporučení v podobě spánkové hygieny, které může vést k zlepšení spánkových návyků.

Empirická část spočívá v kvantitativním výzkumném šetření prováděného pomocí předtištěných anonymních dotazníků. Moji výzkumnou skupinu tvořili všeobecné sestry jednosměnného i vícesměnného ortopedického, interního, chirurgického a pediatrického oddělení nemocnice v Jablonci nad Nisou. Z celkového počtu 120 rozdaných dotazníků, bylo nakonec k mé práci využito 104. Cílem tohoto kvantitativního šetření bylo zmapovat nejčastější udávané poruchy a následky spojené se deficitem spánku, dále jsem se snažila najít možnou příčinu udávaných problémů. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že z celkového počtu sester tedy 104 (100%), 83,62 % udává určitý spánkový problém, ale jen 14,41 % dokázalo s tímto problémem navštívit lékaře. V závěru práce jsem shrnula veškeré poznatky vycházející z výzkumného šetření.

Klíčová slova: spánek, směnný provoz, všeobecná sestra

Abstract:

This thesis deals with the need for sleep among nurses. It consists of two parts: theoretical and research.

In the theoretical part I concentrate on physiology, classification and definition needs to sleep along hierarchy of needs and the importance of sleep. I also deal with effects of sleep on bodily functions, factors affecting sleep, sleep duration among different age groups and a separate chapter with an overview of sleep disorders. On chapter four I focused a little more detail because of the connection with the empirical part where I evaluated the most frequent disorder occurring in nurses in practice, the recommended solution physician or sleep duration required for sufficient rest. One chapter consists of recommendations in the form of sleep hygiene, which can lead to improved sleep habits.

The empirical part consists of a quantitative research study conducted using pre-printed anonymous questionnaires. My research group consisted of single-shift nurses and multi-shift orthopedic, internal, surgical and pediatric ward of the hospital in Jablonec nad Nisou. Of the 120 questionnaires distributed, 104 were eventually used to my job. Implementation of the survey took place from February 2015. The aim of this survey was to map quantitative frequently reported disorders and consequences associated with deficiency of sleep, then I tried to find the possible cause of the reported problems. From the survey it was found that the total number of nurses therefore 104 (100%), 83.62% indicates some sleep problem, but only 14.41% could this problem see a doctor. In conclusion, I summarized all of the evidence-based research.

Keywords: sleep, shift work, general nurse

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Ivě Eislerové a PhDr. Janě Marsové za odborné vedení mé práce, cenné rady z praxe i za užitečné připomínky, které mi pomohly vytvořit následující bakalářskou práci.

Obsah

Úvod	9
1 Spánek.....	11
1.1 Fyziologie spánku	12
1.1.1 Spánkové cykly.....	12
1.1.2 Spánková stádia	12
1.2 Potřeba spánku.....	14
1.3 Význam spánku.....	15
1.4 Spánek a tělesné funkce.....	16
1.5 Spánek v souvislosti se zdravotními riziky	16
2 Faktory ovlivňující spánek.....	18
2.1 Směnová a noční práce.....	18
2.2 Stres.....	19
2.3 Teplo a světlo	20
2.4 Věk	20
2.5 Biologické rytmy a jejich působení na spánek	20
3 Délka spánku.....	22
4 Principy spánkové hygieny	23
5 Relaxace.....	24
5.1 Dýchání.....	24
5.2 Autogenní relaxační trénink profesora Schultze.....	24
5.3 Uvolňování různých částí těla podle profesora Reicha.....	25
5.4 Jacobsonova progresivní relaxace.....	26
6 Přehled poruch spánku.....	27
6.1 Insomnie	27

6.2	Hypersomnie – zvýšená spavost	28
6.3	Parasomnie.....	29
6.4	Poruchy dýchání vázané na spánek.....	32
7	Léčba nespavosti	33
8	Empirická část.....	35
8.1	Námět výzkumu	35
8.2	Cíl práce.....	35
8.3	Metodika.....	36
8.4	Vyhodnocení výzkumného šetření vzhledem ke stanoveným cílům	58
8.5	Diskuze k výsledkům	59
9	Závěr	65
10	Citovaná literatura	67
	Seznam příloh	65
	Seznam tabulek	72
	Seznam grafů	73
	Seznam zkratk	74

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem zvolila spánek. Zaměřovala jsem se podrobněji na všeobecné vysvětlení pojmu spánek, fyziologii spánku, velkou roli hrají poruchy spánku, jeho nezastupitelný význam v lidském fungování i například faktory ovlivňující jeho následnou kvalitu. Toto téma mi osobně přišlo také poměrně blízké a to z několika důvodů. Prvním z nich byla velmi úzká souvislost mezi problematikou spánku a zdravotními sestrami. Myslím si, že toto téma je málo řešeno a někdy dokonce bagatelizováno, jsem však toho názoru, že tyto dva pojmy si jdou ruku v ruce. Jako budoucí sestra se budu s tímto problémem zřejmě také setkávat a ráda bych tedy věděla, co mě v budoucím povolání čeká a nemine. I když jsem si neuměla představit situaci, že bych někdy mohla podobným problémům čelit z důvodu nynějšího kvalitního a tvrdého spánku, dovedu si ale představit, že jednou tomu tak bude. Dalším z důvodů bylo, že se často ve svém okolí setkávám s lidmi, které mají se spánkem nejrůznější problémy, nejedná se tedy konkrétně o mě, jak už jsem naznačila, ale nemusím zabíhat až tak daleko a mohu zůstat ve svém nejbližším okolí. Je tedy vidět, že trápení se spánkem mají samozřejmě i lidé z jiných povolání, ti se však většinou snaží mu určitým způsobem čelit, u sester se však domnívám, že dochází k častému nesení problému dál a dál a spíše se pokouší si na to zvyknout, než to radikálně řešit. Proto můžeme v nemocnicích slyšet věty typu: „Dneska jsem toho zase moc nenaspala“. Lidé, kteří se spánkem žádné obtíže nemají, se tímto problémem většinou více nezaobírají. Ti, u kterých se ale toto trápení vyskytuje, by za klidný a nerušený spánek mnohdy vyměnili opravdu cokoliv.

Spánek je velmi důležitý k získání ztracené energii a k možnému dalšímu fungování a nejenom v nemoci má spánek léčivé účinky na celé tělo. Ne nadarmo se přeci říká: „Spánek léčí“. Pokud ho člověk nemá dostatečné množství, cítí se unavený, skleslý, dokáže být díky tomu celý den na své okolí nepříjemný, a co víc, může se dopouštět mnoha chyb, kterých si v dané situaci nemusí být ani vědom. Proto si myslím, že právě u zdravotnického personálu a konkrétně tedy u sester by měl být spánek na předních příčkách v jejich uspokojování. Velkou roli na kvalitu spánku má také směnný provoz, který musejí zdravotní sestry zvládat a přizpůsobit se mu. Následným nedostatkem kvalitního spánku může docházet k fyzickému vyčerpání a ke vzniku chyb v zaměstnání v kombinaci se stresem. To je také důvod, proč jsem chtěla vědět, jak jsou na tom právě sestry s kvalitou spánku.

Výsledky ke své výzkumné části jsem zjišťovala pomocí připravených anonymních dotazníků, které jsem sestavovala podle výběru těch nejdůležitějších kladených otázek. Vytvořila jsem otázky uzavřeného typu, ale objevily se i otázky typu otevřeného. Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry na ortopedickém, interním, chirurgickém a

pediatrickém oddělení vícesměnného i jednosměnného provozu. Zajímal mě jejich subjektivní pohled na oblast spánku. Mou snahou bylo zmapovat nejčastější poruchy spánku a jejich možné příčiny a následky a nalézt nejčastější řešení těchto potíží.

V teoretické části jsem se zaměřila hlavně na fyziologii, fáze a význam spánku, důsledky jeho nedostatečného uspokojování a rizikové faktory narušující jeho kvalitu. Zdůraznila jsem zde také pojem spánková hygiena, který může být pro některé lidi méně známým spojením, ostatně o znalosti tohoto pojmu jsem se přesvědčila v samotném dotazníku. Také jsem zmínila způsoby, kterými se v současné době dá bojovat proti nespavosti. Spadá sem velké množství nejrůznějších relaxačních metod, cvičení ale také námi oblíbená farmakoterapie. Zaměřovala jsem se z velké části na spánkový deficit, který bývá velmi často spojován se spánkem a u sester obzvlášť. Mým cílem bylo zjistit, jak tento deficit u sebe konkrétně pocítují, pokud se u nich tedy někdy vyskytoval a jak se na nich projevuje z jejich vlastního úhlu pohledu. Zajímaly mě jejich osobní metody na zlepšení, a pokud došlo až k návštěvě lékaře, tak jaká doporučení se jim dostalo. Má práce by zároveň měla vést k tomu, že se sestry nad tímto problémem pozastaví a zamyslí, a v mnoha případech zjistí, že jich se toto téma týká mnohem více, než si myslí. Mohlo by to zvýšit povědomí o tomto problému právě u nich samotných. A to je podle mého názoru první důležitý krok k tomu, aby se problematika spánku začala významným způsobem řešit a ne se ho jenom snažit bez řešení přejít, jak samy sestry přiznaly.

1 Spánek

„ Proti trampotám života dal Bůh člověku tři věci- naději, spánek a smích.“

Immanuel Kant

Spánek byl od pradávna považován za něco důležitého a rozhodujícího. Kolikrát i dnes slýcháváme „vyspíme se na to“ nebo „ráno moudřejší večera“. Mnoho lidí si také myslí, že ho ve spánku může něco důležitého napadnout. Spánek je neoddělitelnou a nutnou součástí života každého člověka. Většina lidí pojímá spánek ve 24 hodinovém rozvrhu jako etapu klidu, odpočinku a čerpání energie do dalšího dne. (Borzová, 2009, s. 11)

Proto je samotný spánek důležitým předpokladem pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví. Pro organismus má spánek ochranný a regenerační význam, proto pravidelný spánek pomáhá udržovat normální funkci centrálního nervového systému, je to jakýsi obranný mechanismus proti vyčerpání. Spánek jako potřeba je vnímám velmi individuálně a závisí na mnoha faktorech, jako je denní aktivita člověka, fyziologický stav organismu, věk a mnoho dalšího. Také nemocný člověk má vyšší potřebu odpočinku a spánku, potřebuje více energie na zvládnutí denních aktivit týkající se sebepečce a na návrat k normálnímu zdravotnímu stavu. (Trachtová, 2013, s. 69)

Jak je to ale s kvalitou spánku? V České republice stoupá každý rok počet spánkových poruch, podobně je tomu i jinde v Evropě. (Borzová, 2009, s. 9). Životní styl lidí se rychle mění a dnes spíme průměrně o dvě hodiny méně než na začátku minulého století. Spánek stojí v životosprávě na pozicích, které často ochuzujeme, přitom si někdy neuvědomujeme, že jde o základní lidskou potřebu. Při její nedostatečné saturaci jsou projevy nejen únava, ale může docházet i k následkům na zdraví. A co nás tedy vlastně vede k tomu, že nespíme dostatečně dlouho? Velký vliv má na to naše profese. Je potřeba pracovat na směny a stále se objevuje větší množství profesí, kde je potřeba pracovat trvale mimo dobu biologicky určenou pro bdění a to v noci. Další významný faktor souvisí spíše s trendem dnešní doby a to stále větší rozmanitost v možnostech večerní zábavy. (Žídková, 2005, s. 20-21)

Existují také studie, které poukazují na to, že trend krácení doby spánku v dnešní době se vyvinul ve stejném časovém období, kdy dochází k rapidnímu nárůstu prevalence obezity a diabetu. Důkazy se s postupem doby začínají shromažďovat a dochází k tomu, že chronická částečná ztráta spánku může opravdu zvyšovat riziku vzniku obezity a diabetu. (Knutson, Van Cauter, 2008, s. 287-304)

1.1 Fyziologie spánku

Spánek je fyziologický proces, se kterým se běžně setkáváme u všech obratlovců. Oproti bdělému stavu, kdy dochází k různému druhu chování, můžeme spánek charakterizovat jako stav klidu, volní motorické inaktivity a relaxace. (Rokyta, 2008, s. 383).

Jedná se o jakýsi heterogenní funkční stav organismu s typickými rytmickými cykly, rozděluje se do několika stádií a přechodů, je charakterizovanými určitými formami chování a dochází také ke změnám elektrofyziologickým, vegetativním a hormonálním. Je nezbytně nutný pro existenci organismu. Jeho nedostatek může vést jak k poruchám v oblasti CNS (únavnost, chybování, podrážděnost), tak v oblasti somatické (žaludeční či trávicí poruchy) (Mourek, 2005, s. 175)

1.1.1 Spánkové cykly

Spánek je proces cyklický, dynamický, který vzniká každou noc a jeho struktura má určitý cyklický charakter. Stejně jako je tomu u bdělosti, kde můžeme rozeznávat určité stupně bdělosti např. aktivní bdělost, bdělost pasivní, ospalost, můžeme také u spánku rozpoznávat různé úrovně hloubky spánku. U spánku lze popisovat spánkové cykly, fáze a stádia.

Spánkový cyklus tvoří dvě spánkové fáze. První tvoří spánek pomalý označován také jako non-REM spánek (NREM) nebo SWS (slow wave sleep), který se na EEG zobrazuje jako pomalé vlny. Druhá fáze je spánek rychlý nebo také paradoxní, kdy dochází k rychlým očním pohybům REM spánek (rapid eye movement), D-spánek (dream state). Spánkové cykly trvají u člověka zhruba 90 - 100 minut a během noci se jich vystřídá celkem 4-6. Na začátku a na konci noci bývají cykly kratší, než je tomu u cyklů uprostřed noci. Nejvíce REM spánku můžeme například pozorovat ráno před probuzením. (Rokyta, 2008, s. 383)

REM spánek neboli paradoxní je aktivní forma spánku, u které je záznam na EKG podobný jako záznam při bdění proto označení paradoxní spánek. V této fázi je vysoký práh probuzení, srdeční frekvence je nepravidelná.

NREM spánek lze pomocí EEG rozdělit na 4 stádia (I-IV stádia), která nastupují s prohlubováním spánku. (Vašutová, 2009, s. 17)

1.1.2 Spánková stádia

Spánková stádia nebo také fáze jsou určovány polygrafickými záznamy. Využívá se jak EEG, tak se také sleduje tonus šíjového svalstva, dýchání nebo dokonce elektrookulogram. Tonus šíjového svalstva vymizí, pokud dochází k přechodu od

pomalého spánku k rychlému. Pomalý spánek můžeme rozdělit do 4 stádií, které se postupně prohlubují a jsou vyhodnoceny změnami na EEG. Tyto stádia označujeme číslicemi I-IV.

I spánkové stádium charakterizované lehkým, povrchním spánkem. Předcházející α -aktivita (8- 13 Hz), která se objevuje u bdění se zavřenýma očima a u stavu relaxované bdělosti postupně mizí a objevují se ojedinělé vlny theta (4- 7 Hz)

Ve II stádiu se objevují nejen vlny theta ale také ojedinělá spánková vřetena a K-komplexy (trifázický potenciál, po kterém následuje vřetenová aktivita o frekvenci 12- 14 Hz)

Ve III stádiu mají převahu spánková vřetena a objevují se také pomalé vlny delta s frekvencí 0,5 – 4 Hz

Ve IV spánkovém stádiu dominuje vysokovoltážní pomalá δ -aktivita, podle ní se toto stádium označuje jako δ - spánek. Nejvíce δ -vln se objevuje při prvním spánkovém cyklu. (Rokyta, 2008, s. 384)

Podle doktorky Kateřiny Vašutové lze spánek definovat jako rytmicky se vyskytující stav organismu charakterizovaný sníženou reaktivitou na vnější podněty, sníženou pohybovou aktivitou a také typickými změnami aktivity mozku, které můžeme zjistit elektroencefalografií a sníženou kognitivní činností. Spánek není uniformní, ale lze rozdělit dva typy spánku – spánek REM, spánek NREM. Střídání spánkových stádií můžeme nazvat jako tzv. architekturu spánku. Se stoupajícím věkem klesá počet hlubokých spánkových stádií NREM spánku a spánku REM a přibývá krátkých probuzení. Lze tedy rozlišovat tyto funkční stavy organismu:

- NREM spánek
- REM spánek
- Bdělost (Vašutová, 2009, s. 17)

Naproti tomu bdění je stav, kdy je organismus schopen přijímat informace, zpracovávat je a také na ně adekvátně odpovídat. Z fyziologického hlediska lze tedy rozdělit tzv. relaxované (klidné) bdění a bdění aktivní. U toho relaxovaného nastává stav tělesného a duševního klidu, při kterém máme zavřené oči a je přítomna značná převaha α -rytmů. Z tohoto stavu může dojít k změně na spánek nebo naopak v aktivní bdění. (Mourek, 2005, s. 174)

1.2 Potřeba spánku

Termín potřeba zdůrazňuje jednotu vnitřního s vnějším okolním světem, každá potřeba je potřebou něčeho, vztahuje se k něčemu v prostředí. Lidské potřeby jsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují a tím se odlišují od pudů a instinktů, které bereme jako biologicky dané vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí. (Trachtová, 2008, s. 10)

V pyramidě potřeb je spánek podle psychologa Maslowa základní lidskou potřebou, je to univerzální projev, společný všem bytostem (příloha D- Maslowova pyramida). V dřívější době se spánek považoval za typ bezvědomí, později za stav vědomí, kdy dochází k snížení vnímání a reakce na okolní podněty. Nyní se spánek definuje jako aktivní děj, funkční stav organismu. Charakterizovat lze minimální fyzickou aktivitou, různou úrovní vědomí, změnami fyziologických funkcí a sníženou odpovědí na okolní podněty. Jedná se o fyziologickou změnu vědomí, a nejvíce se projevuje na chování člověka, jeho opakem je pak bdělost. Odpočinek pak neznamená jen inaktivitu. Pod tímto pojmem si můžeme představit klid, relaxaci bez emočního stresu, uvolnění úzkostí a stresu. (Trachtová, 2013, s. 70)

Spánek a odpočinek jsou ovlivněny mnoha faktory, které lze definovat následovně:

1) *Biologicko-fyziologické faktory*

- věk
- nemoc a bolest
- jídlo a pití
- pohyb a aktivita
- změna způsobu života

2) *Psychicko-duchovní faktory*

- úzkost, strach, nejistota
- nedostatek činnosti, nuda
- ztráta smyslu života

3) *Sociálně-kulturní faktory*

- mezilidské vztahy
- disharmonie v rodině
- pracovní problémy
- finanční problémy

4) *Faktory životního prostředí*

- nadměrný hluk
- světlo

- stav ovzduší
- tlak ovzduší
- nevyhovující prostředí, zařízení ložnice (Trachtová, 2013, s. 68)

1.3 Význam spánku

Spánkem strávíme až 1/3 života a podle kvality spánku se pak odvíjí a naše kvalita života. Pokud nevěnujeme našemu tělu potřebné množství energie, je to na nás patřičně znát a u slabších jedinců mnohdy viditelně, energii si pak většinou snažíme dočerpávat jinými podpůrnými látkami. Důležitost spánku lze popsat také následovně: fyziologický spánek je nezbytný nejen pro regeneraci duševních a fyzických sil, pro vytváření paměťových stop, a tedy pro kognitivní funkce ale i pro celou řadu metabolických pochodů. Fyziologický spánek odpovídající délky i kvality je klíčovým faktorem určujícím pocit „dobrého zdraví“, naši výkonnost i pohodu a výraznou měrou se podílí na hodnocení kvality života.“ (Nevšimalová, 2006, s. 342-347)

Spánek je nezbytný pro každodenní obnovení schopnosti mozku ke kognitivní činnosti a také pro řízení organismu. Při spánkové deprivaci je tato schopnost narušena. (Nevšimalová, 2007, s. 45)

Doposud nebylo také úplně vysvětleno, proč vlastně spíme. Potřeba spánku, tedy být v nehybném stavu slouží k zachování energie a v neposlední řadě k regeneraci organismu. Během spánku probíhají anabolické procesy (syntéza bílkovin a enzymů), během bdění dochází k procesům katabolickým, při kterých dochází k výdeji energie. Z pohledu evoluce pak dává předem naprogramovaná redukce metabolismu spojená s inhibicí spontánní pohybové aktivity vyšší šanci na přežití. Podle těchto úvah jsou definovány teorie spánku jako proces obnovy a adaptace. (Rokyta, 2008, s. 391)

Převládá však představa, že spánek je nezbytný k regeneraci tělesných u duševních funkcí, což je ale dáno spíše empirickými zkušenostmi. Po objevení REM spánku se začalo přisuzovat jeho význam k maturačním pochodům, paměťovým stopám a mechanismům učení. Podle současných výzkumů jsou pro paměť důležité obě fáze spánku. (Nevšimalová, 2005, s. 269)

Prostřednictvím spánku a jeho neznámého mechanismu dochází k udržení normální aktivity systému CNS, což vyplývá z toho, že při nedostatečném množství spánku, dochází k zvýšené iritabilitě – k nadměrně zvýšené citlivosti a psychotickým příznakům, jako jsou například halucinace nebo bludy. (Fontana et.al. , 2013, online) Podle dosud známých teorie připadá nejvíce k úvaze ta, která definuje spánek jako prostředek důležitý

k regeneraci tkání organismu a k restauraci energetických zdrojů. Studie ukazují, že nedostatek spánku nevede k psychickým projevům, ale snižuje se mentální výkonnost, dochází k tzv. spánkové opilosti. (Vašutová, 2009, s. 18)

Z nejrůznějších teorií o funkci spánku jsou zdůrazňovány především funkce zotavovací- syntetická, a jednak funkce behaviorální- tj. vliv spánku na chování a jednání člověka. Non-REM se zaměřuje především na zotavovací děje, REM spánek slouží k regeneraci psychických funkcí (CNS). Některé studie se zaměřují na vztah chování a spánku a dochází k tomu, že nedostatek spánku ovlivňuje především chování. (Trachtová, 2013, s. 73)

1.4 Spánek a tělesné funkce

Při spánku se základní metabolismus sníží o 5-25 %, klesá spotřeba kyslíku, srdeční aktivita i tepová frekvence, nižší je i teplota těla a hladina cukru v krvi. Oproti aktivnímu stavu dochází k uvolnění svalového aparátu, dochází také ke změně hladiny hormonů kolující v krvi (hormony štítné žlázy- tyroxin, trijodtyronin, TSH, LH, somatotropní hormon, kortizon). Během spánku klesá celková spotřeba energie až o jednu čtvrtinu. (Borzová, 2009, s. 13)

V knize Poruchy spánku a bdění autor uvádí, že spánek se nepodílí na způsobu konzervace tělesné energie, ale jeho význam je dán pro mozkový energetický metabolismus. (Nevšimalová, 2007, s. 45)

Zdravý spánek má také pozitivní vliv na zvyšování odolnosti proti infekcím, kdy významnou roli v regulaci imunitních reakcí hrají cytokiny, které mimo jiné navozují somnolenci. Z nejvýznamnějších cytokinů uvedu interleukin, tumor nekrotizující faktor a interferony. (Nevšimalová, 2005, s. 270)

1.5 Spánek v souvislosti se zdravotními riziky

Současné epidemiologické studie ukazují, že rizikovým faktorem není jen chronicky zkracovaný spánek ale také konstitučně prodloužený a nadbytečný spánek. Kripke a spol. shromáždili údaje 1,1 milionu žen a mužů ve věku 30 - 102 let. Nejnižší riziko mortality bylo mezi respondenty, kteří strávili délkou nočního spánku zhruba 7 hodin spánku. Vyšší riziko hrozilo u lidí středního věku, kteří měli spánek pod 6 hodin a u lidí s prodlouženým spánkem nad 8 hodin. Dospělý člověk, který spí více, jak 9 hodin spánku pak hrozí vyšší riziko úmrtnosti na cerebrovaskulární příhody. (Nevšimalová, 2007, s. 325)

Současně nespavost či dlouhodobější zkracování spánku je výrazným rizikovým faktorem pro vznik kardiovaskulárních komplikací, nadváhy, diabetu, duševních poruch jakožto lability nálad a kognitivních dysfunkcí. (Nevšímalová, 2005, s. 269-274)

Pokud dochází ke zkracování a snížení kvality spánku může být následná únava až ospalost projevující se během dne spojena se zvýšeným rizikem dopravních nehod, pracovních úrazů. V subjektivním pohledu může docházet k poruchám koncentrace spojených poruchami paměti. (Nevšímalová, 2005, s. 271)

2 Faktory ovlivňující spánek

2.1 Směnová a noční práce

Významným faktorem, ovlivňující kvalitu nejen našeho spánku ale také životní styl ve smyslu změny stravování, hmotnosti, pohybové aktivity je směnný provoz. Martin Pretl zdůrazňuje, že ve vyspělých zemích pracuje kolem 1/5 populace ve směnném provozu. Riziko poruchy bdění a spánku - SWD (shift-work disorder) se více vyskytuje u mužů, u zdravotních sester je prevalence udávána kolem 40 %. Dochází k narušení sjednocení biologických hodin s realitou, což vede k tomu, že v době, kdy by mělo docházet ke spánku, je vyžadována bdělost. (Pretl, 2014, s. 25-28)

V jedné prováděné studii byl zjišťován, jaký vliv mají noční směny na působení melatoninu a podíl na vzniku karcinogenů. Bylo zjištěno, že po syntéze melatoninu následuje cirkadiánní cyklus, s vysokou hladinou melatoninu během noci a s nízkou úrovní během dne. Vystavení se světlu v noci se počítá jako jeden z možných mechanismů karcinogeneze prsu vlivem inhibice syntézy melatoninu v nočních službách. Výzkum však ukázal, že nebyly nalezeny významné rozdíly koncentrace 6- sulfoxymelatoninu mezi ženami, které v současné době pracují na rotující noční směny a ty které pracují pouze na denní směny. Ženy, které pracovaly osm nebo více nočních směn za měsíc, měli významně nižší úroveň melatoninu, než ty, které pracují méně nočních směn za měsíc. Výsledky této studie tedy ukazují, že pracovat osm nebo více nočních směn za měsíc, může narušit syntézu melatoninu. (Peplonska, 2012, s. 339-46)

Práce na směny je také nejčastější příčinou spánkového dluhu. Často to bývá odůvodněno tím, že dle současné úrovně společnosti je také nutné zajistit kontinuitu provozu (nemocnice, stravování), kontinuitu technických a výrobních procesů (elektrárny). Zdravotník však jednoznačně spadá do první oblasti a je nutné volit preventivní opatření pro zmírnění dopadu na jeho zdraví ve směně práci. Jeden z nejzávažnějších důsledků na poruchy spánku, které z psychosociálního pohledu mají hned několik příčin:

1. Po noční směně bývá spánek kratší, a pokud dochází k většímu množství po sobě jdoucích nočních směn, může dojít k vyčerpání organismu
2. Denní spánek není oproti tomu nočnímu tak plnohodnotný, dochází k rušení podněty z okolí jako například vrtáním, dopravou (v noci by se měl hluk omezit na 30-40 dB, ve dne je v rušném městě úroveň hluku 70 dB, což může mít vliv na psychosomatický stav člověka)

3. Brzké ranní stávání na směnu je nefyziologické a není zaručen odpoledním odpočinkem či spánkem, zvláště pak u žen či matek, který ušetřený čas využijí k domácnosti či dětem
4. Také odpolední služba má vliv na spánek v souvislosti s pozdějším uložením ke spánku
5. Neschopnost člověka přizpůsobit se danému rytmu může vést ke vzniku stresu
6. Dojíždění do práce nás také okrádá o čas, který bychom mohli věnovat spánku
7. České ženy tráví až o 9 hodin více času v práci než jiné ženy v EU, které pracují zhruba 30 hodin týdně, Češkám by se mohly rovnat Řekyně nebo Portugalky
8. Vše je dovršeno domácími povinnostmi, které se nevyhnout žádné ženě (Žídková, 2005, s. 20)

2.2 Stres

Stres významným způsobem ovlivňuje kvalitu spánku. Uvádí tak Anna Yamamotová ve svém článku Stres a nespavost, kde popisuje, jak je spánek významnou měrou ovlivněn tlakem společnosti, velmi hektickým životním stylem, stupňujícími se pracovními nároky a v neposlední řadě psychosociálním stresem. Stres nám pomáhá vyrovnat se zvýšenou zátěží, pokud je však chronický, má opačný účinek a může zapříčinit vznik patologických stavů, jako jsou například kardiovaskulární onemocnění či psychiatrické poruchy. Vztah mezi stresem, aktivitou a ztrátou spánku je tedy komplexní a oboustranný. Autorka zde uvádí, že za stres můžeme považovat také spánkovou deprivaci, která má dopad na neuroendokrinní a autonomní systém. Dopad na systémy se zvyšuje s potřebou osoby zůstat v bdělém stavu. (Yamamotová, 2005, s. 79-83)

Dnes je brán vliv stresu na naše zdraví současným způsobem, je to jakýsi startér či spouštěč téměř každé nemoci – tím pádem i poruch spánku. (Křivohlavý, 2010, s. 28)

Důkazem toho je studie 2800 členů Depression Alliance in UK, kde byly respondenti tázáni, zda když jsou v depresi, trpí poruchami spánku. Výsledkem bylo, že 97 % uvedlo problémy se spánkem během deprese a 59 % přiznalo, že ochuzený spánek významně ovlivnil kvalitu jejich života. (Nutt et al. , 2008, s. 329-336)

Profese zdravotní sestry může být navíc ovlivněna faktory životního prostředí, včetně rodinných závazků – kam spadá domácnost, domácí práce či péče o děti, pracovní napětí, které může způsobovat potíže s usínáním, časté buzení, předčasné probouzení nebo může dokonce vést k nezdravému chování, jako je například zvýšený příjem alkoholu či užívání prášků na spaní a v neposlední řadě vést k poruchám nálady. (Shao et al. , 2010, s. 1565-72)

2.3 Teplo a světlo

Také osvětlení a tepelná pohoda jsou jedním z ovlivňujících faktorů působící na kvalitu spánku a na zrakovou únavu. Na toto téma byla prováděna studie v roce 2012 v jedné iránské nemocnici, kde bylo účelem zjistit vztah mezi tepelnou pohodou a intenzitou světla na kvalitu spánku a únavu očí u zdravotních sester. Vhodná intenzita světla je důležitá pro pracovní výkon. Výsledky této studie naznačují, že přílišná intenzita světla a únava očí mají opačný vztah, a to znamená, že s nárůstem intenzity světla se únava očí sester na noční službě zmenšila. Také ve statistické analýze (Pearson correlation) studie ukazuje, že s nárůstem úrovně intenzity světla, tepelné pohody se kvalita spánku i když velmi málo, zlepšila. Proto na základě výsledků této studie, lze říci, že můžeme snížit únavu očí a zlepšit jejich kvalitu spánku tím, že zlepší podmínky na pracovišti, jako jsou intenzity světla a tepelný stavu. (Azmoon et al., 2013, s. 1-5)

2.4 Věk

Potřeba spánku je různorodá a s věkem se i postupně mění. Novorozenec většinou prospí většinu dne (zhruba 20-22 hodin), postupně dochází k jeho snižování, až dojde na ustálení na hodnotu 8-10 hodin za den. (Mourek, 2005, s. 176)

V dětství se délka spánku postupně zkracuje. Většina dětí se zbavuje denního spánku před začátkem školní docházky. Druhá dekáda věku tvoří výjimku zkracování spánku během dne, kdy dochází k tendencím k dlouhému trvání spánku. U mladých lidí dochází k posunutí spánku do pozdních hodin.

Ve třetí dekádě života klesá schopnost spát dlouho. Se stoupajícím věkem dochází postupně k narušení spánkové architektury a mikrostruktury. Délka spánku ve stáří postupně klesá a zároveň se stává denní spánek téměř pravidelným. Postupně klesá efektivita spánku. (Nevšímalová, 2007, s. 48)

Věk je jedním z určujících faktorů kvantity a kvality spánku a také způsobu a frekvence střídání spánkových fází. Potřeba spánku v jednotlivých věkových obdobích je uvedena v tabulce (Příloha tabulka C- Délka spánku dle věku) (Trachtová, 2013, s. 70) Podrobnější informace obsahuje kapitola délka spánku.

2.5 Biologické rytmy a jejich působení na spánek

Tak jako život na Zemi se dokázal přizpůsobit střídání dne a noci, změně ročních období, tak také řada fyziologických funkcí se přizpůsobila těmto biologickým rytmům. Rytmy můžeme rozdělit na endogenní a exogenní. Přední jsou rytmy vnitřní tedy endogenní. Tyto rytmy zůstávají i v neperiodických prostředích jako je například tma.

Protože jsou endogenní, musí být poháněny určitými vnitřními hodinami tzv. pacemaker, ten však neběží s periodou přesně 24 hodinovou, ale udržuje ji zhruba tzv. cirka. Proto jsou tyto rytmy nazývané cirkadiánními. Ve dne, který má 24 hodin je tento pacemaker „seřizován“ střídáním dne a noci. (Illnerová, 1994, s. 425-427)

Exogenní rytmy pak závisejí na synchronizátoru, bez něj by došlo ke ztrátě pravidelnosti. Jejich rytmicita je dána odpověďmi na periodické proměny prostředí (Fontana et.al. , 2013, online)

Kromě zevních příčin rytmicity (den-noc, období roku), existují také příčiny endogenní (vnitřní). Tou zásadní je existence „biologických hodin“, tedy určitý pacemaker, který byl lokalizován do nc. suprachiasmaticus hypotalamu. Pokud by došlo k poškození tohoto jádra, může dojít k porušení či anulaci cirkadiánních rytmů u člověka. (Mourek, 2005, s. 177)

Z pohledu výkonu člověka má velký význam vztah mezi vnitřními (biologickými) a vnějšími (objektivními) rytmy, způsobené střídání ročního období, změnami teplot, dnem a nocí. Pokud dochází k nevhodnému střídání směn, může docházet k porušení synchronizace mezi vnitřní a vnější rytmičností a může tak negativně ovlivňovat výkonnost a zhoršovat kvalitu práce. Také u některých onemocnění jako je například epilepsie, alergie, deprese, se vyskytuje cyklický průběh. (Matoušek, 2002, s. 53).

Podle délky trvání periody můžeme tyto rytmy rozdělit na cirkaanuální, infradiánní, cirkadiánní a ultradiánní. Rytmy ciraanuální trvají zhruba rok, infradiánní mají periodu delší než 24 hodin, cirkadiánní mají periodu zhruba 24 hodin a u ultradiánních rytmů je perioda kratší než 24 hodin. Nejpodstatnější úlohu pro lidský organismus má cirkadiánní rytmus. (Fontana et.al. , 2013, online)

Biorytmy jsou rytmicky se opakující biologické děje, které jsou dané otáčením se Země kolem své osy a tím dochází ke střídání dne a noci (cirkadiánní rytmus). Cirkadiánní rytmus je tedy vlastně dán 24hodinovým cyklem rotace Země kolem své osy. (Mourek, 2005, s. 176)

3 Délka spánku

Délka spánku je dána individuálními potřebami člověka, tak jako je každý člověk zvyklí sníst jiné množství jídla, tak se i každý jednatel odlišuje v tom, kolik mu stačí spánku k tomu, aby mohl říci, že spal dostatečně dlouho ve své knize. Ideální průměrná doba spánku dospělého člověka by se měla pohybovat kolem osmi hodin -toto tvrzení však neplatí všeobecně. Potřeba spánku je individuální, je primárně geneticky dána. Dále je potřeba zdůraznit, že pro někoho může být dostačující i pět až šest hodin spánku, což je dáno dostatečně hlubokým spánkem (delta - spánkem). Spánek je velmi ovlivněn také věkem každého jedince. Malý kojeneček prospívá převážnou část svého života, kdežto u staršího člověka přibývá spánkových poruch a spánek se do určité míry zkracuje. Experiment také ukázal, jak dlouho dokáže člověk nespát, aniž by to nemělo důsledky na jeho zdravotní stav. Nejdelší bdělost, při které ještě nedochází k narušení duševního výkonu, činí šestatřicet hodin. Po uplynutí tohoto času výkonnost nespícího rapidně klesá (Borzová, 2009, s. 13)

U každého člověka je potřeba spánku rozdílná, v průměru se pohybuje kolem 6-8 hodin denně. U dětí je potřeba spánku zhruba dvojnásobná oproti dospělému člověku, ve stáří se pak podstatně snižuje. Pokud si vezmeme spánek během celého života, dělá to pak celkově 1/4 - 1/3 života. (Rokyta, 2008, s. 386)

Významným způsobem narušuje délku spánku i odpolední směna. Dochází k pozdějšímu uložení ke spánku a narušení doby ranního stávání k plnění domácích prací. Existují však různé skupiny lidí, jednou z nich jsou lidé, kteří se dokážou snadno přizpůsobit práci na směnný provoz nebo noční práci a nemají s tím výrazný problém, druhou skupinou jsou však osoby, kterým přináší narušení jejich biologického rytmu nesmírný stres. (Žídková, 2005, str. 20)

4 Principy spánkové hygieny

Jedná se o seznam určitých režimových opatření, která jsou použita při léčbě nespavosti. Doporučují se jedincům, u kterých dochází k problémům s nedostatečným či nekvalitním spánkem. Prvně by však měla být vyloučena jiná onemocnění, která by mohla mít negativní působení na spánek a kde je nutné řešit jejich příčinu, nikoliv důsledek.

Mezi tyto režimová opatření patří:

- Pravidelné stávání a ulehání ke spánku +/- 15 minut
- Snažit se nespát během dne
- Postel využít pouze ke spánku a pohlavnímu životu nikoliv k jiným běžným denním aktivitám jako např.: jídlo, studium, čtení
- Zůstat na lůžku jen po dobu spánku
- Uléhat do postele dostatečně fyzicky a psychicky unavení
- Nepřejídat se před spaním
- Nekonzumovat nápoje obsahující alkohol nebo kofein
- Snažit se zajistit nehlučné a klidné prostředí
- Vyvětrat si před spaním, ideální teplota místnosti ke spánku je okolo 17-21 °C
- Nekouřit před spaním ani při probuzení během noci
- Aktivita by měla probíhat spíše během dne, nikoliv přímo před spaním
- Pokud nelze usnout do 30 minut, začít se věnovat únavné a monotónní práci
- Vhodné ergonomické zajištění místnosti na spaní
- Vyhýbat se materiálům způsobující alergie
- Léky na spaní neužívat pravidelně (Soňa Nogová, 2009, s. 71)

5 Relaxace

Český duševní hygienik Libor Míček v knize Duševní hygiena dodává: „Život člověka moderní doby je charakterizován zvýšeným shonem, neklidem a velkým množstvím podnětů, jež je třeba zvládat. U mnoha lidí se vytváří zvýšené napětí svalů (tenze). Toto napětí přetrvává činnost, která jej přivodila. Situace, která přivolala naše napětí, již dávno pominula, ale tenze ještě stále trvá. Má tendenci se hromadit, pokud není neutralizována relaxací (svalovým uvolněním). Když jedinec nedokáže snížit své napětí, stává se citlivějším, přístupným negativním vlivům a dochází k dalšímu zvýšení jeho napětí. Velkým pomocníkem ve snížení napětí můžou přitom být poměrně obvyklé činnosti jako například procházka a to hlavně v době kdy se nám podaří vymanit z každodenního kolotoče.

Relaxace se obvykle dělí do dvou skupin:

- Spontánní (samovolná) relaxace

Dochází k ní, aniž bychom to chtěli, bez našich snah a úsilí např. během spánku nebo odpočinku. Odpočinek ale musí předcházet spánku, nelze usnout, aniž by tenze neklesla pod určitou hranici. Když není člověk dostatečně odpočínutý, můžou se během spánku objevovat nejrůznější pohyby- škulbání sebou, trhnutí rukama či nohama.

- Diferencovaná relaxace

Od té samovolní (spontánní) se odlišuje tím, že ji člověk navozuje vlastní vůlí. Může k ní docházet kdykoliv během dne, během bdění i při práci. (Křivohlavý, 2010, s. 35)

5.1 Dýchání

Dýchání probíhá samovolně, může však probíhat i spontánně. Důležité je naučit se prohlubovat dýchání- to je tzv. brániční dýchání. Jak jsme v tomto dýchání dobří -a jak se ukázalo mužům, to jde lépe, jak ženám, poznáme to tak, že si dáme ruce s roztaženými prsty, z boku tak, že několik prstů je na hrudním koši a několik pod ním. Při tomto hlubokém bráničním dýchání cítíme zřetelné pohyby, které potvrzují správnost dýchání. Klíčkové dýchání zase zvládají lépe ženy nežli muži. Důležitá je také frekvence dechu. Při chůzi po rovině je dobré na dva kroky nádech, na čtyři kroky výdech. (Křivohlavý, 2010, s. 35)

5.2 Autogenní relaxační trénink profesora Schultze

Relaxační metody představují hlubší formu relaxace, kterou by měl čas od času provádět každý. Celá řada odborníků z oblasti fyziologie, medicíny, psychologie se zabývala vytvořením nějakého typu relaxačního cvičení. Profesor J. H. Schultze pojal

relaxační cvičení v širším rozměru nežli jiní tvůrci relaxačních metod. Zahrnuje uvolňování svalového napětí, princip autosugestivního navozování představ, které vede k ovládnutí vnitřních orgánů, mentální navození klidu či pravidelné dýchání. Jeho cílem je nejen svalová relaxace ale také prohloubení sebevědomí, zlepšení koncentrace, zdokonalené sebekontroly, snížení negativních vlivů, tlumení bolesti. Mohou být použity nejen při nadměrném nervovém napětí (distresu), ale také při poruchách spánku a koncentrace, při úzkostných stavech, podrážděnosti, při lehkých neurózách. Uvedený postup je určen pro ty, co jsou praváci. Pro ty, kteří píšou levou rukou je potřeba postup pravá-levá obrátit.

Doporučený sled:

- Pravá ruka, levá ruka, obě ruce
- Pravá noha, levá noha, obě nohy
- Obě ruce, obě nohy

Základních šest fází cvičení:

- 0) Pravá ruka je uvolněná, zcela uvolněná, levá ruka je uvolněná.
- 1) Pravá ruka je těžká, zcela těžká- levá ruka je zcela těžká.
- 2) Pravá ruka je teplá, levá ruka je teplá.
- 3) Dýchá mi to klidně a pravidelně.
- 4) Srdce mi kluče klidně a pravidelně.
- 5) V břiše se mi rozlévá teplo. Hlava je příjemně chladná.

Počet opakování je různý Schultze doporučoval při trénování jednoho jediného cviku opakovat ho šestkrát. Pokud provádíme celý kompletní soubor šesti cviků, a daří se nám soustředit se na to, co cvičíme, stačí pouze jednou. Doporučováno je také začít cvičit pod vedením instruktora, jako cvičíme například jógu, avšak je také možné začít individuálně. (Křivohlavý, 2010, s. 38)

5.3 Uvolňování různých částí těla podle profesor Reicha

Dalším klasickým relaxačním cvičením je relaxace dle Reicha Wilhelma. Reich si při své lékařské praxi všimnul, že velké množství lidí má „ztvrdlé“ určité partie těla. Proti bolesti určité části se snažil bojovat tak, že v tomto místě napnul svaly na maximum. Tímto zjištěním došel k tomu, že tam, kde se člověk brání právě tímto způsobem zbavit bolesti a tato obrana trvá delší dobu, stává se tato část těla ztuhlou. Tato situace se dá

poznat například podle nesprávného držení těla. Vypracoval tedy různé soubory cvičení pro různé části těla, které by tyto ztuhlé části uvolnily. Cílem, k němuž se snažil své pacienty dovést, bylo dosažení ladných pohybů všech částí těla. Zaměřoval se na tyto okruhy našeho těla: okruh očí, okruh uší, nosu a úst, okruh hrudi, okruh bránice, okruh vnitřností, okruh pánevní oblasti. Každý z těchto okruhů se vztahuje k souboru tělesných orgánů. W. Reich vytvořil jistou psychoterapeutickou školu. Ta se orientuje na odstranění určitých, zcela specifických napětí v lidském těle- jako odezvy na to, co se danému pacientovi v minulosti stalo (např. jakým stresem si prošel). (Křivohlavý, 2010, s. 42-43)

5.4 *Jacobsonova progresivní relaxace*

Tvůrce tohoto druhu relaxace stavěl na poznatcích fyziologie svalové relaxace. Postupoval od pocitu svalového napětí, které prvotně navodil a poté ho zrušil až do úplného uvolnění. Při nedostatečně relaxovaném napětí se začne projevovat tzv. reziduální (přetrvávající tenze). Při tomto trvalém napětí potom stačí malá událost a dochází u člověka k přepětí. Proto se Jacobson zaměřuje na jejich postupné odhalování a odstranění těchto nahromaděných událostí a k tomu slouží progresivní (krok za krokem) postupující relaxace. Návčik této relaxace trvá poměrně dlouho, základní trénink trvá dva měsíce a cvičí se každý den i hodinu. U relaxace očí je to odlišné, tam se cvičí týden a další týden potom relaxace zrakových představ. U nás byla tato metoda vyzkoušena jak u dospělých, tak u dětí. (Křivohlavý, 2010, s. 43)

6 Přehled poruch spánku

Dle epidemiologické studie z roku 2007 má problémy se spánkem 40% dospělých a 25 -30 % dětí. Z toho 25% dospělých udává občasnou poruchu spánku – spíše charakteru insomnie, častý je také syndrom spánkové apnoe u 10 % mužů středního a vyššího věku a syndrom neklidných nohou, vyskytující se častěji u žen. U dětí je nespavost podmíněna spíše výchovným charakterem, přičemž určitou formou parasomnie trpí děti předškolního či časného školního věku v 15 %. (Nevšímalová, 2007, s. 44)

Podle aktualizované Mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění (ICSD2- International Classification of Sleep Disorders) z roku 2005 ustupuje od klasického členění na dyssomnii a parasomnii ale nyní dělí poruchy spánku a bdění nově na 8 skupin – 1) insomnie, 2) poruchy dýchání související se spánkem, 3) hypersomnie centrálního původu, 4) poruchy cirkadiánního rytmu, 5) parasomnie 6) pohybové poruchy související se spánkem, 7) izolované symptomy, odchylky od normálu 8) ostatní poruchy spánku (Pretl, 2007, s. 129)

Dřívější klasifikační systémy byly do velké míry organizované v souladu s hlavními příznaky (nespavost, nadměrná spavost i mimořádné události, které se objevovaly během spánku) nemohly být založeny na patofyziologii, protože příčina většiny poruch spánku je neznámá. Mezinárodní klasifikace poruch spánku, verze 2, publikovaná v roce 2005 kombinuje symptomatickou prezentaci poruch (např. nespavost) s organizovanou částí patofyziologie (např. cirkadiánní rytmy) a částečně se zaměřuje na tělesné systémy (dýchací poruchy). (Thorpi, 2012, s. 687)

6.1 Insomnie

Nespavost je definována jako porucha usínání, přerušovaným spánkem (častým) a/nebo časným probouzením. Všechno předešle jmenované následně vede k nedostatečnému množství spánku a může vést k důsledkům, jako jsou stesky na neodpočatost a únavu. Nespavost se odráží v kvalitě, trvání nebo kontinuitě spánku tzn. problémy s usínáním na začátku noci, probouzením se během noci s nemožností znovu usnout nebo s probouzením se časně ráno a neschopností již usnout. Člověk pak popisuje spánek jako lehký, slabý, neosvěžující. Mezi subjektivně vnímané pocity patří např. denní únava, smíšené úzkostné a depresivní stavy, poruchy nálady především podrážděnost. Ovšem nespavost může být také sekundárně způsobena jako důsledek jiné základní nemoci. Insomnii můžeme definovat podle tíže, frekvence a trvání potíží, podle toho jaký vliv mají denní aktivity a činnosti jedince. Kritéria pro frekvenci a trvání jsou nastavena na minimálně 3x do týdne po dobu trvání jednoho měsíce. U každého jedince se ale trvání může odlišovat. Dále bychom měli odlišit akutní a chronickou nespavost. Z pohledu vlivu

insomnie na běžné denní aktivita opět se setkáme s lidmi, kterým tyto problémy vadí více a naopak méně. V praxi lze nespavost rozdělit na primární a sekundární, dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která je rozděluje na poruchy spánku neorganické a organické. (Nevšímalová, 2007, s. 58)

Nejčastěji se vyskytuje psychofyziologická insomnie (naučená), která je důsledkem kombinace somatické tenze a naučené asociace pocitů a představ, které poté brání usínání a spánku. V její léčbě je účinná psychoterapie, antidepresiva, přerušované podávání hypnotik. Pseudoinsomnia (nesprávné vnímání spánku) způsobuje to, že si člověk myslí, že nespí, ale objektivním vyšetřením se zjistí pravý opak. Léčit se dá pomocí psychoterapie. Idiopatická insomnie se začíná vyvíjet už během dětství, způsobuje potíže s usínáním, snížení celkového množství spánku a špatnou strukturu spánku. Bývá spojená s dyskinezi (poruchou normálních pohybů), dyslexií či poruchami koncentrace. V léčbě je účinné podávat malé dávky antidepresiv či hypnotik. (Moráň, 2009, s. 466- 470)

Nejen insomnie ale jiné poruchy spánku jsou součástí klinického obrazu jak depresivních tak i úzkostných poruch. Z proběhlých studií také vyplývá, že i samostatná insomnie zvyšuje pravděpodobnost výskytu duševní poruchy. V současné době insomnií trpí asi třetina lidí na celém světě. Z celkového počtu všech typů (včetně primární nespavosti a nespavosti, které jsou spojené s depresivní či úzkostnou poruchou) jich je kolem 40- 66 % spojena s depresivní nebo úzkostnou poruchou. (Kosová, 2006, s. 285- 287)

Nespavost se vyznačuje potížemi s usínáním, obtížné udržení spánku, popřípadě špatnou kvalitou spánku. Vše uvedené následný den vede k narušení ve fungování, včetně psychického strádání. Chronická nespavost je potom ve vztahu s poruchou nálady, narušením pracovního tempa a kvalitou života. Ti, kteří trpí nespavostí, mají hlášenou vyšší míru absence v souvislosti s využitím zdravotní péče. (Walsh, 2004, s. 13-19)

6.2 Hypersomnie – zvýšená spavost

Nadměrná denní spavost (excessive daytime sleepiness – EDS) je klinický syndrom, který má také psychosociální význam a velký dopad na společnost. Pojem EDS popisuje stav, kdy tendence usnout je tak veliká, že člověk pak za normálních okolností není schopen udržet bdělost a dochází tak ke spánku v situacích a trvání, které nejsou normální. Tuto tendenci k usnutí ovlivňují dva faktory. Za první tzv. homeostatický tlak usnout, který je funkcí trvání předchozí bdělosti. Druhým činitelem je cirkadiánní rytmus, kde důležitou roli hraje to, že člověk je denní tvor a schopnost usnout a spát je v noci mnohem vyšší než ve dne. To jak si člověk uvědomuje spánek je ovlivněno faktory jako inteligence

nemocného, denní režim, náročnost tohoto režimu a další faktory. Během výzkumu i pro denní rutinu jsou používány nejrůznější škály jako např. Epworthská škála spavosti. V této škále můžeme subjektivně hodnotit pravděpodobnost usnout v osmi běžných situacích během posledního týdne. Objektívni hodnocení spontánní tendence usnout se provádí Testem mnohočetné latence usnutí (Multiple Sleep Latency Test – MSLT). Výsledek tohoto testu je důležitou součástí diagnostických kritérií většiny chorob, které se týkají hypersomnie centrální příčiny. Objektívni měřením, jak je člověk schopen odolat spánku v klidových podmínkách je Test udržení bdělosti (Maintenance of Wakefulness Test – MWT). (Šonka, 2013, s. 154-156)

Nadměrná denní spavost je podle Nevšimalové definována jako neschopnost udržet kontinuální bdělost během dne. Patologická ospalost s usínáním kolísající v průběhu dne, někdy je EDS spojena s prodlouženým nočním spánkem. EDS splňuje diagnostická kritéria, je-li chronický příznakem trvajícím alespoň tři měsíce. (Šonka, 2007, s. 167)

Dle National Sleep Foundation je potvrzeno až 40 % lidí, kteří mají čas od času nějaký příznak hypersomnie. Existuje několik možných příčin hypersomnie včetně: poruchy spánku narkolepsie (denní ospalost) a spánková apnoe (přerušeni dýchání během spánku), nedostatek spánku v noci, zneužívání drog nebo alkoholu, poranění hlavy také neurologická onemocnění jako roztroušená skleróza, léky na předpis jako například sedativa, genetika. Při léčbě se využívají léky jako stimulancia, antidepresiva, stejně jako několik nových léků (Provigil, Xyrem). Lékař také může předepsat léčbu známou jako kontinuální pozitivní tlak v dýchacích cestách nebo CPAP (Continuous positive airway pressure). Jedná se o stroj, který poskytuje nepřetržitý přísun vzduchu do vašich nosních dír a je připojený k masce. Tlak vzduchu proudících do nosních dír pomáhá udržovat dýchací cesty otevřené. (Chanin, 2012)

Do této kategorie poruch spánku spadá svou charakteristikou také narkolepsie. Jedná se o stavy imperativního spánku, které se objevují opakovaně během dne, přičemž trvají krátce (zhruba kolem 5-10 minut někdy i méně). Dotyčný se probudí osvěžen, ale po krátké době opět usíná. Tyto ataky se objevují několikrát za den až v řádech desítek. (Nevšimalová, 2007, s. 177)

6.3 Parasomnie

V případě parasomnie se jedná o poruchy spánku charakterizované jako akutně probíhající abnormální nepředvídatelné jevy ve spánku, které se mohou projevat ve stavu spánku a bdělosti i při neúplném probuzení. U jedince může docházet k vyvolání řady automatických pohybů a jednání, ale není schopen, je plným vědomým korigovat nebo řídit. Jsou ve většině případů vyvolány stresem a jedná se také o projev poruchy

koordinace biologických a psychologických faktorů v centrálním nervovém systému. Poruchy spánku, které spadají do této kategorie, jsou často kombinovány a vyskytují se frekventovaně v dětském věku, kdy jsou považovány za fyziologické. Společným znakem některých je náhlé abnormální probuzení z delta spánku. (Moráň, 2006, s. 442-444)

Dle doktora Šonky a doktorky Nevšimalové je parasomnie heterogenní skupina abnormálních stavů, které se vyskytují během spánku nebo jsou na spánek a jeho stádia vázány. Jeho klinické projevy jsou většinou motorické, afektivní, kognitivní a vegetativní. Parasomnie nebývají provázeny psychopatologií v době plné bdělosti. Mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdělosti uvádí parasomnii jako jednu ze tří základních skupin poruch spánku a bdění a dělí ji na čtyři podskupiny podle toho, kdy se během spánku vyskytují.

1. Poruchy probouzení – vyskytují se při hlubokém NREM spánku. Jedná se o spánkovou opilost, somnambulismus a noční děs, přičemž podle pořadí se zvyšuje i jejich závažnost.
2. Poruchy přechodu spánek - bdění a bdění - spánek. Jsou to poruchy, kde se vyskytují rytmické pohyby při usínání, hypnagogický záškub, somnilokvie (mluvení ze spánku) a noční křeče dolních končetin.
3. Parasomnie při REM spánku - noční můra, spánková obrna, problémy se senilní erekcí, bolestivé erekce ve spánku, srdeční zástava během REM spánku a porucha s abnormálním chováním v REM spánku.
4. Ostatní parasomnie je skupina nezařaditelných parasomnií - bruxismus, noční pomočování, porucha polykání během spánku, paroxysmální noční dystonie (nyní považována za parciální epilepsii), syndrom náhlého a nevysvětlitelného úmrtí během spánku, primární chrápání, spánková apnoe, syndrom náhlého dětského úmrtí, novorozenecký myoklanus (záškuby) ve spánku (Šonka, 2002, s. 283)

Z uvedených poruch vyberu podrobnosti k vybraným parasomniím.

Somnambulismus- náměsíčnictví

Somnambulismus můžeme charakterizovat jako opakované automatické chování a jednání, které vzniká probuzením v průběhu delta spánku. Ve velkém počtu případů až v 80 % je znám rodinný výskyt a až 20 % má příbuzného, který trpí podobným problémem. Nejvíce se objevuje mezi 5. - 12. rokem věku, pokud se objevuje i v dospělosti bývá často doprovázen poruchou osobnosti. Klinicky se projevuje nejvíce v první třetině spánku, jedinec si sedne, rozhlíží se a vykonává různé automatické pohyby, které mohou být v některých případech až nebezpečné. Tyto epizody přetrvávají většinou 15 minut, ale není výjimka, že trvají i déle. K somnambulismu je v současné době samostatně přiřazován

syndrom nočního ujídaní, kdy dotyčný nevědomě konzumuje pití a jídlo, které si později nepamatuje.

Děs ve spánku- pavor nocturna

Tento typ poruchy spánku se může vyskytovat i během denního spánku, mezi jeho typické znaky patří posazení se, křik, výjimečně i agresivní chování. Až v 90 % postižených je rodinný výskyt tohoto děsu nebo náměsícnictví. Děs ve spánku se objevuje často mezi 5. – 7. rokem, u obou pohlaví stejně. Problémy ustávají kolem 12. – 15. věkem, pokud se však přenáší i do dospělosti jsou doprovázeny depresemi, úzkostmi či fobiemi. Typickými znaky, podle kterých můžeme danou poruchu určit, jsou neklid, zmatenost, nesrozumitelná řeč, tachykardie, tachypnoe v některých případech dochází i k pomočení. Psychoterapie s autoregulací, hypnózou a autogenním tréninkem bývá velmi prospěšná, obzvláště pokud je příčina děsu stres nebo jiné psychické problémy.

Pomočování ve spánku- enuresis nocturna

Patří většinou do NREM parasomnie ale může se objevovat rovněž během celého spánku. Pro pomočování je typická mimovolná mikce v průběhu spánku. Noční pomočování primární pokračuje do kojeneckého věku, v 6 letech věku trpí enurézou až 10 % dětí. Nejčastěji až v 80 % se vyskytuje primární enuréza, při níž nedojde k dostatečnému probuzení při kontrakci měchýře. Další možnou příčinou je nedostatečné vyvrání koordinace, narušení řízení sfinkterových funkcí. Pokud začne pomočování po určité době čistoty, měli bychom hledat příčinu v organické nebo psychické podstatě, v úvahu připadá také uroinfekce, anomálie močových cest, syndrom spánkové apnoe. Velkou roli na vzniku mají psychogenní faktory doma, ve škole, či v práci. Psychoterapie s autoregulací a autogenním tréninkem, komplexní výchovné procesy jsou velice efektivní. Medikamentózní léčba problémy nevyřeší, potlačí jen symptomy.

Spánková opilost

Spánkovou opilost můžeme charakterizovat jako zmateností během nebo po probuzení či následném probuzení z REM spánku. Nebývá spojeno s neklidem s agresivitou, ale po probuzení může docházet k pohybu po ložnici, který bývá spojen se zmateností. Postižený je desorientován, nereaguje na okolní stimulaci, můžou se objevit nekoordinované automatismy, není plně vědomí a dochází také k retrográdní amnézii. Epizody opilosti se vyskytují kolem 5 let věku, v dospělosti spíše výjimečně. Diagnosticky je důležité ji odlišit do somnambulismu, nočního děsu, poruch chování v REM spánku, alkoholické zmatenosti a zejména od parciálních epileptických záchvatů. Léčba u dětí většinou není nutná, v případě přetrvávání do dospělosti, pokud převládá motorický neklid, upravit ložnici tak, abychom zajistili minimalizaci poranění.

Nyní je řazeno do kategorie izolovaných symptomů. Je často provázen stresem, hořčnatými stavy. Objevuje se zcela spontánně, může být také navozen oslovením spícího. (Moráň, 2006, s. 442-444)

6.4 Poruchy dýchání vázané na spánek

Spánek a jeho kvalita mohou být ovlivňovány mnoha faktory, stejně tak onemocněním průdušek, hrudníku, plic, skeletu i svalů hrudníku. Poruchy dýchání ve spánku můžeme rozdělit na poruchy s obstrukcí- obstrukční chrápání, upper Airway Resistance Syndrom (UARS), obstrukční apnoe a na ty bez obstrukce, kam spadá centrální apnoe, Cheyne-Stokesovo dýchání, alveolární hypoventilace (centrální hypoventilace).

Syndrom spánkové apnoe patří k jedné z nejčastějších poruch z této kategorie, je také nejčastější příčinou denní spavosti. Tento syndrom je soubor příznaků a chorobných stavů, které vznikají na základě opakujících se apnoických pauz nebo hypopnoí (mělké dýchání) během spánku. Počet postižených tímto syndromem je kolem 5-8 % z celé populace. V klinickém obraze se objevuje chrápání, partner upozoruje apnoické pauzy, nekvalitní spánek, noční probouzení, málo osvěžující spánek a následná denní ospalost, pocit sucha v puse, poruchy paměti zejména v oblasti výbavnosti, soustředění. U dětí se může přidružovat noční pomočování, nesoustředěnost, hyperaktivita. K objektivním nálezům lze zařadit obezita, zejména obezita horní poloviny těla (tzv. mužský typ). Metodou volby při syndromu spánkové apnoe je trvalý přetlak v dýchacích cestách při spánku (viz CPAP kapitola hypersomnie). Terapie by měla také zahrnovat pravidelnou životosprávu, dostatek spánku, redukci hmotnosti, snížení počtu cigaret, popřípadě vyloučení alkoholu, vysadit také noční užívání hypnotik a sedativ. Operační řešení se týká jen pacientů s obstrukčním nebo převážně obstrukčním typem. Neléčený těžký syndrom spánkové apnoe může ohrozit jedince i smrtícími komplikacemi. (Vyskočilová, 2005, s. 484-485)

7 Léčba nespavosti

Léčba nespavosti není jednoduchá stejně jako léčba jakéhokoliv jiného onemocnění. Můžeme rozlišovat mezi formou farmakologickou a nefarmakologickou. Nejdůležitější zásadou při nefarmakologické léčbě jsou režimová opatření. Ty se týkají především spánkové hygieny a kognitivně behaviorální terapie. Principy spánkové hygieny jsem zmínila už výše v kapitole principy spánkové hygieny a měli by jí věnovat pozornost především lidé s rizikovými faktory vzniku poruch spánku. Kognitivně behaviorální terapie (KBT) pracuje už se samotnou nespavostí, přídatnými příznaky a jednotlivým typem osobnosti. Tato terapie se skládá z několika složek.

Kognitivní složka KBT se zabývá odstraněním nepravdivých přesvědčení a postojů, které se mohou zapříčinit na vzniku nespavosti. Využívá metody kognitivní restrukturalizace (při kterých dochází k hledání přijatelnějších forem a racionálnějších forem myšlení, která mají snížit napětí při usínání a paradoxního záměru (v posteli se snažím usnout).

Behaviorální složka KBT obsahuje léčbu:

- 1) Restrikcí spánku- jedná se o omezení doby strávené na lůžku jen na dobu skutečného spánku a omezení spánku během dne
- 2) Postupy řízení stimulů- tyto stimuly slouží k regulování režimu spánku a bdění. Patří sem nejruznější doporučení jako např. využívat ložnici skutečně jen ke spánku, strávit čas na lůžku jen při opravdové potřebě spánku, snažit se stávat ve stejnou dobu bez ohledu na počtu prospaných hodin, nebo vstát pokud spánek nepřichází do 20 minut
- 3) Individuální složka- jak už název napovídá, řeší individuální problémy pacientů, které by se nehodily do skupinové terapie

Farmakologická léčba insomnie – už ve středověku se využívalo k navození spánku alkoholu, beladonu nebo valeriana. Alkohol však zůstává stále nejčastější autoindikované hypnotikum a sedativum. Také barbituráty byly do konce 60. let dominantními hypnotiky. Na přelomu 80. a 90. let se do popředí dostávají nebenzodiazepinové ligandy benzodiazepinových receptorů zopiclon a zolpidem. V této době je farmakoterapie nejpoužívanější metoda léčby poruch spánku, i když má také mnoho negativních stránek. Mezi ně patří například vliv léků na paměť, vzniku tolerance a závislosti, změny chování a myšlení, rizika v graviditě. Hypnotika by proto měla být užívána jen pro krátkodobou a přechodnou dobu nespavosti. U těch chronických forem, které jsou ještě spojené s psychiatrickými poruchami lze léčit specifickými psychofarmaky. U těch somatických je naopak důležitá léčba základního somatického onemocnění.

Vedle hypnotik se mohou k léčbě nespavosti využít také ostatní farmakologické skupiny jako například psychofarmaka. Neuroleptika jsou použity ve zvláštních případech, když je insomnie zkombinována s psychopatií, s organickým onemocněním mozku nebo s farmakoresistentní insomnií. Některá antihistaminika jsou používána pro svůj sedavý tlumivý účinek. Také melatonin produkovaný hypofýzou podléhá cirkadiální rytmicitě, jeho nižší koncentrace u starších lidí vede k zhoršenému vnímání rozdílu mezi dnem a nocí, spánek je povrchnější a snižuje denní výkonnost. Z přírodních preparátů vyjmenuji Třezalku tečkovanou, která navozuje sedativní, protizánětlivé, dezinfekční, antidepressivní účinky. Meduňka lékařská, jejíž listy se využívají ke zvládnutí neklidu a podrážděnosti. Chmel otáčivý se sedativním účinkem. Komplex z kozlíku lékařského pravděpodobně zasahuje do metabolismu GABA v mozku, alkaloidy mučenky pletní při léčbě nespavosti. (Vašutová, 2009, s. 90-95)

Kniha *Clinical management of insomnia with brief behavioral treatment* poukazuje na nespavost jako na velmi rozšířenou a oslabující poruchu spánku. Dokazuje, že je zdokumentována psychologická léčba, včetně kognitivně behaviorální terapie při nespavosti (CBTI), jejíž účinek léčby je srovnatelný s farmakologickou léčbou. Nicméně kritický nedostatek speciálně vyškolených lékařů se zkušenostmi v oblasti spánkové hygieny a principů kognitivně- behaviorální terapie omezila rozsáhlé šíření CBTI. (Troxel, Germain et al., 2011, s. 266-279)

8 Empirická část

8.1 Námět výzkumu

Téma spánku ve spojitosti s profesí zdravotní sestry je stále aktuální a ožehavé téma k provedení výzkumu právě s tímto zaměřením. Práce sester je velice fyzicky i psychicky náročná a má tendence se negativně odrážet právě v této oblasti lidských potřeb. Proto jsem se rozhodla ve své práci zaměřit na to, jak jsou na tom s kvalitou spánku dnešní zdravotní sestry pracující v provozu jednosměnném i na více směn z různých oddělení nemocnice V Jablonci nad Nisou. Zdali narušená kvalita spánku hrála roli při chybování kdykoliv během jejich dosavadní praxe. Otázky jsou také mířeny na zjištění jejich dosavadních spánkových návyků. Pro zjišťování potřebných informací jsem zvolila dotazníkové šetření. Jednalo se o anonymní dotazník, který jsem sestavovala sama ve spolupráci s vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Eislerovou. V úvodu svého dotazníku jsem dotazované všeobecné sestry krátce seznámila se smyslem daného dotazníku a poté následovalo celkem 19 otázek. Otázky se zaměřovaly jak na věk, délku praxe, na rodinný stav, volnočasové aktivity, osobní návyky před spánkem také na to, jak sestry hodnotí přiměřenost rozvržení směn.

8.2 Cíl práce

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjistit, jak jsou na tom sestry s kvalitou spánku v konkrétním zdravotnickém zařízení ve smyslu, zdali se někdy potýkaly s určitými poruchami před či během spánku a případný dopad únavy z nedostatku počtu hodin spánku na jejich fungování v provozu. Také jsem zjišťovala, který faktor má na kvalitní spánek největší vliv. Pro zpřesnění mého hlavního cíle jsem stanovila další dílčí cíle.

Mým **prvním dílčím cílem** bylo zjistit, *kolik hodin spánku potřebují oslovené všeobecné sestry z jednosměnného i vícesměnného provozu k tomu, aby se cítily dostatečně vyspalé, a kolik hodin skutečně naspí.* S tímto cílem jsou spojené otázky č. 14 a č. 15.

Druhým **dílčím cíl** se týkal toho, *jaké návyky před spánkem sestry uplatňují a co má podle nich největší vliv na kvalitu spánku,* ke zjištění slouží otázky č. 7 a č. 12.

Třetím **dílčím cílem** bylo zjistit *zhodnocení rozvržení služeb sestrami a osobní ohodnocení kvality spánku*

Otázkou číslo 1, 2, 4 jsem se snažila dotazované sestry zařadit podle věkové kategorie a dozvědět se jejich délku praxe ve zdravotnictví i ve směnném provozu. Věk může mít určitý vliv na kvalitu spánku, stejně tak záleží na délce praxe, kdy si sestry mohou navyknout v oblasti spánku na proměnlivost směnného provozu. Otázka č. 5 se týkala jejich rodinné stavu, zda jsou bezdětné či mají domácnost s dětmi. Jedná se tedy o otázky faktografické. Další faktorem který hraje roli u spánku. Otázka 9 a 10 měla ukázat, jak se snaží sestry se zhoršenou kvalitou spánku bojovat. Projevy nedostatku spánku řeší pak otázka číslo 16.

8.3 Metodika

Ke zjišťování požadovaných údajů jsem použila kvantitativní metodu a to dotazníkového šetření. Dotazník (viz. příloha A) jsem sestavovala ve spolupráci s mojí vedoucí bakalářské práci Mgr. Ivou Eislerovou a jedná se o nestandardizovaný typ dotazníku.

Dotazník se skládá z několika zkoumaných oblastí a sice: věku respondentek otázka č. 1, oblast týkající se délky jejich praxe a to jednak ve zdravotnictví a také konkrétně ve vícesměnném provozu otázky č. 2, 4, typu provozu otázka č. 3, rodinného stavu otázka č. 5, konkrétních spánkových problémů otázka č. 6, zhodnocení největšího vliv na kvalitu spánku otázkou č. 7, způsob řešení problému se spánkem otázky č. 9 a 10, znalost pojmu spánkové hygieny otázka č. 11, potřebné délky spánku pro vyspalost a skutečné délky spánku otázky č. 14 a 15, projevy nedostatku spánku č. 16, zhodnocení náročnosti pracovních směn a zhodnocení kvality spánku otázkami č. 17 a 18. Dotazník se skládá celkem z 19 otázek a jsou tu obsaženy otázky socio-demografické, otevřené, uzavřené, polootevřené, výčtové.

Celkem jsem rozdala 120 dotazníků, skutečná návratnost na konci výzkumu byla 108 dotazníků. Z těchto 108 dotazníků jsem musela 4 vyřadit pro jejich neúplné vyplnění. Pro tento výzkum tedy 104 dotazníků tvoří celek tedy 100 %. Z tohoto celkového počtu sester 63,46 % zastupují sestry provozu vícesměnného a 36, 53 % tvoří sestry z jednosměnného ambulantního provozu. Dotazníkové šetření probíhalo během února a března roku 2015. Dotazník byl tvořen především pro svůj hlavní cíl: zmapovat nejčastější spánkové poruchy spojené se spánkovými návyky vybrané skupiny všeobecných sester, zjistit hlavní faktory působící na spánek a to vše v rámci konkrétního zdravotnického zařízení jednosměnného i vícesměnného provozu.

Moji cílovou skupinu v prováděném výzkumu tvořily všeobecné sestry různých věkových kategorií pracující na lůžkových odděleních ortopedické, pediatrické, chirurgické a interní kliniky spolu s chirurgickou a interní ambulancí v Jablonci nad Nisou. Jednalo se tedy o sestry z jednosměnného a vícesměnného provozu. Souhlas

k prováděnému výzkumu v dané nemocnici byl dán náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Jitkou Řehořovou (viz příloha B). Jednotlivé dotazníky byly sestřám rozdány po odsouhlasení nejprve vrchní a poté staniční sestrou jednotlivých oddělení.

Hodnoty relativní četnosti, tedy procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí jsem zaokrouhlovala na dvě desetinná místa a jsou zaznamenány jak v tabulce, tak v označených grafech. Výsledky všech jednotlivých otázek jsem poté zpracovala pomocí tabulek a sloupcových grafů v programu Microsoft Excel. Tabulka zahrnuje jak absolutní tak relativní četnost, která je uvedena v procentech.

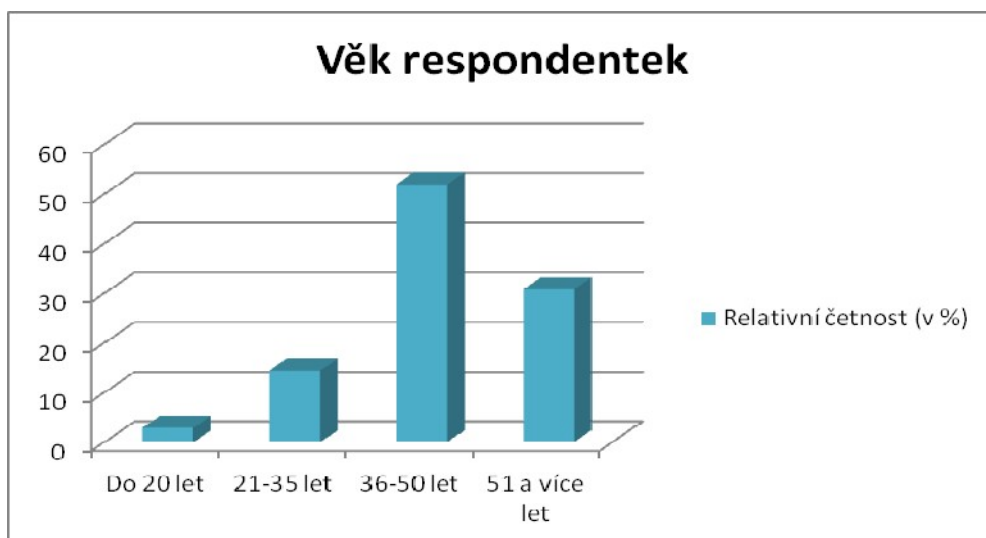
Otázka č. 1 Kolik je Vám let?

Tabulka č. 1 Věk respondentek

Věk respondentek	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Do 20 let	3	2, 88
21-35 let	15	14, 42
36-50 let	54	51, 92
51 a více let	32	30, 76

První otázka se týkala věkové kategorie sester. Nejčastější věkovou kategorií, které se účastnila mého dotazníkového, šetření byla kategorie 36-50 let s 54 sestrami (51,92 %). Druhá nejčastější byla kategorie 51 let a více s 32 sestrami (30,76 %). 15 sester (14,42 %) spadá do kategorie 21-35 let a nejméně odpovídaly sestry s věkem do 20 let, celkem 3 sestry (2,88 %). K otázce číslo 1 se vztahuje graf č. 1 a tabulka č. 1.

Graf č. 1 Věk respondentek



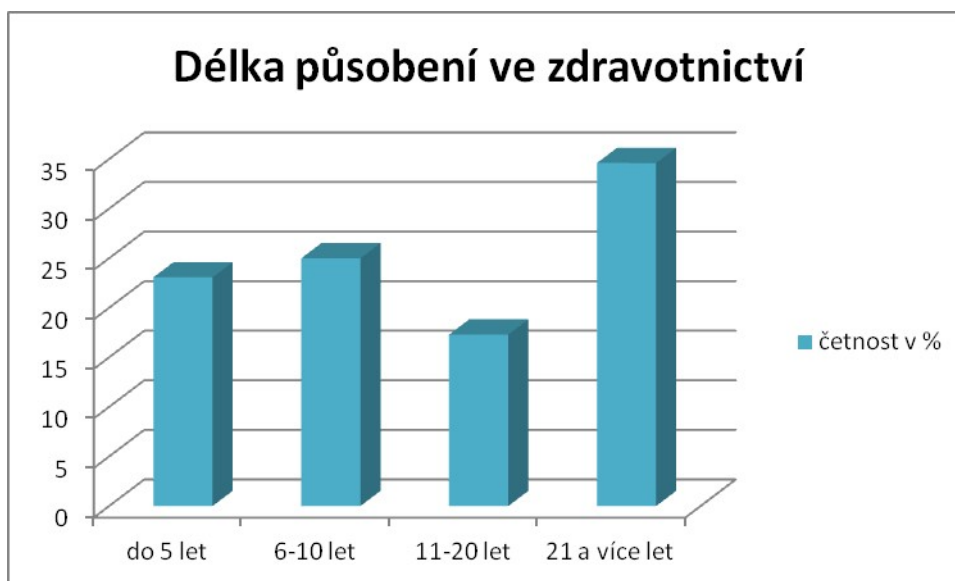
Otázka č. 2 Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tabulka č. 2 Délka působení ve zdravotnictví

Délka působení ve zdravotnictví	Absolutní četnost	Relativní četnost (v%)
1- 5 let	24	23,07
6-10 let	26	25,00
11-20 let	18	17,3
21 a více let	36	34,61

Z celkového počtu 104 sester což je 100 % vidíme, že největší počet sester celkem 36 (34,61 %) pracuje ve zdravotnictví 21 let a více, za ní následuje druhá nejčastější odpověď 6-10 let s 25 %, 1-5 let zodpovědělo 24 sester (23,07 %) a nejméně častá byla odpověď 11-20 let působení ve zdravotnictví s 18 sestrami (17,3 %).

Graf č. 2 Délka působení ve zdravotnictví

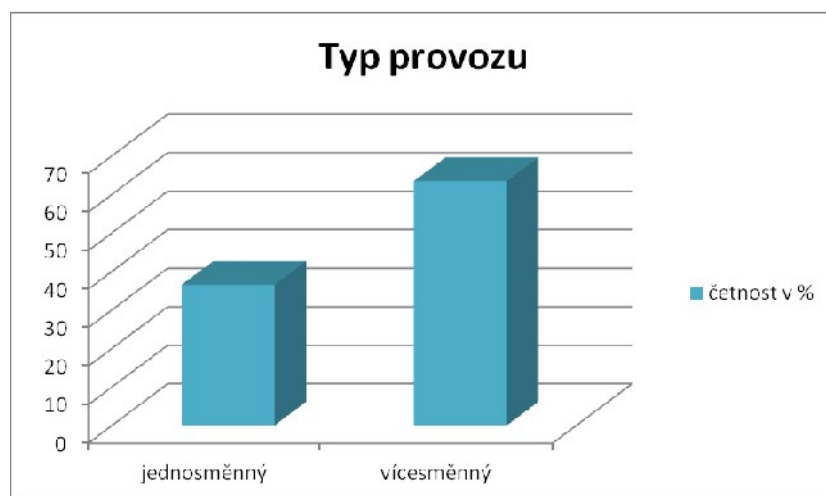


Otázka č. 3 V jakém pracujete provozu?

Tabulka č. 3 Typ provozu

Typ provozu	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Jednosměnný	38	36, 53
Vícesměnný	66	63, 46

Graf č. 3 Typ provozu



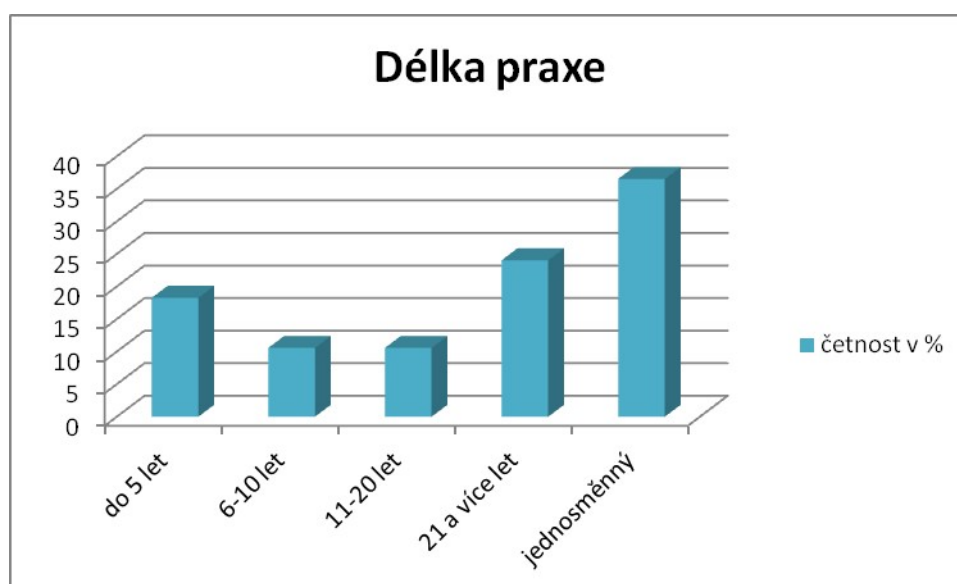
Položka č. 3 v dotazníku sloužila ke zjištění, zda sestry pracují v provozu jednosměnném či vícesměnném. První skupina spadající do kategorie jednosměnného provozu obsahovala 38 sester (36,53 %) a zbylých 66 (63,46 %) respondentek označilo možnost vícesměnného provozu.

Otázka č. 4 Kolikaletou praxí máte ve vícesměnném provozu?

Tabulka č. 4 Délka praxe ve zdravotnictví

Délka praxe ve vícesměnném provozu	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Do 5 let	19	18, 26
6-10 let	11	10, 57
11-20 let	11	10, 57
21 a více let	25	24, 03
Nepracují ve vícesměnném provozu	38	36, 53

Graf č. 4 Délka praxe



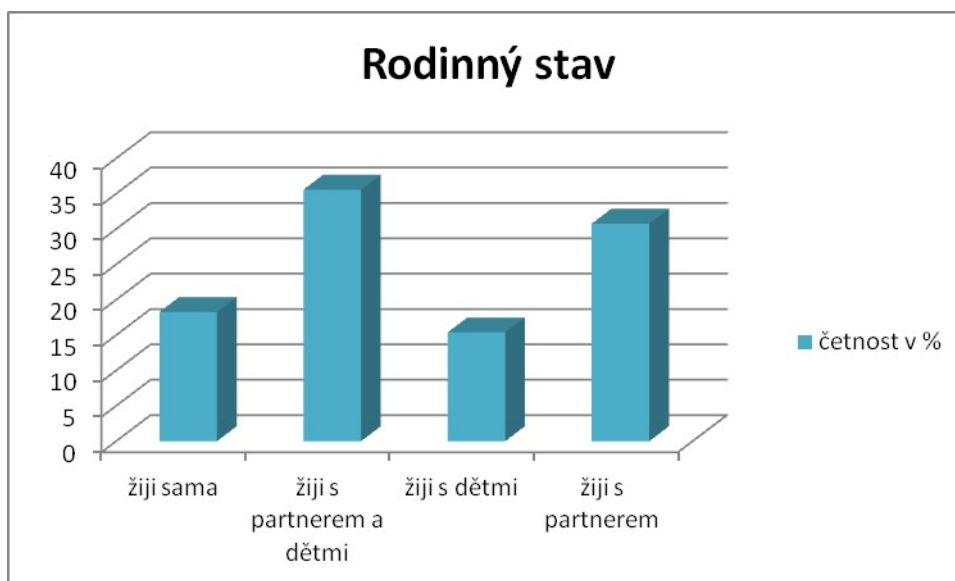
Položka č. 4 jsem zjišťovala, jak dlouholetou praxi mají sestry ve vícesměnném provozu. Z celkového počtu 104 dotazovaných, 36,53 % sester spadá do provozu jednosměnného, následuje kategorie 21 let a více ve vícesměnném provozu, kam patří 25 sester (24,03 %), kategorie 11-20 let s 11 respondentkami (10,57 %), kategorie 6-10 se stejným počtem sester 11 (10,57 %) a poslední kategorie praxe maximálně do 5 let s 19 odpověďmi (18,26 %).

Otázka č. 5 Jaký je váš rodinný stav?

Tabulka č. 5 Rodinný stav

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Žiji sama	19	18,26
Žiji s partnerem a dětmi	37	35,57
Žiji s dětmi	16	15,38
Žiji s partnerem	32	30,76

Graf č. 5 Rodinný stav



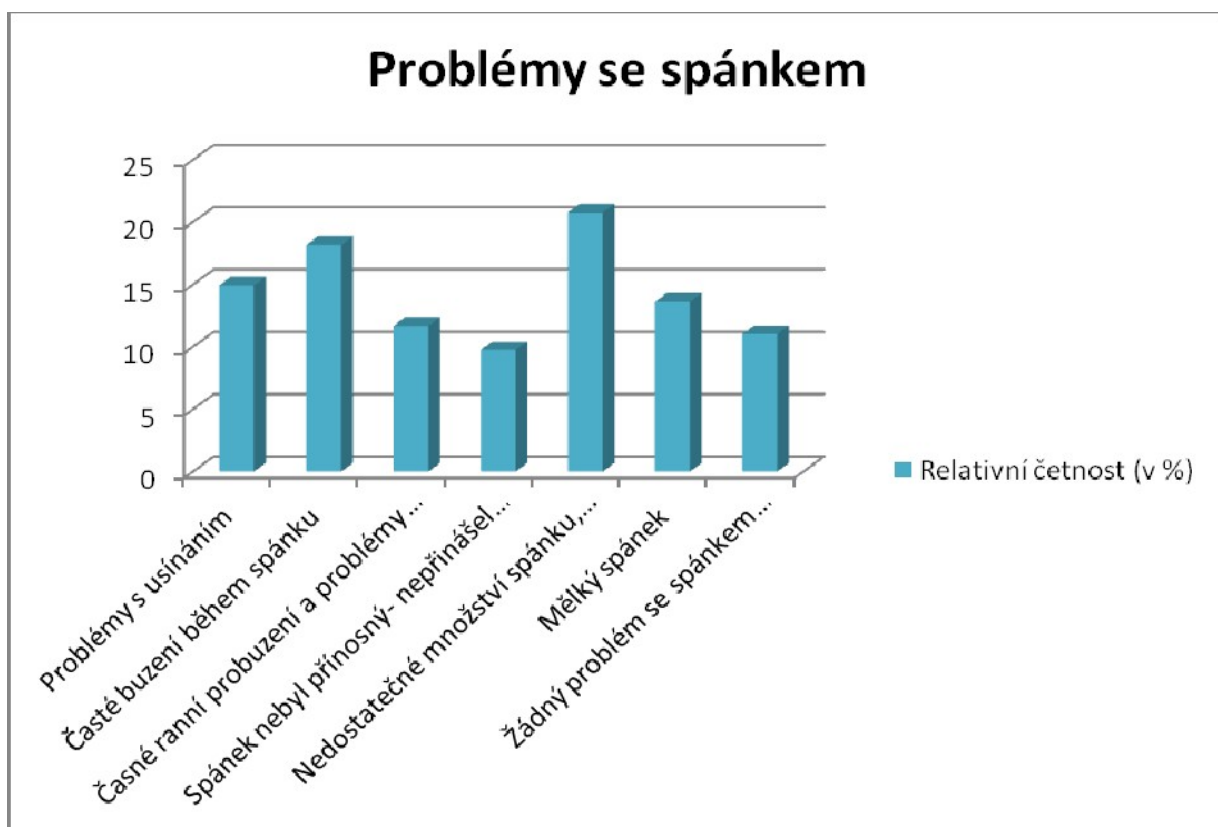
Co se týče rodinné stavu, který zjišťovala otázka č. 5, bez rozdílu typu provozu tvořilo největší skupinu 37 sester (35,57 %), které žijí s partnerem a dětmi, následovala kategorie sester žijící jenom s partnerem 32 sester (30,76 %), sestry žijící samy 19 tázaných (18,26 %) a poslední položku tvořila kategorie žijících s dětmi 16 (15,38 %).

Otázka č. 6 Pociťovala jste někdy nějaké problémy se spánkem?

Tabulka č. 6 Problémy se spánkem

Problém se spánkem	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Problémy s usínáním	23	14, 93
Časté buzení během spánku	28	18, 18
Časné ranní probuzení a problémy s opětovným usnutím	18	11, 68
Spánek nebyl přínosný- nepřinášel pocit osvěžení po probuzení	15	9, 74
Nedostatečné množství spánku, únava během dne	32	20, 77
Mělký spánek	21	13, 63
Žádný problém se spánkem nepociťuji	17	11, 03

Graf č. 6 Problémy se spánkem



Na otázku problémy se spánkem sestry měly možnost označit i více odpovědí, nejčastěji označovaly možnost nedostatečné množství spánku a následná únava během dne, celkem 32x v 20,77 %. Časté buzení během spánku bylo sestrami označeno 28 x, celkem 18,18 %, problémy s usínáním pak 24 sestrami, procentuálně tedy 14,93%, s celkovým počtem označení 21x se řadí mělký spánek, kdy je spánek narušen každým šustnutím 13,63 %. Na obtížích s časným ranním probuzením a problémem opětovného usnutí se shodlo 18 sester, tedy 11,68 %. 17 sester (11,03 %) označilo, že nemají žádný problém se spánkem. Pro 15 sester (9,74 %) byl spánek nepřínosný a nepřinášel po probuzení pocit osvěžení.

Otázka č. 7 Co má podle Vás vliv na kvalitu spánku?

Tabulka č. 7 Faktory ovlivňující spánek

Faktory ovlivňující spánek	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Rodina	14	13,46
Denní činnosti	9	8,65
Třísměnný provoz	15	14,42
Psychický stav	15	14,42
Stres, únava	12	11,53
Pohyb	4	3,84
Přepracovanost	7	6,73
Teplota vzduchu	10	9,61
Chrápání	2	1,92
Kvalita matrace	4	3,84
Hluk	8	7,69
Sprcha	2	1,92
Nemoc	2	1,92

Graf č. 7 Faktory ovlivňující spánek



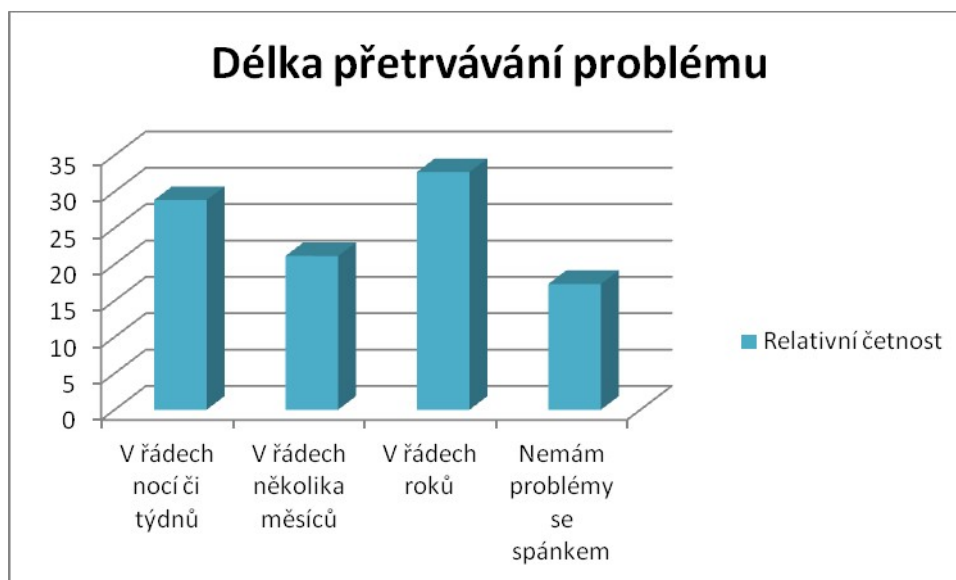
Otázka číslo 7 se týkala vlivů, které mají z pohledu sester největší vliv na kvalitu spánku. Jako největší vlivy byly sestrami označeny hned dva faktory a sice třisměnný provoz a psychický stav, obě tyto možnosti označilo 15 sester tedy (14,42 %) z celkového počtu. Dále byl velkým faktorem rodina, kterou označilo 14 sester tedy (13,46 %). Poměrně velká část zaškrnutí se nacházela také u stresu a únavy, tento názor má celkem 12 sester (11,53 %). Teplotu vzduchu označilo 10 sester (9,61 %), vliv denních činností 9 sester (8,65 %). Hluk je také obtěžujícím faktorem pro spánek u 8 sester (7,69 %), přepracovanost se odráží na spánku u 7 sester (6,73 %). Mezi další významné faktory patří pohyb spolu s kvalitou matrace, tyto dva faktory označily u obou odpovědí po 4 sestřích (3,84 %). Po 2 odpovědi (1,92 %) dostaly ještě chrápání partnera, sprcha před spánkem a nemoc.

Otázka č. 8 Pokud se u Vás vyskytuje některá/é z poruch spánku, jak dlouho přetrvávají?

Tabulka č. 8 Přetrvávání problémů se spánkem

Přetrvávání problému	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
V řádech nocí či týdnů	30	28,84
V řádech několika měsíců	22	21,15
V řádech roků	34	32,69
Nemám problémy se spánkem	18	17,3

Graf č. 8 Přetrvávání problémů se spánkem



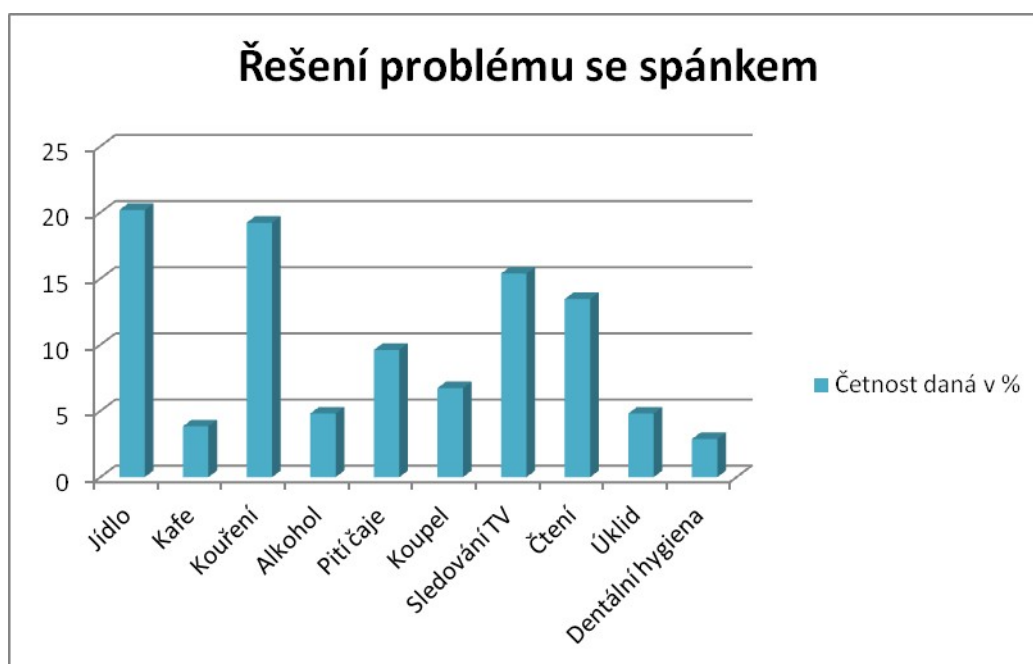
Na dotaz jak dlouho přetrvávají problémy se spánkem uvedlo 34 respondentek tedy (32,69 %) v řádech roků. V řádech nocí či týdnů zakroužkovalo 30 sester (28,84 %). Přetrvávání problémů v řádech několika měsíců označilo 22 sester (21,15 %) a nejmenší počet sester tedy 18 (17,3 %) uvedlo, že žádné problémy se spánkem řešit nemusí.

Otázka č. 9 Pokud máte problémy se spánkem, jak je obvykle řešíte

Tabulka č. 9 Řešení problémů se spánkem

Řešení problému se spánkem	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Procházka	8	7, 69
Problém neřeším	39	37 ,5
Čaj	10	9, 61
Kniha, televize	12	11, 53
Koupel	3	2, 88
Medikamenty	17	16, 34
Alkohol	2	1, 92
Nemám problémy	6	5, 76
Odpočinek během dne	5	4, 8
Kouření	1	0, 96
Spánková hygiena	1	0, 96

Graf č. 9 Řešení problému se spánkem



V oblasti řešení problému se spánkem se mi dostalo nejčastěji odpovědi, problém neřeším, kterou zaštklo 39 sester (37,5 %), následovala odpověď problém řeším medikamenty 17 odpovědí (16,34 %), četbu knihy nebo sledování televize zvolilo 12 sester (11,53 %), popíjení bylinného čaje označilo 10 sester (9,61 %), procházka pomáhá 8 sestrám (7,69 %), možnost nemám problémy se spánkem a tudíž je nemusím řešit zvolilo 6 sester (5,76 %). Následovala odpověď odpočinkem během dne 5 odpovědí (4,8 %), koupel pomáhá 3 sestrám (2,88 %), alkohol pro lepší spánek volí 2 sestry z dotazovaných (1,92 %). A po jedné odpovědi zůstaly možnosti kouření a dodržování spánkové hygieny, kterou označily vždy 1 sestra (0,96 %).

Otázka č. 10 Pokud jste se o zlepšení spánku pokoušela návštěvou lékaře, co Vám doporučil?

Tabulka č. 10 Doporučení návštěvy lékaře

Návštěva lékaře	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Neabsolvovala jsem návštěvu lékaře	90	85,53
Doporučil mi prášky	8	7,69
Navštívila, ale nic mi nedoporučil	5	4,8
Procházky, klid	2	1,92

Graf č. 10 Doporučení návštěvy lékaře



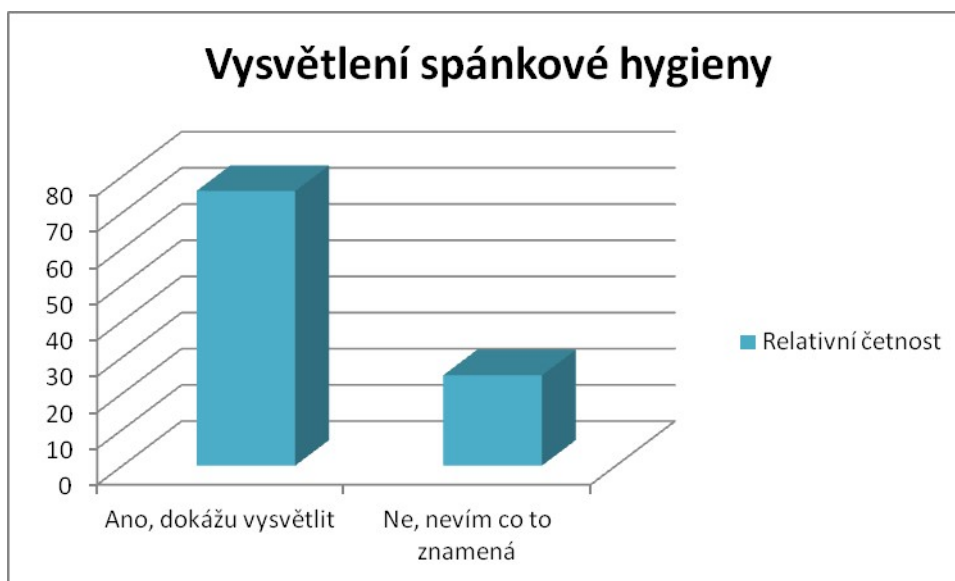
Pokud se sestry rozhodly navštívit lékaře s problémem spánku, zajímala jsem se, co jim lékař doporučil. Zjistila jsem, že 90 sester (85,71 %) návštěvu lékaře vůbec neabsolvovalo. Dalších 8 (7,61 %) při návštěvě dostalo doporučení k užívání medikamentů, ať už v podobě antidepresiv, tak v podobě léků na spaní. 5 respondentek (4,76 %), které se k návštěvě odhodlaly, vůbec žádná doporučení nedostaly a zbylé 2 sestry (1,9 %) dostaly radu v podobě zapojení procházek a zvýšeného klidu do svého denního režimu.

Otázka č. 11 Dokázala byste vysvětlit pojem spánková hygiena?

Tabulka č. 11 Vysvětlení pojmu spánková hygiena

Vysvětlení pojmu spánková hygiena	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano, dokážu vysvětlit	79	75,96
Ne, nevím co to znamená	26	25

Graf č. 11 Vysvětlení pojmu spánková hygiena



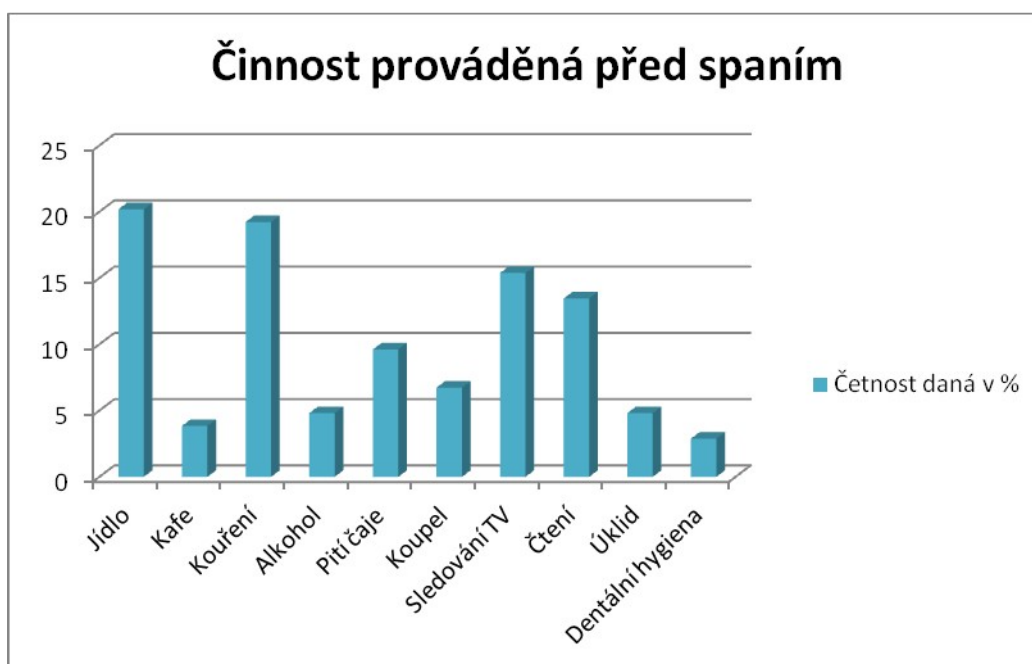
Další otázkou jsem zjišťovala, jestli by sestry byly schopné vysvětlit pojem spánková hygiena. 79 (75,23 %) z nich odpovědělo, že by pojem vysvětlit dokázaly a vědí, čím se spánková hygiena zabývá, zbylých 26 respondentek (24,76 %) nevědělo, co pojem znamená.

Otázka č. 12 Kterou z těchto činností krátce před spaním nejčastěji uskutečňujete?

Tabulka č. 12 Prováděná činnost před spaním

Aktivita	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Jídlo	21	20, 19
Kafe	4	3, 84
Kouření	20	19, 23
Alkohol	5	4, 8
Pití čaje	10	9, 61
Koupel	7	6, 73
Sledování TV	16	15, 38
Čtení	14	13, 46
Úklid	5	4, 8
Dentální hygiena	3	2, 88

Graf č. 12 Prováděná činnost před spaním



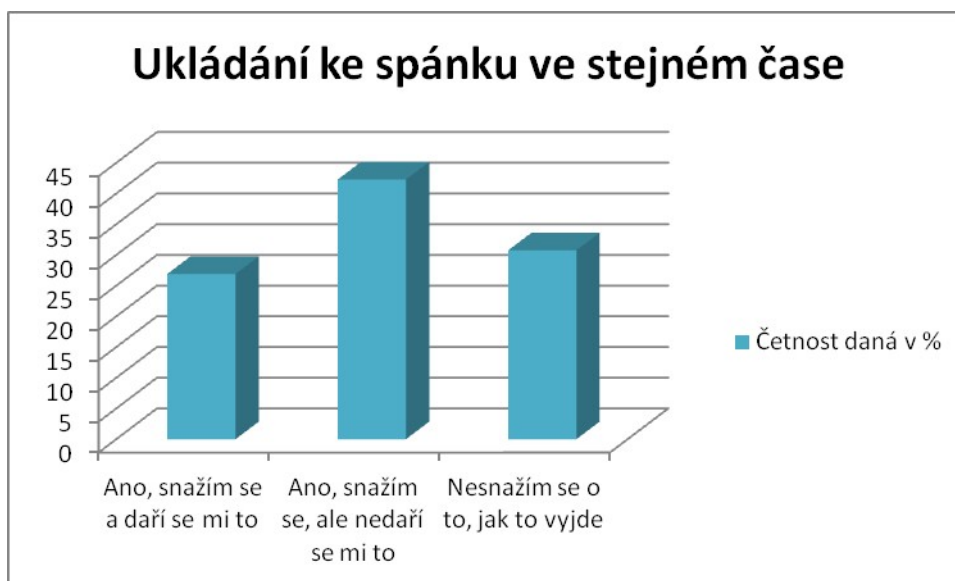
Z grafu vyplývá, že nejvíce sester uskutečňovalo před spaním aktivitu konzumace jídla celkem 21 (20,19 %). Druhá nejčastější odpověď byla kouření 20 sester (19,23 %). Následovaly odpovědi dle nejčastějšího zaškrtnutí sledování televize 16 (15,38 %), čtení knih 14 (13,46 %), pití čaje 10 (9,61%), koupel 7 (6,73 %), konzumace alkoholu před spánkem označilo 5 sester (4,8 %). Po této odpovědi napsalo 5 sester úklid domácnosti (4,8 %). Odpověď pití kávy označily 4 sestry (3,84 %). A jako poslední se umístila nejméně častá odpověď, provádění dentální hygieny 3 sestry (2,88 %).

Otázka č. 13 Snažíte se chodit spát v přibližně stejnou dobu?

Tabulka č. 13 Ukládání ke spánku ve stejném čase

Ukládání ke spánku ve stejnou dobu	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano, snažím se a daří se mi to	28	26, 92
Ano, snažím se, ale nedaří se mi to	44	42, 3
Nesnažím se o to, jak to vyjde	32	30, 76

Graf č. 13 Ukládání ke spánku ve stejném čase



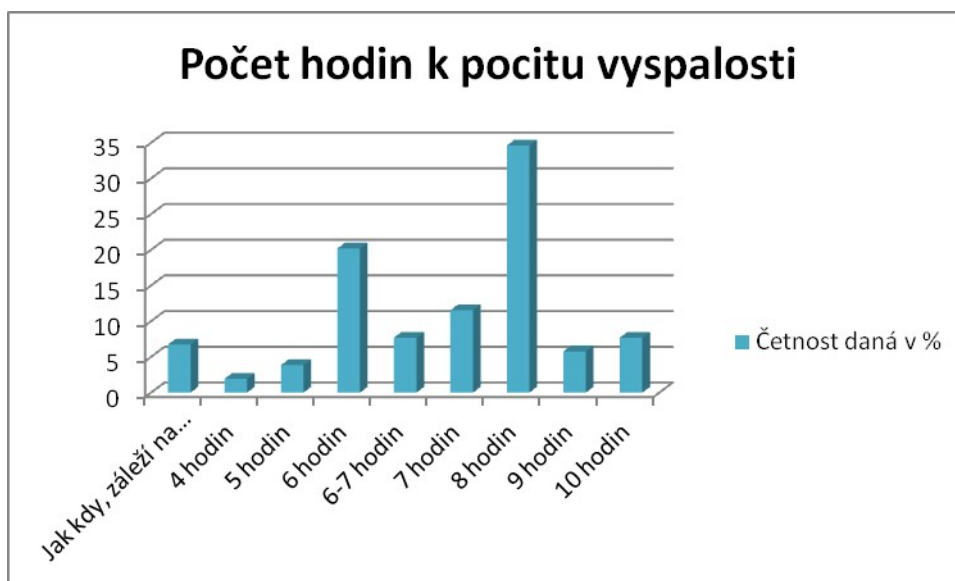
Otázka, zdali se sestry snažily chodit spát pokaždé ve stejnou dobu, dopadla následovně. 28 sester (26,92 %) zodpovědělo, že se snaží a daří se jim to dodržet, 44 (42,3 %) se o to také pokouší, ale nedaří se jim to a zbylých 32 sester (30,76 %) se o to nepokouší.

Otázka č. 14 Kolik hodin spánku potřebujete, abyste se cítila vyspalá a svěží?

Tabulka č. 14 Počet hodin spánku ke svěžesti

Hodin spánku ke svěžesti	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Jak kdy, záleží na aktivitách	7	6, 73
4 hodin	2	1, 92
5 hodin	4	3, 84
6 hodin	21	20, 19
6-7 hodin	8	7, 69
7 hodin	12	11, 53
8 hodin	36	34, 61
9 hodin	6	5, 76
10 hodin	8	7, 69

Graf č. 14 Počet hodin spánku ke svěžesti



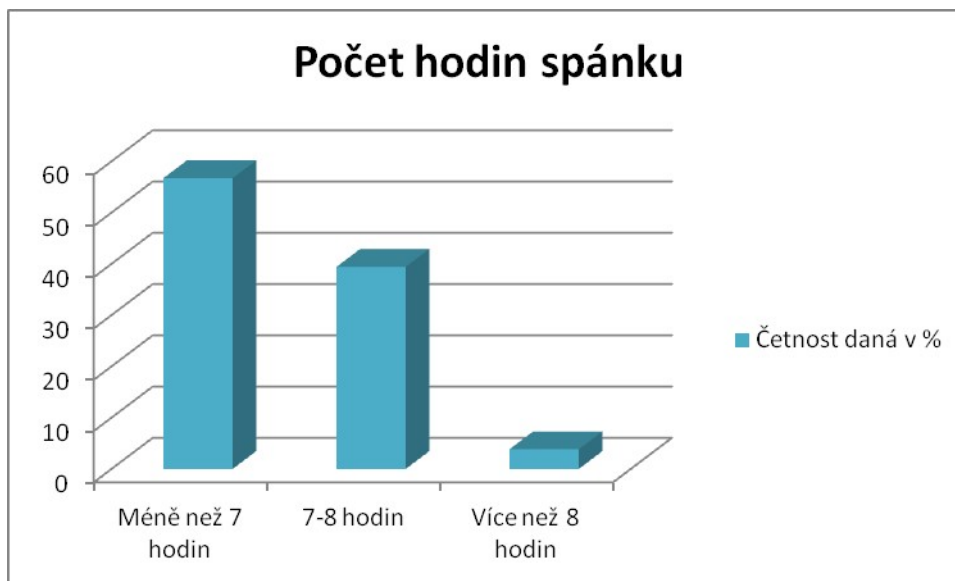
Při dotazu, kolik hodin spánku sestry potřebovaly k pocitu svěžesti a vyspalosti jsem zjistila, že nejvíce sester 36 (34,61 %) se cítí vyspalých při 8 hodinách spánku, následovala odpověď pocit vyspalosti při 6 hodinách 21 sester (20,19 %). 7 hodin uvedlo 12 sester (11,53 %). Délku hodin 6-7 uvedlo 8 sester (7,69 %) stejně tak 10 hodin spánku k vyspalosti 8 sester (7,69 %). O jednu sestru méně tedy 7 sester (6,73 %) zaškrtno možnost jak kdy, záleží podle aktivity během dne. 9 hodin potřebuje 6 sester (5,76 %), 5 hodin 4 sestry (3,84 %) a nejméně tedy 2 (1,92 %) sestry potřebují jenom 4 hodiny spánku.

Otázka č. 15 Kolik hodin převážně denně spíte? (odpovídaly pouze sestry z trojměnného provozu, v případě, že nemají noční službu)

Tabulka č. 15 Počet hodin spánku

Kolik hodin denně spíte	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Méně než 7 hodin	59	56, 73
7-8 hodin	41	39, 42
Více než 8 hodin	4	3, 84

Graf č. 15 Počet hodin spánku



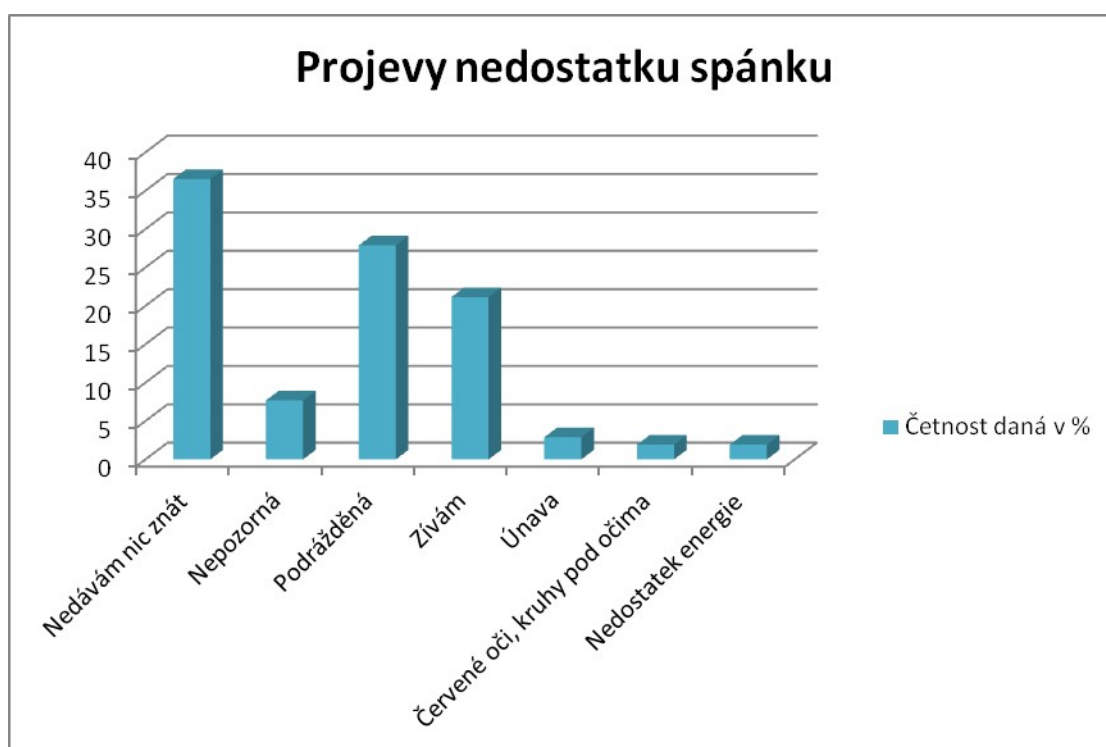
Na otázku kolik hodin denně spíte, pokud nemáte noční službu, odpovědělo 59 (56,73 %) sester tedy nejvíce méně než hodin, 41 sester (39,42 %) 7 až 8 hodin spánku a nejméně 4 sestry (3,84 %) odpověděly více než 8 hodin spánku.

Otázka č. 16 Jak se u Vás projevuje nedostatek spánku?

Tabulka č. 16 Projevy nedostatku spánku

Projevy nedostatku spánku	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Nedávám na sobě nic znát	38	36,53
Nepozorná	8	7,69
Podrážděná	29	27,88
Zívám	22	21,15
Únava	3	2,88
Červené oči, kruhy pod očima	2	1,92
Nedostatek energie	2	1,92

Graf č. 16 Projevy nedostatku spánku



Otázkou číslo 16 jsem zjišťovala, jak se na sestřích projevuje nedostatek spánku. Nejvíce odpovědí celkem 38 dotázaných (36,53 %) odpovědělo, že se snaží, na sobě nedát nic znát. Druhá nejčastější odpověď 29 sester (27,88 %) byla, že se projeví podrážděností, nervozitou, nepříjemností. 22 sester (21,15 %) přiznalo zívání, změny držení těla. Méně

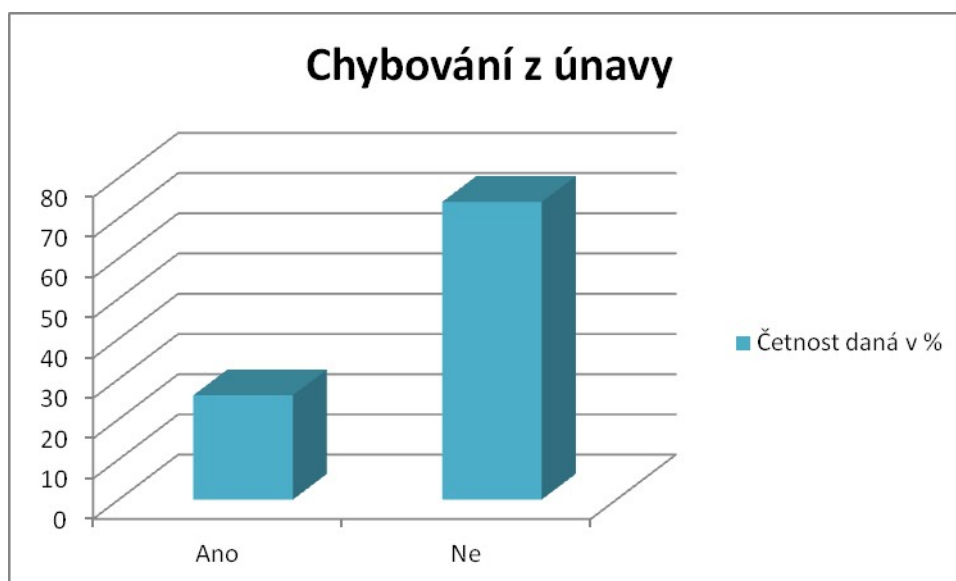
sester pak v počtu 8 (7,69 %) udalo nepozornost, nedostatečné věnování pozornosti aktivitě během dne. Únava se projeví u 3 sester (2,88 %) a se stejným počtem 2 sester (1,92 %) vyšly příznaky v podobě červených očí a kruhů pod očima spolu s nedostatkem energie.

Otázka č. 17 Setkala jste se někdy s tím, že jste z nedostatku spánku (z únavy) v práci chybovala?

Tabulka č. 17 Chybování z nedostatku spánku, způsobené únavou

Chybování	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	27	25, 96
Ne	77	74, 03

Graf č. 17 Chybování z nedostatku spánku, způsobené únavou



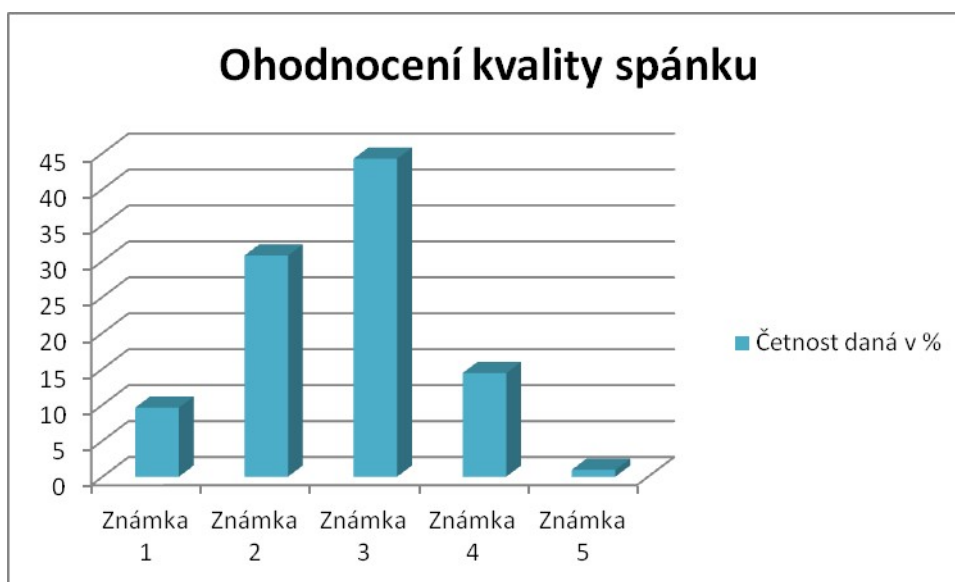
Otázka číslo 17 se týkala odpovědi, zda sestry někdy v průběhu své praxe z nedostatku spánku vlivem únavy chybovaly. 77 z nich tedy (74,03 %) napsalo, že ne a 27 sester (25,96 %) upřímně přiznalo, že někdy chybu udělaly.

Otázka č. 18 Jak byste zhodnotila kvalitu Vašeho spánku? (na škále 1-5 kdy 5 je nejhorší)

Tabulka č. 18 Hodnocení kvality spánku

Kvalita spánku	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
1	10	9, 61
2	32	30, 76
3	46	44, 23
4	15	14, 42
5	1	0, 96

Graf č. 18 Hodnocení kvality spánku



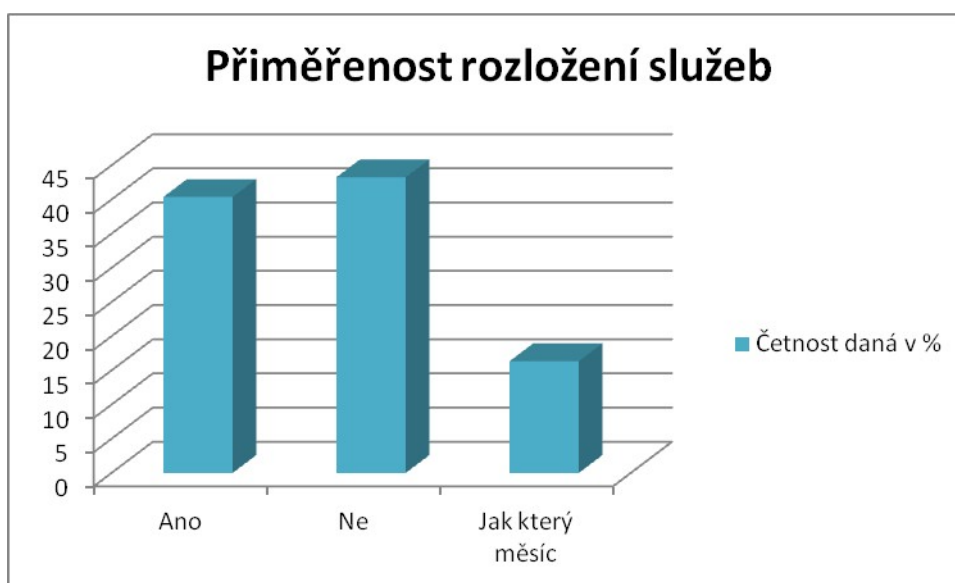
Otázka číslo 18 se týkala zhodnocení kvality spánku dle stupně od 1 do 5, kdy 1 byla nejlepší známka a 5 nejhorší. Nejvíce dotazovaných dalo známku 3 celkem 46 (44,23 %), následovala druhá nejčastější známka 2 a to označilo 32 sester (30,76 %), známku 4 zvolilo 15 sester (14,42 %), známku 1 zaškrtnulo 10 sester (9,61%) a nejméně dotazovaných tedy 1 (0,96 %) označilo možnost známky 5.

Otázka č. 19 Zdá se vám rozvržení Vašich služeb přiměřené, odpočnete si dostatečně?

Tabulka č. 19 Přiměřenost rozložení služeb

Přiměřenost rozložení služeb	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	42	40,38
Ne	45	43,26
Jak který měsíc	17	16,34

Graf č. 19 Přiměřenost rozložení služeb



Otázka číslo 19 jsem zjišťovala, zda si sestry myslí, že jsou jejich služby rozloženy přiměřeně k tomu, aby si dostatečně odpočinuly. Nejvíce odpovědí se vyskytlo u možnosti ne, nejsou přiměřeně rozloženy 45 sester (43,26 %), odpověď ano označilo 42 sester (40,38 %) a 17 sester (16,34 %) zvolilo možnost, že se vše odvíjí podle daného měsíce a služeb v něm.

8.4 Vyhodnocení výzkumného šetření vzhledem ke stanoveným cílům

Tato kapitola je zaměřena na vyhodnocení stanovených cílů výzkumného šetření se vztahem k výsledkům výzkumného šetření.

Hlavní cíl: Jak jsou na tom sestry s kvalitou spánku pracující na různém oddělení nemocnice ve smyslu, zdali se setkaly s určitými poruchami týkající se oblasti spánku.

Vyhodnocení hlavního cíle: Hlavní cíl se podařilo splnit. Z výsledků mého prováděného výzkumu vyplývá, že převážná většina sester už se někdy s poruchou spánku setkala nebo s ní stále bojuje, konkrétně 83,62 %. Vyskytly se i takové sestry, které poruchami spánku doposud netrpí celkem 14,41 % sester. Nejčastěji sestry ohodnotily kvalitu spánku průměrnou známkou 3 a to v 44, 23 %. Šetření také ukázalo určité nedostatky v oblasti spánkové hygieny, kde jsem předpokládala téměř stoprocentní znalost právě tohoto pojmu. Jako pozitivní se jeví, že sestry vlivem nedostatku spánku projevující se únavou ve své práci v převážně většině nechybují. Otázkou ale zůstává, zda se bojí chybu přiznat, že by někdy skutečně chybovaly nebo jsou naprosto upřímné.

Dílčí cíl č. 1 Mým prvním dílčím cílem bylo zjistit, kolik hodin spánku potřebují všeobecné sestry k tomu, aby se cítily dostatečně vyspalé, a kolik hodin skutečně naspí.

Tento cíl se také podařilo splnit. Z pohledu hodin spánku, které jsou potřebné k pocitu svěžesti, a vyspalosti 34,61 % napsalo 8 hodin. Druhá nejčastější odpověď týkající se počtu hodin byla 6 hodin spánku, tuto možnost zvolilo 20,19 %. Z dotazníkového šetření lze také konstatovat, že skutečný počet hodin, které sestry naspí je méně než 7 hodin, celkem 56,73 %. Z tohoto výsledků je zřejmé, že pro určité procento sester je počet hodin spánku nedostačující.

Dílčí cíl č. 2 Druhý dílčí cíl se týkal toho, jaké návyky před spánkem sestry uplatňují a jaké faktory mají největší vliv na kvalitní spánek. Ze získaného výsledku mohu pak zhodnotit, zda se snaží přizpůsobit aktivity k lepší přípravě spánku. Tento cíl se podařilo zjistit. Při sledování nejčastějších návyků před spánkem vyplynulo, že nejvíce se sestry uchylují ke konzumaci jídla celkem ve 20,19 % a hned za touto aktivitou následuje kouření cigaret 19,23 % respondentek. Třetí nejčastější aktivitou bylo sledování televize 15,38 %. Je zajímavé, že koupel nebo pití bylinkového čaje pro zlepšení spánku zvolilo menší procento sester a naopak aktivity, které nejsou vhodné pro lepší přípravu ke spánku, jsou v popředí. 4,8 % dokonce přiznalo, že si dají i určité množství alkoholu pro lepší navození spánku. Jako největší vliv na spánek sestry označily třísměnný provoz spolu s aktuálním psychickým stavem a to v 14,42 %. Poměrně velké procento zaujímá také rodina 13,46 %. Také stres a únava v poměrně velké míře ovlivňuje 11,53 % dotazovaných.

Dílčí cíl č. 3 se týkal zhodnocení rozvržení služeb sestrami a osobním ohodnocením kvality spánku. Celkovými výsledky sestry došly k závěru, že rozvržení služeb nejčastěji uznaly jako nepřiměřené a to celkově v 46,26 %. Výsledky byly však poměrně vyrovnané, jelikož 40,38 % sestrám přijde rozvržení služeb přiměřené. 16,34 % hodnotí rozvrženost dle daného měsíce a počtu směn v něm. Co se týká osobního ohodnocení kvality spánku, nejvyšší procento sester se shodlo na hodnocení průměrně známkou 3 a to v 44,23 %. Druhou nejčastější známkou byla 2, celkem ji označilo 30,26 % sester. Následovala známka 4 s 14,42 %. Předposlední místo zaujímá překvapivě známka 1, označilo 9,61 %. Zámka 4 pak označilo 0,96 %.

8.5 Diskuze k výsledkům

Studii, které by se zabývaly právě konkrétně problematikou spánku u sester, není příliš mnoha. Spousta prací je směřováno více směrem jejich životního stylu nebo se tématem spánku zabývají spíše v návaznosti na jiná témata a často okrajově. Přesto určité studie na toto téma prováděnou byly. Podobným tématem poruchami spánku u zdravotníků se zabývá i práce Jany Hlaváčkové, která prováděla práci na téma Sestry a spánek. Bakalářská práce Květoslavy Mrázkové se pak soustředí konkrétně na Poruchy spánku zdravotních sester, tedy tématem, kterého se dotýkám i ve své práci. Jejím hlavním úkolem práce bylo zmapovat, v jaké míře se vyskytují poruchy spánku u zdravotních sester. Práce se také zaměřovala na porovnání poruch u sester v jednosměnném a vícesměnném provozu. U sester, které poruchou trpí, se snažila zjistit, které faktory ovlivňují jejich spánek nejvíce.

Metodou užitou v mém kvantitativním výzkumném šetření byl dotazník. První otázkou jsem se snažila oslovené všeobecné sestry zařadit do věkové kategorie, do které spadají. Z daného celkové počtu nejčastějších odpovědí se dala také předpokládat možná větší pravděpodobnost s problémy se spánkem. Největší skupinu mých dotazovaných respondentek tvořila skupina 36-50 let, kterou označilo 54 sester, a sice 51,9 %. Druhá nejčastěji tázaná věková skupina byla 51 a více let s 30,79 %. Do kategorie 21-35 spadá 14,42 % tázaných a zbylých 2,88 % jsou sestry do 20 let. V literatuře se mimo jiné uvádí, že s vzrůstajícím věkem dochází postupně k narušení spánkové architektury a k ubývání a narušování spánku. (Nevšímalová, 2007) Vyšší procento sester ve starší věkové a méně sester v mladších věkových kategoriích může také naznačovat skutečnost, že nedochází k přijímání čerstvých absolventů vysokých škol, ale nemocnice si spíše udržují zkušené sestry. V mém dotazníku tvořily největší část sestry ve věkové kategorii 36-50 let, což se dá považovat za pokročilý věk a kde můžeme předpokládat také určité riziko výskytu spánkových poruch související s narušováním spánku. Další otázka se týkala toho, jak dlouho sestry působí v oblasti zdravotnictví. Ne vždy totiž délka praxe koresponduje

s délkou působení v této oblasti. Z výsledků je jasně zřejmé, že nejčastější délka působení ve zdravotnictví je 21 a více let a to v 34,61 % procentech. Hned po této kategorii následovala druhá nejčastější kategorie a to 6-10 let s 25 %. Do 5 let se vešlo 23,07 % sester a nejméně označily délku působení 11-20 let s 17,3 %. Výsledky délky ve zdravotnictví dokládá tabulka a graf č. 1. Podobné výsledky byly zjištěny také v bakalářské práci Jany Hlaváčkové, která se zabývá tématem Sestry a spánek z roku 2009. Při zjišťování délky praxe ve zdravotnictví největší část sester 30,2 % spadá do délky působení 21 a více let. S danými výsledky se zamýšlí, zda je potřeba u sester vyšší fyzická a psychická přizpůsobivost a delší doba přizpůsobení se směnnému provozu, která je u starších sester už na určité úrovni vybudována.

Převahu provozu vícesměnného nad provozem jednosměnným dokazuje tabulka č. 2. Největší zastoupení tvoří sestry z provozu vícesměnného z celkových 100% je to 63,46%. Provoz jednosměnný pak tvořil 36,53 %. Další otázka se týkala samostatně délky praxe ve vícesměnném provozu. Ze 104 dotázaných, které tvoří 100 %, tvoří 36,53 % sestry z provozu jednosměnného. Pokud se zaměříme na délku praxe u sester z provozu vícesměnného, tvoří převahu sestry s nejdelsí délkou praxe tedy 21 a více let a to 24,03 %, druhá nejčastější odpověď byla 5 letá praxe s 18,26 %, 6-10 a 11-20 letá praxe tvoří skupinu se stejným počtem označení a to 10,57 %. Opět to svědčí o převaze věkově starších sester, které tvoří součást mého dotazníku. Zůstává tedy otázkou, kdy se u těchto starších sester začnou projevovat spánkové problémy, spojené jak s věkem, tak se směnností provozu.

Stejně tak rodinný stav, ve kterém se sestry právě nacházejí, může mít určitou roli při vyhodnocování kvality a poruch spánku. Z mého pohledu jsem tento problém častěji očekávala u sester, které žijí s manželem a popřípadě dětmi. Epidemiologické studie ukazují, že vyšší výskyt nespavosti se dá však očekávat u žen rozvedených nebo u těch, které jsou vdovami. (Šonka, 2009) Sestry, které žijí samy bez manžela a dětí bylo v mém výzkumu 18,26 %. Nejčastější odpovědí s celkovými 35,57 % byla možnost, že žijí s manželem a dětmi. Poté sestry označovaly situaci, kdy žijí s partnerem 30,76 %. A nejméně častěji jsem se setkala se situací, kdy byly sestry samoživitelky a žily pouze s dětmi a to v 15,38 %. Rodinná situace, kdy sestry žijí s manželem i dětmi dle mého názoru staví tyto sestry do nelehké pozice. I profese všeobecné sestry je velice zodpovědné povolání, které vyžaduje dostatek pozornosti a soustředěnosti. Pokud se zároveň musejí starat ještě o rodinné zázemí a skloubit problémy, které si odnášejí ze zaměstnání domů, může se vše odrážet právě v kvalitním a nerušeném spánku.

Výzkum ukázal, se kterými problémy ze škály všech možných nepravidelností ve spánku, se potýkaly nejčastěji právě naše dotazované. Zjištěný výsledek byl takovýto.

Mezi nejčastější problém sestry uvedly celkově nedostatečné množství spánku, které se během dne projevuje únavou, tuto možnost označilo 20,7 % sester. Tento nedostatek může být dán rozvržením služeb, kdy sestry ve směnném provozu nedokážou dospat spánkový deficit, který se nastřádá po nočních službách. Hned po této možnosti se poměrně velká část sester 18,18 % shodla na možnosti častého buzení během spánku, který může souviset s nepravidelným spacím režimem. 14,93 % dotázaných sester má problém vůbec usnout a cítí se tedy ráno málo vyspalé. Časné ranní buzení a problémy s opětovným usnutím řeší 11,68 % dotazovaných. Našlo se i určité procento sester, konkrétně 11,03 %, které žádné problémy se spánkem neřeší. Jedná se jak o sestry v provozu jednosměnném, tak v provozu dvousměnném. Nejméně procent sester a to 9,74 % se shodlo na problému, že spánek pro ně nebyl dostatečně přínosný a nepřinášel pocit osvěžení po probuzení. Ve srovnání s výsledky Květoslavy Mrázkové ve výzkumu z roku 2013, kde se sestry nejvíce shodly na pocitu nedostatečného spánku. Ze 120 dotazovaných zde 40 % sester z obou provozů označilo právě tuto spánkovou poruchu. Výsledek nejčastějšího problému se spánkem byl tedy shodný s mým výzkumem. Druhý nejčastější spánkový problém se také shoduje s výsledky výzkumu Mrázkové, konkrétně se jedná o opakované probuzení v průběhu spánku. Označilo ho zde 31 %. Výsledky v oblasti konkrétní spánkové poruchy jsou tedy poměrně shodné.

Pokud už se sestry s problémem spánku někdy setkaly, zajímalo mě, jak dlouho se s ním potýkaly. Opět určité procento tvořily sestry, které se s problémem vůbec nepotýkají a to celkem 17,3 %. Pokud už však tento problém řešily, nesl se v řádech roků v 32,69 %. V řádech nocí a týdnů se vyskytuje v 28,84 %. Tento údaj může být spojený s aktuálním rozložením služeb popřípadě s narušením určitého režimu, na které jsou sestry vyššího věku navyklé. U 21,15 % se problém řeší v řádech měsíců a je otázkou, jestli po určitém trvání nepřejde do oblasti trvání roků. Literatura popisuje, že s přibývajícím délkou doby spánkových poruch, může docházet také k působení v oblasti psychiatrických poruch, které se následně přidružují. Z určitého počtu insomnií jich je kolem 40-60 % spojeno s depresivní a úzkostnou poruchou (Kosová, 2006).

Z pohledů kompenzačních mechanismů ke zmírnění obtíží se na přední pozice dostala reakce, že problém raději neřeší a nechávají ho volně vyplynout a to v poměrné převaze 37,5 %. Pokud se však sestry rozhodly přistoupit k nějakému řešení, byla první volbou použití medikamentů v podobě léků na spaní či antidepresiv v 16,34 %. Poměrně velké množství odpovědí se vyskytlo ještě u možnosti čtení knihy, koukání na televizi, tuto možnost by volilo 11,53 %. Ostatní odpovědi se rozdělily mezi pití bylinkového čaje před spaním 9,61 %, procházku 7,69 %, 5,76 % žádné problémy neřeší. Některé sestry se uchylují dokonce ke konzumaci alkoholu či kouření cigaret k navození spánku. Poměrně překvapivé pro mě bylo, že využít spánkovou hygienu se snaží pouze jedna sestra z dotazovaných. Přitom znalost těchto doporučení by měla být u této cílové skupiny

nejvyšší. S porovnáním se studií prováděnou Janou Hlaváčkovou, sestry ze směnného provozu nejvíce a to v 30,2 % přiznaly, že potížemi se spánkem trpí, ale neřeší je. Sestry s ohledem na jednosměnný provoz se pak přikláněly k možnosti pití bylinného čaje. V souhrnném pohledu obou provozů dotazovaných sester se mé výsledky shodují s nejčastějším tvrzením sester ve vícesměnném provozu studie Hlaváčkové.

Problémy se spánkem je možné řešit návštěvou lékaře. Otázka číslo 9 zjišťovala, zda některá sestra použila možnost návštěvy některá při řešení některého problému se spánkem, pokud ano, jaká byla doktorova doporučení. Převážná většina sester v celkovém počtu 86,53 % nikdy žádnou návštěvu lékaře neabsolvovala. Z tohoto výsledku lze usuzovat, že se snaží své spánkové problémy řešit individuálně bez nadbytečného množství možných doporučených medikamentů. Výsledek bakalářské práce Mrázkové ukazuje, že s danými poruchami spánku nikdy lékaře nenavštívilo 92 % sester z jednosměnného a 97 % z nepřetržitého provozu. Jak tento problém řeší je blíže přiblíženo v otázce číslo 6. Právě hypnotika a antidepresiva byla v 7,69 % doporučena k možnému zlepšení. 4,8 % se k návštěvě odvážila, ale žádného nedoporučení se jim nedostalo. Práce B. Podhajské Poruchy spánku u sester zjistila, že sestry z třísměnného nepřetržitého provozu užívají hypnotika častěji nežli sestry z ambulance. Procházky a klid doktor poradil v 1,92 %. Celkově lze tedy konstatovat, že sestry raději návštěvu lékaře odmítnout a řeší problém samostatně.

Překvapivých výsledků jsem se dočkala při otázce, zda sestry dokážou vysvětlit pojem spánková hygiena. Očekávala jsem, že v převážné většině budou sestry vědět, co je podstatou spánkové hygieny. Výsledek byl, že 75,96 % se s pojmem někdy setkala a zná ho, 25 % sester tento pojem nezná a nedokázalo by ho vysvětlit. Provedla jsem porovnání s výsledky Jany Hlaváčkové v prováděném výzkumu Sestry a spánek. Že pojem spánková hygiena zná, zodpovědělo 78,9 %, zbylých 21,1 % se přiklonilo k odpovědi ne. Výsledky jsou tedy v porovnání s mými velmi srovnatelné.

Na kvalitu spánku může mít také vliv aktivit, které jsou uskutečňovány těsně před spánkem spolu s proměnlivostí času ukládáním se ke spánku. Proto mě zajímala nejčastěji prováděné rituály před spánkem, kdy nejčastěji sestry v 20,19 % konzumují jídlo spolu s poměrně vyrovnanou odpovědí kouření, které přiznalo 19,23 %. Na dalších místech byly časté aktivity jako sledování televize 15,38 % čtení knih 13,46 % nebo popíjení bylinkové čaje pro lepší usínání 9,61 %. Co se týká těchto návyků, nejsou výsledky moc pozitivní a dokazuje to tedy nesprávné návyky pro kvalitní spánek. Ve většině případů nejsou dodržovány zásady spánkové hygieny. Ve 4,8 % se také sestry nebránily přiznat konzumaci alkoholu před spaním.

Co se týká času, kdy sestry chodí spát, tak 42,3 % se pokoušelo zajet určitý rituál času, ve kterém by chodily spát, ale nedařilo se jim to. Naopak 26,92 % se o to pokoušelo a dokonce úspěšně. 30,76 % nechává vše na spontánnosti a čas nějak striktně nekontroluje a nesnaží se ho ovládat. Výsledek může naznačovat tomu, že tělo není zvyklé na pravidelný režim, který by mu byl dopřán a reaguje na neustálou změnu problémy v oblasti spánku konkrétně například usínání, kterou velká část sester také přiznala.

Za optimální dobu v produktivním věku, která by měla být tělu v noci dopřána je podle Nevšimalové v článku Poruchy spánku a civilizační choroby považována doba 7-8 hodin. K tomu lze přirovnat mé zjištění na otázku, kolik hodin spánku je potřeba k pocitu svěžesti a i následující otázka týkající se skutečné počtu naspaných hodin. Průměrná doba, kterou sestry označily k dostatečnému pocitu odpočinku a svěžesti byla 8 hodin a to 34,61 %. Toto procento tedy odpovídá i doporučené době spánku dospělého člověka. 20,19 % pak považuje dostačujících 6 hodin, je možné, že se jedná o osoby mladší, kde potřeba spánku není natolik vysoká. 7 hodin bylo zvoleno 11,73 % sester. Mezi 6-7 hodinami průměrně potřebuje 7,69 %. Většina sester se tedy shodla na dostačujících 8 hodinách, ve skutečnosti však nejvíce procent sester a to 56,73 % naspí méně než 7 hodin, mezi 7-8 hodinami pak 39,42 %. Jen malá část procenta sester 3,84 % naspí více jak 8 hodin.

Pokud není tělu dopřána potřebná doba pro spánek, může to mít negativní dopad nejen na naše tělo, ale také na celkové fungování a to především v zaměstnání, kde jsou následky chybování velmi závažné. V průběhu šetření mě tak zajímalo, jaké dopady může mít únava na jejich chybování a jak se i u nich projevuje nedostatek spánku a následná skleslost a nedostatek energie. Nejvíce procent sester 36,53 % se daný nedostatek snaží nedat najevo, u poměrně velkého procenta 27,88 % se pak únava projevuje podrážděností, nervozitou a nepříjemností, u 21,15 % je nejčastější projev zívání spolu se změnami držení těla. Menší procento pak označilo nepozornost spolu a také únavu s projevem na očích a kruhů pod očima a nedostatek energie. Práce sester by měla být prováděna se stoprocentní jistotou a měly by se snažit nedopustit se žádného chybování. Při této otázce 74,03 % označilo, že se při práci nedopustily žádné chyby. Poměrně velké procento sester 25,9 % však jakoukoliv chybu během své praxe přiznalo. Myslím si, že procento sester, které se dopustily chybování je vyšší, jen se sestry bojí tuto skutečnost přiznat, popřípadě si ji připustit. Přestože se většina sester dokáže po směně odreagovat nejrůznějšími činnostmi, jejich práce je spojena s velkou psychickou a i fyzickou vyčerpaností a není tedy velkým překvapením, že se člověk v některých případech dopustí chyby. Na základě těchto výsledků jsem se ptala, jak by sestry tedy oznámkovaly kvalitu a spokojenost se současným spánkem a výsledek my vyšel poměrně dost předvídatelný, a sice známka 3 (kdy známkování bylo bráno jako ve škole) s 44,23 %. Znamku 2 dalo 30,76 %, 4 se objevila u 14,42 %, překvapilo mě i poměrně dost označení 1, a sice 9,61 %, 0,96 % by

pak volilo poslední možnost a to 5. Spokojenost s kvalitou spánku je tedy průměrná i za předpokladu, že 56,73 % naspí průměrně méně než 7 hodin spánku, což je o hodinu méně než je dle Praška doporučováno u dospělého člověka k načerpání dostatečné energie.

Poslední bod mé výzkumné části tvořila oblast rozložení směn a služeb, zda se zdá sestřím dostatečně přiměřené, nebo jestli si myslí, že si při jejich rozpisu služeb stačí dostatečně zregenerovat a odpočinout si jak po fyzické stránce, tak po té psychické. Z celkového výsledku je však vidět, že se sestry jednoznačně neshodují a výsledek je dalo by se říci „půl na půl“. 40,38 % považuje své rozložení služeb za přiměřené oproti 43,26% které jsou opačného názoru. 16,34 % si myslí, že jejich služby jsou rozloženy přijatelně jak který měsíc a nedokážou se tak jednoznačně přiklonit ani k jedné možnosti. Také Olga Pavlíková ve Zdravotnictví a medicíně uvádí, že při práci na směny už tak dochází ke snižování spánku o 1 až 3 hodiny, výsledný spánek je navíc méně kvalitní než obvykle. (Olga Pavlíková, 2008, s. 26)

9 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na téma potřeba spánku u cílové skupiny, a sice u zdravotních sester. Zjišťovala jsem, jak jsou na tom sestry s hodnocením kvality spánku, výskytu spánkových poruch, jaké jsou jejich spánkové návyky.

V teoretické části jsem se věnovala především samotnému spánku z pohledu fyziologie, působení na tělo ve spojitosti se směnným provozem, faktory ovlivňující jeho kvalitu. Zdůraznila jsem zásady spánkové hygieny, kterou lze při výskytu poruch aplikovat. Velkou kapitolu tvoří také konkrétní poruchy spánku, které se v dnešní době vyskytují nejvíce.

Ve výzkumné části jsem popsala cíle svého dotazníkového šetření, metodologii sběru dat a způsob jejich následného vyhodnocování. Mým cílem bylo zmapovat kvalitu spánku u všeobecných sester směnného i jednosměnného provozu v nemocnici v Jablonci nad Nisou a dopad na jejich chybování v provozu. Zajímala jsem se o spánkové návyky, které sestry před spaním provozují. V dnešní době také mnoho lidí pracuje na směnný provoz, proto mě zajímalo, kolik hodin spánku sestry skutečně naspí s porovnáním s počtem hodin, který by se pro ně zdál optimální k dostatečnému odpočinku. Ke zjišťování odpovědí jsem použila nestandardizovaný dotazník.

Cíle, které jsem si v této práci zadala, byly splněny. Během svého vyhodnocování jsem srovnávala s výsledky šetření použitých převážně v pracích Hlaváčkové a Mrázkové, které se zabývají také problematikou spánku i konkrétními poruchami spánku u zdravotních sester. Některé z výsledků se ukázaly dost podobné s mými zjištěními. Výzkum ukázal také určité nedostatky v oblasti pojmu spánkové hygieny. Velká část oslovených sester má také tendence řešit vyskytující se poruchy v oblasti spánku samy a nevyužít pomoci doktora. Ke konci bych ráda uvedla určitá doporučení ke zlepšení. Je důležité si uvědomit, že na kvalitě spánku a jeho dostatku pro tělo se podílejí nejen samy sestry, ale velikou roli zde hraje také provoz nemocnice a jejich nadřazený.

Určitá doporučení, která by mohla vést ke zlepšení:

- seznámit všechny sestry s pojmem spánková hygiena a zařadit tyto postupy při poruchách spánku
- snažit se chodit spát ve stejnou dobu
- utvořit si určitý spánkový rituál spojený i s aktivitami, které sestry vykonávají těsně před spaním
- pečovat o svoji osobu a své potřeby a nesnažit se provádět činnosti na úkor spánku

- ve vyšším věku zvážit náročnost směnného provozu
- snažit se o volném čase zapojit do svého režimu sportovní či jiné relaxační metody
- seznámit sestry s nejčastějšími poruchami spánku a navrhnout jejich nejvhodnější řešení

Nadřazený by měl:

- zvážit rozložení nočních služeb
- zajistit dostatečný počet vzdělaného personálu
- snažit se předejít syndromu vyhoření u sester
- provádět krátká školení, která se týkají životního stylu sester, do kterého spadá i kvalita spánku

Z celkového zjištění jsem došla k závěru, že 88,93 % sester z obou provozů popsalo určitou spánkovou poruchu. Délka výskytu poruch přetrvává převážně v řádech roků a to v 32,69 %. I přes tyto výsledky však sestry problém v oblasti spánku řeší převážně samostatně a jen 14,41 % se snažilo problém sdílet s doktorem a dospět tak k určitému odbornému doporučení. Oslovené všeobecné sestry zhodnotily kvalitu svého spánku jako průměrnou, nejčastěji zvolily hodnocení známku 3. Bylo zajímavé podívat se na osobní názor rozložení pracovních služeb, kde 43,26 % sester se nezdá přiměřené a potřebovaly by delší dobu na dostatečné zregenerování a že 25,96 % dotazovaných upřímně přiznalo chybování na pracovišti z důvodu únavy.

Z literárních zdrojů jsem využila jak českou tak zahraniční literaturu, týkající se tématu spánek. Článků na daný problém bylo také poměrně mnoho.

10 Citovaná literatura

AZMOON, HIVA, HABIBOLLAH DEHGHAN A JAFAR AKBARI [ET. AL]. *The Relationship between Thermal Comfort and Light Intensity with Sleep Quality and Eye Tiredness in Shift Work Nurses*. Journal of Environmental and Public Health [online]. 2013, vol. 2013, č. 1, s. 1-5 [cit. 2014-11-03]. DOI: 10.1155/2013/639184. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/jeph/2013/639184/>

BORZOVÁ, CLAUDIA. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7

FONTANA, JOSEF, JAN TRNKA, PATRIK MAĎA [ET AL.]. 10. *Biologické rymy*. In: *Funkce buněk a lidského těla* [online]. Praha, 2013 [cit. 2014-10-29]. Dostupné z: <http://fbt.cz/skripta/regulacni-mechanismy-2-nervova-regulace/11-biologicke-rytmy/>

GILBERTOVÁ, SYLVA. *Ergonomie: Optimalizace lidské činnosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 239 s. ISBN 80-247-0226-6.

CHANIN, Luis R. Sleep and Hypersomnia. WebMD [online]. 2012, č. 1 [cit. 2014-12-15]. Dostupné z: <http://www.webmd.com/sleep-disorders/guide/hypersomnia>

HLAVÁČKOVÁ, JANA. *Sestry a spánek*. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta.

ILLNEROVÁ, HELENA. *Bližíme se k poznání podstaty biologických hodin?*. Vesmír [online]. 1994, roč. 73, č. 8, s. 425-427 [cit. 2014-10-29]. ISSN: 0042-4544; 1214-4029 (elektronická verze). Dostupné z: <http://casopis.vesmir.cz/clanek/blizime-se-k-poznani-podstaty-biologicckych-hodin>

KNUTSON, KRISTEN L. A EVE VAN CAUTER. *Associations between Sleep Loss and Increased Risk of Obesity and Diabetes*. Annals of the New York Academy of Sciences [online]. 2008, vol. 1129, issue 1, s. 287-304 [cit. 2014-10-17]. DOI: 10.1196/annals.1417.033. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1196/annals.1417.033>

KOSOVÁ, JIŘINA. *Deprese s úzkostí a poruchami spánku*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, č. 6 [cit. 2014-12-14]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/06/06.pdf>

MORÁŇ, MIROSLAV. *Parasomnie*. Practikus [online]. 2006, roč. 5, č. 10, s. 442-444 [cit. 2014-12-27]. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus06-10.pdf>

MORÁŇ, MIROSLAV. *Poruchy spánku*. Interní medicína [online]. 2009, č. 10, s. 466-470 [cit. 2014-12-12]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/10/08.pdf>

MOUREK, JINDŘICH. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 208 s. ISBN 80-247-1190-7.

MRÁZKOVÁ, KVĚTOSLAVA. *Poruchy spánku u zdravotních sester*. Hradec Králové, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, lékařská fakulta. Vedoucí práce Lubomír Hadaš.

NEVŠÍMALOVÁ, SOŇA A KAREL ŠONKA. *Poruchy spánku a bdění*. 2., dopl. a přepr. vyd. Praha: Galén, 2007, 345 s. ISBN 978-807-2625-000

NEVŠÍMALOVÁ, SOŇA. *Poruchy spánku a civilizační choroby*. Postgraduální medicína. Praha: Strategie. ISSN 1212-4184. 2005, roč. 7, č. 3, s. 269-273.

NEVŠÍMALOVÁ, SOŇA. *Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života*. Neurologie pro praxi. Praha: Solen. ISSN 1213-1814. 2006, roč. 7, č. 2, s. 94-98.

NOGOVÁ, SOŇA. *Léčba nespavosti na psychiatrické ambulanci*. Sestra [online]. 2009, č. 3, s. 5-72 [cit. 2014-11-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/lecba-nespavosti-na-psychiatricke-ambulanci-415959>

PAVLÍKOVÁ, Olga. *Tělo si na noční směny zvyká těžko*. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2008, č. 3, s. 26 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/telo-si-na-nocni-smeny-zvyka-tezko-339924>

PEPLONSKA, BEATA, AGNIESZKA BUKOWSKA, JOLANTA GROMADZINSKA [ET AL.]. *Night shift work characteristics and 6-sulfatoxymelatonin (MT6s) in rotating night shift nurses and midwives*. *Occup Environ Med* [online]. 2012, č. 5, s. 339-46 [cit. 2014-10-27]. DOI: 10.1136/oemed-2011-100273. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22368032>

PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K, ZÁVĚŠICKÁ, L. *Nespavost* 1.vyd.Praha: Portál, s.r.o., 2004. 104s. ISBN 80-7178-919-4

PRETL, MARTIN. *Poruchy cirkadiálního rytmu*. Practicus, 2014, roč. 13, č. 6, s. 25-28. ISSN: 1213-8711.

PRETL, Martin. *Spánek a jeho nejčastější poruchy*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, č. 3, s. 129-130 [cit. 2014-12-28]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/533dafaf1f0fb27bc1be2a574a0743f3.pdf>

ROKYTA, RICHARD. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2., přeprac. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008, 426 s. ISBN 80-866-4247-X.

SHAO, MING-FEN, YU-CHING CHONG, MEI-YU YEH A WEN-CHII TZENG. *Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses*. *Journal of advanced nursing* [online]. 2010, č. 7, s. 1565-72 [cit. 2014-10-24]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05300.x. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20492021>

SUE WILSON, DAVID NUTT. *Sleep disorders as core symptoms of depression*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2008. ISSN 978-0-19-955360-0.

ŠONKA, KAREL A MAREK ŠUSTA. *Nadměrná denní spavost*. *Medicina pro praxi* [online]. 2013, č. 4, s. 154-156 [cit. 2014-12-15]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/04/06.pdf>

ŠONKA, KAREL A SOŇA NEVŠÍMALOVÁ. *Parasomnie - Přehled a nejdůležitější nozologické jednotky*. *Postgraduální medicína* [online]. 2002, č. 3, s. 283 [cit. 2014-12-27]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/parasomnie-prehled-a-nejdulezitejsi-nozologicke-jednotky-144068>

THORPY, MICHAEL J. *Classification of Sleep Disorders*. *Neurotherapeutics* [online]. 2012, vol. 9, issue 4, s. 687-701 [cit. 2014-12-28]. DOI: 10.1007/s13311-012-0145-6. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s13311-012-0145-6>

TRACHTOVÁ, EVA, GABRIELA TREJTNAROVÁ A DAGMAR MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-807-0135-532.

TROXEL, WENDY M., ANNE GERMAIN A DANIEL J. BUYSSE. *Clinical Management of Insomnia with Brief Behavioral Treatment (BBTI)*. *Behavioral Sleep Medicine*. 2012, vol. 10, issue 4, s. 266-279. DOI: 10.1080/15402002.2011.607200. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15402002.2011.607200>

VAŠUTOVÁ, KATEŘINA. *Léčba nespavosti*. *Medicina pro praxi* [online]. 2009, č. 2, s. 90-95 [cit. 2015-01-03]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/02/09.pdf>

VAŠUTOVÁ, KATEŘINA. *Spánek a vybrané poruchy spánku a bdění*. *Praktické lékařství* [online]. 2009, č. 1, s. 17-20 [cit. 2014-11-02]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/01/04.pdf>

VYSKOČILOVÁ, JANA A KAREL ŠONKA. *Poruchy dýchání ve spánku*. Interní medicína pro praxi [online]. 2005, č. 11, s. 484-488 [cit. 2014-12-28]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/11/04.pdf>

WALSH, JAMES. *Clinical and socioeconomic correlates of insomnia*. *American psychological association* [online]. 2004, č. 65, s. 13-19 [cit. 2014-12-14]. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2004-15210-003>

YAMAMOTOVÁ, ANNA. *Stres a nespavost*. *Bolest* [online]. Praha, 2009, roč. 12, č. 2, s. 79-84 [cit. 2014-10-23]. ISSN 1212-6861. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2009/02/05_Yamamotova_bolest_2_09_web_zabezp.pdf

ŽÍDKOVÁ, ZDEŇKA. *Sestry a spánek*. *Sestra* [online]. Brno, 2005, č. 10, s. 20 [cit. 2014-10-23]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/sestry-a-spanek-288288>

Seznam příloh

Příloha A Dotazník

Příloha B Souhlas s výzkumem

Příloha C Spánek dle věkové kategorie

Příloha D Maslowa pyramida potřeb

Příloha A- dotazník

Dobrý den, studuji na 1. Lékařské fakultě v Praze, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění následujících otázek. Tyto otázky budou využity při zpracování výzkumné části mé bakalářské práce na téma: Potřeba spánku u všeobecných sester. Zakroužkujte prosím vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Dotazník bude zcela anonymní.

1. Kolik je vám let?

- a) do 20 let
- b) 21-35 let
- c) 36-50 let
- d) 51 a více let

2. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- a) do 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21 a více let

3. V jakém pracujete provozu?

- a) v jednosměnném
- b) ve vícesměnném

4. Kolikaletou praxi máte ve vícesměnném provozu?

- a) do 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21 a více let
- e) nepracuji ve vícesměnném provozu

5. Jaký je váš rodinný stav?

- a) žiji sama
- b) žiji s partnerem a dětmi
- c) žiji s dětmi
- d) žiji s partnerem

6. Pociťovala jste někdy nějaké problémy se spánkem? (můžete napsat i více možností)

- a) problémy s usínáním
- b) časté buzení během spánku
- c) časně ranní probuzení a problémy s opětovným usnutím
- d) spánek pro Vás nebyl příliš přínosný- nepřinášel pocit osvěžení po probuzení
- e) nedostatečné množství spánku, pociťujete během dne únavu
- f) mělký spánek, každé šustnutí Vás vyruší
- g) žádné problémy se spánkem nemám

7. Co má podle Vás největší vliv na kvalitu Vašeho spánku?

.....

8. Pokud se u Vás vyskytuje některá/é z poruch spánku, jak dlouho přetrvává/jí?

- a) v rádech nocí či týdnů
- b) v rádech několika měsíců
- c) v rádech roků

9. Pokud máte problémy se spánkem, jak je obvykle nejčastěji řešíte?

.....

10. Pokud jste se o zlepšení spánku pokoušela návštěvou lékaře, co Vám lékař doporučil?

.....

11. Dokázala byste vysvětlit pojem spánková hygiena?

- a) ano
- b) ne

12. Kterou z těchto činností krátce před spaním nejčastěji uskutečňujete?

- a) konzumace jídla
- b) pití kávy
- c) kouření
- d) konzumace alkoholu
- e) jiná odpověď.....

13. Snažíte se chodit spát v přibližně stejnou dobu?

- a) ano, snažím se a daří se mi to
- b) ano, snažím se, ale ne vždy se mi zdaří
- c) nesnažím se o to, chodím spát, jak to vyjde

14. Kolik hodin spánku potřebujete, abyste se cítila vyspalá a svěží?

.....

15. Kolik hodin převážně denně spíte? (u sester v trojsměnném provozu, v případě, že nemají noční službu)

- a) méně než 7 hodin
- b) 7 – 8 hodin
- c) více než 8 hodin

16. Jak se u Vás projevuje nedostatek spánku?

- a) snažím se nedat na sobě nic znát
- b) nepozorná, často dělám drobné chyby, nevěnuji dostatečnou pozornost aktuální činnosti
- c) podrážděná, nervózní, nepříjemná
- d) zívám, změny držení těla
- e) jiná možnost.....

17. Co by podle Vás bylo nejúčinnější ke zlepšení kvality Vašeho spánku?

.....

18. Jak byste upřímně zhodnotila kvalitu Vašeho současného spánku? (hodnot'te na škále 1-5, kdy 5 je nejhorší)

.....

19. Zdá se vám rozvržení Vašich služeb přiměřené, odpočínáte si dostatečně?

- a) ano
- b) ne

Příloha B – souhlas k provedení výzkumu

Ve Varnsdorfu dne 24.1.2015

Vážená magistro Řehořová,

Jmenuji se Pavlína Janečková a studuji 3. ročník bakalářského studia, obor všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Ve své bakalářské práci, kterou bych měla obhajovat v letošním roce konkrétně v květnu, bych ráda provedla výzkum týkající se tématu „Potřeba spánku u všeobecných sester“. Chtěla bych porovnávat kvalitu spánku sester z lůžkového 3- směnného provozu se sestrami z ambulantního provozu.

Tímto vás prosím žádám o souhlas, zda by mohl být výzkum proveden ve Vaší nemocnici v Jablonci nad Nisou u všech všeobecných sester z lůžkových i ambulantních oddělení, s tou samozřejmostí, že budou s vyplněním souhlasit. Výzkum by probíhal během ledna maximálně do února roku 2015.


Potřebné údaje budu zjišťovat formou dobrovolného anonymního dotazníku, který zasilám v příloze. Pokud byste měli zájem, mohu Vám po skončení průzkumu poskytnout zjištěné výsledky.

Má práce je vedenou magistrou Ivou Eislerovou a magistrou Janou Marsovou, které působí na Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství v Praze.

Předem děkuji za kladné vyřízení a prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Kontaktní adresa:
Pavlína Janečková
Karolíny Světlé 3022
Varnsdorf
407 47
Tel: 606 332 647
E-mail: janepa@centrum.cz

Souhlasím s provedením výzkumu

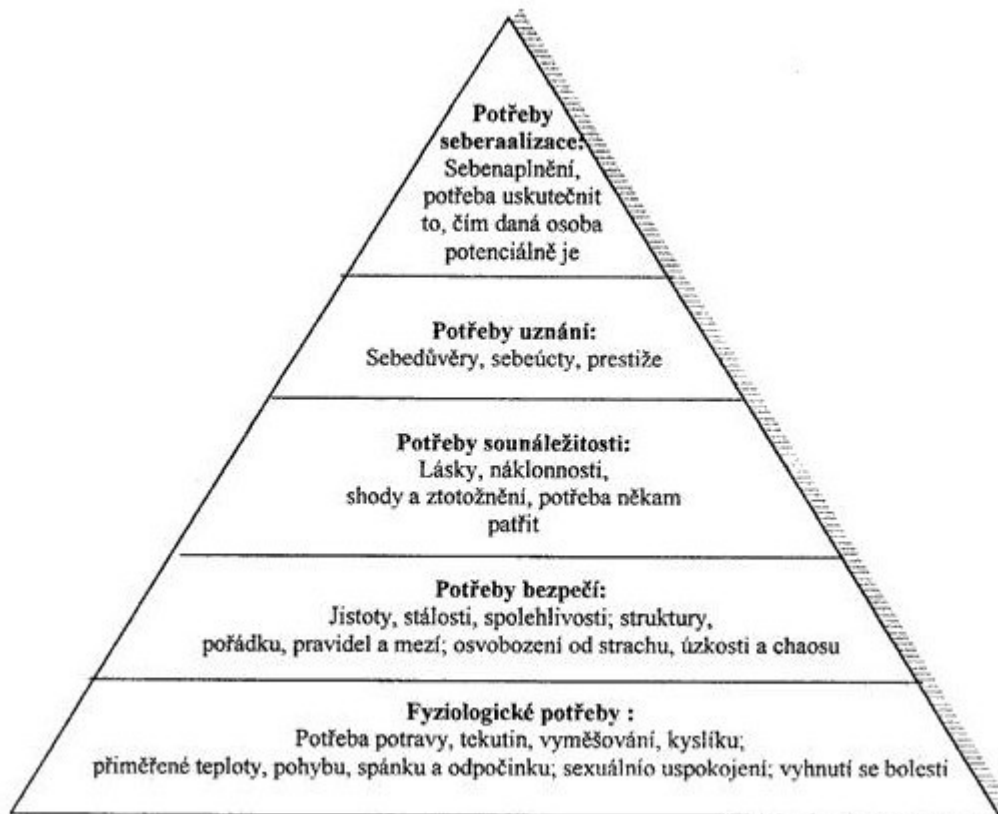

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o.
Mgr. Jitka Řehořová, MBA
náměstek pro ošetrovatelskou péči
Nemocniční 15, 466 00 Jablonec nad Nisou

Příloha C- Délka spánku dle věku

Věkové období	Počet hodin spánku
<i>Novorozenec</i>	18-20
<i>Kojenec</i>	12-18
<i>Batole</i>	10-12
<i>Předškolní věk</i>	11
<i>Školní věk</i>	10
<i>Pubescence</i>	8,5- 9
<i>Adolescent</i>	8
<i>Dospělost</i>	6-8
<i>Stáří</i>	6 hodin a méně

(Praško, 2004, s. 18)

Příloha D- Maslowova pyramida potřeb



(Trachtová, 2008, s. 15)

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Věk respondentek.....	37
Tabulka č. 2 Délka působení ve zdravotnictví.....	38
Tabulka č. 3 Typ provozu.....	39
Tabulka č. 4 Délka praxe ve zdravotnictví	40
Tabulka č. 5 Rodinný stav	41
Tabulka č. 6 Problémy se spánkem	42
Tabulka č. 7 Faktory ovlivňující spánek	44
Tabulka č. 8 Přetrvávání problémů se spánkem	45
Tabulka č. 9 Řešení problémů se spánkem.....	46
Tabulka č. 10 Doporučení návštěvy lékaře.....	47
Tabulka č. 11 Vysvětlení pojmu spánková hygiena.....	48
Tabulka č. 12 Prováděná činnost před spaním.....	49
Tabulka č. 13 Ukládání ke spánku ve stejném čase	50
Tabulka č. 14 Počet hodin spánku ke svěžesti.....	51
Tabulka č. 15 Počet hodin spánku.....	52
Tabulka č. 16 Projevy nedostatku spánku	54
Tabulka č. 17 Chybování z nedostatku spánku, způsobené únavou	55
Tabulka č. 18 Hodnocení kvality spánku	56
Tabulka č. 19 Přiměřenost rozložení služeb	57

Seznam grafů

Graf č. 1 Věk respondentek	38
Graf č. 2 Délka působení ve zdravotnictví	39
Graf č. 3 Typ provozu	40
Graf č. 4 Délka praxe	41
Graf č. 5 Rodinný stav.....	42
Graf č. 6 Problémy se spánkem	43
Graf č. 7 Faktory ovlivňující spánek.....	44
Graf č. 8 Přetrvávání problémů se spánkem.....	45
Graf č. 9 Řešení problému se spánkem	47
Graf č. 10 Doporučení návštěvy lékaře	48
Graf č. 11 Vysvětlení pojmu spánková hygiena	49
Graf č. 12 Prováděná činnost před spaním	50
Graf č. 13 Ukládání ke spánku ve stejném čase.....	51
Graf č. 14 Počet hodin spánku ke svěžesti	52
Graf č. 15 Počet hodin spánku	53
Graf č. 16 Projevy nedostatku spánku.....	54
Graf č. 17 Chybování z nedostatku spánku, způsobené únavou.....	55
Graf č. 18 Hodnocení kvality spánku.....	56
Graf č. 19 Přiměřenost rozložení služeb.....	57

Seznam zkratek

SWD -práce na směnný provoz

UK - Spojené království Velké Británie

CNS- centrální nervový systém

MKN- mezinárodní klasifikace nemocí

EDS- nadměrná denní spavost

MLST- multiple sleep latency test

MWT- maintenance of wakefulness test

CPAP- kontinuální pozitivní tlak v dýchacích cestách

RBD- Rem sleep behaviour disorder

UARS- Upper airway resistance syndrom

ICSD- International classification of sleep disorders - mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění

KBT- Kognitivně behaviorální terapie

