

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Veronika Karasová

Kvalita spánku hospitalizovaných pacientů

Sleep quality in hospitalized patients

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková Ph.D.

Datum obhájení práce

Praha, 2015

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 28. 04. 2015

.....
Veronika Karasová

Identifikační záznam:

KARASOVÁ, Veronika. *Kvalita spánku hospitalizovaných pacientů. [Sleep quality in hospitalized patients]*. Praha, 2014. 81 s., 9 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí závěrečné práce Marková, Eva.

ABSTRAKT

Tématem této bakalářské práce je kvalita spánku hospitalizovaných pacientů. Dostatečný a kvalitní spánek je jedním z nejdůležitějších předpokladů zdraví člověka, dochází v něm k načerpání a obnovení tělesných a duševních sil. Nemocného člověka chrání před přetížením organismu, napomáhá mobilizovat jeho ochranné síly a přispívá k rychlejšímu uzdravování. Téměř u všech onemocnění se zvyšuje potřeba spánku a odpočinku i v průběhu dne.

Cílem zkoumání bylo zjistit předspánkové rituály a poruchy spánku u hospitalizovaných pacientů, porovnat jaké byly před hospitalizací v domácím prostředí a v době hospitalizace, dále zjistit příčinu jejich vzniku a navrhnout vhodná opatření k eliminaci nebo minimalizaci vzniku těchto příčin.

Výzkumný soubor tvořilo 21 pacientů a šetření bylo provedeno na III. Chirurgické klinice Fakultní nemocnice v Motole. V řešení problému byl zvolen kvalitativní přístup. Údaje byly získány technikou polostrukturovaných rozhovorů a analyzovány metodou otevřeného kódování.

Šetřením bylo zjištěno, že pacienti na standardním oddělení vykonávali své obvyklé předspánkové rituály, ale na jednotce intenzivní péče nikoliv, neboť tomu bránil jejich aktuální zdravotní stav, i když jim byly ze strany sester umožněné. Hluk nejvíce narušuje spánek nemocných na standardním oddělení i na jednotce intenzivní péče. Bolest byla identifikována jako subjektivní faktor ovlivňující kvalitu, i přes dostatečnou analgetickou terapii. Bylo prokázáno, že hlavní sesterskou intervencí u pacienta s poruchou spánku je aplikace analgetik či hypnotik.

Ke zkvalitnění poskytované ošetrovatelské péče stran kvalitního spánku pacientů v době hospitalizace by mohlo dojít, pokud by se sestry v ošetrovatelské anamnéze na tuto oblast podrobněji zaměřily a důsledněji si předávaly informace o této problematice.

Klíčová slova v českém jazyce: Všeobecná sestra, hospitalizace, spánek, kvalita spánku, pacient

ABSTRACT

The topic of this bachelor's thesis is the quality of sleep of hospitalized patients. Adequate sleep quality is one of the most important prerequisites for human health, it is to regain and restore physical and mental strength. The sleep protects human body against overload, helps to mobilize its protective powers and helps to recovery faster. Almost all diseases are increasing need for sleep and rest during the day.

The main ask of the investigation was to determine the pre-sleeping rituals and sleep disorders in in-patients, to compare what was before hospitalization at home and at the time of hospitalization, as well as to determine the cause of their formation and to propose appropriate measures to eliminate or minimize the occurrence of these causes.

The research group consisted of 21 in-patients. The survey was carried out at III. Surgical Clinic of University Hospital Motol. The survey was conducted through qualitative research. The data were obtained by the technique of semi structured interviews and analyzed by using open coding.

The investigation found out that patients on standard units can do their normal pre-sleeping rituals, but in the ICU they can't because their current health status, even though they have been enabled by the nurses. The research survey found out that the noise is among the most disturbing factor as on the standard unit as well as on the intensive care unit. The pain has been identified as a factor influencing subjective quality despite adequate analgesic therapy. It has been shown that the main nurse intervention is analgesic or hypnotics therapy.

To improve the quality of nursing care in the quality of sleep could occur if the nurses more focus about sleep in nurses anamnestic and consistently conveys information about this issue.

Key words: Nurse, hospitalization, sleep, sleep quality, patient

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Evě Markové Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, poskytnutí cenných rad, podporu a čas, který mi věnovala. Dále bych ráda poděkovala vedení Fakultní nemocnice v Motole, které mi umožnilo provést výzkumné šetření na III. Chirurgické klinice. V neposlední řadě děkuji celé své rodině, kolegům a přátelům za podporu, trpělivost a toleranci po celou dobu mého studia.

OBSAH

1. Úvod.....	8
2. Význam a funkce spánku	10
2.1. Fyziologie spánku	10
2.2. Spánek a bdění	10
2.3. Fáze spánku.....	11
2.4. Biologické rytmy	12
2.5. Cirkadiánní rytmus	13
2.6. Funkce spánku	13
2.7. Potřeba spánku.....	13
3. Vyšetřovací metody při poruchách spánku	15
4. Poruchy spánku a bdění.....	18
4.1. Dyssomnie jako primární porucha spánku.....	19
4.2. Parasomnie jako primární porucha spánku	24
4.3. Poruchy spánku spojené se somatickou či duševní poruchou	25
5. Léčba poruch spánku a bdění	28
6. Potřeby nemocného člověka a role sester	31
6.1. Potřeby člověka.....	31
6.2. Rozdělení lidských potřeb dle A. H. Maslowa	31
6.3. Potřeby nemocných.....	33
6.4. Pobyť v nemocnici	34
6.5. Význam spánku pro léčení hospitalizovaných pacientů	35
6.6. Kvalita spánku ve zdravotnickém zařízení	35
6.7. Úloha sester.....	39
6.8. NANDA domény	40
6.9. Ošetrovatelské intervence	40
7. Empirická část	43
7.1. Výzkumný cíl.....	43
7.2. Výzkumný problém	43
7.3. Výzkumné otázky	43
7.4. Metody tvorby dat.....	43
7.5. Výzkumný soubor.....	44
7.6. Metody analýzy dat.....	47

7.7. Výsledky zkoumání	48
8. Diskuze.....	68
9. Závěr.....	73
10. Seznam bibliografických citací	75
11. Seznam tabulek.....	80
Příloha č. 1 – Seznam použitých zkratk.....	82
Příloha č. 2 – Úplné znění otázek k rozhovoru o kvalitě spánku	83
Příloha č. 3 – Epworthská škála	85
Příloha č. 4 – Spánkový deník	86
Příloha č. 5 – Polysomnografický záznam	87
Příloha č. 6 – Elektrofyziologická aktivita v průběhu spánku.....	88
Příloha č. 7 – Klasifikace NANDA	89
Příloha č. 8 – Maslowova hierarchie potřeb	93
Příloha č. 9 – Žádost o provedení výzkumného šetření.....	94

1. Úvod

Dostatečný a kvalitní spánek je jedním z nejdůležitějších předpokladů zdraví člověka a patří mezi základní lidské potřeby. Během spánku dochází k načerpání a obnovení tělesných a duševních sil. Pro nemocného člověka jsou spánek a s ním spojený odpočinek mnohem důležitější než pro zdravého jedince, protože ho chrání před přetížením organismu, napomáhají mu mobilizovat jeho vlastní ochranné síly a rovněž přispívají k rychlejšímu uzdravování. Téměř u všech onemocnění se zvyšuje potřeba spánku a odpočinku často i v průběhu dne.

Téma své bakalářské práce si autorka zvolila z toho důvodu, že již osmým rokem pracuje na jednotce intenzivní péče III. Chirurgické kliniky a během své praxe se opakovaně setkává s nemocnými, kteří mají během hospitalizace nekvalitní či narušený spánek.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem je uspokojována potřeba spánku ve zdravotnickém zařízení, určit, které faktory nejvíce ovlivňují spánek nemocných, a dále najít způsob, jakým by se dala zlepšit kvalita spánku těchto hospitalizovaných pacientů. Pro dosažení tohoto cíle autorka zvolila kvalitativní formu výzkumu. Ta byla zvolena záměrně proto, aby bylo dané problematice lépe porozuměno a aby bylo zároveň možné zjistit, jak daný problém subjektivně vnímají pacienti.

Autorka si je vědoma skutečnosti, že zvolené téma je velice široké. Ve své práci se však věnuje jen některým vybraným částem tohoto tématu a tudíž jsou některé problémy týkající se zvoleného tématu v této práci řešeny jen okrajově.

V teoretické části se autorka zaměřila zejména na význam spánku, jeho funkce, fyziologii, potřebu a fáze spánku. Dále se autorka snažila přiblížit, jaké jsou nejčastější poruchy spánku a co je způsobuje. Uvedeny jsou základní vyšetřovací metody při poruchách spánku, a také možnosti léčby těchto poruch. V ošetrovatelské části se pak autorka zabývá lidskými potřebami, zejména kvalitou spánku ve zdravotnickém zařízení, způsobem jakým na pacienty působí pobyt v nemocnici, a v neposlední řadě je také věnována pozornost úloze sester a jejich ošetrovatelským intervencím.

Empirická část práce zahrnuje data, která autorka získala pro výzkum pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pacienty. Data získaná z jednotlivých rozhovorů byla analyzována metodou otevřeného kódování. V diskuzi pak autorka shrnuje dílčí závěry uvedené v empirické části a stanovuje doporučení z nich vyplývající.

Závěr autorka tradičně věnovala krátkému shrnutí výsledků předkládané práce. Závěry vyplývající z této práce budou mít i reálný přesah do ošetrovatelské praxe, neboť s výsledky bude seznámena vrchní sestra shora uvedeného pracoviště.

2. Význam a funkce spánku

Dostatečný a kvalitní spánek je základní lidskou potřebou a je jedním z nejdůležitějších předpokladů pro zdraví člověka. Během spánku dochází zejména k načerpání a obnovení tělesných a duševních sil a pro každodenní obnovu mozkových schopností, kognitivních činností a řízení organismu je spánek zcela nepostradatelný. Tyto schopnosti organismu jsou narušeny při spánkové deprivaci, což platí pro celý mozek i pro jednotlivé neurony. Spánek je důležitý pro endokrinní funkce řízení organismu, jakož i pro imunitní kompetenci organismu. Má rovněž podstatný význam pro synaptickou plasticitu. Regenerace organismu u člověka se uskutečňuje spíše v klidném stavu bdělosti než ve spánku. Spánek, zejména REM spánek, je důležitý pro mnestické funkce (Nevšímalová & Šonka et al., 2007; Šonka et al., 2004; Rošková, 2013).

2.1. Fyziologie spánku

Spánek je fyziologickým procesem organismu. V odlišné míře a intenzitě se vyskytuje u všech vyšších obratlovců a dochází k při něm k omezení přijímání a zpracování informací, ke snížení reaktivity na vnější podněty, snížení pohybové aktivity a snížení kognitivních činností. Spánek je dějem okamžitě reverzibilním, čím se odlišuje např. od kómatu. Činnost mozkové kůry je především ovlivňována z talamu, retikulární formací a jejich zpětnými vztahy s kortexem. Mozkovou aktivitu lze zaznamenávat na elektroencefalogramu (Nevšímalová & Šonka et al., 2007; Šonka et al., 2004; Langmaier et al., 2009; Rokyta et al., 2008).

2.2. Spánek a bdění

Spánek je stavem organismu, při kterém dochází ke snížení reaktivity na vnější podněty, snížení pohybové aktivity a změněnou resp. sníženou kognitivní činností. Během spánku jsou typické změny aktivity mozku, které jsou zjistitelné na elektroencefalografii (Nevšímalová & Šonka et al., 2007). Spánek je reverzibilní stav. Nedostatek spánku postupně vede k závažným poruchám nejenom v oblasti funkcí CNS (únava, nesoustředěnost, podrážděnost, chybování), nýbrž i v oblasti somatické (zažívací obtíže, vegetativní poruchy).

„Bdění je stav, kdy organismus je schopen přijímat informace, zpracovávat je a adekvátně na tyto informace odpovídat.“ (Mourek, 2012, s. 190). Bdělost rozdělujeme

na bdělost čilou a relaxovanou. Během čilé bdělosti je jedinec probuzený, fyzicky i psychicky aktivní. Na EEG jsou rychlé, nepravidelné beta vlny s nízkou amplitudou o frekvenci 16-25 Hz. „Relaxovaná bdělost je uvolněný stav mysli, který vzniká po zavření očí, zejména při pohodlném sezení či ležení. ... Na EEG se relaxovaný stav projevuje alfa vlnami, což je pravidelná aktivita s nižší frekvencí (8-13 Hz) a větší amplitudou, než mají beta vlny.“ (Plháková, 2013, s. 38 – 39).

2.3. Fáze spánku

NREM spánek

NREM spánek je spánek pomalý a synchronizovaný. Je první částí spánkového cyklu a rozděluje se do čtyř stádií, z nichž první je provázeno četnými tělesnými pohyby a změnami polohy těla. Poté postupně klesá svalová aktivita, a dochází k prohloubenému dýchání a utichají rychlé pohyby očí. Srdeční aktivita a krevní tlak mají nižší hodnoty než v bdělém stavu. V této fázi spánku se velice často objevují křeče a svalové záškuby, které mohou způsobit krátkodobé probuzení. Během prvního stadia spánku se na EEG objevují nepravidelné théta vlny o frekvenci 3–7 Hz s nízkou amplitudou. První stádium spánku trvá obvykle jen 5 až 10 minut. Pokud dojde k probuzení v tomto stádiu je jedinec přesvědčen, že ještě nespál.

Druhé stádium trvá přibližně 20 minut. Na EEG jsou patrné théta vlny s nízkou a střední amplitudou, které jsou pravidelně přerušované výskytem spánkových vřeten a K-komplexů. Spánkovými vřeteny je myšlena skupina rychlých vln o frekvenci 11–15 Hz a jejich výskyt trvá 0,5 –1,5 sekundy. K-komplexy jsou dvoufázové vlny s velikou amplitudou a trvají nejméně půl sekundy. Během druhého stadia dochází k poklesu tepové frekvence a tělesné teploty.

Třetí a čtvrté stádium bývá označováno jako pomalovlnný spánek, někdy je také souhrnně nazýváno delta spánkem. Asi po 20 minutách od usnutí se na EEG objevují pomalé delta vlny o frekvenci nižší než 2 Hz, které indikují přechod do hlubokého spánku. Během delta spánku úplně chybí oční pohyb a dochází k dalšímu poklesu dechové a srdeční aktivity. V nejhlubší fázi NREM spánku se mohou u některých jedinců vyskytnout noční děsy a náměsícnictví (Plháková, 2013).

REM spánek

REM spánek bývá nazýván spánkem desynchronizovaným, paradoxním nebo též rychlým. V této fázi dochází k rychlému pohybu očních bulbů. Nastává asi po 90 minutách, od usnutí, v prvním spánkovém cyklu trvá asi 10 minut, nad ráno se pak postupně jeho délka ve spánkovém cyklu prodlužuje. Během noci se opakují zpravidla 4 cykly NREM spánku. Tyto cykly se střídají se 4 až 5 cykly REM fáze a tvoří asi 25 % prospaného času (Plháková, 2013). „ První REM stádium trvá přibližně deset minut, další stádia se postupně prodlužují. Jednotlivé NREM fáze se naproti tomu během nočního spánku nejen zkracují, ale jsou stále povrchnější. Ve třetím spánkovém cyklu se dostává člověk pouze do třetího stádia spánku a ve čtvrtém pak do druhého. Ke spontánnímu probuzení dochází během poslední REM fáze, která obvykle trvá 30 minut, ale může být i delší.“ (Plháková, 2013, s. 41).

Soudobá medicína rozděluje REM spánek na tonický a fázický. Tonický spánek je delší, charakterizuje ho rychlá a desynchronizovaná nízkovoltážní EEG aktivita. Tonický spánek zahrnuje théta a alfa vlny, přičemž občas bývá přerušen výskytem pilovitých vln o frekvenci 2–4 Hz. Záznamy z elektroencefalografu při tonickém spánku připomínají EEG v bdělém stavu, nebo v první fázi spánku. V tonickém spánku dochází k svalovému ochromení s výjimkou srdečního svalu, bránice a okohybných svalů.

Fázický spánek je oproti tonickému kratší. Jeho součástí jsou rychlé oční pohyby, krátké svalové záškuby a nepravidelná dechová a srdeční aktivita s proměnlivým krevním tlakem.

Sny, které se lidem zdají v REM fázi, jsou živé, citově zabarvené a mívají nelogický charakter. Jsou častější, delší a obsahují více zrakových i pohybových představ než sny v NREM fázi (Plháková, 2013).

2.4. Biologické rytmy

Biologické rytmy jsou cyklické změny vnějšího prostředí, které odvozujeme od pohybu Země či Měsíce. Jsou doprovázeny střídáním světla a tmy, změnami teploty a dostupností potravy. Význam vnějších změn prostředí je zcela zásadní. Všechny organismy si totiž vyvinuly návyky, díky nimž mohou tyto změny předvídat, přizpůsobit jim své chování a předem si nastavit svoji metabolickou aktivitu. Tělesné funkce organismu sledují endogenní rytmy, které jsou synchronizovány s cyklickými změnami prostředí. Pro organismus má největší význam cirkadiánní rytmus s 24 hodinovou periodou (Langmeier et al., 2009; Nevšimalová & Šonka et al., 2007).

2.5. Cirkadiánní rytmus

Koncem 20. století bylo dokázáno, že většina dějů v organismech má svoji rytmicitu, která je ovlivňována vnějším i vnitřním prostředím. Nejvýznamnějším generátorem cirkadiánní rytmicity u savců je nukleus suprachiasmaticus nacházející se v hypotalamu. Ten přijímá exogenní podněty, mezi něž patří zejména cyklické střídání světla a tmy cestou retinohypotalamického traktu, a synchronizuje vnější 24hodinový rytmus s vnitřním 24,5 až 25hodinovým rytmem. Nucleus suprachiasmaticus je ovlivňován zpětnovazebnou rytmickou sekrecí melatoninu. Jedná se o hlavní hormon určující cirkadiánní rytmus, jeho vylučování se děje v době, kdy je minimální příjem světelného signálu (majícího cirkadiánní charakter). „Kolísání hladiny melatoninu přenáší informaci o cirkadiánním rytmu do celého organismu a podporuje synchronizaci činnosti většiny systémů a funkcí.“ (Šonka et al., 2004, s. 28). Mechanismus, kterým melatonin navozuje spánek, není doposud přesně znám. Má se za to, že jeho efekt na spánek je dvojitý. Předně ovlivňuje vlastní vnitřní cirkadiánní pacemaker zpětnou vazbou. Dále je zde doposud ne zcela prokázáný předpoklad, že melatonin má přímé hypnogenní působení na člověka (Šonka et al., 2004).

2.6. Funkce spánku

Spánek je zcela nezbytný pro každodenní obnovu schopností mozku, kognitivních činností a řízení organismu. Při spánkové deprivaci tato schopnost klesá. Obnova schopností mozku se děje jak v celém mozku, tak i v jednotlivých neuronech, přičemž hlavní obnovující funkce spánku probíhá v NREM fázi a projevuje se pomalými (delta) vlnami, které jsou patrné při vyšetření EEG. Spánek u dospělého člověka nemá význam pro uchování tělesné energie, ale je nezbytný pro energetický metabolismus mozku (Nevšímalová & Šonka et al., 2007; Šonka et al., 2004).

2.7. Potřeba spánku

Potřeba spánku se během lidského života mění. Novorozenci spí 16–17 hodin denně a spánková perioda u nich trvá 2–4 hodiny. Po uplynutí této doby se novorozenci budí na krmení, přebalování a mytí. Novorozenci nereagují na střídání dne a noci. V kojeneckém období asi po 3. měsíci věku dítěte postupně začíná převažovat NREM spánek a na konci prvního roku života je poměr NREM a REM cyklů 70:30. Spánkové periody se postupně prodlužují a v průběhu druhého roku dítěte se pomalu vytrácí dopolední spánek. Celková potřeba spánku se snižuje na 12–13 hodin denně. Odpolední spánek mizí u dětí mezi 3–5

rokem života. Potřeba spánku je u dětí zcela individuální a s přibývajícím věkem dítěte se pohybuje okolo 10 hodin. V období puberty se potřeba spánku zkracuje na 6–8 hodin, což je průměrná doba spánku i u dospělého člověka. S přibývajícím věkem se délka spánku zkracuje a zhoršuje se jeho kvalita (Nevšimalová & Šonka et al., 2007; Šonka et al., 2004).

3. Vyšetřovací metody při poruchách spánku

Pokud se u pacienta objeví příznaky, které nasvědčují, že by se mohlo jednat o poruchu spánku a bdění je nutné provést jeho podrobnější vyšetření. Pacienta může odeslat do specializované ambulance praktický lékař či jiný specialista (Borzová et al., 2013).

Spánková laboratoř

Vyšetření spánku je realizováno ve spánkové laboratoři, do níž se pacient objednáva na doporučení praktického lékaře či somnologa. Těchto specializovaných pracovišť a odborníků je na území České republiky velmi málo, a proto je zcela běžné, že pacient musí na vyšetření čekat i několik měsíců.

Lidé trpící spánkovou poruchou obvykle očekávají od tohoto vyšetření řešení jejich problémů. Pokud je však výsledek negativní a vyšetření neprokáže výskyt spánkové poruchy, pak pacienti odcházejí domů často frustrováni. V takovýchto případech je nutné provést další odborné vyšetření (Borzová et al., 2013).

Spánková poradna

Vyšetření ve spánkové poradně provádějí lékaři, kteří mají nadstavbové vzdělání ve spánkové medicíně. Jedná se o neurology, psychiatry, psychology i praktické lékaře. Vyšetření ve spánkové poradně může být pro pacienta přínosné pouze v případě, že se stanoví správná diagnóza. Při vyšetřování spánkových poruch je třeba vyloučit následující vlivy: onemocnění štítné žlázy (hypofunkce i hyperfunkce), organickou příčinu spánkové poruchy (k vyloučení se provádějí zobrazovací metody, zejména CT, NMR, EEG), jakož i další onemocnění, která by mohla vyvolat spánkovou poruchu, nebo též užívání léků či návykových látek (Borzová et al., 2013).

Anamnéza

Pro stanovení diagnózy má nepostradatelnou roli anamnéza, její přesnost pak pomáhá stanovit přesnou diagnózu. Při odebírání anamnézy se zaměřujeme zejména na: rodinou anamnézu; osobní anamnézu (zjišťujeme, jakými onemocněními pacient trpí a jaké má nynější obtíže); farmakologickou anamnézu (ptáme se, jaké pacient užívá léky, zejména se zajímáme o ty, které by mohly ovlivňovat spánek a bdění); pracovní anamnézu (jaké pacient vykonává povolání, zda pracuje ve směnném provozu apod.) a anamnézu zaměřenou

na informace o spánku. Dále jsou nezbytné informace o abusu návykových látek (především alkohol, kofein, tabák aj.), (Nevšimalová & Šonka et al., 2007).

Dotazníky a škály

K hodnocení kvality spánku a bdění se používá několik sebeposuzovacích škál a dotazníků. Nejvíce používanou škálou je Epworthská škála spavosti (srov. příloha č. 3), která nám pomáhá zjistit stupeň ospalosti při různých činnostech běžného života. Existují ještě dvě škály pro hodnocení denní spavosti, a to škála Kalifornská a Stanfordská. Tyto škály se však v běžné medicínské praxi nepoužívají (Nevšimalová & Šonka et al., 2007; Borzová et al., 2013).

K podrobnému zkoumání kvality spánku nemocných se používá spánkový deník, který pravidelně vyplňuje sám pacient (srov. příloha č. 4). Pacient do tohoto deníku zaznamenává informace týkající se spánku a ospalosti v 24hodinovém cyklu po dobu 1–4 týdnů. Dále do něj zaznamenává denní činnosti, které by mohly ovlivnit kvalitu spánku, činnosti prováděné před spaním, hodinu ulehnutí, dobu, za kterou nastal spánek od doby po ulehnutí, kvalitu spánku, počet probuzení během noci, sny a užívané léky. Spánkový deník usnadňuje lékaři práci, neboť díky němu nemusí od nemocného podrobně zjišťovat, jak spal v předešlých týdnech. Pro pacienta je rovněž jednodušší odpovídat na lékařovy otázky týkající se jeho spánku. S pomocí spánkového deníku je možné odhalit zejména cirkadiánní odchylky a chyby v režimu (Nevšimalová & Šonka et al., 2007; Borzová et al., 2013).

Polysomnografie

Polysomnografie je metoda, která se využívá k rozlišení spánku a bdělosti v jednotlivých stádiích spánku.

Polysomnografický přístroj může být přenosný, ale většinou bývá použita jeho stacionární verze. Skládá se z elektrod a čidel, které se připojují na pacienta, dále ze zesilovačů a počítače, který tvoří řídicí a vyhodnocovací jednotku. Pacient leží v samostatné místnosti, která by měla být příjemná a světelně a zvukově odizolovaná, a je napojený na elektrody polysomnografického přístroje (Nevšimalová & Šonka et al., 2007).

Aktigrafie

Aktigrafie je jednoduchá metoda, která se používá k záznamu pohybu v průběhu spánku. Aktigraf je malý přístroj, podobný náramkovým hodinkám, který má pacient připevněný na nedominantní horní končetině. Měřicí část přístroje zaznamenává pohyby dle stanoveného intervalu. Výsledkem je grafické znázornění pohybů za stanovené období.

K hodnocení spánku a spánkového režimu se pořizuje záznam pohybu po dobu několika dní až týdnů. Tímto měřením se zjišťuje režim nemocného, jeho cirkadiánní odchylky nebo případná přerušení pacientova spánku (Nevšímalová & Šonka et al., 2007).

Test mnohočetné latence usnutí (tzv. MSLT)

Test mnohočetné latence usnutí (anglicky: Multiple Sleep Latency Test, zkratka: MSLT) patří mezi základní laboratorní vyšetření k průkazu a kvantifikaci nadměrné denní spavosti a k prokázání narkolepsie. Před vyšetřením pacient zapisuje do spánkového kalendáře údaje o své spavosti. Noc před tímto vyšetřením je pacient hospitalizován a polysomnograficky sledován. Hospitalizace slouží k tomu, aby nedošlo ke zkreslení výsledku testu akutní změnou spánku. Při MSLT testu se používají jen základní polysomnografické parametry EEG, aby další čidla nezatěžovala pacienta. Při testu se provádí pět měření ve dvouhodinových intervalech. První měření se provádí 1,5–3 hodiny po ranním probuzení. Pacient je během testu oblečen do běžného denního oblečení a pouze si zouvá obuv. Mezi jednotlivými intervaly testu nesmí nemocný spát a nedoporučuje se vykonávat namáhavou pohybovou aktivitu. Dále nesmí pít kávu, alkohol ani jiné stimulační nápoje. Půl hodiny před začátkem měření je také zakázáno kouřit. Pacient uléhá na lůžko přibližně 10 minut před začátkem dalšího měření a na lůžku zaujme optimální polohu dle své volby. Měření se provádí v klidné tmavé místnosti. Pacient je poučen, aby ležel klidně se zavřenýma očima a nebránil se spánku. Výsledky se následně odečítají z polysomnografu (srov. příloha č. 5). (Nevšímalová & Šonka et al., 2007).

Elektrostatická matrace

Elektrostatická matrace se používá k diagnostice ventilačních poruch. Tato matrace zaznamenává změny nitrohruďního tlaku a pulsní tranzitní čas, kterým se určuje rychlost pulsových vln na horní končetině (Nevšímalová & Šonka et al., 2007).

4. Poruchy spánku a bdění

V současné době žijeme v uspěchané společnosti, kde není dostatečný prostor pro správnou životosprávu. Hektičnost doby přispívá svým nemalým podílem ke vzniku různých civilizačních onemocnění, mezi něž mimo jiné patří i některé poruchy spánku.

Na přelomu 60. a 70. let 20. století došlo k rychlému rozvoji spánkové medicíny. Vznikala první centra pro poruchy spánku a bdění a specializované spánkové laboratoře. Z výsledků studií provedených v této době bylo zjištěno, že poruchy spánku se vyskytují asi u třetiny populace. V řadě zemí se stala spánková medicína samostatným klinickým oborem. Na území České republiky založil první spánkovou laboratoř doc. MUDr. Bedřich Roth. Tato spánková laboratoř je považována za nejstarší ve střední Evropě. Rovněž v této době vznikla potřeba vytvořit klasifikaci pro hodnocení poruch spánku. První diagnostická klasifikace poruch spánku a probuzení vznikla v roce 1979 a byla používána více než 10 let. Podle této klasifikace byly poruchy spánku rozděleny do 4 základních skupin:

1. Insomnie – poruchy usínání, přerušovaný noční spánek, předčasné ranní probouzení;
2. Zvýšená denní spavost – nadměrný denní spánek;
3. Poruchy řízení rytmu spánku a bdění – poruchy způsobené změnou cirkadiánního rytmu;
4. Parasomnie – poruchy s patologickými probouzecími mechanismy a poruchy přechodu mezi spánkem a bděním.

Během rozvoje spánkové medicíny bylo objeveno mnoho nových poznatků o současných poruchách spánku. Z tohoto důvodu se musela klasifikace poruch spánku a probouzení rozšířit právě o tyto nové poznatky. Spánková medicína se stala oborem multidisciplinárním a zájem o ni se rozšířil do oborů psychiatrie, neurologie, pediatrie a pneumologie. V roce 1985 dochází k přetvoření stávající klasifikace a vzniká Mezinárodní klasifikace poruch spánku, která je celosvětově uznávaná.

Dle současné mezinárodní klasifikace onemocnění se poruchy spánku dělí do dvou hlavních podskupin:

A) **Poruchy primární** jsou poruchy spánku, které se vyskytují samostatně. Mezi primární poruchy spánku se řadí:

- I. **Dyssomnie**: do této skupiny patří poruchy spánku spojené s insomnií a se zvýšenou spavostí během dne. Dyssomnie se dále dělí dle patofyziologických mechanismů na:

- a. dyssomnie vyvolané zevními příčinami;
- b. dyssomnie vyvolané vnitřními příčinami;
- c. poruchy cirkadiánní rytmičky.

II. **Parasomnie:** u těchto poruch spánku se jedná převážně o disociované poruchy probouzecích mechanismů. Dle příčiny se parasomnie dále rozdělují na:

- a. poruchy probuzení;
- b. poruchy přechodu spánek-bdění;
- c. parasomnie vázané na REM spánek;
- d. jiné parasomnie.

B) **Poruchy sekundární** jsou poruchy spánku, které doprovázejí jiná onemocnění nejčastěji neurologická, psychiatrická a interní. Poruchy spánku spojené se somatickou či duševní poruchou se dále dělí na:

- a. poruchy spánku u duševních onemocnění;
- b. poruchy spánku u neurologických chorob;
- c. poruchy spánku u jiných somatických poruch;

C) **Navrhované poruchy spánku** jsou spánkové poruchy, které doposud nemají stanovenou přesnou definici patologie (Šonka et al., 2004).

4.1. Dyssomnie jako primární porucha spánku

Nepřiměřená spánková hygiena

Základem dobrého a kvalitního spánku je dodržování pravidel správné životosprávy a rovněž nalezení rovnováhy mezi pracovním vyčerpáním a aktivním odpočinkem. V dnešní době se stále častěji objevuje insomnie způsobená nesprávným životním stylem. Jedná se o tzv. dyssomnii způsobenou nepřiměřenou spánkovou hygienou, která spočívá především v nadměrném pracovním nasazení, kdy jedinec pracuje do pozdních nočních hodin a během práce popíjí zvýšené množství kávy. Mnoho pracovním vyčerpaných jedinců v pozdějších večerních hodinách navštěvuje různá fit centra a tímto způsobem se snaží udělat něco pro své zdraví. Nadměrná fyzická aktivita prováděná pozdě večer však není vhodná. Dalším rizikovým faktorem je nekvalitní strava během dne. Pro pracovním vyčerpaného jedince bývá hlavním jídlem často až večeře. Všechny tyto faktory, navíc obvykle ve spojení s nakupeným stresem, vedou k poruchám usínání a tím negativně ovlivňují kvalitu spánku. Velmi často pak dochází k tomu, že takto pracovním vyčerpaný jedinec ve dnech volna prospí převážnou část dne a tím se celá situace dále zhoršuje (Šonka et al., 2004).

Syndrom insuficientního spánku

Syndrom insuficientního spánku představuje dlouhodobý deficit spánku, který je způsobený nedostatečným nočním spánkem v souvislosti s nadměrnou aktivitou a množstvím různých činností. Nejvýznamnějším projevem tohoto syndromu je snížená výkonnost během dne (Šonka et al., 2004).

Porucha spánku způsobená prostředím

Porucha spánku způsobená prostředím je spánkovou poruchou, která je vyvolána rušivými vlivy z okolí. Nejčastěji se jedná o hluk, světlo, nevhodnou teplotu v ložnici, přítomnost partnera a jeho pohyby, chrápání či hlasité oddechování. Všechny tyto rušivé faktory se pak podílejí na vzniku insomnie a zvýšené ospalosti během dne. Insomnií vyvolanou prostředím jsou dosti často postiženi pacienti v nemocničním zařízení, kteří se v průběhu hospitalizace musejí vyrovnávat se všemi těmito rušivými faktory (Šonka et al., 2004).

Tranzientní (přechodná) insomnie

Tranzientní insomnie je dočasnou poruchou spánku, která je vyvolána zpravidla akutním stresem, konfliktem či jinou emotivní situací, která následně znesnadňuje usínání, zkracuje noční spánek a podílí se na častějším probouzení. Tento stav se samovolně upravuje během několika dní (Šonka et al., 2004).

Insomnie při užívání návykových látek

V naší populaci neustále přibývá jedinců, kteří trpí insomnií způsobenou závislostí na hypnotikách. V běžné praxi lékařů velmi často dochází k paušálnímu předepisování hypnotik, aniž by podrobněji zjišťovali, proč nemocný trpí poruchami spánku. Medicínská praxe se tak v současné době dostatečně nezaměřuje na diagnostiku a léčení skutečných příčin poruchy spánku. V České republice je trvale či přechodně léčeno hypnotiky asi 40 % populace. Řada hypnotik má dlouhý biologický poločas, tudíž se stává, že účinky medikamentů v podobě ospalosti či únavy přetrvávají do následujícího dne. Hypnotika jsou často návyková a závislost na ně vzniká již za několik týdnů při pravidelném denním užívání. Pokud dojde k náhlému vysazení hypnotik, u jedince se mohou rozvinout abstinenční příznaky.

Podobně jako poruchy spánku vyvolané závislostí na hypnotikách mohou vzniknout i poruchy usínání a insomnie způsobené závislostí na stimulantech. Náhlé vysazení stimulantů

vždy vede k akutnímu rozvoji abstinenčních příznaků, které jsou doprovázené sníženou bdělostí během dne.

Mezi další návykové látky patří alkohol. Jedinec si vypěstuje pravidelný návyk požívání alkoholu před spánkem. Jedinec požívá alkohol pro jeho sedativní a hypnotický účinek. Po delší době jedinec už bez své pravidelné dávky alkoholu není schopen usnout (Šonka et al., 2004).

Narkolepsie

Pro onemocnění narkolepsií jsou typické náhlé a nekontrolovatelné záchvaty usínání během dne. Tyto záchvaty provází ztráta svalového napětí nejčastěji dolních končetin a šíjového i mimického svalstva po dobu několika sekund až minut. Záchvaty narkolepsie se mohou projevit nejen jako důsledek monotónní a jednotvárné činnosti, ale i po jakékoli pohybové aktivitě. Po probuzení se nemocný cítí osvěžený, ale za krátkou dobu opět znovu usíná. Mezi další klinické příznaky tohoto onemocnění patří spánková obrna, hypnagonické halucinace, neklidný noční spánek s četnými podivnými sny a opakované probouzení během noci.

Diagnostika tohoto onemocnění se provádí pomocí polysomnografie a testu mnohočetné spánkové latence. U většiny jedinců trpících tímto onemocněním se vyskytuje jak genetická predispozice, tak i absence neurotransmiteru hypokretinu v mozkomíšním moku, která přispívá právě ke vzniku narkolepsie.

K narkolepsii se mohou přidružovat další poruchy nočního spánku. Mimo jiné i syndrom neklidných nohou, periodické pohyby končetin či ventilační poruchy ve smyslu spánkové apnoe.

Onemocnění narkolepsií se začíná projevovat nejčastěji v adolescenci a po 40. roce věku. Vznik narkolepsie však není vyloučen ani v raném dětství. Jedinec postižený narkolepsií nemůže být držitelem řidičského oprávnění z důvodu zdravotní nezpůsobilosti. U pacientů trpících tímto onemocněním dochází též ke zhoršení studijních výsledků, protože se nemohou dostatečně soustředit. Onemocnění způsobuje pacientům též problémy v partnerském a sociálním soužití. Narkolepsie je podle českého práva sociálního zabezpečení důvodem pro přidělení invalidního důchodu pro I., II. nebo III. stupeň invalidity. (Šonka et al., 2004; Nevšimalová & Šonka et al., 2007).

Obstrukční spánková apnoe

Obstrukční spánková apnoe je nejčastější poruchou spánku u dospělých i u dětí. Častěji jsou touto poruchou postiženi muži a její výskyt souvisí s genetickou predispozicí

pro toto onemocnění a špatnou životosprávou, konkrétně zvýšeným příjmem potravy a související obezitou. U nemocných trpících obstrukční spánkovou apnoí byla prokázána vyšší úmrtnost a vyšší morbidita.

Obstrukční spánková apnoe se projevuje tím, že během nočního spánku dochází opakovaně k obstrukci horních cest dýchacích, které způsobují apnoické pauzy. Apnoe vede k nedostatečné saturaci krve kyslíkem a po znovu obnoveném dýchání se saturace krve normalizuje na fyziologickou hodnotu. Apnoe je většinou skončena probouzecí reakcí organismu. Apnoe se mohou vyskytovat ve všech fázích spánku. Nejvíce jsou přítomny v NREM 1 a 2 i v REM fázi.

Hlavními příznaky tohoto onemocnění jsou ronchopatie, pocit dušení ve spánku, pocit sucha v ústech, přerušovaný spánek, neklidný spánek, noční polyurie, nadměrné noční pocení, parasomnie, insomnie, nadměrná denní spavost, únava, jakož i sexuální dysfunkce nebo ranní cefalea.

Léčba obstrukční spánkové apnoe je konzervativní. Jedná se zejména o úpravu životosprávy, ukončení kouření, požívání alkoholu před spaním, dodržování pravidelné a přiměřené délky spánku, spaní v přiměřené poloze, aplikace CPAP masky.

Farmakologická léčba spočívá v aplikaci hypnotik III. generace. Chirurgická léčba je především zaměřena na ORL výkony – tonzilektomie, adenotomie; rekonstrukční výkony na dolní a horní čelisti; radioablace; tracheotomie a septoplastika.

Následky neléčené obstrukční spánkové apnoe mají výrazný podíl na vzniku kardiovaskulárních onemocnění. A dále přispívají ke snížení kvality života s velkým rizikem vzniku mikrosněného v průběhu dne. U profesionálních řidičů může být mikrosněné příčinou vážných dopravních nehod. Z tohoto důvodu je důležitá preventivní včasná diagnostika tohoto onemocnění (Šonka et al., 2004; Nevšimalová & Šonka et al., 2007; Hobzová, 2010).

Centrální spánková apnoe

Centrální spánková apnoe je porucha spánku, která nejčastěji vzniká při poruše respiračních mechanismů. Ventilační porucha se projevuje během spánku, při čemž dochází ke vzniku apnoických pauz, jejichž důsledkem je nedostatečná saturace krve kyslíkem.

Centrální spánková apnoe vzniká nejčastěji na podkladě kmenové léze. Dochází k vyřazení či omezení automatické funkce dýchání jako následek odpovědi na humorální podněty. Další možné příčiny vzniku centrální spánkové apnoe jsou periodické dýchání v REM spánku, nervosvalové onemocnění při nedostatečné funkci mezižeberních svalů a bránice a sekundární plicní nedostatečnost.

Postižený jedinec pociťuje insomnií a ospalost během dne. K průkazu centrální spánkové apnoe je zapotřebí provést polysomnografické vyšetření (Šonka et al., 2004).

Periodické pohyby končetin ve spánku

Periodické pohyby končetin ve spánku jsou rytmicky se opakující stereotypní pohyby končetin, které jsou provázené extenzí palce, flexí nohy v kotníku, koleni a někdy dokonce v kyčli. Mohou postihnout současně obě dolní končetiny najednou nebo se pohyby střídavě objevují na pravé či na levé noze.

Spánek při této spánkové poruše je rozdělen do několika mělčích fází. Nedostatečný noční spánek vede k pocitu insomnie a výskytu ospalosti během dne. Periodické pohyby končetin se objevují vždy, když jedinec trpí syndromem neklidných nohou, velmi často také provází další poruchy spánku – narkolepsii a spánkovou apnoí. Četnost výskytu tohoto syndromu výrazně stoupá s věkem jedince (Šonka et al., 2004).

Porucha spánku při směnném režimu

Jedná se o poruchu, která vzniká u pracovníků, ve směnném provozu. U těchto jedinců dochází k poruchám spánku, které zpravidla vedou k nočním insomniím a zvýšené spavosti během dne. U některých jedinců se mohou objevit i somatické obtíže. S přibývajícím věkem se přizpůsobivost nočním směnám zhoršuje. Noční a odpolední směny lépe snášejí jedinci, kteří jsou spíše večerními typy a kterým stačí k pocitu odpočinku kratší doba spánku. Lidé s poruchami spánku, epilepsií či jiného neurologického a psychiatrického onemocnění by neměli pracovat ve směnném provozu (Šonka et al., 2004).

Nepravidelný cyklus spánku a bdění

Při tomto onemocnění dochází k rozpadu cirkadiánní rytmicity. Těmito poruchami často trpí starší lidé. Jedná se o dlouhodobě hospitalizované pacienty v nemocnicích a sociálních zařízeních. Dlouhodobě ležící pacienti mají omezen pobyt ve venkovním prostředí na čerstvém vzduchu, zcela minimálně opouštějí oddělení a nemají prakticky žádnou fyzickou aktivitu. U těchto pacientů dochází rovněž i k nedostatku dalších zevních podnětů od okolí. Tito nemocní mají rozdělen spánek do 3 etap, které trvají 2–3 hodiny. Pacienti trpí, jak insomnií, tak zvýšenou ospalostí během dne (Nevšimalová & Šonka et al., 2007).

4.2. Parasomnie jako primární porucha spánku

Spánková opilost (spánková inertnost)

Spánková opilost je stav, při kterém dochází k nedokonalému probuzení a je provázen zmateností. Postižený jedinec je dezorientován časem a místem, jeho řeč je zpomalená nebo nesrozumitelná. Reakce na zevní podněty jsou zpomalené, pohyb je nekoordinovaný s projevy mozečkové ataxie. Tento stav bývá spojen s pláčem, křikem, mluvením a pocením. Tito nemocní mají ve tváři výraz zmatenosti (Nevšimalová & Šonka et al., 2007).

Somnambulismus (náměsíčnost)

Somnambulismus neboli náměsíčnost je stav, kdy se jedinec v noci probudí z hlubokého NREM spánku. Nemocný se může posadit na lůžku a má zmatený výraz v obličeji. Poté následuje opuštění lůžka a chůze, která může být ukončena návratem na lůžko anebo usnutím na jiném místě. Nebezpečí úrazu pro jedince, kteří trpí somnambulismem, spočívá v manipulaci s nebezpečnými předměty, opuštění obydlí, příp. možném pádu z výšky.

U těchto nemocných se může vyskytnout i agresivní chování, kdy jedinec křičí, pobíhá, a může dojít dokonce i ke spáchání násilného trestného činu. Dalším typem somnambulismu je výskyt sexuálně laděného chování či konzumace jídla. Nemocný trpí po probuzení amnézií (Nevšimalová & Šonka et al., 2007; Šonka et al., 2004).

Somnilokvie (mluvení ze spánku)

Somnilokvie je považována částečně za fyziologický jev a vyskytuje se zejména u dětí. Jedná se o velmi častou formu parasomnie. Mluvení ze spánku se může vyskytnout v jakékoli fázi NREM spánku, ale i ve fázi REM. Jedinec mluví buď v útržcích vět srozumitelných či nesrozumitelných a může dokonce mluvit i v souvislých větách. Po probuzení jedinec trpí amnézií (Nevšimalová & Šonka et al., 2007; Šonka et al., 2004).

Noční křeče (crampi)

Pod pojmem noční křeče se rozumí bolestivé spazmy v dolních končetinách nejčastěji lýtkového svalstva vyskytující se během spánku. Mohou vzniknout během spánku i při bdění. Tyto křeče trvají několik sekund až desítek minut. Důležité je rozlišit křeče v lýtkách od syndromu neklidných nohou. Těmito křečemi trpí přibližně 16 % populace (Šonka et al., 2004; Nevšimalová & Šonka et al., 2007).

Bruxismus

Bruxismus je porucha spánku spočívající ve stereotypních pohybech žvýkacích svalů, které se mohou objevit v jakékoli fázi spánku. Jsou charakterizovány hlasitým skřípáním či cvakáním zubů. Na vzniku bruxismu se podílejí anomálie skusu a dentice. Toto onemocnění vede k nadměrnému opotřebením zubů a jejich bolestem. V kojeneckém a batolecím období je bruxismus fyziologický a napomáhá k prořezání zubů. U starších dětí a dospělých je patologický a často bývá obtížně řešitelný. (Šonka et al., 2004; Nevšimalová & Šonka et al., 2007).

Enuresis nocturna

Enuresis nocturna (neboli noční enuréza) je přetrvávající močová inkontinence v průběhu spánku u dětí starších 5 let. Toto onemocnění často doprovází projevy lehké mozkové dysfunkce. Pravděpodobnou příčinou tohoto onemocnění je nevyzrálost funkce svěrače močového měchýře. Objevuje se v jakémkoli stádiu NREM i REM spánku a je velmi často spojena s výskytem dalších parasomnií. (Nevšimalová & Růžička & Tichý et al., 2005; Šonka et al., 2004).

Ronchopatie

Chrápání ve spánku (tzv. ronchopatie) je respirační nebo převážně respirační zvuk vyvolaný vibrací měkkých částí horních dýchacích cest. Výskyt ronchopatie v populaci je asi 30–40%. Výzkumy prokazují, spojitost chrápání s vyšším výskytem kardiovaskulárních onemocnění a zvýšené denní spavosti. V sociální rovině může být chrápání příčinou rozvodů manželství a okolí se od jedince distancuje, protože s ním lidé nechtějí spát v jedné místnosti.

Léčba chrápání je velmi diskutovaným tématem. Lidé, kteří chrápou, jsou často obézní, doporučuje se jim snížit tělesnou hmotnost a dále změnit polohu spaní z polohy na zádech, kde jedinec nejčastěji chrápe. Působením gravitace totiž dochází k působení na mandibulu a jazyk. K tomu se používají mechanické zábrany, které znemožňují jedinci spát v poloze na zádech. Medikamentózní léčba neexistuje, je pouze chirurgická (Šonka et al., 2004).

4.3. Poruchy spánku spojené se somatickou či duševní poruchou

Schizofrenie

Schizofrenie je duševní porucha vyznačující se bludy, halucinacemi, inkoherentním myšlením a chováním, katatonii a neadekvátním afektivním projevem. U jedinců postižených

tímto onemocněním dochází k narušení sociálního, společenského i pracovního zařazení. Porucha spánku u tohoto onemocnění se projevuje noční insomnií a zvýšenou denní ospalostí (Šonka et al., 2004).

Afektivní poruchy

Afektivní poruchy jsou souborem psychiatrických onemocnění, která jsou provázena depresemi, dystymií či bipolární poruchou spojenou s atakami deprese, nebo i s manickým či hypomanickým chováním. Do této skupiny se řadí též sezonní afektivní poruchy. Pro tyto poruchy jsou typické insomnie, výjimečně somnolence během dne (Šonka et al., 2004).

Úzkostné poruchy

Úzkostnými poruchami nazýváme skupinu psychiatrických onemocnění, jejichž hlavním příznakem je úzkost a s ní spojené poruchy chování. Prvotním jevem u těchto onemocnění jsou poruchy spánku, převážně problémy s usínáním nebo časté noční probouzení v souvislosti s vystupňovanou úzkostí. V populaci postihují nejčastěji mladé ženy, výskyt je asi 1%. K poruše spánku (probuzení z úzkosti) většinou dochází v povrchních stádiích synchronního spánku (nejvíce v 2 NREM), panické ataky se však mohou vyskytovat i během dne. (Šonka et al., 2004).

Alkoholismus

Jedinci závislí na alkoholu trpí noční insomnií a během dne jsou ospalí. U akutní intoxikace alkoholem zprvu dochází k několika hodinovému spánku, během kterého se zvyrazňuje chrápání i apnoické pauzy. Při abúzu alkoholu dochází k těžké insomnii a k poruchám cirkadiánní rytmicity, současně se zhoršují projevy ronchopatie, spánkové apnoe a přibývá výskyt noční enurézy (Šonka et al., 2004).

Degenerativní onemocnění CNS

Jedná se o soubor onemocnění, které se projevuje pomalým progresivním vývojem. Hlavními projevy tohoto onemocnění jsou poruchy chování a řízení pohybu. Poruchy spánku jsou u těchto poruch velmi časté. Jedná se o insomnii, hypersomnii, parasomnie a poruchy cirkadiánní rytmicity.

Nejčastější degenerativní poruchou je Parkinsonova nemoc, která se projevuje svalovou ztuhlostí, třesem a hypokinézou. Tyto hlavní příznaky Parkinsonovy nemoci vedou ke vzniku insomnie, která se vyskytuje až u 90 % nemocných. Dále se mohou vyskytovat periodické pohyby končetin, syndrom neklidných nohou a poruchy chování vázané na REM spánek. U Parkinsonovy nemoci se dále vyskytuje nadměrná denní spavost, která zásadně

ovlivňuje kvalitu života lidí postižených touto nemocí. Dochází ke snížení fyzické výkonnosti, jakož i schopnosti řídit motorové vozidlo. Výrazně se zhoršuje vztah jedince k okolí a postupně dochází k sociální izolaci jedince.

Diagnostika spočívá v posouzení spánkových návyků, faktorů rušících noční spánek a kompletním rozboru užívaných farmak. Dále se provádí polysomnografie, MSLT a pacient vyplňuje Epworthskou škálu spavosti.

Mezi další degenerativní onemocnění CNS patří Huntingtonova chorea a Rettův syndrom, který je častý v dětském věku (Šonka et al., 2004; Baláž & Novák, 2012).

V případě demence se jedná o skupinu heterogenních onemocnění, pro kterou jsou charakteristické poruchy paměti a jiných kognitivních funkcí. Často bývají provázeny zhoršenou kontrolou emocí, motivací a zhoršením sociálního chování. Poruchy spánku u pacientů s demencí se projevují insomnií různého stupně a poruchami cirkadiánní rytmicity. Dále se u těchto pacientů projevuje zvýšená únava a ospalost v průběhu dne. Poruchy spánku se mohou vázat s periodickými pohyby končetin, poruchami chování v REM fázi, spánkovou apnoí a syndromem neklidných nohou. Pro nemocné trpící demencí je typická večerní a noční dezorientace, která může být provázená neklidným až agresivním chováním. Nejrozšířenější formou demence je Alzheimerova nemoc (Šonka et al., 2004).

Epilepsie

Epilepsie se může vyskytovat v různých formách a postihuje asi 1 % populace. Vztah mezi epilepsií a poruchami spánku je velmi souhrnný. Epileptické záchvaty se vyskytují buď samostatně, anebo jsou vázané na spánek. Vzniklé epileptické záchvaty narušují spánek. Některé poruchy spánku, kupříkladu spánková apnoe, mohou vyvolat epileptický záchvat. Spánek také velmi ovlivňují antiepileptika podávaná pacientovi. Epileptické záchvaty vzniklé v noci jsou jen vzácně pozorované okolím, narušují strukturu spánku, což vede k ovlivnění denní bdělosti a výkonnosti. Epilepsie bývají velmi často zaměňované za jiné parasomnie (Novák & Kunčíková, 2011).

5. Léčba poruch spánku a bdění

Obecné výklady o léčbě spánkových poruch

Hlavním cílem léčby poruch spánku a bdění je navození kvalitního spánku, při kterém dochází ke správné funkci obnovení mozkové činnosti a následné kvalitní bdělosti v průběhu dne. Vhodná léčba nespavosti spočívá v hledání příčin, a každý případ by proto měl být podrobně prozkoumán.

Lékař by měl provést podrobný rozbor nespavosti u nemocného a hledat příčinu vyvolávající insomnie. Základem je odstranění faktorů, které způsobují nespavost. Lékař by měl informovat nemocného o jeho zdravotním stavu tak, aby mohl pozitivně ovlivňovat jeho chování, myšlení a postoje. Tím může dojít ke zmírnění či vymizení insomnie. Jedná se o behaviorální terapii a psychoterapii, kterou poskytuje v základní podobě lékař, u něhož se nemocný léčí. Pokud má nemocný větší psychické problémy, pak navštěvuje psychologa či psychiatra.

Léčba poruch spánku se rozděluje na léčbu nefarmakologickou a farmakologickou. Nefarmakologická léčba je hlavně zaměřena na kognitivně behaviorální psychoterapii. Tato terapie se zaměřuje na chování jedince a s její pomocí by se měl nemocný naučit ovlivnit své chování a návyky, které má spojené se spánkem a tím zlepšit své usínání a spánek. K dalším nefarmakologickým možnostem ovlivnění spánku se řadí alternativní medicína, akupunktura, akupresura, aromaterapie, fototerapie, homeopatie, hydroterapie, hypnoterapie, psychosomatická léčba, muzikoterapie a dietoterapie.

Pokud je nefarmakologická léčba bez efektu, a přechází se k léčbě farmakologické, která spočívá v podávání hypnotik a dalších preparátů ovlivňujících spánek. Výběr hypnotik by se měl řídit typem nespavosti u konkrétního nemocného. Dále by se měl brát ohled na farmakokinetické rozdíly jednotlivých preparátů.

Nejvíce užívanými preparáty jsou hypnotika III. generace, která bývají léky první volby (Stilnox, Hypnogen). Tato hypnotika navozují spánek, který je podobný spánku fyziologickému, a neovlivňují spánkovou architekturu. Z prováděných klinických výzkumů vyplývá, že dlouhodobé užívání těchto hypnotik není bezpečné. Při dlouhodobém užívání se může vyvinout závislost i na tento druh hypnotik. Vznikem závislosti jsou ohroženi především nemocní nad 65 let.

Dalším předepisovaným druhem hypnotik jsou benzodiazepiny. Použitím těchto hypnotik dochází ke zklidnění nemocného a následnému navození spánku. Benzodiazepiny na jednu stranu snižují latenci usnutí, prodlužují celkovou dobu spánku a snižují počet probuzení během noci, ale zároveň narušují spánkovou architekturu. Tyto preparáty by se měly užívat pouze krátkodobě, maximálně 3 týdny. Poté by mělo být jejich užívání pouze výjimečné. Do této skupiny léků patří Rohypnol, Oxazepam, Nitrazepam, Neurole, Xanax, Lexaurin a Rivotril. Velmi brzy vzniká závislost na těchto preparátech. Nežádoucí účinky jsou: somnolence, pocit únavy, závratě, pokles krevního tlaku, jehož následkem jsou časté pády a deprese. Hypnotika benzodiazepinového typu nejsou vhodná pro seniory (Šonka & Pretl, 2009; Borzová et al., 2009; Praško & Espa-Červená & Závěšická, 2004; Pretl & Vevera, 2006; Lattová, 2009).

Předspánková hygiena

Každý člověk by si měl vytvořit svoje vlastní předspánkové rituály, které vykonává každý den před spaním a tím dává svému tělu najevo, že se blíží doba spánku. Pro správný a zdravý spánek je důležitá spánková hygiena. Spánkovou hygienou lze předcházet některým poruchám spánku.

Mezi hlavní znaky spánkové hygieny patří:

1. ke spánku uléhejte pravidelně ve stejnou dobu a pravidelně vstávejte ve stejnou dobu;
2. během dne nespát;
3. lůžko používat pouze na spánek a sexuální aktivitu;
4. uléhat na lůžko dostatečně fyzicky i psychicky unavení;
5. nepřejídat se před spaním;
6. během dne vykonávat přiměřenou pohybovou aktivitu, nikoli před spaním;
7. na lůžku setrávat jen po dobu spánku;
8. pokud spánek nenastane do 30 minut, vstát z lůžka a dělat nezajímavou a monotónní činnost;
9. před spaním nepožívat alkohol a kofein;
10. nekouřit před spaním ani při probuzení během noci;
11. během dne plánovat další činnosti, aby plánování nenarušovalo spánek;
12. spát ve vyvětrané místnosti, při teplotě 17–21 °C;
13. spát v klidném a tichém prostředí;
14. nesledujte z lůžka televizi;

15. při usínání potlačovat negativní myšlenky rušící usínání a spánek;
 16. před spaním provádějte relaxační činnosti, které vás uklidní a pomohou vám ke snazšímu usnutí;
 17. předcházejte probuzení z hladu, před spaním jezte jen lehká jídla, jako je ovoce, zelenina, je možné i popíjet teplé mléko s medem;
 18. při ulehnutí na lůžko nesledujte hodiny;
- (Zentiva & Moráň, 2010; Smolík & Pretl & Konštacký & Skála, 2007).

6. Potřeby nemocného člověka a role sester

6.1. Potřeby člověka

Základním pilířem ošetrovatelské péče je uspokojování lidských potřeb ať ve zdraví či nemoci. Sestry uspokojují potřeby člověka prostřednictvím ošetrovatelského procesu. V ošetrovatelství je k lidské bytosti přistupováno holistickým přístupem. „V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednota. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému.“ (Trachtová et al., 2013, s. 9). Jedinec je brán jako celek, neboť je posuzován v bio-psycho-sociální rovině. V nemocnici jsou spíše uspokojovány biologické či tělesné potřeby, a na psychosociální se již nebere tak velký zřetel. Člověk je individuální bytostí, která má své nenapodobitelné vlastnosti, názory, postoje a potřeby. Je tedy nezbytné k jedinci přistupovat komplexně a vnímat ho jako holistickou bytost.

Hlavním úkolem sester je umět správně zhodnotit problémy a priority v ošetrování a léčení nemocného, posoudit jeho měnící se potřeby a poskytnout mu dostatek informací. Nedílnou součástí práce sester by měla být snaha, aby nemocný dobře pochopil podstatu léčby nemoci, dále pomoci nemocnému k vyhledávání nových cílů a přijetí faktu nemoci (Trachtová et al., 2013; Šamánková et al., 2011; Mellanová et al., 2005).

6.2. Rozdělení lidských potřeb dle A. H. Maslowa

„Potřeby člověka chápeme jako stav organismu charakterizovaný napětím a dynamickou silou, vzniklou z nedostatku či přebytku a směřující znovu k obnovení homeostázy – životní rovnováhy – pohody. Můžeme říci, že u nemocného je touto rovnováhou a pohodou myšleno zdraví.“ (Mellanová et al., 2005, s. 13).

Abraham Maslow v roce 1943 vytvořil model hierarchie lidských potřeb, který je rozdělen do dvou základních rovin a to fyziologické a psychosociální. Maslow předpokládal, že nejprve dochází k dostatečnému uspokojení nižších potřeb (čili biologických), a teprve poté k saturaci vyšších potřeb. Z toho tedy vyplývá že, jsou-li uspokojeny nižší potřeby, pak teprve mohou převládat potřeby vyšší a mohou určovat chování jedince.

Rozdělení potřeb, Maslowova hierarchie potřeb (srov. Příloha č. 8):

1) Biologické potřeby:

Jedná se o základní fyziologické potřeby nezbytné k zachování homeostázy a přežití organismu (dýchání, vylučování, hydratace, výživa, tělesná a duševní aktivita, spánek a odpočinek, teplo, pohodlí, očista a hygiena, sexuální a mateřské pudry). Zdravý člověk si dosti často tyto svoje potřeby téměř neuvědomuje a jsou saturovány zcela automaticky. Avšak v nemoci některé z nich nemohou být dostatečně saturovány a dochází k jejich frustraci.

2) Psychosociální potřeby:

Tyto potřeby jsou též označovány jako existencionální a obsahují: zdraví, soběstačnost, bezpečnost, sociální a ekonomické jistoty, klid a mír. Nemocný a především hospitalizovaný člověk má většinu těchto existencionálních potřeb nedostatečně saturovanou. Neuspokojení vede k pocitu strachu, úzkosti, bolesti, neklidu, nejistoty, beznaděje, bezmoci a ohrožení. Tyto pocity se objeví vždy v situacích, kdy jedinec pocítuje ztrátu životní jistoty. Důležitou součástí práce sestry je umění naslouchat nemocným. Včasným rozpoznáním a cílenou intervencí může sestra zabránit vzniku nežádoucích změn v chování nemocného člověka a tím předejít stresu, maladaptaci a agresii.

3) Potřeba lásky a sounáležitosti:

Člověk potřebuje být milován, ať ve zdraví či v nemoci, a nemůže žít bez kontaktu s ostatními lidmi. Vlivem nemoci je tato potřeba frustrována a dochází k sociální izolaci jedince. Především staří lidé a malé děti během hospitalizace pocítují deficit lásky, sounáležitosti a náklonnosti. I hospitalizovaný nemocný má právo na kontakt se svojí rodinou a přáteli.

4) Potřeby sebepojetí a sebeúcty:

K těmto potřebám řadíme: potřeby sebeúcty, sebepojetí, úspěchu, důstojnosti, moci, uznání, intimity atd. Jedná se tedy o potřeby vlastního já a souvisí s vlastní sebeúctou, sebevědomím, pověstí, prestiží a uznáním druhých (Mellanová et al., 2005; Trachtová et al., 2013; Šamánková et al., 2011; Plevová et al., 2011).

V současné době se na péči o nemocného člověka spíše podílí zdravotnická technologie a nové léčebné postupy. Sestry používají ve své práci modely ošetřovatelské péče, ošetřovatelskou dokumentaci a terminologii a provádějí vlastní výzkumy. V důsledku této skutečnosti může vzniknout riziko opomíjení faktu, že předmětem zdravotní péče je člověk jako samostatná lidská bytost, která je mnohem více než jen objekt naší péče složený

z orgánů a fyziologických funkcí. Člověk má vlastní představy o náplni své existence a pojetí smyslu života, a právě odtud vznikají různé obavy a starosti. Při poskytování zdravotní péče by se nemělo zapomínat na to, že člověk je lidská bytost, která má svojí důstojnost a tudíž je nezbytné ji zachovávat (Heřmanová & Vácha & Svobodová & Zvoníčková & Slovák, 2012).

6.3. Potřeby nemocných

Člověk vyhledává lékaře či zdravotnické zařízení ze dvou hlavních důvodů. Jedná se o diagnostiku nebo léčbu daného onemocnění. Vlivem základního onemocnění a následné hospitalizace se jednotlivé lidské potřeby a priority mění. Nemocný je ovlivňován nemocničním prostředím, podrobuje se různým vyšetřením a zákrokům, dostává léky, infuzní terapii, musí dodržovat dietu a mnohdy je omezen i v pohybu. Hlavní prioritou zdravotníků a samotného pacienta je znovunavrácení zdraví. Pro uzdravení nemocného je podstatné, aby byly uspokojovány jeho fyziologické i psychosociální potřeby, a také potřeba lásky a sebeúcty.

Saturace potřeb je ovlivňována mnoha faktory. Zejména individualitou (osobností) jedince, vývojovým stádiem člověka, mezilidskými vztahy, nemocí a okolnostmi, za kterých nemoc vznikla.

Individualita jedince je zejména jeho osobní charakteristika. Jedná se o způsob prožívání a následné uspokojování potřeb, které je ovlivňováno temperamentem, city, citovou zralostí či labilitou.

Jedinec během svého života prochází několika vývojovými stádii, během kterých se učí důvěře k lidem a na základě těchto schopností následně dochází k naplnění pocitů bezpečí a jistoty. Velmi specifická je saturace potřeb u malých dětí a starých lidí. Je potřeba brát ohled na to, že dítě v kojeneckém a batolecím období neumí slovně vyjádřit svůj problém a tudíž může být pro sestry obtížné správně definovat danou potřebu.

Svojí podstatnou roli v uspokojování potřeb nemocného mají i mezilidské vztahy. Proto je pro nemocného důležitý kontakt s rodinou a přáteli.

Nemoc často lidem zabraňuje v uspokojování jejich potřeb a mění způsob vyjádření a možnost saturace těchto potřeb. Sestry pomáhají nemocným uspokojovat jejich fyziologické i psychické potřeby.

Okolnosti, za kterých nemoc vznikla, ovlivňují potřeby a jejich odezvu na psychice člověka. Je velikým rozdílem, zdali je nemocný v domácí či ústavní péči. Tento fakt se dále promítá do vyjadřování a následného uspokojování jednotlivých fyziologických či psychogenních potřeb. Dále je nutné brát v potaz další zvláštní okolnosti např. onemocnění

matky malého dítěte, onemocnění během dovolené či v zahraničí, onemocnění výkonného manažera společnosti atd. (Trachtová et al., 2013; Šamánková et al., 2011; Plevová et al., 2011).

Jaké jsou tedy nejčastější potřeby hospitalizovaných nemocných? Z provedených průzkumů vyplývá, že nejvíce převládá potřeba být zdravý. Vlivem nemoci či úrazu dochází k poškození zdraví a k narušení bio-psycho-sociální rovnováhy, čímž dochází k projevení řady základních potřeb.

Hlavním projevem neuspokojené potřeby zdraví je bolest. Bolest je jedním ze subjektivních příznaků nemoci. Z průzkumů vyplývá, že 75 % nemocných udává potřebu být bez bolesti. Nicméně ještě mnoho sester a lékařů se opírá jen o farmakoterapii a ostatní metody, jako je psychoterapie, fyzioterapie a další techniky zmírňující bolest nejsou dostatečně používány v praxi. Vlastní bolest nezpůsobuje jen somatické poškození nemocného, ale dochází i k nerovnováze s vnějším prostředím, což vyvolává pocity strachu a nejistoty. Nemocní mají nejvíce strach z bolesti, závažné diagnózy, nesoběstačnosti a závislosti na jiné osobě, z nejisté budoucnosti a ze smrti. To může být způsobeno tím, že nemocní mají nedostatečné informace o svém zdravotním stavu. Tento jev je bohužel stále velmi častý, neboť komunikace lékařů s pacienty není dostatečná. Příčinou často bývá, nedostatek času na rozhovor s nemocným či příliš odborný výklad ze strany lékaře.

K dalším významným fyziologickým potřebám, které je v nemocničním prostředí nezbytné uspokojovat, řadíme potřeby: soběstačnosti, spánku a odpočinku, vyprazdňování moče a stolice, hydratace a výživy, dýchání, osobní hygieny a péče o kůži.

Asi čtvrtina hospitalizovaných nemocných prožívá pocity stesku a smutku, v důsledku změny společenského prostředí a odloučení od rodiny. Tato potřeba je nedostatečně saturovaná u starých lidí, u osamělých jedinců a lidí dlouhodobě ležících na interních odděleních, odděleních následné péče a sociálních lůžkách. Zkracováním délky hospitalizace, povolením denních návštěv na odděleních, současnou hospitalizací matky s dítětem či přítomností blízkých u umírajícího pacienta se značně zlepšilo uspokojování této potřeby (Mellanová et al., 2005; Zacharová & Šimíčková-Čížková & Littva, 2010).

6.4. Pobyť v nemocnici

Každé onemocnění člověka má nepříznivý vliv nejenom na jeho reakce, ale i chování včetně emočních projevů. Dlouhodobě může docházet i ke změně některých osobnostních rysů nemocného. K praktickému lékaři přichází nemocný člověk obvykle dobrovolně, avšak do nemocnice je odeslán rozhodnutím lékaře, jehož rozhodnutí může dotýknout jen minimálně

ovlivnit. Hospitalizace je pro nemocného často novým zážitkem. Ocítá se v novém prostředí, je obklopen cizími lidmi, zejména zdravotnickým personálem, který se mu stává autoritou a musí ho respektovat, a také ostatními pacienty, se kterými bude nějakou dobu v kontaktu. Podle typu nemoci je umístěn na příslušné oddělení, kde je svlečen a oblečen do nemocničního oblečení, a je uložen na pokoj, kde jsou cizí lidé, a očekává se od něj maximální spolupráce v průběhu léčby. Pro zdravotnický personál je nemocný dosti často pouhým případem a je s ním jednáno velmi neosobně. Toto chování zdravotníků vyvolává v nemocném pocit méněcennosti, má dojem, že mu nikdo nenaslouchá a musí poslouchat jen příkazy, kterým často nerozumí, protože má nedostatek informací o svém zdravotním stavu a dalším postupu léčby. Prožívání bolesti ovlivňuje jeho osobní pohodu, není schopen vyhovět všem svým potřebám a jsou uspokojovány pouze biologické potřeby, ostatní jsou odsouvány do pozadí. Aktivita je přirozeností člověka, avšak v nemocnici se spíše očekává, že nemocný bude pasivní. To vše je umocněno pocitem ztráty sebekontroly a vědomím, že sám může jen minimálně ovlivnit dění, které se ho bezprostředně týká.

U hospitalizovaných pacientů se objevuje mnoho psychologických příznaků. Jedná se převážně o deprese, obavy, úzkost a noční můry. Za negativní stránky pobytu v nemocnici lze považovat ztrátu svobody při pohybu, jednání a rozhodování (Křivohlavý, 2002; Zacharová & Hermanová & Šrámková, 2007).

6.5. Význam spánku pro léčení hospitalizovaných pacientů

Pro nemocného je spánek a odpočinek mnohem důležitější než pro zdravého jedince. Chrání ho před přetížením organismu, napomáhá mu mobilizovat jeho vlastní ochranné síly a přispívá k rychlejšímu uzdravování. Téměř u všech onemocnění se zvyšuje potřeba spánku a odpočinku často i v průběhu dne.

V nemocnici se zcela běžné setkáváme se dvěma skupinami nemocných. Do první skupiny se řadí ti, kteří mají zvýšenou potřebu spánku a odpočinku v průběhu dne, a do druhé skupiny jsou zařazováni nemocní trpící nespavostí a poruchami nočního spánku. (Mellanová et al., 2005).

6.6. Kvalita spánku ve zdravotnickém zařízení

Kvalita spánku u nemocných hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení je velmi individuální. Z proběhlých ošetrovatelských výzkumů vyplývá, že asi 50–70 % dotázaných udává problémy se spánkem v průběhu hospitalizace. Mezi nejčastější problémy se spánkem patří: obtížné usínání; přerušovaný a mělký spánek; časné buzení a změna cirkadiálního

rytmu. Ke zhoršení kvality spánku dochází působením somatických a psychosomatických vlivů, také se mohou podílet faktory vnějšího prostředí.

Somatické příčiny podílející se na vzniku poruch spánku jsou: bolest, nauzea, zvracení, inkontinence, nucení na močení a stolicí, dušnost, kašel, bušení srdce, parestezie, apod. Bolest a časté nucení na močení je vnímáno, jako nejvíce rušivý faktor během noci. Bolest provází téměř všechna onemocnění. Je přítomna během dne, ale i v noci, kdy se ještě více stupňuje, neboť dochází k útlumu ostatních motorických vlivů. Spánek je tedy neklidný a mělký s opakovaným buzením v průběhu noci. Nemocný trpící bolestí je neklidný, sténá a křičí, někteří nemocní volají o pomoc a tímto svým chováním ruší ostatní spolupacienty.

Za další rušící faktor považujeme časté nucení na močení několikrát v průběhu noci. Tento jev je bohužel častý u starších nemocných. Častá nykturie je doprovodným příznakem kardiopulmonálních onemocnění. Starší muži jsou postiženi onemocněním prostaty s častým bolestivým nucením na močení a paradoxní inkontinencí v průběhu noci. Starší ženy trpí stresovou a urgentní inkontinencí. Dalším možným důvodem častého nucení na močení je infuzní terapie, která je indikovaná k zavodnění nemocného, a dále podávání diuretik u nemocných s otoky. U takto nemocných pacientů je vhodné omezit příjem tekutin před spaním. Sestry počítají s touto možností, a proto umožňují nemocným vymočení těsně před spánkem. Částečně soběstačným pacientům připraví močovou lahev či podložní mísu k lůžku tak, aby byla na dosah ruky, nesoběstačným pacientům jsou nápomocny při vyprazdňování.

Na jednotkách intenzivní péče a plicních odděleních je za rušivý faktor považována dušnost, kašel a stenokardie. Při dušnosti se nemocnému obtížně dýchá, je úzkostný a má strach ze smrti. V tomto případě je hlavní intervencí sestry uložení pacienta do Fowlerovy či Ortopnoické polohy, zajištění podávání kyslíkové terapie, následně dle ordinace lékaře podávání léků ke zmírnění úzkosti a strachu. Velmi důležitý je i psychologický přístup, který v dané situaci napomáhá k uspokojení potřeby bezpečí a klidu.

Nespavost mohou vyvolávat i některé léky, které nemocný užívá na somatická onemocnění, poněvadž ovlivňují kvalitu spánku. Jedná se zejména o betablokátory, diuretika, psychostimulancia, bronchodilatancia, léky obsahující kofein, nootropika, steroidní hormony atd. Dále tyto poruchy mohou způsobovat návykové látky, především káva, silný černý čaj, tabák, alkohol a další drogy.

Hospitalizací ve zdravotnickém zařízení najednou u nemocného dochází ke změně sociálního prostředí a sociální role. Nemoc je pro člověka náročnou životní událostí, která narušuje uspokojování jeho základních tělesných a psychosociálních potřeb, je doprovázena pocitem strachu a beznaděje. Vlivem nemoci dochází ke změně hodnot, postojů a

potřeb jedince. Vlivem těchto stresových faktorů dochází k fyziologickým reakcím organismu, které se projevují zvýšením krevního tlaku, tachykardií, tachypnoí a zvýšením psychomotorického neklidu. Nemocný nemůže usnout, přemýšlí o negativních věcech, a pokud se mu podaří usnout, spánek bývá nekvalitní s častým buzením, protože v noci dochází ke stupňování negativních myšlenek a pocitů. Nemocní pak během noci vyhledávají sestru a žádají ji o pomoc a útěchu, chtějí se dozvědět nové informace o svém zdravotním stavu, o průběhu určitého vyšetření či operačním výkonu, nebo přicházejí jen s žádostí o léky na spaní. Obtíže se spánkem mají zejména nemocní, kteří trpí úzkostí a je u nich nedostatečně saturována potřeba bezpečí a jistoty.

Při příjmu do nemocnice dochází ke změně prostředí, životního stylu, sociálních rolí a spánkových návyků. Změna prostředí vede k narušení stereotypů, které má člověk roky zažité, a tím dochází k neuspokojování předspánkových rituálů, hlavně v prvních dnech hospitalizace. Následkem je nekvalitní spánek. S adaptací na nové prostředí mají většinou problémy staří lidé. Změna prostředí a nemoc nedovoluje nemocným vykonávat jejich obvyklé předspánkové rituály, jako je například poslech relaxační hudby, čtení, luštění křížovek, sledování televize, večerní procházka, pití oblíbeného nápoje (čaj, mléko, pivo, víno) nebo pravidelná večerní hygiena. Nemocní lidé během hospitalizace postrádají své blízké osoby a často se ostýchají před cizími spolupacienty. Stydí se vyndat si zubní protézu nebo si nemohou obléknout svoje noční prádlo apod. V souvislosti s těmito okolnostmi nejsou navozeny uvolňující předspánkové návyky a nemocný je naopak ve stresu, tudíž hůře usíná či nemůže usnout.

V nemocničním zařízení nemá nemocný svoje lůžko, na které je zvyklý a je pro něj pohodlné. Nemocniční lůžko je vysoké, úzké, měkké či naopak moc tvrdé a přináší určitý diskomfort. U dlouhodobě ležících se používají gumové podložky k ochraně matrací, ty často vyvolávají nepříjemné pocity (zejména pálení) a vedou k opakovaným změnám polohy. Nemocniční prádlo je jednobarevné, nejčastěji bílé se znakem nemocničního zařízení, mnohdy poškozené. U nemocného člověka to může znamenat ztrátu vlastní identity a sebeúcty. Dospělý člověk je navyklý usínat se svým polštářkem a děti se svojí oblíbenou hračkou. Na vícelůžkovém pokoji nemá nemocný zajištěné dostatečné soukromí a dostatečnou intimitu. Rovněž společné sociální prostory jsou mnohdy nedostatečně uklizené a mohou vyvolávat pocit štitivosti, čímž dochází k omezování vlastních hygienických návyků.

Každý z nás před spánkem zaujímá určitou polohu, ve které pravidelně usíná, během noci ji libovolně mění. Avšak vlivem nemoci či úrazu najednou dochází k tomu, že musí ležet

v předepsané poloze, na kterou není zvyklý, špatně usíná a během noci se opakovaně probouzí.

Kvalitu spánku v nemocnici ovlivňuje řada fyzikálních faktorů. Na pokojích bývá jiná teplota, vlhkost a odlišné proudění vzduchu než na které je nemocný zvyklý z domova. Důležité je také umístění lůžka na pokoji. Pokud to jen trochu lze, mělo by být nemocnému umožněno vybrat si lůžko samostatně.

Nejčastější zevní příčinou nekvalitního spánku je nemocniční hluk. Nemocní reagují na provozní ruch z přístrojů (ventilátory, monitory, infuzní pumpy, atd.), zvonění telefonů, vrzání dveří, rachot pojezdných stolků apod. Na jednotkách intenzivní péče je mnohem větší provozní hluk, protože se zde nachází více zdravotnické techniky než na standardním oddělení. Monitory, infuzní linky a kabely vedoucí z monitoru pro měření fyziologických funkcí a pravidelné měření krevního tlaku jsou další možnou příčinou nedostatečného spánku. Nemocný se při pokusu o otočení na lůžku do těchto hadiček a kabelů zamotává, a tím dochází k následnému alarmování.

Nemocní jsou velmi citliví na neohleduplné chování zdravotníků. Jedná se zejména o hlasité hovory mezi nimi, bouchání dveřmi, klapot bot po chodbě nebo bezohledné rozsvícení na pokoji. Během noční služby by se sestry měly chovat ohleduplně a tiše a neměly by svými intervencemi u konkrétního pacienta budit ostatní. Během noci se minimalizuje pohyb zdravotnického personálu a pacientů po oddělení.

Velmi nepříjemnými pro ostatní jsou projevy emocí jiných pacientů (např. vzlykání, pláč, nařikání, křik, volání o pomoc, sténání, chrápání). Takto projevené emoce vyvolávají u ostatních pacientů pocit strachu, nejistoty a ohrožení. Úkolem sestry je zjistit příčinu hlasitých emočních projevů, pokusit se ji odstranit, cíleným rozhovorem pacienta uklidnit a poté aplikovat léky dle ordinace lékaře.

Kvalitu a kvantitu spánku ovlivňuje věk nemocného, a to nejenom v nemocnici, ale i doma. Potřeba spánku se v různých dekadách lidského života mění. Děti, které jsou hospitalizovány v nemocnici, během dne více pospávají, protože jsou nedostatečně aktivizovány a často se nudí. Dítě, které je hospitalizované bez rodičů prožívá strach z odloučení. Z tohoto důvodu by měly být děti hospitalizované s oblíbenou hračkou a s jedním z rodičů.

Starší nemocní se v nemocničním prostředí hůře adaptují, neboť změnou životního stylu a změnou prostředí dochází v prvních dnech hospitalizace k poruchám spánku. Dochází ke změně v kvalitě spánku NREM fáze i v cirkadiánním rytmu, kdy během dne nemocní vlivem nemoci a nedostatečné aktivity více pospávají. U dlouhodobě ležících dochází často

k polyfázické formě spánku a následně může dojít až k úplnému otočení cirkadiánního rytmu tzv. spánkové inverzi. To znamená, že nemocný ve dne spí a v noci je vzhůru. V noci následně ruší spánek ostatních pacientů, jelikož vstává z lůžka, je dezorientovaný, křičí a volá o pomoc. Nekvalitní spánek a snížený pocit odpočinku vede k tomu, že staří nemocní si velmi často stěžují na nespavost a vyžadují po sestře hypnotika, případně na ně již mají vytvořenou fyzickou závislost. (Mellanová et al., 2005; Šamánková et al., 2011).

6.7. Úloha sester

Všeobecné sestry by měly pečovat a podporovat fyziologický spánek. Sestra zaujímá edukační roli, působí na zdravé i nemocné lidi, vysvětluje jim význam spánku a jeho regenerační a ochrannou funkci pro lidský organismus. Dále upozorňuje na faktory, které mohou ovlivňovat spánek. Sestra zná celý cirkadiánní cyklus člověka, zajímá se o spánkové návyky, délku spánku, případné poruchy spánku a tělesné a duševní aktivity v průběhu dne. Nadměrná psychická a fyzická zátěž může rovněž nepříjemně ovlivnit spánek. Neuspokojené psychosociální potřeby a nahromaděné negativní emoce (úzkost, strach, smutek, hněv, neklid, osamění) znesnadňují klidné usínání, spánek je nekvalitní s ošklivými sny a vede k častému probouzení. Jedním ze základních předpokladů dobrého spánku je navození vnitřního a zevního klidu.

Navození pozitivního vztahu a vzájemné důvěry mezi sestrou a nemocným je velmi důležité, k tomu je používán cílený rozhovor. Vlivem nemoci a pobytem v nemocnici se vytváří vzájemný vztah mezi pacientem a sestrou, který je závislý na tom, jak pacient vnímá své onemocnění.

Vyskytuje se mnoho situací, které mohou ovlivnit důvěru a trpělivost pacienta, a tyto situace se dále promítají do celého stavu a vzájemné komunikace. Sestra by měla umět aktivně naslouchat a sledovat přání a problémy nemocného, zaměřit by se měla i na psychosociální oblast. Důležité je, aby docházelo k pozitivnímu ovlivňování vzájemné důvěry projevením dostatečné trpělivosti, úcty, respektu, empatie a psychické podpory a pochvalou i za minimální úspěchy.

Nemocný se pak snadněji sestře svěří. Ta se následně snaží vhodnými ošetřovatelskými intervencemi problém vyřešit. Pokud to není možné, informuje o daném problému lékaře. Vytvoření klidného a příjemného prostředí na oddělení přispívá k lepší psychické pohodě nemocných.

U hospitalizovaných nemocných je důležité dodržovat předspánkové návyky a rituály. Pokud to zdravotní stav nemocného umožňuje, sestra umožní anebo dopomůže nemocnému

k provedení předspánkových návyků. Je důležité dodržovat pravidelnou dobu ukládání ke spánku i během pobytu v nemocnici, ovšem u každého člověka je tato doba zcela individuální a řídí se cirkadiánním rytmem a životním stylem každého z nás. Ke kvalitnímu spánku přispívá i saturace základních tělesných potřeb (Mellanová et al, 2005; Zacharová & Šimčíková-Čížková, 2011; Kapounová, 2007).

6.8. NANDA domény

Porucha spánku není pouze lékařskou diagnózou, ale i ošetrovatelskou. Je definovaná a charakterizovaná ve čtvrté NANDA doméně.

Jedná se o diagnostický systém, který nabízí názvy, definice a diagnostické prvky dysfunkčních, potenciálně dysfunkčních a edukačních lidských potřeb. NANDA taxonomie je sestavena ze třinácti diagnostických domén, které vycházejí z jedenácti funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové. „NANDA-I definuje ošetrovatelskou diagnózu jako klinický závěr o reakcích jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy/životní proces. Poskytuje základ pro výběr ošetrovatelských intervencí k dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná.“ (Plevová et al., 2011, s. 196).

Přehled 13 domén NANDA-I Taxonomie II

- | | |
|------------------------|------------------------------|
| 1. Podpora zdraví | 8. Sexualita |
| 2. Výživa | 9. Zvládání/tolerance zátěže |
| 3. Vylučování a výměna | 10. Životní principy |
| 4. Aktivita/odpočinek | 11. Bezpečnost/ochrana |
| 5. Vnímání/pozorování | 12. Komfort |
| 6. Vnímání sebe sama | 13. Růst/vývoj |
| 7. Vztahy mezi rolemi | (Plevová et al., 2011) |

6.9. Ošetrovatelské intervence

Ošetrovatelskou intervencí se rozumí realizace cílů stanovených sestrou při realizaci ošetrovatelského procesu.

Na problémech se spánkem se u hospitalizovaných pacientů podílí nejenom vlastní onemocnění, ale i samotné nemocniční prostředí, a to nemalou měrou.

Při příjmu nemocného k hospitalizaci by měla být součástí ošetrovatelské anamnézy i spánková anamnéza, při níž sestra zjišťuje délku spánku a bdění, kvalitu spánku, kolik hodin nemocný denně spí, zda nemocný pospává i během dne, předspánkové návyky, užívání léků na spaní, prostředí, ve kterém nemocný usíná, aktivitu a soběstačnost nemocného, současný

stav spánku a zdali se nevyskytují nějaké obtíže. Ze získaných informací sestra stanovuje ošetrovatelské diagnózy a plánuje vhodné ošetrovatelské intervence, které povedou ke zlepšení spánku.

K hlavním sesterským intervencím patří posouzení rizikových faktorů, které mohou způsobit poruchy spánku. Sestra by se měla snažit navodit psychickou pohodu a uvolnění nemocného. Sleduje průměrnou délku a kvalitu nočního spánku, ráno se optá nemocného, jak se vyspal a zdali se cítí osvěženě a odpočatě.

Sestra zbytečně neruší nemocného během spánku, nevhodným rozvrhnutím svých činností. Respektuje spánek nemocného, nebudí ho násilně a nenutí ho časně vstávat. Pokud to zdravotní stav dovoluje, nepodávají se po 18 hodině tekutiny, aby nemocný nechodil během noci močit a nenarušoval se spánek častým buzením kvůli močení.

Sestra vytváří vhodné podmínky pro zajištění nerušeného spánku u nemocných. Pokud to umožňuje chod oddělení, minimalizuje rušivé vlivy nemocničního prostředí – při příjmu nemocného umísťuje na vhodný pokoj, pokud je to možné, vhodně vybírá spolupacienty, v případě, že je to možné, snižuje okolní zápach, v noci se snaží omezit hluchost na minimum (noční klid), místnost zatemní pomocí žaluzií či závěsů, používá noční osvětlení, lůžko nemocnému nastaví do snížené polohy, pokud je to nezbytné vytáhne nemocnému postranice, aby zabránila pádu z lůžka, umístí signalizační zařízení na dosah ruky a dbá na dostatečnou délku spojovacích hadiček u infuzních setů. Snahou sestry je vytvoření klidného prostředí s dostatkem soukromí pro spánek.

Během večerní obchůzky sestra umožňuje nemocným vykonat jejich předspánkové návyky. Součástí bývá i dopomoc s večerní hygienou, masáž zad, a pokud to lze, umožní pohodlné noční oblečení. Také upraví lůžko a napomůže nemocnému zaujmout pohodlnou polohu. Dále umožní nemocným se před spaním vyprázdnit. Pokud je pacient imobilní a má zavedený permanentní močový katétr zajistí výměnu sběrného sáčku, aby během noci nedošlo k jeho přeplnění. Méně soběstačným nemocným podá močovou lahev či podložní mísu. Sleduje, jestli se nevyskytují fyzické známky únavy - třes rukou, neklid či zastřený hlas.

Sestra doporučuje nekonzumovat před spaním čokoládu anebo tekutiny obsahující kofein. Jestliže to zdravotní stav nemocného dovoluje, zkouší různé způsoby, jak ovlivnit spánek. Jedná se zejména o teplou koupel, pití teplého mléka či pokrm s vysokým obsahem bílkovin, který se konzumuje před spaním.

Dle ordinace lékaře aplikuje analgetika či léky na spaní a sleduje efekt podaných medikamentů. Při přetrvávajících obtížích neprodleně informuje lékaře.

V průběhu dne je nezbytné dostatečně aktivizovat nemocné a pobízet je k pravidelnému cvičení, které příznivě působí na psychiku nemocného a zlepšuje jeho kondici. Sestra učí nemocného správně relaxovat a pomáhá mu vypracovat individuální plán relaxace (Mikšová & Froňková & Hernová & Zajíčková, 2006; Červinková et al., 2006; Trachtová, 2013; Herdman, 2013; Doenges & Moorhouse, 2001).

7. Empirická část

7.1. Výzkumný cíl

Tato bakalářská práce je zaměřena na zkoumání kvality spánku u hospitalizovaných pacientů na chirurgickém oddělení z pohledu nemocných.

Cílem této práce je zjistit, jakým způsobem je uspokojována potřeba spánku ve zdravotnickém zařízení, určit, které faktory nejvíce ovlivňují spánek nemocných, a dále najít způsob, jakým by bylo možné zlepšit kvalitu spánku.

7.2. Výzkumný problém

Výzkumný problém, který je předmětem této práce, lze shrnout do následující otázky: „Jaké faktory nejvíce ovlivňují kvalitu spánku u hospitalizovaných pacientů na chirurgickém oddělení?“

7.3. Výzkumné otázky

Níže jsou uvedeny výzkumné otázky, které se autorka snažila zodpovědět v rámci stanoveného výzkumného problému, jenž je předmětem této práce:

1. Jaké jsou nejčastější rušivé faktory na standardním oddělení a na jednotce intenzivní péče z pohledu pacienta?
2. Jaké mají pacienti předspánkové rituály?
3. Je dostatečným způsobem pacientům umožněno vykonávat jejich předspánkové rituály?
4. Jakým způsobem řeší sestry, že pacient má problémy se spánkem?
5. Jak je v souvislosti s hospitalizací u pacientů zjišťována kvalita spánku?

7.4. Metody tvorby dat

Všechna data ke zpracování bakalářské práce byla získána pomocí kvalitativního výzkumu, ke sběru dat byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru.

Kvalitativní metodu výzkumu si autorka zvolila proto, že pomocí této metody lze přesněji zjistit, jak daný problém pacient subjektivně vnímá.

Bylo sestaveno 34 výzkumných otázek, které byly pokládány tak, aby objasnily cíl celé bakalářské práce. Otázky byly zaměřeny na spánek, předspánkové činnosti, faktory, které mohou nepříjemně narušovat spánek, pooperační bolest, délku hospitalizace, nemocniční prostředí a zájem sester o spánek pacientů. A tři otázky demografické. Jednalo se o věk,

povolání a případnou noční práci informantů. Rozhovor s pacienty probíhal individuálně. Během rozhovorů s informanty se autorka snažila vytvořit klidné prostředí a zajistit dostatečné soukromí pro uskutečnění rozhovorů. S ležícími pacienty byl rozhovor prováděn přímo na pokoji, s chodícími pacienty na denní místnosti. Pro zajištění dostatečného soukromí autorka požádala ostatní pacienty, aby zanechali autorku s informantem na pokoji o samotě.

Pacienti byli seznámeni s tím, že rozhovor s nimi bude zcela anonymní, (že nikde nebude uváděno jejich jméno, příjmení ani základní diagnóza), následně byli požádáni, zdali si autorka může tento rozhovor nahrát na diktafon. Pacienti měli na výběr, zda souhlasí, či nesouhlasí s nahráváním. Oslovení pacienti vyjádřili svůj souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho nahráváním ústně, a to ještě před jeho začátkem. Pořízení písemného souhlasu obsahujícího byť jen podpis pacienta by již znamenalo nakládání s jeho osobními údaji, čímž by došlo i ke značnému zvýšení náročnosti administrace jednotlivých rozhovorů. Z tohoto důvodu autorka upřednostnila ústní formu souhlasu před formou písemnou.

Časový harmonogram pro provedení výzkumného šetření na III. Chirurgické klinice byl stanoven od 1. 9. – 30. 9. 2014. V tomto časovém rozmezí probíhaly rozhovory s pacienty. Následně byly všechny rozhovory přepsány do písemné podoby. Písemná podoba rozhovorů (přepisy) tvoří součást této práce. Přepisy jednotlivých rozhovorů jsou uloženy v příručním archivu autorky. Poté byl jejich obsah analyzován formou otevřeného kódování a získaná data byla rozdělena do jednotlivých kategorií a podkategorií. Pro přehlednější interpretaci získaných výsledků byly vytvořeny tabulky. První sloupec každé tabulky obsahuje autorkou vytvořené kategorie abstrahující odpovědi jednotlivých informantů a v dalších sloupcích jsou přiřazeny odpovědi jednotlivých informantů k těmto kategoriím. Jednotliví pacienti byli v souladu s ustálenou praxí označeni jako „informanti“ a označeni nepřerušovanou číselnou řadou od 1 do 21, čímž byla zároveň zaručena anonymita jednotlivých pacientů.

7.5. Výzkumný soubor

Výzkumné kvalitativní šetření bylo uskutečněno ve Fakultní nemocnici v Motole na III. Chirurgické klinice se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestry této kliniky.

V rámci šetření bylo autorkou provedeno celkem 23 rozhovorů. Z toho dva rozhovory musely být autorkou vyřazeny, neboť informanti neodpovídali na položené otázky přiléhavě a tudíž měly tyto rozhovory pro realizovaný výzkum jen velmi malou vypovídací hodnotu.

Konečný vzorek tedy tvořilo 21 informantů. Rozhodujícím kritériem pro zařazení do výzkumného šetření bylo, že pacienti museli být již po operačním výkonu a v průběhu hospitalizace pobývali jak na standardním oddělení, tak i na jednotce intenzivní péče. Doba celkového pobytu na jednotlivých odděleních nebyla rozhodující. Ve zkoumaném vzorku informantů bylo 12 mužů a 9 žen různé věkové kategorie, rozdílného vzdělání a mentální úrovně. Nejmladšímu informantovi bylo 21 let, nejstaršímu informantovi bylo 71 let. Průměrný věk informanta činil 56,1 roku. Polovina dotázaných informantů nevykonávala žádné povolání. Jednalo se buď o invalidní anebo starobní důchodce. Druhá část informantů byla v produktivním věku. Tito informanti uvedli, že jejich základní onemocnění je limituje při výkonu jejich povolání. Řada z těchto informantů se nacházela ve stavu dlouhodobé pracovní neschopnosti. Pouze čtyři informanti pracovali v noci jen občas anebo zcela výjimečně, ostatní informanti uvedli, že v noci nepracují. Nikdo z dotázaných informantů nepracoval ve směnném provozu, tudíž u nich ani nebyla narušena cirkadiánní rytmicita a spánkový cyklus tak měli víceméně přirozený.

Tabulka 1: Kolik je Vám let?																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Pohlaví:	M	M	Ž	M	M	Ž	Ž	M	M	Ž	M	M	M	Ž	Ž	M	M	M	Ž	Ž	Ž
Věk:	71	43	21	64	48	68	65	54	71	66	59	62	44	59	62	38	62	57	57	71	35

Tabulka 2: Jaké vykonáváte povolání?	
I 1	důchodce
I 2	správa nemovitostí, reality
I 3	invalidní důchodce
I 4	vedoucí nákupu a expedice
I 5	ekonom
I 6	důchodkyně (novinářka)
I 7	úřednice ve veřejné správě
I 8	pedagog
I 9	důchodce
I 10	důchodkyně (uklízečka)
I 11	klempíř vzduchotechniky
I 12	důchodce
I 13	řidič
I 14	důchodkyně
I 15	jednatelka společnosti
I 16	archeologický pracovník
I 17	provozní technik budov
I 18	podnikatel
I 19	invalidní důchodce

I 20	důchodkyně
I 21	učitelka v mateřské škole

Tabulka 3: Je při výkonu Vašeho povolání nutné pracovat v noci?

	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
ANO:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NE:	+	+	-	+	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	+
Občas:	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-
Výjimečně:	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ne, jsem důchodce:	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	+	-	-	-	-	+	+	-

Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;

Délka hospitalizace se u jednotlivých onemocnění odlišuje. Její celková doba je ovlivněna mnoha faktory, především záleží na tom, o jaké se jedná primární onemocnění, na celkovém zdravotním stavu pacienta a jeho dalších přidružených onemocněních. Následkem operace mohou vzniknout i pooperační komplikace, jedná se zejména o krvácení, rané, plicní, kardiovaskulární, gastrointestinální, močové, neurologické či psychiatrické komplikace a vznik proleženin (dekubitů).

Doba hospitalizace u tázaných informantů, byla poměrně různorodá a nebyla konečná, neboť po provedení rozhovorů u některých z nich dále pokračovala.

Tabulka 4: Kolikátý den jste hospitalizován/a v nemocnici?

	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
3. den:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-
4. den:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-
5. den:	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. den:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+
7. den:	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. den:	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
9. den:	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
14. den:	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
16. den:	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17. den:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30. den:	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabulka 5: Je Vaše hospitalizace první nebo opakovaná?

První:	+	-	+	+	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-
Opakovaná:	-	+	-	-	-	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+

Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;

Někteří z informantů měli opakované zkušenosti se spánkem v nemocnici, jelikož jejich hospitalizace byla mnohdy opakovaná. Informant č. 8 dokonce prohlásil, že jeho operace byla: „*Bohužel desátá.*“

Poslední dvě tabulky obsahují shrnutí o pooperačních dnech jednotlivých informantů a v druhé tabulce je vytvořen přehled, zdali jednotliví informanti byli po operaci na jednotce intenzivní péče.

Tabulka 6: Kolikátý den jste po operaci?																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
1. den:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
2. den:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
3. den:	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
4. den:	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
5. den:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
6. den:	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. den:	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-
8. den:	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
9. den:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-
16. den:	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30. den:	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;

Tabulka 7: Byl/a jste po operaci hospitalizován/a na JIP?																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
ANO:	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
NE:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;

7.6. Metody analýzy dat

Metodou analýzy dat použitá při zpracování této práce byla metoda otevřeného kódování. Tato metoda je charakteristická pro kvalitativní formu vedení výzkumu. Kvalitativní výzkum představuje protiklad ke známější a častěji užívané formě kvantitativního výzkumu.

Kvalitativní výzkum je založen na převážně nenumerických šetřeních a následné interpretaci jejich závěrů. Tato forma výzkumu využívá indukce jako převažujícího myšlenkového postupu. Průběh bádání založeného na této metodě lze zjednodušeně popsat na ose: pozorování – zjištění pravidelností – závěry – teorie. Kvalitativní výzkum využívá pro znázornění výsledků bádání mimo jiné metodu tzv. otevřeného (kvalitativního) kódování,

kterého je užito i v této práci. Metoda kvalitativního výzkumu je více subjektivistická a na rozdíl od kvantitativního výzkumu klade vyšší požadavky na osobu tazatele. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu je však kvalitativní výzkum schopen pružně reagovat na průběžně vyhodnocovaná zjištění. Tato forma výzkumu je rovněž časově náročnější, a to jak z hlediska primárního sběru dat a jejich zpracování, tak i z hlediska jejich následného vyhodnocování a abstrakce závěrů (Švaříček & Šedřová, 2014; Hendl 2008; Bártlová & Sadílek & Tóthová, 2009).

7.7. Výsledky zkoumání

V následující kapitole autorka shrnuje závěry získané z jednotlivých polostrukturovaných rozhovorů vedených s jednotlivými informanty. Jednotlivé tematické okruhy jsou pak zpracovány formou otevřeného kódování do jednotlivých tabulek vztahujících se k těmto tématům. Skupiny podobných odpovědí autorka abstrahovala do jí vytvořených kategorií uvedených vždy v levém sloupci tabulky.

Předspánkové rituály v domácím prostředí

Tabulka 8: Předspánkové rituály doma																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Fyzická aktivita:	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	+	-	+	-	-	+	-
Jídlo:	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sledování TV:	-	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+	+	-	+	-	-	+	-
Hygiena:	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+
Relaxace:	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Duševní aktivita:	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	+	+	-	+	+	-
Příjemné prostředí:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Činnosti, které informanti vykonávají před spánkem (tzv. předspánkové rituály), jsou velmi různorodé. Informanti na tuto otázku odpovídali více možnostmi. Mezi nejčastější předspánkový rituál patří sledování televize. Informant č. 4 sdělil k této otázce: „*Koukám na televizi a kouřím.*“ Někteří informanti se věnují před spánkem i fyzické aktivitě, jako je např. procházka se psem, práce kolem domu. Informant č. 1 uvedl: „*Já jsem na chalupě dost fyzicky pracoval, tak já jako po fyzické práci něco lehkého sním a jdu si lehnout bez problémů.*“ Ženy ještě večer vykonávají domácí práce a pak jdou spát. Jako uklidňující relaxační techniky či duševní práci informanti uvádějí: poslouchání mluveného slova, sezení

na balkóně, psaní sms, četba, luštění křížovek, větrání místnosti či popíjení vína nebo kouření před spánkem. Informant č. 8 k této otázce poznamenal: „*To je zajímavá otázka, ale já jí zodpovím. Když přijdu včas, tak se po zhlédnutí filmu v televizi, tak si jdu sednout před spaním na balkón, kde mám výhled na celou Prahu, a dám si tam skleničku buďto dobrého vína nebo střiku, napiju se, pokoukám a napíšu pár esemesek a v klidu usínám.*“

Tabulka 9: Užívání hypnotik v domácím prostředí																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Užívání hypnotik:	-	-	-	+	-	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-
Hypnotika „neberu“:	+	+	+	-	+	-	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-	+
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Většina z dotázaných informantů doma neužívá žádné léky na spaní. Informant č. 8 užíval léky na spaní v minulosti. Sdělil k tomu toto: „*No na spaní už neužívám, užíval jsem, ale to byly spíš takový rodinný záležitosti, stres, rozvod a tak dále, takže jsem bral prášek, ale né návykovéj. Trpicol (pozn. autorky: Tritico) se to myslím jmenuje. Ale jen půlku na noc, abych se vyspal. Ale to byla jenom krátkodobá záležitost, jinak na spaní neberu nic.*“ Někteří z dotázaných informantů užívají léky na spaní jen občas a pravidelné užívání léků potvrdili jen tři informanti.

Pobyt v nemocnici

Tabulka 10: Pobyt v nemocnici																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Příjemné překvapení:	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nutnost:	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	+	+	-	-
Stres:	-	-	+	-	+	-	-	+	+	-	+	-	-	-	-	+	-	-	+	-	+
Být doma:	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Očekávání pomoci:	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Spokojenost:	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-	-	+	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Pobyt v nemocnici někteří z informantů vnímají jako velmi náročnou životní situaci. Pro některé pacienty představuje už jen samotná hospitalizace v nemocničním zařízení velikou psychickou zátěž a je pro ně velice stresující. Informant č. 5 uvedl doslova: „*Jsem vystresovanéj.*“ U některých nemocných se na tomto stavu podílí změna prostředí, kdy jsou najednou vytrženi ze svého zaběhnutého denního stereotypu a musejí se podřídit

nemocničnímu režimu. Informant č. 18 na tuto otázku odpověděl: „*No jako nutné zlo. No, tak asi neznám nikoho kdo by šel rád do nemocnice.*“ Pro ženy, které mají doma malé děti a rodinu, je pobyt v nemocnici obzvláště psychicky náročný, strachují se, jestli je doma vše v pořádku. „*No stresově. No stýská se mi po malý, no, já tady nemám rodinu a to je asi nejhorší pro mě.*“ Citován informant č. 21.

V nemocničním prostředí je opakovaně narušována intimita člověka. Nemocný člověk pak může nabýt dojmu ztráty vlastní identity. Na chirurgickém oddělení jsou hospitalizováni převážně pacienti, kteří čekají na operaci anebo jsou již po operačním výkonu. Pacienti čekající na operaci mají strach zejména z toho, jak daná operace dopadne nebo zda se ten zákrok povede provést bez následných komplikací. Starší nemocní se obávají toho, jestli se vlastně probudí z narkózy. Největší obavy či strach mají pacienti z toho, zda se jim bude dobře hojit operační rána nebo jaký bude výsledek definitivní histologie. Bojí se zejména toho, že jim lékař přijde oznámit špatné zprávy, obzvláště že se operace nepovedla provést v celém rozsahu, tak jak byla naplánovaná, příp. nález rakoviny a její následné onkologické léčby.

Informanti vnímají pobyt v nemocnici rozdílně. Někteří ho berou jako nutnost, další očekávají, že zde najdou pomoc a řešení svého onemocnění. Informant č. 2 k tomu uvedl: „*Tak pobyt je to ten, který nikdo mít nechtěl, že jo. Každý chce být venku, takže je to nutnost, ale když si zdraví zavelí, tak je rád, že tu nemocnici má, takže já tady, co jsem, tak musím říct, že si nemůžu stěžovat, na personál na nikoho, takže jsem docela rád, že tu všichni jsou takoví, jací jsou.*“ Informant č. 6 v nemocnici očekává pomoc: „*No, pobyt v nemocnici asi jako každý druhý, že jo, prostě čekám, že mi pomohou.*“

Z rozhovorů s informanty vyplývá, že jsou příjemně překvapeni, jak se nemocniční prostředí změnilo k lepšímu. To potvrzuje informant č. 12: „*Tohleto nemocniční prostředí na chirurgii 3, lůžková část 3 na mě působí kladně moc. Já jsem jim napsal i poděkování.*“ Na tohoto informanta zvláště příjemně působilo, jak je vyzdobená chodba oddělení, zejména že na stěnách jsou pověšeny obrazy a do elektrických zásuvek jsou vloženy vůně. Měl pocit, že si ani nepřipadá jako v nemocnici. Informant č. 10 uvedl: „*Já jsem docela překvapená, já jsem byla naposledy před 26 lety asi v nemocnici, jako pozitivně překvapená, protože jsem byla na Jipce, takže ta péče je nepřekonatelná.*“

Komfort nemocničního pokoje

Tabulka 11: Počet lůžek na pokoji																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Samota:	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Společnost na pokoji:	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Z této tabulky vyplývá, že většina dotazovaných informantů byla na pokoji s více pacienty. Pouze tři informanti byli na jednolůžkovém pokoji. Další skutečnosti týkající se počtu pacientů na pokojích jsou blíže rozvedeny v komentáři k následující otázce.

Tabulka 12: Počet pacientů na pokoji																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Sám/a:	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Dva:	+	-	-	-	-	-	-	+	-	+	+	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-
Tři:	-	-	+	+	+	+	-	-	+	-	-	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Standardní oddělení III. Chirurgické kliniky se skládá ze dvou jednolůžkových pokojů, které jsou nadstandardní, z jednoho dvojlůžkového pokoje a zbytek tvoří trojlůžkové pokoje. Jednotka intenzivní péče je tvořena šesti pokoji. Dva z nich jsou jednolůžkové pokoje, dva dvojlůžkové pokoje a dva třílůžkové pokoje. Zatímco na standardním oddělení si na základě dobrovolnosti pacienti připlácejí za pobyt na jednolůžkových pokojích, na JIP rozhoduje o umístění pacienta na jednolůžkový pokoj ošetřující lékař, a to zejména na základě diagnózy pacienta. Péče na jednolůžkovém pokoji na JIP je tedy poskytována jako péče základní.

Každý z pacientů, který přichází k hospitalizaci, má právo si přát být ubytován na jednolůžkovém pokoji. Tuto možnost většinou volí pacienti, kteří si chtějí zachovat své soukromí, mají problémy se spánkem anebo potřebují i během pobytu v nemocnici pracovat. Na vícelůžkovém pokoji by měli být pacienti k sobě více ohleduplní, ale většinou mezi nimi spíše dochází ke konfliktům. Nedokáží se například domluvit na tom, kdy se zapne televize či v kolik hodin se naopak vypne, někomu je již lépe a chce sledovat televizi či poslouchat hudbu, ale ostatním pacientům to může vadit, protože jim není dobře a vyžadují klid. Z tohoto důvodu by se měl každý pacient zamyslet nad tím, zda se dokáže přizpůsobit ostatním, či jestli by mu spíše nevyhovoval jednolůžkový pokoj. Vzhledem k uspořádání ošetřovacích

jednotek je však těchto jednolůžkových pokojů málo. Některé pacienty může odrazovat i to, že za tento pokoj se musí platit a raději volí pokoj vícelůžkový.

Spánek jako kategorie v ošetřovatelské anamnéze

Tabulka 13: Když jste nastupoval/a k hospitalizaci, ptal se Vás někdo na Váš spánek? Kdo to byl?																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Nikdo se neptá:	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	-
Zájem sestry:	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Při příjmu nemocného k hospitalizaci je nezbytné sepsat příjmovou zprávu, kterou s nemocným vyplňuje lékař, dále jsou podepisovány informované souhlasy. Součástí pacientovy dokumentace je i vstupní ošetřovatelská anamnéza, která obsahuje i jednu otázku týkající se spánku. Tato otázka je formulována jako otázka uzavřená, a to zdali má nemocný obtíže se spánkem ANO x NE.

Informant č. 14 uvedl: „*To si nepamatuji, myslím, že se mě nikdo neptal.*“ Z rozhovorů s informanty bylo zjištěno, že většina z nich se při příjmu nikdo neptal, zdali mají obtíže se spánkem či nikoliv. Tuto odpověď na danou otázku sdělil informant č. 2: „*Nikdo. Možná takhle někdo se zeptal, spíte dobře a já jsem řekl ano. A to je všechno.*“ Informant č. 17 také konstatoval: „*Na spánek se mě neptal nikdo.*“

Předspánkové rituály v nemocnici

Tabulka 14: Předspánkové rituály v nemocnici																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Obvyklé předspánkové rituály:	-	+	+	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Změna rituálů:	+	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Někteří informanti potvrzují, že jim bylo umožněno vykonávat jejich předspánkové činnosti bez jakéhokoli omezení. Ne všechny předspánkové činnosti mohly být informantům umožněny realizovat, neboť se jednalo o činnosti, jejichž výkon je v rozporu s vnitřními předpisy zdravotnického zařízení. I samotní informanti uvádí, že to samozřejmě nejde, což potvrzuje informant č. 10: „*No, to ani nejde.*“ Jednotlivým informantům se sestry snažily umožnit jejich předspánkové činnosti, ale samotný nemocný neměl zájem je vykonávat. Informant č. 17 konstatoval: „*No tak čist nemám vůbec chuť, i když noviny tady mám, o televizi tu taky nemám zájem a počítač jsem si sem nebral, je to zbytečný.*“

Spánek v nemocnici

Tabulka 15: Spánek																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Nespavost:	-	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+
Dobry spánek:	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	+	+	+	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Kvalita spánku v nemocnici může být zcela jiná než v domácím prostředí. V nemocničním prostředí se vyskytuje mnoho rušivých faktorů, které mohou ovlivňovat kvalitu spánku. Může se jednat o vlivy somatické, psychosomatické, vlastní onemocnění, fyzikální vlivy a samotné nemocniční prostředí a s ním spojený provoz daného oddělení.

Polovina informantů uvedla, že v nemocnici se jim spí špatně či hůře než doma. Jako nejčastější důvod zhoršeného až špatného spánku informanti uváděli strach, obavy, zvýšený stres, bolest po operaci, hluk nebo nepohodlné lůžko. K tomu se vyjádřil informant č. 18 takto: „*No moc dobře ne, protože ty postele nejsou zrovna nejlepší.*“ Existují i informanti, kterým se spí během hospitalizace lépe než doma. Toto tvrzení potvrzuje informant č. 19: „*No já bych řekla, že v nemocnici se vyspím víc než doma, protože člověk je tomu prostředí, jak jsem říkala, takovej oddanej a když se mu chce spát, tak spí, a když se mu nechce spát, tak nespí, ale řekla bych, že podstatně víc času tady prospím.*“

Další skupinou jsou informanti, kterým se spí špatně všude a v nemocnici se mohou tyto obtíže ještě více prohloubit.

Usínání

Doba usínání doma a v nemocnici

Tabulka 16: Doba usínání doma																					
DOMA	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
20.01–22 hod.:	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+
22.01– 24 hod.:	-	+	-	-	-	+	+	-	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-
00.01– 02 hod.:	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepravidelnost:	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Doba usínání v nemocnici																					
V NEMOCNICI	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
20.01–22 hod.:	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+	+	-	+	+	+	-
22.01– 24 hod.:	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	+	-	+	-	+	-	+	-	-	+
00.01– 02 hod.:	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nespavost:	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepravidelnost:	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-

Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;

Doba, v kolik pacienti chodí spát doma a v nemocnici, se odlišuje. To potvrzuje informant č. 18: „*No to je velký rozdíl, tak doma chodím kolem půlnoci a tady usínám tak kolem jedenácté, protože toho moc přes noc nenaspím.*“ Tento rozdíl může být daný tím, že v domácím prostředí jedinec vykonává ještě nějakou práci. U žen to velmi často bývá péče o děti a domácnost. Muži většinou pracují buď kolem domu, nebo vykonávají práci na počítači, kterou potřebují k výkonu svého povolání. V domácím prostředí si jedinec večer udělá svoje pohodlí, sleduje televizi či si čte. Informant č. 19 konstatoval: *No tak doma chodívám spát tak v půl deváté, ležím v posteli, a v nemocnici vzhledem k tomu, že tam se leží pořád tak bych řekla, že tam ležím permanentně, když se kouká na televizi, tak třeba do těch deseti hodin, ale většinou bych řekla, že lidi usnou dřív. V podstatě třeba já asi tak kolem té deváté.*“ V nemocnici je jedinec ovlivňován změnou prostředí, ale ve většině případů se též musí podřídit chodu oddělení a dále musí brát ohledy na další pacienty, se kterými sdílí pokoj. A tak dochází k tomu, že většina dotazovaných informantů chodí spát mezi 22–23 hodinou, což je doba, kdy sestry naposledy obcházejí pacienty a zhasínají na pokojích.

Někteří informanti chodí spát i později, což může být zapříčiněno více faktory. Nemocní spí během dne a v noci pak nemohou usnout nebo mají bolesti a čekají, až jim zaberou analgetika. Další možnou příčinou mohou být i rušivé vlivy z okolí.

Délka usínání

Tabulka 17: Délka usínání doma																					
DOMA	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Rychlost:	-	+	+	-	+	-	-	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+
Půlhodinka:	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Hodina:	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepravidelnost:	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
V NEMOCNICI																					
V NEMOCNICI	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Rychlost:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	-
1-2 hod.:	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	-	+
Nespavost:	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Většina informantů uvedla, že doma usíná velmi brzy. V domácím prostředí si jde jedinec lehnout, až když je unavený a pociťuje ospalost, kdežto v nemocnici pacient převážně celý den leží na lůžku či pospává během dne. Fyzická aktivita je nedostačující, a tudíž se

nemocnému pak špatně usíná. To potvrzuje informant č. 10: „*No to záleží na okolnostech, když mám nějaký problém anebo o něčem přemýšlím tak jako dýl, ale většinou chodím spát, když jsem unavená.*“ Dalším možným důvodem, proč se většině z dotazovaných pacientů hůře usíná či usínají za delší dobu při hospitalizaci v nemocnici je, že mají strach (obavy) z toho, co je následující den čeká. Jedná se zejména o operaci, vyšetření apod. Informant č. 7 k této otázce sdělil: „*No, ale tohle je velice individuální, některý den ještě ve 2 hodiny nespím a některý den skutečně omdlím a usnu okamžitě a ještě mám jednu nohu dole z postele, tady v tý nemocnici je to malinko jiný, protože je člověk stresován a jednak tím výkonem a jednak těma bolestma, jako cizím prostředím a tak. Takže pokud jsem byla pod vlivem léků uklidňujících proti bolesti a něco i na spaní mi dávali, tak jsem vlastně spala dobře, pokud jsem si o žádný lék na spaní neřekla a měla jsem bolest, tak jsem spala špatně.*“

Probouzení během spánku doma a v nemocnici

Tabulka 18: Probouzení během spánku																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Probouzení při hospitalizaci:	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	+
Probouzení doma:	-	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+	+	-
Kontinuální spánek:	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Informant č. 9 věcně odpověděl na tuto otázku: „*No tak to víte, že jo, tady usnete na hodinku a jste vzhůru a pak vám to šrotuje v hlavě, ale to je běžný, to je normální.*“

Většina informantů uvedla, že se probouzí ze spánku, i když jsou doma. Jako nejčastější důvod byla uvedena potřeba vylučování. To potvrzuje informant č. 13: „*No někdy ano, protože potřebuji na záchod.*“

Délka spánku

Tabulka 19: Délka spánku doma																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
4 hod.:	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 hod.:	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 hod.:	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 hod.:	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-
8 hod.:	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-
9 hod.:	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	+
10 hod.:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

K pocitu osvěžení po spánku každému jedinci stačí jiná doba spánku. Délka spánku v domácím prostředí se u jednotlivých informantů liší. Opět to velmi záleží na tom, jestli daný informant je ještě aktivně zapojen do pracovního procesu, či nikoliv.

Tabulka 20: Délka spánku během hospitalizace																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
4– 5 hod.:	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+
6 hod.:	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 hod.:	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-
8–9 hod.:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-
10 hod.:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Dlouhý spánek:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-	+	+	-	+	-	-	-	-
Neodhadnutelné:	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Nemocný člověk, pokud je po operaci anebo na operaci čeká, potřebuje více hodin spánku než zdravý člověk. Kvalitní a dostačující spánek nemocný potřebuje k tomu, aby zvládl dostatečně rychle svoji rekonvalescenci. Někteří informanti uvedli, že v nemocnici spí hodně či více než doma, což potvrzuje i informant č. 14: „*Nepočítala jsem to, ale myslím si, že spím tady nasčítaně delší dobu.*“

Do průměrné doby spánku v nemocnici informanti započítávali i čas, který spí během dne. Doba, kterou spí informanti v nemocnici je rozdílná. Nejvíce odpovědí bylo mezi 4–5 hodinami a 7 hodinami denně. Informant č. 11 poznamenal: „*No čtyři až pět hodin, víc to nebude.*“

Noční snění

Tabulka 21: Sny																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Bezesné noci:	+	-	-	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+	-	-	+
Noční snění:	-	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	-	+	+	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Informanti na tuto otázku odpovídali, že se jim v noci nezdají děsivé sny anebo jen zřídkakdy. Informant č. 2 řekl: „Mám tady strašně intenzivní sny, tyto sny normálně nemám.“, „Takže se Vám zdají děsivé sny?“, „Ne, to jsem neřekl. Děsivé ne, ale jsou to leckdy sny, kdy člověk je opravdu naprosto hmatatelný účastník toho děje, jako nějaký pozorovatel, leckdy se z toho nemůže vymotat a někdy jsou horší a někdy jsou lepší, že by to byly sny, že bych lítal na obláčkách, tak to tedy nejsou, ale normálně takové sny nemám. Z průzkumu je patrné, že informanti nemají pouze děsivé sny, ale zdají se jim i hezké, pracovní a někdy i erotické sny. Pobytem v nemocnici mohou být některé sny intenzivnější než obvykle.

Probouzení

Tabulka 22: Probouzení doma																					
DOMA	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
04.01–05 hod.:	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-
05.01– 06 hod.:	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
06.01–07 hod.:	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	+	+	+
07.01–08 hod.:	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-
Probouzení v nemocnici																					
V NEMOCNICI	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
04.01–05 hod.:	-	-	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-
05.01–06 hod.:	+	+	-	-	-	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+
Nespavost:	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Informant č. 16 uvedl: „Doma ve 4 kvůli práci, tady nás vzbudí v 5 no vlastně v 6 no.“ Doba probuzení doma a v nemocnici se liší. Doma se jedinec probouzí, protože musí vstávat do zaměstnání či do školy. Informanti důchodového věku a invalidní důchodci pak již mají nastavený svůj ustálený denní režim, avšak nespěchají již do práce, takže nemusejí vstávat tak brzy. V nemocnici se musí pacient podříditi režimu, který je na oddělení nastaven, proto převážná část informantů uvádí, že se probouzí anebo jsou buzeni kolem 5:30 hod. V tuto dobu sestry budí pacienty na oddělení proto, aby stihly provést nezbytné ranní úkony. Jedná

se o měření fyziologických funkcí, sledování příjmu a výdeje tekutin, u ležících nemocných se provádí ranní toaleta na lůžku.

Informant č. 18 konstatoval: „*Tak ráno se probouzím doma tak v půl osmé, v osm. V nemocnici mě probudí program hned v 6 hodin ráno, že jo?*“ Pro některé pacienty je toto brzké buzení nepříjemné. Mnohdy si na něj stěžují v dotaznících spokojenosti.

Buzení v nemocnici

Tabulka 23: Buzení																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Budím se sám/a:	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Budí personál:	+	+	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+
Hluk:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Většina z dotázaných informantů sdělila, že se v nemocnici budí sami a někteří k tomu uvedli, že jsou občas buzeni i personálem. To dokládá odpověď informanta č. 7: „*No, a víte, že si to musím rozmyslet, tak já jsem tady 5 dní respektive 4 noci, tak bych řekla, tak půl na půl, někdy se stane, že mě vzbudí nějaký ten vozíček, a někdy se mi stalo, že jsem se vzbudila sama, že jsem se probudila spontánně.*“ Dva informanti, kteří uvedli, že se budí sami, dále upřesnili, že se probouzejí hlukem, ke kterému dochází při ranní obchůzce sester po oddělení. To potvrdil i informant č. 18: „*Spíš hlukem, já mám ráno lehčí spaní, tím zvýšeným hlukem se probudím.*“

Kvalita spánku

Tabulka 24: Zjišťování kvality spánku																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Nezájem:	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	+	-	-	-	-	+	-	+	-
Zájem sester:	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	-	+	-	+
Pomocný personál:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Většina sester při ranní obchůzce popřeje pacientům dobré ráno a každého nemocného se ptá, jakou měl noc a jak se vyspal. Citován informant č. 2: „*Podle typu sestřiček, podle toho, jaký je to člověk, že by se ptal cíleně každé ráno někdo, jak jsem se vyspal, to ne, je pravda, že teďka, jak to bylo v tu sobotu, tak se doktoři ptají, jaká byla noc a tak, jedna věc je profesionální, druhá věc je takový to vřelý, když někdo přijde od dveří, jak jste se vyspal,*

jaká byla noc, a to je podle vidění. Sestry se ráno dotazují nemocných, jak se vyspali, což potvrzují někteří informanti. Informant č. 7 uvedl: „*Ano, určitě takový milý sestřičky jsou tady a ty vždycky začnou tím, že se poptávají, jaká byla noc.*“ Ostatní informanti uváděli, že se jich ráno někdo ptal, ale nebyli schopni přesně určit osobu tazatele, nebo udávali, že se jich nikdo neptal či si nevzpomínají, jestli tento dotaz někdy padl.

Tabulka 25: Zlepšení kvality spánku																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Skepse:	+	-	-	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	-	+	-	+	+	+
Komunikace:	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medikace:	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Výhled z okna:	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sestry:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hluk:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Teplota místnosti:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Denní režim:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Tato otázka byla zcela volná a dávala informantům prostor k tomu, aby mohli vyjádřit svoje návrhy, jak by se dala zlepšit kvalita spánku během hospitalizace v nemocnici. Z odpovědí na tuto otázku převážně vyplývá, že informanti nemají žádné nápady, které by mohly vést ke zlepšení kvality spánku, ba naopak se přímo domnívají, že je to nemožné. To potvrzuje odpověď informanta č. 9: „*No to asi nepůjde na takovémto pracovišti, to nikdy nepůjde, protože je to ovlivněný tím, že někoho přivezou odpoledne, někoho večír, někoho v noci. To je těžký, oni se snaží pomoci, že jo. To už se tak musí brát.*“ Byli i informanti, kteří vyslovili svůj návrh k tomuto problému. Informant č. 8 uvedl: „*No tak o jipu jsem mluvil, aby byl výhled ven. A co se týče lůžkového oddělení to je zase pocit, abych tak řek po tý psychický stránce, aby to bylo dobrý, aby nejen ten jeden pacient měl možnost koukat z okna, ale tam jsou ty závěsy a ten prostřední člověk nemá šanci. Myslím, že je to strašně jako degradující a kdyby byli jinak postavený ty pokoje, já vím, že to nejde, nejsem architekt jo, ale aby měli všichni stejnou šanci, si myslím, že to ovlivní spánek všech těch pacientů.*“

Ošetrovatelské intervence při nespavosti pacientů

Tabulka 26: Hypnotika																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
ANO:	+	-	+	+	-	+	+	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-
NE:	-	+	-	-	+	-	-	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Většina informantů během hospitalizace neužívala léky na spaní. Následující tabulka dále popisuje, zda informant požádal o podání léků na spaní sám anebo mu byly předepsány lékařem. Informant č. 15 k tomu uvedl: „*No dali mi ten jeden prášek před operací.*“ V tomto případě se jednalo o léky předepsané anesteziologem a byly součástí premedikace před operačním zákrokem.

Tabulka 27: Indikace hypnotik																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Na vlastní žádost:	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otázka nepoložena:	-	+	-	-	+	-	-	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	+	+
Indikace lékaře:	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Nabízená hypnotika:	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Informantům, kteří během hospitalizace užívali léky na spaní, buď byly léky nabídnuty, což potvrzuje například informant č. 7: „*Nabídli mi to.*“. Anebo v některých případech je lékař pacientům předepsal sám. Informant č. 2 uvedl: „*Řekl jsem si o ně sám, protože si myslím, že zdravý spánek strašně moc pomáhá, každý den to cítím, dneska je středa, měl jsem těžkou sobotu, kdy okolo mě všichni litali do deseti do večera a pak jsem se jakoby dobře vyspal a ráno jsem se probudil a mnohem líp jsem se cítil. A každý den, který je takhle, kdy člověk líp spí, si myslím, že je strašně důležitý, že to tělo regeneruje a dá se do klidu. A včera jsem si o něj řekl, ten den předtím jsem měl ty sny, jaký jsem měl, ale ono to bylo daný tím, že já jsem byl předtím zaintubovanej, měl jsem do žaludku sondu, z boku a z druhého boku drén, včera mi to vyndali, tak jsem si řekl, že to zkusím, ale pak jsem si ho nakonec nevzal.*“ Jednomu informantovi předepsala léky na spaní praktická lékařka, protože měl problémy se spánkem ještě před vlastním nástupem do nemocnice.

Tabulka 28: Ošetřovatelské intervence při nespavosti																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Medikace:	+	-	+	-	+	+	+	+	-	-	+	+	+	+	-	+	-	-	+	+	+
Ochota:	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	+	+	-	-	-	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Většinou nemocných se v nemocnici spí hůře než doma. Zhoršený spánek může být mimo jiné důsledkem změny prostředí, zvýšeného stresu, strachu a obav co se bude dít dál, obav z vyšetření či operace, pocitu osamocení či pooperačních bolestí. Faktorů, které ovlivňují kvalitu spánku je mnoho, avšak vhodnými ošetřovatelskými intervencemi lze vliv některých faktorů minimalizovat nebo zcela eliminovat a tím zlepšit i kvalitu spánku nemocného. Z provedených rozhovorů je patrné, že zdravotní sestry jsou ochotné vyhovět nemocnému a podat mu léky na spaní či se rovnou při večerní obchůzce nemocných dotazují, zda si budou přát nějaké léky na spaní. To potvrzuje informant č. 6: „*V podstatě zdravotnický personál se střídá, ale skoro každý se mě zeptá, jestli chci něco na spaní.*“ Informant č. 2 k této otázce poznamenal: „*Jsou strašně ochotný, kdykoli zazvoníte, kdyby bylo cokoli potřeba, to se netýká toho léku samotného, ale vůbec cokoli byste potřeboval, cinkněte hned jsme tady, musím říct jako prima.*“ Někteří informanti nepovažují za problém svůj špatný spánek, a dokonce tuto skutečnost vůbec nesdělili zdravotnickému personálu. To potvrzuje i odpověď informanta č. 4: „*Tak já si nestěžuju, že bych měl špatný spánek.*“

Spánek během dne

Tabulka 29: Spánek během dne doma																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Denní spánek:	-	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	+	+	-	+	-	-
Bez denního spánku:	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	+	-	+	+
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Informant č. 11 uvedl: „*No, když jsem teď doma a marodím, tak taky občas usnu na 20 minut, půl hodiny, ale večer se mi špatně usíná.*“ Někteří nemocní spí během dne i doma. Jako důvod denního spánku uvádějí, že si na chvíli lehnou po obědě, jiní spí během dne pravidelně anebo pouze o víkendu. Na tuto otázku odpověděl informant č. 9 takto: „*Ale, jo to víte, že jo.*“

Tabulka 30: Spánek během dne v nemocnici																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Denní spánek:	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Nemocní, kteří jsou po operaci anebo se zotavují z vážného onemocnění, mají zvýšenou potřebu spánku i během dne. Spánek potřebují k tomu, aby se mohli rychleji zotavit.

V nemocnici během dne spí všichni dotazovaní informanti. To potvrzuje informant č. 17: „Většinou to musím dospat během dne, ale noci jsou hrozně dlouhé.“ Hlavním důvodem převážně je, že se po noci necítí osvěženi, a tak přes den dospávají to, co v noci nenaspali. Mnohdy příčinou nekvalitního nočního spánku u nemocných hospitalizovaných na standardním oddělení bývají bolesti, nepohodlné lůžko, spolupacient, který je neklidný či dezorientovaný, vlastní pocity strachu, hluk či neohleduplné chování zdravotnického personálu. Na jednotkách intenzivní péče převládají spíše důvody, jako je hluk spojený s provozem tohoto oddělení, zvuková signalizace přístrojů a infuzních pump, kontinuální měření fyziologických funkcí nemocného, stálá přítomnost sester na pokoji, světlo, špatný zdravotní stav nemocného a časté lékařské a sesterské intervence. Toto tvrzení potvrzuje informant č. 21: *Jo to docela, ano, to pak člověk někdy dohání ty probdělé noci.*“ Na jednotkách intenzivní péče je z těchto důvodů velmi špatná kvalita nočního spánku, a proto zcela pravidelně dochází k tomu, že nemocný dospává takto probdělou noc během dne. U starších nemocných může pobyt na JIP vyvolat spánkovou inverzi, ať již přímo během pobytu anebo může být jeho hlavním spouštěčem.

Dalším možným důvodem, proč nemocní spí během dne v nemocnici, je nedostatečná aktivizace ze strany ošetrovatelského personálu. Někteří nemocní nemají během dne dostatečnou energii k tomu, aby si četli, sledovali televizi či se šli jen tak projít po oddělení, a tak raději zůstávají na lůžku a ospávají.

Spánek a bolest

Tabulka 31: Bolest po operaci																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
ANO:	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+
NE:	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Dotazovaní informanti byli po rozsáhlých operačních výkonech, někteří z nich měli i dvě operační rány. Nejčastěji se jednalo o laparotomie a thorakotomie. Všichni informanti měli bezprostředně po operaci zavedeny do těla různé katétry a sondy. Pacienti po operaci lokalizují bolest do oblasti operační rány či do okolí zavedených sond případně drénů. Většina informantů uvedla, že měli po operaci bolesti. Informant č. 21 doslova řekl: „*No, to jo, hodně.*“ A informant č. 7 k tomu dodává: „*Ano, mám je dokonce pořád.*“

K hodnocení bolesti se používají různé škály. Nejpoužívanější škálou měření intenzity bolesti je VAS. Jedná se o přímku, na které jsou vyznačené číslice 0–10, kde jednotlivá čísla označují intenzitu bolesti, kdy znamená 0 – žádná bolest, 10 - nesnesitelná bolest. Sestra poučí pacienta, ten následně označí číslem intenzitu své bolesti.

Tabulka 32: Ovlivnění kvality spánku bolestí																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Bolest:	-	+	+	+	-	-	+	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	-	+	+	+
Bez vlivu:	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	+	+	+	+	-	-	+	-	-	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Jedním ze somatických faktorů, který ovlivňuje kvalitu spánku, je bolest. Tento fakt potvrdil informant č. 19: „*No to určitě, že se člověk nemůže pořádně ani otočit, lehnout a udělat si takové to svoje pohodlíčko.*“ Už sama skutečnost, že pacient je doma zvyklý spát na boku, zádech či břiše a po operaci nemůže zaujmout svoji oblíbenou polohu, může vést k narušení kvalitního spánku. Někteří informanti uvedli, že bolest neovlivňovala kvalitu jejich spánku. To potvrzuje informant č. 10: „*To si ani nemyslím, protože jsem dostávala injekci, takže asi bolest ustoupila.*“

Tabulka 33: Analgetika																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Bez analgetik:	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Podávání analgetik:	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

V pooperačním období je velmi důležitá dostatečná analgezie. Pacientům po hrudních a břišních operacích je zaveden epidurální katetr, do kterého kape přes infuzní pumpu analgetická směs. Pacienti mají dále od ošetřujícího lékaře rozepsaná opiátová a neopiátová analgetika k bolusovému podávání. Sami dotázaní informanti potvrzují pravidelnou aplikaci analgetik. Informant č. 5 doslovně uvedl: „*Ano. Ze začátku pravidelně a*

pak se zdravotní personál ptá.“ Informant č. 7 také poznamenal: „*Ne, já jsem je dostávala pravidelně, protože mám poměrně závažnou operaci střev a zřejmě se předpokládá, že tam ty bolesti jsou, že nebylo třeba, abych prosila o něco, leda když jsem chtěla něco navíc.*“ Pouze dva informanti podotkli, že museli o jejich aplikaci požádat.

Rušivé vlivy na standardním oddělení

Tabulka 34: Rušivé vlivy na standardním oddělení																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Provoz oddělení:	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Nic neruší:	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-
Tělesný diskomfort:	-	-	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
Psychické rozpoložení:	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Přístroje:	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	-	+
Světelné podmínky:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Pacienti:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+
Teplota místnosti:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Informanti uvedli, že během hospitalizace v nemocnici byl jejich spánek převážně narušován hlukem a zvukovou signalizací přístrojů. Dále se jednalo o světlo a teplotu na pokoji. Jako další rušivý faktor byla uváděna bolest, vlastní tělesný diskomfort a špatné myšlenky, které se objevovaly zejména v noci. To potvrzuje informant č. 5 ve své odpovědi: „*Bolest, a že jsem se nemohl otočit na bok no, protože nejsem zvyklý usínat na zádech.*“ Informant č. 7 uvedl: „*No já teď váhám mezi těmi rušivými vjemy a mezi tím, jak se sama cítím. Bude to spíš tak, že větší část je, že mi není dobře, to mi narušovalo ten spánek nejvíc, no a potom, jako samozřejmě, kdyby mi bylo dobře, tak by mi nevadilo to, že někde něco pípá, no alespoň si to myslím, ale těžko si to odzkouším, protože si to neodzkouším no.*“ Nejvíce nepříjemné bylo pro informanty sdílet pokoj s dezorientovaným pacientem, který v noci křičel, vstával z lůžka a volal o pomoc. K takovému pacientovi celou noc chodí sestra a snaží se ho uklidnit. To potvrdil informant č. 19: „*No nejvíce mi narušovalo spánek, bohužel ta nejvíce nemocná paní, no protože to bylo pořád.*“ a č. 21: „*Na tom Jipu bylo asi to houkání, ty hadičky všude a to vedro a tady na pokoji se mi stalo jednu noc, že tady ležela jedna paní a furt křičela, sestřičky sem furt chodily a bylo to takový, prostě taková krušná noc no.*“

Našli se i informanti, kteří si nestěžovali na žádné rušivé faktory, které by nepříznivě ovlivňovaly jejich spánek.

Rušivé faktory na JIP

Tabulka 35: Rušivé faktory																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Nic neruší:	-	+	-	+	+	-	-	+	-	-	-	+	+	+	+	-	-	-	-	+	-
Přístroje:	-	-	+	-	-	+	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-	+
Sestry:	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Světelné podmínky:	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Provoz oddělení:	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pacienti:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+
Teplota místnosti:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Jednotka intenzivní péče je sama o sobě dosti hlučným a náročným provozem. Na jednotce intenzivní péče jsou pacienti napojeni na monitor, který jim měří kontinuálně fyziologické funkce. Téměř většina pacientů má zavedenou infuzní terapii, která je aplikována pomocí infuzních pump. Informanti uváděli jako nejvíce rušivý faktor zvukovou signalizaci právě těchto přístrojů. Informant č. 21 konstatoval: „*No tak určitě, pořád se mi tam měřil tlak na ruce a všude byly hadičky a stále tam něco houkalo, a bylo tam fakt teplo, bylo to nepříjemný, protože se tam nedalo ani vyvětrat.*“ Některým informantům vadilo světlo, zapnutá televize či dezorientovaní pacienti. Dále to byla teplota místnosti, hlučné chování sester na pokoji a jejich stálá přítomnost či neohleduplné a hlučné chování sester mimo pokoje pacientů. Rušivé faktory nejlépe vystihl informant č. 6 ve své odpovědi na tuto otázku: „*Ta jipka tady funguje přes noc tak, že je tam skladiště a přípravná toho, co budou sestřičky ráno potřebovat, co budou dělat během dne, během té noci si tam chodí prostě pro léky, takže tam je tenhle moment rušivý.*“

Předspánkové rituály na JIP

Tabulka 36: Předspánkové rituály na JIP																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Změna rituálů:	+	-	-	+	+	+	-	+	+	+	-	-	+	+	+	-	+	-	-	+	+
Obvyklé rituály:	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	+	+	-	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Na jednotkách intenzivní péče je mnohem složitější uspokojovat pacientovy předspánkové rituály. Často to ani aktuální zdravotní stav pacienta neumožňuje. Většina pacientů při hospitalizaci nemá náladu tyto rituály provádět, i když jim bylo provozování těchto aktivit ze strany sester umožněno. Informant č. 6 se k tomu vyjadřuje následovně: „*No tak protože tam člověk leží nehybně, nemůže na toaletu, nemůže prostě nic, takže tam odpadají ty rituály a napít se můžete 2 hlty, to prostě není možný. Nebo v mém případě. Možná, že to někdo má jinak, ale předpokládám, že na tý jipce to mají všichni podobný.*“

Kvalita spánku na JIP a standardním oddělení

Tabulka 37: Rozdíly v kvalitě spánku na JIP a standardním oddělení																					
	I 1	I 2	I 3	I 4	I 5	I 6	I 7	I 8	I 9	I 10	I 11	I 12	I 13	I 14	I 15	I 16	I 17	I 18	I 19	I 20	I 21
Bez rozdílů:	+	+	+	-	+	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-	+	-
Diskomfort na JIP:	-	-	+	+	-	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+
Spánek pod kontrolou (na JIP):	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	+	+	+	-
Lepší standard:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-
Pozn.: „I“ – informant; „+“ informant uvedl; „-“ informant neuvedl;																					

Informant č. 21 konstatoval: „*No tak určitě, na tom Jipu mě rušilo to, že se tam nesmí větrat, tak ten pocit čerstvého vzduchu člověku chybí, no tady si člověk může dojít do koupelny a už se sám myje a může si vyvětrat, tak je to takový jednodušší, volnější už v tom režimu tady.*“ Rozdíl mezi kvalitou spánku na standardním oddělení a na jednotce intenzivní péče jednotliví informanti vnímají odlišně. Jako největší rozdíl udávali, že JIP je mnohem hlučnější provoz než standardní oddělení. Někteří informanti nedokázali vystihnout rozdíl mezi těmito odděleními a přiměřeně jej popsat. Domnívají se, že tato oddělení jsou obdobná. Informant č. 17 uvedl: „*Když je člověk na tom standardním oddělení, tak už nemá bolesti většinou, takže tam ten spánek je určitě kvalitnější.*“

Informant č. 7 vnímá rozdíl mezi standardním oddělením a jednotkou intenzivní péče takto: „*No ono to bude souviset asi s tím, že vlastně člověka pustěj z jipu, tak už je na tom relativně lépe, čili i prostě tím, jak se lépe cítí, tak samozřejmě má i lepší kvalitu spánku a je to tady klidnější prostředí. I když samozřejmě teď jsme třeba tady měly paní spolutrpitečku na vedlejším lůžku, a ta v noci křičela, zřejmě měla nějaký špatný sny, až sem přivolala vlastně nějaký ten personál, sestřičku, a ty se bály jestli tedy se jí něco neděje nekalého a pak se zjistilo, že měla skutečně jen nějaké špatné sny. Čili tohle je další rušivý moment, který vás*

doma neočekává, že jo, tam to prostě takhle není. Tak v takovémto prostředí zase člověk nemůže dělat vůbec nic.“

8. Diskuze

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku spánku ve zdravotnickém zařízení z pohledu pacienta. Kvalitativní forma výzkumu byla zvolena záměrně z toho důvodu, aby bylo dané problematice lépe porozuměno a aby se podařilo zjistit, jak daný problém subjektivně vnímají pacienti. Kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru byl proveden s 21 pacienty. Hlavním cílem bylo zjistit, jakým způsobem je uspokojována potřeba spánku ve zdravotnickém zařízení, určit, které faktory nejvíce ovlivňují spánek nemocných, a dále najít způsob, jakým by se dala zlepšit kvalita spánku.

Výběr pacientů k polostrukturovanému rozhovoru byl proveden tak, aby pacient byl již po operačním výkonu a v průběhu hospitalizace pobýval jak na standardním oddělení, tak i na jednotce intenzivní péče. Celková doba strávená na jednotlivém oddělení nebyla při výběru pacientů rozhodující. Jednotlivé otázky byly formulovány tak, aby bylo možné zkoumané téma posoudit v co nejširším rozsahu.

Kvalitu spánku na jednotlivých odděleních chirurgické kliniky mohou ovlivňovat i drobnosti, které se na první pohled mohou zdát nepodstatné. Při celkovém zhodnocení těchto drobností však můžeme dojít k závěru, že právě ony mohou zásadním způsobem ovlivňovat spánek pacientů. Okruhy otázek byly proto zaměřeny nejen na faktory, které narušují spánek, jako např. pooperační bolest, délka hospitalizace, vnímání nemocničního prostředí, ale také na zájem sester o spánek pacientů.

Pobyt v nemocnici je pro pacienty nezdědka velmi stresovou a náročnou životní situací. Během tohoto pobytu dochází ke změně priorit v uspokojování lidských potřeb pacientů, ať již biologických, psychosociálních, potřeby lásky a sounáležitosti nebo potřeby sebepojetí a sebeúcty.

V souvislosti s daným výzkumným problémem byly stanoveny následující otázky, které se objasnily po analyzování rozhovorů s pacienty.

První otázka se týkala nejčastějších rušivých faktorů na standardním oddělení a na jednotce intenzivní péče z pohledu pacienta. Pacienti jako nejvíce rušivý faktor vnímali hluk, ať už příčinou jeho vzniku byl samotný provoz oddělení ostatní pacienti anebo dokonce i zdravotnický personál. Z analýzy rozhovorů s pacienty vyplývá, že zatímco na standardním oddělení se spíše vyskytoval hluk zvenčí, na jednotce intenzivní péče byla nejvíce rušivým jevem zvuková signalizace jednotlivých přístrojů či samotný provoz tohoto oddělení. Byli i

pacienti, kteří neudávali, žádné rušivé vlivy, jež by ovlivňovaly kvalitu jejich spánku na daném oddělení.

Při zjišťování, jaké mají pacienti běžné předspánkové činnosti bylo shledáno, že nejčastější aktivitou je sledování televize. Byť odpovědi na tuto otázku byly obecně velmi různorodé. Někteří pacienti se před spánkem věnují i fyzické aktivitě, chodí na procházku se psem či mají dům se zahradou, o který se starají. Muži večer pracují na počítači a ženy se převážně věnují péči o domácnost, pak teprve jdou spát. Jen málo pacientů před spaním relaxuje a vytváří si příjemné prostředí pro svůj spánek. Pouze jedna pacientka v rozhovoru uvedla, že si doma před spaním pravidelně větrá.

Pobytem v nemocnici se prioritou uspokojování jednotlivých předspánkových činností mění. Na standardním oddělení se pacienti připravují na operační výkon, anebo jsou již po operaci a jejich zdravotní stav je dobrý či uspokojivý. Z výzkumného šetření je zřejmé, že pacienti na tomto oddělení mají větší chuť a náladu vykonávat svoje předspánkové rituály a uvádí, že jim to bylo ze strany sester umožněno a sestry byly ochotné pacientům pomoci vykonat tyto činnosti. Oproti tomu na jednotce intenzivní péče jsou pacienti bezprostředně po operaci či se zotavují po náročném operačním výkonu a jejich stav je leckdy celkově velmi vážný. V tomto období pacienti hodně spí a načerpávají síly na rekonvalescenci. I na jednotce intenzivní péče se sestry snaží umožnit pacientům jejich předspánkové rituály, ale samotní nemocní na jejich provádění často nemají náladu.

Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, jaké jsou nejčastější sesterské intervence u pacientů s poruchami spánku. Jedná se zejména o aplikaci analgetik či hypnotik dle ordinace lékaře. Pacienti uvedli, že po operaci měli bolesti, které některým z nich ovlivňovaly kvalitu spánku způsob spaní. Způsob spaní ovlivňuje především operační rána či zavedené katétrů a sondy do těla nemocného. Pacient nemůže zaujmout svoji oblíbenou polohu, protože by mohlo dojít k vytažení těchto katétrů a sond. Jakýkoli pokus o změnu polohy je provázen bolestí, a tudíž je pacient nucen ležet pouze na zádech. Nemocniční lůžka nejsou mnohdy pohodlná, a proto se u pacientů po operaci objevuje nespavost z důvodu nepohodlí, stresu a bolesti.

Na jednotce intenzivní péče se k tomuto tělesnému diskomfortu přidává ještě zvuková signalizace přístrojů, které monitorují pacientovy základní životní funkce. Pacient je na tyto přístroje napojen pomocí elektrod a bojí se pohnout na lůžku, aby tyto přístroje nezačaly signalizovat. První noc bezprostředně po operaci je pro pacienty z tohoto důvodu více náročná a kvalita spánku se tím zhoršuje. Pravidelným podáváním analgetik se tento jev dá korigovat. Velmi důležité je, aby pacienti po operaci neměli silné bolesti a nepocíťovali výrazný tělesný diskomfort. Z provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že analgetická terapie po operaci

byla dostatečná a pacienti nemuseli sami žádat o podání léků proti bolesti, protože jim byly aplikovány pravidelně či kontinuálně.

Je zřejmé, že spánek v domácím prostředí se liší od spánku v nemocnici, neboť se pacient musí podřídít režimu, který je na oddělení nastaven. Doba usínání se během hospitalizace spíše prodlužuje. Z výpovědí pacientů je patrné prodloužení o 1–2 hodiny, kdežto doma je tato doba velmi krátká a k usnutí dochází výrazně rychleji. Příčin je mnoho, může se jednat o změnu prostředí, přítomnost jiných osob na pokoji, strach z operace či vyšetření, tělesný diskomfort a dále to též bývají obavy o rodinné příslušníky, jak to zvládají doma atp.

Rozdíly nastávají i v době, kdy pacient chodí spát a kdy vstává. Vstávání doma je ovlivněno tím, zdali je člověk ještě v produktivním věku, či je již v důchodu, a tato doba se u jednotlivých pacientů odlišuje. Ovšem doba vstávání či buzení v nemocnici probíhá mezi 5–6 hodinou ranní. V této době vykonávají sestry svojí ranní obchůzku, během které měří fyziologické funkce, odebírají biologický materiál (zejména krev), bilancují příjem a výdej tekutin, a u nesoběstačných nemocných provádějí ranní celkovou hygienu na lůžku. Mnoho pacientů si na toto brzké buzení stěžuje v dotaznících spojenosti, které jsou k dispozici na oddělení a měly by sloužit jako podklad pro zkvalitňování poskytované péče.

Dále jsou rozdíly v celkové době spánku a probouzení během noci. U některých pacientů dochází během hospitalizace ke zkrácení této doby. Tento jev může být opět způsoben různými příčinami, většinou totožnými s těmi, které prodlužují dobu usínání. Druhou skupinou jsou pacienti, kteří v nemocnici spí delší dobu než doma. Rozdíly jsou také ve spánku během dne. Doma spí deset z jednadvaceti dotázaných pacientů, kdežto v nemocnici spí všichni dotázaní pacienti. Pacienti během dne spí, protože dospávají probdělou noc, mají zvýšený pocit únavy či jsou nedostatečně aktivizováni v průběhu dne.

Kvalita spánku je sestrami zjišťována během jejich ranní obchůzky, kdy se nemocných ptají, jaká byla noc a jak se vyspali. Dle sdělení pacientů také hodně záleží na typu sester, zda jde pouze o zdvořilostní otázku či o skutečný zájem o daný problém.

Při rozhovoru byla pacientům kladena i otázka, zda si myslí, že by se dala zlepšit kvalita spánku během hospitalizace v nemocnici. Tato otázka byla zcela volná a dávala pacientům prostor pro vyjádření vlastního názoru k danému tématu. Z rozhovorů ale vyplynulo, že pacienti většinou nemají žádné konstruktivní nápady, které by mohly vést ke zkvalitnění spánku v nemocnici, ba naopak se domnívají, že je to téměř nemožné. Byli však i pacienti, kteří uvedli své nápady. Jeden z nich byl velice podstatný. Jednalo se o zlepšení komunikace a přístupu zdravotnického personálu k pacientovi.

Komunikace s pacientem je velmi důležitá. Pokud zdravotnický personál s pacientem nebude komunikovat, nemůže si nikdy získat jeho důvěru. Pacient se tím pádem personálu nesvěří se svými problémy, následkem čehož může u pacienta dojít k frustraci jeho potřeb.

Ve Fakultní nemocnici v Motole je požíván předdefinovaný formulář ošetřovatelské anamnézy, kde je potřebě spánku věnována pouze jedna otázka ve znění: „spánek obtíže ANO x NE.“ Během své praxe i při realizování výzkumného šetření autorka pracovala s dokumentací pacientů a zaměřovala se právě na potřebu spánku. Autorka zjistila, že i když je u této otázky zaškrtnutá odpověď ANO, tak ve formuláři nebyla blíže určená specifikace problémů konkrétních pacientů. Následně tak nebyla stanovena v ošetřovatelském plánu ani diagnóza – spánek porušený.

Autorka se domnívá, že potřebě spánku je v nemocničním zařízení věnována stále malá pozornost. Ke zkvalitnění poskytované ošetřovatelské péče by mohlo dojít, především kdyby se v ošetřovatelské anamnéze rozšířily jednotlivé oblasti, které jsou zaměřeny na funkční či dysfunkční součásti zdraví. Ošetřovatelská anamnéza by mohla být například vytvořena podle koncepčních modelů Marjory Gordonové či Virginie Hendersonové. Tyto modely ovšem nelze pouze přejmout bez dalších úprav z důvodu jejich značné rozsáhlosti, ale je potřeba jejich obsah upravit tak, aby odpovídal rozsahu a potřebám ošetřovatelské praxe v konkrétním zdravotnickém zařízení.

Autorka je přesvědčena, že kdyby byly zjišťovány podrobnější informace o spánku pacientů v domácím prostředí, například jaké jsou jejich předspánkové činnosti, které pravidelně vykonávají, a v rámci možností by bylo pacientům umožněno tyto činnosti provést i v nemocnici, došlo by tím u těchto pacientů k významnému zlepšení kvality spánku. Dále by bylo vhodné zjistit, v jaké poloze pacient usíná, či jestli má raději teplo nebo chladnější prostředí pro svůj spánek a podle toho volit, na jaký pokoj daného pacienta uložit. Bylo by dobré i podrobněji pátrat po poruchách spánku v domácím prostředí. Zjišťovat, zda pacient užívá léky na spaní i doma, zjistit jejich název či jestli byl již pacient vyšetřen v odborné ambulanci. Hospitalizovaní nemocní by se měli během dne více aktivizovat, samozřejmě s přihlédnutím na jejich současný zdravotní stav. Sestry by měly pacienty cíleně edukovat, tj. vysvětlit jim, že pro správný a zdravý spánek je důležité provádět spánkovou hygienu, díky které lze předcházet i některým poruchám spánku.

Podle názoru autorky je velmi důležité, aby se i v budoucnosti sestry více zajímaly o problematiku spánku hospitalizovaných nemocných a vzájemně si předávaly získané informace, čímž by mohlo dojít ke zkvalitnění poskytované ošetřovatelské péče.

V současné době probíhají výzkumy na toto téma jak v České republice, tak i v zahraničí. Téma spánku je stále velice diskutované. V České republice se touto problematikou zabývá mnoho pracovišť mimo jiné i Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu. S vývojem nových preparátů (hypnotik) probíhají i jejich klinické studie.

Téma kvality spánku u hospitalizovaných pacientů si vedle autorky zvolili i jiní studenti bakalářského studijního oboru. Jedná se zejména o kolegyni Marii Malinovou, která se zabývala ve své práci poruchami spánku a jejich vlivem na duševní zdraví a kvalitu života u dospělých pacientů. Dále se jednalo o práci kolegyně Lenky Pavlíčkové, která zkoumala uspokojování potřeby spánku u nemocných na JIP. Cílem její práce bylo zjistit, zdali je uspokojena potřeba spánku u nemocných hospitalizovaných na JIP, a určit faktory, které mají vliv na uspokojování potřeby spánku během hospitalizace na JIP (Malinová, 2013; Pavlíčková, 2012).

Vzájemné porovnání výsledků jednotlivých výzkumů, resp. závěrů jednotlivých tematicky souvisejících prací, naráží v tomto případě na překážku samotné formy, kterou byly tyto výzkumy provedeny. Zatímco tematicky související práce Marie Malinové a Lenky Pavlíčkové byly provedeny kvantitativní formou výzkumu, předkládaná práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Jednotlivé práce tak vycházejí ze zcela odlišných východisek a porovnání jejich závěrů by nepřineslo očekávaný výsledek. Z tohoto důvodu bylo autorkou od vzájemného porovnání těchto prací upuštěno.

9. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem je uspokojována potřeba spánku hospitalizovaných pacientů ve zdravotnickém zařízení, určit, které faktory nejvíce ovlivňují spánek nemocných, a dále najít způsob, jakým by se dala zlepšit kvalita jejich spánku. Analýzou rozhovorů autorky s pacienty došlo ke zjištění jednotlivých faktorů ovlivňujících kvalitu spánku.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že během hospitalizace je spánek nemocných narušován vlivy vnějšího prostředí a somatickými příčinami. Nejvíce rušivým faktorem byl pro pacienty hluk, ať už se jednalo o lidský či provozní. Na jednotce intenzivní péče je pacientům poskytována vysoce odborná péče, která je zajišťována vyškoleným zdravotnickým personálem a zdravotnickou technikou. Jedná se především o monitory vitálních funkcí, infuzní pumpy a dýchací přístroje. Samotný provoz těchto přístrojů je především hlučný. Z výzkumu vyplývá, že pacientům, kteří jsou hospitalizováni po operaci na jednotce intenzivní péče, právě nejvíce vadí zvuková signalizace těchto přístrojů. I na standardním oddělení však narušuje spánek pacientů hluk. Bohužel hluk z těchto přístrojů lze jen velmi těžko minimalizovat či ho úplně eliminovat.

Z provedeného výzkumného šetření dále vyplývá, že bolest patří mezi somatické faktory, které také výrazně ovlivňují kvalitu spánku hospitalizovaných pacientů. Všichni oslovení pacienti byli po operačním zákroku a udávali přítomnost bolesti. Na druhou stranu ale konstatovali, že analgetická terapie byla víceméně dostatečná a pravidelná, tudíž nemuseli téměř žádat o podání dalších analgetik. Převážná většina těchto pacientů měla zavedený epidurální katétr do páteřního kanálu, který je používán ke kontinuální aplikaci analgetické směsi. K tomu byla ještě pacientům podávána neopioidní či opioidní analgetika dle ordinace lékaře.

Rovněž operační zákrok je příčinou následného diskomfortu, kterému je pacient vystaven. Pacient po operaci musí zaujímat jen určitou polohu, protože má do těla zavedeny různé katétry či sondy, a tudíž nemůže zaujmout svojí oblíbenou polohu, neboť by mohlo dojít k jejich vytažení. Následně dochází k narušení spánku vlivem nezvyklé a často i nepohodlné polohy těla. Nemocniční lůžko také obvykle nepřispívá ke zvýšení komfortu pacienta.

Jednotlivé předspánkové rituály, které pacient vykonává pravidelně v domácím prostředí, se pobytem v nemocnici mění. Priorita uspokojování těchto činností se v průběhu

hospitalizace výrazně odlišuje. Pacienti vykonávají své obvyklé předspánkové činnosti spíše na standardním oddělení než na jednotce intenzivní péče. K této skutečnosti dochází zejména z toho důvodu, že na jednotce intenzivní péče jsou pacienti bezprostředně po operaci či se zde zotavují po rozsáhlém operačním zákroku a jejich celkový zdravotní stav je v danou dobu vážný. A právě v tomto období neměla většina dotazovaných pacientů potřebu večer vykonávat svoje běžné předspánkové činnosti, i když jim to bylo ze strany sester umožněno. Některé činnosti, které pacienti uváděli, ovšem nelze v nemocnici technicky realizovat.

Provedeným výzkumným šetřením byly zjištěny faktory, které ovlivňují spánek hospitalizovaných pacientů. Dále bylo prokázáno, že nejčastější sesterskou intervencí při poruchách spánku je aplikace analgetik či hypnotik. Jako nejdůležitější poznatek této práce se autorce jeví fakt, že sestry při příjmu pacienta nezjišťují, zdali má nemocný problémy se spánkem, a též není běžnou praxí zjišťování pacientových předspánkových rituálů. Většina z dotázaných pacientů si nepamatovala, že by se jich někdo tázal při příjmu na jejich spánek či dokonce na jejich předspánkové činnosti, které vykonávají doma. Hlavním důvodem může být nedostatek času na sepsání ošetřovatelské anamnézy s nemocným či prostý nezáměr ze strany sester.

Závěrem je třeba konstatovat, že i sestry mohou trpět poruchami spánku. Pro výkon povolání zdravotní sestry je charakteristická práce ve směnném provozu, což může být příčinou změny v cirkadiánní rytmicitě. Je tedy nutné, aby i samotné sestry znaly zásady spánkové hygieny, snažily se jí dodržovat a věděly, jaká jsou rizika při užívání hypnotik.

10. Seznam bibliografických citací

1. Ambler, Z., Bednařík, J., & Růžička, E. et al. (2004). *Klinická neurologie – část obecná*. Praha: Triton.
2. Baláž, M., & Novák, V. (2012). *Nadměrná denní spavost u Parkinsonovy nemoci*. Dostupné z http://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201202-0010_Nadmerna_denni_spavost_u_Parkinsonovy_nemoci.php
3. Bártlová, S., Sadílek, P., & Tóthová, V. (2009). *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
4. Borzová, C. et al. (2009). *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Grada.
5. Černá, H. (2000). Potřeby hospitalizovaných nemocných. *Ošetřovatelství*, 2(1/2), 24-31.
6. Červinková, E. et al. (2006). *Ošetřovatelské diagnózy*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
7. Čihák, R. (2004). *Anatomie 3*. Praha: Grada.
8. Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (2001). *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha: Grada.
9. DOGAN, O., ERTEKIN, S., & DOGAN, S. (2005). Sleep quality in hospitalized patients. *Journal of clinical nursing*, 14(1), 107-113.
10. Gould, M. K., & Cooke, C. R. (2012). A Guide to Guidelines for Pulmonary, Sleep, and Critical Care Medicine Clinicians. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 9(5), 211-214.
11. Greenhalgh, T. (2003). *Jak pracovat s vědeckou publikací – základy medicíny založené na důkazu*. Praha: Grada.
12. Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
13. Herdman, T. H. (2013). *NANDA Internacional, Ošetřovatelské diagnózy definice a klasifikace 2012 – 2014*. Praha: Grada.
14. Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství.

15. Heřmanová, J., Vácha, M., Svobodová, H., Zvoníčková, M., & Slovák, J. (2012). *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada.
16. Hobzová, M. (2010). *Syndrom obstrukční spánkové apnoe*. Dostupné z http://www.internimedica.cz/artkey/int-201003-0008_Syndrom_obstrukcni_spankove_apnoe.php
17. Jarošová, D., & Zeleníková, R. (2014). *Ošetrovatelství založené na důkazech – Evidence Based Nursing*. Praha: Grada.
18. Kapounová, G. (2007). *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada.
19. Koukolík, F. (2012). *Lidský mozek*. Praha: Galén.
20. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
21. Langmeier, M. et al. (2009). *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada.
22. Lattová, Z. (2009). *Hypnotika*. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200903-0005.php>
23. Lužný, J., Ivanová, K., & Doněk, E. (2009) *Poruchy spánku a jejich léčba na gerontopsychiatrických odděleních psychiatrické léčebny v Kroměříži – Průřezová studie*. Dostupné z http://www.prolekare.cz/ceska-geriatricka-revue-clanek/poruchy-spanku-a-jejich-lecba-na-gerontopsychiatrickych-oddelenich-psychiatricke-lecebny-v-kromerizi-prurezova-studie-33394?confirm_rules=1
24. Malinová, M. (2013). *Poruchy spánku a jejich vliv na duševní zdraví a kvalitu života dospělých pacientů*. (bakalářská práce, Univerzita Palackého, Olomouc). Dostupné z <http://theses.cz/id/xkkyjd/00182081-141117796.pdf>
25. Marečková, J. (2006). *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada.
26. Mellanová, A. et al. (2005). *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
27. Mikšová, Z., Froňková, M., Hernová, R., & Zajíčková, M. (2006). *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada.
28. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkum*. Praha: Grada.
29. Mourek, J. (2012). *Fyziologie, učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada.

30. Moráň, M., Zentiva. (2006). *Spánková hygiena*. Praha: Zentiva.
31. Nevšímalová, S. (2007). *Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života*. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200702-0006.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dvztah%20sp%20a%20jeho%20poruch%20ke%20kvalit%EC%20%BEivota%26sfrom%3D0%26spage%3D30>
32. Nevšímalová, S., & Šonka K. et al. (2007). *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Galén.
33. Nevšímalová, S., Růžička, E., & Tichý, J. et al. (2005). *Neurologie*. Praha: Galén.
34. Novák, V., & Kunčíková, M. (2011). *Spánek a epilepsie*. Dostupné z http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201102-0005_Spanek_a_epilepsie.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dsp%20a%20jeho%20nej%20e8ast%ECj%20B9%ED%20poruchy%26sfrom%3D0%26spage%3D30
35. Parthasarathy, S., & Tobin, M. J. (2004). Sleep in the intensive care unit. *Intensive care medicine*, 30(2), 197-206.
36. Pavlíčková, L. (2012). *Uspokojování potřeby spánku u nemocných na JIP*. (bakalářská práce, Západočeská univerzita, Plzeň). Dostupné z <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/3855/Uspokojovani%20potreby%20spanku%20u%20nemocnych%20na%20JIP.pdf?sequence=1>
37. Plevová, I. et al. (2011). *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada.
38. Plevová, I. et al. (2011). *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada.
39. Plháková, A. (2013). *Spánek a snění: vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití*. Praha: Portál.
40. Praško, J., Espa-Červená, K., & Závěšická, L. (2004). *Nespavost*. Praha: Portál.
41. Pretl, M. (2007). *Spánek a jeho nejčastější poruchy*. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200703-0006.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dsp%20a%20jeho%20nej%20e8ast%ECj%20B9%ED%20poruchy%26sfrom%3D0%26spage%3D30>
42. Pretl, M., & Vevera, J. (2006). *Efektivní léčba nespavosti*. Dostupné z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200603-0009.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Defektivn%20e8ba%20nespavosti%26sfrom%3D0%26spage%3D30>

43. Raymond, I., Nielsen, T. A., Lavigne, G., Manzini, C., & Choinière, M. (2001). *Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients*. *Pain*, 92(3), 381-388.
44. Richards, A., & Edwards, S. (2004). *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.
45. Rokyta, R. et al. (2008). *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. Praha: ISV nakladatelství.
46. Rošková, S. (2013). *Odpočinek a spánek*. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/odpocinek-a-spanek-468687>
47. Seidl, Z. (2008). *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada.
48. Schmidt, G. (2005). *Efektivní myšlení*. Čestlice: Rebo.
49. Smolík, P., Pretl, M., Konštacký, S., & Skála, B. (2007). *Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře.
50. Svědíková, M., & Menclová, K. (2008). Poruchy spánku ve stáří. *Sestra*, 18(2), 35-36.
51. Šamánková, M. et al. (2011). *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada.
52. Šedivá, J. (2009). Nejčastější rušitelé nočního spánku. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 5(5), 16-17.
53. Šiková, M. (2006). Saturace potřeby spánku a odpočinku u klientů v domovech důchodců a v sociálních zařízeních. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 10(2), 395.
54. Šonka, K. et al. (2004). *Apnoe a další poruchy dýchání ve spánku*. Praha: Grada.
55. Šonka, K., & Pretl, M. (2009). *Nespavost – průvodce ošetroujícího lékaře*. Praha: Maxdorf.
56. Švaříček, R. & Šed'ová, K. et al. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
57. Tamrat, R., Huynh-Le, M. P., & Goyal, M. (2014). *Non-Pharmacologic Interventions to Improve the Sleep of Hospitalized Patients: A Systematic Review*. *Journal of general internal medicine*, 29(5), 788-795.
58. Trachtová, E. et al. (2013). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

59. Vránová, L. (2007). *Ošetrovatelský proces u poruch spánku*. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osetrovatelsky-proces-u-poruch-spanku-295948>
60. Venglářová, M. & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.
61. Ward, J. P. T., & Linden, R. W. A. (2010). *Základy fyziologie*. Praha: Galén.
62. Young, J. S., Bourgeois, J. A., Hilty, D. M., & Hardin, K. A. (2007). Sleep in hospitalized medical patients, part 1: factors affecting sleep. *Journal of hospital medicine: an official publication of the Society of Hospital Medicine*, 3(6), 473-482.
63. Zacharová, E., & Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada.
64. Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada.
65. Zacharová, E., Šimíčková-Čížková, J., & Littva, V. (2010). *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta.
66. Zdražilová, V., & Malát, Z. (2004). Spánková deprivace - ošetrovatelský proces. *Sestra*, 14(7/8), 18-19.

11. Seznam tabulek

Tabulka 1: Kolikátý den jste hospitalizován/a v nemocnici?	45
Tabulka 2: Je Vaše hospitalizace první nebo opakovaná?	45
Tabulka 3: Kolikátý den jste po operaci?	46
Tabulka 4: Byl/a jste po operaci hospitalizován/a na JIP?	46
Tabulka 5: Kolik je Vám let?	46
Tabulka 6: Jaké vykonáváte povolání?	47
Tabulka 7: Je při výkonu Vašeho povolání nutné pracovat v noci?	47
Tabulka 8: Předspánkové rituály doma	48
Tabulka 9: Užívání hypnotik v domácím prostředí	49
Tabulka 10: Pobyt v nemocnici	49
Tabulka 11: Počet lůžek na pokoji	51
Tabulka 12: Počet pacientů na pokoji	51
Tabulka 13: Když jste nastupoval/a k hospitalizaci, ptal se Vás někdo na Váš spánek? Kdo to byl?	52
Tabulka 14: Předspánkové rituály v nemocnici	52
Tabulka 15: Spánek	53
Tabulka 16: Doba usínání doma a v nemocnici	53
Tabulka 17: Délka usínání doma a v nemocnici	54
Tabulka 18: Probouzení během spánku	55
Tabulka 19: Délka spánku doma	56
Tabulka 20: Délka spánku během hospitalizace	56
Tabulka 21: Sny	57
Tabulka 22: Probouzení doma a v nemocnici	57
Tabulka 23: Buzení	58
Tabulka 24: Zjišťování kvality spánku	58
Tabulka 25: Zlepšení kvality spánku	59
Tabulka 26: Hypnotika	60
Tabulka 27: Indikace hypnotik	60
Tabulka 28: Ošetřovatelské intervence při nespavosti	61
Tabulka 29: Spánek během dne doma	61
Tabulka 30: Spánek během dne v nemocnici	62
Tabulka 31: Bolest po operaci	62

Tabulka 32: Ovlivnění kvality spánku bolestí	63
Tabulka 33: Analgetika	63
Tabulka 34: Rušivé vlivy na standardním oddělení	64
Tabulka 35: Rušivé faktory	65
Tabulka 36: Předspánkové rituály na JIP	65
Tabulka 37: Rozdíly v kvalitě spánku na JIP a standardním oddělení	66

Příloha č. 1 – Seznam použitých zkratek

aj. – a jiné

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

atp. – a tak podobně

CNS – centrální nervový systém

CPAP – neinvazivní mechanická ventilace u spontánně ventilujícího člověka, aplikovaná pomocí obličejové nebo nazální masky

CT – počítačová tomografie

EEG – elektroencefalografie

EKG – elektrokardiogram

Hz – hertz

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

JIP – jednotka intenzivní péče

MSLT – Multiple Sleep Latency Test – test mnohočetné latence usnutí

NANDA – North American for Nursing Diagnosis Assotiation (Severoamerické sdružení pro sesternské diagnózy)

např. – například

NMR – nukleární magnetická resonance

NREM – Non – rapid eye movement (fáze spánku bez rychlých pohybů očí)

ORL – otorhinolaryngologie

REM – rapid eye movement (rychlé pohyby očí)

srov. - srovnání

tzv. – takzvaný

VAS – vizuální analogová škála bolesti

vč. - včetně

Příloha č. 2 – Úplné znění otázek k rozhovoru o kvalitě spánku

1. Kolikátý den jste hospitalizován/a v nemocnici?
2. Je vaše hospitalizace první nebo opakovaná?
3. Jak vnímáte pobyt v nemocnici?
4. Jste na pokoji sám/a?
5. Kolik je pacientů na Vašem pokoji?
6. Jak se vám spí v nemocnici?
7. Když jste nastupoval/a k hospitalizaci, ptal se vás někdo na váš spánek? Kdo to byl?
8. Užíváte doma nějaké léky na spaní?
9. Co děláte obvykle doma, než jdete spát?
10. Bylo vám umožněno tyto činnosti vykonávat během hospitalizace?
11. V kolik hodin chodíte spát doma a v kolik v nemocnici?
12. Za jak dlouho se vám podaří usnout doma a v nemocnici?
13. Budíte se během spánku? Pokud ano, budíte se obvykle anebo jen při hospitalizaci?
14. Zdají se vám v noci děsivé sny?
15. V kolik hodin ráno se probouzíte doma a v kolik v nemocnici?
16. Budíte se sám/a anebo jste buzen/a personálem?
17. Kolik hodin doma běžně spíte?
18. Kolik hodin v průměru spíte při vaší hospitalizaci?
19. Ptal se vás ráno někdo, jak jste se vyspal/a?
20. Jakým způsobem reaguje zdravotnický personál na váš problém se špatným spánkem?
21. Spíte obvykle během dne doma?
22. Spíte během dne v nemocnici?
23. Kolikátý den jste po operaci?
24. Měl/a jste po operaci bolesti?
25. Ovlivňovala bolest kvalitu vašeho spánku?
26. Dostával/a jste pravidelně analgetika (léky proti bolesti) nebo jste si musel/a o jejich podání požádat?
27. Byl/a jste po operaci hospitalizován/a na JIP?
28. Pokud, ano vyskytovaly se tam nějaké rušivé faktory?
29. Bylo vám na JIPu umožněno před spaním vykonávat vaše obvyklé činnosti?

30. Je podle vás nějaký rozdíl v kvalitě spánku během pobytu na JIP a na standardním oddělení? V čem spočívá?
31. Užíval/a jste během hospitalizace v nemocnici nějaké léky na spaní?
32. Přepsal vám je lékař sám anebo jste si o ně musel/a sama požádat?
33. Můžete říci, co podle vás nejvíce narušovalo váš spánek během hospitalizace?
34. Myslíte si, že by se dala nějak zlepšit kvalita spánku během hospitalizace v nemocnici?
35. Kolik je vám let?
36. Jaké vykonáváte povolání?
37. Je při výkonu vašeho povolání nutné pracovat v noci?

Příloha č. 3 – Epworthská škála

Epworthská škála spavosti[©]

Jméno, rok narození:

Datum vyplnění:

Dřímáte nebo usínáte v situacích popsaných níže (nejedná se o pocit únavy)? Tato otázka se týká Vašeho běžného života v poslední době. Jestliže jste následující situace neprožil/a, zkuste si představit, jak by Vás mohly ovlivnit.

Vyberte v následující škále číslo nejvhodnější odpovědi ke každé níže uvedené situaci:

- 0 = nikdy bych nedřímával / neusínal
1 = slabá pravděpodobnost dřímoty / spánku
2 = střední pravděpodobnost dřímoty / spánku
3 = značná pravděpodobnost dřímoty / spánku

Otázka:	Situace:	Číslo:
1.	Při četbě vsedě	
2.	Při sledování televize	
3.	Při nečinném sezení na veřejném místě (v kině, na schůzi)	
4.	Při hodinové jízdě v autě (bez přestávky) jako spolujezdec	
5.	Při ležení – odpočinku po obědě, když to okolnosti dovolují	
6.	Při rozhovoru vsedě	
7.	Vsedě, v klidu, po obědě bez alkoholu	
8.	V automobilu stojícím několik minut v dopravní zácpě	
Celkem:		

Obvyklá doba usínání: _____

Obvyklá doba probuzení: _____

© Johns MW: A new method for measuring sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep 1991; 14: 540-545

Dostupné z: <http://www.spatnyspanek.cz/ke-stazeni/>

Příloha č. 4 – Spánkový deník

Spánkový kalendář

Příjmení:.....

Jméno:.....

Rok narození:.....

Rok-měsíc vyplňování:.....

Poučení:

Sloupce - dny v měsíci

Řádky – čas

Dobu, kdy jste opravdu spal(-a), označte kompletním zašrafováním plochy odpovídající času na sloupci daného dne. Dobu, kdy jste byl(-a) ospalý(-á), označte zašrafováním poloviny dané plochy.

Příklad (vpravo)

Den 1:

ospalost 16.00 - 17.30, spánek 19.30 - 5.00

Den 2:

ospalost 13.00 - 13.30 a 19.00 - 20.00,

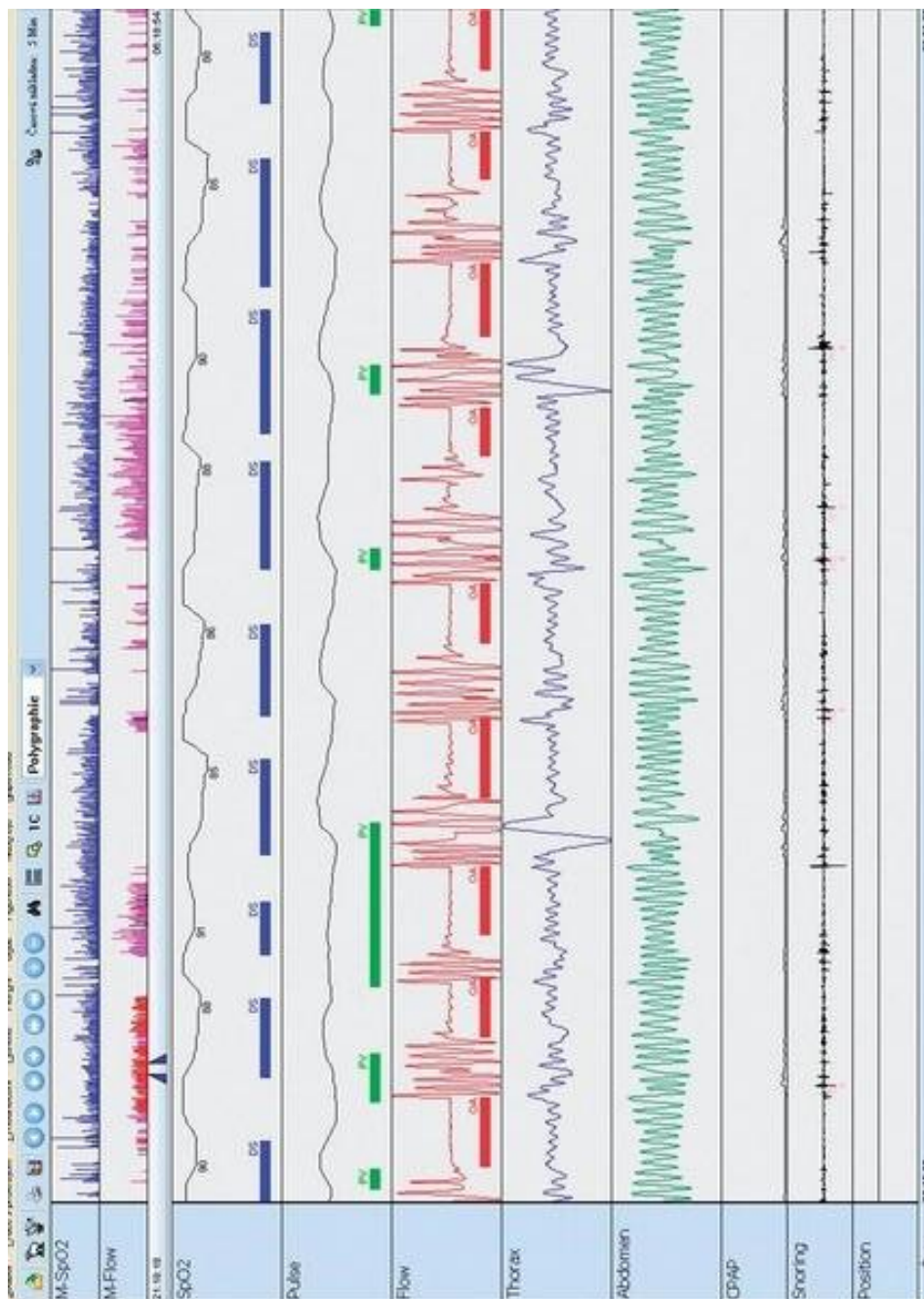
spánek 21.30 - 4.30

Čas	Den v měsíci			
	1	2	3	4
0		///	///	
1		///	///	
2		///	///	
3		///	///	
4		///	///	
5		///	///	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13		///		
14		///		
15				
16	///			
17	///			
18				
19		///		
20				
21	///			
22	///	///		
23	///	///		

Čas	Den v měsíci																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
0																																
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																
6																																
7																																
8																																
9																																
10																																
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																
21																																
22																																
23																																

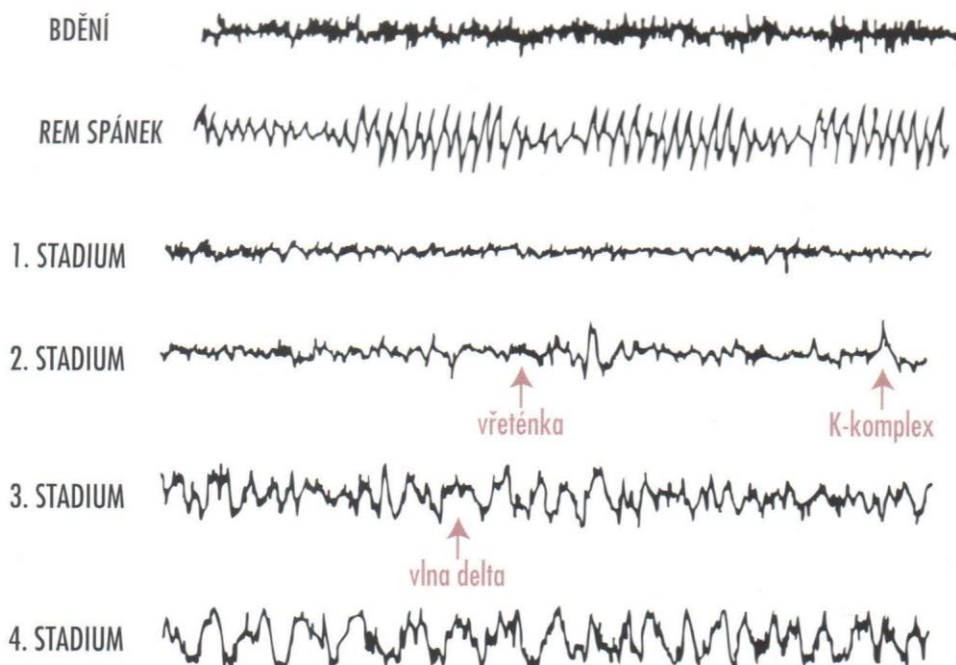
Dostupné z: <http://www.spatnyspanek.cz/ke-stazeni/>

Příloha č. 5 – Polysomnografický záznam



Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/spankova-medicina-v-pneumologii-obstrukcni-spankova-apnoe-460142>

Příloha č. 6 – Elektrofyziologická aktivita v průběhu spánku



OBR. 6-2

Elektrofyziologická aktivita v průběhu spánku Na obrázku je znázorněn záznam EEG v bdělém stavu a v různých spánkových stádiích. Stav bdělosti je charakterizován vlnami alfa (8–12 Hz), 1. spánkové stádium tvoří v podstatě přechod ze stavu bdění do hlubších spánkových stádií, 2. stádium je určeno přítomností spánkových vřetének (krátké epizody vln s frekvencí 12–16 Hz) a K-komplexů (ostrý hrot v průběhu vln), 3. a 4. stádium je charakterizováno vlnami delta (1–2 Hz), přičemž jediným rozdílem mezi těmito dvěma stádii je množství vln delta. Ve 3. stadiu tvoří vlny delta 20–50 % celého záznamu, ve 4. stadiu 50 % a více.

(Atkinson, L. R., et al., 2003, s. 197)

Příloha č. 7 – Klasifikace NANDA

Nespavost (00095)

Definice: Narušení množství a kvality spánku poškozující fungování organismu

Určující znaky:

- Zvýšená absence (např. v práci, ve škole)
- Pacient pozoruje změny emocí
- Pacient pozoruje nedostatek energie
- Pacient uvádí změny nálad
- Pacient uvádí zhoršený zdravotní stav
- Pacient uvádí zhoršenou kvalitu života
- Pacient uvádí potíže s udržením koncentrace
- Pacient uvádí potíže s usínáním
- Pacient uvádí potíže se spaním
- Pacient uvádí nespokojenost se spánkem (aktuální)
- Pacient uvádí častější nehody
- Pacient uvádí nedostatek energie
- Pacient uvádí, že mu spánek nedodává dostatečnou regeneraci
- Pacient uvádí, že došlo k narušení spánku, což se projevuje následující den
- Pacient uvádí brzké probouzení se

Související faktory:

- Zaběhnutý vzorec aktivit (např. načasování, množství)
- Úzkost
- Deprese
- Environmentální faktory (např. okolní hluk, vystavení dennímu světlu/tmě, okolní teplota/vlhkost, neznámé prostředí)
- Strach
- Častá zdřímnutí během dne
- Hormonální změny související s pohlavím
- Smutek

- Zhoršení normálního vzorce spánku (např. cestování, práce na směny)
- Nevhodná spánková hygiena (aktuální)
- Příjem alkoholu
- Příjem povzbuzujících prostředků
- Přerušovaný spánek
- Rodičovská odpovědnost
- Farmaceutické látky
- Tělesný diskomfort (např. bolest, lapavý dech, kašel, gastroezofageální reflux, nauzea, inkontinence/naléhavost)
- Stres (např. přemítání před spánkem) (Herdman, 2013, s. 223).

Nedostatek spánku (00096)

Definice: Delší období bez spánku (přetrvávající přirozená, periodická narušení relativního vědomí).

Určující znaky:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| • Akutní zmatenost | • Neschopnost koncentrace |
| • Nervozita | • Podrážděnost |
| • Úzkost | • Letargie |
| • Apatie | • Netečnost |
| • Bojovnost | • Malátnost |
| • Ospalost během dne | • Percepční poruchy (např. narušené vnímání těla, bludy, pocit vznášení se na hladině) |
| • Snížená schopnost fungovat | • Neklid |
| • Únava | • Zpomalené reakce |
| • Prchavý nystagmus | • Přechodná paranoia |
| • Halucinace | |
| • Třes rukou | |
| • Zvýšená citlivost vůči bdělosti | |

Související faktory:

- Posunutá spánková fáze související s věkem
- Demence
- Dědičná spánková obrna

- Idiopatická hypersomnolence CNS
- Nevhodná aktivita během dne
- Narkolepsie
- Noční můry
- Praktiky rodičů vedoucí ke špatnému usínání
- Periodický pohyb končetin (např. syndrom neklidných nohou, noční křeče svalů)
- Dlouhodobý diskomfort (např. tělesný, psychický)
- Dlouhodobé užívání dietetických prostředků proti spánku
- Dlouhodobé užívání farmaceutických látek
- Spánková apnoe
- Enuresis nokturna
- Bolestivé erekce ve spánku
- Noční děs
- Somnambulismus
- Sundowner's syndrom [syndrom soumraku]
- Přetrvávající asynchronnost opakující se každých 24 hodin
- Přetrvávající stimulace prostředím
- Přetrvávající nevhodná spánková hygiena
- Přetrvávající nevhodné prostředí pro spánek (Herdman, 2013, s. 225).

Snaha zlepšit spánek (00165)

Definice: Vzorec přirozeného, periodického narušení vědomí, který poskytuje adekvátní odpočinek, podporuje požadovaný životní styl a lze jej posílit.

Určující znaky:

- Množství spánku odpovídá potřebám pro vývoj
- Vyjadřuje ochotu zlepšit spánek
- Rozvíjí spánkový režim k podpoře spánkových návyků
- Příležitostně užívá léky k navození spánku
- Po spánku se cítí odpočatý (Herdman, 2013, s. 226).

Narušený vzorec spánku (00198)

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

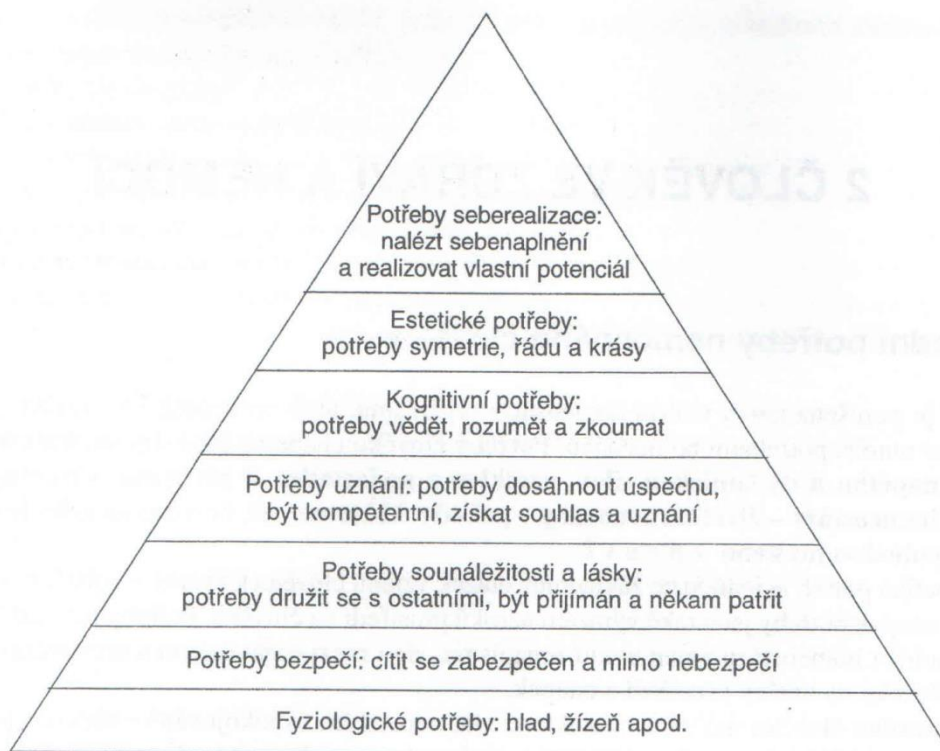
Určující znaky:

- Změna normálního vzorce spánku
- Snížená schopnost fungovat
- Nespokojenost se spánkem
- Uvádí stavy bdělosti
- Neuvádí potíže s usínáním
- Neuvádí pocit nedostatečného odpočinku

Související faktory:

- Okolní vlhkost
- Okolní teplota
- Odpovědnosti pečovatele
- Změna ve vystavení dennímu světlu/tmě
- Přerušování (např. z důvodu léčby, monitorování, laboratorního testování)
- Nedostatečná kontrola nad režimem spánku
- Nedostatek soukromí při spánku
- Světlo
- Hluk
- Nepříjemné pachy
- Tělesné omezení
- Partner při spánku
- Neznámé prostředí (vč. vybavení) pro spánek (Herdman, 2013, s. 227).

Příloha č. 8 – Maslowova hierarchie potřeb



Obr. č. 1 Maslowova hierarchie potřeb (Maslow, 1970)

(Mellanová et al., 2005, s 14)

Příloha č. 9 – Žádost o provedení výzkumného šetření

Veronika Karasová
[redacted]
[redacted]

Fakultní nemocnice v Motole
Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
V Úvalu 84
150 06 Praha 5

V Praze dne 25. 08. 2014

OSOBNĚ / JEDENKRÁT

Přílohy: Seznam zadání otázek výzkumu Kvalita spánku u hospitalizovaných pacientů

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně,

já, níže podepsaná, Veronika Karasová, nar. [redacted], bytem [redacted] jako zaměstnanec naší fakultní nemocnice, resp. Aseptické jednotky intenzivní péče III. Chirurgická kliniky jsem zároveň studentkou 3. ročníku bakalářského studia, v oboru všeobecná sestra na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Předpokladem k úspěšnému zakončení svého bakalářského studia mi studijní řád 1. LF UK předepisuje mimo jiné též zpracování a obhajobu bakalářské práce, když tématem mojí bakalářské práce je „Kvalita spánku hospitalizovaných pacientů“.

Pro získání vstupních údajů pro vypracování bakalářské práce bude užito metody polostrukturovaného rozhovoru, když zadání otázek tvoří přílohu č. 1 této žádosti. Do výzkumu budou zařazeni pacienti, kteří jsou po operaci. Výzkum bude realizován od 01. 09. 2014 do 30. 09. 2014.

Vzhledem k výše uvedenému Vás za účelem zjištění potřebných údajů pro zpracování mojí bakalářské práce Vás tímto

ž á d á m

o umožnění výzkumného šetření na III. Chirurgické klinice Fakultní nemocnice v Motole, a to v termínech a za podmínek uvedených v této žádosti.

Výsledky budou zpracovány anonymně a na žádost jsem připravena je v písemné podobě bez zbytečného odkladu předložit. Závěrečná zpráva bude využita k zpracování edukačního materiálu pro ošetřující personál. Výsledky budou dále prezentovány klinickému pracovišti, na kterém se prováděl výzkum.

Předem děkuji za kladné vyřízení mojí žádosti

SOUHLASÍM

Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro oš. péči FN Motol

Karasova
Veronika Karasová
žadatel

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis