

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Šárka Heřmánková

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Poruchy spánku u seniorů v primární péči

Šárka Heřmánková

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

Ve Zbyslavi 14.7. 2014

Šárka Heřmánková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce, Mgr. Renatě Ptáčkové za ochotu, trpělivost, cenné rady a odborné vedení při psaní mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala své rodině a příteli za podporu při studiu a také všem respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace.

ANOTACE

Tato bakalářská práce má za úkol představit problematiku poruch spánku u seniorů v primární péči. Teoretická část se zabývá historií, spánkem v životě člověka, fyziologickým spánkem, definuje nejčastější poruchy spánku u seniorů, dále je zde popsána diagnostika a léčba spánkových poruch.

Praktická část probíhala formou dotazníkového šetření, kde zjišťuje, zda poruchy spánku více postihují ženy než muže a jaká spánková porucha se nejčastěji vyskytuje v populaci seniorů. Zkoumá, zda senioři dodržují pravidla spánkové hygieny, mají dostatek informací o těchto možnostech a informují svého lékaře o případných obtížích se spánkem.

KLÍČOVÁ SLOVA

Spánek, poruchy spánku, stárnutí a stáří, senioři, primární péče

TITLE

Sleep disorders in the elderly in primary care

ANOTATION

This Bachelor thesis is concerned with a dilemma of senior's parahypnosis in primary care. Theoretical part of the thesis is devoted to history, sleep in human life, physiological sleep, also defines the most frequent senior's parahypnosis and further is also described diagnostics and treatment of parahypnosis.

Practical part of the thesis proceeded by the search with the use of questionnaire which inquires if parahypnosis is concerned more to women than to men and which parahypnosis is the most common in the population of seniors.

Practical part explores if seniors keep the rules of sleep hygiene, and also if seniors have enough of information relevant to this possibilities and inform their own doctor about pertinent difficulties with sleep.

KEYWORDS

Sleep, parahypnosis, aging and old-age, seniors, primary care

Obsah

ÚVOD	10
CÍLE PRÁCE	11
I TEORETICKÁ ČÁST	Chyba! Záložka není definována.
1 Historie spánku.....	Chyba! Záložka není definována.
2 Spánek v životě člověka.....	Chyba! Záložka není definována.
2.1 Průběh a doba zdravého spánku	Chyba! Záložka není definována.
2.2 Děj tělesných funkcí ve spánku.....	Chyba! Záložka není definována.
2.3 Potřeba spánku člověka	Chyba! Záložka není definována.
2.4 Spánková kvalita	Chyba! Záložka není definována.
2.5 Stáří, stárnutí a spánek ve stáří.....	Chyba! Záložka není definována.
3 Fyziologický spánek.....	Chyba! Záložka není definována.
3.1 Definice spánku.....	Chyba! Záložka není definována.
4 Poruchy spánku	Chyba! Záložka není definována.
4.1 Narkolepsie.....	Chyba! Záložka není definována.
4.2 Kataplexie.....	Chyba! Záložka není definována.
4.3 Hypnagogické halucinace.....	Chyba! Záložka není definována.
4.4 Spánková obrna	Chyba! Záložka není definována.
4.5 Hypersomnie	Chyba! Záložka není definována.
4.6 Syndrom neklidných nohou	Chyba! Záložka není definována.
4.7 Insomnie	20
4.8 Chronická nespavost	Chyba! Záložka není definována.
4.8.1 Chronická nespavost vznikající závislostí na hypnotikách.....	Chyba! Záložka není definována.
4.9 Syndrom spánkové apnoe.....	Chyba! Záložka není definována.
5 Diagnostika spánkových poruch	Chyba! Záložka není definována.
5.1 Anamnéza.....	Chyba! Záložka není definována.

5.2	Škály a dotazníky	Chyba! Záložka není definována.
5.2.1	Epworthská škála spavosti	Chyba! Záložka není definována.
5.2.2	Morinův spánkový dotazník.....	Chyba! Záložka není definována.
5.2.3	Spánkový diář.....	Chyba! Záložka není definována.
5.2.4	Psychometrické testy spavosti.....	Chyba! Záložka není definována.
5.2.5	Polysomnografie.....	Chyba! Záložka není definována.
5.2.6	Aktinografie	Chyba! Záložka není definována.
5.2.7	Elektrostatická matrace	Chyba! Záložka není definována.
5.2.8	Test mnohočetné latence usnutí	Chyba! Záložka není definována.
6	Léčba spánku.....	Chyba! Záložka není definována.
6.1	Nefarmakologická léčba.....	Chyba! Záložka není definována.
6.1.1	Pravidelný režim	Chyba! Záložka není definována.
6.1.2	Vhodná teplota místnosti.....	Chyba! Záložka není definována.
6.1.3	Vhodný výběr postele a matrace	Chyba! Záložka není definována.
6.1.4	Zloději spánku – alkohol, kofein, nikotin	Chyba! Záložka není definována.
6.1.5	Fytoterapie (bylinky) a aromaterapie	30
6.1.6	Spánková hygiena – zvyky a rituály	Chyba! Záložka není definována.
6.1.7	Relaxační a uvolňovací techniky.....	Chyba! Záložka není definována.
6.1.8	Akupunktura.....	Chyba! Záložka není definována.
6.1.9	Akupresura	Chyba! Záložka není definována.
6.1.10	Homeopatie	Chyba! Záložka není definována.
6.1.11	Hypnoterapie	Chyba! Záložka není definována.
6.2	Farmakologická léčba	Chyba! Záložka není definována.
6.2.1	Hypnotika III. generace.....	Chyba! Záložka není definována.
6.2.2	Hypnotika benzodiazepinového typu	Chyba! Záložka není definována.
6.2.3	Další preparáty	Chyba! Záložka není definována.
7	Ošetřovatelský proces u poruch spánku	Chyba! Záložka není definována.

8	Primární péče.....	Chyba! Záložka není definována.
9	Edukace	40
II VÝZKUMNÁ ČÁST.....		41
10	Výzkumné otázky.....	41
11	Metodika výzkumu.....	Chyba! Záložka není definována.
12	Analýza výsledků	Chyba! Záložka není definována.
DISKUZE.....		69
	První výzkumná otázka	Chyba! Záložka není definována.
	Druhá výzkumná otázka.....	70
	Třetí výzkumná otázka	Chyba! Záložka není definována.
	Čtvrtá výzkumná otázka.....	Chyba! Záložka není definována.
ZÁVĚR.....		Chyba! Záložka není definována.
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ		Chyba! Záložka není definována.
SEZNAM PŘÍLOH.....		77
	Příloha A – Dotazník.....	Chyba! Záložka není definována.
	Příloha B – Morinův spánkový dotazník.....	Chyba! Záložka není definována.
	Příloha C – Maslowova pyramida lidských potřeb	Chyba! Záložka není definována.

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je Poruchy spánku u seniorů v primární péči.

Poruchy spánku jsou spojené s nejsložitějším orgánem lidského těla, a to je mozek, kdy je velice těžké pochopit všechny jeho funkce a děje.

Existují nejrůznější druhy a typy poruch spánku, které trápí, jak mladou, tak starou populaci.

V současné době stále narůstá počet případů se spánkovými poruchami, které je třeba řešit a zabývat se jimi více do hloubky, protože to ovlivňuje člověka, jak po stránce fyzické, tak i psychické.

Práce je zaměřena na starší populaci, protože často při své praxi slýchávám stížnosti ohledně spánku, zejména od starých lidí.

Tato práce se zabývá poruchami spánku v primární péči, do které jsou zahrnuti praktičtí lékaři, protože tam většinou směřují první kroky lidí trpících nějakou poruchou spánku.

V dnešní době si senioři často stěžují, že trpí nějakou spánkovou poruchou. Vystává zde otázka, zda-li lékaři/ky mají dostatek informací od svých pacientů/klientů a zda se dostatečně vyptávají na základní informace ohledně spánku? Na druhé straně ovšem stojí, jestli jim pacienti/klienti vše vypoví, protože většina z nich nechce lékaře/ku obtěžovat zbytečnostími.

Je velmi důležité si uvědomit, že během spánku dochází k regeneraci těla i duše.

Též bývá nutné vysvětlit lidem, že lékaře/ky neobtěžují svými problémy a měli by o svých trápeních vše říci. Zmínit, že úkolem lékařů je pomáhat, zjišťovat problémy a také je léčit. Pro lékaře jsou cenné veškeré informace týkající se spánku.

Lékaři by se měli více zaměřit na otázky, které se týkají spánku, naslouchat lidem, protože spánek je základní životní potřeba a nedostatek spánku vede ke snížené pozornosti, koncentraci, k únavě, spaní přes den, kdy se může úplně převrátit denní cyklus, k nervozitě, strachu a obavě z neusnutí, kdy se tento problém ještě více prohlubuje apod.

Zvláště důležité je zaměřit se i na detaily a ne pouze na povrch, zaměřit se na člověka jako na komplex a uvědomit si, že každý člověk je individuum a i problémy a příznaky z toho vyplývající jsou u každého velmi individuální.

Také je vhodné si uvědomit, že poruchy spánku neovlivňují negativně nejen postiženého jedince, ale také lidé z jeho blízkého okolí.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože si myslím, že této problematice je věnováno poměrně málo pozornosti, zvláště co se týká seniorů. Toto téma je stále aktuální, živé a zřejmě nadále i bude. Také se senioři dožívají čím dál vyššího věku a tudíž jejich počet stoupá.

CÍLE PRÁCE

1. Zjistit nejčastěji se vyskytující spánkovou poruchu.
2. Zjistit nejčastější problém způsobující poruchy spánku.
3. Zjistit kolik vybraných respondentů řeší spánkovou poruchu s lékařem.
4. Zjistit samostatnou informovanost respondentů o jiných metodách léčby poruch spánku.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Historie spánku

Obor spánkové medicíny patří mezi mladší obory. Pokroky ve fyziologických mechanismech regulace spánku a bdění přispěly k pochopení některých patofyziologických jevů, které se uplatňují při vzniku poruch. Postupem času dochází k objevování nových klinických jednotek i syndromů a bylo nutné sloučit diagnostická kritéria jednotlivých onemocnění i doporučení jejich léčby. Přelom 60. a 70. let minulého století přinesl rychlý rozvoj nového medicínského oboru spánkové medicíny. Začínala se tvořit řada specializovaných laboratoří i klinik a vznikla nutnost akreditačního systému klinických center pro poruchy spánku a bdění. Epidemiologické studie vedly k odhalení, že více než třetina populace trpí spánkovými poruchami. Spánková medicína byla v řadě zemí odvětvím se samostatnou klinickou specializací. V naší republice vykazuje spánková medicína zásluhou doc. MUDr. Bedřicha Rotha, DRSc., dlouholetou tradici a spánková laboratoř jím založená na Hennerově klinice, je jednou z nejstarších ve střední Evropě. (Šonka a kol., 2004)

Pro další rozvoj oboru bylo nutné zavedení jednotné klasifikace spánkových poruch. Musela se vytvořit jednotná kritéria, která se zabývají incidencí, průběhem, prognózou, popřípadě i mortalitou jednotlivých onemocnění. Klasifikaci měl za úkol vytvořit tým odborníků z Asociace Center pro výzkum spánku publikující v roce 1979 Diagnostickou klasifikaci poruch spánku a probouzení používanou více než 10 let. Onemocnění byla rozřazena do 4 základních klasifikačních skupin – insomnie, zvýšená denní spavost, poruchy řízení rytmu spánku a bdění, parasomnie. (Šonka a kol., 2004)

Klasifikace dodržela svůj úkol, stala se velmi užitečnou a rozdělení některých poruch – zejména z okruhu cirkadiánní rytmicity, je používána dodnes. Problém však nastal v řazení některých onemocnění současně se projevující noční insomnií a somnolencí přes den (např. narkolepsie, syndrom spánkové apnoe, syndrom neklidných nohou apod.). Postupem času se v rozvoji spánkové medicíny získalo mnoho nových informací o známých chorobách a proto bylo třeba klasifikaci rozšířit, byla diagnostikována řada nových chorob, takže bylo nutné klasifikaci o těchto chorobách doplnit. (Šonka a kol., 2004)

Obor byl multidisciplinárním; došlo k rozvoji poznatků základního výzkumu, v klinických oborech se spánkovou medicínu začaly zajímat nejen psychiatři a neurologové, ale i pediatri a zvláště internisté – pneumologové, kteří vyvinuli velmi progresivní odvětví, které se zabývá poruchami ventilace ve spánku. (Šonka a kol., 2004)

V roce 1985 se původní klasifikace poruch spánku a bdění revidovala, účastnilo se jí přes 80 světových odborníků (mezi nimi i doc. MUDr. Bedřich Roth, DRSc.) Pod vedením M. J. Thorpyho, která spolupracovala s Americkou asociací pro poruchy spánku, Evropskou společností pro výzkum spánku, Japonskou společností pro výzkum spánku a Latinskoamerickou spánkovou společností byla přepracováním vytvořena nová verze Mezinárodní klasifikace poruch spánku. Tato klasifikace je celosvětově akceptovanou.

(Šonka a kol., 2004)

V naší republice se stále používá Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN 10 pro účely zdravotní statistiky. Jedná se o 10. přepracované vydání Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, doporučené Světovou zdravotnickou organizací v roce 1992. Zde dochází k rozdělení spánkových poruch do 2 hlavních skupin–neorganické poruchy spánku a organické poruchy spánku. Tato klasifikace má však spoustu nedostatků, nepřesností a nedostačujících informací, proto je vhodné užívat výše uvedenou Mezinárodní klasifikaci poruch spánku. (Šonka a kol., 2004)

Existuje i Diagnostický manuál mentálních chorob, kde je klasifikace poruch spánku zaměřená zejména na psychiatrické poruchy. Dnes je z hlediska úplnosti údajů též nedostačující. (Šonka a kol., 2004)

2 Spánek v životě člověka

2.1 Průběh a doba zdravého spánku

Po ulehnutí dochází k odvracení od okolního světa, uklidnění se a během několika minut usnutí. (Borzová a kol., 2009)

V noci při nerušeném spánku dochází k průběhu několika spánkových stádií lišící se hloubkou. V prvním stádiu je možno se probudit i na slabý podnět, ve druhém na oslovení, ve třetím na hlasité oslovení a ve čtvrtém—delta—spánku—teprve na bolestivý podnět. Čím je stádium spánku hlubší, tím nastává vydatnější odpočinek a regenerace těla.

Zcela se liší takzvaný REM—spánek, tedy fáze, v níž se zdají sny. (Borzová a kol., 2009)

Zde usilovně pracuje mozek a dochází k třídění zkušenosti z předchozího dne (někdy z celého předchozího období). Potřeba spánku je velmi individuální, přesná norma neexistuje. Velká část dospělých potřebuje denně šest až osm hodin spánku, kde by mělo být kolem 20 % hlubokého a 20 % snového spánku. (Borzová a kol., 2009)

Snový stav je pro zdraví nezbytný. Sny mají všichni, přibližně do pěti minut po jejich skončení je však zaspíme. Sen je představován jako biologicky významné periodické nabuzení organismu, aby člověk nestrávil noc v poloviční narkóze a mohl bojovat či utíkat v případě napadení. Sen se však díky „off—line“ činnosti mozku stává také jakousi strategickou hrou, v níž je řešena minulost i budoucnost. Vznik snu je provázen smísením a montáží vzpomínek i asociací a zpracováním tělesných pocitů—z močového měchýře, krevního oběhu, trávicího ústrojí, dýchacího traktu a tělesné teploty. (Borzová a kol., 2009)

2.2 Děj tělesných funkcí ve spánku

Během spánku probíhá mnoho změn. Asi dvě hodiny po usnutí se aktivizuje organismus—srdeční tep je nepravidelný, krevní tlak a tělesná teplota kolísají, zvyšuje se dechová frekvence, stoupá spotřeba kyslíku. (Borzová a kol., 2009)

Naproti tomuto aktivnímu stavu se svalový aparát těla uvolňuje, u mužů dochází k erekci. Během spánku se snižuje celková spotřeba energie až o jednu čtvrtinu. Nastává i změna hladiny hormonů, které kolují v krvi (hormony štítné žlázy, TSH, LH, somatotropní hormon, kortizon). (Borzová a kol., 2009)

2.3 Potřeba spánku člověka

Průměrná doba spánku u dospělého člověka se pohybuje kolem osmi hodin—neplatí to však všeobecně. Potřeba spánku závisí na individuálním jedinci, je primárně geneticky daná.

Někomu stačí i pět až šest hodin, protože umí spát „rychle“, nebo-li dostatečně hluboce (delta – spánkem). (Borzová a kol., 2009)

Ke změně potřeby spánku dochází věkem a vlivem vnějších i vnitřních změn.

Stárnutím je doba spánku do určité míry zkrácena a současně se zvyšuje počet spánkových poruch. (Borzová a kol., 2009)

Čím je člověk starší, tím mívá spánek kratší a lehčí, tím častěji a na delší dobu se v noci probouzí, tím rychleji se uskutečňuje přechod z jednoho stádia spánku do druhého, tím nepravidelnější mívá spánkové cykly. Nespavost vnímaná subjektivně vzniká vlivem nedostatku hlubokého spánku delta (nejhlubší stádium spánku, viz. výše) a časným probouzením. (Borzová a kol., 2009)

2.4 Spánková kvalita

Během života dochází ke změně kvality spánku. Novorozenci prospí většinu dne i noci. Zcela jinak vypadá spánek seniora. Mezi kvalitou spánku a věkem je stejná souvislost jako výskyt spánkových poruch. (Borzová a kol., 2009)

2.5 Stáří, stárnutí a spánek ve stáří

Stáří a stárnutí nastupuje zcela individuálně a tudíž se jedná o relativní pojem. WHO (Světová zdravotnická organizace) dělí stáří na několik období. Podle uvedené literatury se mladší stáří uvádí v 65-74 letech, vlastní stáří v 75-84 letech a dlouhověkost (kmetský věk) v 95 a více letech. Průběh stárnutí je závislý na dědičnosti, pohlaví, zvyklostech života, různých onemocněních a sociálních důvodech. Stárnutí se pokládá za přirozený proces. Na kůži se tvoří vrásky, řídnou, šediví a vypadávají vlasy. U kloubů se vytratí ohebnost a u svalů pružnost, u kostí dochází k řídnutí, zhoršuje se zrak, sluch a imunita. Dále se objevuje zhoršování paměti a začínají se zbrždňovat kognitivní funkce. V tomto období velká část lidí odchází do důchodu, ztrácí životního partnera a blízké přátele, může zde vzniknout pocit neúspěchu, strachu ze samoty a neumění si poradit s ohromným množstvím volného času. Dochází k narušení běžného režimu dne a tím pádem i režimu spánku. (Kraftová, Cikánková, 2008, Peterková, 2008)

V průběhu stárnutí se fyziologicky mění spánková architektura.

Je velmi důležité, že starší věk ihned neznamená spánkové poruchy.

Zdraví lidé se probíhajícími přirozenými změnami spánku bez problémů přizpůsobují a jsou spokojeni se svým spánkem. U osob s obtížemi nelze tyto poruchy pozorovat bez vzájemných

souvislostí – jedná se často o osoby polymorbidní, s rozsáhlou medikací, bez strukturovaného dne, s malými sociálními kontakty. Tyto faktory se pak na spánkové poruše vzájemně podílejí. (Seidl, 2008)

Mezi charakteristické změny patří snížení spánkové efektivity, mírné prodloužení spánkové latence, fragmentace spánku, snížený práh pro probuzení ze spánku.

Dochází k lehkému zkrácení celkové doby spánku, přičemž se prodlužuje doba strávená na lůžku. (Seidl, 2008)

Narůstá počet nočních probuzení a též latence opětovného usnutí.

Je zde tendence k denním spánkům; u seniorů dochází k rychlejšímu usnutí během dne než u mladších jedinců.

Další významnou změnou, která provází stárnutí je posunutí cirkadiánního rytmu k předsunutí fáze. Tento posun odpovídá i posunu tělesné teploty, kdy v noci fyziologicky klesá a ráno opět stoupá. U starších osob se fyziologický pokles teploty přemísťuje do dřívějších hodin, rovněž jako její následné narůstání. Tímto dochází k dřívějšímu uléhání a časnějším ranním vstáváním. (Seidl, 2008)

Mladší populace má obvykle potíže s usínáním, starší populace běduje na časté probuzení v průběhu noci a potíže s opětovným usnutím při nočním probuzení.

Pozoruhodné jsou odchylky mezi muži a ženami. Ženy častěji vypovídají o subjektivně narušeném spánku, kdy více reagují na vnější podněty. Muži zase více projevují objektivně narušený spánek získaný polysomnografickým vyšetřením bez subjektivního nařikání.

(Seidl, 2008)

3 Fyziologický spánek

3.1 Definice spánku

Spánek se odpradávná považuje za něco mimořádně důležitého a rozhodujícího. Dodnes se používají termíny „vyspíme se na to“, „ráno je moudřejší večera“. Spánek tvoří neoddelitelnou a nutnou součást života každého člověka. Jaká by byla odpověď většiny lidí na otázku, co pro ně znamená spánek? „*Pravděpodobně to, že spánek je v 24hodinovém rozvrhu etapou klidu, odpočinku a čerpání energie do dalšího dne*“. (Borzová a kol., 2009, s. 11)

Spánek má určitou svoji stavbu, strukturu, kde se střídají 2 fáze REM a NREM.

Spánek REM (rapid eye movement) je charakterizován rychlými konjugovanými pohyby očí, kolísáním teploty, tlaku krve, srdeční frekvence a dechu s přítomností svalových záškubů a snů. (Borzová a kol., 2009)

Spánek NREM (non-rapid eye movement, opak REM) se skládá ze čtyř stádií a každá z těchto etap má vlastní funkci. Projevuje se klidem bulbů, stabilní teplotou, krevním tlakem, srdeční frekvencí a dýcháním, probíhá bez svalových záškubů. Nejnižší metabolický obrat je v hlubokém spánku (třetí a čtvrté stádium NREM–fáze). Obecně dochází v hlubokém spánku k regeneraci celého těla v obdobích nemoci, hladovění nebo růstu. (Borzová a kol., 2009)

V průběhu života nastává změna poměru NREM a REM spánku. Zatímco u novorozenců jsou obě stádia vyrovnaná, v dospělosti tvoří 80 % fáze NREM a 20 % REM. (Seidl, 2008)

Spánek je významný i pro psychickou kondici. Delší dobou zkráceného spánku se zhoršuje soustředěnost, objevuje se točení hlavy, slabost dolních končetin nebo žaludeční nevolnost. Ve spánku – zejména ve fázi REM dochází k fixaci paměťové stopy, v REM–spánku se posiluje paměť. (Borzová a kol., 2009)

Při nedostatku spánku dochází v mozku ke zmnožení zejména hlubokého a REM–spánku, někdy na úkor prvního a druhého stádia NREM – spánku.

Zjednodušeně se dá říci, že spánek je opakem bdělosti, proto je-li bdělost považována za aktivní děj, tak spánek se považuje za děj pasivní. (Borzová a kol., 2009)

Toto je jistě pravidlem při pohledu zvenčí. Ve spánku aktivně probíhají věci, které jsou vnímány až v bdělém stavu. Některé „noční aktivity“, které nesouvisí se spánkem, ale váží se na 24hodinový cirkadiánní rytmus zvnějšku ovlivňovaný střídáním světla a tmy a zevnitř naším interním pacemakerem. (Borzová a kol., 2009, Seidl, 2008)

4 Poruchy spánku

4.1 Narkolepsie

Poprvé byla popsána francouzským lékařem Jeanem Baptistou Édouardem Gelineauem. Jedná se o celoživotní, pravděpodobně neurologické onemocnění, které omezuje nemocného v běžném životě (snižuje výkonnost, limituje výběr povolání a možnost seberealizace—člověk je nucen se nemoci přizpůsobit, omezuje možnosti odpočinku a zábavy, zvyšuje výskyt dopravních nehod a úrazů, může narušovat soužití a partnerské vztahy, výrazně ovlivňuje psychiku a osobnost pacienta – jsou staženi do svého světa, jsou smutní, úzkostní a někdy i izolovaní od společnosti, podceňují se, nevěří si). (Borzová a kol., 2009, Seidl, 2008, Suchý, Bednařík, 2012, Šonka a kol., 2004)

Toto onemocnění se může projevit v jakémkoliv věku. Nejčastěji se objevuje v pubertě a dospívání.

Hlavním příznakem je zvýšená denní spavost provázející během dne paroxysmální stavy neodolatelného spánku, který trvá do 15 minut; nemocný se pak sám probouzí a cítí se odpočatý. Jedná se o stavy objevující se třikrát až pětkrát denně. (Borzová a kol., 2009, Seidl, 2008; Suchý, Bednařík, 2012, Šonka a kol., 2004)

Závažnost onemocnění závisí na okolnostech, za kterých nemocný usíná—od sezení u televize či na přednášce, přes jízdu v hromadném dopravním prostředku, až k usínání za zcela neobvyklých situací, jako např. za hovoru, při jídle, při jízdě na kole nebo při plavání. (Borzová a kol., 2009, Seidl, 2008; Suchý, Bednařík, 2012, Šonka a kol., 2004)

4.2 Kataplexie

Při kataplexii dochází, obvykle na několik vteřin, pod vlivem nějaké emoce, např. smíchu, leknutí či překvapení, k symetrickému poklesu až ztrátě antigravitačního svalstva.

Nejčastěji jsou postiženy dolní končetiny, obě stejně, pacienti cítí pokles v nohou, kdy jsou nuceni se urychleně posadit, aby neupadli. Někdy může slabost postihnout svalstvo šíje a mimické svaly, což se projeví nesrozumitelnou řečí. Onemocnění je krátkého trvání (většinou několik minut), zachovaného vědomí a spojením s diskrétními pozitivními motorickými projevy (záškuby kolem oka i jinde v oblasti obličeje). Rozdíl od epilepsie tkví v tom, že vědomí je neporušeno. (Borzová a kol., 2009, Seidl, 2008)

4.3 Hypnagogické halucinace

Tyto halucinace jsou vázány na usínání či probouzení a mívají charakter přetrvávajícího snu. Stává se, že mozek spustí snový automatismus, i když člověk zcela nespí. Postiženému přijde, že je vzhůru, ale už se mu začínají zdát sny. Pokud má jedinec halucinace i během probuzení, je to z důvodu, že spánkový automatismus nestihl „vypnout“. (Borzová a kol., 2009)

Nemocný ví, že se jedná o sen nereálný, správný název je tedy pseudohalucinace. (Seidl, 2008, Divišová, 2012)

4.4 Spánková obrna

Spánková porucha objevující se před usnutím nebo častěji po probuzení. I přes plné vědomí se nemocný nedokáže pohnout, přičemž se opakovaně navozuje výrazná úzkost. Stav trvající 2–3 minuty a lze jej zrušit promluvením jiné osoby, případně dotykem. Obrna okamžitě zmizí. (Seidl, 2008)

4.5 Hypersomnie

Hypersomnie je stav, kdy dochází k nadměrné spavosti, přičemž nemocný spí déle než 12 hodin, ale probouzí se nevyspalý a unavený. (Seidl, 2008)

Existují 2 typy hypersomnie. U hypersomnie I. typu postižený každou noc lehce usíná. Někdy se to přihodí brzy zvečera nebo ho spánek přepadne při pobytu ve společnosti lidí. Člověk nejspíše spí hluboce větší část noci a ráno se mu hůře vstává. Postižený je po celý den unavený. Hypersomnie může mít původ ve zdravotních příčinách (např. chronická infekce, hypoglykemie=nízká hladina cukru v krvi, hypothyreóza=špatná funkce štítné žlázy, resp.snížená, narkolepsie, spánková apnoe a anemie). Taková hypersomnie se může nazvat jako symptomatická. Hypersomnie se však také může vyvinout z emoční nesnáze (např. deprese). Též je známa nevědomá touha uniknout z otravného prostředí, v tomto případě se jedná o behaviorální hypersomnii. (Bruno, 2003)

II. typ hypersomnie se týká reakce na noční insomnii (nespavost). Po noci, která není klidná následuje nedostatek odpočinku a unavenost a ospalost v průběhu dne. Člověka smí během 24 hodin trápit jak insomnie, tak hypersomnie. (Bruno, 2003)

4.6 Syndrom neklidných nohou

Tato porucha má za důsledky rušení usínání a nočního spánku; vyskytující se častěji u mužů. Nastává večer před usnutím po zahřátí dolních končetin pod pokrývkou projevující

se nepříjemnými paresteziemi spojenými se záškuby dolních končetin, kdy nemocný musí vstát a chodit. Obtíže se chůzí zmírňují. Jsou primární, ale i sekundární etiologie této poruchy, např. diabetické, uremické, při Parkinsonově chorobě atd. (Seidl, 2008)

4.7 Insomnie (nespavost)

Výskyt této poruchy je poměrně vysoký. „Průměrný výskyt zjištěný ve studiích v Evropě, USA a na Novém Zélandu v roce 2006 byl 33,6 %, v roce 2008 v Evropě 41 %“. (Borzová a kol., 2009, s. 32)

Jedná se o nejčastější poruchu vůbec, kdy pacienti/klienti mívají potíže s usínáním, s častým buzením se během noci a předčasným probouzením. (Seidl, 2008)

Definice nespavosti není jednoduchá. Je velmi důležité si uvědomit, že „trpím nespavostí“ je hodnocení subjektivní. (Seidl, 2008)

Nespavostí se myslí, kdy nekvalitní, neuspokojující a neosvěžující spánek v noci narušuje kvalitu denního fungování. (Borzová a kol., 2009)

Aby se tento stav mohl nazvat poruchou, která zasluhuje pozornost lékaře, musí nespavost trvat minimálně dva týdny a vyskytovat se minimálně tři dny v týdnu, a musí být vyzorovaná, tedy potvrzená další osobou, popřípadě vyšetřením ve spánkové laboratoři. (Seidl, 2008)

Daná literatura ji dělí na několik forem :

Časná nespavost, u které je typická neschopnost usnout, kdy se nemocný převaluje na lůžku, přemýšlí o životě, buší mu srdce, dech se zrychluje atd.

Střední nespavost je charakterizována častým probouzením v noci. U této poruchy důvodem mohou být bolesti, úzkost, strach, děsivé sny apod.

Pozdní nespavost, kdy dochází k brzkému rannímu probouzení, obvykle mezi třetí a pátou hodinou ráno, nejčastější příčinou bývají depresivní stavy. (Borzová a kol., 2009)

Dále je nespavost dělena podle příčin na *psychofyziologickou* (naučenou). Jedná se o nejčastější typ, tedy pseudonespavost. Nespavost se může objevit v rámci duševní (depresivní, manické a psychotické stavy, neurózy, deliria různého původu, neurologické poruchy (vertebrogení potíže – problémy se zády, polyneuropatie, migrény), způsobenou bolestivými stavy, svěděním, onemocněním srdce a cév, chorobami dýchacího ústrojí nebo štítné žlázy, související s organickým postižením mozku (Parkinsonova choroba, různé demence, Huntingtonova demence, stavy po úrazech hlavy), v důsledku užívání

psychoaktivních látek, drog, alkoholu nebo léků, které vyvolávají syndrom závislosti a abstinenční příznaky.

Podle délky trvání se nespavost rozděluje na *akutní*, která trvá do čtyř týdnů, *subchronickou*, která trvá do šesti měsíců a *chronickou* trvajícím déle než šest měsíců. (Seidl, 2008)

Podle průběhu se dělí na nespavost bez komplikací, se syndromem závislosti na hypnotikách, anxiolytikách (léky proti úzkosti) nebo alkoholu. (Seidl, 2008)

„Neschopnost usnout z jakéhokoli důvodu je u psychicky oslabených jedinců spojena s psychickým i fyzickým napětím, které znesnadňuje usínání a ruší kontinuitu spánku.“
(Borzová a kol., 2009, s. 37)

U člověka, který je během dne klidný, tak jeho mozek pracuje rychlostí 8–13 Hz za vteřinu. Při neklidu, napětí nebo rozčilení se zvyšuje na 20 a více Hz za vteřinu.

(Borzová a kol., 2009, Topinková, 2005)

4.8 Chronická nespavost

Tato porucha se u jedinců zakořeňuje a chronifikuje, vyskytuje se nejméně třikrát za týden po dobu, která je delší než jeden měsíc. To značí, že tato nemoc je dlouhodobá a hůře léčitelná. Příčinou chronicity bývá často spíše psychické zpracování nespavosti než tíha spánkové poruchy. Umění snášet nespavost a vyrovnat se s ní je velmi individuální, souvisící s celkovou psychickou kondicí a schopností řešit problémy. Dlouhodobá nespavost má za důsledek únavu, zhoršené soustředění, somatizovanou úzkost fyzickou (bušení srdce, pocit nedostatku vzduchu, neklid, třes, pocení) a psychickou (obavy, strach), depresivní náladu, nižší výkonnost, strach z nevyspání, bolest hlavy. (Borzová a kol., 2009)

V diagnostice je uplatňován důležitý doplněk jako informace o věku, přidružených onemocněních, trvalém užívání léků, spánkové hygieně, užívání psychoaktivních látek (kofein, alkohol, nikotin), podmínkách pro spánek (kvalita lůžka a vnějšího prostředí), pokud je diagnózou depresivní porucha, považuje se za důležité zjistit chronologii jednotlivých příznaků. (Borzová a kol., 2009, Topinková, 2005)

4.8.1 Chronická nespavost vznikající závislostí na hypnotikách

Chronická nespavost často vzniká následkem zneužívání hypnotik a sedativ. Výskyt závislosti na těchto preparátech se zjišťuje až u 52 % chronických nespavců.

Faktorem, který spouští vznik závislosti je tělesná úzkost spojená s neschopností usnout. Postupně vznikají automatické negativní myšlenky, například „určitě neusnu“ nebo „bez léků

neusnu“, kdy stoupá napětí člověka. Automatické negativní myšlenky se stávají intenzivními a neodbytnými. Začínají ovládat mysl i tělo a dochází k odsunutí spánku.

(Borzová a kol., 2009)

Vznik závislosti se projevuje tolerancí s potřebou zvýšit dávku, silnou touhou užít látku, zaujetím užívanou látkou (ztráta zájmů, narušená schopnost soustředění, poznávací zaujetí spánkem, jeho kvalitou a důsledky nekvalitního spánku), užíváním látky i přes jasný důkaz škodlivosti, narušenou schopností kontroly vůči užívané psychoaktivní látce—jedinec užívá preparáty delší dobu a ve vyšší dávce, než původně chtěl. (Borzová a kol., 2009)

4.9 Syndrom spánkové apnoe (SAS)

SAS se dle uvedené literatury dělí na centrální a obstrukční.

Obstrukční apnoe se u dospělých většinou spojuje s nadváhou, ve středním věku projevující se nadměrnou denní spavostí, při vzácné centrální SAS bývají pouze poruchy nočního spánku nebo nespavost.

Obstrukční spánková apnoe je charakterizována specifickým chrápáním. Pravidelné hlasité chrápání, kdy dochází k pozvolnému snížení dechové aktivity střídající se s opakovaným nádechovým úsilím, při němž se proudění vzduchu v kolabovaných dýchacích cestách zcela zastaví. Po apnoe, která trvá někdy i přes půl minuty, nastupuje nová nádechová aktivita, která je provázena hlasitým chrápáním a krátkým probuzením.

V důsledku těchto apnoí se rozvíjí hypoxie, následkem neléčené spánkové apnoe je polycytemie, cor pulmonale, hypertenze až srdeční selhání.

Pro léčbu obstrukční spánkové apnoe je důležitý trvalý přetlak v dýchacích cestách. To obstará maska, která přiléhá k nosu a spojuje se s ventilátorem. Obvykle postačuje přetlakový ventilátor použít jednu až dvě noci v týdnu. Z dalších opatření je vhodné snížení hmotnosti. (Šonka, 2004)

5 Diagnostika spánkových poruch

5.1 Anamnéza

Je velmi důležitá u všech poruch spánku a bdění, možnou výhodou je objektivizace informací od další osoby. Mimo osobní a lékové anamnézy požadujeme co nejpodrobnější údaje o nočním i denním spánku, dobu uléhání a vstávání, počtu nočních probuzení a jejich průběhu, přítomnosti nevhodných forem chování (pohyb, agresivita, stravování), neobvyklých emočních projevech (pláč, křik), kvalitě prožívání během dne (stupeň únavy, přítomnost spánku přes den, psychické rozpoložení, existence chorobných stavů během dne–vyskytl–li se vysoký tlak, dýchací obtíže, bolesti hlavy nebo bolest zad), všech užívaných lécích (k navození spánku i jiných). (Borzová a kol., 2009)

5.2 Škály a dotazníky

Slouží ke zmapování průběhu poruchy v čase a monitorují pokroky v léčbě.

Jako nejjednodušší nástroj se používá vedení spánkového diáře nebo kalendáře, kam pacient zapisuje po hodinách, zda spal, či nikoli, a během dne zaznamenává svoje aktivity, náladu i stupeň únavy. (Borzová a kol., 2009)

Zdůrazňuje se, že není třeba zaznamenávat údaje se stoprocentní přesností. Poznámky v diáři po několika dnech potvrdí nebo vyloučí subjektivní názory na kvalitu spánku. Vhodné do diáře zahrnout i informace od lidí kolem sebe. (Seidl, 2008)

Obsahem spánkového diáře má být datum a určení dne v týdnu, údaje o dění v průběhu dne, co nejvíc informací o tom, co se přes den událo, s upozorněním na událost, které mohly ovlivnit spánek, zvyklosti před spaním, čas ulehnutí, za jak dlouhou dobu následovalo usnutí, sny, zvláštnosti v chování (stravování, chození po místnosti, křik, pláč, chrápání), činnosti při nespavosti nebo probuzení, jak uvedené aktivity pomohly, čas ranního probuzení a doba vstávání z postele, hodnocení bdělosti po probuzení (stupnice od 0–10, kdy 0 je stav bez únavy a 10 značí výraznou únavu, maximální, kterou zažijete během dne), případné zakolísání bdělosti spolu s okolnostmi, které mohly ovlivnit změnu bdělosti, zaznamenat zdřímnutí i spánek, užívání psychoaktivních látek i s údaji o množství kofeinu a alkoholu, stresující okolnosti

(hádky, ponižování, práce přes čas) a cvičení či jinou pohybovou aktivitu. Na závěr je vhodné naplánování dalšího dne (chronologicky) a posouzení zvládnutí toho dne (tipnout si stupeň bdělosti, náladu, pohodu). (Seidl, 2008)

5.2.1 Epworthská škála spavosti

Epworthská škála spavosti při léčbě spánkových poruch slouží ke zjištění stupně ospalosti v různých situacích v poslední době. Úloha pacienta tkví v to, že označí stupeň ospalosti číslem 0 až 3. Hodnotí se situace jako vsedě při četbě, při sledování televize, nečinném sezení na veřejném místě (divadlo, porada), hodinové jízdě autem jako spolujezdec (bez přestávky), odpoledním odpočinku vleže, když to okolnosti dovolí, vsedě, v klidu, po obědě bez alkoholu, v autě stojícím několik minut v dopravní zácpě. (Borzová a kol., 2009, Kotler, Karinchová, 2013)

Skóre 10 a více označuje sklony k usnutí za různých situacích. (Kotler, Karinchová, 2013)

5.2.2 Morinův spánkový dotazník

Morinův spánkový dotazník se používá k hodnocení úspěšnosti léčby spánkové poruchy. Dotazník se poprvé vyplní před zahájením léčby (i samoléčby). Pokud nedojde ke změně stavu po dobu osmi týdnů, doporučuje se vyhledat lékařskou pomoc. (Borzová a kol., 2009)

5.2.3 Spánkový diář

Spánkový diář je veden k získání co nejvíce informací, které se týkají času stráveného odpočinkem a aktivitou. Jde sice o nezáživnou aktivitu, ale tyto informace pomohou, pokud jsou spolehlivé a přesné, stanovit diagnostiku. (Palazzolo, 2007)

Pro každý časový úsek se zapisuje čas ulehnutí ke spánku a čas vstávání pomocí svislých šipek, časový úsek během noci, kdy si člověk myslí, že nespál, siesty. (Palazzolo, 2007)

Dále je důležité zaznamenat určitý kód-písmeno, pokud dojde k dalším jistým okolnostem během dne i noci: W=vždy, jde-li člověk v noci močit nebo se napít (hlavně v noci), P=vyvíjí-li člověk větší fyzickou zátěž, F=cítí-li postižený nával únavy (bez spánku).

Také se zde nachází sloupec „komentář“, kam se zapisuje případné užívání léků, významné události, stavy ospalosti atd. (Palazzolo, 2007)

Nakonec se hodnotí noc číslem 1 až 5, z čehož vyplývá, že 5 označuje maximální spokojenost. (Palazzolo, 2007)

Pro snadnější orientaci se den začíná polednem a deník se zapisuje po dobu 15 dnů (D1 až D15). (Palazzolo, 2007)

5.2.4 Psychometrické testy spavosti

Zde dochází k nepřímému hodnocení důsledků spavosti. Patří sem testy zrakové a sluchové, testy rozlišování podnětů, testy paměti. (Borzová a kol., 2009)

5.2.5 Polysomnografie

Vyšetření probíhá ve spánkové laboratoři a výsledek se označuje jako hypnogram, který informuje o spánkové architektuře. Určité chorobné stavy mají své typické hypnogramy. (Borzová a kol., 2009)

Toto vyšetření není povinné u všech poruch (týká se to zpravidla naučené nespavosti). (Borzová a kol., 2009)

5.2.6 Aktinografie

Jedná se o „náramkové hodinky“ na méně používané horní končetině (u praváků levá a u leváků pravá), které snímají rychlost změny pohybu. Toto zrychlení se pak znázorňuje numericky/graficky jako počet pohybů ve zvoleném intervalu. Z aktigrafického měření se ukazuje, že spánek rovná se málo pohybu, zatímco v bdělosti je pohybu mnoho. Měření obvykle probíhá minimálně po dobu 8 dní, při měření je vhodné zachytit pracovní i nepracovní dny. Výsledným záznamem se dá předpokládat přítomnost bdělosti a její kvalitu, množství spánku nebo počet probouzecích reakcí. (Borzová a kol., 2009; Jiráček a kol., 2013)

5.2.7 Elektrostatická matrace

Tato metoda je zaměřená na získávání informací o aktivitě srdce a dýchacích nebo tělesných pohybech vyšetřovaného. Využívá se obzvláště při diagnostice ventilačních poruch. (Borzová a kol., 2009)

5.2.8 Test mnohočetné latence usnutí (MSLT– Multi Sleep Latency Test)

Používá se ke kvantifikaci/objektivizaci náchylnosti k usnutí (test ospalosti). Slouží k diagnostice nadměrné spavosti. Tento test se koná v pěti testech v dobře izolované místnosti při dvacetiminutovém elektroencefalografickém vyšetření. Nemocní zde leží v zatemněném, klidném prostředí (spánková laboratoř) a jsou dávány pokyny k uvolnění a nebránění se spánku. (Borzová a kol., 2009, Šonka, 2004)

Po usnutí se pokračuje v registraci patnáct minut a následně se pacient budí. Dále se vypočítá průměrná tendence k usnutí (k stádiu 1 v EEG) během 4–5 denních „klímání“ (nejčastěji

mezi 10 a 16 hodinou rozdělených po dvou hodinách). Pak probíhá klasifikace přítomnosti usnutí či neusnutí, latence usnutí (doba od bdělosti do usnutí), přítomnosti REM-spánku a jeho latence.

Za normální se pokládá usínání do deseti minut. Doba usnutí, která je kratší než 5 minut vypovídá o spánkové poruše typu narkolepsie. (Borzová a kol., 2009, Šonka, 2004)

6 Léčba spánku

6.1 Nefarmakologická léčba

Nefarmakologická léčba znamená bez podávání léků. Jde o velice široký pojem. Pokud ho používáme v rámci prevence nemocí a podpory zdraví, rozumí se tím užší, poměrně specifickou oblast. Jde hlavně o využití příznivého působení životního stylu.

Vliv nefarmakologické léčby je stále podceňován, jak ze strany laiků, tak i mnoha zdravotníky. Důvodem podceňování ze strany laiků jsou nedostatečné a zkreslené informace, kdy většinou najdou na svůj problém jednoduchý a zároveň účinný lék, právě ve formě tablety. Efekt změny životního stylu vypadá nejistě, málo výrazně a stojící spoustu úsilí. I zdravotníci se s touto tendencí velmi rychle ztotožní, jsou to také jen lidé. Velmi podporující jsou v tomto smyslu farmakologické společnosti, dělají pro zdraví hodně, ale také v první řadě jim jde hlavně o zisk. Na druhou stranu se vývoj léků neustále rozvíjí a vede k čím dál větším pokrokům, úspěšně léčí různá onemocnění, zlepšují kvalitu života a prodlužují ho. Nemělo by se však spoléhat jen na léky, ale opravdu je užívat, jen když to bude nezbytně nutné. Je vhodné to nejprve zkusit bez léků, pokud to půjde. (LÉKAŘSKÁ FAKULTA MU. *Nefarmakologická terapie*. [online]. Brno. [cit. 2014-07-12]. Dostupné z: <http://www.cba.muni.cz/prevencenemoci/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=2>
1)

6.1.1 Pravidelný režim

Je nutné se snažit chodit spát i vstávat každý den ve stejnou dobu, tím se významně navýší šance na klidný spánek. I když někdy dojde k vychýlení od tohoto režimu kvůli práci, škole, byť jen pár dní v týdnu, člověk by se měl snažit, aby omezil extrémní změny ve svém režimu spánku. (Kotler, Karinchová, 2013)

Velké změny navyklého vzorce mohou způsobit, že dojde k rozhození celého organismu a tím se naruší spánkový cyklus. (Kotler, Karinchová, 2013)

Mezi typické případy, kdy se naruší pravidelný spánkový režim, patří víkendové „flámování“. Z toho plyne, že je-li člověk o víkendu dlouho vzhůru a poslední víkendový den prospí, může mít večer obtíže usnout v nějakou rozumnou hodinu a pracovní týden zahájí nevyspalostí. Časté změny ve spánkovém režimu snižují schopnost mozku udržet si pravidelný vzorec spánku a bdělosti a způsobuje problémy s usínáním, vstáváním a udržením pozornosti v potřebné době. (Kotler, Karinchová, 2013)

Také by člověk měl spát dostatečnou dobu, což je 7,5 až 8 hodin. (Kotler, Karinchová, 2013)

6.1.2 Vhodná teplota místnosti

Významný vliv na kvalitu spánku může vykazovat prostředí, v němž se člověk ukládá ke spánku, a to jak ložnice, tak postel. (Idzikowski, 2012)

Je nutné si uvědomit, jestli teplota v místnosti je vyhovující.

Při výrazné zimě se objevuje třes a pokud je horko, tak dochází k silnému pocení, což ruší spánek nebo v něm vyloženě brání. Jaká pokojová teplota může být považována za optimální k dobrému spánku? (Idzikowski, 2012)

Není to tak zcela jednoduché, protože reakce na teplotu prostředí jsou dost odlišné.

Podle výzkumů většinou navodí spokojený spánek teplota 16°C a spánek zneklidňují teploty nad 24°C. (Idzikowski, 2012)

Ale stálá teplota prostředí nezajistí dobrý spánek po celou dobu, protože tělesná teplota se proměňuje podle biologických hodin. Nejvyšší hodnoty se objevují brzy večer, pak klesnou v rámci noční přípravy a kolem čtvrté hodiny ranní dosahují nejmenších hodnot.

Je vhodné se naučit zkusit řídit teplotu místnosti-v horkém létě zatahovat závěsy (doporučují se dvojité, zvenčí s bílou látkou, aby se odrážely sluneční paprsky) a na zimu si sehnat silnější závěsy, které nepropustí teplo. (Idzikowski, 2012)

Důraz se také klade na noční oděv, zejména na materiálové složení. Z důvodu zachování maximálního pohodlí je nejpříjemnější volné oblečení z přírodních vláken, jako z bavlny, hedvábí či vlny. (Idzikowski, 2012)

6.1.3 Vhodný výběr postele a matrace

Lůžko ve kterém se spí hraje rovněž zásadní roli v kvalitě spánku. (Bruno, 2003)

Žádná standardní postel neexistuje, lidé v různých koutech světa spí na všem možném, jako např. na rohožích, vodních postelích apod. (Idzikowski, 2012)

U nás nejčastěji lidé spí na lůžku s matrací.

Podle výzkumů dojde po deseti letech používání ke zhoršení vlastností materiálů matrací až o 75 %, z čehož vyplývá, že by se matrace měla měnit nejdéle po deseti letech. Matrace snáší nejen pocení spícího člověka (za noc se vypotí téměř čtvrt litru tekutiny, ale také uvolňování odumřelé kůže při rychlosti asi půl kilogramu ročně). (Idzikowski, 2012)

Nad čím je nutné se zamyslet při nákupu nové postele?

Mezi nejdůležitější informace patří šířka a délka, typ rámu a matrace. Lůžko má být co nejširší, i v případě, že v něm člověk spí sám. Dále by mělo být 10 až 15 centimetrů delší než nejvyšší osoba, která v něm bude spát, protože vlivem rehydratace meziobratlových

plotének se člověk vytáhne přibližně o 2,5 centimetru. Pokud je člověk hodně vysoký, je možné vyrobit i postele na míru. (Idzikowski, 2012)

Typ dna postele, aniž by záleželo, jak je člověk vysoký, závisí na stupni tuhosti, který dotyčnému vyhovuje. Nabízejí se čalouněné pérové divany (vyrobené z podobných materiálů jako matrace), kovové i dřevěné rošty. (Idzikowski, 2012)

Zřejmě nejdůležitější součástí postele je matrace přesně pasující do rámu lůžka. „*Matrace se skládá ze tří hlavních částí- z výztuhy, kterou obvykle tvoří péra nebo nějaký typ pěny, výplně a potahu.*“ (Idzikowski, 2012, s. 56)

Matrace má být pohodlná a kopírovat tvar těla. Celkově platí, že čím více pružin, tím lepší opora těla. Pro kontrolu správné tuhosti se používá otevřená dlaň, která se zasouvá pod bederní část zad. Nejlepší oporu zajišťuje matrace, na níž se ruka akorát zasune pod bedra a která páteři zachová přirozené esovité prohnutí. (Idzikowski, 2012)

Je třeba věnovat pozornost nejen páteři, ale také hlavě. Polštáře se odlišují tvarem i tuhostí, měly by se vybírat podle oblíbené spací polohy. Při spaní na zádech nebo na boku je vhodný tužší polštář než ke spánku na břiše. Nejlépe tvarově přizpůsobitelné bývají polštáře pérové, které mají vyšší cenu a mohou vyvolávat alergické reakce včetně astmatu a rýmy. Dále se hodně nabízejí kvalitní polštáře z pěny a syntetických vláken, které se dají vyprat v pračce, tudíž jsou praktické. (Idzikowski, 2012)

Další na řadě je výběr ložního prádla, které ovlivňuje nejen pohodlí, ale i tělesnou teplotu. V současné době na Západě považují za nejoblíbenější prošívané přikrývky a peřiny přiléhající těsně k tělu. Podobně jako u postelí, matrací a polštářů se doporučují jako nejzdravější přírodní materiály, bavlna a vlna, i přírodní materiály při chybějící alergii. (Idzikowski, 2012)

6.1.4 Zloději spánku – alkohol, kofein, nikotin

Dnes na Západě na odreagování se ke společensky přijatelnému chování řadí nápoje jako čaj, káva a coca-cola, větší množství pív nebo sklenic vína a trocha tabáku. (Idzikowski, 2012)

Obsahem těchto nápojů a cigaret jsou tři hlavní složky-kofein,alkohol,nikotin, silné chemikálie povzbuzující nebo zatěžující mozek a významně zhoršující spánek.

(Idzikowski, 2012)

Velká část lidí se ráno probouzí pomocí horké kávy nebo čaje. Je důležité si uvědomit, že stimulující účinky těchto nápojů způsobuje látka, která se nazývá kofein (pravý čaj ho má méně než káva) spouštějící mozková centra bdění, tudíž dochází ke zlepšení pozornosti

a zvýšení fyzické výdrže, ale také dojde ke zhoršení refluxu. (Idzikowski, 2012, Kotler, Karinchová, 2013)

Čím větší množství konzumace kofeinu, tím stoupá odolnost vůči němu, tak také vzrůstá potřeba k dosažení stejné úrovně čilosti. (Idzikowski, 2012)

Kofein se drží v těle několik hodin. Pokud člověk nechce mít horší spánek, je dobré se mu vyhnout nejlépe už deset hodin před tím, než se jde spát. (Idzikowski, 2012)

Jestliže má někdo strach, že mu bude chybět chuť kávy a čaje, může si zakoupit i variace bez kofeinu nebo okusit rostlinné nápoje, např. kávovinové směsi, šípkový, mátový či fenyklový čaj, které bývají zdravější a chutnější. (Idzikowski, 2012)

Kdo pije hodně coca-coly a různých sladkých limonád, měl by je vyměnit za minerálku, kdy se to odrazí na celkové kondici. (Idzikowski, 2012)

Alkohol oproti kofeinu má opačný účinek, tedy utlumující. Když je alkohol v malém množství, tak alkohol uklidňuje, ale větší dávka může zhoršit kvalitu spánku tím, že se zkrátí hluboké a REM fáze. Také napomáhá k problémům s refluxem. (Idzikowski, 2012, Kotler, Karinchová, 2013)

Místo alkoholu před spaním je možné ho nahradit horkým mléčným nápojem nebo bylinným čajem spánku pomáhající. (Idzikowski, 2012)

Také by se neměly problémy v sobě dusit, ale domluvit se s blízkými a večer před spaním jim zavolat a povědět o svých starostech, což může vést k úlevě a lepšímu spánku. (Idzikowski, 2012)

Nikotin patří také mezi povzbuzující látku, která je vdechována spolu s tabákovým kouřem. Zpočátku sice zvyšuje čilost, ale účinek netrvá dlouho a krátkou dobu po vykouření cigarety dochází u kuřáka k uvolnění. (Idzikowski, 2012)

Bohužel to, co považuje kuřák za pocit uvolnění, je pouze úleva, kdy uspokojí svoji touhu po nikotinu. Nikotin je spouštěčem uvolňování adrenalinu, kdy nedovolí setrvat v dostatečné míře v hlubokém spánku. (Idzikowski, 2012)

Není žádný „ideální“ způsob, jak přestat s kouřením. Dnes existuje mnoho různých metod, jako např. postupné snižování počtu vykouřených cigaret, nikotinové náplasti nebo žvýkačky, alternativní postupy-hypnoterapie či akupunktura, vyhýbat se situacím při kterých člověk kouřit, zákaz kouření v posteli a ložnici, hlavně těsně před spaním. (Idzikowski, 2012,)

6.1.5 Fytoterapie (bylinky) a aromaterapie

K výskytu nejstarší civilizace světa došlo kolem roku 3000 př. n. l. v Mezopotámii na Blízkém východě. (Idzikowski, 2012)

„Staří Egypťané při náboženských obřadech vdechovali vůni určitých rostlin, snad aby dosáhli vyšší úrovně vědomí nebo navodili posvátný klid.“ (Idzikowski, 2012, s. 96)

Metoda využívání rostlin v lékařství je nejspíše stejně stará jako lidstvo samo. Do 18. století docházelo k léčbě bylinami zcela běžně. (Borzová a kol., 2009)

Objev novodobé aromaterapie zajistil roku 1928 francouzský chemik Henri Gattefosse. Jednou při výbuchu totiž u něho došlo k vážnému popálení ruky. Ruku potopil do lázně s levandulovým olejem a shledal, že se popálenina rychle zhojila bez výskytu velkých jizev, proto začal zkoumat léčivé účinky levandule a dalších bylinných olejů. (Idzikowski, 2012)

Při problémech se spánkem bylinky podporují tělo, aby bojovalo proti psychickým a fyzickým potížím, které způsobují nespavost. (Idzikowski, 2012)

Samoléčba bylinkami bývá příjemná a užitečná, doporučuje se zkusit pít bylinné čaje, nejčastěji ve formě nálevu, nakapat pár kapek rostlinného výtažku do koupele či vdechovat vůni z aromalampičky. (Idzikowski, 2012)

Ke zlepšení spánku nebo vyléčení z nespavosti se řadí mnoho bylin. Zde jsou některé z nich uvedeny:

Chmel otáčivý, chmel obecný (šišťice)- nálev působí mírně sedativně. Prý má také účinek zklidňující, tlumivý a zažívací, může zmírnit touhu po alkoholu. Někteří bylináři prohlašují, že chmel navodí spánek rychleji než kozlík lékařský (viz. níže). Nedoporučuje se ho užívat při depresi. (Idzikowski, 2012, Svitko, 2006)

Kozlík lékařský (kořen)-má zklidňující účinek. Dá se užívat i v tabletách. Testoval se uznávanými vědeckými metodami. Výzkumy prokázaly, že dochází ke zlepšení spánku. Kozlík působí při nespavosti, nervozitě, úzkosti, bolestech hlavy a střevních křečích. (Borzová a kol., 2009, Idzikowski, 2012, Svitko, 2006)

Heřmánek pravý (květ)- tato bylina se využívá pro protizánětlivý a antivirový účinek, povzbuzení imunity. Bylinný čaj z heřmánku účinkuje jako mírné sedativum a ulevuje od úzkosti a nespavosti, čímž zlepšuje spánek. Také mírní migrény. (Borzová a kol., 2009, Svitko, 2006)

Levandule lékařská-přičítají se jí účinky od uklidňujících po posilující. *„Bylinářská literatura uvádí, že zvláště vhodná je na zlepšení spánku u osob trpících depresí, lidová moudrost praví, že nejvíce pomáhá při nespavosti starších lidí.“ (Idzikowski, 2012, s. 98-99)*

Meduňka lékařská (nat)-nejsou zde vedlejší účinky. Tato bylina má opět účinky stimulační i uklidňující. Využívá se při poruchách spánku, které vznikají z neklidu. (Borzová a kol., 2009, Svitko, 2006)

Třezalka tečkovaná (nať)-je považována za rostlinné antidepresivum, působí antisepticky. Bývá doporučována k uklidnění při neurózách, depresích, melancholiích, při různých nervových poruchách a migréně. Zevně se používá ke kloktání a k dezinfekci infikovaných ran. Třezalka může způsobit u citlivých lidí fotosenzibilizaci (zvýšená citlivost pokožky reagující na sluneční paprsky), která vyvolá zánětlivé zarudnutí kůže, případně ekzém. V tomto případě je důležité se vyhnout přímému slunci. (Borzová a kol., 2009, Svitko, 2006)

Vřes obecný (květ, nať)-většinou se sbírá nať, ale mnohem větší kvalitu má květ, jelikož jeho výhodou je, že se využívá pro dlouhodobé podávání. Vřes zatím není doceněnou rostlinou, nevykazuje žádné nežádoucí účinky ani na těhotné a kojící ženy. Působí antisepticky, močopudně, spánek zlepšují vyšší dávky. (Borzová a kol., 2009)

V lékárně je možno koupit již hotové čajové směsi (Na dobrou noc, Čaj při nespavosti, Spánek a nervy) nebo tablety s výtažky z bylin (Sanosan, Persen), i bylinkové relaxační koupele. (Borzová a kol., 2009)

6.1.6 Spánková hygiena – zvyky a rituály

Jde o souhrn doporučení k maximální podpoře zdraví, v tomto případě se jedná o systém zásad, které vedou k podpoře spánku.

Do spánkové hygieny se řadí stravovací a pitné návyky, kdy se nedoporučuje pít kávu a zelený čaj před spaním, kouřit před spaním, užívat alkohol večer a měla by se vynechat těžce stravitelná jídla na noc. Vhodné je pít bylinkové čaje nebo teplé mléčné nápoje (kakao). Káva a čaj obsahují látky s povzbuzujícím účinkem, kterým oddalují spánek. Usínání je sice rychlejší po alkoholu, ale způsobuje horší kvalitu spánku. Těžce stravitelná jídla před spaním navozují pocity v trávicím systému, které jsou nepříjemné a ruší od spánku.

Dále sem patří rituály a návyky podporující spánek, kdy by se měl uchovávat psychický a fyzický rytmus v normě, což znamená pravidelné ukládání se ke spánku i vstávání, neřešit tíživé a stresující události před ulehnutím, je doporučována večerní klidná procházka, ale nenamáhat se.

Spánková hygiena souvisí také s chováním v lůžku. Má se omezit ležení v lůžku na nevyhnutelně nutnou dobu, obstarat v ložnici ticho, klid a patřičnou teplotu (18-20°C).

(Co je spánková hygiena. [online]. Dostupné z: <http://www.spatnespim.cz/id35.htm>)

6.1.7 Relaxační a uvolňovací techniky

Tato cvičení jsou vhodná při občasně a mírné formě nespavosti. Snižují stres způsobený tím, že člověk nemůže spát a zmenšují fyzické i psychické napětí. Člověk se naučí pomocí relaxace porozumět potřebám a impulsům svého těla. V praxi se využívají dvě relaxační metody, a to autogenní trénink a postupné uvolnění napětí svalstva. (Palazzolo, 2007)

Autogenní trénink napomáhá uvolnit napětí svalů, rozšiřuje cévy a prokrvuje konce prstů rukou i chodidel, zpomaluje tep a dech, dochází k uvolnění břicha a pocitu chladu na čele.

Člověk, který chce relaxovat, musí nejdříve zaujmout polohu vleže nebo vsedě. Hlavně to musí být příjemná a vyhovující poloha. Zaujme pozornost na pokyny (např., „Moje paže je těžká.“), obrazy v mysli (představa své ruky, jako by byla z olova) a vznik fyzických pocitů.

Naučení této relaxace trvá několik měsíců. (Palazzolo, 2007)

Postupné uvolnění svalového napětí je doporučováno osobám, které dávají přednost aktivnějšímu cvičení. Při této relaxaci se střídají jednotlivé svalové skupiny tím, že se zatínají a uvolňují. Následující pořadí bývá: dlaně, paže, předloktí, ramena, krk, čelisti, oči, čelo, záda, hrudník, břicho, hýždě, nohy, lýtka. Každá svalová skupina se cvičí přibližně 15 minut. (Palazzolo, 2007)

6.1.8 Akupunktura

První kdo tuto metodu objevil byli lékaři ze starověké Číny. Tato metoda se provádí tak, že se do určitých bodů na kůži vpichují jehly. Akupunkturní body se nacházejí na neviditelných energetických kanálcích, které se nazývají meridiány či dráhy, které se spojují s vnitřními orgány. Jehly umožňují uvolnit, zrychlit nebo zpomalit tok energie, jež se nazývá čchi v meridiánech. (Borzová a kol., 2009)

Podle zvyku je 365 akupunkturních bodů, ale během staletí bylo nalezeno spoustu dalších, nyní existuje až 2000 bodů.

Akupunktura pomáhá při nespavosti, stresu nebo únavě, využívá se nejčastěji na Západě. (Borzová a kol., 2009)

6.1.9 Akupresura

Lze ji také nazývat jako bodovou masáž, kdy se využívá silného tlaku palci nebo konečků prstů na body. Nejprve se místo slabě promačká, nejlépe komíhavým pohybem. Za 20-30 sekund probíhá vlastní masáž. Tuto metodu vyvinula v léčebné umění tradiční orientální medicína. (Svitko, 2006)

Jedná se o kombinaci masáže a akupunktury. Nejvíce je populární v Japonsku. Akupresurní body jsou shodné s body akupunkturními, kdy se využívá silného tlaku palci nebo konečků prstů. (Borzová a kol., 2009)

Léčitelé tvrdí, že akupresura úspěšně působí při nespavosti, migréně, napětí. (Borzová a kol., 2009)

6.1.10 Homeopatie

Tato léčba využívá léky na bázi přírodního původu za účelem posílení ozdravných schopností těla. Jedná se o speciální léky, které jsou vysoce ředěné a pouze rostlinného původu. Neředěné způsobí u zdravého člověka příznaky onemocnění. Homeopatika mají odpovídat onemocnění i pacientovi/klientovi. (Borzová a kol., 2009)

Pokud člověk trpí akutními problémy, tak homeopatikum má působit skoro okamžitě, při chronických obtížích je nutné pacienta/klienta pozorovat několik měsíců. Jestliže tato terapie nevede k procesu uzdravení nebo dojde k objevení nových příznaků, musí se dávky zvyšovat nebo podat jiné léky. (Borzová a kol., 2009)

Nejprve se mohou příznaky zhoršit nebo se na kratší dobu objevit příznaky starších obtíží, které se teď vyléčí trvale. (Borzová a kol., 2009)

Při přechodné nespavosti se dávají homeopatika, jako např. Coffea, Pulsatilla, Nux vomica, Opium. (Borzová a kol., 2009)

6.1.11 Hypnoterapie

Hypnoterapie jde z hlubších úrovní vědomí. Někde na hranici bdění a spánku se nachází stav, který působí na zdraví pacienta/klienta. Hypnoterapeuti u něj vyvolají stav podobný transu. Osoba v tomto stavu může provádět zadané úkoly, vyvarovat se různým rizikům, řídit se pokyny a jasně povídat. (Borzová a kol., 2009)

Lékaři pokládají trans za léčebný, poněvadž mysl a tělo dosahují klidu a harmonie, tento stav může přinést změny nemožné při plném vědomí. Zde spolupracuje klient a lékař při řešení nějakého problému. Léčba dobře působí na migrénu, úzkost, stres, nespavost. Prožití minulých událostí a vyrovnání se s nimi vede k získání sebedůvěry. (Borzová a kol., 2009)

6.2 Farmakologická léčba

Měla by se využívat pouze tehdy, je-li léčba příčiny bez úspěchu nebo nefarmakologická léčba neměla dostatečný efekt. (Borzová a kol., 2009)

Pro léčbu hypnotiky je důležité, aby se řídil typem nespavosti a farmakokinetickými rozdíly mezi přípravky. (Borzová a kol., 2009)

Nutností bývá brát v potaz rychlost nástupu hypnotického účinku po jednorázovém a opakovaném podání a farmakologickou anamnézu nemocného. (Borzová a kol., 2009)

Vedlejší účinky se nemusí projevit u každého, ale mohou ovlivnit kvalitu dalšího dne (těžké probouzení, nevolnost, bolesti hlavy, ranní ospalost, nízká pracovní výkonnost, atd.). Jde-li o benzodiazepin, může být zde potíže s pamětí (výpadky paměti). (Palazzolo, 2007)

Hypnotika nemají být užívána bez porady s lékařem a na recept, nesmí se míchat s alkoholem, protože hrozí náhlá zástava dechu, délka léčby by neměla trvat déle než jeden měsíc, vysazení hypnotik má být postupné a řídit se pokyny lékaře, užívání léků má být až jako poslední možná volba. (Palazzolo, 2007)

6.2.1 Hypnotika III. generace

V současné době jsou tato hypnotika nejvíce využívána. Jejich účinkem je, že navozují spánek podobající se fyziologickému, nenarušují stavbu spánku. Došlo k zajímavému zjištění, že ani tyto přípravky nejsou bezpečné. I zde se objevuje časem tolerance a vzniká závislost, která představuje nebezpečí zejména pro lidi starší 65 let. Přes to vše patří k nejvíce bezpečným lékům při léčbě spánkových poruch a mají minimální nežádoucí účinky. Mezi zástupce se řadí zolpidem (Stilnox, Hypnogen). V kombinaci s některými antidepresivy (buspiron-Wellbutrin, sertralin-Zoloft, fluoxetin-Prozac, desipramin-Noveril) mohou mít za následek krátkodobé halucinační epizody, které vymizí bez následků. (Borzová a kol., 2009)

6.2.2 Hypnotika benzodiazepinového typu

Tyto preparáty škodí více než hypnotika III. generace. Měly by se užívat krátkodobě, maximálně tři týdny pravidelně a potom pouze výjimečně. Jako zástupce sem patří (Rohypnol, Oxazepam, Nitrazepam, Xanax, Lexaurin, Rivotril). Dochází ke snazšímu usínání vlivem zklidnění pacienta/klienta a tím i k delšímu trvání spánku. Nevýhodou je, že dochází ke změně ve stavbě spánku. (Borzová a kol., 2009)

Při dlouhodobém užívání těchto léků se zvyšuje tolerance vůči dávce a hrozí syndrom závislosti na hypnotikách, narušuje poznávací funkce a roste přecitlivělost. (Borzová a kol., 2009)

Jako druhá volba existují krátkodobě působící benzodiazepiny s neaktivními metabolity (Midazolam, Oxazepam). Oxazepam působí krátkou dobu a nestíhá se kumulovat v těle, tudíž nemají výrazné nežádoucí účinky jako jiné benzodiazepiny. (Borzová a kol., 2009)

S výjimkou hypnotik III. generace se hypnotika nesmějí podávat nemocným se syndromem spánkové apnoe, jelikož benzodiazepiny zvyšují výskyt spánkové apnoe. Může vzniknout až klinický obraz pseudodemence (stav, který se podobá demenci). (Borzová a kol., 2009, Palazzolo, 2007)

6.2.3 Další preparáty

Mohou se také podávat antidepresiva v léčbě poruch spánku, protože se zjistilo, že je vzájemný vztah mezi depresivní poruchou a spánkovými poruchami. K léčbě chronické nespavosti se používá antidepresivum mirtazapin (Mirzaten, Esprital). Řadí se mezi NaSSA=noradrenergní a specificky serotoninergní antidepresivum, což znamená, že v mozku zvyšují koncentraci neurotransmiterů zlepšující náladu, odstraňují úzkost, vyvolávají spánek a zlepšují chuť k jídlu. (Borzová a kol., 2009)

Dále je využívaným antidepresivum trazodon (Trazodon), které působí anxiolyticky (protiúzkostně) a sedativně. K léčbě nespavosti se doporučuje dávka 25-150 mg večer.

V praxi se stále používá amitriptylin iniciující a prohlubující spánek. Dávka doporučená lékaři se pohybuje mezi 25-100 mg. U starších lidí může vzniknout zmatenost nebo delirium (kvalitativní porucha vědomí projevující se náhlou změnou chování, poruchou pozornosti).

Ještě je v léčbě nespavosti podáván trimipramin a dosulepin, též patřící do skupiny antidepresiv. (Borzová a kol., 2009)

Při nespavosti se zkouší podávat antiepileptikum gabapentin (Neurontin, Gabapentin) působící proti depresi, mírným účinkem proti úzkosti a snižující bolest.

V Čechách je také dostupný preparát melatonin (Circadin) ovládající spánek/bdění jako pomoc při odvykání benzodiazepinových léků.

Pro léčbu nespavosti je možné používat v nízkých dávkách i neuroleptika typická a atypická. (Borzová a kol., 2009)

7 Ošetrovatelský proces u poruch spánku

Spánek se považuje za základní lidskou potřebu. Nemocný člověk má jinou potřebu spánku než zdravý člověk. Nejčastější situace, kterou sestra zná je, že starý člověk v noci nespí, ale vynahrazuje si to přes den. Spánek je v životě velmi důležitý, proto by sestra měla zajistit co nejkvalitnější spánek, naslouchat pacientovi/klientovi, co ho trápí a umět mu pomoci. (Šiková, 2006)

Aby se dospělo k názoru, že je spánek kvalitní, měly by to sestra umět vyčíst ze vzhledu a chování pacienta/klienta. Na informace ohledně spánku je možné se optat příbuzných. Následuje vyšetření, zjištění anamnézy a spánkové hygieny. Je důležité se ptát na spánkové zvyklosti, což může pomoci ke stanovení diagnózy. Také se získávají informace o spánkových zvycích od rodiny, které s pacientem/klientem bydlí. Otázky se týkají způsobu usínání (světlo, tma), doby usínání, délky a kvality spánku. Pokud se zjistí přerušované spaní, je nutné najít důvod, mohou to být bolesti, časté nucení na močení, žízeň. Dále se otázky zaměřují na pocit po probuzení, užíváním medikací, zvyky před spaním. Informovat se o tom, jestli pacient/klient spí ve dne, jak dlouho, jestli usíná v klidu, při televizi, u knihy či po nějaké jiné aktivitě. (Nevšimalová, Šonka, 2006, Svědíková, Menclová 2008)

Sestra může podpořit rituály pacienta/klienta na které je zvyklý, jako je např. koupel (sprcha) před uložením se ke spánku, zajistit klidné a bezpečné prostředí, vyhovující teplotu v místnosti, sleduje bolest a jiné příčiny, které vyrušují ze spánku, podává léky a sleduje jejich účinek. Pacienta/klienta je možné poučit o zvládání bolesti a stresu bez použití utišujících přípravků.

Pacient/klient potřebuje vysvětlení, že spánek je u každého individuální, v délce a kvalitě spánku dochází během života ke změně a že spánková porucha ihned neznamena nějaké onemocnění. Upozornit, že lůžko má sloužit pouze ke spánku, nikoliv k jiným činnostem. (Sládková, 2006, Vránová, 2007)

Většina lidí dodržuje určité zásady před spaním, může se sem zahrnout večerní procházka, nenamáhavé cvičení, poslech hudby, četba, bylinkový čaj, teplé mléko, koupel, čištění zubů, vyprazdňování, větrání, nastavení budíku apod. Je nutné pacientovi/klientovi říci o pravidelných spánkových rituálech, protože i jejich absence může být příčinou poruch spánku. (Šafránková, Nejedlá, 2006)

Sestra se ve své praxi setkává s ošetrovatelskými diagnózami, kde se určuje ošetrovatelský problém a navrhuje se jeho řešení. Diagnózou u spánkových poruch může být porušený spánek, spánková deprivace, únava, riziko pádu, atd. (Marečková, 2006, Vránová, 2007)

8 Primární péče

Tato péče bývá někdy označována ne zcela správně jako linie prvního kontaktu. Primární péče (PP) není jen jednorázovým prvním kontaktem, ale ve většině případů i přijetím určité zodpovědnosti za trvalou, kompletní osobní zdravotní péči, která je zajišťována ambulantně, případně v domácím prostředí. (Kalvach, Čeledová a kol., 2011)

PP poskytují kompetentní zdravotničtí profesionálové, jenž mají příslušnou techniku a úzce spolupracují s pacienty/klienty, rodinami, případně občanskými skupinami. (Kalvach, Čeledová a kol., 2011)

Do PP se řadí hlavně první kontakt občanů se zdravotnickým systémem, okamžitá naléhavá ošetření a pravidelná odborná péče u těch případů a událostí nevyžadující specializovanější péči zdravotníků. Úzce souvisí se systémem, kdy jsou pacienti/klienti zasíláni k náročnějším zdravotnickým službám či dokonce k přijetí do nemocnice. Hospitalizace zahrnuje základní zdravotnické služby mající orientaci na zdravotní výchovu a rozvoj zdraví, prevenci, diagnostiku, léčbu, ošetřování a rehabilitaci. (Kalvach, Čeledová a kol., 2011)

PP by měla být dostupná všem. Lidé by měly mít konkrétní představu o tom, kdy a jakým způsobem primární péči využívat, jaké odborné služby jsou zde možné, popřípadě hospitalizace. Dále by měla být známa pravidla, která určují kdy, na koho a na jaké zařízení se může pacient/klient obrátit. Tato pravidla by se měla shodovat s potřebami pacientů/klientů. Takovou orientaci by měla mít i legislativa a finanční mechanismy účinně povzbuzující jak zdravotníky, tak příslušná zařízení. V podstatě jde o docela levný úsek, ve vyspělých zemích na něj vydávají průměrně 16 % prostředků na zdravotnictví. Velká část lidí projde primární péčí. (Kalvach, Čeledová a kol., 2011)

Zajišťování této péče není spojeno s hospitalizací, při které dochází k vyjmutí pacienta/klienta ze známého sociálního prostředí rodiny. (Kalvach, Čeledová a kol., 2011)

V oblasti PP stále není informační systém, výzkum, který by vedl k postupnému zlepšování této péče a nadále chybí i vhodně pojatá výchova, která by odpovídala významu rolí jednotlivých zdravotnických pracovníků. (Kalvach, Čeledová a kol., 2011)

V některých zemích, např. v Holandsku a Dánsku se základní zdravotnické služby poskytují všeobecnými zdravotními sestrami, sociálními pracovníky a domácími pomocníky (pečovatelská služba) na územním principu. Uvedený tým spolupracuje s praktickým (rodinným) lékařem a zajišťuje příslušnou péči na základě dohody s pojišťovnou. Do PP se řadí i služby některých specialistů, jako např. pediatriů, gynekologů, stomatologů apod.), pokud se na ně lidé přímo obrátí. (Kalvach, Čeledová a kol., 2011)

Důležité je věnovat pozornost vhodné formě týmové práce všech zdravotnických pracovníků účastnících se na PP, ale také sociálně ekonomickým a psychologickým problémům pacientů/klientů. (Kalvach, Čeledová a kol., 2011)

Primární péče je postupně ve většině vyspělých zemích pokládána na nejvýznamnější složku zdravotnického systému. Je důležitá nejen v samotné péči, ale i v tom, že navazuje na ostatní formy zdravotní péče. Uplatňuje se pod záštitou celé řady okolností, obzvláště cílevědomé pregraduální a postgraduální výuky, vhodného finančního ocenění i vážností role praktického (rodinného lékaře), která nemůže být dodána zvenčí, ale musí být vyjádřením významnosti a užitečnosti role, kterou by měla primární péče představovat, i tváří respektované solidní odbornosti a lidské kvality praktického lékaře. (Kalvach, Čeledová a kol., 2011)

Na PP navazuje sekundární péče, kterou zajišťují nemocnice (ústavní zařízení) a terciární péče, která je poskytována fakultními nemocnicemi. (Kalvach, Čeledová a kol., 2011)

9 Edukace

Edukace vede k výchově nemocného, aby byl samostatnější v péči o vlastní nemoc a také, aby přebíral větší zodpovědnost za vlastní zdraví na sebe. Také by se edukací měla zlepšit spolupráce klienta se zdravotnickým personálem. Edukační proces v ošetrovatelství znamená činnosti, při kterých se jeden subjekt (pacient/klient) učí novým vědomostem, a druhý subjekt (edukátor) toto učení zprostředkovává. V podstatě jde o proces celkové výchovy a vzdělávání člověka a rozvíjení jeho osobnosti.

Cílem edukace je získání určitých vědomostí a poznatků, ale také určitých změn v chování pacienta/klienta, jeho přeměny hodnotových a vztahových postojů, citových a volních složek.

Cíle se stanovují v oblasti kognitivní, psychomotorické a afektivní (postojové).

V edukačním procesu má pacient/klient právo získat nové informace, pochopit je a umět je používat. Mělo by dojít k osvojení určitých dovedností jak v teoretické oblasti (např. výpočty, rozhodování v problémových situacích, tak v oblasti praktické (např. obsluha přístrojů, aplikace léčebných úkonů) a k získání nových návyků.

Edukace neodmyslitelně patří k ošetrovatelství.

V edukačním procesu je zastoupeno 5 fází-posuzování, stanovení edukační diagnózy, plánování, realizace, zhodnocení.

Edukaci mohou ovlivňovat určité faktory, jako je např. edukační prostředí (vnější-okolí pacienta/klienta, zdravotnické zařízení, rodina, ekonomické a kulturní vlivy, vnitřní-fyzikální, psychosociální-např. osvětlení, dostatek prostoru, barvy, nábytek, trvalejší vztahy, charakter komunikace atd.)

Existují formy edukace, a to individuální či skupinová.

Úspěšnost edukace je závislá na povaze samostatné nemoci (jinak přistupuje k edukaci rodič dítěte a jinak sám nemocný dospělý), disciplíně a znalostech pacienta/klienta, kvalitě a zájmu zdravotnického týmu.

Učení se odvíjí od tělesného, psychického stavu člověka, charakterových vlastností, motivace, mikroklimatu prostředí, pestrosti a zajímavosti obsahu, rozsahu učebního materiálu.

K zásadám správné edukace patří motivace, jazyk, který má být jednoduchý, srozumitelný, přiměřený vzdělání a intelektu nemocného. Dále je důležitý systém-od jednoduchého ke složitějšímu, od základního k podrobnému, názornost (předvedení), opakování a kontrola.

Pamatovat si, že v edukaci má jít o dialog, respektovat individualitu nemocného, nepoužívat odborný jazyk, využívat více praxi než teorii. (*Edukace*. [online]. [cit. 2014-07-11]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>)

II VÝZKUMNÁ ČÁST

10 Výzkumné otázky

1. Budou mít pacienti/ klienti nejčastěji potíže s usínáním než s častým buzením během noci nebo časným probouzením?
2. Budou stát nejčastěji za spánkovými poruchami špatné spánkové návyky?
3. Budou respondenti řešit svoji spánkovou poruchu s lékařem?
4. Budou se pacienti/ klienti sami informovat o metodách léčby poruch spánku?

11 Metodika výzkumu

V bakalářské práci je použita forma kvantitativního výzkumu. Záměrem výzkumu bylo porovnat Východočeský a Středočeský kraj, tudíž byl výzkum prováděn vždy u 1 praktické lékařky z uvedeného kraje, dohromady tedy od 2 lékařek. Východočeský kraj byl vybrán z důvodu, že zde navštěvuji školu a Středočeský kraj byl určen z důvodu, že z tohoto kraje pocházím.

S prováděním výzkumu byl od lékařek podepsán písemný souhlas. Výzkum probíhal v ordinační době po domluvě s lékařkami.

Před vlastním výzkumem jsem provedla u obou praktických lékařek pilotáž, kdy jsem společně s 10 respondenty u každé lékařky v ordinaci vyplnila dotazník. Po provedení pilotáže nebyly provedeny již žádné úpravy. Pilotáž probíhala začátkem ledna roku 2014.

Cílem výzkumu byli senioři ve věku nad 65 let. Dohromady jsem oslovila 120 respondentů, z toho 60 pacientů/klientů z Východočeského kraje a 60 pacientů/klientů ze Středočeského kraje. Při mém výzkumu došlo ke komplikacím, že u jedné z lékařek došlo ke ztrátě dotazníků, tudíž jsem musela celý proces opakovat znovu. Od obou lékařek se vrátily úspěšně všechny dotazníky, i po druhém pokusu. Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků, v každém kraji 60. Ale do výzkumu jsem zařadila 110 dotazníků, z každého kraje jich bylo 55. Za každý kraj bylo vyřazeno 5 dotazníků, celkem tedy 10, pro neúplnost dat. návratnost tedy činí 91,7 % jak ze Středočeského kraje, tak i z kraje Východočeského.

Výzkum byl realizován od ledna do dubna roku 2014.

K výzkumu byla použita metoda dotazníku, který obsahoval 28 otázek. Dotazník byl vytvořen vlastní konstrukcí po prostudování odborné literatury.

Byly použity otázky uzavřené, zejména dichotomické, otevřené, polouzavřené, filtrační, kontrolní a také identifikační.

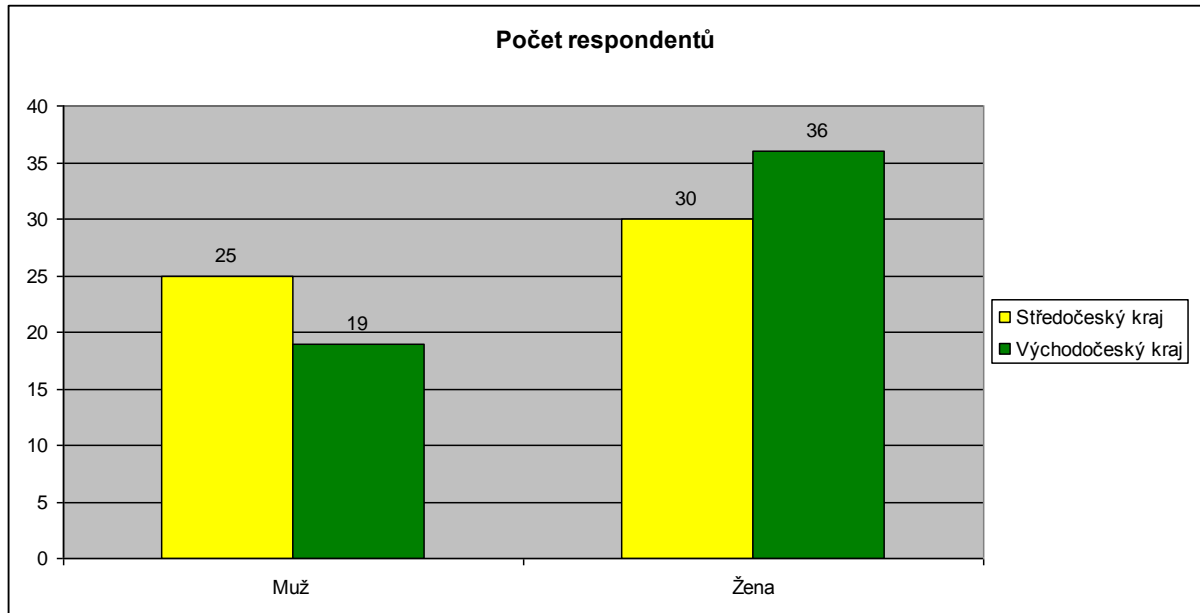
Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný. Anonymita dotazníků byla zajištěna několika způsoby. Prvním způsobem bylo, že jsem pacienty/klienty upozornila, aby se nikam na dotazník nepodepisovali. Dále, že každý pacient/klient vhodí dotazník po vyplnění do uzavřené papírové krabice s otvorem, kterou jsem vyrobila a byla u lékařek v ordinaci na stole. Nakonec následovalo ujištění pacientů/klientů, že dotazníky jsou jen pro moji potřebu a nikdo jiný je číst nebude.

Všechna data z dotazníku jsou zpracována v grafech v aplikaci MS Excel. Grafy jsou uvedeny v absolutních četnostech.

12 Analýza výsledků

Otázka č.1 + Otázka č. 2

Z jakého kraje pocházíte + Jaké je Vaše pohlaví?



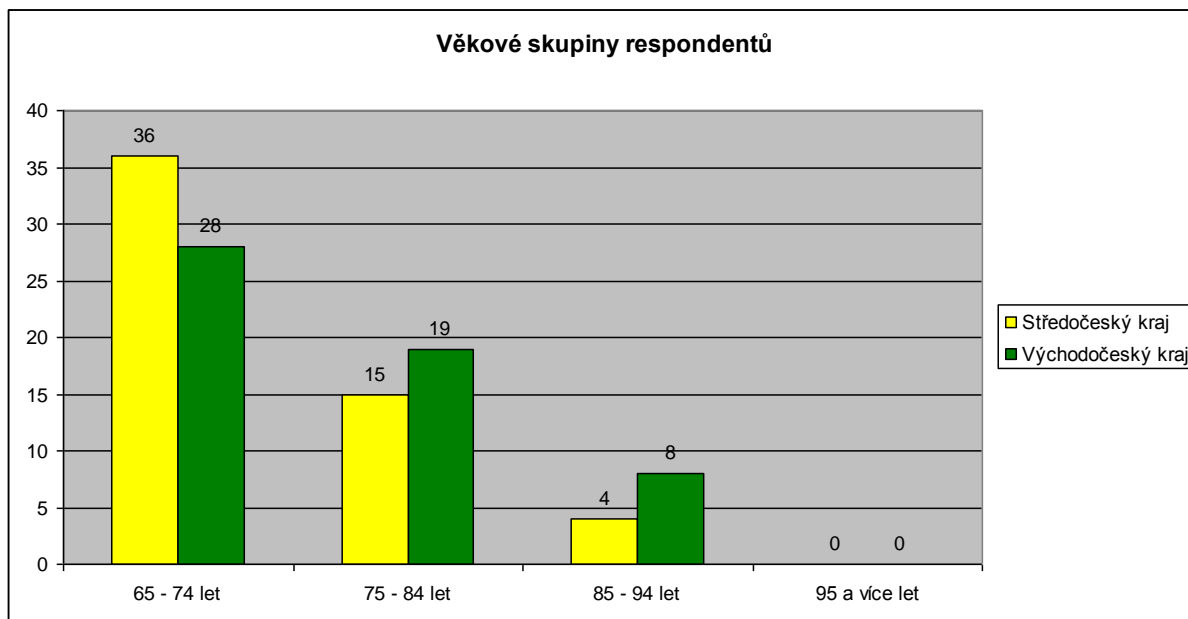
Obrázek 1 Počet respondentů Středočeského a Východočeského kraje

Z celkového počtu 110 dotazovaných respondentů bylo 55 osob ze Středočeského kraje, tedy 25 mužů a 30 žen, z Východočeského kraje činil celkový počet respondentů také 55 osob, z toho mužů 19 a žen 36. (viz. Obrázek 1)

Z čehož vyplývá, že zde jsou nepatrné rozdíly v počtu mužů a žen. Počet žen ve Středočeském kraji zaujímá 54,5 % a 45,5 % dotazovaných udává počet mužů. Počet žen ve Východočeském kraji tvoří 65,5 % a 34,5 % dotazovaných činí počet mužů.

Otázka č. 3

Kolik je Vám let?

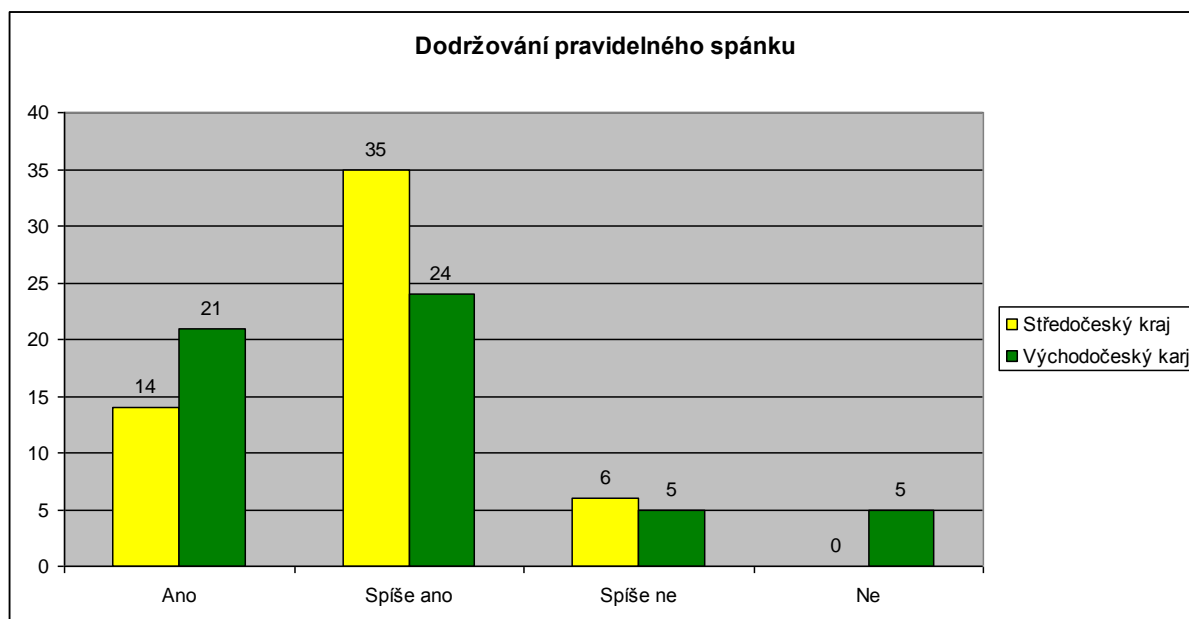


Obrázek 2 Věkové skupiny respondentů

Obrázek 2 Věkové skupiny respondentů nám ukazuje, že nejvyšší skupinu zaujímají lidé ve věku 65-74let, což činí 36 (65,5 %) ze Středočeského kraje a 28 (51 %) z Východočeského kraje. Ve věku 75-84 let činí 15 (27,3 %) respondentů ze Středočeského kraje a z kraje Východočeského činí celkem respondentů 19(34,5 %). Skupinu 85-94 let činí celkově 4 (7,2 %) a z kraje Východočeského 8 (14,5 %). Věk 95 a více let neuvedl žádný z dotazovaných.

Otázka č. 4

Chodíte spát pravidelně každý den ve stejnou dobu?



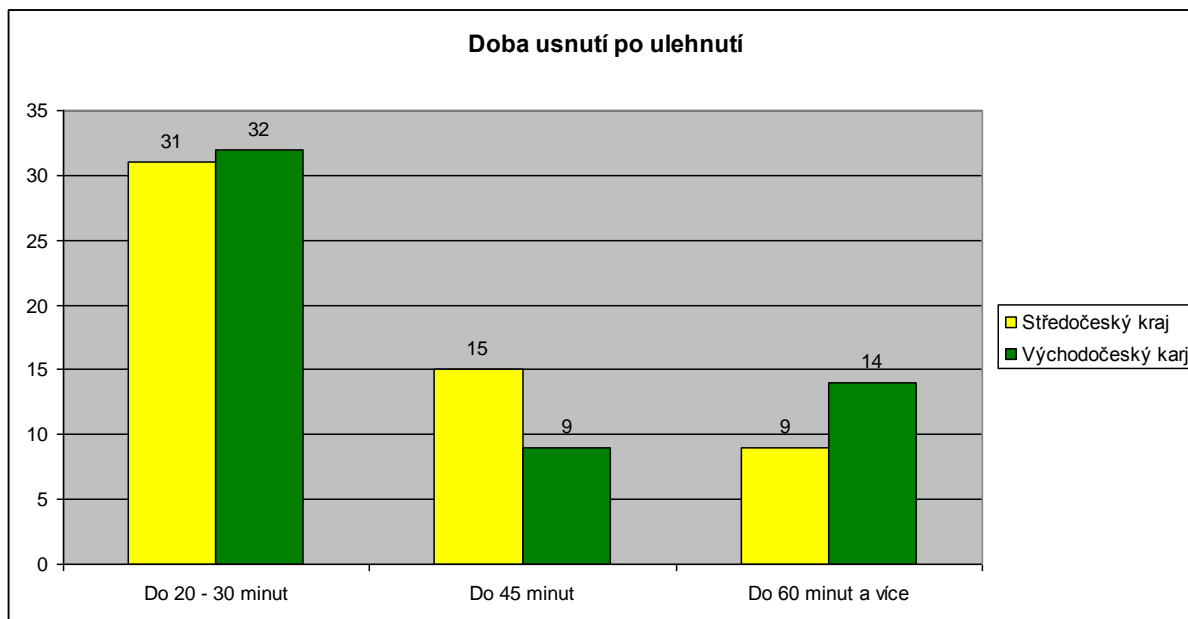
Obrázek 3 Dodržování pravidelného spánku

Z uvedeného Obrázku 3 je zřejmé, že 35 (63,6 %) respondentů Středočeského kraje a 24 (43,6 %) respondentů Východočeského kraje spíše dodržují pravidelný spánek. Respondentů, kteří uvedli, že zcela dodržují pravidelný spánek je 14 (25,5 %) ze Středočeského kraje a 21 (38,2 %) z Východočeského kraje.

Odpověď, kdy respondenti spíše nedodržují pravidelnost spánku, uvedlo 6 (10,9 %) dotazovaných Středočeského kraje a 5 (9,1 %) dotazovaných Východočeského kraje. Respondentů nedodržujících vůbec pravidelnost spánku je 5 (9,1 %) z Východočeského kraje a žádný respondent ze Středočeského kraje.

Otázka č. 5

Za jak dlouhou dobu usnete po ulehnutí?



Obrázek 4 Doba usnutí po ulehnutí

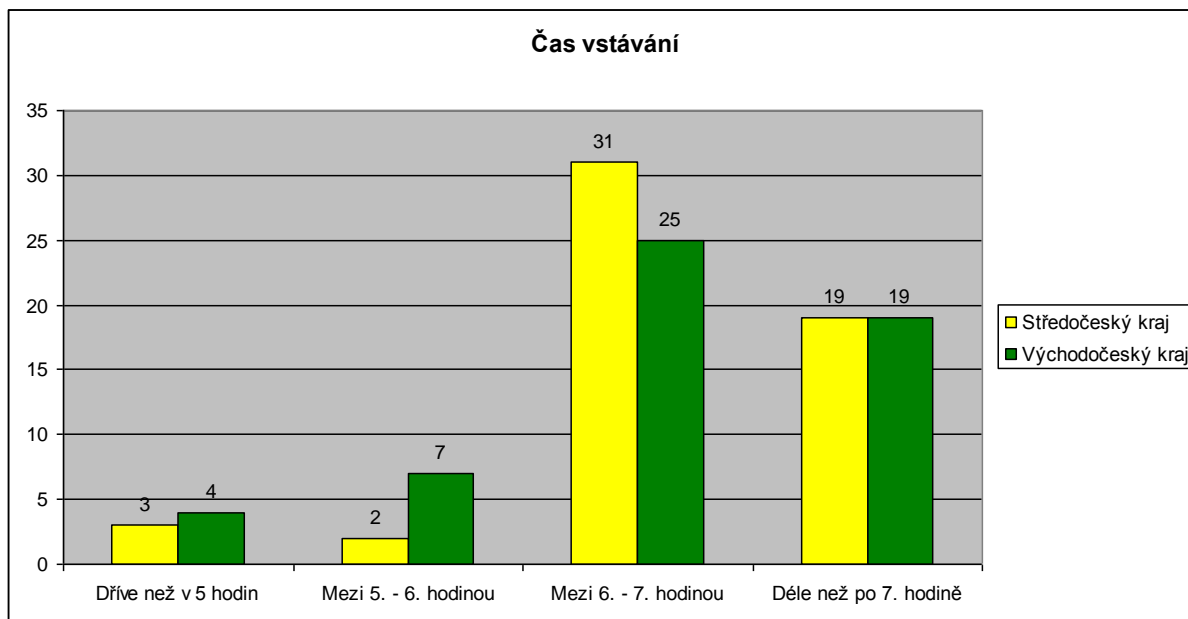
Z Obrázku 4 je vidět, že 31 (56,4 %) respondentů Středočeského kraje usne po ulehnutí do 20-30 minut, tuto možnost také uvádí 32 (58,2 %) respondentů Východočeského kraje.

Do 45 minut usne po ulehnutí 15 (27,3 %) osob Středočeského kraje a 9 (16,3 %) osob Východočeského kraje.

Odpověď, kdy respondenti uvádějí, že usnou po ulehnutí do 60 minut a více, uvedlo 9 (16,3 %) respondentů Středočeského kraje a 14 (25,5 %) respondentů Východočeského kraje.

Otázka č. 6

V kolik hodin vstáváte?



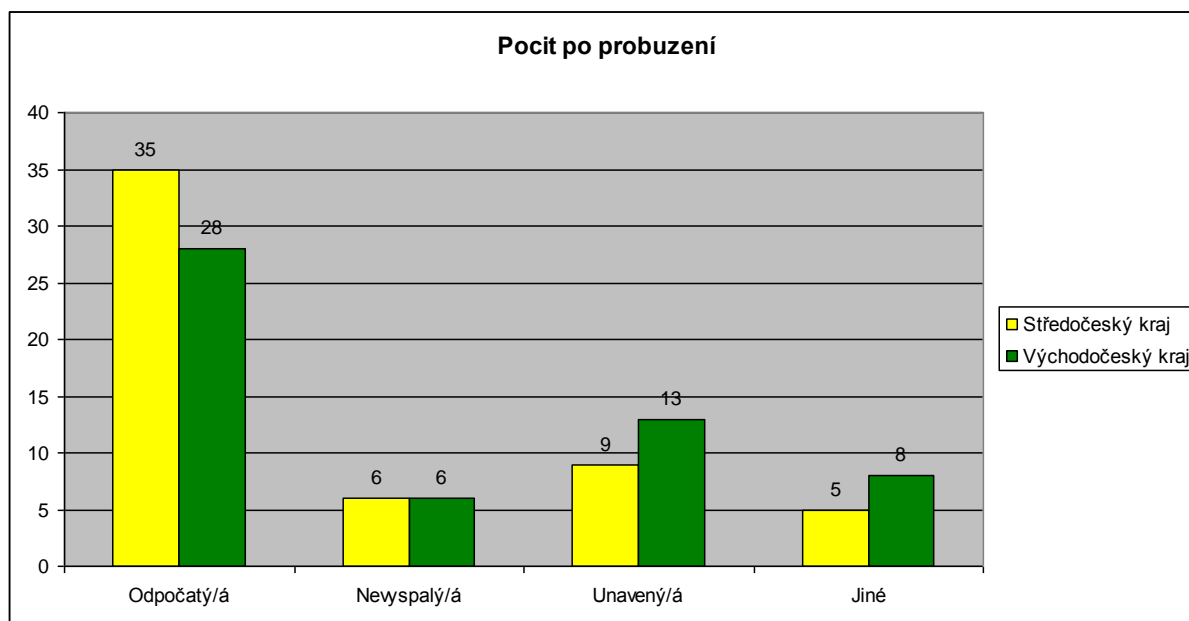
Obrázek 5 Čas vstávání

Odpověď na otázku v kolik hodin respondenti vstávají, ukazuje Obrázek 5, ze kterého je zřejmé, že nejčastěji respondenti vstávají mezi 6.-7. hodinou, což uvedlo 31 (56,4 %) respondentů ze Středočeského kraje a 25 (45,5 %) respondentů z Východočeského kraje. Čas déle než po 7. hodině uvedlo 19 (34,5 %) dotazovaných ze Středočeského kraje a 19 (34,5 %) dotazovaných z Východočeského kraje.

Za odpověď, že vstávají mezi 5.-6. hodinou, uvedli 2 (3,6 %) respondenti Středočeského kraje a 7 (12,7 %) respondentů Východočeského kraje. Možnost dříve než v 5 hodin zaznamenaly 3 (5,5 %) osoby za Středočeský kraj a 4 (7,3 %) osoby za Východočeský kraj.

Otázka č. 7

Jak se cítíte po probuzení?



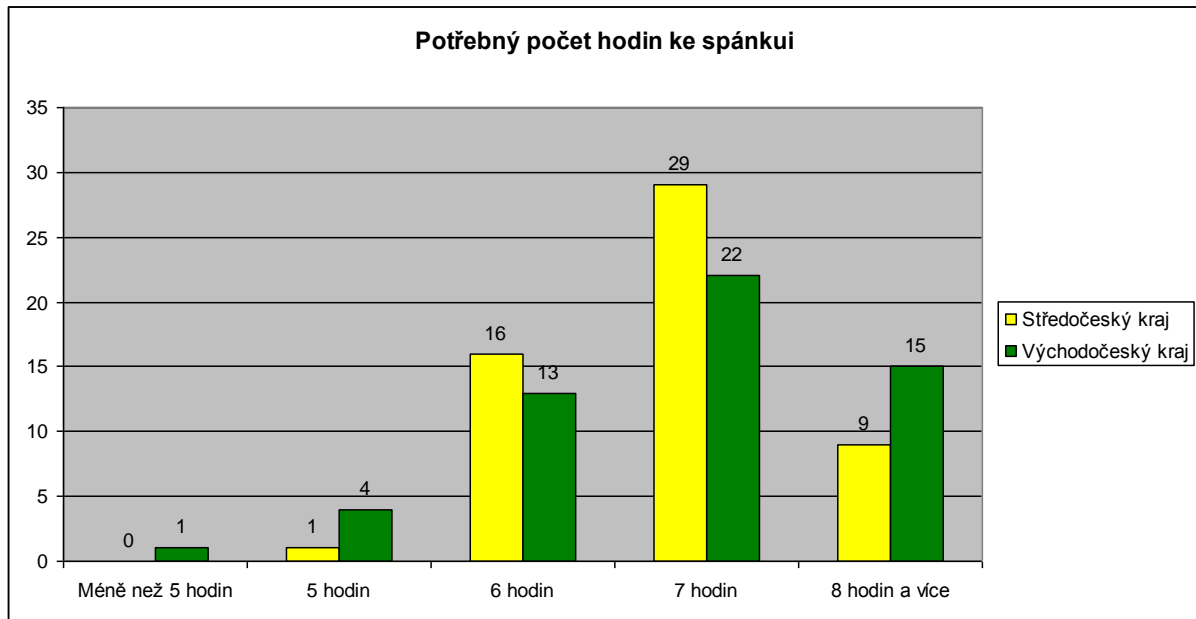
Obrázek 6 Pocit po probuzení

Po probuzení se cítí odpočatých 35 (63,6 %) respondentů Středočeského kraje a 28 (51 %) respondentů Východočeského kraje, jak zobrazuje Obrázek 6. Odpověď unavený/á uvedlo celkem 9 (16,4 %) respondentů Středočeského kraje a 13 (23,6 %) respondentů Východočeského kraje.

6 (10,9 %) osob ze Středočeského kraje a 6 (10,9 %) osob z Východočeského kraje uvedlo, že se cítí nevyspalý/á. Možnost jiné nejčastěji obsahovala odpověď-jak kdy, což činí 5 (9,1 %) respondentů Středočeského kraje a 8 (14,5 %) respondentů Východočeského kraje.

Otázka č. 8

Kolik hodin spánku potřebujete, abyste se cítil/a odpočatý/á?

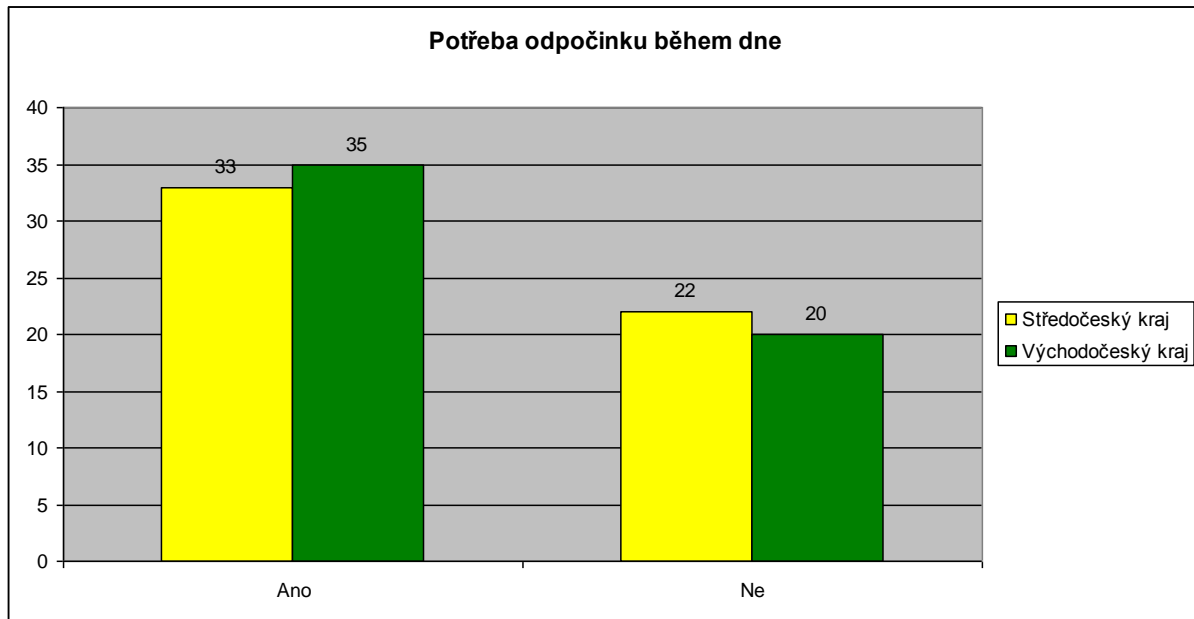


Obrázek 7 Potřebný počet hodin ke spánku

Obrázek 7 znázorňuje odpověď na otázku, kolik hodin spánku člověk potřebuje, aby se cítil odpočatý. Jako odpověď 7 hodin uvedlo 29 (52,7 %) respondentů Středočeského kraje a 22 (40,0 %) respondentů Východočeského kraje. 16 (29,1 %) respondentů Středočeského kraje a 13 (23,6 %) respondentů Východočeského kraje odpovědělo 6 hodin. Odpověď 8 hodin a více zaznamenalo 9 (16,4 %) respondentů Středočeského kraje a 15 (27,3 %) respondentů Východočeského kraje. 1 (1,8 %) respondent ze Středočeského kraje a 4 (7,3 %) respondenti z Východočeského kraje odpověděli, že potřebují 5 hodin spánku. Odpověď méně než 5 hodin na tuto otázku uvedlo 1 (1,8 %) respondent z Východočeského kraje a žádný respondent ze Středočeského kraje.

Otázka č. 9

Potřebujete si během dne jít odpočinout?

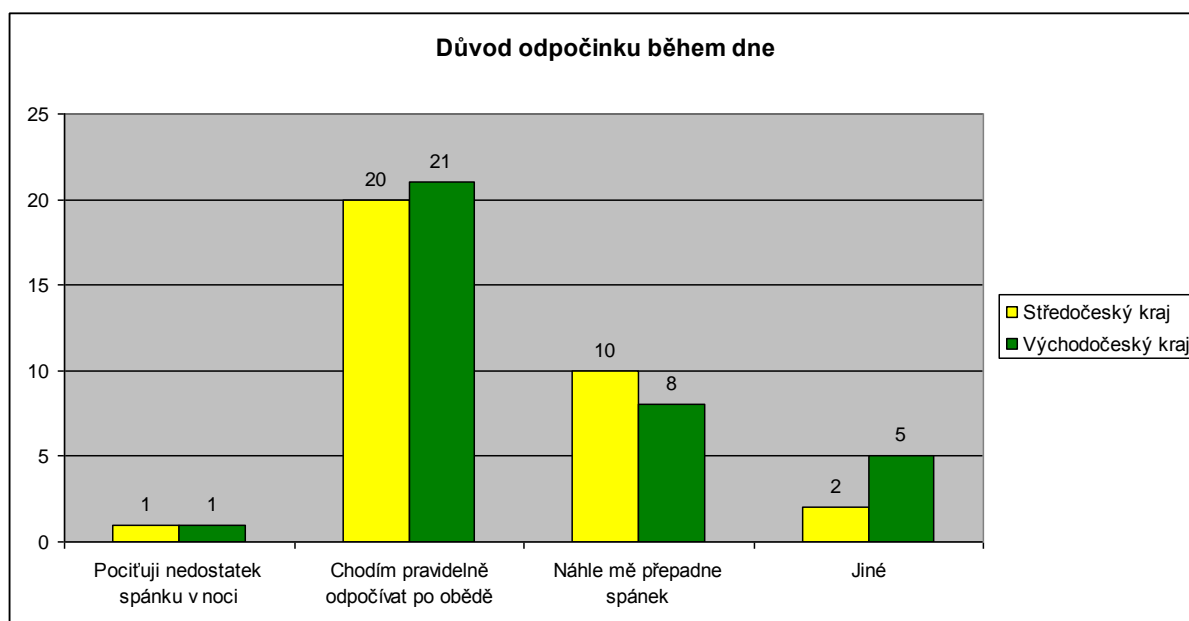


Obrázek 8 Potřeba odpočinku během dne

Obrázek 8 sleduje, zda si respondenti potřebují odpočinout během dne. 33 (60 %) respondentů ze Středočeského kraje a 35 (63,6 %) respondentů z Východočeského kraje uvedlo, že si potřebují odpočinout během dne. Naopak odpočinout si během dne nepotřebuje 22 (40,0 %) respondentů Středočeského kraje a 20 (36,4 %) respondentů Východočeského kraje.

Otázka č. 10

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, z jakého důvodu si jdete během dne odpočinout?



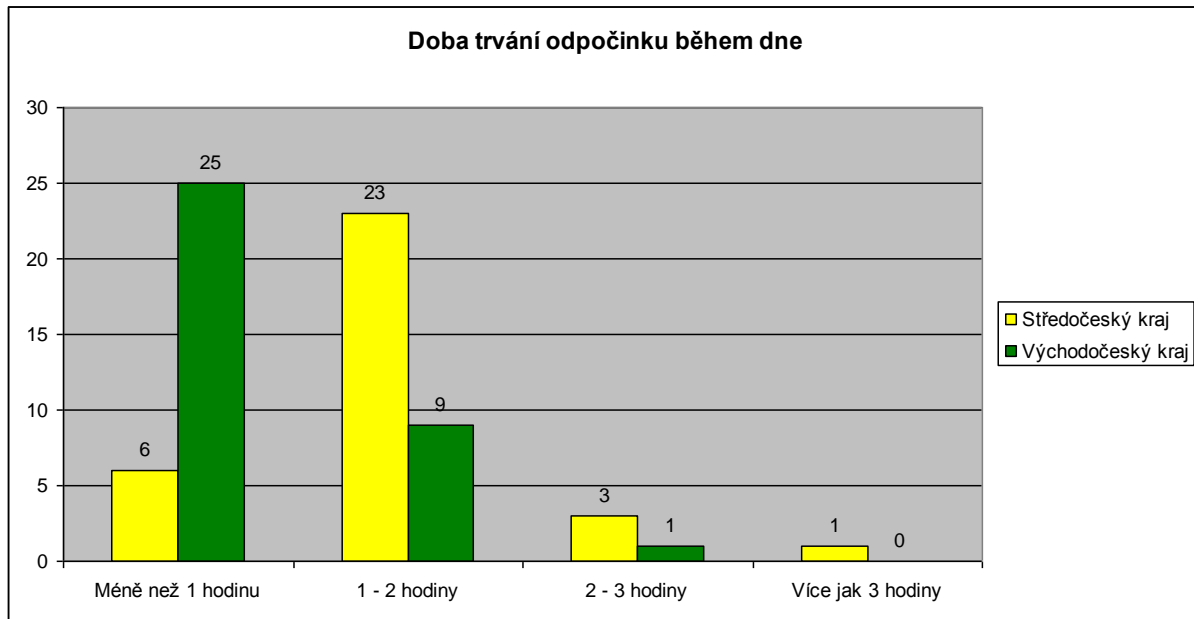
Obrázek 9 Důvod odpočinku během dne

Obrázek 9 zde seznamuje s důvodem odpočinku během dne, kdy potřebu odpočinku zaznamenalo celkem 33 respondentů Středočeského kraje a 35 respondentů Východočeského kraje. 20 (60,6 %) respondentů Středočeského kraje a 21 (60,0 %) respondentů Východočeského kraje odpovědělo, že chodí pravidelně odpočívat po obědě. Náhlé přepadnutí spánku uvedlo 10 (30,3 %) respondentů Středočeského kraje a 8 (22,8 %) respondentů Východočeského kraje. Odpověď jiné, kde nejčastěji byly uvedeny bolesti zad, kloubů a únava, zaznamenaly 2

(6,1 %) respondenti Středočeského kraje a 5 (14,3 %) respondentů Východočeského kraje. Možnost nedostatku spánku v noci uvedl 1 (3,0 %) respondent Středočeského kraje a 1 (2,9 %) respondent Východočeského kraje.

Otázka č. 11

Jdete-li si během dne odpočinout, kolik hodin spíte?

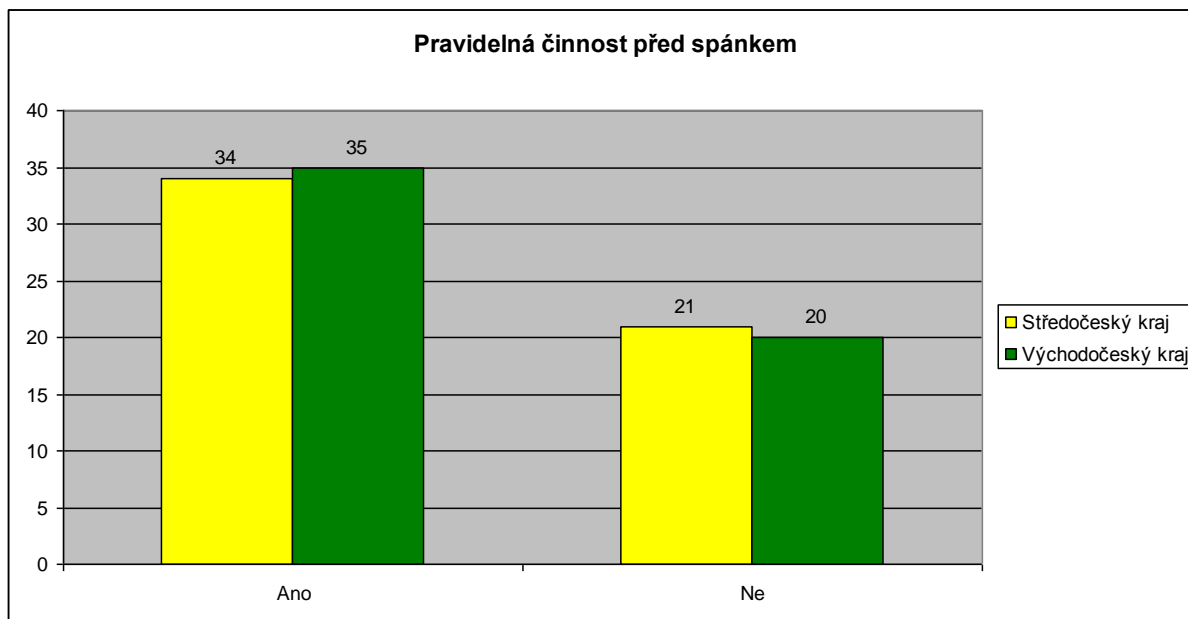


Obrázek 10 Doba trvání odpočinku během dne

Obrázek 10 znázorňuje, kolik hodin respondenti spí, pokud si jdou během dne odpočinout. Odpověď méně než 1 hodinu byla zaznamenána 6 (10,9 %) respondenty Středočeského kraje a 25 (71,4 %) respondenty Východočeského kraje. 1-2 hodiny spí celkem 23 (69,7 %) osob Středočeského kraje a 9 (25,7 %) osob Východočeského kraje. V těchto 2 otázkách jsou podstatně rozdílné odpovědi. 2-3 hodiny uvedli 3 (9,1 %) respondenti Středočeského kraje a 1 (2,8 %) respondent Východočeského kraje. Odpověď více jak 3 hodiny byla uvedena 1 (3 %) dotazovaným ze Středočeského kraje, tuto odpověď však neuvedl žádný dotazovaný z Východočeského kraje.

Otázka č. 12

Provádíte před spánkem pravidelně nějakou činnost?

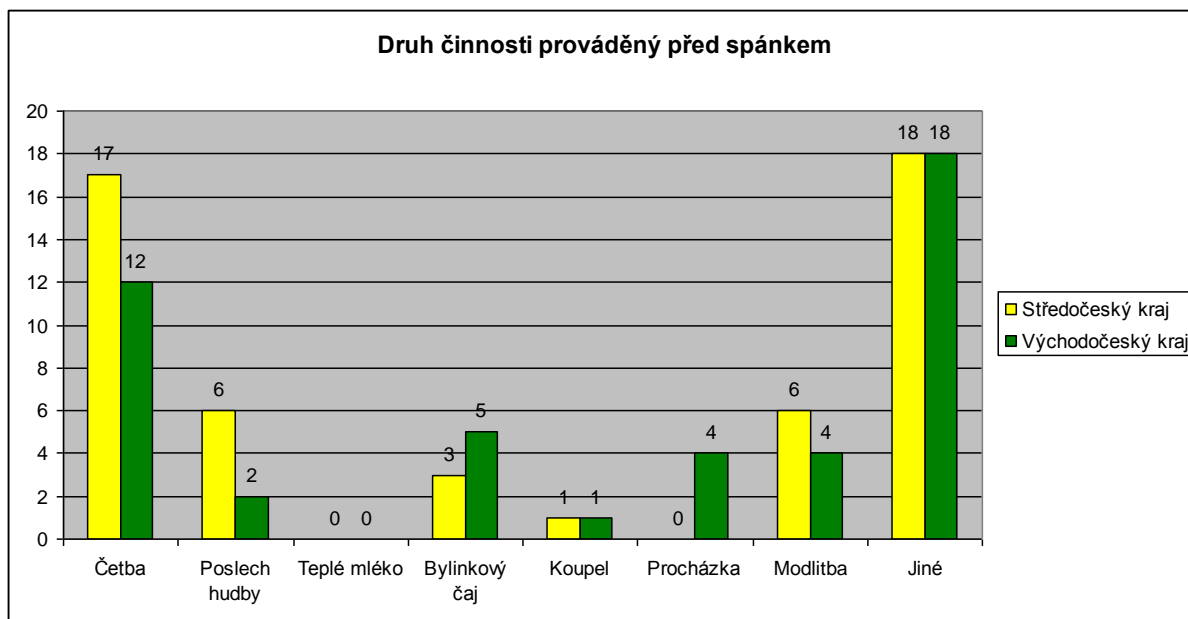


Obrázek 11 Pravidelná činnost před spánkem

Obrázek 11 znázorňuje, zda-li respondenti provádí nějakou pravidelnou činnost před spánkem. 34 (61,8 %) respondentů Středočeského kraje a 35 (63,6 %) respondentů Východočeského kraje provádí pravidelnou činnost před spánkem. 21 (38,2 %) respondentů Středočeského kraje a 20 (36,4 %) Východočeského kraje neprovádí žádnou činnost před spánkem.

Otázka č. 13

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, jakou činnost provádíte? (možno označit více odpovědí)

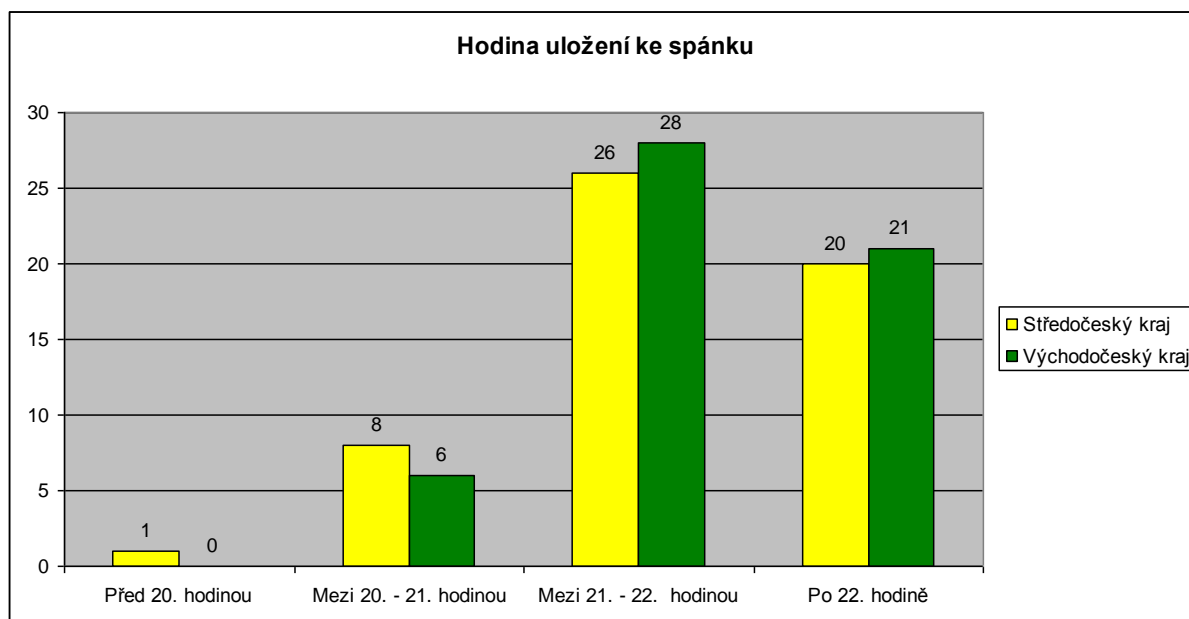


Obrázek 12 Druh činnosti prováděný před spánkem

Obrázek 12 se zabýval druhy činností prováděnými před spánkem, v této otázce bylo možné označit více odpovědí, respondenti zde mohli uvést odpověď jiné, kde nejčastěji dotazovaní uváděli jako odpověď televize, křížovky, což činí 18 (35,3 %) dotazovaných ze Středočeského kraje a 18 (39,1 %) dotazovaných z Východočeského kraje. Dále byla často uváděna jako odpověď četba, kterou uvedlo 17 (33,3 %) respondentů Středočeského kraje a 12 (26,1 %) respondentů Východočeského kraje. Modlitbu uvádí 6 (11,8 %) respondentů Středočeského kraje a 4 (8,7 %) respondenti Východočeského kraje, poslech hudby se vyskytuje v 6 (11,8 %) případech Středočeského kraje a ve 2 (4,3 %) případech Východočeského kraje, bylinkový čaj 3 (5,9 %) respondenti Středočeského kraje a 5 (10,9 %) respondentů Východočeského kraje, procházku uvedli 4 (8,7 %) respondenti Východočeského kraje a žádný respondent Středočeského kraje, koupel 1 (1,9 %) respondent Středočeského kraje a 1 (2,2 %) respondent Východočeského kraje. Teplé mléko jako pravidelnou činnost před spaním neuvedl nikdo.

Otázka č. 14

V kolik hodin chodíte spát?

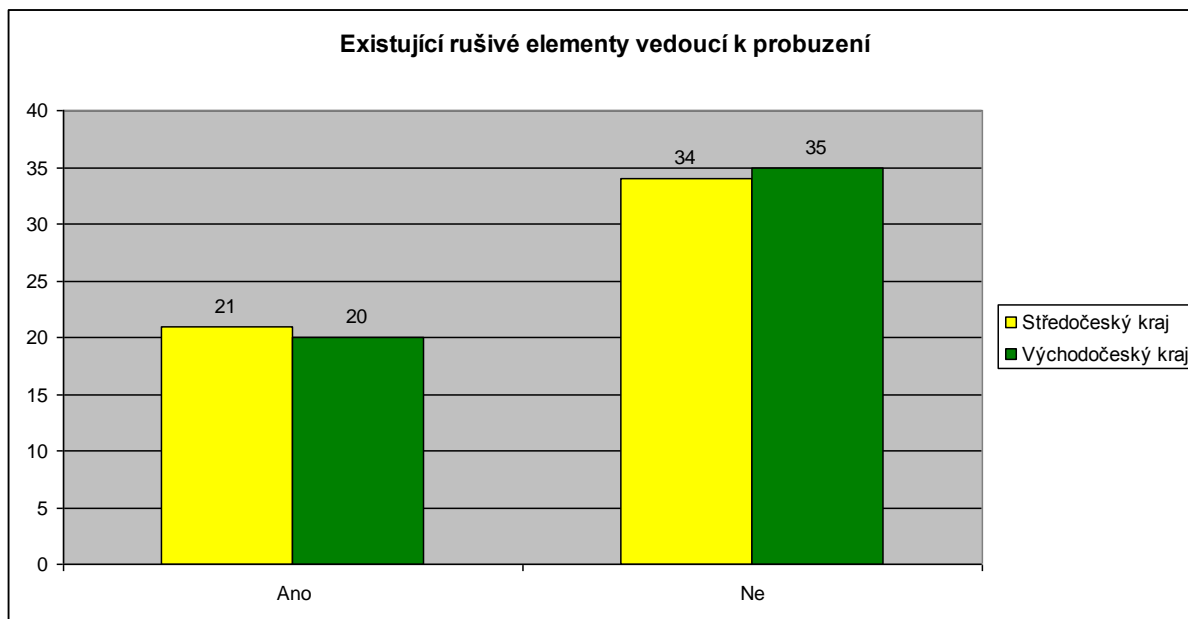


Obrázek 13 Hodina uložení ke spánku

Obrázek 13 znázorňuje, kdy se nejčastěji dotazovaní ukládají ke spánku. Největší četnost zastupovala odpověď mezi 21.-22. hodinou, kdy takto odpovědělo 26 (47,3 %) respondentů Středočeského kraje a 28 (50,9 %) respondentů Východočeského kraje. Poté následovalo odpovězení po 22. hodině, kdy tuto odpověď tvořilo 20 (36,4 %) dotazovaných ze Středočeského kraje a 21 (38,2 %) dotazovaných z Východočeského kraje. Mezi 20.-21. hodinou odchází spát 8 (14,5 %) respondentů Středočeského kraje a 6 (10,9 %) respondentů Východočeského kraje. Odpověď před 20. hodinou zahrnuje 1 (1,8 %) respondenta ze Středočeského kraje a žádného respondenta z Východočeského kraje.

Otázka č. 15

Existují ve Vašem okolí nějaké rušivé elementy, které Vás během noci budí?

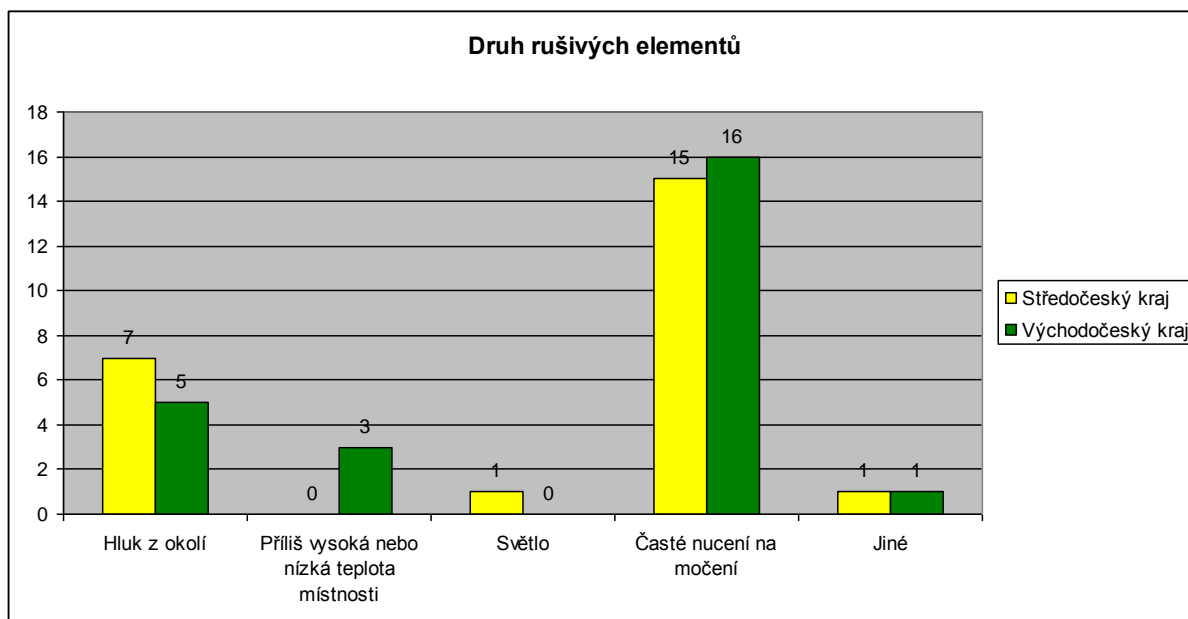


Obrázek 14 Existující rušivé elementy vedoucí k probuzení

Na Obrázku 14 je vidět, jestli v okolí respondentů se vyskytují nějaké rušivé elementy, které je v noci budí. 34 (61,8 %) respondentů Středočeského kraje a 35 (63,6 %) respondentů Východočeského kraje nic neruší během spánku. Naopak 21 (38,2 %) respondentů Středočeského kraje a 20 (36,4 %) respondentů Východočeského kraje vyrušují nějaké elementy ze spánku.

Otázka č. 16

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, co Vás ruší? (možno označit více odpovědí)

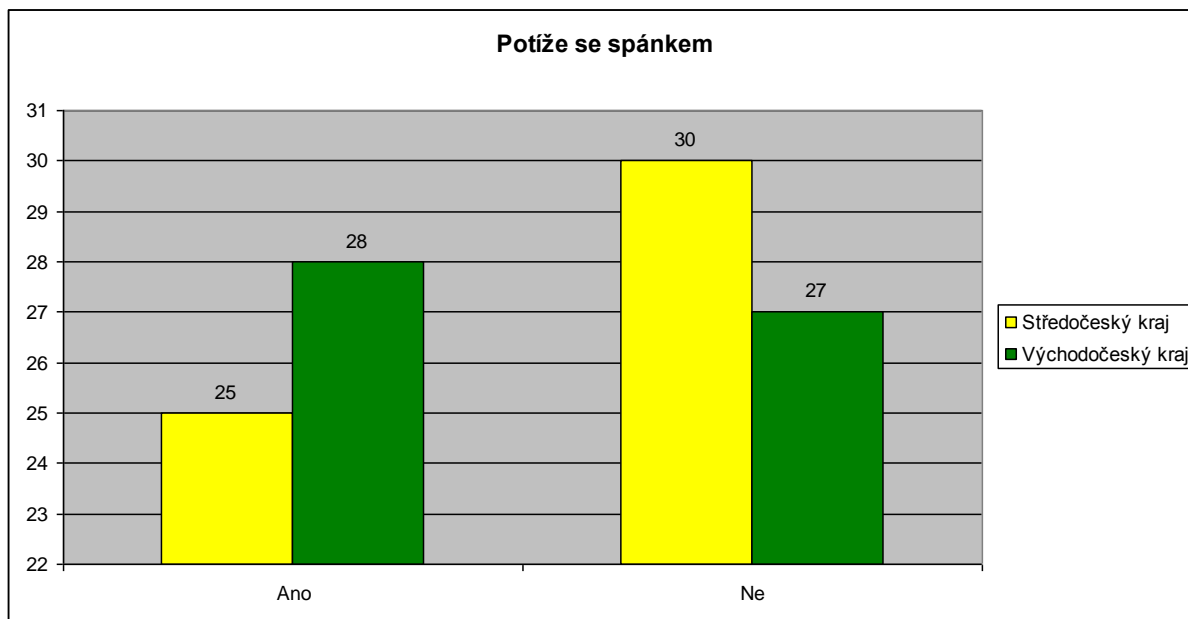


Obrázek 15 Druh rušivých elementů

Obrázek 15 ukazuje, jaké druhy elementů ruší dotazované ze spánku. Největší četnost měla odpověď časté nucení na močení, kdy tak odpovědělo 15 (62,5 %) dotazovaných Středočeského kraje a 16 (64,0 %) dotazovaných Východočeského kraje. Dále následovala odpověď hluk z okolí, kterou uvedlo 7 (29,1 %) dotazovaných Středočeského kraje a 5 (20,0 %) dotazovaných Východočeského kraje. Příliš vysoká nebo nízká teplota místnosti trápila 3 (12,0 %) respondentů Východočeského kraje a žádného respondenta ze Středočeského kraje. Odpověď světlo uvedl 1 (4,2 %) respondent Středočeského kraje a žádný respondent Východočeského kraje. Na možnost jiné odpověděl 1 (4,2 %) respondent ze Středočeského kraje a 1 (4,0 %) respondent z Východočeského kraje, kdy nejčastěji uváděnou odpovědí byly sny.

Otázka č. 17

Máte nějaké potíže se spánkem?

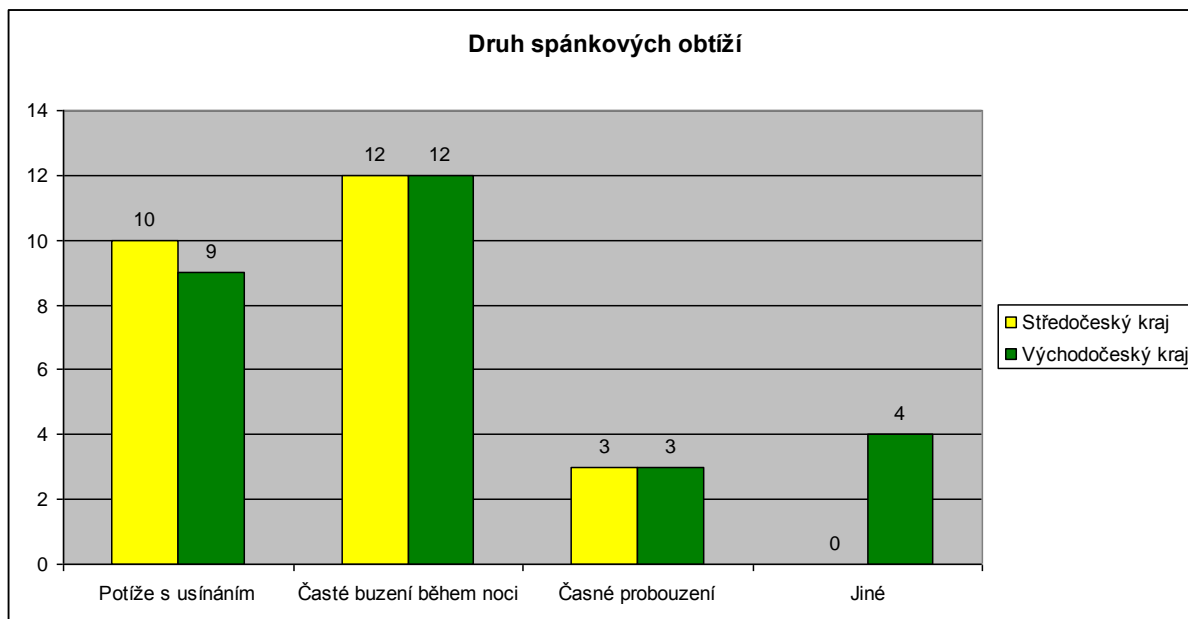


Obrázek 16 Potíže se spánkem

Na Obrázku 16 je vidět, jestli oslovení respondenti mají nějaké potíže se spánkem. 25 (45,4 %) dotazovaných Středočeského kraje a 28 (50,9 %) trápí nějaké potíže se spánkem. Žádné potíže se spánkem nemá 30 (54,5 %) dotazovaných Středočeského kraje a 27 (49,1 %) dotazovaných Východočeského kraje.

Otázka č. 18

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, jaké máte potíže?

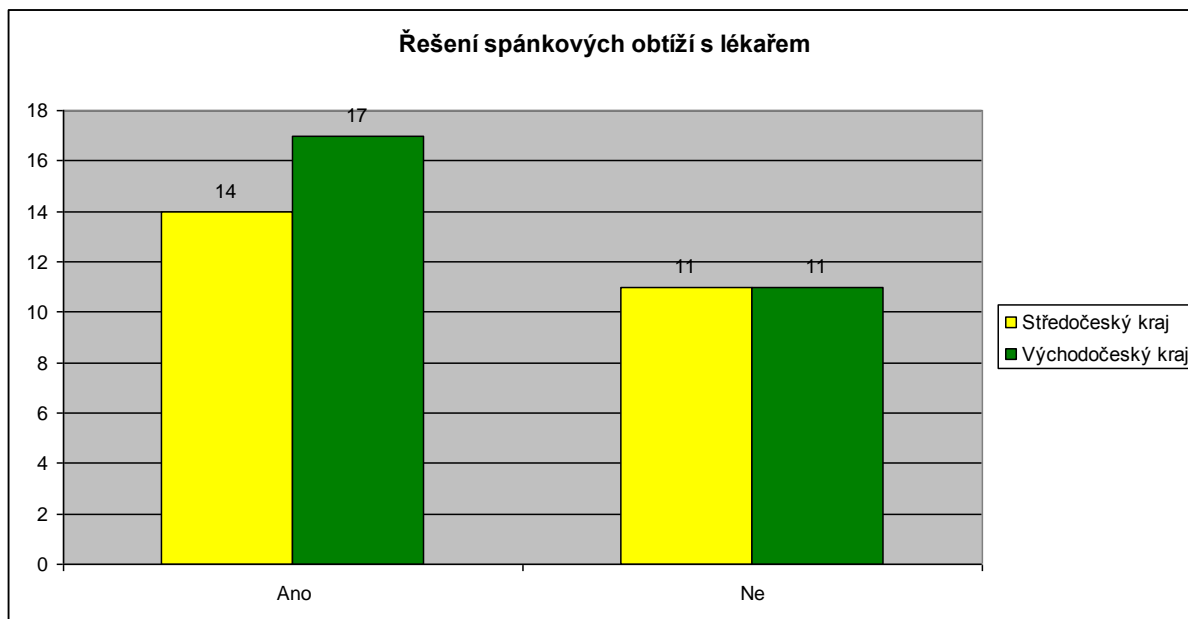


Obrázek 17 Druh spánkových obtíží

Obrázek 17 zobrazuje, jakými spánkovými obtížemi nejčastěji trpí oslovení respondenti. Největší četnosti dosahovala odpověď časté buzení během noci, která byla uvedena 12 (48,0 %) respondenty Středočeského kraje a 12 (42,9 %) respondenty Východočeského kraje. Potíže s usínáním trápí 10 (40,0 %) oslovených ze Středočeského kraje a 9 (32,1 %) oslovených z Východočeského kraje. Časné probouzení zaznamenali 3 (12,0 %) respondenti Středočeského kraje a 3 (10,7 %) respondenti Východočeského kraje. Možnost jiné uvedli 4 respondenti (14,3 %) Východočeského kraje, kde převážně zazněly kombinace těchto poruch a tuto odpověď nezaznamenal žádný respondent Středočeského kraje.

Otázka č. 19

Vyskytují-li se u Vás potíže se spánkem, řešil/a jste je se svým lékařem?

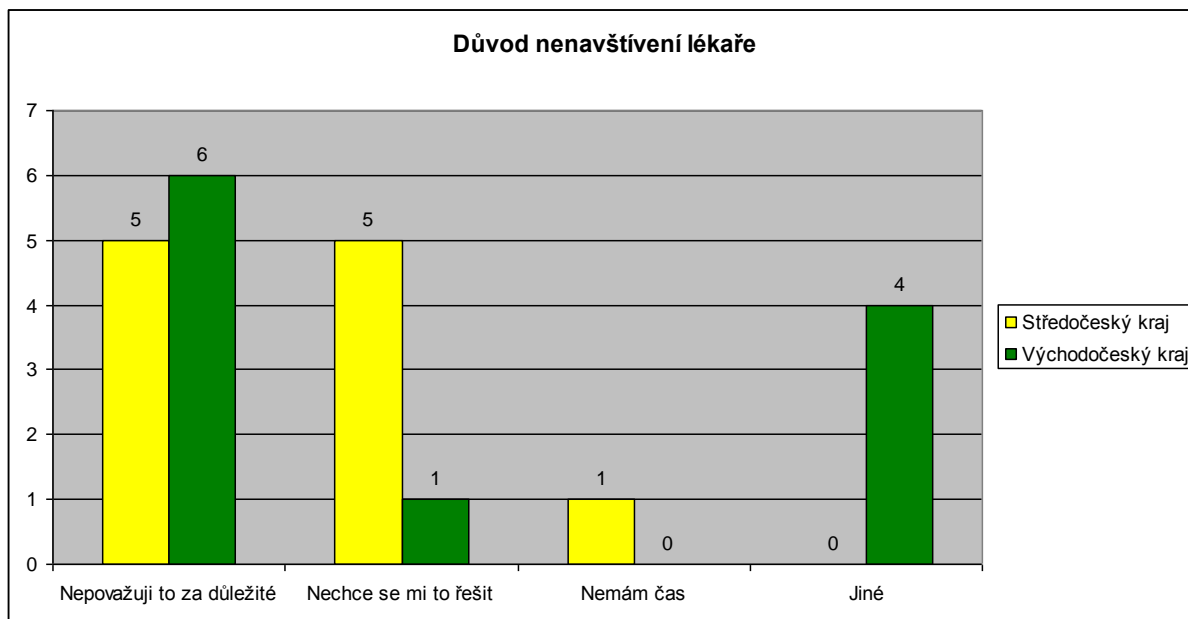


Obrázek 18 Řešení spánkových obtíží s lékařem

Obrázek 18 nás seznamuje, kolik oslovených respondentů řeší své spánkové obtíže s lékařem. 14 (56,0 %) oslovených ze Středočeského kraje a 17 (60,7 %) z Východočeského kraje řeší své potíže s lékařem. Naopak 11 (44,0 %) dotazovaných Středočeského kraje a 11 (39,3 %) dotazovaných Východočeského kraje své problémy s lékařem neřeší.

Otázka č. 20

Pokud jste na předchozí otázku odpověděli NE, z jakého důvodu jste nenavštívil/a lékaře?

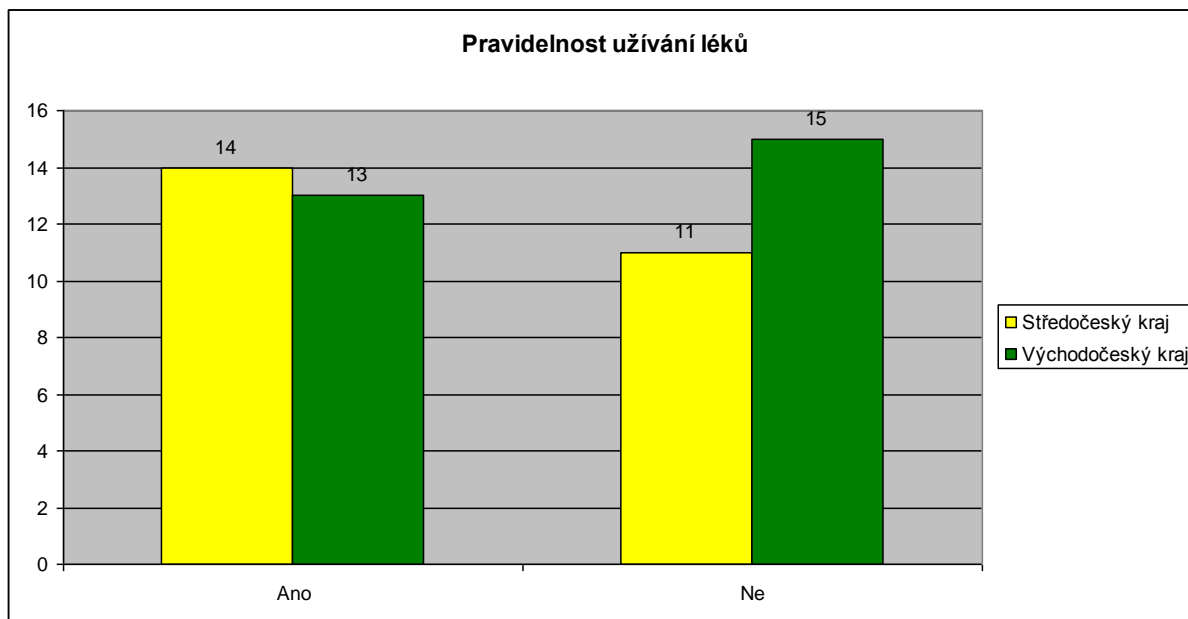


Obrázek 19 Důvod nenavštívení lékaře

Na Obrázku 19 je viditelné, proč dotazovaní nenavštívili lékaře, i když je mohou trápit potíže se spánkem. 5 (45,4 %) respondentů Středočeského kraje a 6 (54,5 %) respondentů Východočeského kraje to nepovažuje za důležité. 5 (45,4 %) dotazovaným ze Středočeského kraje a 1 (9,1 %) dotazovanému z Východočeského kraje se to nechce řešit. 1 (9,1 %) osoba Středočeského kraje na to nemá čas, tuto odpověď neoznačila žádná z osob Východočeského kraje. Možnost jiné uvedli 4 (36,4 %) respondenti Východočeského kraje, kde nejčastěji uváděli, že se lékař neptal, a žádný respondent ze Středočeského kraje.

Otázka č. 21

Užíváte pravidelně nějaké léky na spaní?

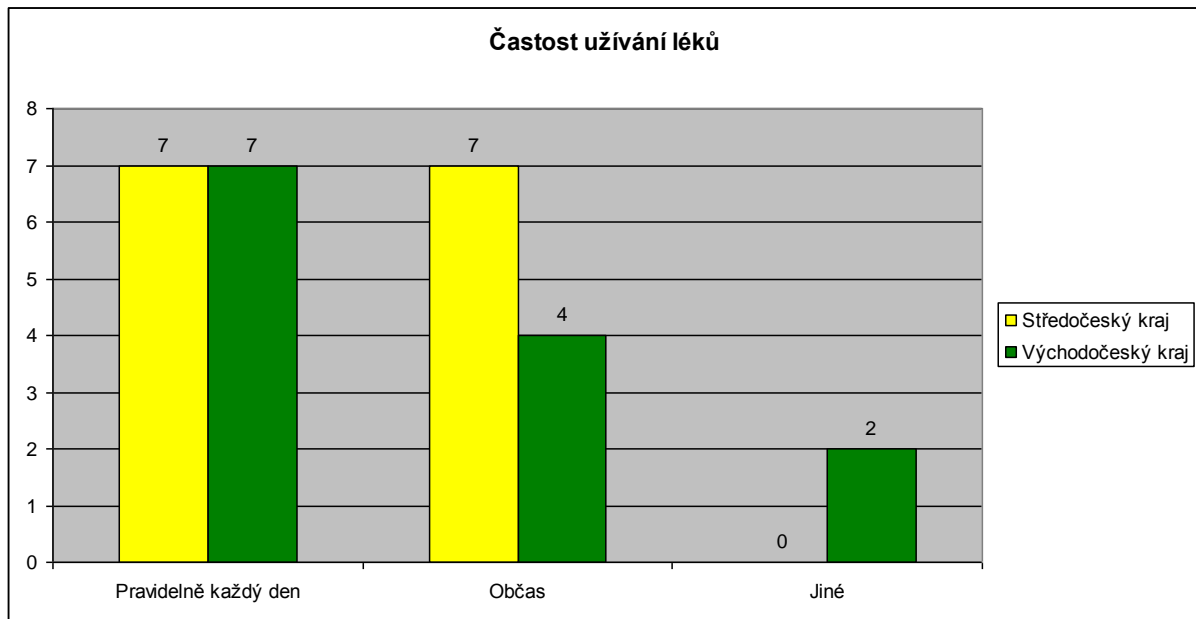


Obrázek 20 Pravidelnost užívání léků

Obrázek 20 popisuje, jestli dotazovaní užívají pravidelně nějaké léky na spaní. 14 (56,0 %) oslovených ze Středočeského kraje a 13 (46,4 %) oslovených z Východočeského kraje uvedlo, že pravidelně užívají léky na spaní. 11 (44,0 %) respondentů Středočeského kraje a 15 (53,6 %) Východočeského kraje uvedlo, že neužívají léky na spaní.

Otázka č. 22

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, jak často je užíváte?

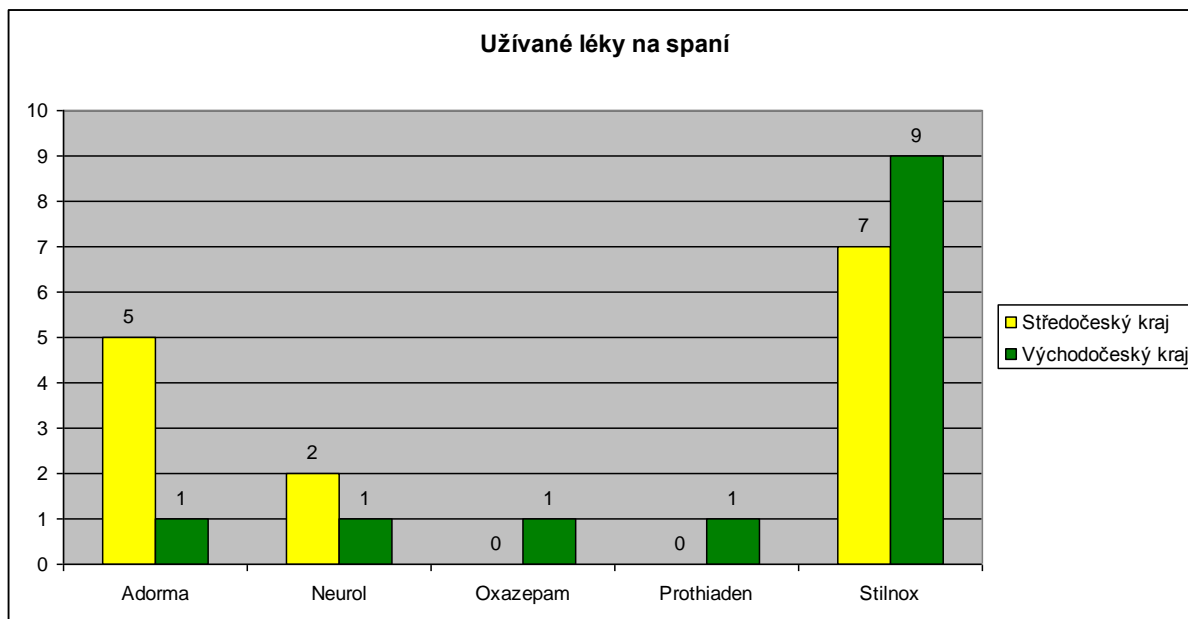


Obrázek 21 Častost užívání léků

Obrázek 21 nám představuje, jak často respondenti užívají léky na spaní. 7 (50,0 %) dotazovaných ze Středočeského kraje a 7 (53,8 %) dotazovaných z Východočeského kraje užívá léky pravidelně každý den, 7 (50,0 %) dotazovaných ze Středočeského kraje a 4 (30,8 %) dotazovaní z Východočeského kraje je užívá občas, možnost jiné uvedli 2 (15,4 %) respondenti Východočeského kraje, kde odpovědí bylo skoro vůbec a žádný respondent Středočeského kraje.

Otázka č. 23

Užíváte-li nějaký/é lék/y na spaní, napište prosím jejich název?

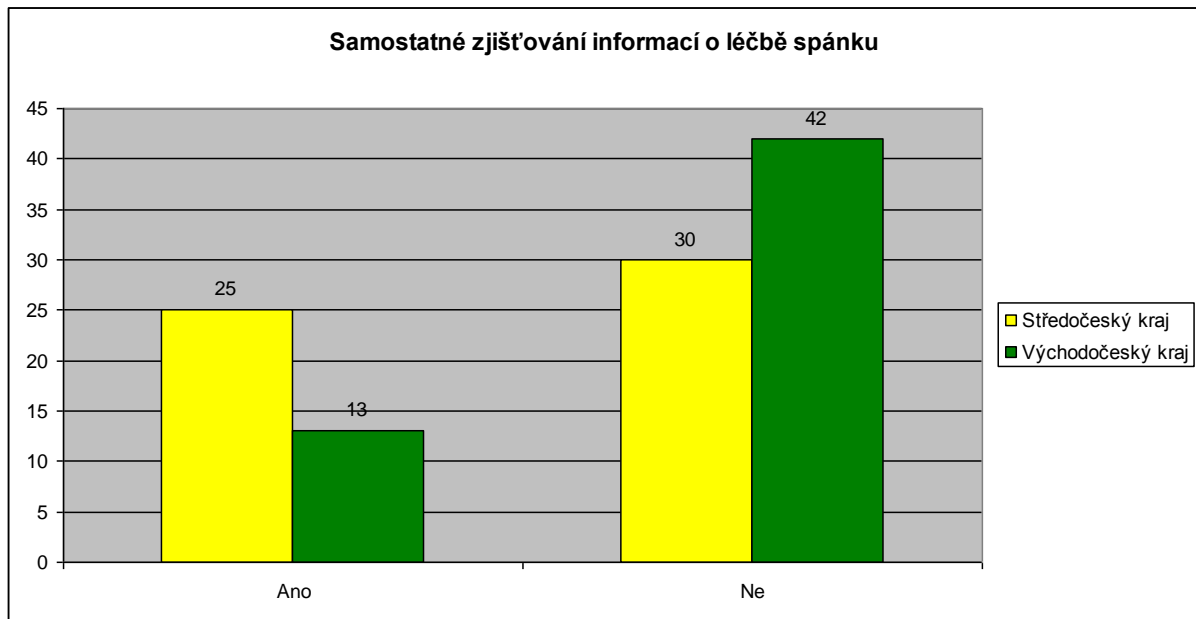


Obrázek 22 Užívané léky na spaní

Obrázek 22 poukazuje na to, jaké léky jsou nejčastěji užívány respondenty. Nejvíce osob odpovědělo, že užívá Stilnox, ze Středočeského kraje jich je 7 (50,0 %) a z Východočeského kraje činí počet osob 9 (69,2 %). Další často uváděným zástupcem je Adorma, kterou uvedlo 5 (35,7 %) dotazovaných ze Středočeského kraje a 1 (7,7 %) dotazovaný z Východočeského kraje. Také byl jmenován Neurol celkem 2 (14,3 %) respondenty ze Středočeského kraje a 1 (7,7 %) respondentem z Východočeského kraje, Oxazepam s Prothiadenem po 1 (7,7 %, 7,7 %) respondentovi z Východočeského kraje a žádný respondent ze Středočeského kraje tuto možnost neoznačil.

Otázka č. 24

Informoval/a jste se někdy o metodách léčby poruch spánku, jak si můžete pomoci sám/a?

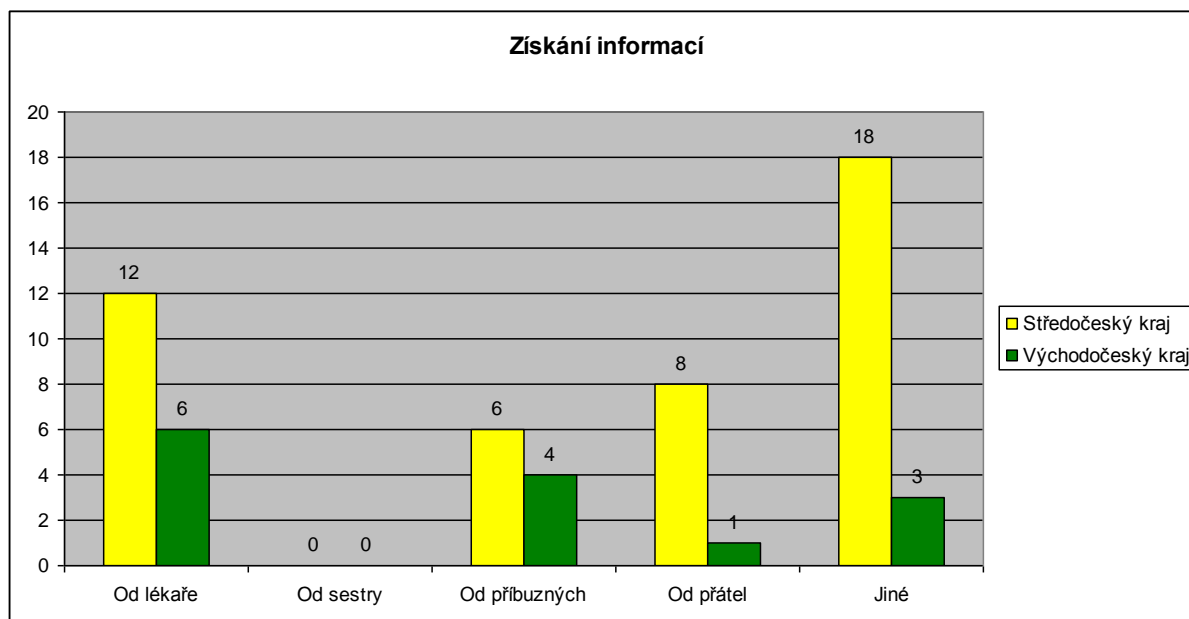


Obrázek 23 Samostatné zjišťování informací o léčbě spánku

Tento Obrázek 23 ukazuje, jestli se dotazovaní někdy informovali o metodách léčby poruch spánku, jakým způsobem si mohou pomoci sami. Je vidět, že 30 (54,5 %) respondentů Středočeského kraje a 42 (76,4 %) respondentů Východočeského kraje se samostatně o léčbě poruch spánku neinformovalo. I přesto 25 (45,4 %) respondentů Středočeského kraje a 30 (23,6 %) respondentů Východočeského kraje samo zjišťovalo informace o metodách léčby spánkových poruch.

Otázka č. 25

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, od koho jste informace získal/a? (možno označit více odpovědí)

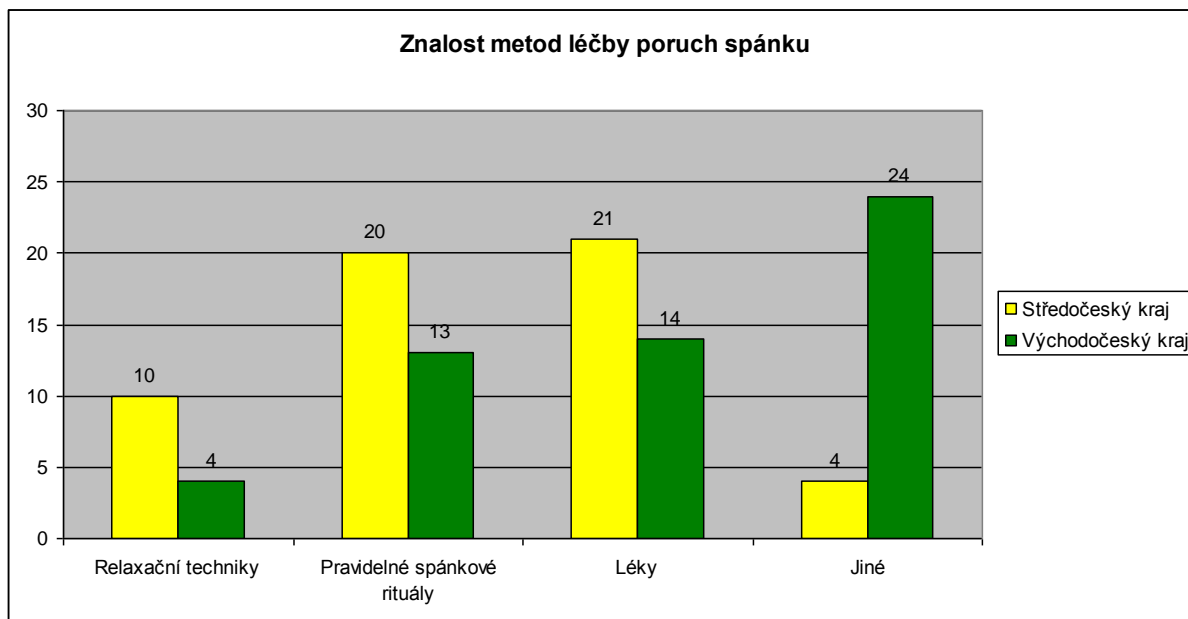


Obrázek 24 Získání informací

Obrázek 24 informuje, od koho respondenti získali informace týkající se léčebných metod spánkových poruch. Byla zde možnost jiné, kterou využilo 18 (40,9 %) dotazovaných ze Středočeského kraje a 3 (21,4 %) dotazovaní z Východočeského kraje, kdy nejčastěji byla uváděna odpověď tisk. Informace od lékaře získalo 12 (27,3 %) respondentů Středočeského kraje a 6 (42,9 %) respondentů Východočeského kraje, od přátel to činilo 8 (18,2 %) dotazovaných ze Středočeského kraje a 1 (7,1 %) dotazovaného z Východočeského kraje, od příbuzných bylo informováno 6 (13,6 %) osob Středočeského kraje a 4 (28,6 %) osob Východočeského kraje. Ani jeden z oslovených respondentů nevedl odpověď, že by byl informován od sestry.

Otázka č. 26

Jaké metody léčby poruch spánku znáte?



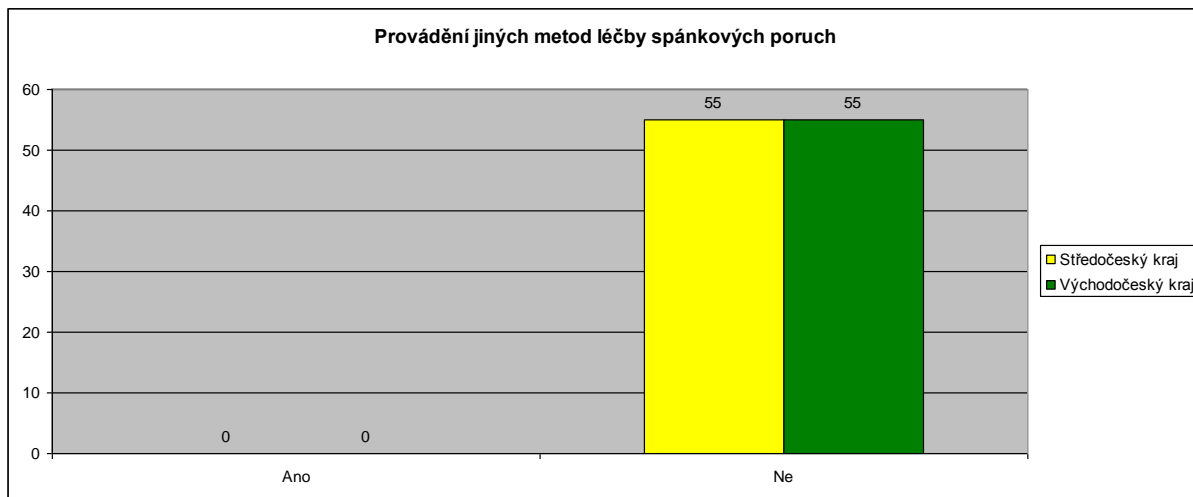
Obrázek 25 Znalost metod léčby poruch spánku

Obrázek 25 prověřuje znalosti, které souvisí s metodami léčby poruch spánku. Nejvíce uváděné jsou léky, které zahrnují 21 (38,2 %) respondentů Středočeského kraje a 14 (25,5 %) respondentů Východočeského kraje. Pravidelné spánkové rituály zná 20 (36,3 %) oslovených osob Středočeského kraje a 13 (23,6 %) oslovených osob Východočeského kraje. Možnost jiné do své odpovědi zahrnuli 4 (7,3 %) dotazovaní Středočeského kraje a 24 (43,6 %) dotazovaných Východočeského kraje, kdy nejčastější odpovědi byly kombinace metod. Relaxační techniky zaznamenalo 10 (18,2 %) respondentů Středočeského kraje a 4 (7,3 %) respondenti Východočeského kraje.

Otázka č. 27 + Otázka č. 28

Provádíte nějaké metody léčby poruch spánku kromě Vašich pravidelných rituálů před spaním?

Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, jaké metody využíváte?



Obrázek 26 Provádění jiných metod léčby spánkových poruch

Obrázek 26 ukazuje, zda-li respondenti provádějí jiné metody léčby spánkových poruch. Všechny 55 (100 %) dotazovaných Středočeského kraje a všechny 55 (100 %) dotazovaných Východočeského kraje uvedlo, že neprovádí žádné jiné léčebné metody spánkových poruch než pravidelné spánkové rituály a tudíž není proveden další Obr. na využívání jiných metod.

DISKUZE

Bakalářská práce se zabývala problematikou spánkových poruch seniorů navštěvující ordinaci praktických lékařů (primární péče). Byly porovnávány dva kraje, a to Středočeský a Východočeský, přičemž se mého výzkumu účastnilo celkem 110 respondentů, tedy 55 dotazovaných z každého kraje. přičemž větší počet zaujímaly ženy 30 (54,5 %) ve Středočeském kraji a 36 (65,5 %) žen ve Východočeském kraji, počet mužů činil 25 (45,5 %) ve Středočeském kraji a 19 (34,5 %) mužů ve Východočeském kraji.

S pacienty/klienty se mi dobře spolupracovalo a odráží se to i na návratnosti dotazníků, která byla 91,7 % z obou uvedených krajů. Nejčtenější skupinu tvořili respondenti ve věku 65-74 let, 36 (65,5 %) osob ve Středočeském kraji a 28 (51,0 %) osob ve Východočeském kraji.

V současné době se vyskytují velice často problémy se spánkem, zvláště u seniorů, proto jsem si stanovila 3 cíle práce. Prvním cílem bylo zjistit, zda nejčastějším problémem budou potíže s usínáním než časté buzení. Dále zjistit, zda spánkové poruchy způsobují špatné spánkové návyky a zda-li respondenti řeší své problémy se spánkem s lékařem.

První výzkumná otázka

Jako první výzkumnou otázku jsem si stanovila, že je předpokladem, že nejčastější spánkovou poruchou jsou potíže s usínáním než časté buzení během noci nebo časné probouzení. K této otázce se vztahují otázky číslo 17, 18. Zde vychází najevo, že 25 (45,4 %) respondentů Středočeského kraje a 28 (50,9 %) respondentů Východočeského kraje trápí obtíže se spánkem. Ukazuje se, že největší potíží je v častém buzení během noci, kdy tuto odpověď uvedlo 12 (48,0 %) dotazovaných ze Středočeského kraje a 12 (42,9 %) dotazovaných z Východočeského kraje. Časté buzení během noci také nejvíce vyšly v bakalářské práci Hany Válové z roku 2010, kdy tento problém uvedlo 43 % respondentů. Zajímavé je, že 30 (54,5 %) oslovených respondentů a 27 (49,1 %) oslovených respondentů Východočeského kraje neuvádí žádné obtíže se spánkem, což je mnohem větší část než je uvedena u potíží se spánkem, které trápí 25 (45,4 %) respondentů Středočeského kraje a 27 (49,1 %) respondentů Východočeského kraje. Přitom je zaznamenáno docela vysoké procento častého buzení během noci. Možná je to právě z důvodu, že ne všichni odpovídali pravdivě.

Druhá výzkumná otázka

U této otázky se naskytuje domněnka, že problémy poruch se spánkem způsobují špatné spánkové návyky. Tuto výzkumnou otázku ověřují otázky číslo 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 . Zde se zjišťuje, zda-li pacienti/klienti chodí pravidelně spát, kolik hodin spánku potřebují, aby se cítili odpočatí, zda provádí nějakou činnost před spánkem, druh činnosti, existující rušivé vlivy v průběhu spánku, druh rušivých vlivů. U otázky číslo 4 se ukázalo, že většina dotazovaných se snaží chodit spát v pravidelnou dobu, kdy tak uvedlo 35 (63,6 %) respondentů Středočeského kraje a 24 (43,6 %) respondentů Východočeského kraje, 14 (25,5 %) dotazovaných Středočeského kraje a 21 (38,2 %) dotazovaných Východočeského kraje zvolilo možnost, že zcela dodržují pravidelnost spánku. Naopak tyto odpovědi vyvrací bakalářská práce Hany Válové z roku 2010, kdy zcela chodilo spát v pravidelnou dobu 68 % a možnost spíše ano byla zvolena 42 % respondentů. Nejspíše to je dáno tím, že ne vždy se člověk dostane do postele včas, jak by si představoval.

Otázka číslo 5 poukazuje na to, za jak dlouhou dobu usnou respondenti po ulehnutí. Většina oslovených osob odpověděla, že usne do 20-30 minut, kdy tak zaznamenalo 31 (56,4 %) dotázaných Středočeského kraje a 32 (58,2 %) dotázaných Východočeského kraje.

Otázka číslo 6 sledovala, kdy respondenti vstávají. Nejčetnější skupinou jsou respondenti, kteří se probouzí mezi 6-7 hodinou v počtu 31 (56,4 %) oslovených respondentů ze Středočeského kraje a 25 (45,5 %) oslovených respondentů z Východočeského kraje. Takto stejně odpověděli respondenti i v bakalářské práci Hany Válové z roku 2010, kdy tak uvedlo 53,0 % respondentů. Nejspíše je to tím, že to je taková příhodná hodina.

Otázka číslo 7 byla nasměrována na pocity po probuzení. Největší skupinu zastupovala odpověď dotazovaných, že se cítí po probuzení odpočatí, kdy toto uvedlo 35 (63,6 %) respondentů Středočeského kraje a 28 (51,0 %) respondentů Východočeského kraje. Opět bylo celkem překvapující vzhledem ke spánkovým obtížím, že se ráno po probuzení cítí tak velké procento osob odpočínutými. Toto překvapilo i Hanu Válovou v její bakalářské práci, kde jí takto odpovědělo 44 % respondentů.

Otázku číslo 8 zajímalo, kolik hodin spánku člověk potřebuje. Nejvíce odpovědí bylo uvedeno u 7 hodin, kdy tuto odpověď tvořilo 29 (52,7 %) osob Středočeského kraje a 22 (40,0 %) osob Východočeského kraje. Toto vyvrací opět bakalářská práce Hany Válové z roku 2010, kde nejčastější odpovědí bylo 8 hodin, kdy tak zaznamenalo 33 % respondentů. Zde se potvrzuje názor Franka Bruna, že potřeba spánku se ve stáří příliš nemění.

Otázka číslo 9 se zaměřila na to, zda si dotazovaní potřebují jít během dne odpočinout. 33 (60,0 %) respondentů ze Středočeského kraje a 35 (63,6 %) respondentů Východočeského kraje si potřebuje jít v průběhu dne odpočinout.

Otázka číslo 10 pojednávala o to, proč si jdou odpočinout. Nejčetnější skupinu tvořila odpověď pravidelného spánku po obědě, kdy tak činilo 20 (60,6 %) osob Středočeského kraje a 21 (60,0 %) osob Východočeského kraje. Franko Bruno doporučuje si jít zdřímnout po obědě na 10 až 20 minut, protože to člověka může osvěžit.

Otázka číslo 11 zjišťovala, kolik hodin člověk spí při odpočinku. Nejvíce uváděnou odpovědí bylo ve Východočeském kraji méně než 1 hodinu, což uvedlo 25 (71,4 %) respondentů a ve Středočeském kraji to byla odpověď 1-2 hodiny, což uvedlo 23 (69,7 %) dotazovaných. Zde se odpovědi velmi liší. A opět se zde uplatňuje názor Franka Bruna uvedený výše, že 10-20 minut zdřímnutí může člověka osvěžit.

Například u otázky číslo 12 se ukázalo, že pravidelné činnosti před spaním se věnuje 38 (61,8 %) respondentů Středočeského kraje a 35 (63,6 %) respondentů Východočeského kraje, u otázky číslo 13 byla jako pravidelná činnost uváděna nejvíce možnost jiné, kterou tvořila s největší četností odpověď televize zastupující 18 (35,3 %) dotazovaných Středočeského kraje a 18 (39,1 %) dotazovaných Východočeského kraje. Tato výzkumná otázka se mi potvrdila, jelikož v posteli se má pouze spát a provozovat sexuální aktivity, jak citují ve své knize „365 způsobů, jak se dobře vyspat-Tajemství dobrého spánku“ autoři Kotler a Karinchová.

Otázka číslo 13 se zabývala druhem nejčastěji prováděné činnosti. V této otázce se mohlo označit více odpovědí a mohla být uvedena možnost jiné. Právě možnost jiné využilo 18 (35,3 %) dotazovaných Středočeského kraje a 18 (39,1 %) dotazovaných Východočeského kraje, kdy nejčastější odpovědí byla televize. Zde se opět rozbíhají odpovědi v bakalářské práci Hany Válové, kde respondenti nejvíce odpovídali pro četbu. Tento rozdíl vidím v dnešní době, kdy v televizi probíhá mnoho seriálů, které rádi sledují nejen senioři, ale i mladší.

Otázka číslo 14 sledovala hodinu uložení ke spánku, kdy nejčastější odpověď mezi 21.-22. hodinou uvedlo 26 (47,3 %) respondentů Středočeského kraje a 28 (50,9 %) respondentů Východočeského kraje. Jak popisuje Nevšimalová, jedinci dříve večer usínají a ráno se dříve probouzejí.

V otázce číslo 15 bylo zjišťováno, jestli respondenty v noci ruší nějaké elementy. Většina odpověděla, že ne, což zaznamenalo 34 (61,8 %) osob Středočeského kraje a 35 (63,6%) osob Východočeského kraje. Dále navazuje otázka číslo 16, která sledovala u osob, druh rušivých elementů u těch, které něco vyrušuje v noci. Bylo zde možno uvést více odpovědí. V průběhu

noci nejvíce narušuje spánek časté nucení na močení, kdy toto uvedlo 15 (62,5 %) případů Středočeského kraje a 16 (64,0 %) případů Východočeského kraje. Toto vyhodnocení se shoduje s bakalářskou prací Hany Válové z roku 2010, kdy tato odpověď zazněla ve 30 případech. Také se to shoduje s názorem Topinkové, která uvádí, že až 65 % starších osob udává jako důvod špatného spánku nutnost jít se vymočit.

Třetí výzkumná otázka

V této hypotéze zjišťuji, jestli všichni postižení řeší své problémy se spánkem s lékařem, kdy se domnívám, že ne všichni to řeší s lékařem, ať už je to jakýkoliv důvod. Zde je zaměření na řešení spánkových poruch s lékařem, důvod nenavštívení lékaře, užívání léků a jejich častost, největším zastoupením léku, kterými se zabývají otázky číslo 19, 20, 21, 22, 23.

Otázka číslo 19 prokázala, že 14 (56,0 %) oslovených respondentů ze Středočeského kraje a 17 (60,7 %) oslovených respondentů z Východočeského kraje řeší své problémy s lékařem, tato výzkumná otázka se mi nepotvrdila a velice mě překvapilo, že čím dále více osob se obrací na svého lékaře.

Otázka číslo 20 se zajímala o to, že pokud má člověk spánkové obtíže a neřeší je s lékařem, tak z jakého důvodu tak neučinil. Nejčastěji zastoupenou odpovědí bylo, že to nepovažují za důležité, kdy tak odpovědělo 5 (45,4 %) dotazovaných Středočeského kraje a 6 (54,5 %) dotazovaných Východočeského kraje. Nejspíše to nepovažují za důležité, protože si myslí, že to není nic vážného a nechtějí nikoho „otravovat“.

Otázka číslo 21 se zabývala tím, zda-li respondenti pravidelně užívají nějaké léky. Zde se opět názory lišily, protože 14 (56,0 %) osob Středočeského kraje odpovědělo, že ano a 15 (53,6 %) osob Východočeského kraje uvedlo, že ne. Bakalářská práce Hany Válové z roku 2010 měla jednoznačnou odpověď, že 86 % respondentů léky neužívá. Jako vždy by se měla nejdříve zkusit nefarmakologická léčba a pouze při jejím neúspěchu nebo nedostatečnosti teprve zvážít léky.

Otázka číslo 22 zjišťovala u postižených častost užívání léků. Samozřejmě, že odpověď byla pravidelně každý den, což uvedlo 7 (50,0 %) respondentů Středočeského kraje a 7 (53,8 %) respondentů Východočeského kraje. Bruno zastává názor, že užívání léků nevyлéčí chronickou nespavost, ale může pomoci při přechodných spánkových poruchách.

Otázka číslo 23 zjišťovala, jaké léky jsou nejvíce užívány. Kdy jednoznačně vítězí Stilnox, který užívá 7 (50,0 %) osob Středočeského kraje a 9 (62,9 %) osob Východočeského kraje.

Topinková uvádí, že při podávání hypnotik je třeba zvažovat i jejich rizika, především závislost.

Čtvrtá výzkumná otázka

Otázka, která se zabývá tím, jak hodně si pacienti/klienti samostatně zjišťují informace o léčebných metodách spánkových poruch. Zde předpokládám, že málokdo sám od sebe získává informace různým způsobem. S touto výzkumnou otázkou souvisí otázky číslo 24, 25, 26, 27, 28. Zde se zabývám, jestli se lidé sami informují o metodách léčby poruch spánku, od koho informace získávají, jaké léčebné metody znají, zda provádějí nějaké metody léčby poruch spánku než jsou pravidelné spánkové rituály. Příkladem je otázka číslo 24, která ukazuje, že 30 (54,5 %) respondentů Středočeského kraje a 42 (76,4 %) respondentů Východočeského kraje se sami neinformují o metodách léčby spánkových poruch. Toto potvrzuje i výzkum Hany Válové z roku 2010, kdy 72 % respondentů se nezajímalo samo od sebe o metodách léčby spánku. Léčba spánku v současné době velmi pokročila, jak poukazuje mnoho literatury, např. Topinková, ale i přesto mnoho seniorů nezná metody léčby spánku.

Otázka číslo 25 se zaměřila na získávání informací. Mohlo být označeno více odpovědí, které se tady odlišují. 12 (27,3 %) respondentů Středočeského kraje získává nejvíce informací o metodách léčby poruch spánku od lékaře a 18 (40,9 %) respondentů Východočeského kraje získává informace o metodách léčby poruch spánku z tisku, kde využili možnost jiné. Opět se výsledky neshodují s bakalářskou prací Hany Válové z roku 2010, kde nejčastější odpovědi byly sestry. V současné době stále více seniorů se zajímá o dění kolem sebe a tím, i více čtou a sledují televizi.

Otázka číslo 26 se zajímala o to, jaké znalosti mají senioři v oblasti metod léčby poruch spánku. Opět byly odpovědi rozdílné, 24 (43,6 %) dotazovaných Východočeského kraje zaznamenalo možnost jiné, kde uvedly kombinace metod, ve Středočeském kraji znají nejvíce léky, kdy tak uvedlo 21 (38,2 %) dotazovaných. V bakalářské práci Hany Válové z roku 2010 byly nejčastěji uváděny léky, a to v 82 %.

Otázka číslo 27 a 28 byla zaměřena na provádění jiných metod než jsou spánkové rituály a jejich využívání. Žádný z respondentů neprovádí jiné metody léčby a tím pádem je ani nevyužívá. Tak uvedlo v 69 % respondentů v bakalářské práci Hany Válové z roku 2010. Je to dáno tím, že většina lidí se sama od sebe neinformuje.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit nejčastěji se vyskytující poruchu spánku, spánkové návyky respondentů, procento dotazovaných řešící své problémy se spánkem s lékařem a samostatnou informovanost o jiných metodách léčby spánku než jsou pravidelné spánkové rituály. Porovnávaly se odpovědi 2 krajů-Středočeského a Východočeského. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že nejčastěji oba kraje trápí časté buzení během noci, kdy takto odpovědělo 48,1 % respondentů Středočeského kraje a 42,9 % respondentů Východočeského kraje. Dále se ukázalo, že mezi největší problém spánkových návyků patří usínání u televize, což by být nemělo. U televize usíná 35,3 % dotazovaných ze Středočeského kraje a 39,1 % dotazovaných z Východočeského kraje. V odpovědi na otázku, zda-li řeší dotazovaní spánkovou poruchu s lékařem, uvedlo odpověď ano 56,0 % dotazovaných Středočeského kraje a 60,7 % dotazovaných Východočeského kraje, což pro mě bylo velmi překvapující, protože jsem čekala, že lidé spíše neřeší problémy se spánkem s lékařem, ale určitě je to příjemné zjištění. Otázka, která se týkala informovanosti, poukázala, že 54,5 % respondentů Středočeského kraje a 76,4 % respondentů Východočeského kraje se sami neinformují o léčbě spánku.

Je vidno, že spíme všichni, bez ohledu na rasu, vyznání a kulturu. V každé společnosti jsou lidé trápeni spánkovými poruchami. Vše chce čas, stejně tak léčba, u které se jedná o proces učení a ten určitou dobu trvá. Výzkum spánku je relativně mladým vědním oborem, doopravdy se rozvinul až v posledních padesáti letech. Čím více lidí se bude vědou spánku zabývat, tím dojde k většímu získání poznatků o spánku a jeho poruchách a tím lépe by se mohlo spát. Je tedy důležité si zapamatovat, že dobrý spánek je klíčem ke zdraví, dlouhému životu a pohodě. Lidé by se ho neměli vzdát, dokud ho nedosáhnou.

(Idzikowski, 2012)

Je uvedeno několik návrhů na zlepšení, kdy by se měla více šířit informovanost o různých spánkových poruchách, a nejen o těch základních, protože jich existuje spousta druhů, také o procesech v mozku a děje s ním spojené. Bylo by dobré sjednotit informace a vytvořit edukační brožuru o spánkové hygieně, kdy tento pojem moc lidí nezná. Z tohoto důvodu jsem vytvořila edukační brožuru, která bude dána k dispozici praktickým lékařům, kde probíhal výzkum. Recenzenty mi byly obě praktické lékařky z uvedených krajů. Také těmto praktickým lékařům budou předána data z bakalářské práce, aby věděli na jaké informace týkající se spánku se mají více zaměřit.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Tištěné zdroje

1. BORZOVÁ, C. et al. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
2. BRUNO, F. J. et al *Hezky se vyspěte*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 2003, 96 s. ISBN 80-7106-593-5
3. IDZIKOWSKI, CH. *Jan na to: Zdravý spánek*. 1. vyd. Praha: Slovart, s.r.o, 2012, 160 s. ISBN 978-80-7391-545-2.
4. JIRÁK, R. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2013, 314 s. ISBN 978-80-7262-873-5.
5. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. et al. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 397 s. ISBN 978-80-0247-402-3.
6. KOTLER, R. L.,KARINCHOVÁ , M. *365 způsobů, jak se dobře vyspat: Tajemství dobrého spánku*. 1. vyd. Brno: JOTA, 2013, 200 s. ISBN 978-80-7462-302-8
7. KRAFTOVÁ, J. CIKÁNKOVÁ, K. *Společnými silami ke spokojenému stáří*. Sestra, 2008, roč. 18, č. 2, 34. s. ISSN-1210-0404
8. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3
9. MUMENTHALER, M.,BASSETTI, C., DAETWYLER, CH. *Neurologická diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 376 s. ISBN 978-80-247-2298-6
10. NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA, K. et al. *Poruchy spánku a bdění*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, 339 s. ISBN 978-80-7262-500-0
11. PALAZZOLO, J. *Nespavost-zbavte se jí navždy!*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 123 s. ISBN 978-80-247-2286-3
12. SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské obory*. 1. vyd., Praha: Grada , 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2
13. SLÁDKOVÁ, R. *Problematika spánku u hospitalizovaných pacientů*. Diagnostika v ošetrovatelství, 2006, roč. 2, č. 10, 387-388. s. ISSN-1801-1349
14. SUCHÝ, M., BEDNAŘÍK, J. *Klinické doporučené postupy v neurologii I*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 273 s. ISBN 978-80-244-3004-1
16. SVITKO, J. *Stres, nespavost, deprese*. 1. vyd. Bratislava: Eugenika, 2006, 152 s. ISBN 80-89227-35-X

17. SVĚDÍKOVÁ, M., MENCLOVÁ, K. *Poruchy spánku ve stáří*. Sestra, 2008 roč. 18, č. 2, 35. s. ISSN-1210-0404
18. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 280 s. ISBN 80-247-1148-6
19. ŠIKOVÁ, M. *Saturace potřeby spánku a odpočinku u klientů v domovech důchodců a v sociálních zařízeních*. Diagnostika v ošetřovatelství, 2006, roč. 2, č. 10, 395. s., ISSN-1801-1349
20. ŠONKA, K. et al. *Apnoe a další poruchy dýchání ve spánku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0430-7
21. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-7262-365-6
22. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání prac. ve zdrav., 2001, 186 s. ISBN 80-7013-324-8
23. VRÁNOVÁ, L. *Ošetřovatelský proces u poruch spánku*. in Sestra 2007, č. 3, 46. s. ISSN- 1210-0404

Elektronické zdroje

1. DIVIŠOVÁ, J. *Divné věci, které se Vám dějí, když spíte. Víte o nich?*. [online]. [cit. 2012-07-17]. Dostupné z: www.kafe.cz/krasa-a-zdravi/divne-veci-ktere-se-s-vami-deji-kdyz-spite-vite-o-nich-28372.aspx#.U7kfO1Lloy9
2. KATRŇÁK, J. *Maslowova pyramida potřeb*. [online]. [cit. 2013-08-18]. Dostupné z: www.homoeconomicus.cz/Podnik/Management/Motivace/Clanky/Clanky.php?clanek=Maslowova_pyramida_potreb
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA MU. *Nefarmakologická terapie*. [online]. Brno. [cit. 2014-07-12]. Dostupné z: www.cba.muni.cz/prevencenemoci/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=21
4. PETERKOVÁ, M. *Období stárnutí a stáří*. [online]. 2008-20XX [cit. 2009-12-04]. Dostupné z www.psychotesty.psych.cz/období-stáří.htm
5. *Co je spánková hygiena*. [online]. [cit. 2014-07-10]. Dostupné z: www.spatnespim.cz/id35.htm
6. *Edukace*. [online]. [cit. 2014-07-12]. Dostupné z: www.ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Morinův spánkový dotazník

Příloha C – Maslowova pyramida lidských potřeb

Příloha A – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Šárka Heřmánková, jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor „Všeobecná sestra“.

Obracím se na Vás s prosbou o pravdivé vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Poruchy spánku u seniorů v primární péči“.

Dotazník je anonymní a výsledky z něj budou použity jen pro mou práci. Při vyplňování označte vždy jednu variantu, není – li uvedeno jinak.

Děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Z jakého kraje pocházíte ?
 - a) Středočeský kraj
 - b) Východočeský kraj

2. Jaké je Vaše pohlaví ?
 - a) Muž
 - b) Žena

3. Kolik je Vám let ?
 - a) 65 – 74 let
 - b) 75 – 84 let
 - c) 85 – 94 let
 - d) 95 a více let

4. Chodíte spát pravidelně každý den ve stejnou dobu ?
 - a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

5. Za jak dlouhou dobu usnete po ulehnutí ?
 - a) do 20 – 30 minut
 - b) do 45 minut
 - c) do 60 minut a více

6. V kolik hodin vstáváte ?
 - a) dříve než v 5 hodin
 - b) mezi 5 – 6 hodinou
 - c) mezi 6 – 7 hodinou
 - d) déle než po 7 hodině

7. Jak se cítíte po probuzení ?
 - a) odpočatý/á
 - b) nevyspalý/á
 - c) unavený/á
 - d) jiné

8. Kolik hodin spánku potřebujete, abyste se cítil/a odpočatý/á ?
- méně než 5 hodin
 - 5 hodin
 - 6 hodin
 - 7 hodin
 - 8 hodin a více
9. Potřebujete si během dne jít odpočinout ?
- ano
 - ne
10. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, z jakého důvodu si jdete během dne odpočinout ?
- pocítuji nedostatek spánku v noci
 - chodím pravidelně odpočívat po obědě
 - náhle mě přepadne spánek
 - jiné
11. Jdete - li si během dne odpočinout, kolik hodin spíte ?
- méně než 1 hodinu
 - 1 – 2 hodiny
 - 2 – 3 hod hodiny
 - více jak 3 hodiny
12. Provádíte před spánkem pravidelně nějakou činnost ?
- ano
 - ne
13. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, jakou činnost provádíte ? (možno označit více odpovědí)
- četba
 - poslech hudby
 - teplé mléko
 - bylinkový čaj
 - koupelel
 - procházka
 - modlitba
 - jiné
14. V kolik hodin chodíte spát ?
- před 20:00 hodinou
 - mezi 20:00 – 21:00 hodinou
 - mezi 21:00 – 22:00 hodinou
 - po 22:00 hodině
15. Existují ve Vašem okolí nějaké rušivé elementy, které Vás během noci budí ?
- ano
 - ne

16. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, co Vás ruší ? (možno označit více odpovědí)
- a) hluk z okolí (např. projíždějící auta, chrápání partnera/ky,)
 - b) příliš vysoká nebo nízká teplota místnosti ve které spíte
 - c) světlo
 - d) časté nucení na močení
 - e) jiné
17. Máte nějaké potíže se spánkem ?
- a) ano
 - b) ne
18. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, jaké máte potíže ?
- a) potíže s usínáním
 - b) časté buzení během noci
 - c) časně probouzení
 - d) jiné
19. Vyskytují-li se u Vás potíže se spánkem, řešil/a jste je se svým lékařem ?
- a) ano
 - b) ne
20. Pokud jste na předchozí odpověděl/a NE, z jakého důvodu jste nenavštívil/a lékaře ?
- a) nepovažuji to za důležité
 - b) nechce se mi to řešit
 - c) nemám čas
 - d) jiné
21. Užíváte pravidelně nějaké léky na spaní ?
- a) ano
 - b) ne
22. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, jak často je užíváte ?
- a) pravidelně každý den
 - b) občas
 - c) jiné
23. Užíváte-li nějaký/é lék/y na spaní, napište prosím jejich název ?
-
24. Informoval/a jste se někdy o metodách léčby poruch spánku, jak si můžete pomoci sám/a ?
- a) ano
 - b) ne

25. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, od koho jste informace získal/a ?
(možno označit více odpovědí)

- a) od lékaře
- b) od sestry
- c) od příbuzných
- d) od přátel
- e) jiné

26. Jaké metody léčby poruch spánku znáte ?

- a) relaxační techniky
- b) pravidelné spánkové rituály (např. četba, koupel, bylinkový čaj, ...)
- c) léky
- d) jiné

27. Provádíte nějaké metody léčby poruch spánku kromě Vašich pravidelných rituálů před spaním ?

- a) ano
- b) ne

28. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, jaké metody využíváte ?

Příloha B – Morinův spánkový dotazník

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

Zdroj: BORZOVÁ, C. a kol., *Nespavost a jiné poruchy spánku*, 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 141 s., ISBN 978-80-247-2978-7

Příloha C – Maslowova pyramida lidských potřeb

Maslowova pyramida (potřeb) je hierarchie lidských potřeb, kterou definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow v roce 1943. Podle této teorie má člověk pět základních potřeb (od nejnižších po nejvyšší - společně pak tvoří jakousi pomyslnou „pyramidu“): (Trachtová, 2001)



Zdroj: KATRŇÁK, J. *Maslowova pyramida potřeb*. [online]. [cit. 2013-08-18]. Dostupné z: www.homoeconomicus.cz/Podnik/Management/Motivace/Clanky/Clanky.php?clanek=Maslowova_pyramida_potreb