

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Spánková hygiena u seniorů
Jana Řebíčková

Bakalářská práce
2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena 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 § 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.

V Pardubicích dne 17. 4. 2015

Jana Řebíčková

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Haně Ochtinské za odborné rady, ochotu a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

Dále mé poděkování patří mé rodině za podporu a trpělivost.

ANOTACE A KLÍČOVÁ SLOVA

Tato bakalářská práce je zaměřena na spánkovou hygienu u seniorů. Cílem je zjistit, zda senioři trpí poruchou spánku a jak tuto problematiku řeší. Práce se skládá z části teoretické, kde důležité kapitoly tvoří základní informace o seniorovi, o spánku a bdění, o poruchách spánku a jejich zjištění diagnostickými metodami, farmakologické a nefarmakologické léčbě poruchy spánku a o lécích na spaní a v neposlední řadě informace o spánkové hygieně. Praktická část zkoumá problematiku spánku. Je složena z výzkumu a jeho následného vyhodnocení. Výzkum je proveden formou dotazníku. V závěru této bakalářské práce se dočtete o výsledcích dotazníkového šetření a o návrhu na řešení zjištěného problému.

KLÍČOVÁ SLOVA

Senior, poruchy spánku, léčba poruch spánku, spánková hygiena.

ANNOTATION

This thesis is focused on sleep hygiene in the elderly. The aim is to determine whether seniors suffer from a sleep disorder and how to solve this issue. The work consists of a theoretical part where an important chapter consists of basic information about seniors, about sleep and wakefulness, about sleep disorders and their findings diagnostic methods, pharmacological and nonpharmacological treatment of sleep disorders and medication to sleep and finally informatik about sleep hygiene. The practical part examines the issue of sleep. It consists of research and its subsequent evaluation. Research is conducted through a questionnaire. At the end of this thesis can read the results of the survey and proposal for solving the problem identified.

KEYWORDS

Senior, sleep disorders, treatment of insomnia, sleep hygiene.

OBSAH

ÚVOD.....	11
CÍLE.....	12
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Senior.....	13
2 Spánek.....	16
2.1 Spánek seniora.....	18
3 Poruchy spánku.....	19
3.1. Klasifikace a příčiny poruch spánku.....	20
3.2 Diagnostika.....	21
3.3 Léčba poruch spánku.....	23
3.3.1 Farmakologická léčba.....	23
3.3.2 Nefarmakologická léčba.....	25
3.4 Léčba poruch spánku seniora.....	26
4 Ošetrovatelský proces v péči o spánek.....	28
4.1 Faktory ovlivňující spánek.....	28
4.2 Spánková hygiena.....	29
4.3 Pravidla spánkové hygieny.....	30
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
5 Metodika výzkumu.....	32
5.1 Výzkumné otázky.....	32
5.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	32
6 Prezentace výsledků.....	34
7 Diskuze.....	57
ZÁVĚR.....	61

POUŽITÁ LITERATURA	63
SEZNAM PŘÍLOH.....	65

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Graf zastoupení poruch se spánkem.....	34
Obrázek 2 Graf zhoršení funkceschopnosti v denní době v posledních 3 měsících.....	35
Obrázek 3 Graf zastoupení užívání léků na spaní ze vzorce respondentů.....	36
Obrázek 4 Graf pravidelnosti užívání léků na spaní.....	37
Obrázek 5 Graf vlivu léku na spaní.....	38
Obrázek 6 Graf obavy ze závislosti na lécích na spaní.....	39
Obrázek 7 Graf zhodnocení osvěžení po spánku.....	40
Obrázek 8 Graf počtu hodin spánku v noci.....	41
Obrázek 9 Graf počtu hodin kolik by chtěl senior spát v noci.....	42
Obrázek 10 Graf pravidelnosti doby usínání.....	43
Obrázek 11 Graf spánku ve dne.....	44
Obrázek 12 Graf počtu hodin spánku ve dne.....	45
Obrázek 13 Graf rituálů na usínání.....	46
Obrázek 14 Graf zastoupení rituálů na usínání.....	47
Obrázek 15 Graf nabízených činností.....	48
Obrázek 16 Graf výskytu onemocnění, která narušují spánek.....	49
Obrázek 17 Graf zastoupení onemocnění, která narušují spánek.....	50
Obrázek 18 Graf výskytu vnějších faktorů narušujících spánek.....	51
Obrázek 19 Graf zastoupení vnějších faktorů narušujících spánek.....	52
Obrázek 20 Graf výskytu vnitřních faktorů narušujících spánek.....	53
Obrázek 21 Graf zastoupení vnitřních faktorů narušujících spánek.....	54
Obrázek 22 Graf zastoupení pohlaví ve vzorku respondentů.....	55
Obrázek 23 Graf zastoupení věkových kategorií.....	56

SEZNAM ZKRATEK

Atb. – antibiotika

Atd. – a tak dále

Apod. – a podobně

BZ – benzodiazepin

CNS – centrální nervový systém

Čas. – časopis

DSM-IV-TR – Diagnostický a statistický manuál duševních chorob

EEG – Elektroencefalogram

EMG – Elektromyografie

EOG – Elektrookulogram

ICSD – Mezinárodní klasifikace poruch spánku

Lat. – latinsky

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

Např. – například

NREM – non rapid eye movement

Obr. – obrázek

Ošetř. – ošetřovatelství

Pozn. – poznámka

REM – rapid eye movement

s. – strana

Tab. – tabulka

TK – tlak krve

TT – tělesná teplota

Vyd. – vydání

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou spánku v seniorském věku s ohledem na prostředí, ve kterém senior žije. Spánek je důležitou součástí lidského života a poruchy spánku mohou mít za následek zhoršení výkonnosti a díky únavě může docházet k přerušení sociálních vazeb u seniorů nebo vzniku rizika pádu. Téma bakalářské práce jsem zvolila proto, že mě velice zajímá seniorský věk a s tím spojená problematika. Pracuji v domově pro seniory. V našem domově pro seniory je kladen velký důraz na spokojenost našich klientů. Domnívám se, že sestra může ve své práci výrazně ovlivnit svou péči spánek u svých klientů a pacientů. Spánek je podle psychologa Maslowa základní lidskou potřebou člověka, nemůžeme ho nerespektovat nebo jen tak vyloučit z našeho života. Dříve v minulosti se pokládal za typ bezvědomí. V poslední době se spánek definuje jako aktivní děj, charakterizovaný minimální fyzickou aktivitou, různou úrovní vědomí, změnami fyziologických funkcí a sníženou odpovědí na vnější prostředí. Lze jej definovat jako stále se opakující reverzibilní stav organismu, charakterizovaný relativním klidem. Opakem spánku je bdělost (Trachtová, 2013, s. 70).

Poruchy spánku jsou velice závažným medicínským i společenským problémem. Závažnost je dána hlavně vysokou prevalencí, chronickým charakterem, vlivem na kvalitu života a v některých případech zdravotními důsledky spánkových poruch (Vlček, Fialová, 2010, s. 229).

CÍLE

V rovině teoretické –

shrnout poznatky o seniorském věku, spánku, poruchách spánku, jejich léčbě a vzniku závislosti při dlouhodobém užívání léků. Specifika poruch spánku u seniorů, ošetrovatelská péče a spánková hygiena.

V rovině empirické –

Zjistit, zda klienti užívají hypnotika a zda je užívají dlouhodobě, kolik hodin senioři tráví spánkem během dne a noci, a zjistit, zda je jejich kvalita spánku narušována či ovlivňována okolními vlivy či faktory.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Senior

Kdy člověk začíná stárnout? V této otázce nelze hledat jednoznačnou odpověď. Setkáváme se s radikálním postojem, který chápe stárnutí jako biologický děj probíhající plynule celým životem člověka. Tento postoj říká, že stárnutí začíná počítím. Na druhé straně jsou ti, kteří berou stárnutí jako to, co se vztahuje k pozdější fázi životního běhu. Při určování věku, kdy začíná u člověka stáří, se v současnosti používá celá řada měřítek. Například chronologická délka života (počet let), biologický stav organismu, mentální (psychické) zdraví, kognitivní (myšlenková) výkonnost, sociální kompetence a produktivita, kvalita sebeovládání, spokojenost se životem (Křivohlavý, 2011, s. 19 – 20).

Ukazuje se, že stárnutí není záležitostí lidí, kterým bude sto let, ale jedná se o něco, co jde celým životem – ukazuje celostní (celoživotní, holistické, biodromální) pojetí života a psychologie celého života (life – long – psychology). Zjistilo se, že některé mozkové buňky umírají, ale i to, že se v tomto věku i nové buňky a nervová spojení v mozku rodí a že je díky tomu možno se něčemu novému i ve starším věku naučit. Řečeno v neurologické terminologii: že existuje dospělá neurogeneze. V mozku se totiž stále i v době staršího věku tvoří nová spojení (Křivohlavý, 2011, s. 13).

S nástupem dlouhověkosti, s realitou života do věku kolem 100 let je nutné přehodnotit klasifikaci a vymezení stáří a především přístupy k lidem staršího věku. Je důležité respektovat dlouhé trvání života ve stáří, heterogenitu stáří a značný osobní i společenský potenciál seniorů, ambice úspěšného stárnutí a zdravého aktivního stáří (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 26).

Stáří je obecné označení pozdní fáze ontogeneze, která uzavírá, završuje lidský život. Souhrnně jde o důsledek a projev involučních změn morfoloogických i funkčních, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří. Ten je modifikován vlivy prostředí, životním stylem, zdravotním stavem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 19).

K nejstarším názorům periodizace období stáří patří Komenského dělení lidského věku, ve kterém poslední dvě kategorie označuje termíny starý muž a kmet (z lat. comes – kdo se mnou jest). Hurlocková rozeznává 11 vývojových etap, poslední věkovou kategorii

60 let nazývá stáří. Nejznámější periodizaci období stáří najdeme v Příhodově Ontogenezi lidské psychiky. Poslední fázi své periodizace nazývá senium a dělí je do tří kategorií: senescence od 60 do 75 let, kmetství od 75 do 90 let a patriarchium od 90 let. Celkové chátrání organismu má několik etap, které se liší tempem i intenzitou involučních pochodů. Základním psychologickým rysem tohoto období je odklon od materiálních hodnot k hodnotám duchovním. Věk nad 90 let je provázen výraznou osamělostí a u člověka se objevuje rezignace a očekávání blízkého konce. Erikson dospěl k rozdělení na osm věků a vychází z předpokladu, že člověk na svém stupni vývoje musí vyřešit určitý psychosociální konflikt. Podle tohoto pojetí musí starý člověk dosáhnout osobní integrity, která je výsledkem celého dřívějšího života. Nedostatek integrace vyvolává strach ze smrti a nevyrovnanost. Etapu stáří nazývá pozdní věk a zahrnuje do ní člověka od 65 let. V klasifikaci vývojového období Nakonečného se rozděluje stáří do dvou etap: počáteční stáří od 60 let do 75 let a pokročilé stáří od 75 let. Švancara stárnutí ustanovuje již před dovršením padesátky: stárnutí (presenium) od 46/48 do 65 let, stáří (senium) od 65 let a vysoký věk od 75 let (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 130).

Stárnutí je chápáno jako komplexní proces s endogenně i exogenně působícími faktory. Zdravý člověk má svůj kalendářní věk, který je daný počtem prožitých let, a věk biologický, který se může individuálně lišit od věku kalendářního. Tempo procesu stárnutí je ovlivňováno genetickými, biologickými, psychickými a sociálními změnami. Tyto změny vyvolávají změny funkční, lze tedy hovořit i o věku funkčním (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 130 – 131). Typickým jevem biologického stárnutí je u seniorů pokles tělesné hmotnosti a výšky. Ubývá svalová výkonnost a souhra neuromuskulárního aparátu. Úbytek funkcí se projevuje i u vnitřních orgánů. Srdce má snížené výkonnostní maximum, objevují se známky funkční nedostatečnosti. V důsledku funkčních změn jsou postiženy i plíce v kombinaci s kardiovaskulárním onemocněním. V cévním systému dochází ke kornatění tepen. Vznik aterosklerózy způsobuje nejen ztrátu tělesných sil, ale hlavně ztrátu duševních schopností. V nervovém systému postupně ubývá počet neuronů, reakce gerontů se stále více zpomalují. Po šedesátém roce dochází ke zmenšení váhy mozku, ale ubývá spíše méněcenná tkáň. Specifické formy degenerace se projevují u žláz s vnitřní sekrecí, dochází ke snížení počtu vylučovaných hormonů. U seniorů výrazně přibývá vrásek, vznikají pigmentace, šedivění a vypadávání vlasů a dochází ke zpomalení růstu nehtů, ke ztrátě zubů. Postupně se zhoršuje vnímání. Klesá citlivost na podněty, snižuje se ostrost, rozlišovací schopnost není dostatečná. Informací, které zprostředkovávají smysly, je méně a jsou méně kvalitní. Dále dochází k výraznému úbytku zrakových schopností a degenerativním změnám sluchového receptoru.

Involuční změny, které ovšem méně ovlivňují život starého člověka, zasahují i čich a chuť. Projevuje se atrofii čichových buněk, ale kvalita čichových vjemů se příliš nemění. Senioři ztrácejí schopnost přizpůsobení se klimatickým změnám, termoregulace je snížena. Geront je tedy ohrožen přehřátím i podchlazením (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 130 – 135).

Pro psychické stárnutí je charakteristický pokles duševních funkcí. Ve stáří je duševní vývoj ovlivňován vedle biologických faktorů i faktory sociálními. Tyto změny vnitřních (biologických) a vnějších (sociálních) podmínek kladou zvýšené nároky na adaptaci geronta, ovšem adaptabilita seniora je výrazně snížena (Šimíčková-Čížková, 2008, s. 135).

Z hlediska zájmů a potřeb je ovšem důležitější než věk funkční stav, podle kterého existují senioři: elitní – ti jsou schopní extrémních výkonů do vysokého věku. Zdatní – zvládají život v náročném prostředí i pohybové či pracovní náročné aktivity. Nezávislí – zvládají běžné životní nároky, ale mají nižší míru funkčních rezerv. Křehcí – v labilním zdravotním a funkčním stavu, ohrožení opakovanými náhlými dekompenzacemi. Závislí – s velmi nízkým potenciálem zdraví, vyžadují podporu druhé osoby. Zcela závislí – vyžadují často trvalý dohled, jsou trvale upoutaní na lůžko. Umírající – vyžadují paliativní péči (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 29).

Podle psychologa E. Eriksona je obecným vývojovým úkolem stáří zachování osobnostní integrity proti beznaději, strachu ze smrti a zoufalství. V zásadě jde o přiměřenou adaptaci, zachování identity, hodnotového systému, životního smyslu, osobnostního růstu a životní perspektivy (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 31).

2 Spánek

Spánek patří mezi přirozenou potřebu člověka a usínání má ryze individuální charakter. Délka spánku souvisí s celou osobností člověka. Každý má svou určitou spánkovou potřebu a čas, který je nutný k načerpání svěžesti. Nedodržování spánkové normy vede ke vzniku spánkového dluhu (Štikar, Hoskovec, Šmolíková, 2007, s. 98).

Kvalitní spánek je velice důležitý, aby mozek dobře fungoval a tělo zůstalo zdravé. Ve spánku se obnovují veškeré buňky v těle a mozkové buňky mají možnost opravit se a aktivovat nervová spojení, která by jinak odumírala. Spánek je potřebný i k tomu, aby dodal energii pokožce, zlepšil náladu a dopomáhal ke zdraví (Amen, 2011, s. 249 – 250).

Při bdění je organismus schopen přijímat informace a zpracovávat je, a také přiměřeně na ně odpovídat. V aktivitě a v činnosti je tedy celý náš centrální nervový systém. Rozlišuje se bdění aktivní a relaxované. Relaxované dosahuje organismus pomocí tělesného a duševního klidu při zavřených očích, bez rušivých vnějších elementů. Z tohoto stavu lze přejít do spánku nebo i obráceně do stavu aktivního bdění (Mourek, 2005, s. 76).

Spánek je podle psychologa Maslowa základní lidskou potřebou, je to univerzální projev, společný všem bytostem. Dříve v minulosti se pokládal za typ bezvědomí. V poslední době se spánek definuje jako aktivní děj, charakterizovaný minimální fyzickou aktivitou, různou úrovní vědomí, změnami fyziologických funkcí a sníženou odpovědí na vnější prostředí. Lze jej definovat jako stále se opakující reverzibilní stav organismu, charakterizovaný relativním klidem. Opakem spánku je bdělost (Trachtová, 2013, s. 70).

Odpočinek neznamená pouze inaktivitu. Odpočinek je především klid, relaxace bez emočního stresu a uvolnění napětí a úzkosti. Klid není jenom nečinnost, některé aktivity mohou být uklidňující, např. procházka, sport. Předpokladem pro odpočinek je: pocit, že mám své věci pod kontrolou, pochopení ostatních lidí, klid, spokojenost, pohoda, porozumění situaci (vím, co se děje), dostatečné množství účelné činnosti, vědomí, že mi v případě potřeby někdo pomůže (Trachtová, 2013, s. 70).

Spánek je nehomogenní funkční stav organismu, pro který je typické cyklické opakování spánkových fází a stadií. Každé z nich je charakteristické specifickými změnami vegetativními, behaviorálními, endokrinními a elektrofyziologickými. Existují dvě formy spánku non-REM a REM spánek. Charakteristikou NREM spánku a jeho stadií je, že je vývojově mladší, telencefalický a je řízen serotoninem. Má pomalou EEG aktivitu.

Probuzení z této fáze je nefyziologické, člověk nedosáhne dokonalé regenerace a cítí se unavený.

I. stadium – člověk je relaxovaný, ospalý, trvá pouze několik minut, klesá frekvence srdce a dýchání.

II. stadium – lehký spánek, zpomalení organismu, snadné probuzení, oční bulby se nepohybují.

III. stadium – obtížné probuzení, středně hluboký spánek, pokles TK, tělesné teploty, svalová relaxace.

IV. stadium – hluboký spánek, obtížné probuzení, regenerace sil organismu.

Charakteristikou REM fáze je, že je vývojově starší a je řízena noradrenalinem. Vyskytují se aktivní sny, svalový tonus je snížený, frekvence dýchání a srdeční činnost je často nepravidelná a může se vyskytnout apnoe. Zvyšuje se metabolismus, TT a sekrece žaludečních šťáv. Z této fáze se člověk probouzí. Biorytmy – cyklické biologické hodiny řídí a ovlivňují potřebu spánku. Vnitřní hodiny mají u lidí endogenní původ a jsou synchronizovány s vnějšími faktory (světlo, tma, gravitace, elektromagnetické vlnění). Cirkadiánní rytmus představuje změny spojené s otáčením země. Je 24hodinový a zahrnuje opakující se změny TT, TK, renální exkrece kalia, příjmu potravy, dále chování a výkonnosti. Ve vztahu k cirkadiánnímu rytmu projevují lidé zvýšenou nebo sníženou aktivitu. Člověk svěží a čilý ráno je označován jako ranní ptáče a opakem je noční sova (Trachtová, 2013, s. 72 – 73).

Se závažnou nespavostí se za život setká v průmyslově civilizovaných zemích nejméně třetina populace. Více jsou postiženy ženy a lidé starší, s nižší sociální úrovní a s nižším vzděláním. Z hlediska etiologie se rozlišují dva základní typy: sekundární insomnie – důsledek jiné choroby, a primární insomnie – která se vyskytuje bez dalších souvislostí a často se vyvine jako samostatná izolovaná fobická porucha z nespavosti (Vlček, Fialová, 2010, s. 230).

Poruchy spánku jsou velice závažným medicínským i společenským problémem. Závažnost je dána hlavně vysokou prevalencí, chronickým charakterem, vlivem na kvalitu života a v některých případech zdravotními důsledky spánkových poruch. Bohužel farmakoterapie těchto nemocí není často prováděna správně. Léky bývají předepisovány nadměrně a nepřiměřeně dlouho. Rozsah jejich spotřeby neodpovídá množství stanovených diagnóz odůvodňujících předpis léků na spaní. Naopak u nadměrné spavosti není farmakologická léčba dostatečně využívána nebo nejsou používána adekvátní léčiva. Pro stanovení diagnózy spánkových poruch, např. většiny typů nespavosti, stačí zpravidla dokonalá anamnéza

a objektivní somatické vyšetření. Naopak pro diagnostiku abnormalit struktury spánku nebo změn fyziologických funkcí a dějů s nimi spojených je velice důležité vyšetření ve spánkové laboratoři (Vlček, Fialová, 2010, s. 229).

2.1 Spánek seniora

Snížení potřeby spánku u seniorů je fyziologické, ale jsou symptomy, které lze považovat za začínající patologii. Mezi ně patří tendence uléhat do postele dříve, než byl senior doposud zvyklý, nebo prodloužení doby, než jedinec usne, častější noční buzení, časnější ranní buzení a vstávání a řada denních mikrospánků anebo uléhání během dne (Pidrman, 2007, s. 85 – 86).

Studie z roku 2007 prováděné Radou pro lepší spánek ukazuje, že 44 % lidí přiznávající spánkovou deprivaci bude mít s větší pravděpodobností také špatnou a nepřátelskou náladu. Lze říci, že lidé unavení z nedostatku spánku jsou podrážděnější a mají málo energie. Nedostatek spánku vede ke snížení motivace například k setkání s rodinou, věnování se rekreačním aktivitám. Společenské kontakty napomáhají mozku, aby zůstal mladý. To může trápit zvláště seniory, protože nedostatkem společenských kontaktů a nedostatkem aktivizace může docházet k předčasnému stárnutí mozku (Amen, 2011, s. 256). U seniorů se často vyskytuje noční neklid. V začátcích onemocnění demencí dochází k nestabilitě cyklu spánku a bdění. Na symptomech kromě vlivu základního onemocnění se podílí také režim dne a špatné zpracování informací. Související mohou být různé zdravotní obtíže, léky a vliv psychické zátěže. Dále nedostatek soukromí a klidu. Je nutné hledat původ obtíží. Noční aktivita často přináší problémy v soužití, protože klient většinou ruší okolí. Noční osvětlení je slabší, takže může dojít k bloudění nebo pádu. Také bývá na noční směně menší počet personálu, a klienti proto nemohou být stále sledováni (Venglařová, 2007, s. 62).

Poruchou spánku u seniora vzniká potenciální hrozba pádu a jeho možná zranění. Při poruše kontinuity spánku nebo při nespavosti může klient celou noc prosedět nebo prochodit a v důsledku tmy a únavy pak může lehce upadnout. V této souvislosti může senior být oslaben po užití sedativ, hypnotik nebo anxyolitik. Také noční můry, náměsíčnost nebo děsy ovlivňují bezpečnost seniora (Vybíhalová, 2011, s. 44).

3 Poruchy spánku

Poruchami spánku trpí až 50 % populace. Spánkem a jeho problematikou se zabývá obor zvaný hypnologie. Problematika spánku je velice rozsáhlá a existuje mnoho poruch. Insomnie je definována poruchou usínání, přerušovaným spánkem a časným probouzením. Jeden nebo více uvedených symptomů vedou k nedostatečnému množství nebo kvalitě spánku, jejichž důsledkem jsou různé dysfunkční symptomy v denní době (Šonka, 2009, s. 13).

Insomnie je symptomem, pokud je způsobena jiným (základním) onemocněním a porucha nočního spánku neovlivňuje nemocného v době bdění. Za chorobu insomnií považujeme, pakliže je kromě poruchy usínání nebo kontinuity nočního spánku přítomna také nějaká známka negativního ovlivnění nemocného v době denní bdělosti, a to i když je v její etiopatogenezi nějaké jiné onemocnění. Insomnie, která vznikla v důsledku jiné choroby, se nazývá komorbidní insomnie (Šonka, 2009, s. 11).

U pacientů s insomnií se častěji vyskytují choroby, jako jsou respirační onemocnění, obezita, artritida, onemocnění srdce a samozřejmě primární poruchy, např. syndrom neklidných nohou, narkolepsii atd. Dále je u insomniáků podstatně vyšší výskyt duševních chorob, ale insomnie rozvoj deprese, úzkostných poruch, závislostí a suicidia predikuje (Šonka, 2009, s. 13 – 15).

Existují tři typy insomnie

Iniciální insomnie – problémy s usínáním.

Intermitentní nebo stálá insomnie – přerušení kontinuity spánku.

Terminální insomnie – předčasné probouzení.

Imaginární nebo subjektivní insomnie znamená, že lidé usínají bez problému nebo spí déle, než sami uvádějí. Insomnií může způsobovat fyzická bolest nebo psychické trauma. Někdy již samotné obavy, zda budou dobře spát, navozují úzkost, která vede k nespavosti. Mezi další příčiny insomnie je často nadměrné užívání léků sedativ, alkoholu a drog.

Spánková inverze neboli obrácený rytmus spánku je velice častou poruchou spánku u starých lidí. Člověk během dne, někdy z nedostatku zevní stimulace, několikrát usne. V noci potom spát nemůže, je čilý a aktivní.

Hypersomnie znamená nadměrné spaní a to zejména přes den. Lidé často spí až do oběda a usínají i odpoledne. Hypersomnie má většinou vztah k psychofyziologickým problémům, jako jsou psychické poruchy – deprese, úzkost, k poškození CNS, onemocnění ledvin, metabolickým poruchám, jako je např. diabetická acidóza, hypothyreóza. V mnohých

případech se hypersomnie pro člověka stává obranným mechanismem při problémech, stresových situacích apod.

Narkolepsie je náhlé upadnutí do spánku během dne. Příčina není zcela známá, dá se předpokládat, že se může jednat o genetický defekt CNS, při kterém se nereguluje REM spánek. Při narkoleptických záchvatech začíná spánek fází REM. Někdy bývá spojena se záchvaty katalepsie, tj. s částečnou nebo úplnou svalovou paralýzou.

Spánková apnoe je periodické zastavení dýchání během spánku. Diagnostika této poruchy náleží do rukou odborníka. Spící člověk často chrápe, v noci se budí, nadměrně spí přes den, budí se s bolestmi hlavy, bývá podrážděný. Nejčastěji se vyskytuje u mužů po 50. roce a u žen po klimakteriu.

Parasomnie znamená abnormální epizodické události během spánku. Patří sem somnambulismus neboli náměsíčnost, noční děsy, enuresis nocturna, mluvení ze spaní, noční erekce, bruxismus – skřípání zubů (Trachtová, 2013, s. 75 – 76).

3.1 Klasifikace a příčiny poruch spánku

Výčet nemocí s insomnií je možno seřadit podle různých hledisek. V roce 2005 vydala Americká akademie spánkové medicíny ve spolupráci s významnými mimoamerickými specialisty **Mezinárodní klasifikaci poruch spánku (ICSD 2)**. Je to druhé zcela přepracované vydání této klasifikace, předchozí je z roku 1990. Tato klasifikace řadí poruchy spánku do osmi základních etiologických skupin: insomnie, poruchy dýchání související se spánkem, hypersomnie z centrální příčiny, poruchy cirkadiálního rytmu, parasomnie, poruchy pohybu ve spánku, izolované příznaky, ostatní poruchy spánku. ICSD 2 vymezuje celkem 11 typů insomnie (Šonka, 2009, s. 11 – 12).

Obecná diagnostická kritéria nespavosti podle ICSD 2: nemocný si stěžuje na obtížné usínání, přerušovaný spánek, předčasné probouzení nebo spánek špatné kvality a chronicky neosvěžující. Potíže se vyskytují, přestože podmínky pro spánek jsou přiměřené a trvají dostatečně dlouho. Nemocný udává jednu z uvedených forem zhoršení funkceschopnosti v denní době: únava nebo malátnost, zhoršení pozornosti a koncentrace, sociální nebo profesní dysfunkce, porucha nálady a podrážděnost, denní spavost, snížení motivace a energie, náchylnost k chybám a nehodám, napětí, bolest hlavy, soustředění se na spánek nebo starosti týkající se spánku (Šonka, 2009, s. 14).

Další důležitou klasifikací je **Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 (MKN 10)**, což je základní klasifikace využívaná pro výkaznictví v našem zdravotním systému. Vymezuje neorganickou insomnií, neorganickou poruchu cirkadiánního rytmu a organickou poruchu usínání a trvání spánku (Šonka, 2009, s. 11 – 12).

Kritéria pro neorganickou insomnií podle MKN 10 – stav nedostačující kvality nebo kvantity spánku, který přetrvává významné časové období a zahrnuje obtíž při usínání, obtíž s kontinuitou spánku nebo předčasně probuzení. Insomnie je symptom mnoha somatických a duševních nemocí a má být klasifikován samostatně vedle základní nemoci pouze,

když dominuje klinickému obrazu (Šonka, 2009, s. 14).

V psychiatrické praxi je používána klasifikace **Diagnostický a statistický manuál duševních chorob (DSM – IV – TR)**. Tato klasifikace má stanovená následující kritéria: dominantní stížností je obtížná iniciace a nedokonalá kontinuita nebo neosvěžující spánek po dobu nejméně jednoho měsíce. Porucha spánku nebo denní únava způsobují klinicky významnou nepohodu nebo zhoršení ve společenské, profesní nebo v další významné oblasti života. Porucha se nevyskytuje výlučně v průběhu narkolepsie, poruchy dýchání související se spánkem, poruchy cirkadiánního rytmu nebo parasomnie. Porucha spánku se nevyskytuje v průběhu jiné duševní poruchy. Porucha není způsobena přímým účinkem chemické látky nebo somatickou chorobou (Šonka, 2009, s. 14).

Příčiny poruch spánku rozdělujeme na:

Somatické – mezi které náleží bolest, dušnost, nezbytnost nočního močení, kašel, gastroezofageální refluxní choroba a syndrom neklidných nohou.

Psychogenní – změna cirkadiánního rytmu, neboli narušení rytmu spánek – bdění.

Vyplývající z prostředí – nedostatek fyzické aktivity během dne, který je u seniorů častý. Dále opakovaný spánek během dne, nevhodné prostředí, jako je temné prostředí přes den, nedostatečně zatemněné v noci, hluk v noci.

Farmakogenní – požití stimulačních léků v odpoledních hodinách, beta-blokátorů, bronchodilatancií, kortikosteroidů, diuretik, levodopy, nikotinu, kofeinových nápojů či alkoholu (Pidrman, 2007, s. 85 – 86).

3.2 Diagnostika

Posouzení všech faktorů, které ovlivňují spánek, mohou zásadně pomoci v řešení problému s poruchou spánku. Zjišťují se návyky nemocného v době před začátkem choroby. Důležité

je počet hodin spánku, doba, kdy člověk usíná, a stravovací návyky, které mohou ovlivnit spánek, jako je např. jídlo na noc, kofeinové nápoje. Je důležité nemocného zapojit do hledání možností, jak spánek zlepšit. Někteří lidé mají rituály, které jim mohou pomoci při usnutí (Marková a spol., 2006, s. 243).

Vyšetření se skládá z anamnézy, která by u charakteristiky nočního spánku měla být získána také od osob sdílících s nemocným ložnici, z objektivního vyšetření a případně z pomocných vyšetřovacích metod. Anamnéza se skládá z následujících částí: rodinná anamnéza, osobní anamnéza, farmakologická anamnéza, abúzus a zvyklosti ovlivňující bdění a spánek, pracovní anamnéza a anamnéza zaměřená na údaje o spánku a bdění na případné symptomy s nimi spojené, nynější onemocnění (Šonka, 2009, s. 45).

Pro kvalifikaci kvality spánku je v současné době k dispozici více sebeposuzovacích škál. Lze použít analogové sebeposuzovací škály, zejména pro sledování vývoje. Například pro hodnocení kvality nočního spánku se často v praxi i ve výzkumu používá Pitsburský index kvality spánku. K subjektivní kvantifikaci denní spavosti se nejvíce používá Epworthská škála spavosti (viz příloha A). Spánkový deník je deník, ve kterém pacient zapisuje výskyt ospalosti ve 24hod. denním cyklu za období 1 – 4 týdny (Šonka, 2009, s. 48 – 53).

Rozlišení spánku a bdění, NREM a REM spánku a rozlišení stadií spánku NREM je možné sledováním tří základních parametrů: EEG, EMG, EOG. Paralelní registrace těchto parametrů se nazývá polysomnografie (Šonka, 2009, s. 53).

Tato metoda se používá u pacientů pro vyšetření spánku a diagnostiku různých poruch spánku. Přístroj je umístěn v pokoji, odkud laborant sleduje pacienty televizí a kontroluje kvalitu záznamu. Po dobu spánku se pacientovi připevní na tělo a hlavu několik elektrod a snímačů. V záznamu se zapisuje elektrický potenciál ze svalu, mozkový elektrický potenciál, celkové pohyby těla a očních bulbů, elektrický potenciál ze srdečního svalu, dýchání, sycení krve kyslíkem, tlak krve a srdeční frekvenci. Nakonec se provede analýza všech údajů a subjektivního hodnocení od pacienta (Mourek, 2005, s. 51).

Centrální nervová soustava je zdrojem měřitelných elektrických potenciálů. Elektrický náboj je měřen elektroencefalografem, neboli EEG. Provádí záznam elektrické aktivity mozku snímáním na povrchu lebky pomocí elektrod. Měří se vlny různé frekvence a amplitudy, které mají původ především v mozkové kůře i když se na ní podílejí i aktivity podkorových oblastí. Vyšetření elektroencefalografem není bolestivé, ale je nezbytná spolupráce pacienta. Doba vyšetření je přibližně 20 minut v pohodlné poloze, ve které setrvá bez pohybu, mluvení

a otvírání očí. Z důvodu zkreslení se nesmí používat tužidla a lak na vlasy. EEG nelze použít u pacientů s Parkinsonovou chorobou a neklidných pacientů (Mourek, 2005, s. 51).

3.3 Léčba poruch spánku

Poruchami spánku trpí až 50 % populace a téměř 20 % z nich řeší tyto obtíže farmakologicky. Většina farmak na spaní může způsobovat závislost. Často se stává, že lidé hypnotika nadužívají. Jedná se většinou o nejstarší generaci léků na spaní. Prvotní dávky hypnotik totiž přestanou stačit, a tak člověk trpící spánkovými obtížemi jejich počet časem začne navyšovat. Po vysazení hypnotik se však dostavuje nespavost, která je ještě horší než ta na začátku. V případě závislosti se dostavuje úzkost, napětí, potíže s tlakem a bušení srdce (Gajdošová, 2013, s. 32 – 33).

Cílem léčby je navození správného spánku včetně naplnění jeho funkce obnovy schopností mozku, zajištění kvalitní následné bdělosti a omezení rizika komorbidních onemocnění při insomnii. Obecně lze říci, že je třeba léčit základní chorobu, resp. odstraňovat faktory, které nespavost vyvolávají a podporují. Je třeba usilovat o ovlivnění postojů, chování a myšlení nemocného, aby se insomnie zmenšila nebo vymizela. K tomu slouží seznámení pacienta se zdravotním stavem (kognitivní aspekt terapie) a behaviorální léčebné postupy a psychoterapie, a to od nejjednodušších, které by měl ovládat každý lékař, po nejdokonalejší prováděné školenými terapeuty většinou z řad psychiatrů a psychologů (Šonka, 2009, s. 61).

Je důležité aktivizovat klienta během dne a nedovolit mu spát během dne a ani uléhat na lůžko. Podporovat správné stereotypy, kdy klient chodí spát. Udržovat stabilní prostředí v pokoji, jako je správná teplota, hladina hluku, zatemnění. Zajistit, aby klient neusínal hladový, ale i také, aby těsně před usnutím nejedl. Pokud došlo k nespavosti náhle, během několika dnů, pátrat po možné dekompenzaci zdravotního stavu (Pidrman, 2007, s. 148 – 149).

3.3.1 Farmakologická léčba

Hypnotika se rozdělují do tří generací (I – III): Barbituráty a nebarbiturátová hypnotika (glutetimid) se v této indikaci již nedoporučují. Vedou k lékové závislosti somatického typu se závažným průběhem abstinčního syndromu. Opakované podávání má za následek vývoj

tolerance na terapeutický účinek, nikoliv na toxicitu, představuje riziko akutní i chronické intoxikace. Benzodiazepiny – hypnotický účinek benzodiazepinů zkracuje spánkovou latenci a potlačuje REM spánek. Snižuje počet nočních probouzení a také dobu spánku prodlužuje. Krátkodobě účinné benzodiazepiny jsou např.: midazolam, oxazepam, triazolam (2 – 5 hod.). Střednědobě účinná: flunitrazepam, alprazolam, lorazepam (6 – 15 hod). Dlouhodobě účinné jsou chlordiazepoxid, diazepam, flurazepam (16 – 100 hod.). Po perorálním podání se kompletně vstřebávají a dosahují téměř stoprocentní biologické dostupnosti. Snadno prostupují hematoencefalickou bariérou, postupně se kumulují v tukové tkáni. Jsou biotransformovány v játrech (Martínková, 2007, s. 149).

Benzodiazepiny urychlují a usnadňují usínání, snižují počet nočních probouzení a prodlužují dobu spánku. Po jejich užití se člověk může cítit utlumený i během dne (Gajdošová, 2013, s. 32 – 33).

V běžných dávkách nezhoršují dýchání u zdravých lidí, ale mohou negativně působit u nemocných s chronickou bronchitidou, se spánkovou apnoe anebo s nervosvalovými chorobami (Vlček, Fialová, 2010, s. 233).

Mezi nežádoucí účinky patří nepříjemné probouzení a únava během následujícího dne. Bývá i anterográdní amnézie na události předcházející aplikaci léčiva (může být zneužita). Při dlouhodobém podávání hrozí riziko syndromu závislosti. Je také potřeba předvídat nežádoucí účinek E (end of use, syndrom z náhlého vysazení) zejména u starších lidí, který se projevuje jako zmatenost a dezorientace. Proto se doporučuje užívat benzodiazepiny nejvýše 2 – 4 týdny (Martínková, 2007, s. 149).

Preparáty na bázi melatoninu – např. cirkadin. Preparáty s obsahem látek analogických tomuto spánkovému hormonu představují pro člověka trpícího některou z poruch spánku velkou nadějí. Melatonin většinou tlumivý efekt nemívá a nevyvolává pocity polobdění i v průběhu dne. Na rozdíl od výše zmíněných starších léků na spaní nezpůsobuje závislost a je velmi dobře snášen (Gajdošová, 2013, s. 32 - 33).

Selektivní antagonisté GABA – jde o krátkodobě účinná hypnotika, je třeba je užít bezprostředně před uložením se ke spánku nebo až na lůžku. V těle se eliminují jaterní biotransformací na neúčinné metabolity. Kontraindikace je při těžké poruše jaterní funkce a respirační insuficienci. Přináší riziko spojené se zvyšováním dávek v důsledku tolerance na hypnotický účinek. Doporučuje se při přechodné a krátkodobé insomnii, zejména při špatném usínání. Doba léčby se doporučuje ukončit po dvou týdnech. Pro léčbu nespavosti, zejména při časném probouzení, se dále využívá také sedativního účinku nízkých dávek antipsychotik, např. levomepromazinu a chlorprotixenu. Antipsychotika a antidepresiva

se mohou podávat dlouhodobě, a to také u nemocných špatně odpovídajících na léčbu hypnotiky (Martínková, 2007, s. 151).

Nespavost může být prvním projevem deprese a chronická nespavost může depresi urychlit a zvýraznit. Proto jsou nemocní s dlouhodobou nespavostí léčeni malými dávkami antidepressiva s významnými sedativními účinky, např. fluvoxaminem, mirtazapinem. Další možností je trazodon. Jinou a neméně důležitou léčbou je psychoterapie (Martínková, 2007, s. 150).

3.3.2 Nefarmakologická léčba

Do nefarmakologické léčby řadíme hlavně psychoterapii. Psychoterapie má několik zásad: edukace, dále informovat o potřebě spánku a odstraňovat nesprávné fixované představy o tom, jak dlouho by člověk měl spát. Dále je důležitá spánková hygiena – požaduje se pohodlná postel, přiměřená teplota prostředí, ochrana proti hluku, lehká večeře a konzumace tekutin 4 – 5 hodin před usnutím. Nekonzumovat alkohol a omezit kouření ve večerních hodinách. Spánková restrikce, restrikce času tráveného na lůžku, která se odhaduje individuálně podle dispozic člověka. Je fixní po dohodnutou dobu léčby. Doporučuje se kontrola stimulů, na lůžku není vhodné sledování televize, čtení a popíjet a jíst. Není dovoleno spát během dne. Doporučuje se relaxace, nácvik autogenního tréninku v průběhu večera. Kognitivní restrukturalizace, eliminovat zneklidnění až úzkost, vyplývající z nedostatečného spánku (Martínková, 2007, s. 151).

Profesionálně vedená psychoterapeutická a behaviorální léčba řeší insomnií kauzálněji a trvanlivěji než farmakoterapie. Její efekt ale není bezprostřední. Pochopitelně je velice důležité individuální působení psychoterapeuta nebo ošetřujícího lékaře na interakci pacienta (Šonka, 2009, s. 82).

Mezi další formu nefarmakologické léčby patří bylinné preparáty. Jejich účinek není dokladován řádným klinickým zkoušením ani řádnými klinickými zkušenostmi. Efekt je pro některé pacienty dostatečný a jsou vhodným léčebným postupem. Nejčastěji se používají extrakty obsahující výtažek z kozlíku lékařského (*Valeriana officinalis*), z rostliny tichomořských ostrovů kava-kava, z chmele, z meduňky lékařské (*Mellisa officinalis*) a mučenky pletní (*Passiflora herba*) (Šonka, 2009, s. 81 – 82).

3.4 Léčba poruch spánku seniora

Geriatrické postupy doporučují vyvarovat se v chronické léčbě medikaci dlouhodobě působících benzodiazepinů. V současnosti je u seniorů proto diazepam používán především při akutních stavech – epileptické záchvaty, akutní neklid s agitovaností a úzkostí a deliria. Nedoporučuje se u seniorů používat v chronické léčbě, protože ve stáří má významně prodloužený eliminační poločas, z 50 až na 110 – 120 hod. a hromadí se v tukové tkáni. Jsou zde také zaznamenány polékové reakce – denní sedace, psychomotorický útlum, posturální nestabilita, vyšší incidence pádů a zlomenin, projevy agresivity, paradoxní anxiety, retrográdní amnézie a postižení kognitivních funkcí. Benzodiazepinová závislost bývá zaznamenána při terapii 3 až 6měsíční u 5 % léčených a po jednom roce užívání u více než 43 % seniorů. Je nezbytné říci, že se může rozvinout po několika týdnech terapie. Léčba se těžko ukončuje, protože náhlé vysazení vede k syndromu z vysazení, provázenému anxiety, nespavostí, neklidem, závratěmi, bolestmi hlavy, fotofobií a zmateností. Proto by senior neměl být léčen benzodiazepiny déle než dva týdny v hypnotické indikaci, čtyři týdny v terapii anxiety a dvanáct týdnů u panických stavů. Následně ukončovat tuto léčbu postupným snižováním dávky. Ve studii ADHOC – Aged in HOme Care, Geriatrická klinika 1. LF a VFN Praha, 2000 – 2003 se ukazuje, že v česku v roce 2001 užívalo benzodiazepiny 30 % seniorů a z 32 % pacientů trpících klinicky významnou depresí pouze 8 % užívalo antidepresiva, načež ostatním byly aplikovány dlouhodobě působící benzodiazepiny, které nemají antidepresivní účinnost. V posledních letech poukazují americké, kanadské a britské studie, že dochází k příznivému odklonu předepisování dlouhodobě působících benzodiazepinů ve stáří (Fialová, 2007, s. 65 – 66).

Na prvním místě je vždy zhodnocení farmakologické léčby, pokud klient již nějakou užívá. Zhodnocení aktuálního zdravotního stavu, kdy může například bolest vést klienta k nespavosti a lékem první volby bude tedy analgetikum a ne hypnotikum. Při výběru hypnotik by se měla preferovat hypnotika třetí generace, např. zolpidem, stilnox, hypnogen. Riziko rozvoje závislosti na ně je velmi nízké a nevedou ani k útlumu dechového centra, nevedou k rebound insomnii, nenarušují pozornost, psychomotoriku a ani paměť. Biologický poločas této skupiny je pro seniora velmi vhodný, protože umožňuje brzké usnutí a nedochází k přesouvání efektu do druhého dne. Hypnotické účinky jsou očekávány i u tiapridalu. Opatrně by se mělo zacházet s benzodiazepiny, protože kromě hypnotického účinku mají i účinek anxiolytický. Což vede u seniorů ke zhoršení paměti, pozornosti

a psychomotoriky, také mohou vést k výskytu sedace přes den a tím i k většímu riziku úrazu a pádu a možnému vzniku závislosti na léku. Může dojít v rebound insomni. Další hrozbou je paradoxní reakce, kdy dojde k aktivaci seniora po podání léku. V řadě komplikací, může nastat rozvoj deliria po podání benzodiazepinů (Pidrman, 2007, s. 148 – 149).

Je velice důležité pacienta ujistit, že nedostatek spánku neohrozí jeho život. Pokud jsou mu naordinovány léky proti nespavosti, poučit ho o nástupu a trvání účinku. Většinou je podáván 30 minut před ulehnutím nemocného a nikoliv s večerními léky. Dlouhodobé užívání léku proti nespavosti není vhodné (Marková a spol., 2006, s. 244).

4 Ošetrovatelský proces v péči o spánek

Nemocný člověk má větší potřebu spánku než člověk zdravý. Každé psychické a somatické onemocnění je provázeno zvýšenou únavou. Problémy se spánkem patří mezi nejčastější stížnosti nemocných. Příčinou může být změna prostředí, nedostatek soukromí, intimity, klidu. Obavy, nejistota, stres, úzkost vedou k nedostatečnému uspokojení potřeb spánku (Trachtová, 2013, s. 69).

Informace o spánku získáváme od klienta, příbuzných. Zjišťujeme anamnézu spánku, délku a kvalitu. Informuje se u klienta o spánkovém rituálu, eventuálně o užívání hypnotik a sedativ a o současných změnách ve zdravotním stavu. Dále je potřeba se zaměřit na informace o pohyblivosti a aktivitě (Trachtová, 2013, s. 77 – 78).

4.1 Faktory ovlivňující spánek

Mezi faktory, které ovlivňují spánek, patří biologicko-fyziologické faktory. Věk je jeden z určujících faktorů. Potřeba spánku a jeho délka, hloubka a spánkové fáze se mění v průběhu života. Nemoc narušuje normální spánkový rytmus. Nemocný člověk potřebuje více spánku. Z důvodu bolesti, obav, podávání ATB mají nemocní problémy se spánkem. Některé choroby přímo ovlivňují spánek (jaterní selhání, encefalitis, deprese). Výživa a hydratace – zvýšený příjem tekutin před spánkem, pití kávy nebo alkoholu jsou příčinou častého probouzení nebo potíží při usínání. Kvalitu spánku ovlivňuje snížení nebo zvýšení hmotnosti. Pohyb a aktivita na čerstvém vzduchu usnadňují usínání a ovlivňují délku a kvalitu spánku. Mírná únava je prospěšná pro spánek. Čím je člověk unavenější, tím je kratší první fáze REM spánku a nadměrná fyzická zátěž bezprostředně před spánkem usínání problematizuje (Trachtová, 2013, s. 70 – 74).

Mezi další faktory patří psychicko-duchovní faktory. Často dochází k narušování spánku negativními emocemi – strachem, úzkostí, stresem, afekty, rozčilení, ztráta blízkých, nepříjemný rozhovor před usnutím, nuda, nedostatek aktivity. V neposlední řadě je důležité zmínit sociálně-kulturní faktory. Patří sem konflikty v partnerských vztazích, na pracovišti, finanční starosti, nenaplnění role, velká ctižádost, snaha o prestiž, narušená socializace, nezaměstnanost, nedostatečná integrace. Faktory životního prostředí zahrnují tzv. mikrosociální prostředí. Místnost, ve které spíme, kterou sdílíme pouze s osobami

důvěrnými a blízkými. Zařízení ložnice, poloha, pokojová teplota odpovídající požadavkům člověka na klid, spánek a intimitu (Trachtová, 2013, s. 75).

4.2 Spánková hygiena

Nemocní by měli vědět, že správný režim (spánková hygiena) je v léčbě insomnie velmi důležitý. Základní pravidlo se vyjadřuje jako Desatero rad při poruchách spánku a usínání (viz příloha B). Pacient musí být ubezpečen, že insomnií mu nehrozí žádné bezprostřední nebezpečí sekundárního zdravotního poškození (v tomto případě se nemyslí na nehodu způsobenou nechtěným usnutím). Katastrofické vidění budoucnosti insomniaků nemá opodstatnění a insomnii naopak zhoršuje (Šonka, 2009, s. 89).

Pro kvalitní spánek je důležité zmínit seznam psychoterapeutických a behaviorálních postupů v léčbě insomnie. Mezi tyto postupy patří: terapie kontrolou podnětů – soubor instrukcí k obnově asociace lůžka se spánkem a k obnově přiměřeného rytmu spánek – bdění. Ukládat se ke spánku, jen když je člověk ospalý. Opustit lůžko, když pacient nemůže usnout, a používat lůžko jen pro spánek. Vstávat ráno ve stejný čas a nespát přes den. Léčba zkrácením spánku – metoda doporučuje zkrátit čas na lůžku na dobu spánku, kterou nemocný referuje jako aktuální trvání spánku, tím se dosáhne spánkové deprivace. Nemocný začne spát bez dlouhého čekání a bdělosti na lůžku a při subjektivním zlepšení se povolená doba na lůžku postupně prodlužuje. Trénink relaxace – postup ke snížení somatického napětí nebo neodbytných myšlenek, která ruší spánek, např. meditace. Dalším možným postupem pro zkvalitnění spánku je kognitivní léčba. Cílem je zmenšit starosti a změnit nesprávné názory a představy o spánku. Vypracovaných postupů je více, například poučení o spánkové hygieně. Kognitivně behaviorální terapie je kombinace výše zmíněných postupů a jde o nejprověřenější a nejkompexnější postup (Šonka, 2009, s. 84).

Spánek můžeme podpořit správnou technikou dýchání. Dýchání nás provází celým životem a je to přirozený pohyb. S každým nádechem přijímáme energii a s každým výdechem odstraňujeme, co naše tělo nepotřebuje. Dýchací systém ovlivňuje činnost všech orgánů v těle. Dechová cvičení nejsou náročná a může je provádět kdokoliv a při jakékoliv příležitosti. Výhodou je, že dechová cvičení jsou velmi obsáhlá, můžeme je vybírat dle schopností klienta. Tato cvičení vedou k uvolnění napětí, k relaxaci (Klvetová, Dlabalová, 2008, s. 132 – 133).

K léčbě primárních insomnií je k dispozici řada ověřených terapeutických postupů. Patří sem metody k dosažení tělesného a myšlenkového uvolnění, kontrola stimulů spánková edukace, spánková restrikce, paradoxní intence, kognitivně-behaviorální terapie, progresivní spánková relaxace, autogenní trénink a další. Většinou se jedná o specializované metody, vyhrazené odborníkům. Jejich nesprávné použití může mít demotivační dopad na důvěru a může vést k zbytečnému nadužívání farmak. Pravidla spánkové hygieny jako část behaviorální terapie je vhodné osvojit si pro každodenní lékařskou praxi. Vysvětlení základních hygienických návyků týkajících se spánku by mělo patřit ke vzdělání lékaře a zdravotníků s jakoukoliv specializací. Dodržování základních pravidel může výrazně ovlivnit spánek. Edukace ve spánkové hygieně spolu s „obecným psychoterapeutickým pohovorem“ mnohdy vedou k odstranění nesprávných a desítky let prováděných návyků. Zmíněná psychoterapie spolu s ujištěním, že malá a nezvyšující se dávka hypnotik na spaní je mnohdy lepší než složitá a mnohdy ne zcela úspěšná psychoterapie, nezdědka postačují a přinášejí překvapivý efekt (Smolík, 2007).

4.3 Pravidla spánkové hygieny

Do pravidel spánkové hygieny můžeme zařadit: probouzení v určité a stálou hodinu. Posílí to vnitřní hodiny (cirkadiánní oscilátor) a může to vést k pravidelné době usínání. Příliš dlouhá doba strávená v lůžku vede k mělkému spánku s častým probouzením. Dále je důležité snažit se vystavit expozici jasného světla (nejlépe slunečního) co nejdříve po probuzení. Světlo je mocným synchronizátorem mozku. Může pomoci správně nastavit vnitřní hodiny pro zbytek dne. V průběhu dne dodržovat pravidelný časový režim příjmu jídla, cvičení, bdění a spánku. Pomůže to udržet rytmus vnitřních hodin. Snažit se o každodenní cvičení, ale necvičit příliš těsně před ulehnutím ke spánku. V případě ospalosti v průběhu dne zaměstnat se a nepodřimovat. Podřimování v průběhu dne může způsobit významné narušení kvality nočního spánku. Opatrně požívat nápoje s kofeinem (káva, kakao, kola, čaj), u citlivých jedinců může kofein narušit spánek i při užití v ranních hodinách. Před spaním nepožívat alkohol. Alkohol má na spánek paradoxní účinek. K ulehnutí ke spánku hledat optimální dobu a také způsob předspánkové relaxace. Považovat lůžko za svůj azyl a útočiště. Nepřenášet do něho svoje obavy nebo stresy. Používat lůžko pouze pro spaní a sex. Vyhnout se používání lůžka pro práci, dohadování se s partnerem nebo sledování TV. Vyskytnou-li se na lůžku prožitky stavu úzkosti o svůj

život, z denních událostí, z práce, nebo i pouhá úzkost z nespavosti, bude s velkou pravděpodobností schopnost usnout narušena. Dále je dobré zajistit si v místnosti optimální teplotu. Používat povlečení a pyžama zajišťující pocit optimálního tělesného komfortu. Důležité je předejít probouzení z hladu. Před spaním je možné lehce pojíst např. ovoce nebo se napít teplého nápoje bez kofeinu (oblíbené bývá teplé mléko, event. s medem). Pokud nemůže člověk v noci usnout, není dobré podléhat panice. I pro dobré spáče je občasné noční bdění normální. Je běžné probudit se a jít na WC. Noční probuzení není nic mimořádného a je dobré použít případně stejných uvolňujících metod, na které je člověk navyklý před spaním. Ujistit se, že spánek neruší hluk nebo nepříjemné zvuky. K odvedení pozornosti od mírných zvuků, kterým nelze zamezit, nebo naopak od přílišného ticha zkusit použít slabě puštěnou hudbu. I když nespavost nemůže být léčena stejným způsobem jako řada tělesných onemocnění, existuje velké množství postupů, které mohou pomoci překonat ji. Vybraná pravidla spánkové hygieny se používají často jako metoda nazývaná „kontrola stimulů“. Podle individuálního spánkového profilu a způsobu života pacienta můžeme nalézt i další stimuly, které mají vliv na poruchy spánku a pokusit se vést pacienta k jejich kontrole. Prognóza nespavosti úzce souvisí s její základní příčinou. U nespavostí způsobených akutním stresem bývá velmi dobrá. Chronická nespavost vyžaduje většinou zevrubné vyšetření psychiatricko-psychologické, neurologické a interní. Insomnie sama o sobě znamená zátěž, která může přispět k rozvoji depresivní fáze nebo jiného onemocnění (Smolík, 2007).

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část jsem si po zhodnocení dostupných informací stanovila následující výzkumné otázky.

5.1 Výzkumné otázky

1. Jaká nejčastější porucha spánku se vyskytuje u seniorů?
2. Co ovlivňuje spánek seniora? Existují faktory, které ovlivňují spánek seniora?
3. Jak dlouho senior spí a zda se cítí po spánku odpočínutý?
4. Bude mít užívání hypnotik pozitivní vliv na spánek seniora?

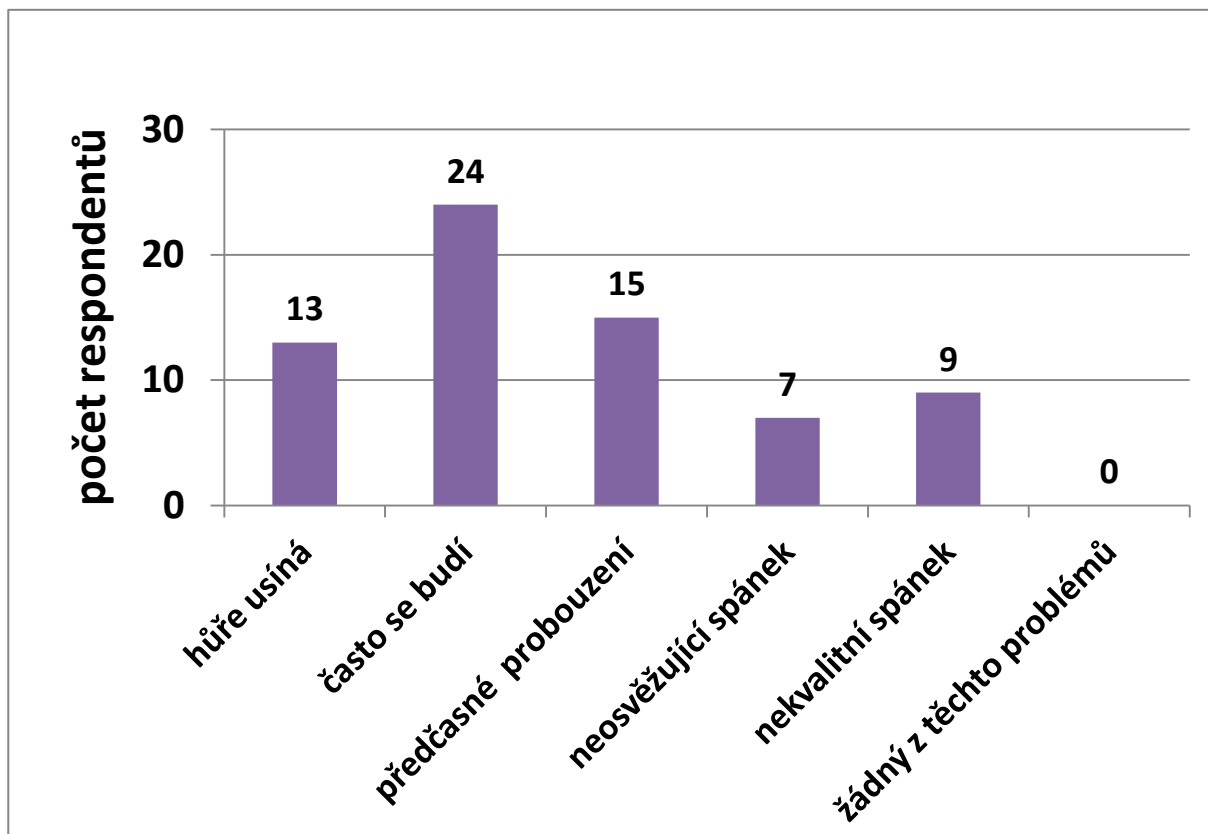
5.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum byl prováděn od listopadu 2014 do prosince 2014. Probíhal v domově pro seniory. Nejdříve jsem na pracovišti získala písemný souhlas k provádění výzkumu. Domov byl zřízen za účelem zajištění sociální pomoci starým a zdravotně postiženým občanům. Zařízení je příspěvkovou organizací města. Domov pro seniory má 115 lůžek a kapacita domova pro osoby se zdravotním postižením je 30 lůžek. Kvantitativní sběr dat probíhal formou dotazníků (viz příloha C). Respondentům byl dotazník vysvětlen a byl anonymní. Vyplněné dotazníky ukládali do uzavřených boxů. Před vlastním dotazníkovým šetřením byl 5 klientům rozdán pilotní dotazník, který měli účelně zhodnotit. U většiny klientů byla zjištěna neochota vyplňovat dotazníky samostatně, proto jsem se rozhodla, že dotazníky budu vyplňovat s nimi. To se jevilo jako vhodný postup pro tuto cílovou skupinu respondentů z důvodu možného výskytu obtíží při čtení a psaní, tato úvaha se ukázala jako opodstatněná v řadě případů. Dotazník použitý v bakalářské práci obsahuje 18 otázek, které jsem sama vytvořila. Otázky byly především uzavřené, tj. respondenti měli předem dané možnosti volby. V dotazníku se objevují i otázky polouzavřené, ve kterých mají respondenti možnost uvést kromě nabízených možností i svoji vlastní odpověď. Seniorům ve věku od 62 do 98 let byly kladeny i otázky identifikační. Závěr dotazníku je zaměřen na faktografické údaje, zjišťoval pohlaví, věk seniorů. Osloveno bylo 36 klientů, z toho 6 klientů odmítlo. Ostatních

30 seniorů informace do dotazníku uvedlo, žádný dotazník jsem nemusela vyřadit. Tato data byla zpracována ve výzkumu. Zpracování dotazníku do grafů byl proveden v programu Microsoft office Excel 2007. Použité grafy jsou koláčové nebo sloupcové a jsou vygenerovány na základě vytvoření tabulek ve výše uvedeném programu. Pro zpracování výzkumu bylo použito základních statistických metod, absolutní a relativní četnost. Procenta byla vždy zaokrouhlena na celá čísla. Dotazník pomohl získat data, která by měla nabídnout odpovědi na výše popsané výzkumné otázky.

6 Prezentace výsledků

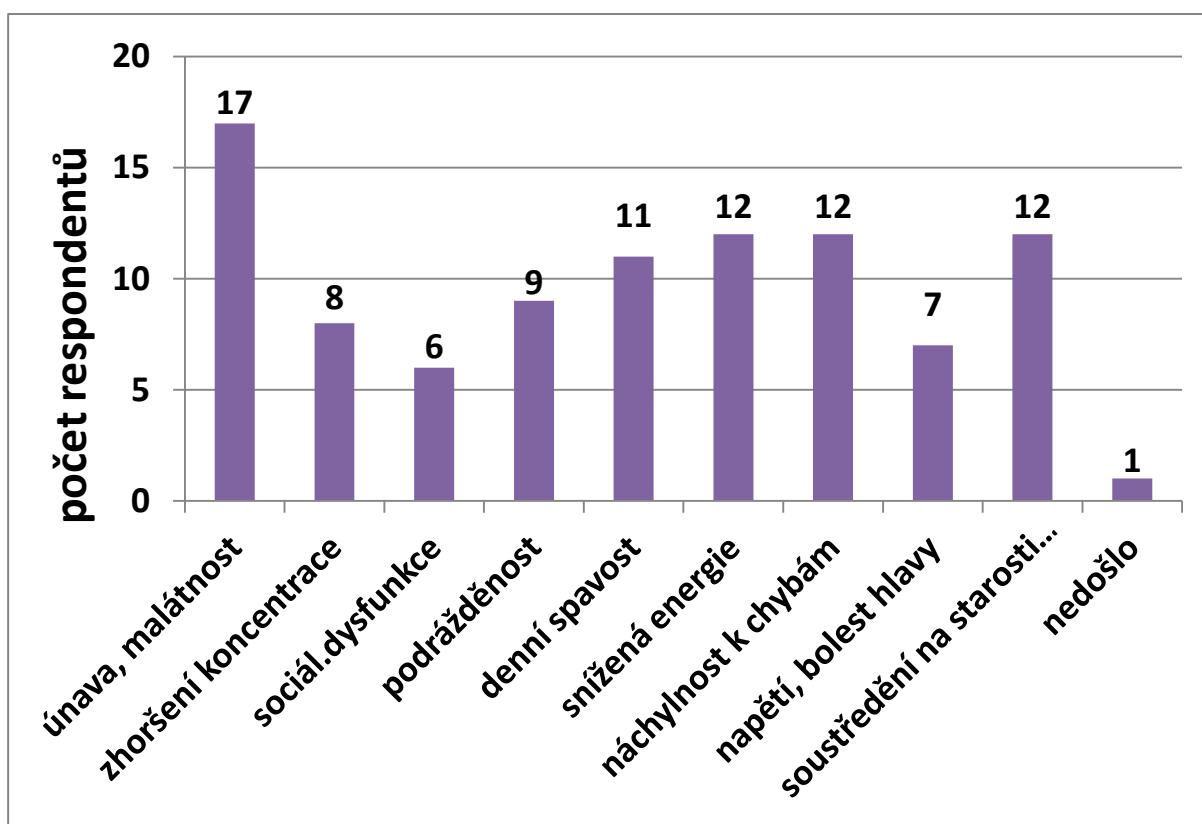
Otázka 1. Trpíte některou z těchto poruch? (U této otázky je možné zaškrtnout více odpovědí.)



Obrázek 1 Graf zastoupení poruch se spánkem

V této otázce senioři měli na výběr z několika možností a bylo možné zaškrtnout více odpovědí. Pro výpočet relativní četnosti byl pro každou možnost počet dotázaných 30, celkový základ 100 %. Mým záměrem bylo zjistit, jakou poruchou spánku zkoumaný vzorek trpí. V dotazníku 24 respondentů (80 %) uvedlo, že se často budí v noci a 15 klientů (50 %) má problém s předčasným probouzením. Další část, 13 respondentů (43 %), uvedla, že hůře usíná. V 9 případech (30 %) se vyskytuje nekvalitní spánek a neosvěžující spánek zaznamenalo 7 seniorů (23 %). Na poslední otázku neodpovídal žádný respondent. Kategorie poruch spánku je možné porovnat na obrázku číslo 1.

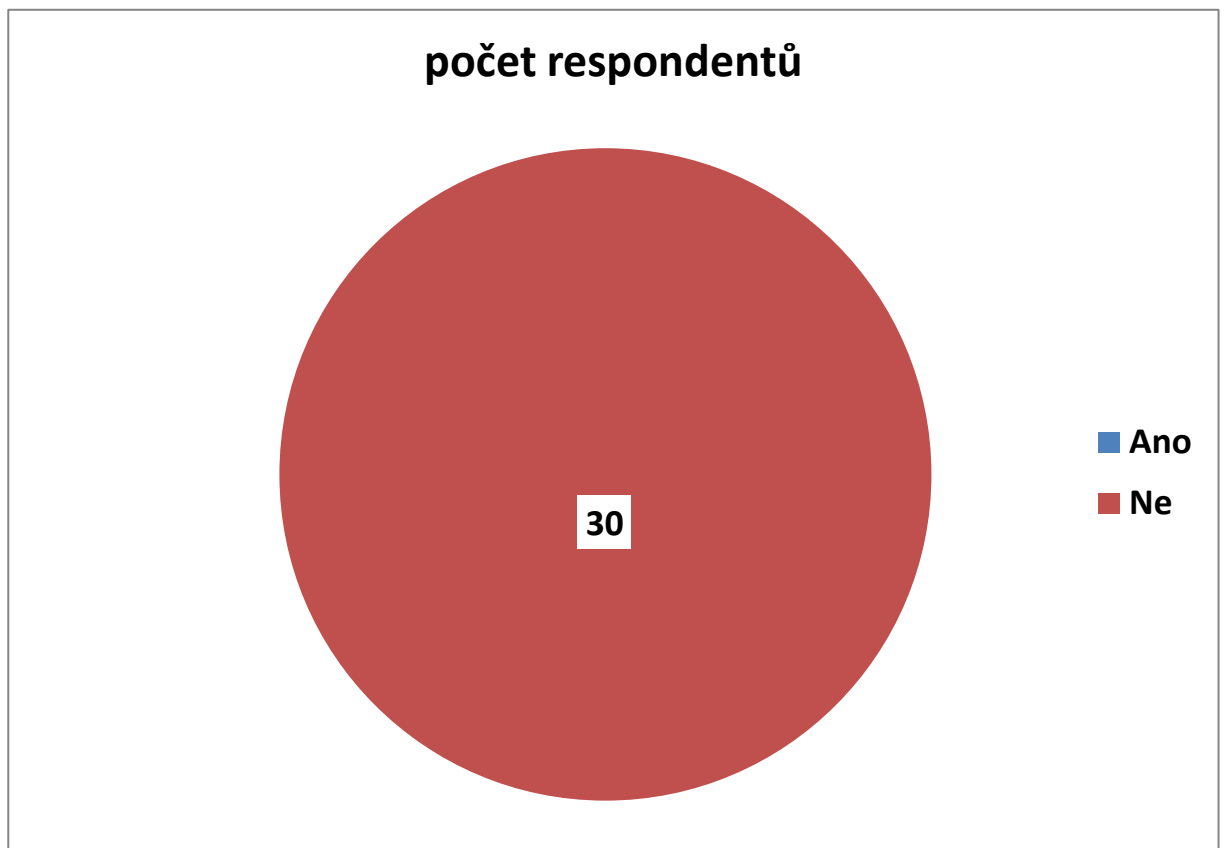
Otázka 2. Došlo u vás v posledních 3 měsících ke zhoršení funkceschopnosti v denní době? (U této otázky je možné zaškrtnout více odpovědí.)



Obrázek 2 Graf zhoršení funkceschopnosti v denní době v posledních 3 měsících

Tato otázka mapovala u zkoumaného vzorku subjektivní hodnocení stavu v denní době. Zde byla možnost zaškrtnout více odpovědí. Pro výpočet relativní četnosti byl pro každou možnost počet 30 celkový základ 100 %. Více než polovina, 17 seniorů (57 %), se cítila unaveně nebo malátně a 12 seniorů (40 %) pociťovalo sníženou motivaci, energii a iniciativu, náchylnost k chybám a soustředění se na starosti se spánkem. Podrážděnost uvedlo 9 dotázaných (30 %) a zhoršení koncentrace a pozornosti byla do odpovědí zařazena 8krát (27 %). Napětí a bolest hlavy uvedlo 7 (23 %), 6 (20 %) pociťovalo sociální dysfunkci. Jeden senior (3 %) uvedl, že ke zhoršení funkceschopnosti nedošlo.

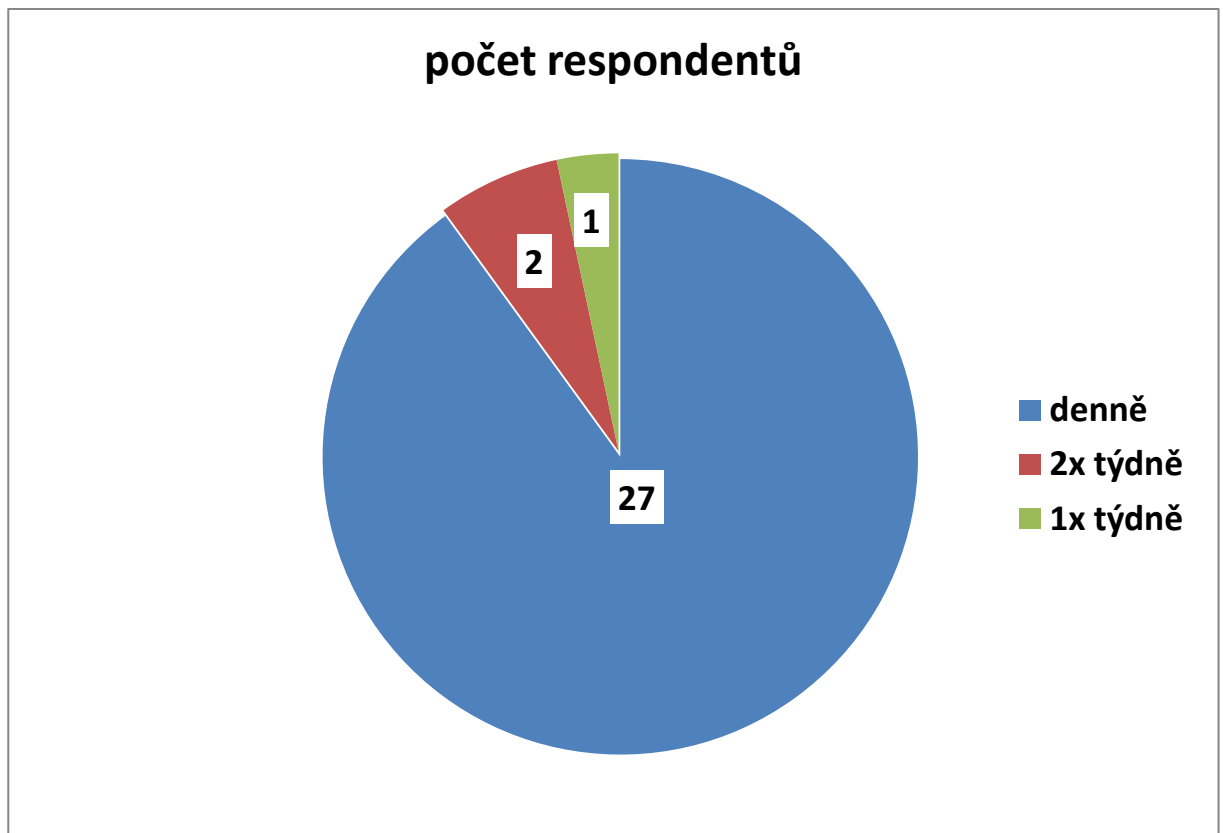
Otázka 3. Užíváte léky na spaní v současné době?



Obrázek 3 Graf zastoupení užívání léků na spaní ze vzorce respondentů

Záměrem otázky číslo 3 bylo zjistit, zda všichni senioři v současné době užívají léky na spaní. 30 seniorů (100 %) uvedlo, že hypnotika užívají.

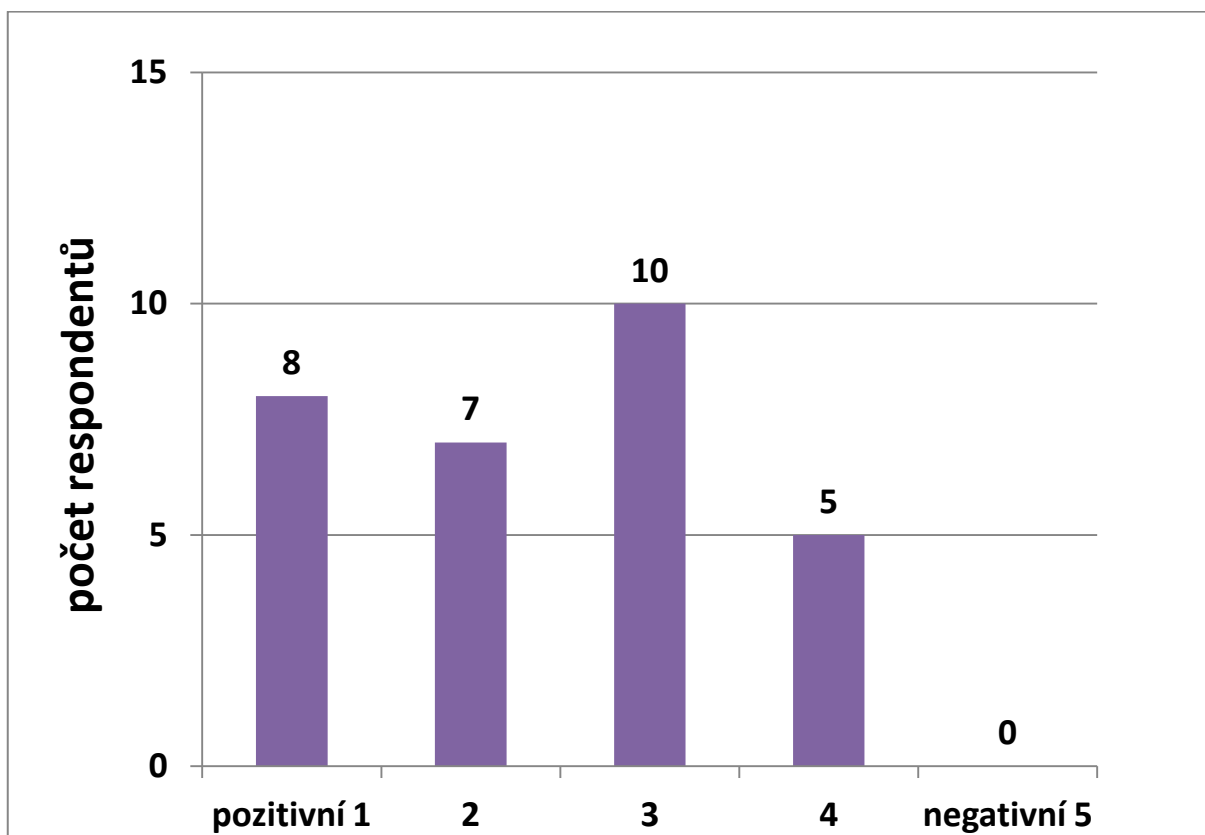
Otázka 4. Pokud jste u předcházející otázky uvedl/a ano, jak často léky na spaní za týden užíváte?



Obrázek 4 Graf pravidelnosti užívání léků na spaní

V této otázce měli senioři, kteří berou léky na spaní, odpovědět, jak často za týden hypnotika užívají. U 27 seniorů (90 %) jsou hypnotika užívána každý den. Dva (7 %) uvedli, že užívají hypnotika 2krát týdně a 1krát týdně užívá léky na spaní 1 senior (3 %). Kategorie je možné porovnat na obrázku číslo 4.

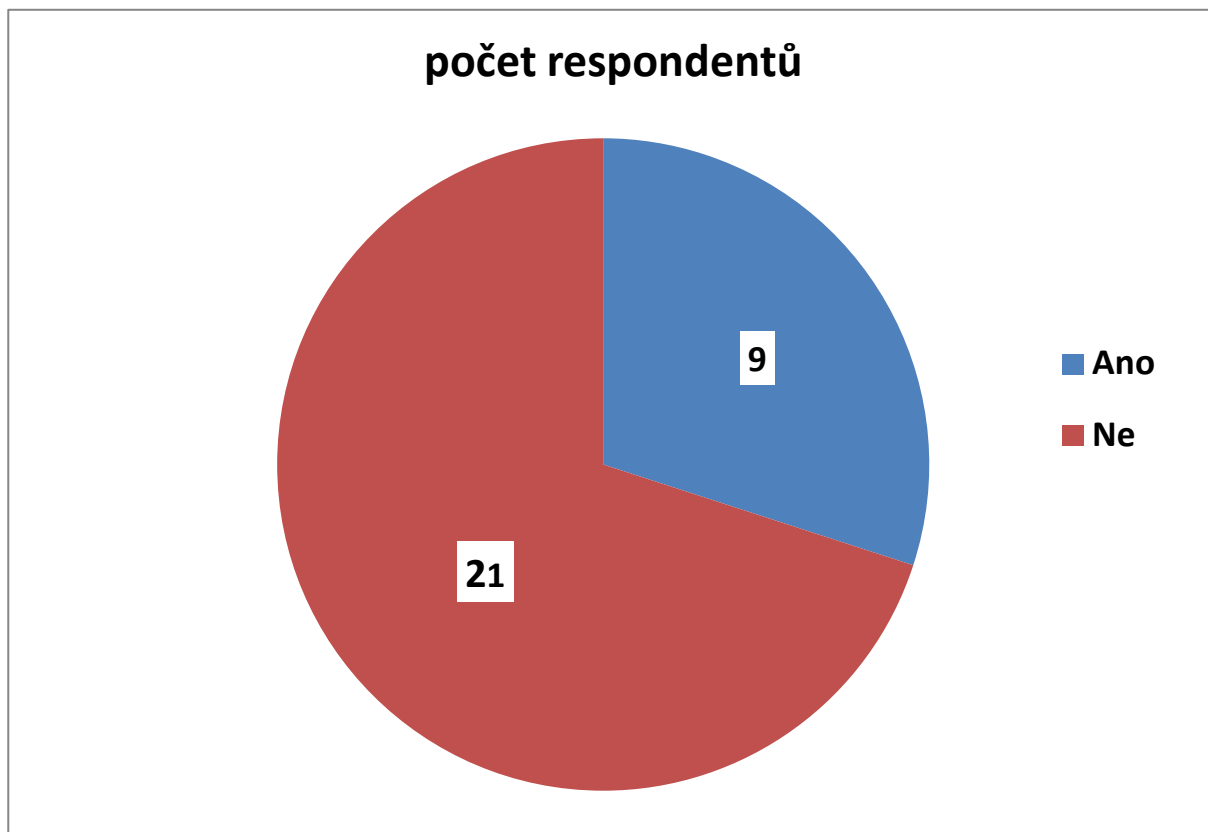
Otázka 5. Mají léky pozitivní vliv na váš spánek?



Obrázek 5 Graf vlivu léku na spaní

Tato otázka mapovala u zkoumaného vzorku subjektivní hodnocení vlivu hypnotik na spánek. Byla použita stupnice od 1 až do 5 a pozitivní vliv je zaznamenán číslem jedna a negativní vliv číslem pět. Jedna třetina, 10 seniorů (33 %), uvedla dobrý vliv hypnotik na spánek a dále 8 seniorů (27 %) pocíťovalo výborný pozitivní vliv. Velmi dobrý vliv léku na spánek zaznamenalo 7 klientů (23 %). U 5 (17 %) je vliv léku dostačující. Pro nedostačující vliv léku neodpovídal žádný respondent. Na obrázku číslo 5 je patrné, jak jsou výsledky zkoumaného vzorce rozloženy.

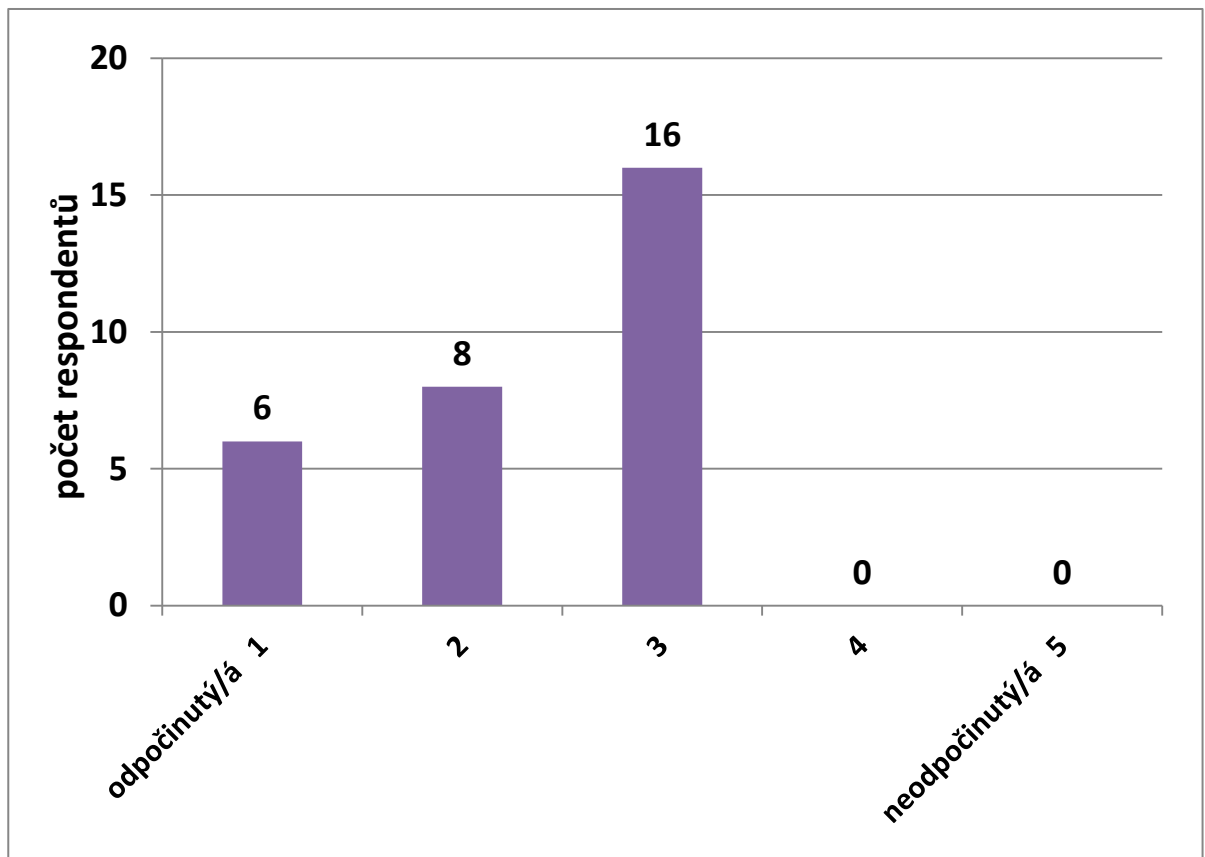
Otázka 6. Obáváte se závislosti na lécích na spaní?



Obrázek 6 Graf obavy ze závislosti na lécích na spaní

Tato otázka se zaměřila na možné obavy klientů ze vzniku závislosti na lécích na spaní. Závislosti se neobává většina, v tomto případě 21 seniorů (70 %), a 9 respondentů (30 %) se naopak závislosti na lécích na spaní obává. Na obrázku číslo 6 je patrné, jak jsou výsledky rozloženy.

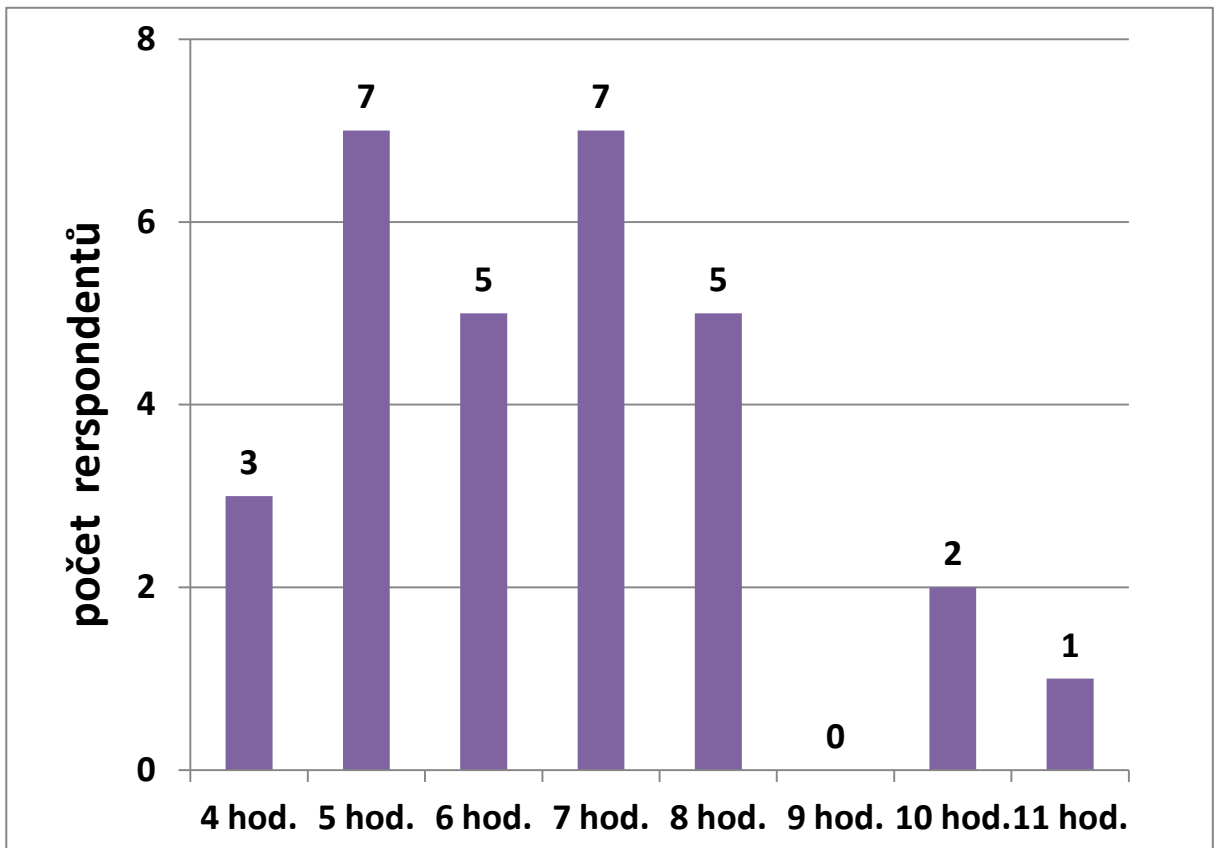
Otázka 7. Cítíte se po spánku odpočínutý/á? (Zakroužkujte číslici, která nejlépe vyjadřuje, jak se cítíte.)



Obrázek 7 Graf zhodnocení osvěžení po spánku

Záměrem této otázky bylo zjistit, zda se senior cítí po spánku odpočínutý. Byla použita stupnice od 1 až do 5 a odpočínutý je zaznamenán číslem jedna a neodpočínutý číslem pět. Přes polovinu respondentů, 16 (53 %), se cítí dobře odpočínutých a 8 respondentů (27 %) odpovědělo, že jejich osvěžení je velmi dobré. 6 (20 %) pocívalo výborné osvěžení spánkem. Nedostačující osvěžení spánkem neuvedl žádný klient. Obrázek číslo 7 znázorňuje výsledky zkoumaného vzorce.

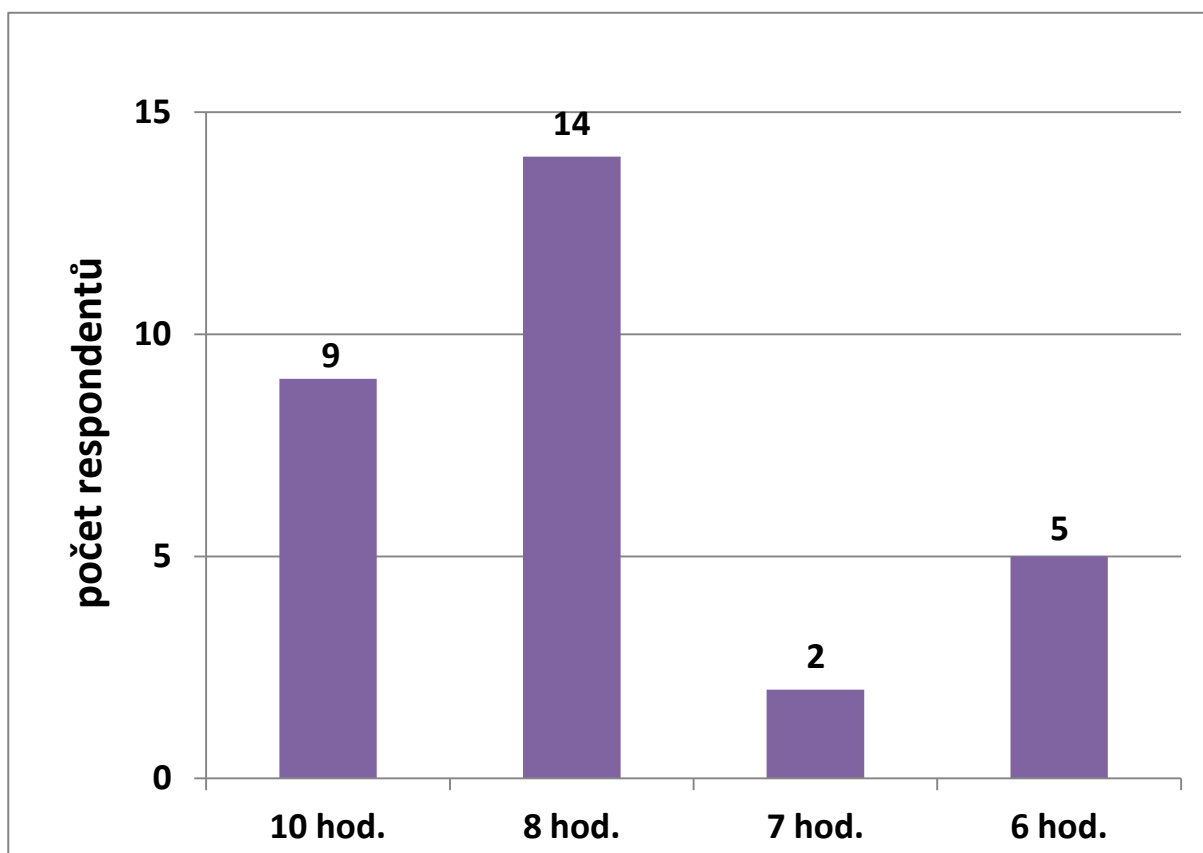
Otázka 8. Kolik hodin v noci spíte?



Obrázek 8 Graf počtu hodin spánku v noci

Tato otázka zjišťovala počet hodin spánku seniorů v noci. Jak je patrné, nejvyšší zastoupení je 5 a 7 hodin – po 7 respondentech (23 %). Z čehož vychází i tvrzení, že snížení potřeby spánku je u seniorů fyziologické. Dále 5 respondentů (17 %) v noci spí 6 a 8 hodin. 4 hodiny spánku zaznamenali 3 senioři (10 %) a u dvou seniorů (7 %) je spánek v noci dlouhý 10 hodin a jeden senior (3 %) spí 11 hodin. Na obrázku číslo 8 lze porovnat, kolik hodin spánku v noci klienti spí.

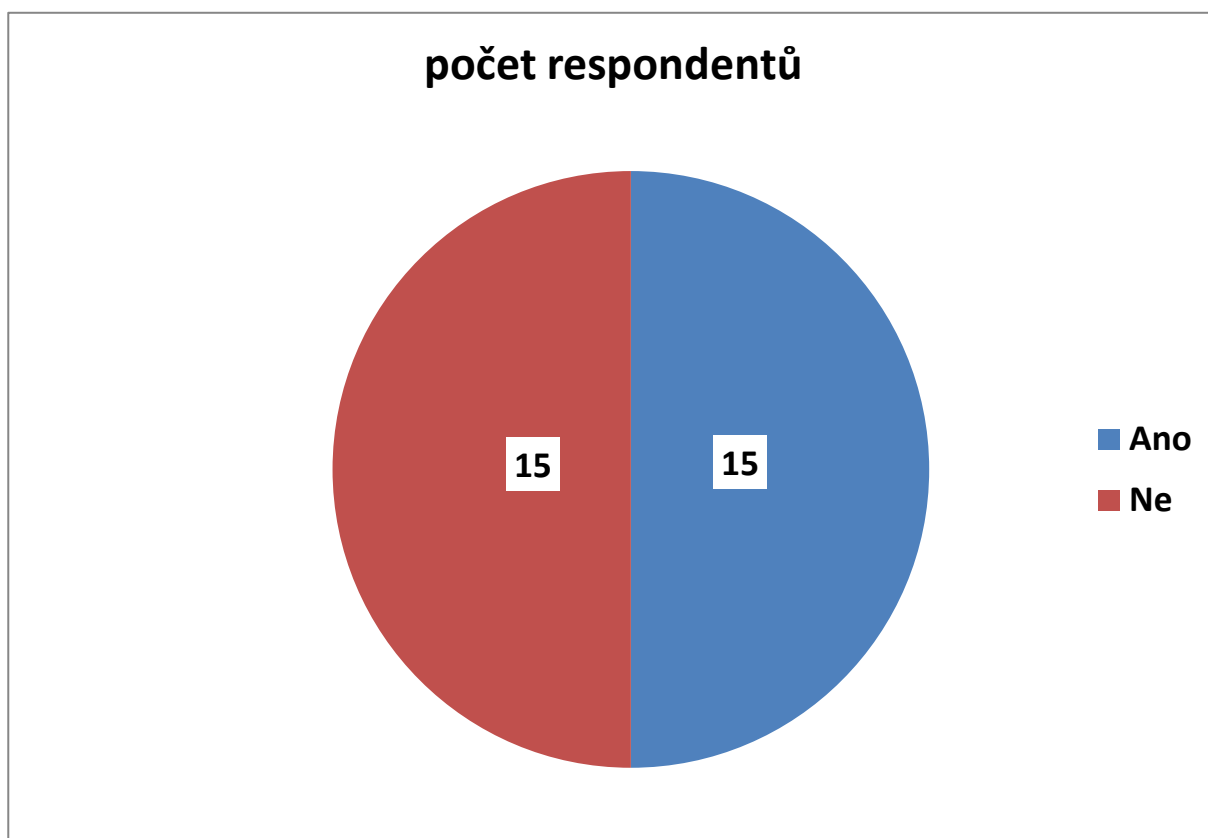
Otázka 9. Kolik hodin v noci chcete spát?



Obrázek 9 Graf počtu hodin, kolik by chtěl senior spát v noci

Tato otázka mapovala, kolik hodin v noci by chtěl senior spát. Záměrem této otázky bylo zjistit, zda se potřeba spánku slučuje se skutečným počtem hodin spánku, který senior prospí. Jak je patrné, nejvyšší zastoupení je 8 hodin, které v dotazníku uvedlo 14 seniorů (46 %). Dále 9 respondentů (30 %) by chtělo v noci spát 10 hodin. Možnost 6 hodin si vybralo 5 klientů (17 %) a 7 hodin by chtěli spát 2 respondenti (7 %). Na obrázku číslo 9 lze porovnat, kolik hodin spánku chce senior spát.

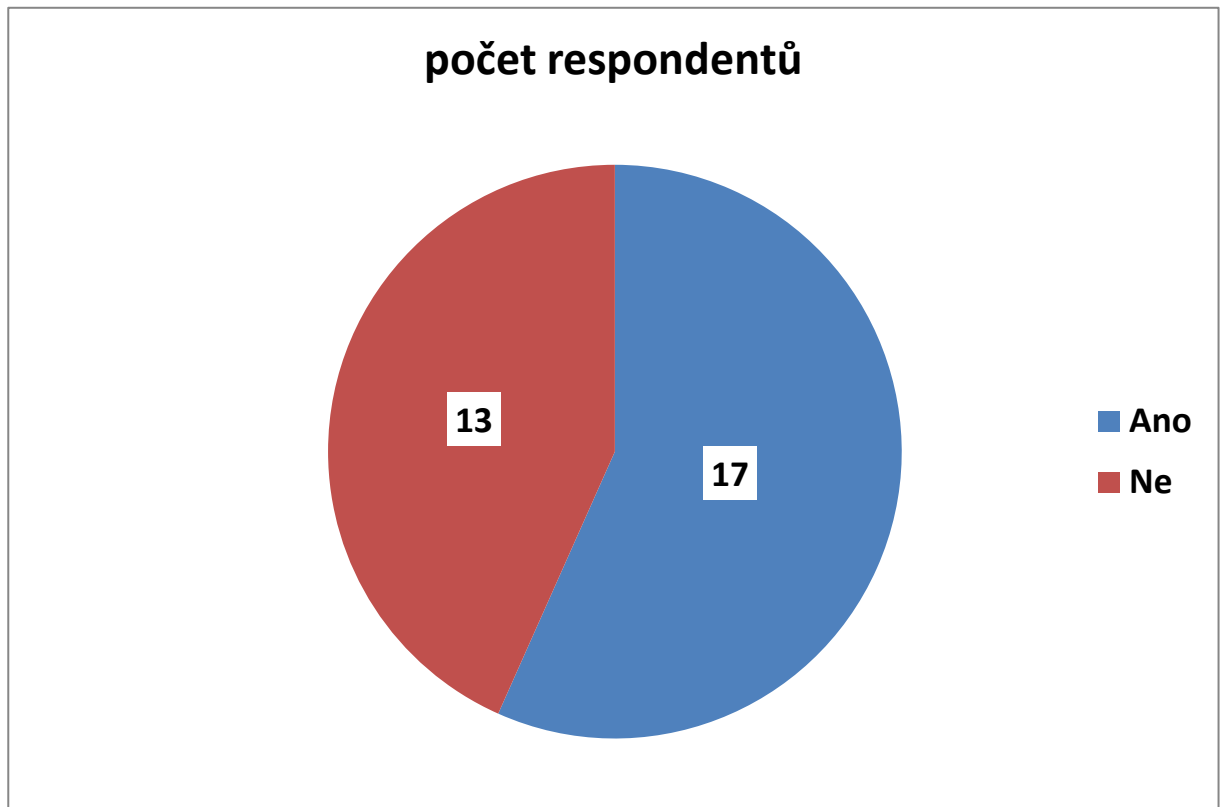
Otázka 10. Usínáte každý večer ve stejnou dobu?



Obrázek 10 Graf pravidelnosti doby usínání

Otázka číslo 10 mapovala u výzkumného souboru, zda senioři usínají každý večer ve stejnou dobu. Zastoupení respondentů bylo u obou odpovědí shodné 15 (50 %).

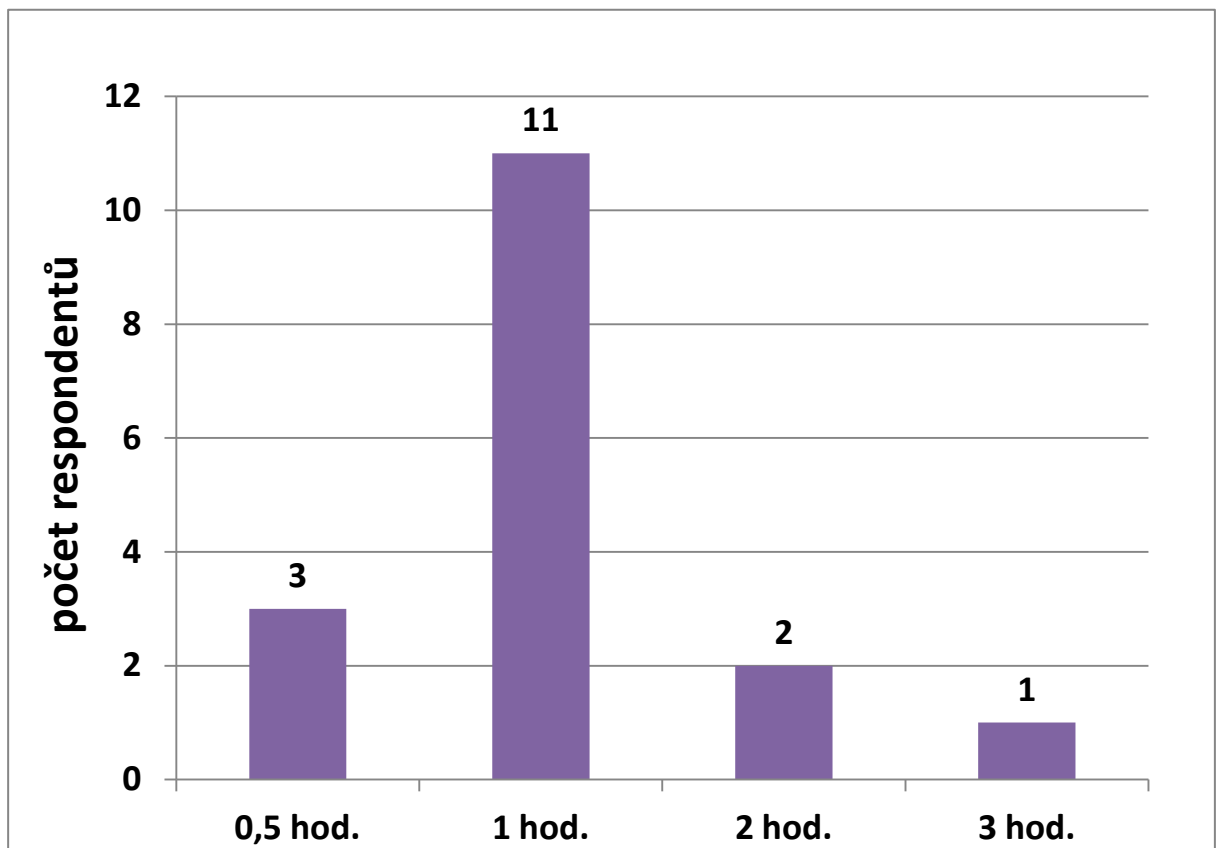
Otázka 11. Spíte během dne? Pokud jste uvedl/a ano, kolik hodin spíte?



Obrázek 11 Graf spánku ve dne

Záměrem této otázky bylo zjistit, zda spí senioři během dne, a pokud ano, kolik hodin ve dne prospí. Na otázku, zda klienti spí během dne, odpověděla více než polovina, 17 respondentů (57 %), že během dne spí, a 13 seniorů (43 %) zaznamenalo, že ve dne naopak nespí. Na obrázku číslo 11 je možné porovnat výsledek zkoumaného vzorce.

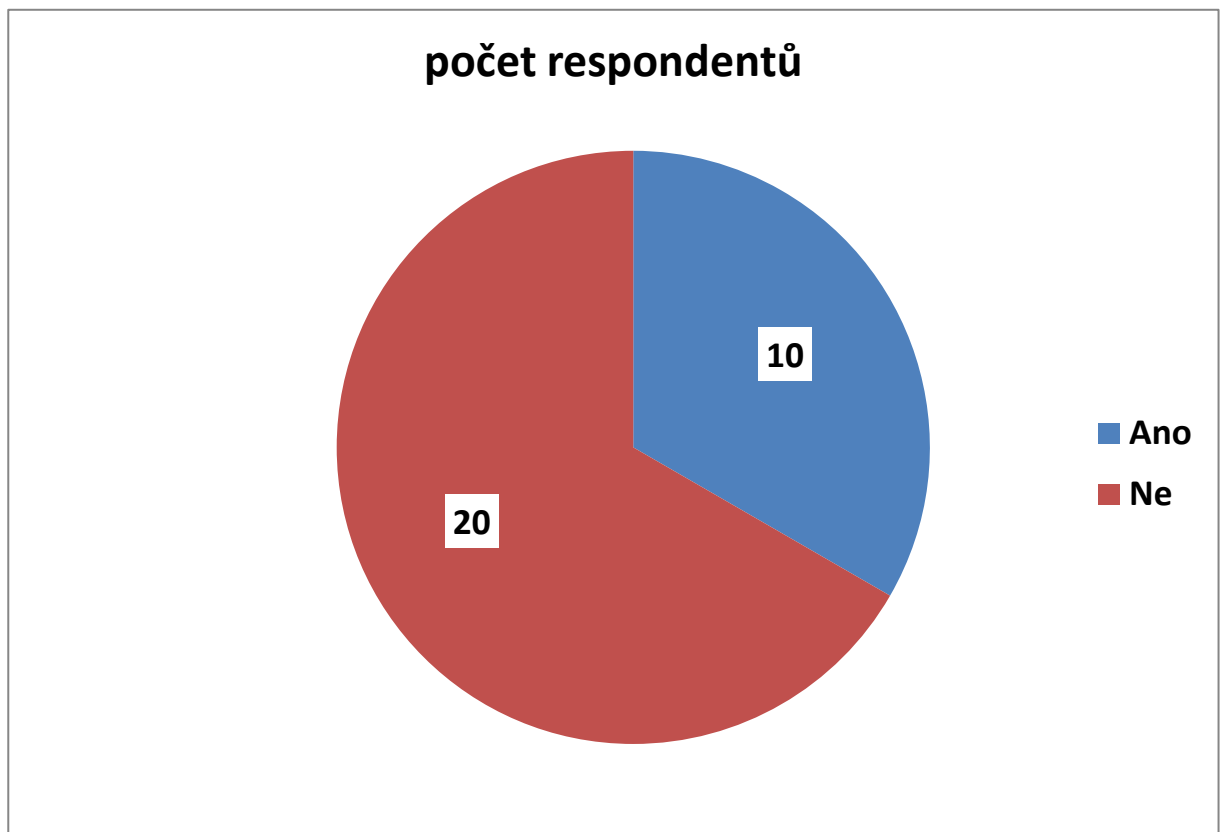
Kolik hodin spíte ve dne?



Obrázek 12 Graf počtu hodin spánku ve dne

Na tuto otázku odpovídalo 17 respondentů (57 %), kteří uvedli, že spí během dne. Pro výpočet relativní četnosti byl pro každou možnost počet 30 celkový základ 100 %. Z toho 11 seniorů (37 %) spí 1 hodinu a půl hodiny 3 seniori (10 %). Dále 2 hodiny spánku ve dne uvedli 2 respondenti (7 %) a 3 hodiny zaznamenal 1 senior (3 %). Na obrázku číslo 12 lze porovnat, kolik hodin spánku senior ve dne spí.

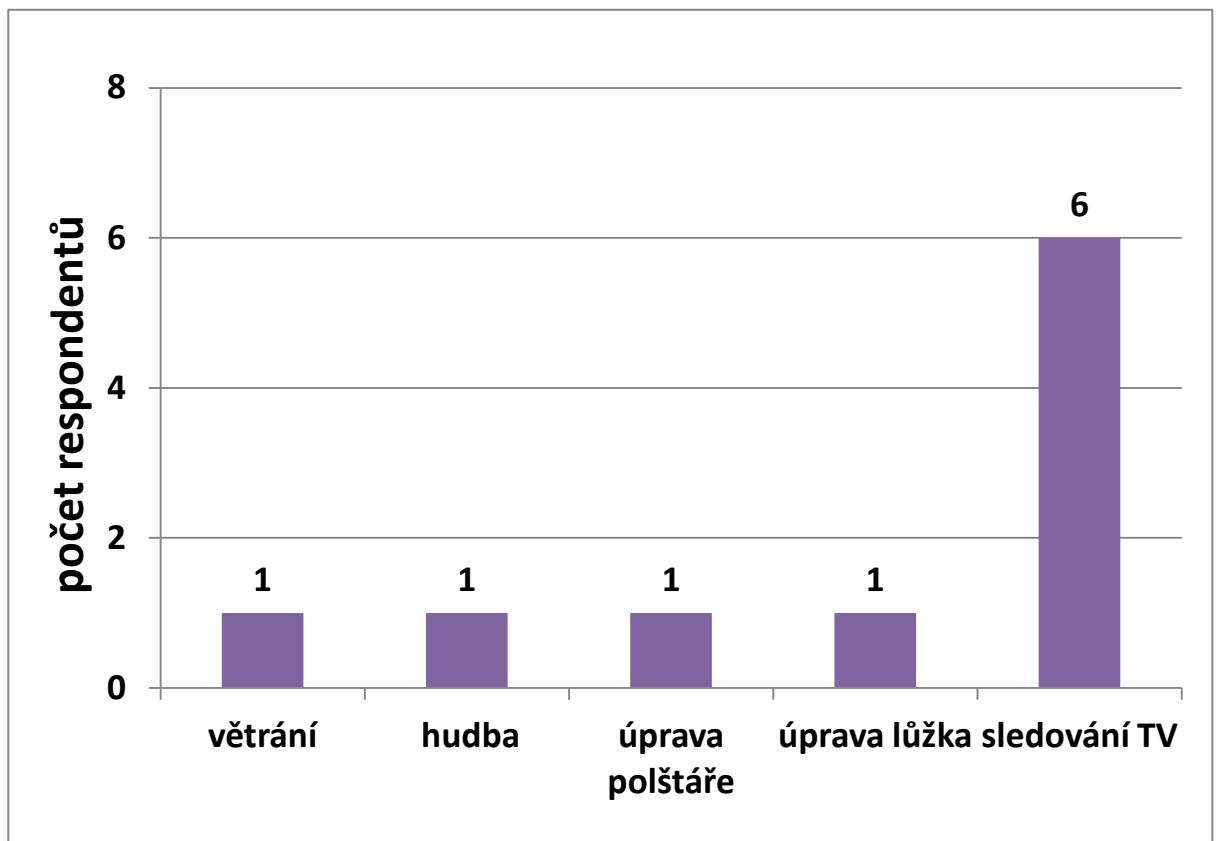
Otázka 12. Máte nějaké rituály na usínání? Pokud jste uvedl/a ano, jaké to jsou?



Obrázek 13 Graf rituálů na usínání

Z obrázku číslo 13 je patrné, že 20 seniorů (67 %) nemá žádné rituály na usínání a 10 seniorů (33 %) naopak rituály má. Obrázek číslo 13 znázorňuje výsledky zkoumaného vzorce.

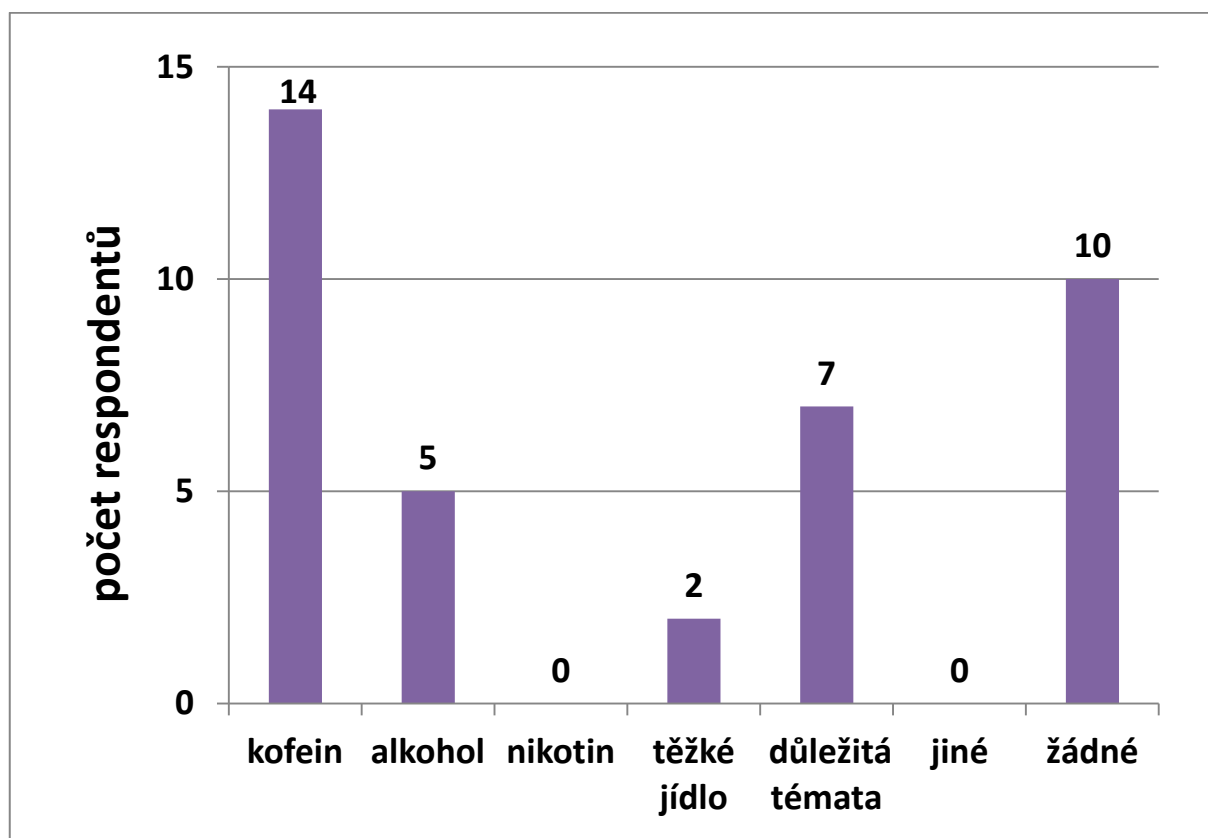
Rituály před spánkem



Obrázek 14 Graf zastoupení rituálů na usínání

Na tuto otázku odpovídalo 20 respondentů (67 %), kteří uvedli, že mají rituály na spaní. Pro výpočet relativní četnosti byl pro každou možnost počet 30 celkový základ 100 %. U 6 respondentů (20 %) je nejčastější rituál sledování televize a z ostatních rituálů bylo zaznamenáno větrání, poslech hudby, úprava polštáře a úprava lůžka vždy u jednoho seniora (3 %). Na obrázku číslo 14 lze porovnat, jak jsou výsledky zkoumaného vzorce rozloženy.

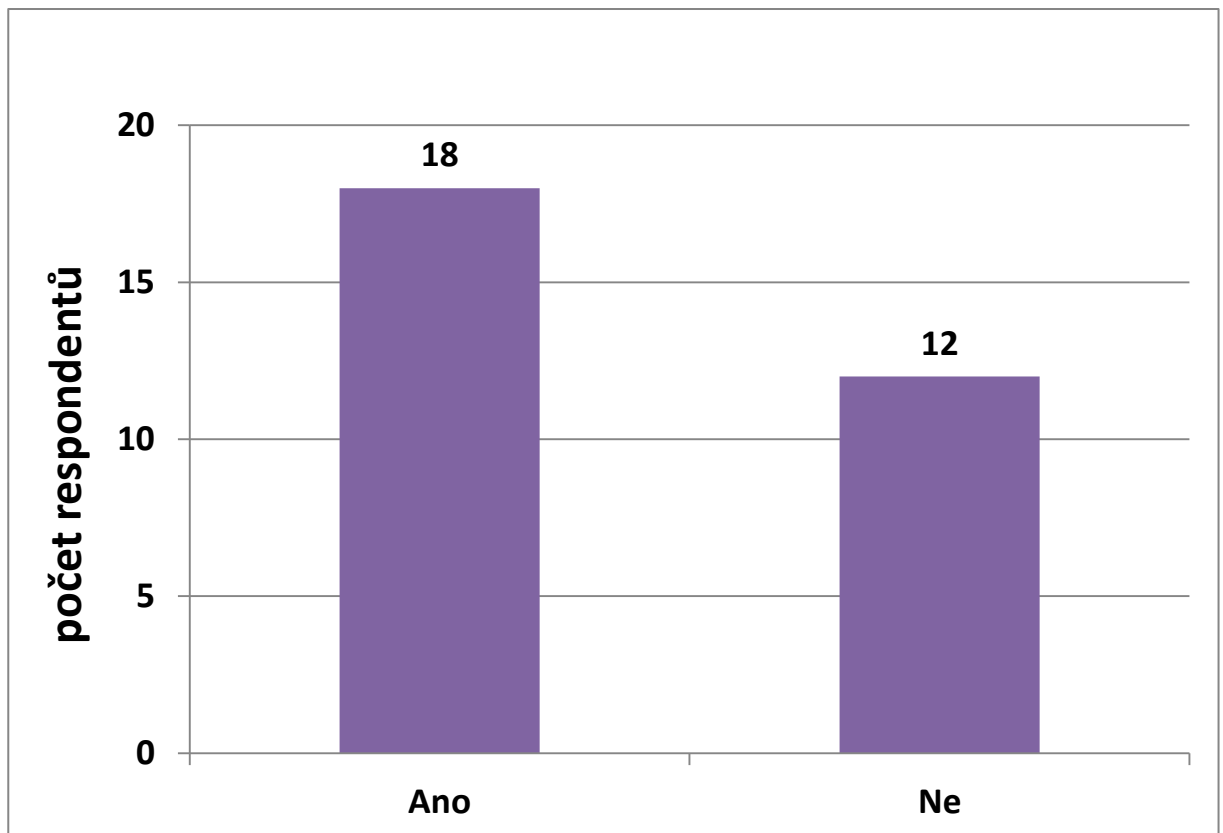
Otázka 13. Patří některé z nabízených činností k vašim běžným činnostem před ulehnutím? (U této otázky můžete zaškrtnout více odpovědí.)



Obrázek 15 Graf nabízených činností

V této otázce měli na výběr z několika možností a mohli odpovídat neomezeně. Pro výpočet relativní četnosti byl pro každou možnost počet 30 respondentů, celkový základ 100 %. Necelá polovina respondentů – 14 (47 %) – pije kofeinové nápoje, žádné z nabízených činností zaznamenalo 10 respondentů (33 %) a u 7 seniorů (23 %) se vyskytuje řešení důležitých témat ve večerních hodinách. V 5 případech (17 %) docházelo k požívání alkoholu a dva senioři (7 %) uvedli, že ve večerních hodinách se stravují těžkým jídlem.

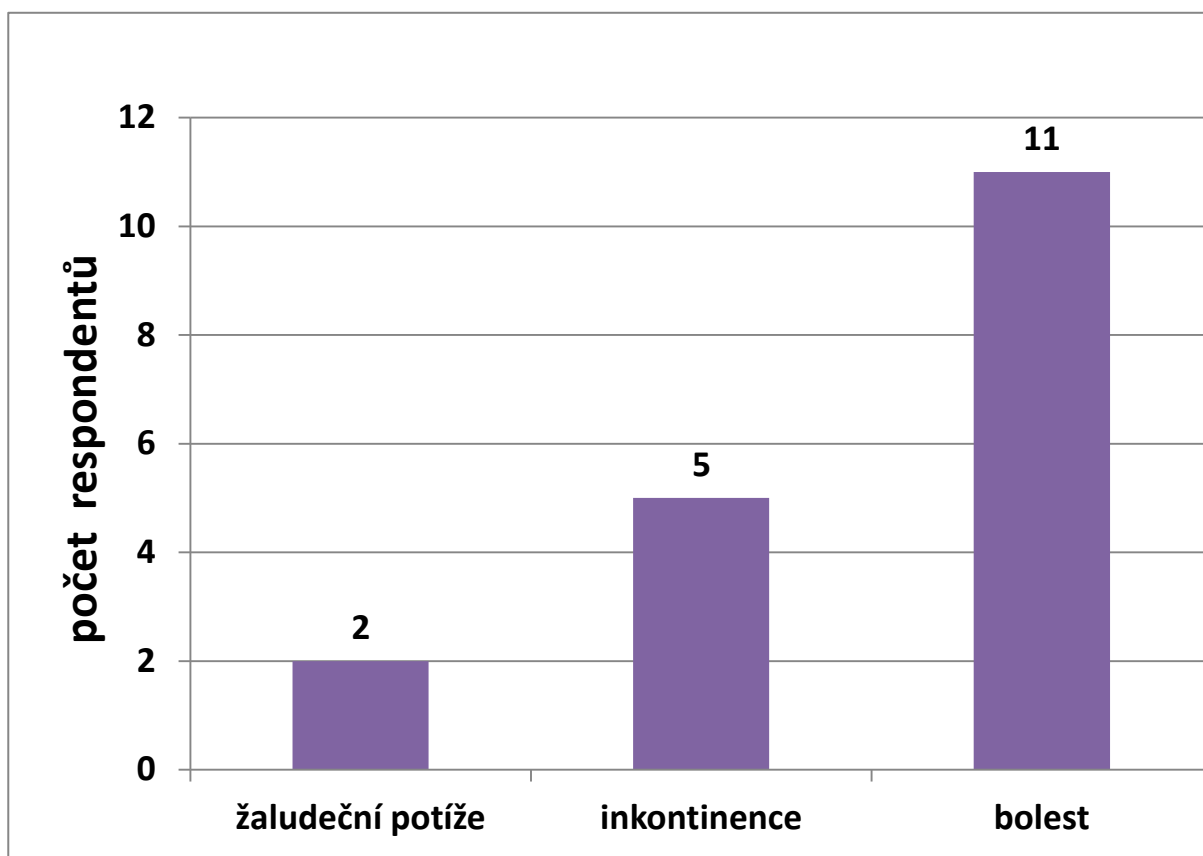
Otázka 14. Ovlivňuje nějaké onemocnění váš spánek (např. interní, neurologická a psychická onemocnění)? Pokud jste uvedl/a ano, o jaká onemocnění se jedná?



Obrázek 16 Graf výskytu onemocnění, která narušují spánek

Otázka číslo 14 mapovala, v jaké míře narušuje spánek nějaké onemocnění. Z obrázku číslo 16 je patrné, že více než u poloviny dotázaných ovlivňuje spánek nějaké onemocnění – 18 (60 %), a k opaku se přiklonilo 12 seniorů (40 %).

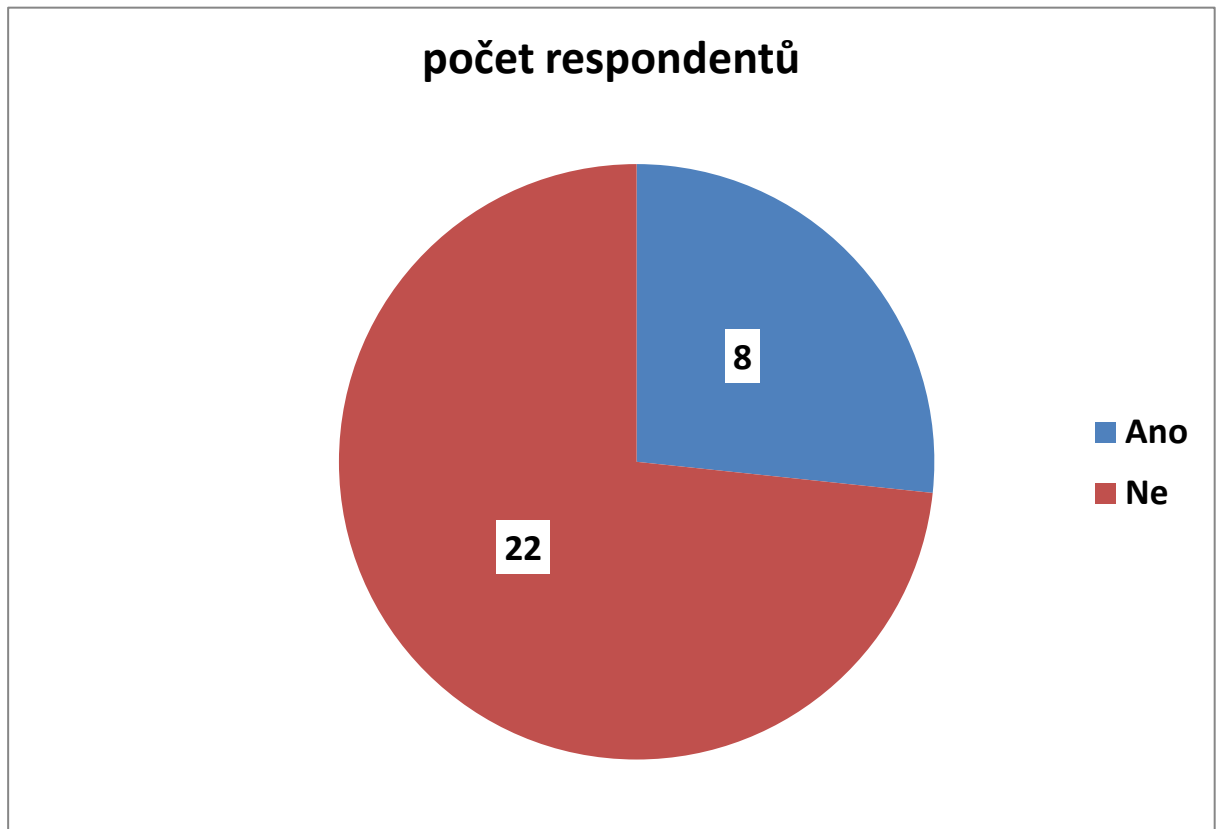
Onemocnění, která narušují spánek



Obrázek 17 Graf zastoupení onemocnění, která narušují spánek

Tato otázka mapovala, která onemocnění spánek narušují. Mohli odpovídat neomezeně. Na tuto otázku odpovídalo 18 respondentů (60 %), kteří uvedli, že u nich dochází k ovlivnění spánku nějakým onemocněním. Pro výpočet relativní četnosti byl pro každou možnost počet dotázaných 30, celkový základ 100 %. Bolest narušující spánek uvedlo 11 seniorů (37 %), inkontinence se vyskytovala u 5 seniorů (17 %) a žaludeční potíže byly zaznamenány u dvou respondentů (7 %). Na obrázku číslo 17 je možné porovnat, která to jsou.

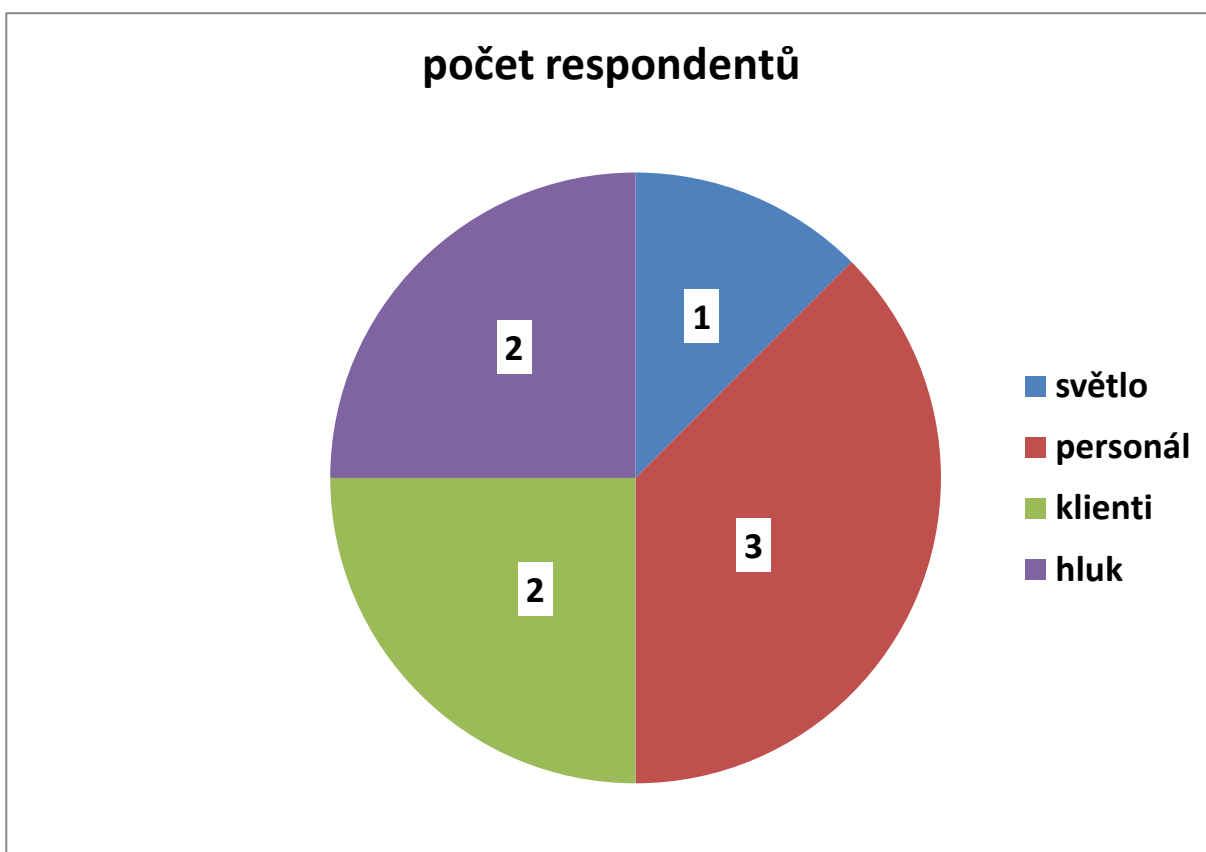
Otázka 15. Narušují váš spánek vnější faktory (např. okolní prostředí, hluk, světlo, ostatní klienti v zařízení, noční kontroly ošetřujícího personálu...)? Pokud jste uvedl/a ano, jaké to jsou?



Obrázek 18 Graf výskytu vnějších faktorů narušujících spánek

Je zřejmé, že u 22 respondentů (73 %) spánek nic nenarušuje a 8 seniorů (27 %) naopak narušování spánku zaznamenalo. Obrázek číslo 18 znázorňuje výsledky zkoumaného vzorce.

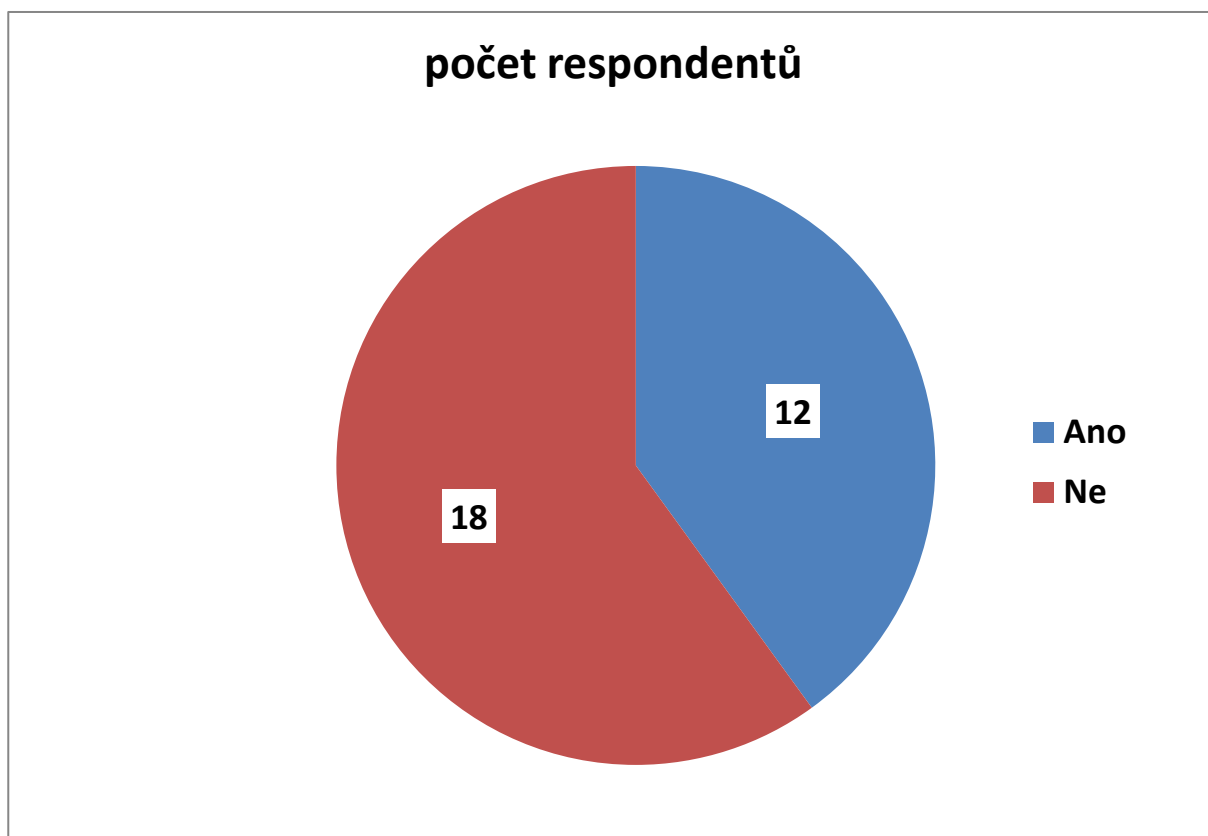
Vnější faktory narušující spánek



Obrázek 19 Graf zastoupení vnějších faktorů narušujících spánek

Záměrem této otázky bylo zjistit, které rušivé vlivy se vyskytují nejčastěji. Na tuto otázku odpovídalo 8 respondentů (27 %), kteří uvedli narušování spánku vnějšími faktory. Pro výpočet relativní četnosti byl pro každou možnost počet respondentů 30, celkový základ 100 %. Narušování spánku personálem uvedli 3 (10 %) a ve dvou (7 %) případech hluk a světlo. Jeden senior (3 %) uvedl, že ho ve spánku ruší jiný klient domova.

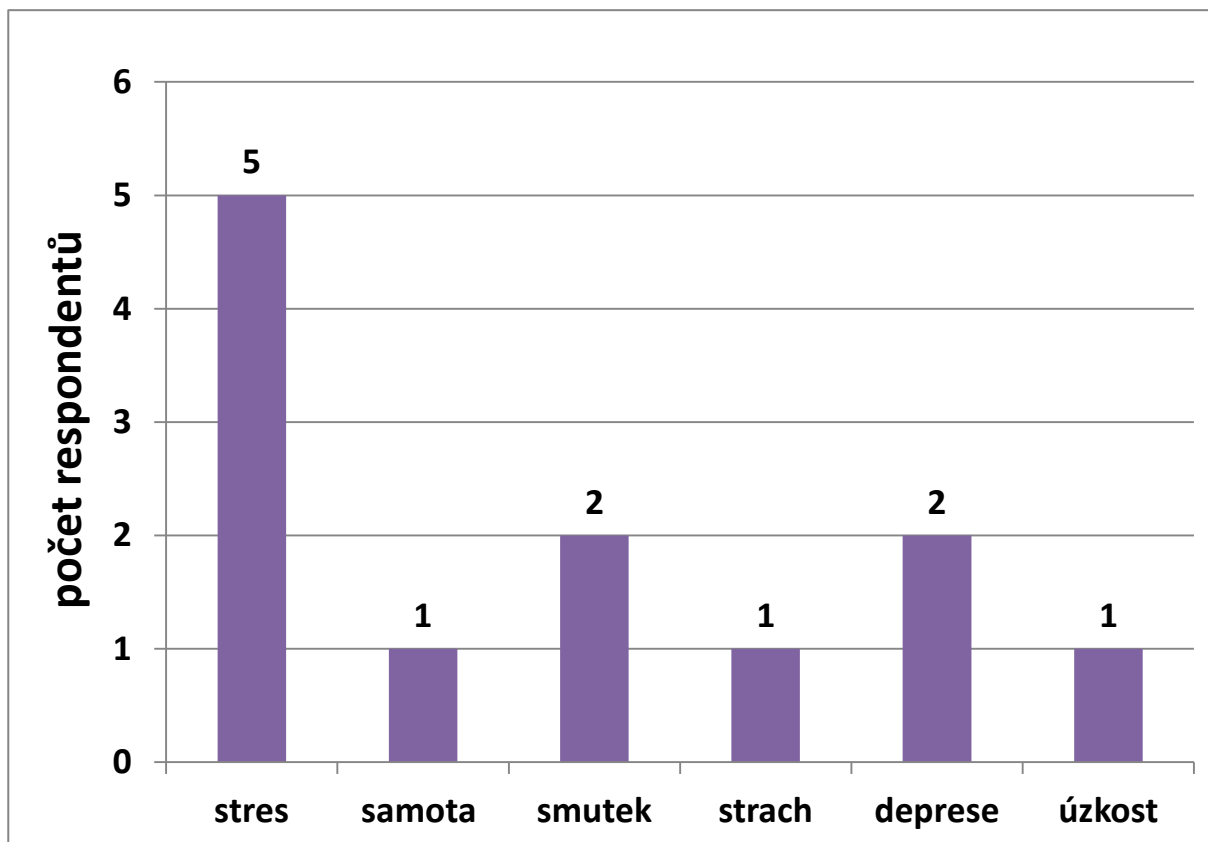
Otázka 16. Narušují váš spánek vnitřní faktory (např. stres, úzkost, konflikty, deprese...)? Pokud jste uvedl/a ano, jaké to jsou?



Obrázek 20 Graf výskytu vnitřních faktorů narušující spánek

V této otázce bylo možné odpovídat neomezeně. Posouzení všech faktorů, které ovlivňují spánek, mohou zásadně pomoci v řešení problému s poruchou spánku. Více než polovina seniorů 18 (60 %) nepocítovala narušování spánku vnitřními faktory a 12 (40 %) naopak narušování vnitřními faktory uvedla.

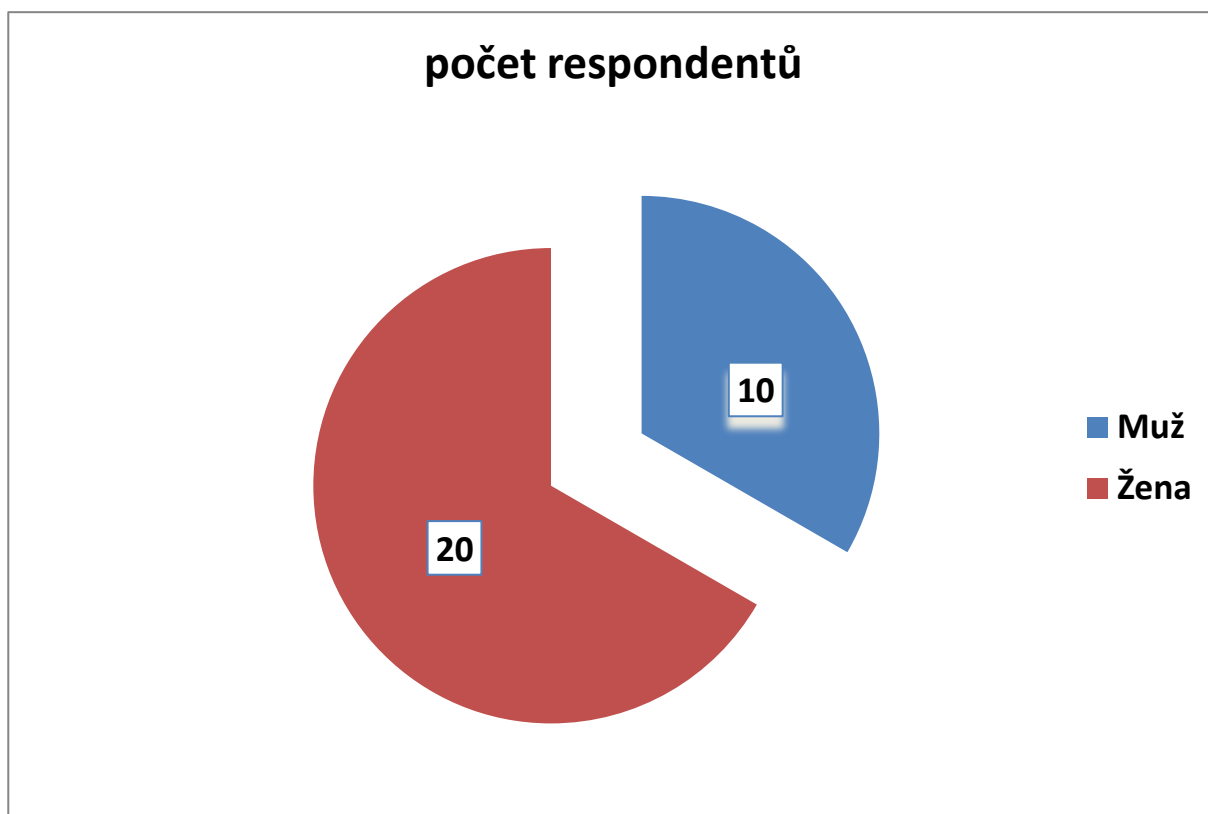
Vnitřní faktory narušující spánek



Obrázek 21 Graf zastoupení vnitřních faktorů narušujících spánek

V této otázce bylo možné odpovídat neomezeně a byla položena respondentům otevřeně. 12 seniorů (40 %) uvedlo narušování vnitřními faktory. Pro výpočet relativní četnosti byl pro každou možnost počet 30 respondentů celkový základ 100 %. U 5 respondentů (17 %) byla zaznamenána přítomnost stresu a po 2 seniorech (7 %) uvedlo deprese a smutek. Samotu, strach a úzkost uvedl vždy 1 klient (3 %). Na obrázku číslo 21 je patrné, jak jsou výsledky rozloženy.

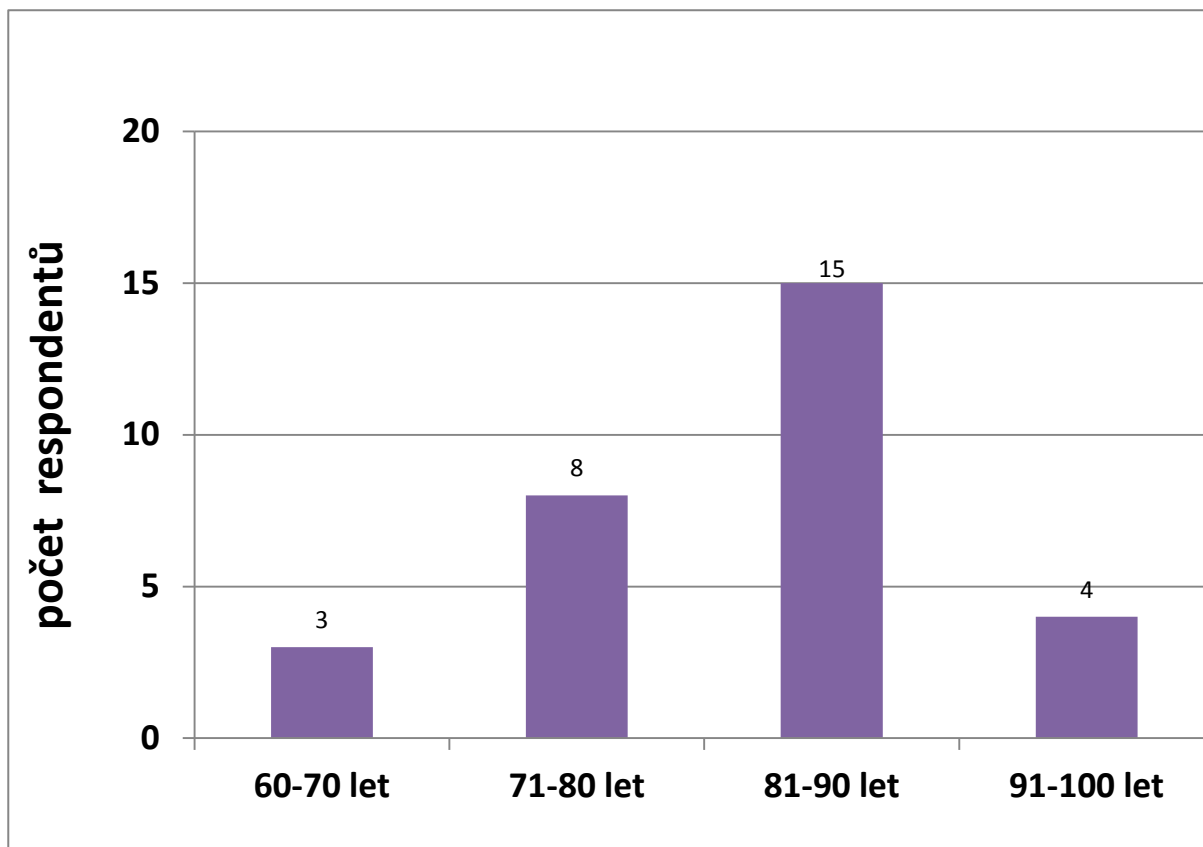
Otázka 17. Jste muž / žena?



Obrázek 22 Graf zastoupení pohlaví ve vzorku respondentů

Tato otázka mapovala zastoupení pohlaví ze vzorku respondentů. Z hlediska pohlaví tvořil soubor 10 mužů (33 %) a 20 žen (67 %). Z obrázku je patrné, že většinu zkoumaného souboru tvořily ženy.

Otázka 18. Váš věk?



Obrázek 23 Graf zastoupení věkových kategorií

Otázka číslo 18 zjišťovala, jaké věkové kategorie jsou zastoupeny v daném výzkumném vzorku. Nejčastěji byla zastoupena kategorie ve věku od 81 do 90 let u 15 seniorů (50 %). Další věkovou kategorií bylo 71 až 80 let – 8 seniorů (27 %) a 91 – 100 let – 4 senioři (13 %). Věk 60 – 70 let uvedli 3 senioři (10 %). Věkové kategorie seniorů lze porovnat na obrázku číslo 23.

7 Diskuze

Výzkumná otázka č. 1:

Jaká nejčastější porucha spánku se vyskytuje u seniorů?

Poruchou spánku u seniora vzniká potenciální hrozba pádu a jeho možná zranění. Při poruše kontinuity spánku nebo při nespavosti může klient celou noc prosedět nebo prochodit a v důsledku tmy a únavy pak může lehce upadnout. V této souvislosti může senior být oslaben po užití sedativ, hypnotik nebo anxyolitik. Také noční můry, náměšičnost nebo děsy ovlivňují bezpečnost seniora (Vybíhalová, 2011, s. 44).

V článku Mgr. Gajdošové Potíže se spánkem a jak na ně v časopise Ošetrovatelská péče se uvádí, že podle posledních výzkumů trpí poruchami spánku až 50 % dospělé populace a téměř 20 % z nich řeší obtíže farmakologickou cestou (Gajdošová, 2013, 32 – 33).

K této výzkumné otázce se vztahovala otázka z dotazníku číslo 1. Z vyhodnocení dotazníkového šetření vyplynulo, že 24 respondentů (80 %) se často budí v noci a 15 klientů (50 %) má problém s předčasným probouzením. Další část, 13 respondentů (43 %), uvedla, že hůře usíná. V 9 případech (30 %) se vyskytuje nekvalitní spánek a neosvěžující spánek zaznamenalo 7 seniorů (23 %).

Prognóza nespavosti úzce souvisí s její základní příčinou. U nespavostí způsobených akutním stresem bývá velmi dobrá, chronická nespavost vyžaduje většinou zevrubné vyšetření psychiatricko-psychologické, neurologické a interní. Insomnie znamená sama o sobě zátěž, která může přispět k rozvoji depresivní fáze nebo jiného onemocnění (Smolík, 2007).

Výzkumná otázka č. 2:

Co ovlivňuje spánek seniora? Existují faktory, které ovlivňují spánek seniora?

U seniorů se často vyskytuje noční neklid. V začátcích onemocnění demencí dochází k nestabilitě cyklu spánku a bdění. Na symptomech kromě vlivu základního onemocnění se podílí také režim dne a špatné zpracování informací. Související mohou být různé zdravotní obtíže, léky a vliv psychické zátěže. Dále nedostatek soukromí a klidu. Je nutné hledat původ obtíží. Noční aktivita často přináší problémy v soužití, protože klient většinou ruší okolí. Noční osvětlení je slabší, takže může dojít k bloudění nebo pádu. Také bývá na noční směně menší počet personálu, a klienti proto nemohou být stále sledováni (Venglářová, 2007, s. 62).

Profesor MUDr. Karel Šonka upozorňuje, že u pacientů s insomnií se častěji vyskytují choroby, jako jsou respirační onemocnění, obezita, artritida, onemocnění srdce a samozřejmě primární poruchy, např. syndrom neklidných nohou, narkolepsii atd. Dále je u insomniaků podstatně vyšší výskyt duševních chorob, ale insomnie rozvoj deprese, úzkostných poruch, závislostí a suicidia predikuje (Šonka, 2009, s. 13 – 15).

Na tuto výzkumnou otázku jsem se zaměřila v dotazníku otázkami číslo 13, 14, 15 a 16. Otázka číslo 14 mapovala, zda nějaká onemocnění ovlivňují spánek seniora. U 18 seniorů (60 %) k ovlivnění spánku nějakým onemocněním dochází. Bolest narušující spánek uvedlo 11 seniorů (37 %), inkontinence se vyskytovala u 5 seniorů (17 %) a žaludeční potíže byly zaznamenány u dvou respondentů (7 %). K opaku, že ovlivnění spánku onemocněním nedochází, se přiklonilo 12 seniorů (40 %). V otázce číslo 15 se zjišťovalo, zda spánek ovlivňují vnější faktory. U 22 respondentů (73 %) spánek nic nenarušuje, u 8 seniorů (27 %) je narušování nejčastěji způsobeno personálem, uvedli 3 senioři (10 %) a ve dvou případech (7 %) hluk a světlo. Jeden senior (3 %) uvedl, že ho ve spánku ruší jiný klient domova. Poslední otázka směřující k tomuto posouzení byla otázka číslo 16. Více než polovina seniorů 18 (60 %) nepociťuje narušování spánku vnitřními faktory a 12 (40 %) naopak ano. U 5 respondentů (17 %) byla zaznamenána přítomnost stresu a po 2 senioři (7 %) uvedli deprese a smutek. Samotu, strach a úzkost uvedl vždy 1 klient (3 %). Otázka číslo 3 mapovala činnosti, které mohou spánek ovlivnit. Kdy necelá polovina respondentů – 14 (47 %), uvedla, že pije kofeinové nápoje, u 7 seniorů (23 %) se vyskytuje řešení důležitých témat ve večerních hodinách, u 5 seniorů (17 %) se vyskytuje požívání alkoholických nápojů a dva senioři (7 %) uvedli, že ve večerních hodinách jedí těžká jídla. Žádnou z nabízených činností zaznamenalo 10 dotazovaných (33 %). Posouzení všech faktorů, které ovlivňují spánek, mohou zásadně pomoci v řešení problému s poruchou spánku. Například udržovat stabilní prostředí v pokoji, jako je správná teplota, hladina hluku, zatemnění. Pro zajištění kvalitního spánku je žádoucí pevný čas uléhání do postele a vyhnout se pospávání během dne a používat lůžko pouze pro spánek, nikoliv například pro čtení nebo třeba sledování televize (Marková a spol., 2006, s. 243).

Výzkumná otázka č. 3:

Jak dlouho senior spí a zda se cítí po spánku odpočínutý?

Snížení potřeby spánku u seniorů je fyziologické. Jsou ale symptomy, které lze považovat za začínající patologii. Mezi ně patří tendence uléhat do postele dříve, než byl senior doposud

zvyklý, nebo prodloužení doby, než jedinec usne, častější noční buzení, časnější ranní buzení a vstávání a řada denních mikrosnánek nebo uléhání během dne (Pidrman, 2007, s. 85 – 86). Studie z roku 2007 prováděné Radou pro lepší spánek ukazuje, že 44 % lidí přiznávajících spánkovou deprivaci bude mít s větší pravděpodobností také špatnou a nepřátelskou náladu. Lze říci, že lidé unavení z nedostatku spánku jsou podrážděnější a mají málo energie. Nedostatek spánku vede ke snížení motivace například k setkání s rodinou, věnování se rekreačním aktivitám. Společenské kontakty napomáhají mozku, aby zůstal mladý. To může trápit zvláště seniory, protože nedostatkem společenských kontaktů a nedostatkem aktivizace může docházet k předčasnému stárnutí mozku (Amen, 2011, s. 256). Na tuto otázku jsem se v dotazníku zaměřila otázkami číslo 2, 7, 8, 9, 11. Z výzkumné práce vyplynulo v obrázku číslo 2, že více než polovina 17 seniorů (57 %) se cítila unaveně nebo malátně a 12 seniorů (40 %) pociťovalo sníženou motivaci, energii a iniciativu, náchylnost k chybám a soustředění se na starosti se spánkem. Podrážděnost uvedlo 9 seniorů (30 %) a zhoršení koncentrace a pozornosti byla do odpovědi zařazena 8krát (27 %). Napětí a bolest hlavy uvedlo 7 (23 %), 6 (20 %) pociťovalo sociální dysfunkci. Jeden senior (3 %) uvedl, že ke zhoršení funkčnosti nedošlo. Dále vyplynulo z otázky číslo 7, že přes polovinu respondentů 16 (53 %) se cítí dobře odpočinutých a 8 respondentů (27 %) odpovědělo, že jejich osvěžení je velmi dobré. 6 (20 %) pociťovalo výborné osvěžení spánkem. Dostačující a nedostačující osvěžení spánkem neuvedl žádný klient. Na otázku, jak dlouho senior spí, byla odpověď nejčastěji 5 a 7 hodin – po 7 respondentech (23 %). Z toho vychází i tvrzení, že snížení potřeby spánku je u seniorů fyziologické. Dále 5 respondentů (17 %) v noci spí 6 a 8 hodin. 4 hodiny spánku zaznamenali 3 senioři (10 %) a u dvou seniorů (7 %) je spánek v noci dlouhý 10 hodin. Na otázku číslo 9 – kolik hodin by respondent chtěl spát, odpovědělo 14 seniorů (46 %), že by rádi spali 8 hodin. Dále 9 respondentů (30 %) by chtělo v noci spát 10 hodin. Možnost 6 hodin si vybralo 5 klientů (17 %) a 7 hodin by chtěli spát 2 respondenti (7 %). Pro zajištění kvalitního spánku je žádoucí pevný čas uléhání do postele a vyhnout se pospávání během dne a používat postel pouze pro spánek, nikoliv například pro čtení nebo třeba poslech rádia.

Výzkumná otázka č. 4:

Bude mít užívání hypnotik pozitivní vliv na spánek seniora?

K této výzkumné otázce se vztahovaly dotazníkové otázky číslo 3, 4, 5 a 6. Léky na spaní užívá všech 30 respondentů (100 %) a 27 (90 %) z nich je užívá každý den. Dva (7 %) uvedli,

že užívají hypnotika 2krát týdně a 1krát týdně užívá léky na spaní 1 senior (3 %). Průměrný pozitivní vliv na spánek uvádí 10 respondentů (33 %), 8 seniorů (27 %) pocíťovalo výborný pozitivní vliv. Velmi dobrý vliv léku na spánek zaznamenalo 7 klientů (23 %). U 5 (17 %) je vliv léku dostačující. Pro nedostačující vliv léku neodpovídal žádný respondent. Závislosti se neobává většina, v tomto případě 21 seniorů (70 %) a 9 respondentů (30 %) se naopak závislosti na lécích na spaní obává. Je velice důležité zmínit, že hypnotika působí pouze symptomaticky, což znamená, že léčí pouze příznak. Neléčí tedy příčinu nespavosti, ale pouze následek nějakého chorobného stavu. Profesionálně vedená psychoterapeutická a behaviorální léčba řeší insomnii kauzálněji a trvanlivěji než farmakoterapie. Její efekt ale není bezprostřední. Pochopitelně je velice důležité individuální působení psychoterapeuta nebo ošetřujícího lékaře a na jeho interakci s pacientem (Šonka, 2009, s. 82).

ZÁVĚR

Spánek je podle psychologa Maslowa základní lidskou potřebou, je to univerzální projev, společný všem bytostem. Dříve v minulosti se pokládal za typ bezvědomí. V poslední době se spánek definuje jako aktivní děj, charakterizovaný minimální fyzickou aktivitou, různou úrovní vědomí, změnami fyziologických funkcí a sníženou odpovědí na vnější prostředí (Trachtová, 2013, s. 70).

Poruchy spánku jsou velice závažným medicínským i společenským problémem. Závažnost je dána hlavně vysokou prevalencí, chronickým charakterem, vlivem na kvalitu života a v některých případech zdravotními důsledky spánkových poruch. Bohužel farmakoterapie těchto nemocí není často prováděna správně. Léky bývají předepisovány nadměrně a nepřiměřeně dlouho (Vlček, Fialová, 2010, s. 229).

Mým hlavním cílem bylo seznámit se s problematikou spánku u seniorů. Nastínit tuto problematiku a následně poukázat, že je nutné přistupovat ke každému klientovi individuálně a hledat správné řešení nejenom podáváním hypnotik, ale spíše hledat pomoc v nefarmakologické léčbě. Cílem bakalářské práce bylo shrnout poznatky k problematice, jakou poruchou spánku senioři trpí, jak dlouho užívají hypnotika, kolik hodin senior prospí a co nejčastěji narušuje jeho spánek, popřípadě zda má nějaké rituály na usínání. Kolik hodin senioři tráví spánkem během dne a noci, a zjistit, zda je jejich kvalita spánku narušována či ovlivňována okolními vlivy či faktory.

Z vyhodnocení dotazníkového šetření vyplynulo, že 24 (80 %) respondentů se často budí v noci. Dále 13 seniorů (43 %) hůře usíná a 15 (50 %) jich uvedlo, že se předčasně probouzí. Spánek špatné kvality pociťuje 9 seniorů (30 %) a neosvěžujícím spánkem trpí 7 respondentů (23 %). U 18 seniorů (60 %) k ovlivnění spánku nějakým onemocněním dochází a nejčastěji to jsou žaludeční potíže, inkontinence a bolest. Dále 22 respondentů (73 %) uvedlo, že jejich spánek nenarušují vnější faktory a u 8 seniorů (27 %) je narušování nejčastěji způsobeno personálem, ostatními klienty, hlukem anebo osvětlením. Více než polovina seniorů 18 (60 %) nepociťuje narušování spánku vnitřními faktory a 12 respondentů (40 %) je nečastěji vnitřně narušováno stresem, smutkem a depresí. Více než polovina seniorů 17 (57 %) zaznamenala, že se cítili unaveně a malátně, a 12 (40 %) jich uvádí sníženou motivaci, energii a náchylnost k chybám nebo nehodám a pádům a také stejný počet uvádí i soustředění se na starosti se spánkem. Na otázku, jak dlouho senior spí, byla odpověď nejčastěji 5 a 7 hodin v noci a ve dne spí 17 seniorů (57 %), a to nejčastěji

1 hodinu. Léky na spaní užívá všech 30 respondentů (100 %) a 27 (90 %) z nich je užívá každý den. Průměrný pozitivní vliv na spánek uvádí 10 respondentů (33 %). Závislosti na lécích na spaní se neobává většina, v tomto případě 21 seniorů (70 %).

Je důležité zmínit, že ošetřující personál může v této problematice hodně ovlivnit spánek seniora. Posouzením všech faktorů, které ovlivňují spánek, mohou zásadně pomoci v řešení problému s poruchou spánku. Zjistit návyky nemocného v době před začátkem choroby. Ke zlepšení edukace seniorů mohou posloužit dle mého názoru letáky a edukace klientů personálem. Nemocného zapojit do hledání možností, jak spánek zlepšit. Seznámit seniora a průběžně edukovat o spánkové hygieně. Zajistit příznivé podmínky k ulehnutí. Na základě těchto poznatků jsem vytvořila informační brožuru o spánkové hygieně pro seniory (viz příloha B).

POUŽITÁ LITERATURA

1. AMEN, G. Daniel. *Změňte mozek, změňte tělo*. Praha: Ikar, 2010. 464 s. ISBN 978-80-249-1730-6.
2. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
3. FIALOVÁ, Daniela. *Specifické rysy geriatrické farmakoterapie 1, Změna terapeutické hodnoty léků ve stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 90 s. ISBN 978-80-264-1353-6.
4. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.
5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 141 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4736-044.
6. MARKOVÁ, E., M. VENGLÁŘOVÁ a M. BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
7. MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 380 s. ISBN 978-802-4713-564.
8. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1*. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
9. MOUREK, Jindřich. *Fyziologie, učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7.
10. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
11. TRACHTOVÁ, Eva, et. al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. nezměněné. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 185 s. ISBN 978-807-0135-532.
12. SMOLÍK, Petr, et. al. *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. [online]. 2007, Praha [cit. 2014-1- 21]. Dostupné z: <http://www.dobry-spanek.cz/dokumenty/doporucene-postupy.pdf>
13. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 175 s. ISBN 978-802-4421-414.
14. ŠONKA, Karel a Martin PRETL. *Nespavost: průvodce ošetrujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2009, 109 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 42. ISBN 978-807-3452-032.

15. ŠTIKAR, Jiří, Jiří HOSKOVEC a Jana ŠMOLÍKOVÁ. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 135 s. ISBN 978-80-246-1339-0.
16. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. (Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky) Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
17. VLČEK, Jiří a Daniela FIALOVÁ. *Klinická farmacie I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 368, [2] s. ISBN 978-802-4731-698.
18. VYBÍHALOVÁ, Lenka. *Problematika pádů u geriatrických pacientů v ZZ*. Sestra. 2011, s. 44. ISSN 1210-0404.
19. WEBEROVÁ, Kristine Kaoverii. *Ozdravná masáž*. Praha: Ikar, 2007. 96 s. ISBN 978-80-249-0841-0.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Epworthská škála spavosti

Příloha B – Desatero při poruchách spánku

Příloha C – Dotazník

Příloha A

Epworthská škála spavosti

Tab. – Epworthská škála spavosti	
Situace	Pravděpodobnost dřímoty, spánku
četba vsedě	
sledování televize	
nečinné sezení na veřejném místě	
při hodinové jízdě v autě jako spolujezdec	
při odpoledním ležení, když to okolnosti dovolují	
při hovoru vsedě	
vsedě, v klidu, po jídle, bez alkoholu	
v automobilu stojícím několik minut v dopravní zácpě	

Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/poruchy-spanku-ve-vyssim-veku-457928>

Příloha B

Desatero při poruchách spánku a usínání

Návod, jak zlepšit životosprávu vzhledem ke spánku

1. Nepijte kávu, zelený ani černý čaj, kolu nebo povzbuzující nápoje od pozdního dne a omezte jejich celkové požívání. Působí povzbudivě a rušivě na spánek.
2. Vynechte večer těžká jídla, poslední zařaďte nejpozději 3 – 4 hodiny před ulehnutím.
3. Po večeri neřešte problémy, které vás rozrušují. Naopak se snažte připravit na spánek příjemnou činností.
4. Lehká procházka po večeri může pomoci vašemu spánku. Naopak intenzivní cvičení a sportovní soutěžní aktivita může spánek rušit. Provádějte je dříve.
5. Nepijte večer alkohol pro snadnější usnutí. Alkohol zhoršuje kvalitu spánku.
6. Nekuřte, zvláště před spánkem a v době nočního probuzení. Nikotin také povzbuzuje.
7. V ložnici lůžko užívejte pouze ke spánku a k intimnímu životu (odstraňte z ložnice TV, v posteli nečtěte, nejezte, neodpočívejte).
8. Minimalizujte hluk a světlo v ložnici a zajistěte vhodnou teplotu, nejlépe 18 – 20 °C.
9. Uléhejte každý den ve stejnou dobu
10. Omezte pobyt na lůžku na co nejkratší dobu (Šonka, 2009, s. 90).

Příloha C

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Jana Řebíčková, jsem studentkou třetího ročníku kombinovaného bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor všeobecná sestra. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Spánková hygiena u seniorů a je anonymní. Zaručuji, že vámi poskytnuté informace nebudou zneužity.

Prosím, odpovězte pravdivě na všechny otázky. Vámi vybranou odpověď označte zakroužkováním, popřípadě doplněním odpovědi. Předem děkuji za váš čas a odpovědi.

Jana Řebíčková

1. Trpíte některou z těchto poruch? (U této otázky můžete zaškrtnout více odpovědí.)

- a) hůře usínám
- b) často se budím během noci
- c) předčasně se ráno probouzím
- d) trpím chronickým neosvěžujícím spánkem
- e) spánek je špatné kvality
- f) netrpím žádným z těchto problémů
- g) trpím jiným problémem, který souvisí se spánkem.....
.....

2. Došlo u vás v posledních 3 měsících ke zhoršení funkceschopnosti v denní době?

(U této otázky můžete zaškrtnout více odpovědí.)

- a) únava nebo malátnost
- b) zhoršení pozornosti, koncentrace, paměti
- c) sociální dysfunkci
- d) porucha nálady a podrážděnost
- e) denní spavost
- f) snížená motivace, energie a iniciativy
- g) náchylnost k chybám nebo nehodám, pádu
- h) napětí, bolesti hlavy
- ch) soustředění se na starosti spánek

3. Užíváte léky na spaní v současné době?

- a) ne
- b) ano

4. Pokud jste u předcházející otázky uvedl/a ano, jak často léky na spaní za týden užíváte.....

5. Mají léky pozitivní vliv na váš spánek?

- | | | | | |
|-----------|---|---|-----------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| pozitivní | | | negativní | |

6. Obáváte se závislosti na lécích na spaní?

- a) ano
- b) ne

7. Cítíte se po spánku odpočínutý/á (zakroužkujte číslici, která nejlépe vyjadřuje, jak se cítíte)?

- | | | | | |
|--------------|---|---|----------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| odpočínutý/á | | | neodpočínutý/á | |

8. Kolik hodin v noci spíte?.....hodin

9. Kolik hodin chcete spát?hodin

10. Usínáte každý večer pravidelně ve stejnou dobu?

- a) ano
- b) ne

11. Spíte během dne?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste uvedl/a ano, kolik hodin spíte?.....hodin

12. Máte nějaké rituály na usínání?

a) ano

b) ne

Pokud jste uvedl/a ano, jaké to jsou?.....

.....

13. Patří některé z nabízených činností k vašim běžným činnostem před ulehnutím?

(U této otázky můžete zaškrtnout více odpovědí.)

a) pití kofeinových nápojů

b) alkohol

c) nikotin

d) těžká jídla

e) řešení důležitých témat ve večerních hodinách

f) jiné.....

.....

14. Ovlivňuje nějaké onemocnění váš spánek (např. interní, neurologická a psychická onemocnění)?

a) ano

b) ne

Pokud jste uvedl/a ano, o jaká onemocnění se jedná?.....

.....

15. Narušují váš spánek vnější faktory (např.: okolní prostředí, hluk, světlo, ostatní klienti v zařízení, noční kontroly ošetřujícího personálu...)?

a) ano

b) ne

Pokud jste uvedl/a ano, jaké to jsou?.....

.....

16. Narušují váš spánek vnitřní faktory (např.: stres, úzkost, konflikty, deprese...)?

a) ano

b) ne

Pokud jste uvedl/a ano, jaké to jsou?.....

.....

17. Jste?

a) muž

b) žena

18. Kolik je vám let?.....