UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018 Michaela Dohnalová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Kvalita spánku u hospitalizovaných pacientů

Michaela Dohnalová

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2016/2017**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Michaela Dohnalová**
Osobní číslo:	**Z15044**
Studijní program:	**B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Název tématu:	**Kvalita spánku u hospitalizovaných pacientů**
Zadávající katedra:	**Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování:

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. BORZOVÁ, C. a kol. Nespavost a jiné poruchy spánku. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 141 s. ISBN 9788024729787.
2. HYNEK, K. Spánek. In Postgraduální medicína. 2001, č. 4, s. 455-459.
3. JELÍNKOVÁ, I. Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. 160 s. ISBN 9788024789866.
4. MLÝNKOVÁ, J. Pečovatelství 1. díl: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 260 s. ISBN 9788027194575.
5. MORÁŇ, M. Poruchy spánku. In Interní Med. 2009; roč. 11, č. 10, s. 466-470.
6. ROŠKOVÁ, S. Odpočinek a spánek. In Sestra. 2013, č. 01, s. 35-37.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2018**

prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2018

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, 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 podle paragraf §60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užijí 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 Dohnalová Michaela

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce PhDr. Kateřině Horáčkové, DiS. za její odborné rady, trpělivost a čas, který mi věnovala. Také bych ráda poděkovala svým přátelům a rodině za podporu během celého studia.

ANOTACE

Bakalářská práce je prací teoreticko – průzkumnou a je zaměřena na kvalitu spánku hospitalizovaných pacientů. Cílem práce je zjistit, jaké faktory nejvíce ovlivňují spánek pacientů v předoperačním a pooperačním období.

Teoretická část se zabývá vymezením pojmů týkajících se spánku a faktorů, které spánek ovlivňují. Průzkumná část prezentuje výsledky dotazníkového šetření, v podobě grafů jsou vyhodnoceny rušivé faktory, které nejvíce ovlivňují spánek v předoperačním a pooperačním období.

KLÍČOVÁ SLOVA

Faktory, hospitalizace, kvalita, poruchy, spánek

TITLE

Sleep quality of the hospitalized patients

ANNOTATION

The bachelor´s thesis deals with sleep disorders of in-patients, their elimination, the role of nurses in avoiding sleep disorders during hospitalization, the quality of sleep before and after the operations. The thesis gives the data from the research of sleep during hospitalization. The thesis shows that the quality of sleep is a factor which influences the hospitalization process.

KEYWORDS

Sleep disorders, factors of sleep, in-patient, hospitalization.

OBSAH

ÚVOD....11

1 CÍL PRÁCE....13

2 TEORETICKÁ ČÁST....14

2.1 Spánek....14

2.2 Fáze spánku....16

2.3 Délka spánku....17

2.4 Spánkový deficit....18

2.5 Spánková hygiena....19

2.6 Poruchy spánku....21

2.7 Sledování kvality spánku....23

2.8 Léčba nespavosti....25

2.9 Hospitalizace a spánek....26

2.10 Úloha sestry....28

2.11 Faktory ovlivňující spánek....30

2.12 Shrnutí teoretické části....31

3 EMPIRICKÁ ČÁST....32

3.1 Průzkumné cíle....32

3.2 Charakteristika průzkumného pracoviště....32

3.3 Výběr respondentů....32

3.4 Metodika průzkumu....33

3.5 Analýza a prezentace získaných dat....34

4 DISKUZE....44

5 ZÁVĚR....48

6 POUŽITÁ LITERATURA.....49

7 PŘÍLOHY.....52

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Věk respondentek 34

Obrázek 2 – Přítomnost spánkové poruchy 35

Obrázek 3 – Užívání léků na spaní předepsaných lékařem a volně prodejných 35

Obrázek 4 – Používání předspánkových rituálů 36

Obrázek 5 – Používání předspánkových rituálů v nemocnici 37

Obrázek 6 – Probuzení z důvodu stresu (strachu) před a po operaci 37

Obrázek 7 – Probuzení z důvodu přítomnosti jiného pacienta před a po operaci 38

Obrázek 8 - Probuzení z nevhodné teploty na pokoji před a po operaci 39

Obrázek 9 – Probuzení z důvodu kontroly sestrou před a po operaci 40

Obrázek 10 – Probuzení z důvodu nevhodného osvětlení před a po operaci 41

Obrázek 11 – Probuzení z důvodu bolesti před a po operaci 42

Obrázek 12 – Probuzení z důvodu provozního hluku před a po operaci 43

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

JIP	jednotka intenzivní péče
ARO	anesteziologicko - resuscitační oddělení
EEG	elektroencefalogram
EMG	elektromyogram
EKG	elektrokardiogram
PSG	polysomnografie
NREM	non rapid eye movements
REM	rapid eye movement

ÚVOD

Spánek je důležitou součástí života. Jedná se o základní lidskou potřebu, která je nepostradatelná pro fyzické i psychické zdraví. Spánkem lidé nabírají sílu do dalšího dne, tudíž není pochyb o tom, že je naprosto žádoucí, aby byl spánek kvalitní a dostatečně dlouhý. Faktorů, které se mohou nežádoucím způsobem odrazit na jeho kvalitě i délce je mnoho. Nekvalitní spánek se postupem času může negativně odrazit na zdravotním stavu

každého z nás (Kapounová, 2007, s.23).

Velmi často je vyzdvihována role spánku při nemoci. Pacienti obvykle mají větší potřebu spánku, neboť během něj může tělo lépe pracovat na boji s nemocí. O to závažnější je, když člověka postihnou problémy s usínáním či spánkem během onemocnění či dokonce hospitalizace v nemocnici. Tam navíc působí faktory jako je cizí prostředí, cizí lidé a strach z nemoci aj. Některé oblasti, které by pacientovi mohly pomoci lépe spát ovlivnit nelze (domácí prostředí, naprosté ticho aj.), ovšem také jsou zde sestry, které mohou vyslechnout pacientovy obavy či potřeby a pomoci mu buďto zpříjemnit prostředí k usínání či nabídnout jiné možnosti jak lépe spát a podpořit tak své uzdravení (Borzová, 2009, s.39).

Úloha sestry je v tomto ohledu poměrně zásadní, neboť s pacientem přichází do styku nejčastěji a často s ním konzultuje jeho přání a požadavky. Pokud je schopna s pacientem navázat dobrý a důvěryhodný vztah, určitě se jí bude lépe řešit i jeho eventuální nepohodlí. Otázky ohledně spánku by měly být součástí péče sestry o pacientovo pohodlí. A jediným řešením problémů by určitě nemělo být jen podání léků na spaní. (Šafránková, Nejedlá, 206, s. 32)

Z výše uvedeného důvodu se tématem této práce stala oblast kvality spánku hospitalizovaných pacientů. Cílem práce tak je hledat aspekty ovlivňující kvalitní spánek hospitalizovaných pacientů a roli sestry při jejich případném řešení. Pro naplnění cíle bude práce rozdělena na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část bude zaměřena na vysvětlení hlavních pojmů ke zkoumanému tématu. Důraz bude kladen i na úlohu sestry při péči o spánek nemocného. V empirické části bude pomocí dotazníkového šetření analyzován výsledek jednotlivých otázek, které byly zaměřeny zejména na věk respondentek, přítomnost

spánkové poruchy, užívání léků na spaní a využívání předspánkových rituálů. Další otázky se týkaly působení rušivých faktorů, které ovlivňovaly spánek hospitalizovaných pacientů v předoperačním a pooperačním období. Mezi rušivé faktory byl zařazen stres, hluk, osvětlení, teplota na pokoji, kontrola sestrou, přítomnost jiného pacienta a bolest.

1 CÍL PRÁCE

Cíl teoretické části

- Vytvořit teoretická východiska pro část empirickou.

Cíle empirické části

- Zjistit faktory, které nejvíce ovlivňují spánek pacientů v předoperačním období.

- Zjistit faktory, které nejvíce ovlivňují spánek pacientů v pooperačním období.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část práce nabízí základní poznatky souvisejících se spánkem a jeho případným narušením během hospitalizace. Hlavní oblastí zájmu je spánek, jeho potřeba, vznik spánkového deficitu a vymezení pravidel spánkové hygieny. Součástí teoretické části práce je definování spánkových poruch, včetně jejich diagnostiky a léčení. Pozornost je věnována potřebě spánku, a to především ve vztahu k hospitalizaci pacienta, která často negativně ovlivňuje jeho kvalitu. Rovněž bude nastíněno, jakou úlohu má v této problematice sestra. Poslední podkapitola poté představí nejčastější faktory ovlivňující spánek. Teoretická část představuje teoretická východiska pro část empirickou a vychází z aktuální literatury, vědeckých článků předních českých a zahraničních odborníků.

2.1 Spánek

Hynek (2001, s. 455-459) definuje spánek jako „*...fázický, periodicky se opakující stav určitého aktivačního stupně CNS. Je reverzibilní, je jednou z forem vědomí, opakem bdělosti, převažují v něm anabolické pochody. Pro organismus je nezbytný, a to jak pro funkce tělesné, tak pro potřeby psychické. Spánek není z hlediska fyziologického ani psychického homogenní. V dnešní době má již dobře zjištěnou architekturu. Kvalita spánku souvisí s kvalitou vigility.*“

Spánek je možné také vymezit jako funkční stav organismu, který je typický behaviorálními rysy, polysomnografickou manifestací i speciálními neurofyziologickými vlastnostmi. Behaviorálně se spánek popisuje jako stav klidu s minimální pohybovou aktivitou, při čemž dochází k omezenému vnímání vnějšího prostředí a mentální aktivita mozku je naprosto rozdílná než v bdělém stavu (Nevšímalová, 2008, s. 778-785). (Borzová, 2009, s. 11) zase na vymezení spánku nahlíží z obecnějšího pohledu a vymezuje jej jako neoddělitelnou součást života každého jedince. Ve 24 hodinovém rozvrhu lze pak na spánek nahlížet jako na období klidu, čerpání energie do dalšího dne.

Kolektiv autorů z Harvardské univerzity (Zielinski a kol., 2016, s.67-75) popsal regulaci spánkového procesu jako multifaktoriální proces do něhož je zapojena celá řada řídících mozkových center. Zjednodušeně lze říci, že rovnováha mezi spánkem a stavem bdělosti je rovnováhou mezi neurohumorálními působky uvolňovanými z krevních elementů, vnitřní stěny cév (endotelu) a mozkových buněk. Působky podporující spánek jsou prozánětlivé

cytokiny (zejména CRP, IL-6), prostaglandiny, extracelulární adenosintrifosfát a oxid dusný. Působky potlačující spánek jsou acetylcholin, norepinefrin, glutamát (Zielinski a kol., 2016, s 67-104). Centrum spánku je uloženo v části vývojově nejmladší mozkové struktuře - v hypotalamu. Jeho aktivací dochází k utlumení činnosti jiných struktur, které jsou činné ve fázi bdělosti. NREM fáze spánku je na buněčné úrovni charakterizována funkčním rozpojením mezi vývojově staršími částmi mozku (řídí především základní životní funkce) a vývojově mladšími (řídí nadstavbové funkce, typické pro vývojově nejmladší druh – tedy rysy osobnosti, naše vnější projevy, sociální chování). Aktivace tohoto procesu je charakterizována tvorbou delta vln a celý tento průběh odpovídá fázím NREM spánku (viz dále). REM fáze spánku je ovlivňována nervovými buňkami v mozkovém kmeni a mezimozku a dále sympatickými a parasympatickými nervovými drahami. Dalším regulačním prvkem jsou tzv. vnitřní biologické hodiny organismu, někdy též vnitřní pacemaker, které řídí cirkadiánní rytmus nastavený na zhruba 24 hodinový cyklus. Za centrum řízení cirkadiánního rytmu jsou považována nervová jádra v hypotalamu. Kromě tohoto řídícího centra je nově popsána v procesu fyziologie spánku klíčová úloha oka. Skupina fyziologů z Baltimoru (Ospril a kol.,2017, s.539-556) popsala roli melanopsinu-fotopigmentu uloženého v buňkách sítnice, jehož produkce je závislá na přítomnosti denního světla. Melanopsin ovlivňuje tvorbu melatoninu, hlavního neuromodulátoru navození spánku. Vystavení dennímu světlu zvyšuje hladinu melanopsinu a zpětnou vazbou dochází k potlačení tvorby melatoninu. U starších lidí se hladina melatoninu přirozeně snižuje, což vede ke zkracování doby spánku. Pokud je tedy přítomnost denního světla, potřeba spánku se snižuje. Melanopsin vykazuje nejvyšší citlivost na spektrum modrých částic o vlnové délce 460 nm. Expozice tomuto světlu výrazným způsobem potlačuje spánek, zlepšuje bdělost a zkracuje reakční čas. Vystavení takovému světlu v nevhodnou dobu má za následek poruchy cirkadiánního rytmu, poruchy kvality a trvání spánku spojené se zpožděnou fází spánku. Není bez zajímavosti, že světlo takové vlnové délky vyzařují obrazovky mobilních telefonů a počítačů (Medical Tribune, 2017, p.67).

2.2 Fáze spánku

Rozlišují se dvě fáze spánku: NREM a REM. NREM spánek je prezentován jako spánek hluboký, klidný či spánek s pomalým rytmem na EEG, neboť rytmus EEG spícího jedince je ve fázi NREM pomalejší než alfarytmy a betarytmy u člověka, který bdí a je čilý. NREM spánek se dále skládá ze čtyř fází (Rošková, 2013, s. 35-37).

- **Velmi mělký spánek –** člověk se stává ospalý, relaxovaný, oční bulby se pohybují ze strany na stranu, frekvence dechu a srdce se pozvolna zpomaluje. Probrání z tohoto stádia může být rychlé.
- **Lehký spánek –** v průběhu něho dochází k dalšímu zpomalení procesů v organismu. Oční bulby jsou klidné, nehýbou se, frekvence srdce, dechu i tělesná teplota se pořád snižuje. Toto stadium trvá 10–15 minut.
- Dále dochází ke zpomalení frekvence srdce, dechu i dalších fyziologických aktivit, což zapříčiňuje parasympatikus nervového systému. Probouzení z tohoto stádia je už o mnoho horší.
- **Hluboký spánek –** spící člověk je plně zrelaxovaný, pohyby jsou v této fázi zřídkavé, probuzení je velmi problematické. Jde o fázi spánku, v níž se tělo fyzicky zotavuje. (Rošková, 2013, s. 35-37).

Zmíněná čtyři stadia NREM spánku u dospělých trvají zpravidla pouze asi hodinu a po nich dochází k opakování 3. a 2. stadia NREM, následně přechází spánek do fáze REM, který trvá zhruba 10 minut. Tím se uzavře první spánkový cyklus. Spící člověk obvykle během 7–8 hodin spánku prochází kolem 4–6 cykly. Každý cyklus trvá kolem 70 minut. V průběhu REM spánku převládá aktivita sympatikového nervového systému. Má se za to, že v této fázi spánku dochází k duševnímu zotavení člověka (Rošková, 2013, s. 35-37). REM spánek je označován jako snový spánek V menší míře se sny objevují také v NREM stadiích (Hynek, 2001, s. 455-459). Oba druhy spánku mají rozdílnou neurofyziologickou hodnotu a v jejich řízení se uplatňují i odlišné anatomické struktury (Nevšímalová, 2008, s. 778-785).

Během těchto fází spánku i během bdělého stavu dochází k různé energetické aktivitě mozkových buněk. Tato aktivita je zachytitelná v podobě typických vln na EEG (elektroencefalogram). Největší aktivita je prokázána v bdělém stavu, při aktivaci procesů

jako je paměť, proces učení, koncentrace nebo fyzické aktivity. Pro REM fázi spánku jsou typické nízkofrekvenční vlny, se stoupající aktivitou buněk pak stoupá i frekvenční rozsah vln (Zielinsky a kol. 2016) ve své práci publikoval tento popis :

Delta vlny: vyskytují se především během NREM fáze spánku a jsou nízké frekvence (0,5–4 Hz). Mohou být přítomny ale i ve fázi bdělosti nebo v menší míře i ve fázi REM. Aktivita delta vln je spojena se zapojením kognitivních funkcí a zvýšenou pozorností během bdělosti. Zvýšený výskyt těchto vln je pozorován u mladších jedinců, s věkem jejich aktivita klesá. Je rovněž pozorován útlum aktivity delta vln u cerebrovaskulárních patologií, diabetu II. typu, Alzheimerovy choroby. Abnormální aktivita je spojena s poruchami spánku včetně spánkové apnoi a insomnie.

Theta vlny: dominantní během REM fáze spánku (frekvence 4-9 Hz), v menší míře i během NREM spánku, kde dominují delta vlny. V bdělém stavu jsou theta vlny prokazatelné při zvýšené mozkové aktivitě a stavy spojenými se svalovými kontrakcemi a pohybovou aktivitou. Abnormality jsou spojené s poruchami spánku a neurodegenerativními onemocněními (např. Alzheimerova choroba).

Alfa vlny: vlny o vlnovém rozsahu 9-15 Hz, typicky prokazatelné během klidového bdělého stavu, tedy stavu bdělé relaxace, kdy jsou zavřené oči, ale jedinec je schopen vnímat své okolí. Aktivita alfa vln přechází i do stadia spánku. Jejich výskyt ve fázi typické pro delta vlny je charakteristický pro depresívní stavy, stavy spojené s poruchami spánku s narušením cirkadiánního rytmu a syndromem neklidných nohou.

Beta vlny: vlny typické pro stavy bdělosti, spojené se zvýšenou pozorností a koncentrací, ale také se stavy spojenými s aktivním svalovým pohybem. Abnormality jsou prokázány u stavů spojených se spánkovou deregulací a například u Parkinsonovy choroby.

Gama vlny: podobně jako bety vlny jsou tyto spojeny se stavy bdělosti, koncentrace, stavy spojené s učením a zapojením paměti.(Zielinski a kol., 2016 s.67-104).

2.3 Délka spánku

Většina dospělých potřebuje denně šest až osm hodin spánku, ve kterém by se mělo nacházet kolem 20 % hlubokého a 20 % snového spánku (Borzová a kol., 2009, s. 12). Během vývoje lidského jedince se čas strávený spánkem mění. Novorozenec spí monofázicky až 20 h denně

až na chvíle, kdy přijímá potravu. Během dospívání mozku dochází ke zkracování potřeby spánku, batole spí polyfázicky, následně bifázicky, v dospělosti monofázickým spánkem tráví jedinec 6 až 9 h, přičemž každý člověk má potřebu délky spánku individuálně odlišnou. Krátkým spáčům (short sleepers) postačuje 3–5 h spánku, dlouzí spáči (long sleepers) mají potřebu spánku více než 9 h během 24 h. Ve stáří bývá potřeba spánku o dost menší, vyskytují se mikrospánky během dne, případně se spánek stává znovu polyfázický. Ve stáří bývá občas náročné rozlišit spánkové změny fyziologické od změn zapříčiněných chorobnými důvody. Během ontogeneze dochází ke změnám spánku jak kvalitativním, tak i kvantitativním. Novorozenec spí polovinu času REM spánkem, kdežto v dospělosti prezentuje REM 20 % spánku (Hynek, 2001, s. 455-459).

2.4 Spánkový deficit

Jak uvádí Borzová a kol. (2009, s. 12) dlouhodobý nedostatek spánku zapříčiňuje změny podobné stárnutí. To vychází z toho, že hluboký spánek má pozitivní vliv na obnovu buněk a tkání, které při nedostatku spánku pochopitelně nedochází. Hynek (2001, s. 455-459) uvádí, že nedostatek nebo špatná kvalita působí člověku značnou tíseň, případně narušuje jeho sociální či profesní funkce. Sýkorová (2006, s. 22-23) zase uvádí, že i když problémy se spánkem postihují vesměs celou populaci, ženy i muže, děti i dospělé, více se však vyskytují u starších lidí, z nichž většina hůře usíná a v noci se mnohdy budí. Dlouhé hodiny se pak takoví lidé obracejí v posteli a vytoužený spánek nepřichází. Potíže se spaním se pochopitelně odrážejí zejména na celkové kondici člověka. Takový jedinec vstává již unavený a „rozlámaný“, další den bývá popuzený, ospalý a vyčerpaný. Objevuje se nepozornost, prodlužuje se doba reakce na podněty, což může mít za následek například vznik pracovních úrazů, vyšší riziko autohavárií zaviněných mikrospánkem apod. (Sýkorová, 2006, s. 22-23).

Chronická nespavost nebo i záměrné zkracování spánku představuje rizikový faktor pro vznik kardiovaskulárních komplikací, nadváhy, diabetu, duševních onemocnění včetně lability nálad a kognitivních dysfunkcí i mnoha dalších změn. Fyziologický cirkadiánní rytmus s převažující rolí biologických hodin, které slaďují rytmus periferních orgánů, a tím i jejich mitotickou aktivitu, prezentuje jistou ochranu před vznikem nádorových procesů. Včasná diagnostika poruch spánku a jejich léčba jsou velmi důležité. Celosvětově se klade důraz i na

spánkovou tematiku jako oblast preventivní medicíny a na její vztah k riziku vzniku civilizačních onemocnění (Nevšímalová, 2008, s. 778-785).

Nedostatek spánku ovlivňuje celou řadu patofyziologických procesů v organismu. Autory (Mullington a kol., 2009, s.294-302) byla provedena anlýza zabývající se následky spánkové nedostatečnosti. Byl popsán vztah mezi spánkovou deprivací a vznikem arteriální hypertenze, poruše metabolismu glukózy a imunitní odpovědi organismu. Na vzniku hypertenze se podílí převaha sympatického autonomního nervového systému aktivního během spánkové deprivace, který přímo ovlivňuje srdeční kontraktilitu, srdeční výdej a periferní cévní rezistenci. Výzkum prokazuje o 35% vyšší hladinu norepinefrinu v moči u pacientů trpících spánkovou deprivací v porovnání s probandy, kteří spánkovou poruchou netrpěli. Rovněž dochází ke zpomalenému zpracování cukrů, zvýšení hladiny v periferní krvi a vzniku či prohlobení klinického obrazu diabetu. Tento fakt potvrzuje i práce Luystera a kol.(20011, s.347-355), kdy je popsána snížená kvalita života pacientů s DM II. V důsledku poruch spánku způsobených především diabetickou neuropatií, nokturií nebo syndromem neklidných rukou. Dále byl prokázán negativní efekt nedostatku spánku na imunitní odpověď organismu a tím spojené zvýšené náchylnosti k infekčním chorobám. V periferní cirkulaci byly prokázány vyšší hladiny bílých krvinek a jejich subpopulaci (monocyty, neutrofily a fagocytující buňky). Tyto buňky krevní řady jsou zodpovědné za uvolňování mediátorů – cytokinů, které ovlivňují aktivitu dalších buněk a podílejí se na obrazu zánětlivé odpovědi organismu. Dochází k potlačení přirozené buněčné aktivity způsobené inhibicí mediátorů ovlivňujících tuto aktivitu (interleukin 2) a převahu sekrece prozánětlivých mediátorů (především C reaktivní protein, interleukin 6 a tumor nekrotizující faktor). Zvýšení koncentrace těchto pozánětlivých mediátorů je spojeno se zvýšenou hladinou katecholaminů, které dále nepříznivě ovlivňují hodnoty krevního tlaku.

Dopad spánkové nedostatečnosti na funkce organismu je komplexní. Cílem zdravotnického personálu by tedy mělo být v maximální možné míře eliminovat všechny negativní podněty, které by mohly spánkovou nedostatečnost během hospitalizace navodit nebo prohloubit.

2.5 Spánková hygiena

V současné době lidé upřednostňují uspokojování základní potřeby jídla a zábavy než spánku. Pak dochází k jeho zanedbávání. Na kvalitu spánku v noci má ale vliv i kvalita bdění ve dne.

Člověk by se měl snažit o co nejdůslednější dodržování biorytmů, tedy usínat i probouzet se ve shodnou denní hodinu (jak v pracovní den, tak i o víkendu a dovolených). Není vhodné se také uchylovat ke konzumaci látek stimulujících nebo tlumících CNS. Patří zde i nadměrné užívání nikotinu, kofeinu, alkoholu či jiných návykových látek. Spánek by měl probíhat monofázicky, v tmavé a tiché místnosti, s náležitou vlhkostí vzduchu, s teplotou pohybující se zhruba mezi 18–20 °C. Člověk by před usnutím neměl konzumovat těžká jídla ani nadměrně pracovat, naopak před spánkem se doporučuje relaxační činnost a lehké jídlo. Ani nadměrný stres s nevyřešenými mezilidskými konflikty přes den usnutí nepomáhá. Denní zátěž je ale rovněž vhodná. Jde ovšem jen o teoretické podmínky, které se obvykle lidem daří jen těžko kompletně splnit (Hynek, 2001, s. 455-459).

Soubor pravidel správné spánkové hygieny doplňuje Vašutová (2009, s. 90–95).

- Neuléhat do postele bez pocitu ospalosti.
- Omezit spánek přes den na 30–45 minut nebo jej úplně vyloučit.
- Uplatňovat pravidelnost cyklu spánek-bdění.
- Omezit čas v posteli na 7–8 hodin v noci.
- Postel opustit, pokud se nepodaří usnout do 30 minut.
- Při nespavosti si najít nějakou noční aktivitu (čtení, poslech hudby).
- Zařadit pravidelné cvičení, které zlepšuje spánek (ale ne těsně před spaním).
- Pro spánek si zajistit dobře větranou, chladnou místnost, ticho a tmu.
- Udělat si přes den volnou chvilku, při nichž bude člověk přemýšlet nad problémy, které se mu většinou vybavují před usnutím (tzv. worry time).
- Odstranit rušící předměty z místnosti, kde se spí.

Efekt aplikace těchto režimových opatření byl prokázán kolektivem výzkumné skupiny z Univerzity v Albertě, Kanada (Dobing a kol, 2017, s. 287-295). Na interním oddělení univerzitní nemocnice byl zaveden „TUCK“ protokol (T-toilet: umožnit dokončit osobní hygienu před 22 hodinou tak, aby po této době nedocházelo k rušení spojené s touto procedurou; U-unnecessary interruptions: identifikovat zbytečné vyrušení spánku, např.

měřením vitálních funkcí v časných ranních hodinách nebo během nočních hodin, hluk způsobený personálem zajišťujícím provoz oddělení, pohyb manipulačních vozíků, uklízení atd.; C-cut the lights – zhasnutí světel nebo jejich provoz v nouzovém režimu mezi 22 a 6 hodinou ranní; K-keep it down: minimalizovat noční hluk, vypnutí TV nebo rádií nebo použití sluchátek, distribuce ušních zátek). Ačkoli nebyl statisticky významný rozdíl v kvalitě spánku zjišťované dotazníkovou metodou mezi kontrolní skupinou a skupinou kde byl tento protokol zaveden, byl autory studie kladně hodnocen celkový přístup ošetřujícího personálu a navození určitého kultivovaného a pacientsky příznivého prostředí na pracovišti.

2.6 Poruchy spánku

Prof. Nevšímalovou (2018) je uváděna tato klasifikace poruch spánku:

Endogenně navozené, kam patří syndrom zpožděné váze spánku a syndrom předsunuté fáze spánku

Exogenně navozené: nepravidelný 24 hodinový rytmus a stabilně odlišný rytmus od 24 rytmu

Syndrom předsunuté fáze spánku je typický pro starší jedince, zatímco syndrom zpožděné fáze spánku je typický pro starší děti a mladé lidi, kteří chodí spát později než v 22 hodin (viz výše)

Formy spánkových poruch rozděluje Hynek (2001, s. 455-459) na:

- Poruchy usínání (delší než 30 min).
- Časté noční buzení (častěji než 1krát za noc).
- Předčasné probuzení – ranní typ nespavosti (probuzení bývá dřívější než 30 min před běžnou dobou nebo budíkem).
- Usínání během dne (nepočítá se postprandiální ospalost, které se člověk poddá).

Jako spánkovou poruchu lze hodnotit všechny výše uvedené stavy, které se opakují minimálně 3krát týdně během 1 měsíce (Hynek, 2001, s. 455-459). K nejčastějším poruchám spánku patří (Moráň, 2009, s. 466–470):

- **Insomnie** – nespavost. Nejčastější porucha spánku s prevalencí 15–40 %. Jde o stav, kdy je spánek vnímán nemocným jako těžce dosažitelný, přerušovaný, krátký,

nedostatečný, neosvěžující. Nejčastější variantou je *psychofyziologická insomnie* (naučená), která vzniká v důsledku kombinace somatizované tenze a naučené asociace představ a pocitů, které brání spánku a usnutí. *Pseudoinsomnie* (nesprávné vnímání spánku) je stav, kdy je člověk přesvědčen, že nespí, přitom objektivním vyšetřením je zjištěn normální spánek. *Idiopatická insomnie* (insomnie začínající v dětství) zapříčiňuje problémy s usínáním, snížení celkového objemu spánku, problematickou strukturaci spánku. Často souvisí s dyskinezami, dyslexií, poruchami koncentrace.

- **Hypersomnie** – je heterogenní skupinou onemocnění se společnou zvýšenou potřebou spánku, která nemá imperativní povahu, noční spánek je prodloužený. Denní ataky spánku bývají celkem dlouhé, po probuzení se nedostavuje pocit vyspání a trvá spavost. *Idiopatická hypersomnie* je charakteristická prodlouženým nočním spánkem a zřetelnou trvalou denní spavostí, léčebně mohou pomoci stimulancia. *Periodická hypersomnie* mívá krátký či dlouhý cyklus, může být monosymptomatická či polysymptomatická. *Sekundární hypersomnie* bývá nejběžnější, může se objevit u mnoha somatických onemocněních, po traumatech a zánětech mozku.

- **Narkolepsie** – v celé populaci je její prevalence zhrubai 0,02 až 0,2 %. Jde o nepotlačitelnou ospalost v průběhu dne spojenou občas do komplexu s kataplexií (projevuje se akutním poklesem svalového napětí s možností pádu bez poruchy vědomí, obvykle po kladném nebo negativním afektu), spánkovou obrnou či hypnagogickými halucinacemi (které jsou projevem disociace motoriky a vědomí v etapě usínání či probouzení). Po krátkém spánku bývá pacient dobře odpočinutý a schopen plné aktivity, denní ataky spánku přicházejí zhruba ve 4hodinových cyklech, celková doba spánku nebývá prodloužena, noční spánek je neuspokojivý, roztříštěný, neklidný. Primární narkolepsie je typická do 30 let, ve vyšším věku jde zřejmě o sekundární narkolepsii při jiném onemocnění CNS.

- **Choroby s poruchou ventilace ve spánku** – patří zde ronchopatie (= chrápání pravidelné, každodenní, tzv. habituální, typické pro 20–25 % populace, častěji u mužů, zvýrazňuje se s věkem), syndrom spánkové apnoe (nejzávažnější, postihuje 3 až

- 8 % populace, jejím důsledkem mohou být interní onemocnění –hypertenze, kardiální či mozková ischemie; psychická onemocnění – deprese, poruchy intelektu); a sociální problémy pro nemožnost spánku ve společných prostorách, rozloučení manželství),

obvykle obstrukční (OSAS), syndrom zvýšeného odporu v horních dýchacích cestách (UARS), poruchy spánku při chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN) a astma – overlap syndrom, poruchy spánku u restriktivních plicních onemocněních, poruchy spánku při neuromuskulárních chorobách, dechové poruchy spánku u novorozenců.

- **Parasomnie –** náměsíčnictví (somnambulizmus) – častější u dětí v ojedinělých epizodách, abnormální při častém výskytu, mnohdy souvisí s enurézou. Často ustává do 15 let. Při přetrvávání do dospělosti ji doprovází někdy porucha osobnosti, psychopatologie. Nemocný bývá hůře probuditelný, ráno má amnézie.
- **Pohybové poruchy ve spánku** – opakující se pohyby končetinami bývají typické rytmickými pohyby obvykle dolními končetinami, častěji jednou, mají trvání 1 s, opakování každých 30 s, pohyb doprovází pokaždé probouzecí reakce v PSG.
- **Poruchy cirkadiánní rytmicky** (při práci na směny, při přeletu časových pásem aj.) – široká skupina poruch spánku, které si mnohdy lidé neuvědomují, setkávají se s nimi skoro všichni, někdo častěji a ve větší míře, někdo úplně okrajově.
- **Poruchy spánku při jiných onemocněních** – např. při různých neurologických, psychiatrických a četných somatických onemocněních.

2.7 Sledování kvality spánku

Pro komplexní studium spánku se využívá specializované spánkové laboratoře a používá se speciální metodika natáčení záznamů. Součástí vyšetření je obvykle anamnéza, vyplnění standardních dotazníků a denních záznamů a pomocné laboratorní metody. Nejdůležitější součástí, která musí být součástí vlastního vyšetření, je **anamnéza**. Jádro anamnézy tvoří detailní rozhovor mezi lékařem a pacientem. Je nezbytné se záměrně dotázat na subjektivní zhodnocení kvality spánku, pocit při probouzení, ospalost a únavu přes den. Poté se lékař rozhoduje, jestli je u pacienta zapotřebí realizovat celkem časově náročné polysomnografické vyšetření. Partner pacienta by měl pomoci s anamnézou (co se týče chrápání, nepravidelnosti dýchání či apnoických pauz a abnormálního chování ve spánku). Také se používají dotazníky a škály, a to pro hodnocení denní spavosti pacienta a pro posouzení intenzity spavosti během 24 hodin, pro dlouhodobá hodnocení nebo pro hodnocení účinku léčby (Vašutová, 2009, s. 17–20).

Základní metodou pro vyšetření spánku je polysomnografie (PSG) která prezentuje současné snímání několika fyziologických parametrů. Množství funkcí využívaných k registraci poté závisí na zacílení diagnostiky u konkrétního pacienta. Vybrané parametry zaznamenávané v polysomnografii jsou: elektroencefalogram – EEG, elektromyogram – EMG, elektrookulogram – EOG, elektrokardiogram – EKG, dýchací pohyby hrudníku a břicha, proud vzduchu před nosem a ústy – airflow, saturace krve kyslíkem – HbO_2, poloha pacienta, pohyby dolních končetin. Klasická polysomnografie se uskutečňuje během noci zpravidla 6–8 hodin (Moráň, 2009, s. 466–470).

Další možností je **aktigrafie** jakožto neinvazivní, ekonomicky snadno dostupná vyšetřovací metoda, při které má pacient na zápěstí nedominantní končetiny umístěný snímač velikosti náramkových hodinek, který identifikuje každý pohyb končetiny. Jde tak jednoduše řečeno o záznam pohybů. Metoda vychází z toho, že ve spánku bývají pohyby mnohem méně četné a intenzivní než při bdělosti. Podle intenzity pohybů se odvozují informace o bdělosti, její kvalitě, o spánku a probouzecích reakcích. Aktigrafie je validní metodou pro diagnostikování poruch cirkadiánní rytmicky (Vašutová, 2009, s. 17–20).

K hodnocení kvality spánku nebo stavu bdělosti v průběhu cirkadiánního rytmu jsou autory zabývajícími se touto problematikou používány také dotazníkové formuláře.

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): nejčastěji zmiňovaný dotazníkový formulář, jedná se o dotazník vyplňovaný vyšetřovaným, skládá se z 19 otázek. Výsledky odpovědí jsou poté přeneseny do 7 klinicky odvozených částí s přirazením hodnoty 0-3. Výsledek testu se hodnotí v rozmezí 0-21 bodů s tím, že vyšší hodnoty odpovídají závažnosti poruchy spánku. Tento dotazník je používán pro hodnocení kvality spánku za uplynulý měsíc a je tedy předurčen pro hodnocení kvality spánku v domácím prostředí (Buysse D a kol., 2008, s 563 -571)

Epworth Sleepiness Scale (ESS): dotazník zaměřený na schopnost soustředění, resp. sklon k spavosti během dne. Je sestaven z 8 otázek, které se dotazují na sklon k usínání v jednotlivých situacích během dne. Odpovědi mají přiřazenou hodnotu 0-3, celková bodová hodnota je v rozmezí 0-24, kdy hodnoty nad 10 bodů jsou již považovány za poruchu soustředěnosti v denní době (Buysse D. a kol., 2008, s.563-571).

Verran and Snyder Halpern Sleep Scale (VSH Scale): dotazník zaměřený na hodnocení kvality spánku v uplynulých 24 hodinách. Je sestaven z otázek hodnotících základní složky spánku (probuzení uprostřed spánku, pohyby během spánku, celková doba spánku, prodleva do usnutí, vnímání hluku, odpočinutí po spánku, způsob probuzení a subjektivní zhodnocení kvality spánku). Hodnocení se provádí na základě vizuálního analogového hodnocení subjektivně vnímané odpovědi do 100 mm linie odstupňované po 5 mm. Vyšetřovaný zakreslením linie do této stupnice vyjádří svoji odpověď, jejíž největší pravděpodobnost odpovídá hodnotě stupnice. Vyšší bodové hodnocení odpovídá závažnosti poruchy spánku, maximální hodnota je 700 (Bano M, 2014, s. 1-8).

Horne-Östberg Scale (také morningness–eveningness questionnaire MEQ): dotazník zaměřen hodnocení výkonnosti v průběhu cirkadiánního rytmu. Formou hypotetických otázek se hodnotí preference provádění jednotlivých aktivit během dne. Některými autory používajícími tento dotazník bývá zmiňována nevýhoda použití u gerontologických pacientů právě z důvodu nutné spolupráce a pochopení otázek. (Bano M, 2014, s. 1-8)

2.8 Léčba nespavosti

Léčba nespavosti není snadná a rozlišuje se na farmakologickou a nefarmakologickou léčbu. K nejdůležitějším součástem nefarmakologické léčby poruch spánku jsou režimová opatření – zásady spánkové hygieny (viz kapitola 1.4) a kognitivně behaviorální terapie. Kognitivně behaviorální terapie (KBT) prezentuje nefarmakologickou léčba, která pracuje se samotnou nespavostí, s přídatnými příznaky i typem osobnosti. Pro úspěšnost této léčby je zapotřebí, aby byl pacient motivován a spolupracoval. Nejjednodušší a nejčastější metodou využívanou k léčbě poruch spánku je však v současnosti farmakoterapie. Nese ale mnoho rizik. Je nezbytné pamatovat na vliv léčiv na paměť, vznik tolerance, závislosti, potíže s vysazením, rebound insomnii po vysazení, změny chování a myšlení, rizika v graviditě (Vašutová, 2009; s. 90–95).

Farmakoterapii lze rozdělit do několika skupin (Moráň, 2009, s. 466–470):

- **Hypnotika –** benzodiazepiny, chlordiazepoxid, nitrazepam, flunitrazepam, benzodiazepinům podobné: zopiclone, zolpidem.
- **Antidepresiva –** dosulepin, fluoxetin, ondansetron.

- **Antihistaminika –** promethasin, bisulepin.
- **Další –** chloralhydrát, amobarbital, butobarbital, melatonin.

Aktuálně se nejčastěji využívají hypnotika typu zolpidemu a zopiclonu, ale spíše pouze přechodně, ideálně v kombinaci s dlouhodobým užíváním antidepresiv, vždy ovšem po svědomitém zvážení příčiny nespavosti, ne paušálně. V poslední době je také u nás běžně používán melatonin, spánkový hormon, jehož úkolem je navodit přirozený spánek a stabilizovat jeho strukturu, ale bez pocitu ospalosti (Moráň, 2009, s. 466–470).

Vašutová (2009; s. 90–95) zmiňuje i přírodní možnosti léčby poruch spánku, konkrétně spíše nespavosti, a to především terapii prostřednictvím bylinek:

- **Třezalka tečkovaná** (Hypericum perforatum) – účinné látky třezalky tečkované se nachází v kvetoucí nati. Jeden z účinků je sedativní, funguje jako přírodní antidepresivum. Je třeba užívat dlouhodobě.
- **Meduňka lékařská** (Melissa offi cinalis) – mírné sedativum, stomachikum. Používá se při neklidu, podrážděnosti.
- **Chmel otáčivý** (Humulus lupulus) – používá se jako mírné sedativum, stomachikum a amarum. Chmelové extrakty bývají součástí složených rostlinných sedativ a čajových směsí.
- **Kozlík lékařský** (Valeriana offi cinalis) – používá se při nespavosti, podrážděnosti, mírném napětí, jako antispastikum při žaludečních křečích.
- **Mučenka pletní** (Passifl ora incarnata) – má využití při léčbě nespavosti, podrážděnosti.

2.9 Hospitalizace a spánek

Nemoc u člověka obvykle zhoršuje kvalitu života, omezuje v aktivitách a sama o sobě negativně ovlivňuje spánek. Pacient, nebo klient, stojí před svízelnou životní situací, ovládají jej strach a emoce, je frustrován (Sýkorová, 2006, s. 22-23). I závěr zahraniční studie (Southwell, 1995, s. 1101–1109) potvrzuje, že pacienti hospitalizovaní v nemocnicích trpí obvykle nedostatkem spánku, že nepohodlí, starosti a bolesti přispívají k jejich bdělosti, že

spánek mnoha pacientů bývá narušen mnohými faktory nemocničního prostředí a pacienti se často budí už brzy ráno.

V průběhu nějaké nemoci, především při hospitalizaci, bývá normální fyziologický spánek mnohdy narušený. Nedostatek spánku může zhoršit celkový stav nemocného a zvýšit jeho citlivost na subjektivní obtíže. Pacient si může připadat po probděné noci unavený, malátný. Jeho nálada může být pesimistická. Bolest, hluk, lékařské výkony a ošetřovatelskou péči pak bude prožívat hůře, bude si připadat vyčerpaný. Následně lze i očekávat zhoršenou spolupráci. Nejzřetelnějším projevem spánku hospitalizovaného bývá ztráta jeho kontaktu s okolím, což způsobuje útlumový stav centrální nervové soustavy (Rošková, 2013, s. 35-37).

Šamáková a kol. (2011, s. 93) zmiňuje některé z problémových faktorů, které se podílí na narušení spánku (jak analgosedovaných, tak i nemocných při vědomí) v nemocnici:

- **Provozní hluk** – je nejčastějším narušitelem spánku pacientů na odděleních. Měl by být omezován na minimum, a to především ve večerních a nočních hodinách. Je možné také korigovat počet návštěv u pacienta. Nejvíce narušuje spánek hluk obvykle na jednotkách intenzivní péče (viz Xie, Kang, Mills, 2009, s. 208).
- **Monitor a linky kabelů nebo infuzí** – pacienta mohou rušit jak tím, že se do nich při pokusu o pohyb zamotává, ale i tím, že při jakémkoliv pohybu zapínají monitor či infuzní pumpy alarm.
- **Periodické měření NIMB** (neinvazivní měření krevního tlaku manžetou) – domluvou s lékařem je možné upravit monitoraci tak (pokud to zdravotní stav dovoluje), aby pacienta minimálně zatěžovala a pořád přinášela cenné informace. Změnit je možné i hlasitost a hlášení alarmů (někteří pacienti trpí při spánku bradykardií).
- **Neklidný spolupacient, zhoršení stavu jiného pacienta –** to může spustit rovněž alarmy. Je tak ideální sdružovat podobně neklidné pacienty do stejných pokojů.
- **Strach o zdravotní stav –** typické u orientovaných pacientů, nemocní pacienti by tak měli být co nejvíce informováni o svém zdravotním stavu.
- **Obava z vyšetření očekávaného další den –** opět se vyplácí dobře pacienta informovat.
- **Obavy z bolesti –** pacienti musí mít jistotu, že v noci nebudou trpět bolestí.

Rošková (2012, s. 35-37) doplňuje, při onemocnění či poranění potřebuje pacient větší množství odpočinku. Zneklidněný, rozrušený pacient ho dosáhne ale stěží. Odpočinkem se myslí hlavně klid, relaxace bez emočního stresu, uvolnění napětí a úzkosti. Klid tak nemusí představovat pokaždé jen nečinnost. Podráždění a pocit nepohody při hospitalizaci mohou mít fyzické i emoční dopady. Náročnější bývá identifikace emočních starostí, které reflektují např. nadměrné nebo nedostatečné návštěvy, pocit ztráty soukromí, neustávajícího období čekání, samotu či přílišně zaměřování se na zdravotní problémy nebo na potíže příbuzných. Pomoci může nějaká efektivní aktivita působící relaxačně a mnohdy může poskytnout pocit užitečnosti. K nezbytným podmínkám dobrého spánku při hospitalizaci je vědomí, že pakliže by to bylo zapotřebí, bude mu poskytnuta okamžitá pomoc. Pacient, který si připadá izolovaný a bez pomoci, nemůže klidně spát. Rodina a přátelé mohou pacientovi pomoci, když budou při řešení jeho běžných problémů, úkolů či náročných rozhodnutí. Zdravotnický personál pak pomocí s předvídáním a plněním pacientových potřeb.

Problémem hospitalizovaných pacientů může být spánková inverze. Ta je typická spánkem přes den a nespavostí v noci. Je to typické často u starších pacientů jak v intenzivní péči, ale intenzivní péči může být k tomu právě indikován. Rušení pacientů bývá mnohdy zdrojem nevyspání, proto se pacienti potřebují dospat přes den. Jde často o jediný způsob, jak dosáhnout při hospitalizaci dostatečného odpočinku. Vzniká však riziko (zejména u starších a neklidných pacientů), že takoví pacienti pak bývají v noci neklidní a ruší tak další pacienty. Přes den pak bývají unavení a spaví. Je tak žádoucí takové pacienty přes den adekvátně zaměstnat, přes den budit a aktivizovat (Šamáková a kol., 2011, s. 93).

2.10 Úloha sestry

Zdůraznit lze v tomto směru úlohu personálu v nemocnici či zdravotnickém zařízení. Sestry mohou pacientům pomoci zabezpečit klidné prostředí. Měly by přemýšlet nad tím, jak zlepšit odpočinek pacienta. Výchozí podmínkou klidu a odpočinku by mělo být vědomí pacienta, že jeho vlastní život je pod kontrolou a že má adekvátní lékařskou péči. Sestra, vedle odborné péče, by měla pacientovi dodat klid mysli a pomoci mu relaxovat, a to např. tím, že jej soustředěně poslouchá, věnuje pozornost jeho osobním věcem a podle možností jeho obavy zmenšuje. Pacienti, kteří mají pocit nepochopení, nebudou dobře relaxovat. Potřebují cítit spoluúčast a pochopení, a to od personálu. Hlavním zdrojem úzkosti a získání klidu bývá nevědomost. Pacientovi je tak třeba dostatečně vysvětlit diagnostické testy a chirurgické

výkony, informovat ho o jeho aktivitách nebo zvyklostech zařízení, v němž se nachází, i o jeho stavu. Informace má být podána nenásilně, aby pacient nevnímal napětí související

s pokládáním otázek. Zdravotnický personál navíc jednodušeji přijde na fyzické problémy, jako je bolest, nedostatečné podepření těla v některých polohách, mokré ložní prádlo či velký hluk (Rošková, 2012, s. 35-37).

K tomu je však zapotřebí správně vedené komunikace sestra-pacient. Ta má pochopitelně úlohu i ve chvíli, kdy jedním z problémů s usínáním jsou i pacientovy obavy a neinformovanost. Lichuan, Kathleen et al (2013, s. 342–347) ve svém výzkumu potvrdili, že mezi hlavní překážky efektivního spánku patří kromě jiného právě nedostatečná komunikace. Tutková (2007, s. 22-23) uvádí, že právě v komunikaci se uplatňuje úloha sestry. Schopnost dobře komunikovat se řadí k nejdůležitějším dovednostem zdravotníka a sociální kontakt je nevyhnutelnou součástí zdravotnické profese. Nemocí obvykle nebývá zasažena jen pacientova fyzická stránka, ale promítá se i do psychiky člověka. Sestra by se tak měla orientovat i v psychologii a znalosti dokázat využívat v praxi. Znalostí z psychologie osobnosti využije sestra v hodnocení osobnosti pacienta, jeho povahových vlastností, temperamentu, schopností a v odhadu, jak bude zvládat situaci související s nemocí. Komunikací sestra s pacientem vytváří vztah a spolupráci vedoucí k potřebné změně (i v oblasti problémů se spánkem). K dosažení kvalitní oboustranné komunikace sestry s nemocným musí sestra respektovat obecné nároky, které pozitivně ovlivňují prožívání pacienta i úspěšnost léčby

Šamáková a kol. (2011, s. 93) uvádí, že jednou z možností, jak pomoci pacientům s usnutím či problémy se spánkem je možnost je na noc lehce farmakologicky klidnit. Jejich podání je rozhodně úlohou sestry (ale ordinuje je lékař), neboť by nemělo být ponecháno na pacientovi, aby si případně sám ordinoval léky. Šafránková a Nejedlá (2006, s. 33) doplňují, že k nejčastěji podávaným lékům patří hypnotika, sedativa či anxiolytika. Pacienty je současně při jejich podání nezbytné edukovat o možných vedlejších účincích těchto léků, upozornit na možnost vzniku návyku a poučit o řádném užívání. Součástí edukace pacienta by ale mělo být i to, jak si může pacient usnadnit usínání a spánek i bez případné medikace (zásady spánkové hygieny).

2.11 Faktory ovlivňující spánek

Faktorů ovlivňujících spánek je několik. Zmínit lze zejména ty základní, ke kterým patří (Jelínková, 2014, s. 30; Mlýnková, 2016, s. 214):

- **Biologicko-fyziologické faktory:**
    - *Věk* – podstatně ovlivňuje kvalitu i kvantitu spánku. Potřeba spánku se během ontogeneze mění, jak už bylo v této práci uvedeno.
    - *Nemoci a somatické faktory* – řadí se k nejčastějším příčinám poruch spánku. Pacienti se budí kvůli bolesti, dušnosti u nemocí plic nebo srdce, nucení na močení či stolici, při inkontinenci, kašli či zvracení aj.
    - *Výživa a hydratace* – projevit se mohou nesprávnými stravovacími návyky, nadměrný příjem potravy či hlad mohou bráni v usnutí a následně kvalitnímu spánku. Zvýšený příjem tekutin nebo i kávy před spaním mohou zapříčinit probouzení či noční močení.
    - *Přiměřená pohybová aktivita* – přes den pomáhá se unavit a prohlubuje spánek. Při nedostatku pohybu se zvyšuje pravděpodobnost nekvalitního spánku.
- **Faktory prostředí** – především je to hluk. Nemusí to být jen rušivý a hlasitý zvuk v nemocnici, nebo např. linoucí se oknem z vnějšího prostředí – štěkání psa, startování automobilů, práce na silnici aj., ale také okolní šum, který je stále zpracováván smyslovými funkcemi spánku, i přes nevědomé vnímání jejich přítomnosti (viz Muzet, 2007, s. 135-142), dále teplota prostředí (zejména vysoká teplota může zapříčiňovat problémy s usnutím, noční pocení a dyskomfort), světlo, kvalita ovzduší v místnosti (nevětraná místnost není vhodná).
- **Faktory psychicko-duševní** – například stres (z práce, z nemoci, z problematických rodinných vztahů aj.), ztráta blízké osoby či zaměstnání, ztráta smyslu života, úzkost nebo nejistota.

2.12 Shrnutí teoretické části

Teoretická část vymezuje na základě práce s literaturou hlavní teoretické pojmy týkající se spánku a úlohy sestry, která je zásadní a klíčovou osobou při vytvoření vhodného prostředí pro odpočinek. Dále jsou popsány faktory ovlivňující spánek, které jsou důležitou součástí dotazníku vytvořeného pro průzkumnou část této práce, ve které je cílem zjistit nejčastější rušivé faktory v období před a po operaci.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Průzkumné cíle

Cíle průzkumné části této bakalářské práce jsou:

- zjistit faktory, které nejvíce ovlivňují spánek pacientů v předoperačním období
- zjistit faktory, které nejvíce ovlivňují spánek pacientů v pooperačním období

3.2 Charakteristika průzkumného pracoviště

Sběr dat probíhal v soukromém lůžkovém nemocničním zařízení na gynekologickém oddělení. Kritériem pro zařazení respondentek do průzkumu byl pobyt po operaci na JIP, tedy na jednotce, kde jsou pacienti monitorováni a pravidelně kontrolováni v průběhu celého pobytu. Jednotlivá lůžka jsou oddělena zástěnou pro potřebné soukromí. Celkový počet pacientů na tomto oddělení může být osm. Nejčastější gynekologické operace na tomto oddělení jsou: hysterektomie abdominální, vaginální a laparoskopicky asistovaná vaginální, laparoskopie diagnostická (slouží k ozřejmění sterility) a operační (odstranění myomů, cyst, vaječníků), poševní plastiky a splentis – závěs poševního pahýlu. Méně častou operací pak je abdominální hysterektomie spojená s omenektomií, adnexektomií a lymfadenektomií. Péči o pacienty zajišťuje zdravotnický personál v podobě 2-3 zdravotních sester na směnu, lékaře ARO a gynekologa, který dochází na kontroly pacientek. Na tomto oddělení jsou také pacienti po urologických a plastických operacích. Oproti tomu na standardním oddělení je celkem 15 lůžek ve dvou až třílůžkových pokojích, jeden pokoj je nadstandardní jednolůžkový za který si pacienti doplácí 1200 Kč. Součástí každého pokoje je koupelna se sprchou a WC. Na pokoji je k dispozici televize.

Dotazníkové šetření probíhalo za souhlasu vedení nemocnice a primáře gynekologického oddělení.

3.3 Výběr respondentů

Průzkumu se zúčastnilo celkem 30 respondentek hospitalizovaných k chirurgickému výkonu na gynekologickém oddělení v průběhu listopad - prosinec 2018. Kritériem pro zařazení

respondentek do průzkumu bylo přijetí na lůžkové oddělení gynekologie s následným chirurgickým výkonem. Dalším kritériem byl pobyt na JIP (jednotka intenzivní péče) v našem zařízení nižšího typu, kde zůstávaly od nultého pooperačního dne přes noc do prvního pooperačního dne.

3.4 Metodika průzkumu

V této práci byla použita metoda kvantitativního průzkumu. K sběru informací byl použit anonymní dotazník obsahující dvacet otázek. Prvních pět otázek se týkalo základních informací o spánku pacienta v domácím prostředí. Další otázky odkrývaly faktory, které rušily respondentky v předoperačním a pooperačním období (viz. Příloha A).

Kvantitativní výzkum je sběr dat v podobě čísel, výsledek je zobrazen formou tabulek a grafů. K shromažďování dat je možné používat dotazník, standardizovaný rozhovor a analýzu. Výsledky jsou statisticky vyhodnoceny. Tato metoda je v ošetřovatelském výzkumu důležitá a lze ji kombinovat s kvalitativní metodou (Kutnohorská, 2009, s. 20, 41).

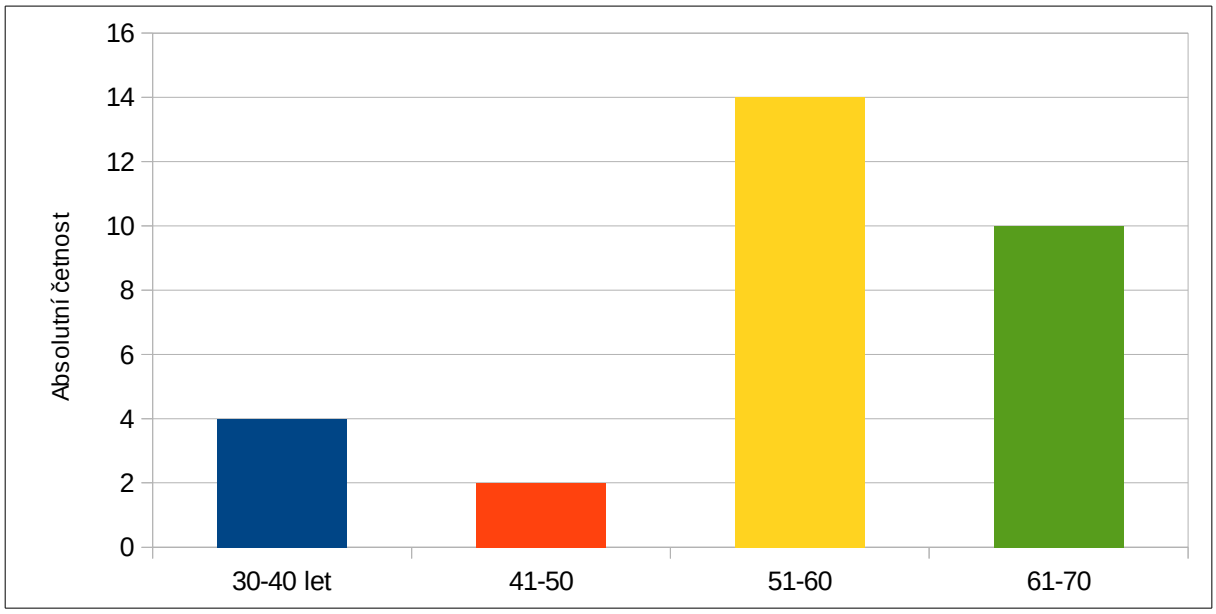
Pro sběr dat byl využit nestandardizovaný dotazník, vlastní tvorby. Výběr otázek byl cílený a vycházel z vlastní zkušenosti autorky. Bylo identifikováno sedm nejčastějších faktorů ovlivňující spánek, které byly zařazeny do dotazníku. Tyto rušivé faktory byly respondenty hodnoceny před a po operaci. Dotazník byl anonymní, byly zde zařazeny demografické údaje týkající se věku. Otázky byly jasně formulované s odpovědí ANO/NE. V případě kladné odpovědi mohly respondentky doplnit důvod. Tato odpověď již nebyla vyhodnocována v grafech, sloužila jen jako zpětná vazba pro výzkum. Na vyplnění dotazníku měly dostatek času a soukromí. V průběhu výzkumu bylo rozdáno 30 anonymních dotazníku respondentkám, které splňovaly výše uvedená kritéria. Dotazníky byly rozdány autorkou výzkumu vybraným respondentkám, které je po vyplnění vkládaly do uzavřeného boxu na vyhrazeném místě, návratnost byla 100%. V úvodu výzkumu byla provedena pilotáž pěti dotazníků, které zjišťovaly zda respondentky správně pochopily význam otázek a zda není nutná jejich úprava. Jelikož pilotáž neprokázala problémy nutné k rekonstrukci dotazníku, byly dotazníky použity v pilotáži zařazeny do výzkumu. Všechna takto získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel.

3.5 Analýza a prezentace získaných dat

Výsledky dotazníkového šetření jsou přehledně zobrazeny v grafech. Každá otázka je vyhodnocena jednotlivě. Dále jsou vyhodnoceny rušivé faktory spánku v porovnání před a po operaci.

Dotazníkové otázky:

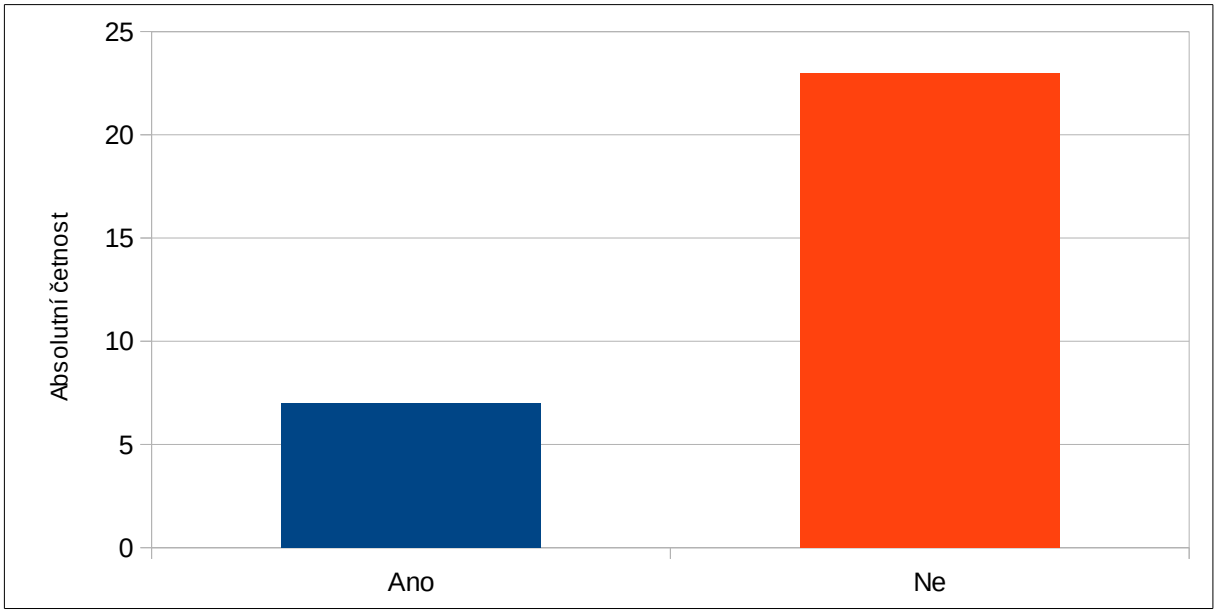
Otázka č.1: Kolik je Vám let?



Obrázek 1 – Věk respondentek

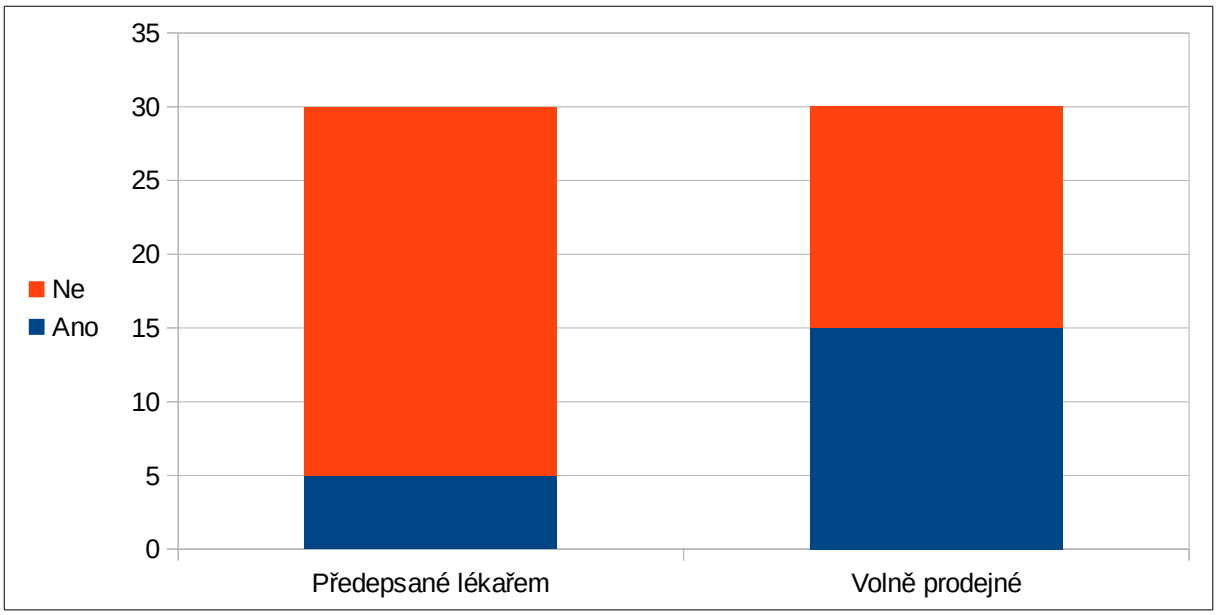
Věk respondentek byl v rozmezí mezi 30 – 70 lety. Všechny splňovaly podmínku pro dotazníkové šetření – pobyt na JIP od nultého pooperačního dne do prvního pooperačního dne. Největší věková skupina byla zastoupena respondentkami ve věku 51 – 60 let. Průměrný věk byl 55 let.

Otázka č. 2: Trpíte nějakou spánkovou poruchou?



Obrázek 2 – Přítomnost spánkové poruchy

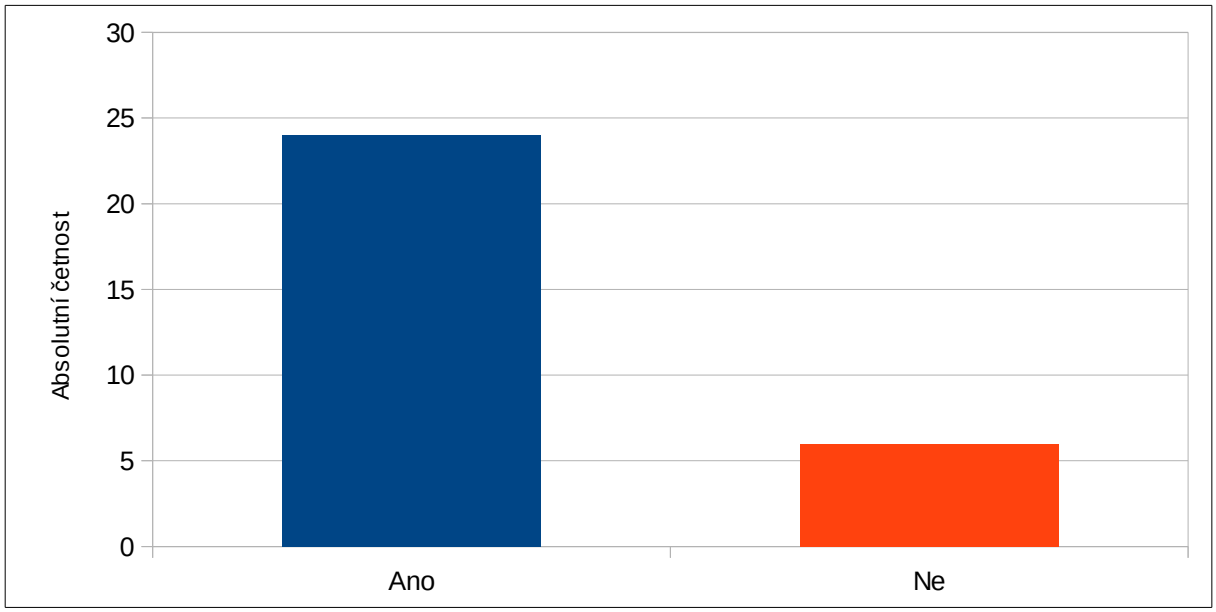
Na tuto otázku odpovědělo kladně 7 respondentek z celkového počtu 30-ti. Tedy 23,3% respondentek, které si stěžovaly na problémy s usínáním nebo časným ranním probouzením již v domácím prostředí.



Otázka č. 3, 4: Užívání léků na spaníObrázek 3 – Užívání léků na spaní předepsaných lékařem a volně prodejných

Léky předepsané lékařem užívá 5 respondentek z 30-ti, tedy 16,7 %. Léky volně prodejné užívá 15 respondentek z 30-ti, tedy 50 %. Pacientky si kupují při potřebě volně dostupné léky v lékárně, ale neužívají je pravidelně.

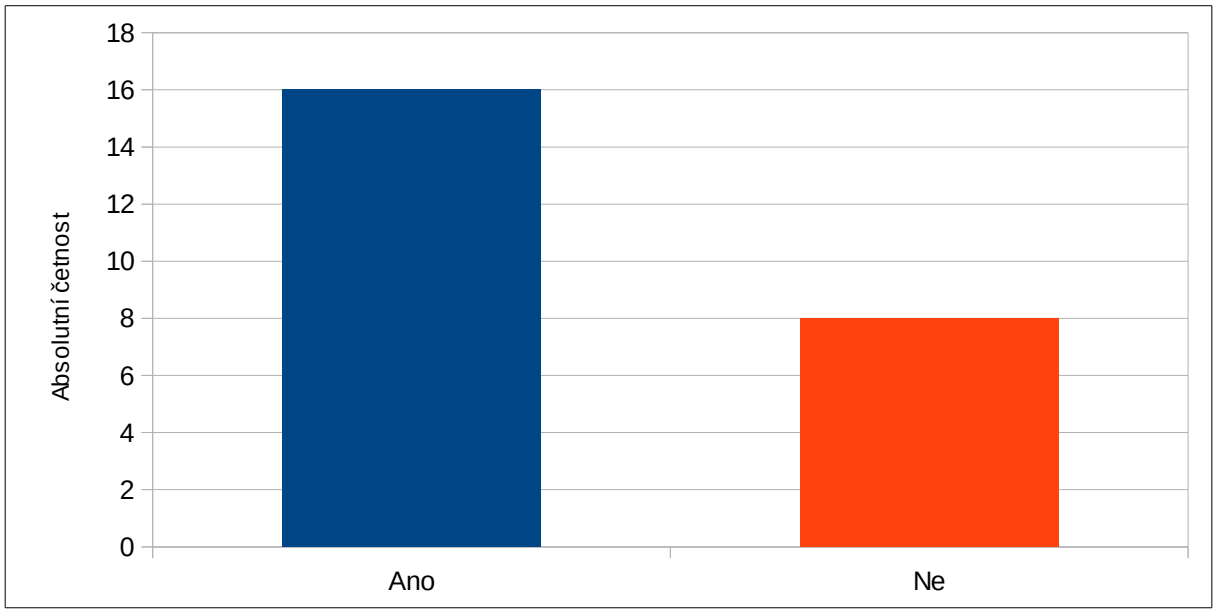
Otázka č. 5: Používáte v domácím prostředí nějaké předspánkové rituály?



Obrázek 4 – Používání předspánkových rituálů

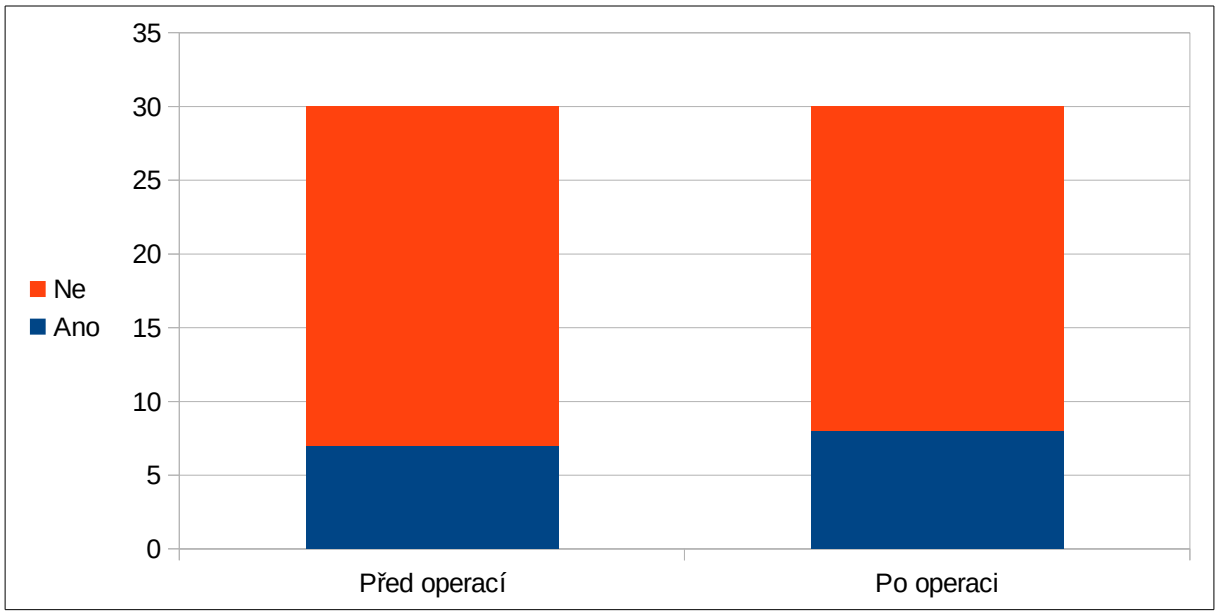
Cílem této otázky bylo zjistit, zda mají respondentky nějaké zvyky před ulehnutím k spánku, (např.: čtení knih, poslouchání hudby, sprchování…). 24 respondentek z 30-ti, tedy 80% má usínání spojeno s předspánkovým rituálem. Podotázkou byl dotaz, pokud mají nějaký předspánkový rituál, o jaký rituál se jedná. Nejčastější odpovědí bylo sledování televize, čtení knížky nebo poslouchání hudby.

Otázka č. 6: Máte možnost tyto rituály provádět i v nemocnici?



Obrázek 5 – Používání předspánkových rituálů v nemocnici

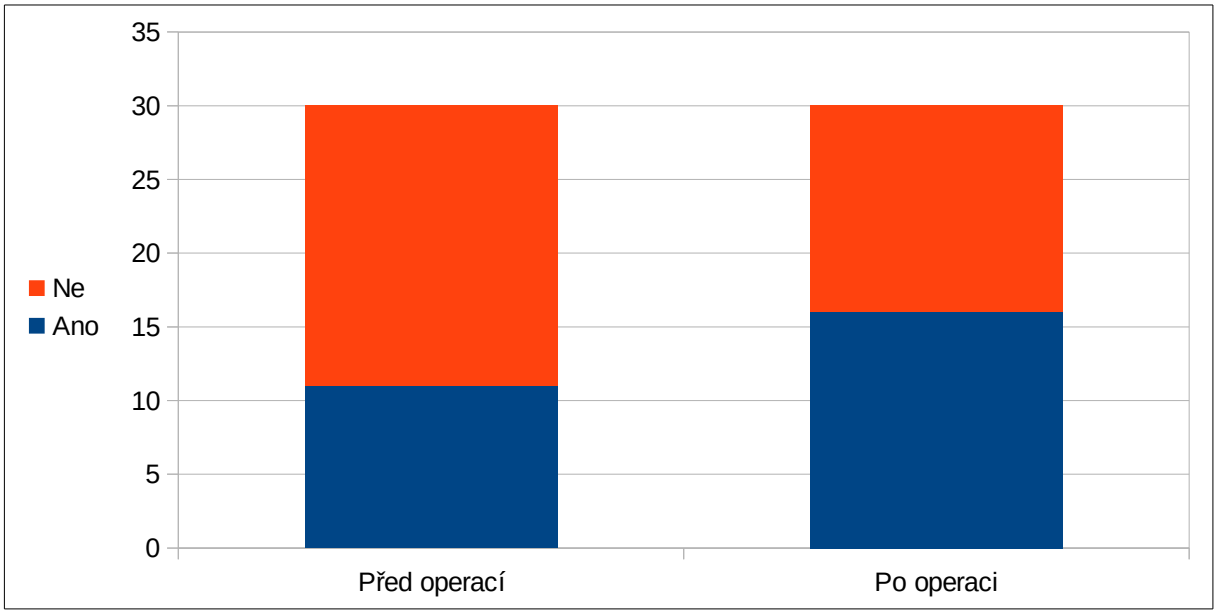
Na tuto otázku odpovědělo 16 respondentek z počtu 24, protože 6 respondentek uvedlo v otázce č.5, že předspánkové rituály nemají.



Otázka č.7, 14: Probuzení z důvodu stresu (strachu)Obrázek 6 – Probuzení z důvodu stresu (strachu) před a po operaci

Z důvodu stresu, strachu, se před operací probudilo 7 respondentek z 30-ti, tedy 23,3 % respondentek. Všechny shodně uváděly důvod časného ranního probuzení a přemýšlení o nastávající operaci. Po operaci se probudilo 8 respondentek z 30-ti, tedy 26,7 % respondentek. Nejčastěji respondentky uváděly důvod strachu zda se operace zdařila jak byla plánována a jestli nenastaly v průběhu operace nějaké komplikace. Porovnáním otázek bylo zjištěno, že se respondentky častěji budily v pooperačním období.

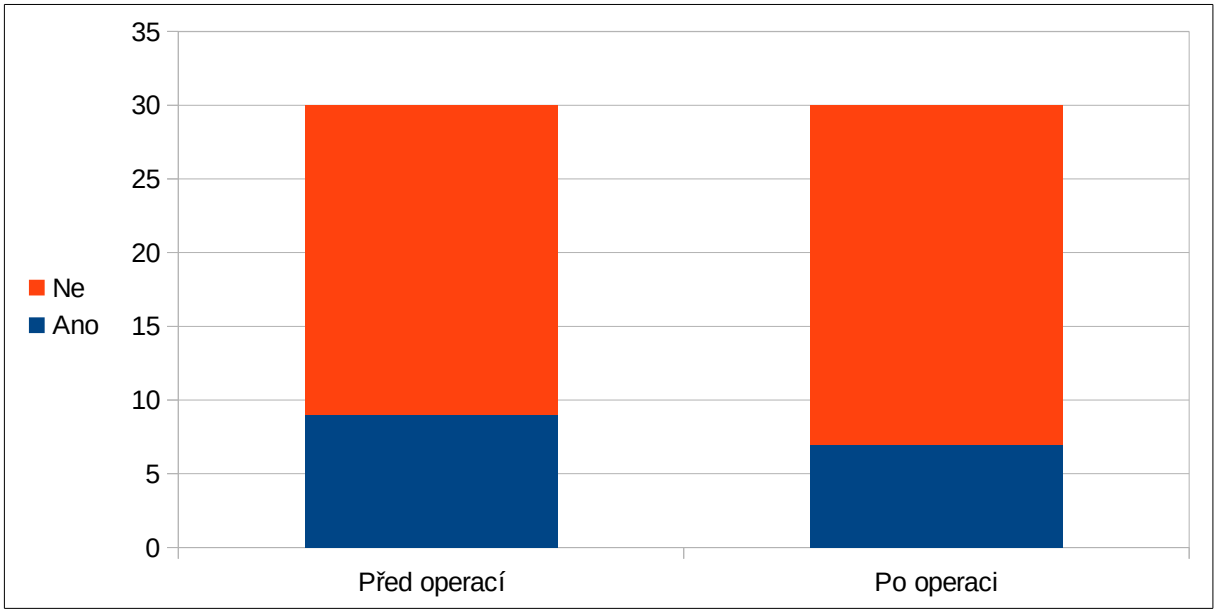
Otázka č.8, 15: Probuzení z důvodu přítomnosti jiného pacienta



Obrázek 7 – Probuzení z důvodu přítomnosti jiného pacienta před a po operaci

Z důvodu přítomnosti jiného pacienta se před operací probudilo 11 respondentek z 30-ti, tedy 36,7 % respondentek. Jako nejčastější rušivý faktor byl uveden večerní telefonát a použití WC ostatními pacienty. Po operaci se probudilo 16 respondentek z 30-ti, tedy 53,3 % respondentek. Porovnáním otázek se prokázalo, že se respondentky více budily v období po operaci. To jistě ovlivňuje i faktor, že podmínkou zařazení respondentek do výzkumu byl pobyt na JIP, kde je více rušivých faktorů. Jedním z nich je umístění většího počtu pacientů na pokoji.

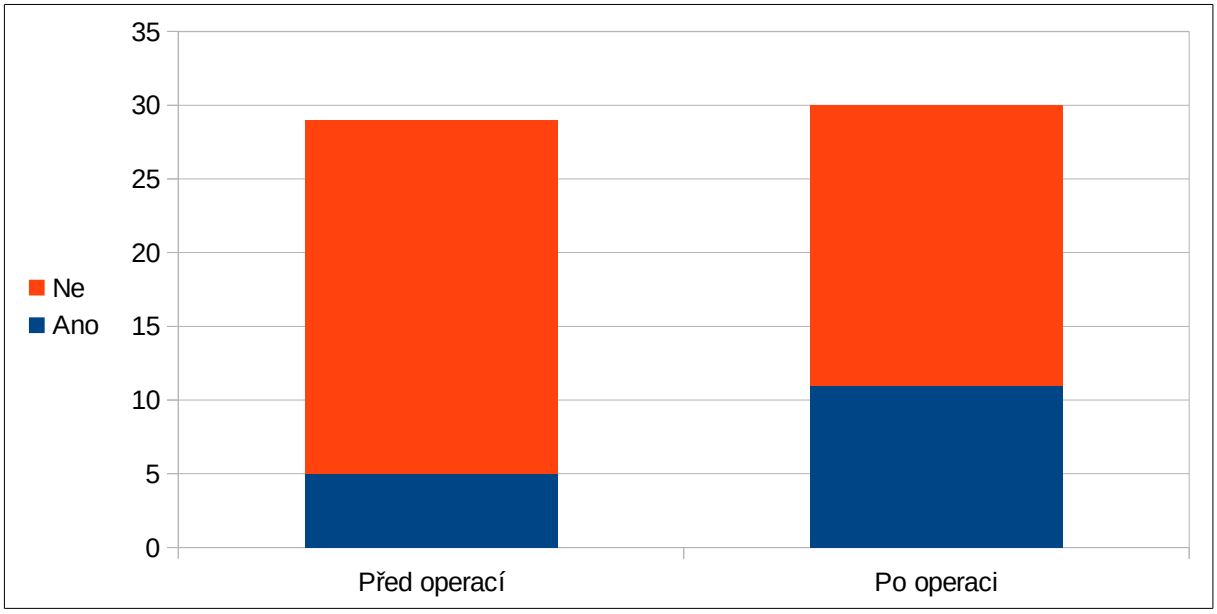
Otázka č. 9, 16: Probuzení z důvodu nevhodné teploty na pokoji?



Obrázek 8 – Probuzení z nevhodné teploty na pokoji před a po operaci

Z důvodu nevhodné teploty na pokoji se probudilo před operací 9 respondentek z 30-ti, tedy 30 % respondentek. Po operaci se probudilo 7 respondentek z 30-ti, tedy 23,3 %. Porovnáním otázek se prokázalo, že se respondentky více budily v období před operací.

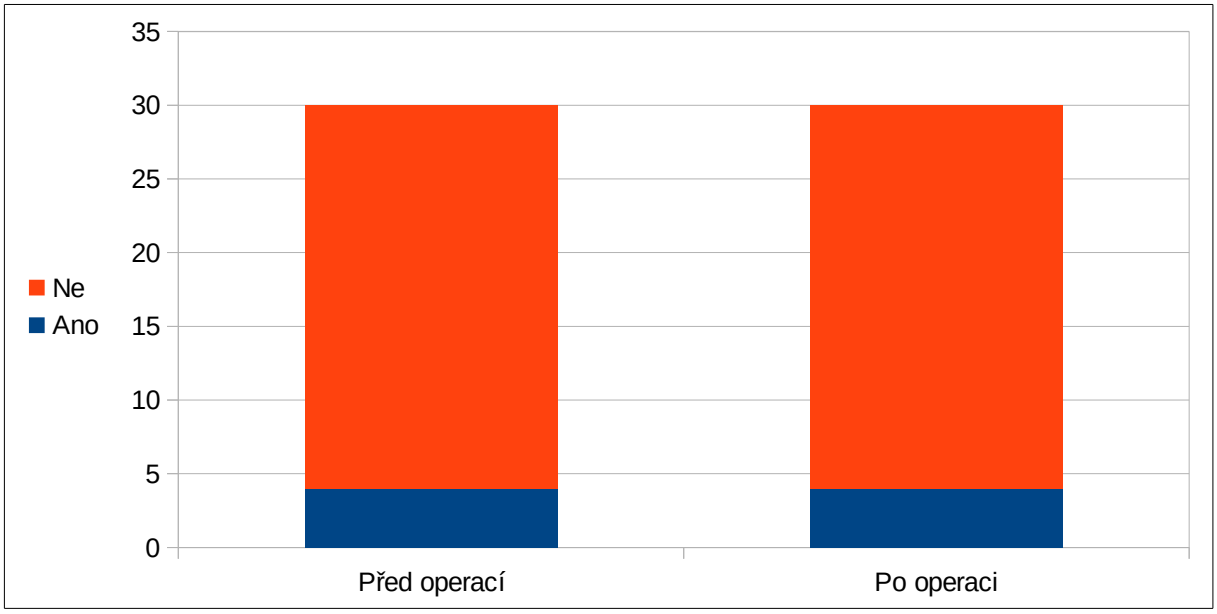
Otázka č. 10, 17:Probuzení z důvodu kontroly sestrou?



Obrázek 9 – Probuzení z důvodu kontroly sestrou před a po operaci

Z důvodu kontroly sestrou se před operací probudilo 5 respondentek z 30-ti, tedy 16,7 %. Jako důvod uvedly, že šlo o kontrolu sestrou dalšího pacienta na pokoji, např: kontrola po operaci, nebo večerní aplikace léků (ATB). Po operaci se probudilo 11 respondentek z 30-ti, tedy 36,7 %. Porovnáním otázek vyplývá, že se častěji respondentky budily po operaci.

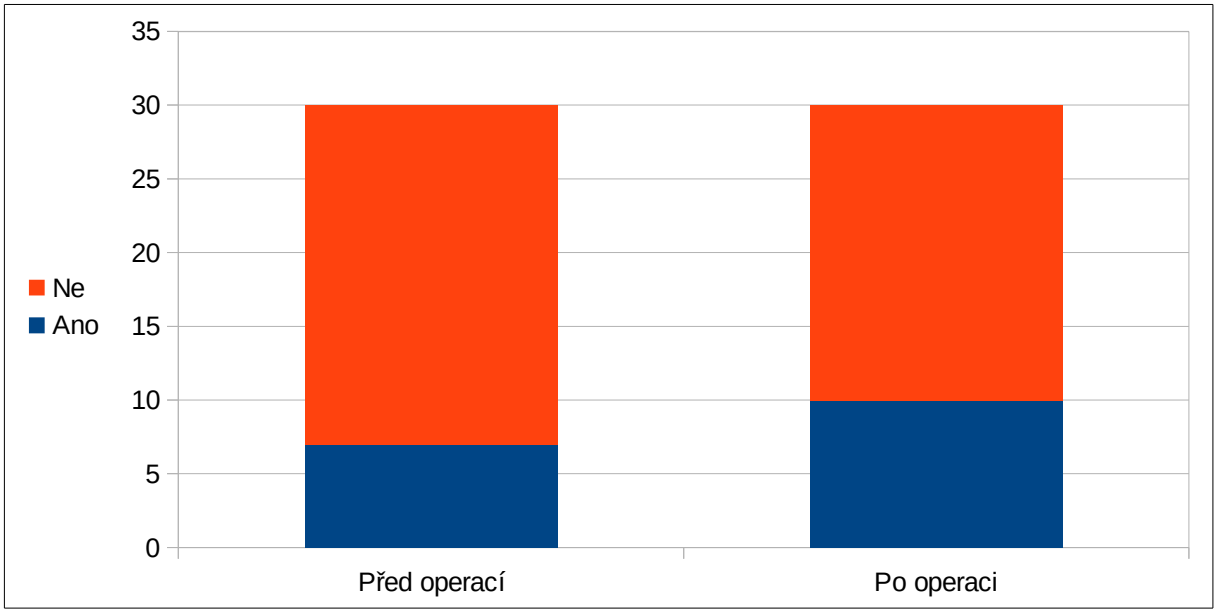
Otázka č. 11, 18: Probuzení z důvodu nevhodného osvětlení?



Obrázek 10 – Probuzení z důvodu nevhodného osvětlení před a po operaci

Z důvodu nevhodného osvětlení se před operací probudily 4 respondentky z 30-ti, (13,3 %). Po operaci se budil stejný počet respondentek, tedy 4 z 30-ti, (13,3 %). Porovnáním otázek vyplývá, že počet probuzených je stejný.

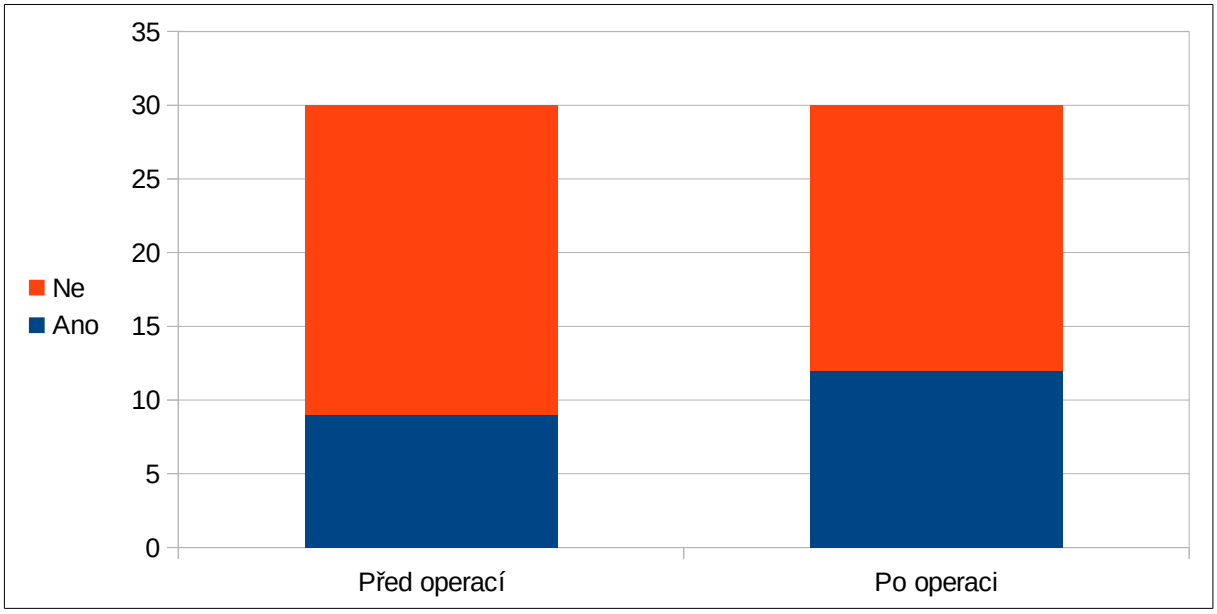
Otázka č. 12, 19: Probuzení z důvodu bolesti



Obrázek 11 – Probuzení z důvodu bolesti před a po operaci

Z důvodu bolesti se před operací probudilo 7 respondentek z 30-ti, tedy 23,3 %. Nejčastější příčinou uváděly bolest zad. Z důvodu bolesti se v období po operaci probudilo 10 respondentek z 30-ti, tedy 33,3 %. Porovnáním otázek vyplývá, že se více respondentky budily v období po operaci. V předoperačním období si stěžovaly na bolesti zad a v pooperačním období se k těmto bolestem ještě přidaly pooperační.

Otázka č. 13, 20: Probuzení z důvodu provozního hluku



Obrázek 12 – Probuzení z důvodu provozního hluku před a po operaci

Z důvodu provozního hluku se před operací probudilo 9 respondentek z 30-ti, tedy 30 %. Po operaci se probudilo 12 respondentek z 30-ti, tedy 40 %. Porovnáním otázek vyplývá, že se více budily pacientky po operaci. Většina si stěžovala na ranní provozní hluk a časné probuzení.

4 DISKUZE

V této kapitole jsou porovnány závěry mého průzkumu s výsledky jiných závěrečných prací a studií na podobné téma. Porovnání je pouze orientační, protože mé výzkumné otázky se zcela neshodují s žádnou jinou závěrečnou prací.

Bakalářská práce je zaměřena na faktory ovlivňující spánek hospitalizovaných pacientů v období před a po operaci. K sběru dat byl použit kvantitativní výzkum v podobě nestandardizovaného dotazníku vlastní tvorby. Jehož cílem bylo odhalit subjektivní vnímání kvality spánku hospitalizovaných pacientů a zjistit tak pocit diskomfortu v jedné ze základních lidských potřeb jako je spánek, který může nemalou mírou přispět k zhoršení zdravotního stavu, snížení fyzické i psychické výkonnosti a způsobit tak i prodloužení hospitalizace.

V počátku průzkumu byly stanoveny dva cíle: zjistit faktory, které nejvíce ovlivňují spánek pacientů v předoperačním období a pooperačním období. Z uvedených cílů vycházely tyto čtyři průzkumné otázky:

č.1 Jaké faktory nejvíce ovlivňují spánek v předoperačním období?

č.2 Jaké faktory nejvíce ovlivňují spánek v pooperačním období?

č. 3 Využívají respondenti k ovlivnění spánku léky?

č. 4 Využívají respondenti spánkové rituály?

Průzkumná otázka č.1 : Jaké faktory nejvíce ovlivňují spánek v předoperačním období?

K tomuto tématu se vztahují otázky č. 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13.

Na interním oddělení nemocnice Freiburg, Švýcarsko (Bano a kol, 2014, s. 1-8) bylo provedeno dotazníkové šetření s cílem zjistit hlavní příčiny spánkové nedostatečnosti na standardním oddělení. Bylo prokázáno, že v tomto prostředí je nejčastější příčinou vzbuzení hluk způsobený jinými pacienty na pokoji – přesun na toaletu, manipulace s osobními věcmi

v příručních stolcích a sledování televize v pozdních nočních hodinách nebo používání mobilních telefonů. Kromě těchto zdrojů byly druhou nejčastější příčinou poruch spánku intervence ošetřujícího personálu – měření teplot a vitálních funkcí v časných ranních hodinách. V mém šetření se prokázalo, že hlukem způsobeným jiným pacientem bylo vzbuzeno 36,7 % respondentů v období před operací při pobytu na standardním pokoji. Tedy i v mém průzkumu nejčastější důvod probuzení respondentů. V práci Svobodové (2013) bylo procento kladných odpovědí 25 %. Z tohoto závěru vyplývá, jak je důležité edukovat při příjmu všechny pacienty, aby nerušily ostatní. Jsou faktory, které se dají lehce ovlivnit, jako vypnutí zvuku telefonu, používání sluchátek při poslechu hudby, snížení zvuku televize ve večerních hodinách. V neposlední řadě je důležitá vzájemná tolerance pacientů. Pokud to provozní podmínky dovolí, je vhodné se zamyslet nad umístěním pacientů na pokoji. Jako další nejčastější rušivý faktor se v mém průzkumu prokázala nevhodná teplota na pokoji probudila 30 % respondentů. Ve výzkumu Svobodové (2013) tento faktor rušil pouze 3 % respondentů. Toto lze přisoudit ovlivněním období ve kterém průzkum probíhal, listopad-prosinec jsou měsíce, kdy se pokoje hodně vytápí. To může u některých pacientů vzbudit pocit suchého vzduchu, zvláště pak, když si druhý pacient nepřeje větrat. Stejný počet 30 % kladných odpovědí se prokázal u otázky, kde byl jako rušivý faktor uveden provozní hluk. Ten mohou způsobit i návštěvy na oddělení, které jsou v našem zařízení povoleny po celý den. Mohou tedy odpočívajícího pacienta kdykoli vyrušit. Probuzení sestrou před operací uvedlo v mém průzkumu kladnou odpověď 16,7 % respondentů. V práci Svobodové (2013) bylo kladných odpovědí 35 %. Práce sester obsahuje i činnosti, jako je podávání léků ve večerních hodinách, měření fyziologických funkcí v určitém časovém intervalu. Mohou tedy vyrušit nejen pacienta, kterého se výkon týká, ale i ostatní na pokoji. Problém nastává i v časných ranních hodinách, kdy jsou pacienti probuzeni z důvodu ranní hygieny a měření teploty. Zde záleží na ohleduplnosti sester, není důležité jako první rozsvítit hlavní světlo na pokoji, ale postačí tlumené, není nutné hlasité pokřikování na chodbě, může se hovořit potichu. Cílem sester by mělo být eliminovat všechny rušivé faktory, které by mohly pacienta rušit.

Průzkumná otázka č.2 : Jaké faktory nejvíce ovlivňují spánek v pooperačním období?

K tomuto tématu se vztahují otázky č. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.

Kolektiv autorů z Univerzity v Canberra, Austrálie (Delaney et al, 2015) provedl přehled publikací zabývající se problematikou poruch spánku na jednotkách intenzivní péče. Nejčastější příčinou byl hluk, a to ze zdravotnických přístrojů – ventilátory, odsávačky a poté hluk způsobený ošetřujícím personálem, především hlučná mluva. Další častou příčinou bylo provádění vlastních intervencí – měření TK, teploty, ale i hygiena. Na jednotkách intenzivní péče byl zaznamenán hluk až 50 db, aktivace alarmovacího zařízení, ať už pacientského nebo přístrojového, může dosáhnout hladiny až 70 db, což odpovídá provozu velké křižovatky. Zvláštní pozornost je v této analýze věnována hluku ošetřujícího personálu. Je zmíněn faktor eskalace hlasového projevu ošetřujícího personálu v přítomnosti zdravotnických přístrojů a tím zvýšení rušivého efektu pro pacienty. Výsledkem mého šetření bylo nejvíce kladných odpovědí (53,3 %) u otázky, kde byl jako rušivý faktor po operaci uveden jiný pacient. Nejvíce respondentům vadilo hlasité chrápání a volání na sestru. Pokud nejsou na JIP jednotlivé boxy, ale všichni pacienti jsou uloženi v jednom velkém pokoji, kde jsou odděleny zástěnou, mohou sestry tyto rušivé faktory jen minimálně eliminovat. U otázky, kdy se z důvodu hluku po operaci probudilo 40 % respondentů, se potvrzuje hluk jako častý rušivý faktor pacientů v pooperačním období na JIP stejně jako u Delaneyho studie. Bohužel provozní hluk je nedílnou součástí, který vzniká při ošetřování pacientů. Bylo by tedy vhodné zvážit do jaké míry může tuto skutečnost ovlivnit právě ošetřující personál a zda je důležitá jeho edukace. Výzkum, který ve své práci uvádí Karasová (2015) popisuje bolest jako rušivý faktor, který probudil 57 % respondentů po operaci. V mém průzkumu je to 33,3 %. Důvodem této neshody může být rozdílnost operačních výkonů, podávání analgezie a sedativ v pooperačním období. Pacienti po operaci leží nejčastěji na zádech, změna polohy není možná, ať z důvodu operační rány, drénů nebo napojení na monitor. Sestry mohou pomoci pacientovi vhodným napolohováním lůžka, naklepat polštář pod zády, podložit končetiny. Důležitou roli zde představuje podávání analgetik dle ordinace lékaře. Pokud to dovolí zdravotní stav je vhodná včasná vertikalizace pacienta.

Průzkumná otázka č. 3 : Využívají respondenti k ovlivnění spánku léky?

K tomuto tématu se vztahuje dotazníková otázka č.3 a 4.

V mém průzkumu užívá léky předepsané lékařem 16,7 % respondentů, a léky volně dostupné v lékárně 50 %. Ve výzkumu Karasové (2015) bylo užívání hypnotik v domácím prostředí

v otázce č.9 s kladnou dopovědí 28,5 %. Zde se naše výsledky zcela neshodují. Přesto, že jsou naše kritéria pro výběr respondentů shodná, jedná se u každé z nás o individuální výzkumnou skupinu, kde je rozdílný počet respondentů užívajících léky na spaní. Někteří raději používají příjemné předspánkové rituály nebo využívají přírodní zdroje jako jsou odvary z bylin. Tato otázka byla zařazena do výzkumu, aby bylo nastíněno, zda mají respondenti problémy se spánkem v domácím prostředí. Pak lze předpokládat, že budou mít tyto problémy i v průběhu hospitalizace, kdy se mohou ještě prohloubit vlivem rušivých faktorů.

Průzkumná otázka č. 4 : Využívají respondenti spánkové rituály?

K tomuto tématu se vztahuje dotazníková otázka č. 5 a 6.

Pří porovnání dotazníkové otázky o používání předspánkových rituálů v domácím prostředí, odpovědělo v mém výzkumu kladně 80 % respondentů. V bakalářské práci Karasové (2015) je kladných odpovědí 100 %. V bakalářské práci Svobodové (2013) používá předspánkové rituály 89 % respondentů. Zcela shodně jako v mém výzkumu uvádějí respondenti nejvíce sledování TV a poslouchání hudby. U mého výzkumu mělo možnost předspánkové rituály provádět v průběhu hospitalizace 66,6 % respondentů. V bakalářské práci Karasové (2015) je využívalo 85,7 % respondentů. Z porovnání výsledků vyplývá, že velké procento lidí využívá předspánkové rituály v domácím prostředí a pokud je to možné i v průběhu hospitalizace. Proto je velice důležité, aby se sestry zajímaly zda v tomto ohledu mohou pacientovi pomoci, například vyvětráním pokoje. Ani poslouchání hudby nemusí znamenat problém, pokud pacient používá sluchátka a neruší tak ostatní. Ovšem jsou i předspánkové rituály, které při hospitalizaci pacienti provádět nemohou, jako je večerní procházka, běh, nebo zapálení cigarety.

5 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit jaké faktory nejvíce ovlivňují spánek v předoperačním a pooperačním období. Tyto rušivé faktory nepříznivě ovlivňují pobyt pacienta v nemocnici.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že jako nejvíce rušivý faktor v předoperačním i pooperačním období respondenti označili přítomnost jiného pacienta na pokoji. K dalším nejvíce rušivým faktorům patřila nevhodná teplota pokoje a provozní hluk. Cíle práce byly splněny.

Kvalita spánku je pro pacienty velice důležitá po celou dobu hospitalizace. Je nutné, aby měl pacient vytvořené vhodné prostředí k odpočinku nejen v průběhu noci, ale i přes den a mohl tak načerpat dostatek fyzických a psychických sil po dobu hospitalizace. Pokud pacient nemá tuto možnost, dochází nejen k spánkové deprivaci, ale mnohdy i ke zhoršení zdravotního stavu a tím prodloužení hospitalizace.

Cílem zdravotního personálu by tedy mělo být v maximální možné míře eliminovat všechny negativní podněty, které by mohly spánkovou nedostatečnost během hospitalizace navodit nebo prohloubit. Důležitou součástí v tomto ohledu je edukace personálu, pacientů, ale i návštěv. Velice důležitou roli zde hraje i komunikace sestry s pacientem. Aby vyslovená otázka „Jak jste se v noci vyspali?“ nebyla jen ze zdvořilosti, ale vedla k zdárnému rozhovoru, který povede k vytvoření co možná nejvhodnějších podmínek k odpočinku pro pacienta.

Z tohoto důvodu bych doporučila pro další průzkum zařadit do dotazníku i otázky, jestli se zdravotnický personál zajímá o kvalitu spánku už při příjmu pacienta a zdali aktuálně řeší problémy pacientů ohledně spánku po celou dobu hospitalizace. Vhodným řešením by byl i dotazník určený pro sestry, jak ony hodnotí tuto problematiku.

Výsledky mé práce poskytnu k nahlédnutí nejen zdravotnímu personálu, ale i managementu naší nemocnice, kteří mají o řešení této problematiky zájem. Po zveřejnění bakalářské práce doufám v lepší edukaci celého zdravotnického i nezdravotnického personálu našeho zařízení.

Věřím, že má bakalářská práce bude mít přínos pro poskytování kvalitní péče našim klientům. Bude nápomocná pro práci zdravotnického personálu, aby se hledělo na potřebu spánku, jako na důležitou hodnotu.

6 POUŽITÁ LITERATURA

BANO M, CHIAROMANNI F., CORRIAS M et al. *The influence of enviromental factors on sleep quality in hospitalized medical patiens.* Frontiers in Neurology, 2014, vol. 5, p. 1-8

BORZOVÁ, Claudia a kol. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 141 s. ISBN 9788024729787.

BUYSSE DJ, HALL ML, STROLLA PJ et al. *Relationship between the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS) and Clinical Polysomnography measures in a community sample.* Journal of Clinical Sleep Medicine, 2008, vol. 4, p. 563-571

DOBING S., DEY A, McALISTER F et al. *Non-pharmacologic interventions to improve sleep of medicine inpatients: a controlled study*. Journal of community internal medicine perspectives, 2017, vol. 7, p. 287-295

FREEDMAN, N. S.; KOTZER, N.; SCHWAB, R. J. *Patient Perception of Sleep Quality and Etiology of Sleep Disruption in the Intensive Care Unit.* In AJRCCM. 1999, Vol. 159, No. 4, pp. 1155-1162.

HYNEK, K. *Spánek*. In Postgraduální medicína. 2001, č. 4, s. 455-459.

JELÍNKOVÁ, *I. Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing a.s., 2014. 160 s. ISBN 9788024789866.

KAPOUNOVÁ,G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči.* Praha: Grada Publishing a s., 2007. s.2007. ISBN 978 80 247 1830 9

KASALOVÁ, Veronika. *Kvalita spánku hospitalizovaných pacientů.* Praha, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze obor ošetřovatelství

LICHUAN, Y.; KATHLEEN, K. et al. *How Do Clinicians Assess, Communicate About, and Manage Patient Sleep in the Hospital?* In Journal of Nursing Administration. 2013, Vol. 43, Iss. 6, pp. 342–347.

LUYSTER Faith S., DUNBAR-JACOB Jacqueline. *Sleep quality and quality of life in adults with type 2. Diabetes.* Diabetes Education, 2011, vol. 3, p. 347-355

MLÝNKOVÁ, J. Pečovatelství *1. díl: učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 260 s. ISBN 9788027194575.

MORÁŇ, M. *Poruchy spánku.* In Interní Med. 2009; roč. 11, č. 10, s. 466–470.

MULLINGTON Janet M., HAACK Monika, TOTH Maria et al. Cardiovacular, *Inflammatory and Metabolic Consequences of sleep deprivation. Progressive Cardiovascular Diseases,* 2009, vol. 4, p. 294-302

MUZET, A. *Environmental noise, sleep and health.* In Sleep Medicine Reviews. 2007. Vol. 11, Iss. 2, pp. 135-142.

NEVŠÍMALOVÁ, S. *Poruchy spánku*. In Postgraduální medicína. 2008, č. 7, s. 778-785.

NEVŠÍMALOVÁ S. *Role melatoninu a modrého světla při poruchách spánku.* In: Medical Tribune, 2017, roč. 24, vol. 4, p. C7

ROŠKOVÁ, S. *Odpočinek a spánek*. In Sestra. 2013, č. 01, s. 35-37.

SOUTHWELL, M. T.; Wistow, G. *Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met?* In Journal of Advanced Nursing. 1995, Vol. 21, Iss. 6, pp. 1101–1109.

SVOBODOVÁ Andrea. *Problematika spánku u hospitalizovaných pacientů.* Jihlava, 2013. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava Katedra zdravotnických studií

SÝKOROVÁ, A. *Spánek a jeho poruchy.* In Sestra. 2006, č. 4, s. 22-23.

ŠAFRÁNKOVÁ, A.; NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I.* Praha: Grada Publishing a.s., 2006. s 280 . ISBN 80 247 1148 6

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci.* Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 134 s. ISBN 9788024732237.

TUTKOVÁ, J. *Komunikace sestra* – pacient. In Sestra, 2007, č. 1, s. 22-23.

VAŠUTOVÁ, K. *Léčba nespavosti*. In Med. Pro Praxi 2009; roč. 6, č. 2, s. 90–95.

VAŠUTOVÁ, K. *Spánek a vybrané poruchy spánku a bdění*. In Prakt. lékáren. 2009. roč. 5, č. 1, s. 17–20.

XIE, H.; Kang, J.; Mills, G. H. Clinical review: *The impact of noise on patients' sleep and the effectiveness of noise reduction strategies in intensive care units.* In Critical Care. 2009. Vol. 13, pp. 208.

ZIELINSKI Mark R., McKENNA James T, McCARLEY Robert W. *Function and mechanism of sleep. AIMS Neuroscience*, 2016, vol. 3, p. 67-104.

7 PŘÍLOHY

Příloha A – Nestandardizovaný dotazník

Vážená paní,

jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, obor všeobecná sestra. Tímto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění mého dotazníku. Dotazník je plně anonymní a všechny údaje, které mi poskytnete, budou použity výhradně ke zpracování mé bakalářské práce na téma kvalita spánku hospitalizovaných pacientů. Své odpovědi prosím kroužkujte, případně doplňujte. Děkuji Vám za Vaši ochotu, vstřícnost a čas.

Michaela Dohnalová

1. Kolik je Vám let? .....
2. Trpíte nějakou spánkovou poruchou? ANO / NE
3. Užíváte léky na spaní předepsané lékařem? ANO / NE
4. Užíváte léky na spaní volně dostupné z lékárny? ANO / NE
5. Používáte v domácím prostředí nějaké předspánkové rituály (např.: čtení knih, poslouchání hudby, teplá sprcha, ...)? ANO / NE

Pokud ANO, jaké? .....

.....

Pokud jste na otázku č. 5 odpověděli ANO, odpovězte na otázku č. 6. Pokud Vaše odpověď byla NE, pokračujte v dotazníkové otázce č. 7.

6. Máte možnost tyto rituály provádět i v nemocnici? ANO / NE

PŘED OPERACÍ

7. Budil/a jste se v noci **před operací** z důvodu stresu (strachu)? ANO / NE
8. Budil/a jste se v noci **před operací** z důvodu přítomnosti jiného pacienta? ANO / NE

   Příčina? .....
9. Budil/a jste se v noci **před operací** z důvodu nevhodné teploty na pokoji (teplo, zima)?

   ANO / NE

   Příčina? .....

10. Budil/a jste se v noci **před operací** z důvodu kontroly sestrou? ANO / NE

Příčina? .....

11. Budil/a jste se v noci **před operací** z důvodu nevhodného osvětlení? ANO / NE

Příčina? .....

12. Budil/a jste se v noci **před operací** z důvodu bolesti? ANO / NE

Příčina? .....

13. Budil/a jste se v noci **před operací** z důvodu provozního hluku? ANO / NE

Příčina? .....

PO OPERACI

14. Budil/a jste se během noci **po operaci** z důvodu stresu (strachu)? ANO / NE

15. Budil/a jste se během noci **po operaci** z důvodu přítomnosti jiného pacienta? ANO / NE

Příčina? .....

16. Budil/a jste se během noci **po operaci** z důvodu nevhodné teploty na pokoji (teplo zima)? ANO / NE

Příčina? .....

17. Budil/a jste se během noci **po operaci** z důvodu kontroly sestrou? ANO / NE

Příčina? .....

18. Budil/a jste se během noci **po operaci** z důvodu nevhodného osvětlení? ANO / NE

Příčina? .....

19. Budil/a jste se během noci **po operaci** z důvodu bolesti? ANO / NE

Příčina? .....

20. Budil/a jste se během noci **po operaci** z důvodu provozního hluku? ANO / NE

Příčina? .....