

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Psychosociální dopad u klientů s poruchou spánku  
(spánková laboratoř)**  
Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Jitka Otásková R.N.

Autor práce:

Blonská Evženie

2007

## **Abstract**

Sleep is a very individual and important need. We need sleep for regenerate our organism and also for mental and physical health. Getting a good night's sleep is critical to feeling refreshed during the day, but unfortunately not everyone is able to get the sleep they need. Different factors can contribute to lack of sleep-a noisy bedroom, stress or illness. When the problem persists help should be sought. Experts can suggest a wide range of treatment options including finding ways to change bedtime behaviors, and in some instances, medication.

The Sleep Laboratory offers a comprehensive approach to diagnosing, treating, and supporting those affected by sleep disorders. Patients undergoing a sleep study will spend a night in the Sleep Laboratory, while brain waves, muscle activity, leg and arm movements, heart rhythms, and other body functions are monitored during sleep. With this information, the physician can prescribe a treatment plan that suits the patient's individual needs

The role of nurses in care of sleep of patients is very important. Nurses should informed patients about Sleep Laboratory, about sleeping disorder problem and know how to use the knowledge in practical situations.

My bachelor work gives information about sleep disorders. In the theoretical part of my bachelor work I was concerning with causes, manifestations, complications, treatments and with mental and physical results of sleep disorder.

Two hypotheses have been taken in the practical part. H1 is: Sleep disorders can make problems in the married life. H2 is: Sleep disorders can make problems in the working process. Results of research indicate that problems in the married are not cause by sleep disorder. Many people in the research answered, that their sleep disorder has impact for their work.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „**Psychosociální dopad u klientů s poruchou spánku (spánková laboratoř)**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu § 47b zákona č. 11/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích.....

.....

podpis studentky

## Poděkování:

Chtěla bych tímto poděkovat Mgr. Jitce Otáskové R.N. za odborné vedení, připomínky a cenné rady, které mi ochotně poskytla během tvorby této práce. Dále děkuji všem pracovníkům spánkové laboratoře v Krajské nemocnici Liberec a spánkové laboratoře Nemocnice České Budějovice a.s., kteří mi poskytli cenné rady a připomínky a podíleli se na realizaci výzkumné části bakalářské práce.

# Obsah

## Úvod

<b>1. Současný stav</b> .....	3
<b>1.1. Fyziologie spánku</b> .....	3
1.1.1. Spánkové fáze .....	4
1.1.1.1. Charakteristika NREM spánku a jeho stadia .....	4
1.1.1.2. Charakteristika REM spánku .....	4
1.1.2. Cirkadiánní rytmus .....	5
<b>1.2. Sny</b> .....	5
1.2.1 Interpretace snů.....	6
<b>1.3. Spánková laboratoř</b> .....	7
<b>1.4. Vyšetřování poruch spánku a bdění</b> .....	8
1.4.1. Anamnéza .....	8
1.4.2. Škálování a záznamníky .....	8
1.4.3. Psychometrické hodnocení spavostí.....	9
1.4.4. Polysomnografie .....	9
1.4.4.1. Elektroencefalogram.....	9
<b>1.5. Potřeby člověka</b> .....	10
1.5.1. Klasifikace potřeb .....	10
1.5.2. Základní potřeby člověka.....	11
<b>1.6. Psychosociální význam spánku</b> .....	11
1.6.1. Psychosociální ovlivňování spánku .....	12
1.6.2. Psychosociální dopad u poruch spánku .....	12
<b>1.7. Etiopatogeneze poruch spánku</b> .....	13
1.7.1. Vnější příčiny poruch spánku .....	13
1.7.2. Tělesné choroby a poruchy spánku.....	14
1.7.3. Psychosociální příčiny .....	14
1.7.4. Psychiatrické příčiny.....	14
1.7.5. Další příčiny.....	15

<b>1.8. Rozdělení poruch spánku</b> .....	15
1.8.1. Insomnie.....	17
1.8.2. Syndrom neklidných nohou .....	18
1.8.3. Narkolepsie .....	18
1.8.4. Hypersomnie .....	19
1.8.5. Ronchopatie .....	19
1.8.6. Spánkový aponický syndrom.....	19
1.8.7. Poruchy cirkadiánní rytmicity.....	20
1.8.8. Parasomnie.....	21
1.8.8.1. Somnambulismus.....	21
1.8.8.2. Enuresis nocturna.....	22
1.8.8.3. Bruxismus .....	22
<b>1.9. Úloha zdravotnických pracovníků v prevenci poruch spánku</b> .....	22
<b>1.10. Ošetrovatelské intervence u pacientů s poruchami spánku</b> .....	23
1.10.1. Vytvoření prostředí pro odpočinek a spánek při hospitalizaci .....	23
<b>1.11. Léčba poruch spánku</b> .....	24
1.11.1. Spánková hygiena .....	24
1.11.1.1. Hlavní zásady správné spánkové hygieny .....	25
1.11.2. Medikamentózní léčba.....	25
1.11.3. Přírodní léčivé prostředky.....	27
<b>2. Cíl práce a hypotézy</b> .....	29
2.1. Cíl práce .....	29
2.2. Hypotézy šetření .....	29
<b>3. Metodika</b> .....	30
3.1. Technika sběru dat .....	30
3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	30
<b>4. Výsledky</b> .....	32
<b>5. Diskuze</b> .....	51
<b>6. Závěr</b> .....	57
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b> .....	59

<b>8. Klíčová slova</b> .....	61
<b>9. Seznam příloh</b> .....	62

## Úvod

Spánek je od pradávna považován za mimořádně důležitou součást života a úzce souvisí se zdravím. Při několikadenní nespavosti je negativně ovlivněn psychický a fyzický stav člověka.

V posledních letech se stal spánek předmětem zájmu odborníků z mnoha oblastí. Poznatky jsou neustále obohacované a pozměňované. Sledování jsou prováděna mnohými přístroji a metodami. Pohled na spánek je tak neustále doplňován novými rozměry, které slouží k jeho komplexnímu poznání a určují i způsoby léčby poruch spánku.

Téma pro bakalářskou práci „Psychosociální dopad u klientů s poruchou spánku“ jsem si zvolila z důvodu nekontrolovatelného růstu onemocnění tohoto druhu. Poruchu spánku je možné považovat za jednu z nejčastějších civilizačních nemocí. Ve světě dnešní populace je porucha spánku velice rozšířeným onemocněním, které se týká celého organismu. Počet lidí trpících poruchami spánku stoupá s rozvojem civilizace. Dle statistik je známo, že v rozvinutých zemích si na poruchu spánku stěžuje každý třetí člověk. Mezi hlavní příčiny tak „banálního“ onemocnění můžeme zařadit zrychlené tempo života a čas usínání.

Hodně mužů a žen se po probuzení cítí unaveně, mívají špatnou a hádavou náladu, která přetrvává až několik hodin po probuzení. Občasné polehávání během dne to ale nespraví, protože chybí hluboká stádia spánku během kterých by mozek i tělo odpočívali.

V dnešní době se můžeme setkat s celou řadou spánkových poruch, které způsobují svému nositeli značnou zátěž. Význam těchto poruch ještě není zcela doceněn.

Cílem mé práce je blíže se seznámit s problematikou poruch spánku, s jejich příčinami, projevy, komplikacemi, léčbou a jejich zdravotními, společenskými a psychosociálními důsledky.

Myslím si, že poruchy spánku mají vliv na kvalitu života, a proto bychom je neměli podceňovat.



# 1. Současný stav

## 1.1 Fyziologie spánku

Z hlediska nervové soustavy je spánek nikoli pasivním, ale vysoce aktivním dějem. Je charakterizován minimálním pohybem těla, sníženou reaktivitou na zevní podněty, reverzibilitou (tj. přechází k bdění) a střídáním spánkových epizod.

Základním mechanismem pro spánek a bdění je z neurofyziologického hlediska retikulární formace. Občas se můžeme setkat se zkratkou ARAS (ascending reticular activating systém), která zahrnuje nespécifické aferentní dráhy, které vedou vzruchy z periferie do retikulární formace v prodloužené míše, mesencephalu a diencephalu a odtud dále do kortexu obou hemisfér.(22)

Svůj vliv na spánek má epifýza, která syntetizuje řadu hormonů. Mezi ně patří např. melatonin, který se vylučuje při pobytu člověka v temnotě a navozuje ospalost, pomáhá řídit tělesné rytmy, cyklus spánku a bdění. Další důležitý hormon, který napomáhá k navozování spánku je serotonin, který má hypnogenní efekt, jeho úloha je patrná třeba u cirkadiánního rytmu. Z ostatních hormonů, které se nějakým způsobem podílí na spánku, jsou významné noradrenalin, adrenalin, nebo další kortikosteroidy. Zajištění pravidelných nočních period spánku umožní biologickým hodinám koordinovat hormonální produkci, která je potom harmonická.(22)

### Fyziologické změny ve spánku:

- Pokles arteriálního tlaku v krvi
- Zpomalení pulzu
- Dilatace periferních cév
- Nepravidelné zvyšování aktivity gastrointestinálního traktu
- Relaxace kosterního svalstva
- Pokles bazálního metabolismu o 10-30%

### **1.1.1 Spánkové fáze**

Na základě odborných poznatků můžeme spánek rozdělit na dvě základní fáze - spánek REM (s rychlými pohyby očí) a spánek NREM (pomalý spánek). NREM spánek lze rozdělit na další čtyři stádia, kdy se spánek stále více prohlubuje. Během zdravého nočního spánku se REM a NREM fáze několikrát vystřídají. (22)

#### **1.1.1.1 Charakteristika NREM spánku a jeho stadia**

NREM spánek je spánek vývojově mladší, telencephalický a je závislý na produkci serotoninu. Odpovídá v průměru asi 70 % celkové doby spánku. Má pomalou EEG aktivitu. NREM fázi můžeme rozdělit do čtyř stádií.

Stádia jedna a dvě jsou klasifikována jako lehký spánek, kdy je člověk zrelaxovaný, klidný, klesá frekvence srdce a dýchání. Ke konci druhého stadia dochází k lehkému spánku s nepohyblivostí očních bulbů a zpomalení všech procesů v celém organismu.

Stádia tři a čtyři jsou charakterizována jako spánek hluboký nebo jako spánek pomalých vln. Probouzení z těchto dvou fází je obtížné, dochází k regeneraci sil organismu a poklesu TK, TT a dýchání o 20-30 %. (2, 7, 22)

#### **1.1.1.2 Charakteristika REM spánku**

Během REM spánku se promítají události z předchozího dne a ukládají informace. Při zvýšené únavě se REM fáze zkracuje.

REM spánek (rapid eye movements) provází rychlé konjugované pohyby očí, kolísání teploty, tlaku krve, frekvence srdce a dechu, zvyšuje se sekrece žaludečních šťáv. Svalový tonus je snížený, dochází k svalovým záškubům končetin, celého těla a ke snění. Mediátorem této fáze je noradrenalin.(3)

### 1.1.2 Cirkadianní rytmus

Lidské tělo, podobno řece, se nachází v neustálém procesu změny. Jedná se o změny, které jsou spojené s cyklem otáčení Země. Cyklus trvá 24 hodin a je spojen s každodenní změnou tělesné teploty, renální exkrecí kalia, hodnot TK, příjmu potravy, spánku a bdění, dále také dochází k cyklickým změnám složek lidského chování i myšlenkové výkonnosti.(3)

Vzhledem ke změnám cirkadianního rytmu se lidé projevují během 24 hodin buď zvýšenou nebo sníženou aktivitou. Člověka, který je svěží a čilý časně ráno a večer dříve usíná, označujeme jako „ranní ptáče“. Z tohoto pohledu druhým typem je jedinec „noční sova“, u kterého aktivity vrcholí v pozdních odpoledních a večerních hodinách a včasné vstávání mu činí problémy. (7, 22)

### 1.2 Sny

Spánek provází sny. Sny můžeme definovat jako soubor myšlenek, asociací a zpracování tělesných pocitů (z močového měchýře, krevního oběhu, trávicího traktu, dýchacích orgánů a tělesné teploty), které vznikají během spánku. Utvářejí tak komplexní vnitřní odpověď na zevní události. Sny vycházejí z našeho podvědomí, dochází k smazání hranice mezi minulostí, budoucností a současností. Logika ztrácí svůj význam.(6)

Ve světě snů setrváváme přibližně čtvrtinu každé noci, znamená to tedy, že při běžné délce života strávíme asi šest let sněním. Doposud o snech a jejich významu víme poměrně málo. Jasně je pouze to, že sníme všichni. Jsou však lidé, kteří se mylně domnívají, že nikdy nesní, nebo ti, kteří si sny pamatují velice zřídka. Může to být ovlivněno stářím, léky nebo duševní nemocí. Pověra existuje i okolo černobílých snů. Není žádný důvod, proč by sny měly být černobílé. Snad jen v případě, že je člověk barvoslepy a nikdy barvy nepoznal. Důvodem položení otázky o barvě snů je to, že barva je charakteristika, které si člověk všimne jako první, ale kterou také jako první zapomene.(6)

Dle údajů ze sledování vyplývá, že ze snů, které si pamatujeme, převažují sny nepříjemné, tj. hroživé a ty, jež jsou provázeny pocitem ohrožení. (7)

Zajímavý je i výzkum kde byly zkoumány lidé, kteří si sny pamatují (ne méně než jeden za měsíc) a ti kteří si je nepamatují. Zjistilo se, že lidé, co si sny nepamatují, jsou více zdrženliví, konformní, uzavření, jsou méně konfliktní než ti, co si je pamatují.

### **1.2.1 Interpretace snů**

Po celou dobu lidstvo dokumentuje své sny a snaží se o proniknutí do jejich významu. Každá z kultur vytvořila svoje vlastní vysvětlení snění. Mnoho tradičních společností jak současných tak i minulých věří, že sny mohou být třeba využity k předpovídání budoucnosti nebo k utřídění psychologických problémů, a co je nejdůležitější, k navázání kontaktů s nadpřirozenými bytostmi nebo převzetí jejich mimořádných sil. (6)

Současná interpretace stále ještě vychází z práce Freuda a Junga, ale samozřejmě je ovlivněna i dalšími autory. Někteří psychologové upřednostňují představu, že mozek produkuje náhodné smyslové informace a ty se pokouší zpracovat do jisté formy příběhu. Mozek využívá emocí snícího člověka k usnadnění utváření příběhu snu. Další teorie předpokládají, že mozek během spánku vytváří příběh, který nese myšlenky, události a aktivity předchozího dne a zpracovává je takovým způsobem, který umožní jejich uložení v paměti. Jinými slovy je pomůckou paměti. Sny nemusí být pouze produktem emocionální náplně našeho bdělého života, ale i emocionální zážitky z našich snů mohou ve skutečnosti ovlivňovat naše vědomí. (6)

Stejně jako psychologie nám k výkladu snů může mnoho říci i mytologie a víra kultur i jednotlivců. Většina kultur má svou historii víry v duchovním významu snů. V konečném důsledku je však sen záležitostí soukromou a jeho obsah dokáže nejlépe interpretovat ten, kdo jej sní. (6)

V případě děsivých snů, které trápí pacienta je pomoc sestry velice užitečná. Sestra může pomoc pacientům například rozhovorem o problémech, které pacienta

v daný okamžik trápí, doporučením změny spánkové hygieny, nebo zlepšením nemocničního prostředí.(1, 5)

### **1.3 Spánková laboratoř**

Protože běžné klinické hodnocení poruch bdělosti a spánku se ukázalo být nedostatečným indikátorem poruch spánku, objektivní neurofyziologické vyšetření ve spánkové laboratoři přináší nové poznatky pro výzkum i klinickou praxi.

Laboratoř se zaměřuje hlavně na diferenciální diagnostiku syndromu spánkové apnoe, hypopnoe a syndromu zvýšené rezistence v horních cestách dýchacích. Věnuje se, ale například i diagnostice příčin nekvalitního nočního spánku, diagnostice a léčbě poruch cirkadiánního rytmu, diagnostice a léčbě parasomnií, nadměrné denní spavosti nebo naopak nespavosti.(9)

Výhodou spánkové laboratoře je týmová práce otorinolaryngologů, neurologů, plicních lékařů, psychiatrů a dalších odborníků, kteří společně komplexně vyšetří pacienta s výraznými poruchami spánku.

Někteří pacienti musí absolvovat další vyšetření, při nichž se například monitoringem ventilačních parametrů sleduje jejich dýchací funkce ve spánku.(9, 15)

#### ***Popis spánkové laboratoře***

Spánková laboratoř se skládá ze dvou místností. V jedné místnosti jsou umístěny přístroje, odkud laborant (zdravotní pracovník) může pozorovat nemocné průmyslovou televizí a dohlížet tak na kvalitu záznamu. Nemocný spí v oddělené místnosti. Tato místnost je po dobu spánku světelně a zvukově izolovaná. Na dobu spánku se pacientovi na hlavu a tělo připevňuje řada snímačů a elektrod, které registrují zvolené parametry a jsou spojeny s počítačem v sousední místnosti.(13)

Úkolem zdravotnického týmu je odebrat anamnézu před hospitalizací a poučit pacienta. Základem je anamnéza, která se zaměřuje se na údaje o spánku.

Je potřeba pacientovi vysvětlit, že před zahájením snímání je nutné, aby navštívil toaletu. Dobu zahájení vyšetření si klient stanoví sám. Po dohodě s pacientem lze

kdykoliv vyšetření přerušit(2). Měl by být připraven ke spánku stejně jako v domácím prostředí. Je důležité pacienta uklidit a vysvětlit mu, že se jedná o naprosto neinvazivní vyšetřovací metodu. Observace má trvat minimálně 4 hodiny. Pozorování může mnohdy odhalit eventuální zvláštnosti v chování nemocného a návyky nevhodné pro správný spánek, nebo diagnostikovat onemocnění.(12)

## **1.4 Vyšetřování poruch spánku a bdění**

### **1.4.1 Anamnéza**

Diagnóza poruch spánku vychází z podrobné anamnézy, která se sbírá od pacienta a pokud možno i od jeho rodinných příslušníků. V anamnéze by měly být informace, které informují o kvalitě nočního spánku, o latenci usnutí, o pocitech před usnutím, o počtu probuzení, o chrápání a apnoích ve spánku, o době probuzení, o pocitu osvěžení po probuzení, o spaní v denní době a o denní ospalosti. Dále sestra zjišťuje délku spánku, náladu, eventuální bolesti hlavy nebo jiných částí těla, na schopnosti okamžitého plného duševního i fyzického výkonu. Nutné je zjišťovat pravidelnost denního režimu. Údaje o spánku by měly být pokud možno přesně vyjádřeny. Význam mají i podmínky pro spánek (teplota místnosti, přítomnost hluku).(7, 9, 19)

Sestra by měla vést rozhovor nejen při sběru anamnézy, ale i v průběhu celé hospitalizace a zjišťovat, jestli se u klienta neobjevily další poruchy spánku nebo zda něco klienta neruší v době spánku. Rozhovor s klientem o jeho problémech a těžkostech se spánkem by si měla sestra pečlivě zaznamenávat. Během anamnézy sestra pozoruje pacienta, sleduje jeho výraz tváře, jestli má kruhy pod očima, lesklé oči nebo červené spojivky. Sleduje se podrážděné chování, nepozornost, třes rukou, zívání, nekoordinované pohyby, jestli má člověk dostatek energie. Jestli je slabý a nebo zda má malou výkonnost.(22)

### **1.4.2 Škálování a záznamníky**

Anamnézu doplňuje spánkový deník, který má pacient za úkol vyplnit. Zapisuje zde hodinu usínání, vstávání, případné probouzení v noci, jak rychle se mu podařilo opět usnout, jak se cítil po probuzení, jestli neusínal během dne. Píše si, co přes den jedl, pil, kolik vykouřil cigaret, jak se pohyboval a jaké užíval léky. Velmi důležité jsou i postřehy partnera.(5, 6)

Mezi další vyšetřovací metody patří sebesuzovací škály např. Stanfordská škála spavosti, Epworthská škála spavosti a analogová sebesuzovací stupnice. Tyto parametry dávají kvantitativní informaci o denní spavosti a mají velký význam hlavně pro hodnocení a pochopení intenzity spavosti v průběhu 24 hodin nebo pro dlouhodobé hodnocení, eventuálně pro hodnocení efektu léčby. (12)

### **1.4.3 Psychometrické hodnocení spavosti**

Je možno také použít některé psychometrické metody, jako jsou: reakční testy, zrakový reakční test, testy paměti, testy rozlišení podnětu, optimální tapping a další.(7)

### **1.4.4 Polysomnografie**

Základní vyšetřovací metodou, která se používá je polysomnografie. Pod touto metodou se rozumí registrace tří základních parametrů, které umožňují odlišení stádia spánku a bdělosti. Příslušná aparatura se označuje jako polygraf. Polygraf zaznamenává zvolené parametry buď klasicky na papír nebo nověji v digitální formě na různá paměťová média. Mezi tři základní parametry patří EEG, pohyby očí a EMG svalů brady. Tato registrace bývá prováděna v různých časových schématech podle cíle vyšetření, může být doplněna o další parametry a jinak dále rozvíjena.(17)

Při této vyšetřovací metodě se během spánku pacienta zaznamenává zároveň EKG, dechový rytmus, tlak krve, nasycení krve kyslíkem a případně další parametry. Zároveň je nemocný snímán videokamerou. Z polysomnografie se hodnotí struktura spánku (hypnogram), přítomnost abnormalit, nepravidelnost dýchání, abnormální

pohyby končetinami nebo jiné motorické projevy včetně tonusu svalů v REM spánku a další jevy. Toto vyšetření je prováděno ve spánkové laboratoři.(9, 17)

#### **1.4.4.1 Elektroencefalogram (EEG)**

Elektroencefalogram je přístroj, který měří elektrickou aktivitu mozku. Aktivita je vyjádřena různým typem vln. V bdělém stavu, při tzv. klidném bdění zaznamenáváme rytmus alfa. Tento stav může být výchozí pro spánek i pro aktivní činnost. Při usínání alfa aktivita mizí a je ve spánkové fázi NREM vystřídána synchronizovanou pomalou EEG aktivitou typu theta a delta rytmu. Při přechodu do druhé složky spánkového rytmu se přesouvá EEG synchronizace do vyšších frekvenčních pásem – do beta rytmu.

Pro snímání EEG se nejčastěji používají stříbrné kupolovité elektrody, které se podkládají vodivým gelem anebo lépe vodivou pastou. Elektrody se pak fixují do vlasů koloidem, které se vysušuje fénem. (13)

### **1.5 Potřeby člověka**

Potřeba je subjektivně pociťovaný nedostatek jehož odstranění je žádoucí. Potřeba člověka pobízí k vyhledávání a naplnění životních cílů. Jde o věc, kterou lidská bytost potřebuje pro svůj život a vývoj. Pociťováním nedostatku je ovlivněna nejenom lidská psychika – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, na základě čehož je vytvářen základní vzorec chování, ale i tělesná stránka člověka. (22)

Lidské potřeby se během života mění, postupem času se kultivují a vyvíjejí. V průběhu života se potřeby jedince mění jak z hlediska kvantity, tak i jejich kvality. Je zde nutné zdůraznit soulad mezi vnitřním a vnějším prostředím.

Je známo, že všichni lidé mají společné potřeby, musíme si ale uvědomit, že tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby. Jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým osobním způsobem, následně se i určitý druh motivovaného chování projevuje u každého člověka jinak. (5,22)



### **1.5.1 Klasifikace potřeb**

Potřeby jsou uspořádané do jednotlivých celků v hierarchickém systému podle své důležitosti. Klasifikací potřeb se zabýval americký psycholog Abraham H. Maslow (1908-1970), který byl organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii. Maslow vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Dle Maslowa, jsou lidské potřeby uspořádány do hierarchie. Jiným slovem, vznik jedné potřeby obvykle vyvolává uspokojení druhé. Potřeby lze rozdělit na potřeby nižší (základní) a vyšší, primární nebo sekundární, dostatkové a růstové. Jednodušší rozdělení potřeb dle Maslowa je zobrazeno v pyramidě, kterou uvádím v příloze č.1. Pyramida obsahuje 5 základních skupin, ty jsou seřazené do systému. Potřeby jsou v pyramidě uspořádány od základních po nejvyšší. Jsou to fyziologické potřeby, potřeba bezpečí, potřeba lásky, potřeba úcty a seberealizace. (22)

### **1.5.2 Základní potřeby člověka**

Fyziologické potřeby tvoří základ pyramidy, vyjadřují potřeby organismu a umožňují nezbytné přežití. Jedinec se většinou snaží uspokojit fyziologické potřeby dříve než začnou být aktuálními. V situaci, kdy jsou aktuální, stávají se dominantními a tím mohou ovlivnit celkové chování a jednání člověka. Zahrnují potřebu pohybu, čistoty, výživy, vyprazdňování, spánku, dýchání, sexuální potřeby. (5,22)

### **1.6 Psychosociální význam spánku**

V období spánku mozek odpočívá a tím dochází ke zpracování potlačených emocionálních problémů. Pomocí snů se zbavujeme mentální zátěže, zabýváme se emocemi, jako je hněv nebo frustrace, které se tak v nás nefixují a po jejich vyřešení již nejsou škodlivé.(6)

Vzhledem k tomu, že spánek patří mezi základní potřeby člověka je pro sestru nezbytné zaměřit se na tuto oblast. (5, 16, 22)

### **1.6.1 Psychosociální ovlivňování spánku**

Spánek je úzce spjat nejenom s fyzickým, ale i s psychickým stavem. Některá lidová rčení jako například „Jak si kdo ustele tak si také lehne“, „Ranní ptáče dál doskáče“ tento vztah popisují velice výstižně.(1)

Spánek narušují negativní emoce, strach a úzkost. Klid a pohoda ovlivňují prožívání člověka, navozují pozitivní emoce, které jsou výchozí polohou pro odpočívání. Kvalita spánku člověka může být ovlivněna i osobními problémy, které prožívá nebo tím, že není schopen se uvolnit. Spánek je dále ovlivňován různými činiteli jako je stres, euforie, afekty, rozčilení, ztráta blízkých přátel, ztráta smyslu života, nepříjemný rozhovor před spánkem, nuda a nedostatek aktivity nebo nemoc. S potřebou odpočinku a spánku je spojeno prostředí, kde se odpočívá a činnosti (rituály), kterým se chtějí lidé před odpočinkem věnovat (četba, hudba, procházka). Klid a pohoda pozitivně ovlivňují prožívání člověka, navozují tím pozitivní emoce, které jsou výchozí polohou pro plnohodnotný spánek. Základním předpokladem klidu a pohody je vědomí pacienta, že jeho osobní život je pod kontrolou.(6)

Prostředí, ve kterém spíme, může spánek podporovat, anebo jej narušovat. V širokém slova smyslu je to ovlivněno sociálně–kulturními faktory mezi které patří mezilidské vztahy, pracovní i rodinné prostředí, konflikty v partnerských vztazích i na pracovišti, finanční problémy, disharmonie v rodině a pracovní problémy. Je nutné to mít na paměti především v nemocnici, kde je zvýšena přítomnost rušivých faktorů, které klientovi rozhodně nepomáhají ke klidnému spánku.(16, 22)

### **1.6.2 Psychosociální dopad u poruch spánku**

Spánek je nezbytný předpoklad pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví, zejména u lidí nemocných, neboť každé onemocnění ať tělesné či psychické je provázeno zvýšenou únavou a zvýšenými nároky na spánek.(1)

Laboratorní studie prokázaly, že nekvalitní spánek působí na zvýšenou ospalost během dne, sníženou pozornost a snížení psychomotorické výkonnosti. Obzvlášť je to

patrné u pacientů, jejichž spánek je narušen primárními poruchami jako je syndrom spánkové apnoe nebo syndrom neklidných nohou, nemocní jsou ospalí a málo výkonní.

Poruchy spánku mohou mít různé důsledky v závislosti na příčinách a délce trvání onemocnění. Například přechodná porucha obvykle způsobí zvýšenou denní ospalost, sníženou denní aktivitu, sníženou pracovní výkonnost a špatnou náladu. Nejsou to však jediné důsledky. Je prokázáno, že lidé trpící chronickou poruchou mají zhoršenou celkovou fyzickou i psychickou výkonnost, je přítomna zhoršená schopnost soustředění, otupělost, podrážděnost, vyšší výskyt psychiatrických poruch a vyšší potřeba lékařské péče. (1)

Zdravý spánek je velice důležitý pro sexuální život. Při nepravidelném spánku nebo nespavosti může u mužů dojít k poruchám erekce, u žen k poklesu sexuálního libida. Při neléčení příčiny to může skončit naprostým nezájmem o milování. Důležité je v partnerském vztahu mýjení se v biorytmech.

Často je potřeba vyřešit závažné sociální dopady poruchy spánku. Snížení duševních schopností, zhoršování paměti, ztráta úsudku, někdy dokonce až úplná změna osobnosti vedou ke konfliktním situacím ve škole či v zaměstnání. Můžou být příčinou rodinných hádek, které mohou vést k vyšší rozvodovosti. V neposlední řadě se problémy týkající se spánkových poruch odrazí i v ekonomické sféře. (16, 19, 24)

## **1.7 Etiopatogeneze poruch spánku**

Nalézt jednoznačnou příčinu je velice složité. Lékaři se shodují, že stanovit pouze jedinou příčinu je nemožné. (9)

### **1.7.1 Vnější příčiny poruch spánku**

K tzv. vnějším příčinám patří například nevhodná spánková hygiena, vlivy prostředí a stresu. Vnější příčinou je také jev nazývaný syndrom nočního ujídání nebo upíjení. Postižení se v noci budí s pocitem hladu nebo žízně a neusnou, dokud se

nenajedí či nenapijí. V některých případech si tito lidé připravují i složitější pokrmy, stává se, že snědí nebo vypijí něco nepoživatelného (například čisticí prostředky). (4, 9)

### **1.7.2 Tělesné choroby a poruchy spánku**

Značné množství somatických chorob vyvolává poruchy spánku. Jednou z příčin jsou stavy, u kterých je přítomna bolest (bolesti kloubů, svalů, žaludku, střev a dalších vnitřních orgánů) nebo svědění při kožních chorobách (ekzémy). Podobně se na vzniku onemocnění podílí i systém kardiovaskulární (arytmie, dušnost) a ischemická choroba dolních končetin. Potíže se spánkem mohou mít lidé postižení plicními chorobami (astma bronchiale a chronická obstrukční choroba bronchopulmonální), metabolickými, hormonálními, vylučovacími problémy, poruchami imunity, AIDS, alergií aj. Porucha spánku je přítomna u endokrinních onemocnění (zvýšená sekrece hormonů štítné žlázy, cukrovka).

Infekční choroby, zvláště spojené s horečkou, způsobují přechodnou nespavost, která může být doprovázena nočním pocením. (9)

### **1.7.3 Psychosociální příčiny poruch spánku**

Mezi základní psychické příčiny patří stres, pracovní přetížení, nedostatek času na relaxaci a odpočinek. Netrvají – li delší dobu, způsobí jen přechodnou poruchu. Jako závažnější příčiny jsou brány manželské problémy a vztahové problémy vůbec, ztráta zaměstnání, dluhy, které nejsme schopni zaplatit, onemocnění a pobyt v nemocnici.

Stresové životní události jsou také častou příčinou poruch spánku. Patří sem například ztráta partnera nebo jeho odchod, strach z diagnózy, z bolestivých výkonů, obava z budoucnosti, změna životní role (přechod ze školy, do zaměstnání, příchod dítěte do rodiny, přechod na jiné zaměstnání), ztráta nezávislosti, změna aktivity (odchod do důchodu, důsledkem tělesné nemoci ve stáří).(2, 22)

#### **1.7.4 Psychiatrické příčiny**

Mezi psychiatrické poruchy, které způsobují změny ve spánku, patří například neuróza či začínající psychóza, nadměrná stresová zátěž, nadbytečná aktivita některých oblastí mozku, hyperaktivita a neurologické příčiny. Z dalších psychiatrických onemocnění to jsou depresivní onemocnění, mánie, schizofrenie, demence a jiná duševní onemocnění. (21)

#### **1.7.5 Další příčiny poruch spánku**

Jednou z příčin rušících spánek je i tzv. syndrom spánkové apnoe, kdy dochází k přerušování dechu během spánku, což přináší postiženému další zdravotní komplikace. Spánek mohou také rušit mimovolné pohyby končetin, jejichž příčina se dosud hledá. Za zmínku stojí i hormonálně podmíněné změny spánku u žen v období menstruace, přechodu či těhotenství. Při nespavosti může jít také o nedostatek melatoninu a dalších živin, např vápníku, hořčiku, některých vitamínů B–komplexu.

K dalším příčinám nespavosti patří závislost na hypnoticích, alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách, z nichž některé mají budivý účinek (psychostimulancia) (1).

Setkáváme se i s tím, že poruchu spánku vyvolají některá léčiva (hypertenziva, bronchodilatancia, kortikoidy a jiné). Objevili-li se porucha spánku po nasazení nového léku, je nutné neprodleně situaci oznámit lékaři, který lék předepsal. (9, 20)

### **1.8 Dělení poruch spánku**

#### **1. Primární poruchy spánku**

U primární poruchy je hlavním problémem samotná nespavost, popř. nadměrná spavost.

##### **A. Dyssomnie**

Insomnie

Hypersomnie  
Narkolepsie  
Respirační disomie  
Cirkadiánní disomie

## **B. Parasomnie**

Porucha spánku s nočními děsy  
Porucha spánku s nočním strachem (Pavor nocturnus)  
Somnambulismus  
Jiná nespecifikovaná parasomnie

## **2. Sekundární poruchy spánku**

Sekundární poruchy jsou způsobeny klinickým onemocněním. (21)

### **A. Poruchy spánku při mentálních a neurogenních onemocněních**

- typu insomnie
- typu hypersomnie

### **B. Poruchy spánku při somatických onemocněních**

- typu insomnie
- typu hypersomnie
- typu parasomnie
- smíšené (21)

### **C. Poruchy spánku způsobené chemickými látkami**

## **3. Nezařaditelné a navrhované poruchy spánku**

### **1.8.1 Insomnie**

Jde o nejčastější poruchu spánku. Insomnii lze definovat jako stav, kdy je spánek vnímán nemocným jako obtížně dosažitelný, přerušovaný, nedostatečný a neosvěžující. Při insomnii je nedostatek nebo snížená kvalita spánku. Lidé, kteří trpí insomnií se po probuzení necítí osvěženi. Tato porucha spánku může být projevem nebo komplikací jiných chorob. Jde v první řadě o subjektivní hodnocení nemocného. (2,9, 20)

#### **Existují tři typy insomnie:**

- Iniciální insomnie – problémy s usínáním
- Intermitentní insomnie – narušení kontinuity spánku.
- Terminální insomnie – předčasné probouzení.

#### **Dělení insomnie dle intenzity:**

##### **Mírná insomnie**

Jedná se téměř o každonoční stížnost na nedostatečné množství spánku nebo pocit neodpočinutí po spaní. Zhoršení pracovního výkonu se skoro nevyskytuje nebo jen zcela nevýrazně.(9)

##### **Střední insomnie**

Jde o každonoční nedostatečné množství spánku nebo o pocit neodpočinutí po spánku. Je provázena mírným nebo středně intenzivním zhoršením pracovního výkonu a zhoršením sociální situace. Je provázena často pocitem neodpočinutí, předráždění, mírné úzkosti a denní unavenosti.(9)

##### **Těžká insomnie**

Každodenní stížnost na nedostatečné množství spánku nebo pocit neodpočinutí si, po normálním trvání nočního spánku. Je provázena stejnými příznaky jako střední insomnie.(9)

### **1.8.2 Syndrom neklidných nohou**

U syndromu neklidných nohou jde o nepříjemné pocity v končetinách (zejména dolních a více akrálně) před spánkem. Při tomto syndromu dochází k svědivé, hřejivé až pálivé parestezii, která nastane po přikrytí dolních končetin při ulehnutí (méně při pouhém zklidnění končetin v teplém prostředí po předchozím pobytu v chladu). Tyto pocity se většinou snažíme potlačit pohybováním končetinami a třením jednou končetinou o druhou. Pohyb končetinami však brání usnutí, přičemž trvání takového stavu může být i několikahodinové. Nepříjemné pocity jsou způsobené předchozí zvýšenou fyzickou aktivitou. (12, 16)

Zvýšená dispozice k této poruše je u polyneuropatie, v těhotenství, při anémii, leukémii a revmatoidní artritidě. Postihuje převážně dospělé osoby a je relativně častá: 5 až 15% populace.(9)

### **1.8.3 Narkolepsie**

Narkolepsie je náhlé upadnutí do spánku během dne. Příčina není zcela známá, předpokládají se genetické dispozice. Spánek při narkoleptických záchvatech začíná fází REM. Narkolepsie bývá spojena se záchvaty katalepsie, tj. s částečnou nebo úplnou svalovou paralýzou, provokovanou emočním prožitkem.

Častým průvodním projevem disociovaného spánku v průběhu dne jsou stavy automatického jednání. Obraz onemocnění dotváří velmi neklidný a přerušovaný noční spánek, provázený množstvím živých snů.(9,21)

### **1.8.4 Hypersomnie**

Hypersomnie je zvýšená potřeba spánku, zejména přes den. Hypersomnie nemá imperativní ráz jako narkolepsie a také ataky spánku jsou tady delšího trvání. Lidé s touto poruchou často spí až do oběda a usínají i odpoledne. Může být spojitost s psychofyzilogickými problémy, jako jsou psychické poruchy (deprese, úzkost). Vliv



může mít poškození CNS, onemocnění ledvin, jater, metabolické poruchy (diabetická acidóza, hypothyreóza). Může vznikat v důsledku chronického abúzu alkoholu nebo lékové závislosti.

Obtíže jsou většinou každodenní (hypersomnie s krátkým cyklem cirkadiánní rytmicity) nebo se období spavosti střídá s periodou nezvýšené potřeby spánku (hypersomnie s dlouhým cyklem), označované pojmem rekurentní neboli periodická hypersomnie. (20)

### **1.8.5 Ronchopatie (chrápání)**

Ronchopatie znamená inspirační nebo expirační zvuk vyvolaný vibrací měkkých částí horních cest dýchacích. Z hlediska charakteru zvuků zejména jejich rytmicity můžeme rozlišit 2 základní druhy chrápání. První je kontinuální chrápání, jedná se o zvuky přibližně stejné intenzity a přibližně stejného charakteru provázející každý dech. Další je intermitentní ronchopatie, což jsou zvuky pravidelné nebo nepravidelné intenzity, případně střídavé intervaly ticha, které znamenají apnoe.

Chrápání se objevuje po usnutí. Poloha na zádech zhoršuje důsledky svalové hypotonie, zejména při otevřených ústech dojde k retropozici mandibuly a posunutí jazyka. (9,20)

### **1.8.6 Spánkový apnoický syndrom**

Spánková apnoe je periodické zastavení dýchání během spánku. Diagnostika poruchy je v rukou odborníka. K podezření dochází v případech, kdy spící člověk často chrápe, v noci se budí, nadměrně spí přes den, budí se s bolestmi hlavy, bývá podrážděný. Vyskytuje se nejčastěji u mužů po 50. roce a u žen po klimakteriu.

SAS je soubor příznaků vyvolaných přerušováním pravidelného rytmu dýchání ve spánku apnoickými pauzami. Mezi příznaky SAS patří: nadměrná denní spavost, chrápání, intermitentní chrápání, snížení psychomotorického tempa, porucha cirkadiánní rytmicity, porucha humorálního řízení, obezita, impotence, ranní cefalea,

ranní pocit nevyspání, hypertenze. Spánková apnoe je rizikovým faktorem pro výskyt ischemické choroby srdeční, mozkové mrtvice a dalších závažných onemocnění.

Apnoici se celý den, ale spíše dopoledne a po obědě, cítí unavení, zpomalení a eventuálně ospalí. Časté je usínání na schůzích a v dopravních prostředcích. Typická jsou usnutí při řízení motorových vozidel. Těžší apnoici mohou působit dojmem demenčních. Dost častá je impotence.

Somatotyp apnoiků je typický: většinou obezita, široký a krátký krk, zvětšené tonzily a prodloužené měkké patro. Častá je makroglosie, někdy zhrubělý hlas. (9)

### **1.8.7 Poruchy cirkadiánní rytmicity**

Poruchy cirkadiánní rytmicity neboli spánková inverze je obrácený rytmus spánku. Je častou poruchou spánku u starých lidí. Charakteristické je, že člověk postižený tímto nedostatkem v noci spát nemůže, je čilý a aktivní. Naopak během dne, někdy i z nedostatku zevní stimulace, několikrát usne.

K poruchám dochází při desynchronizaci naší biologické rytmicity s rytmitou spánku. Následkem této poruchy bývá noční insomnie a pocit ospalosti až hypersomnie během dne. Obtíže mohou být provázeny i řadou dalších symptomů. Mezi hlavní příčinu je považován tzv. jet lag syndrom, který vzniká posunem časových pásem při interkontinentálních letech. V našich podmínkách se ovšem častěji setkáme s poruchou spánkové rytmicity navozenou směnným provozem. Jinak může také dojít k časovému posunu vnitřního biologického rytmu ve smyslu posunu spánku do pozdních odpoledních, večerních a časně nočních hodin. Někdy se uplatňuje při poruchách cirkadiánní rytmicity nepravidelný nebo nedostatečně vyjádřený vlastní rytmus, kdy není korigováno vnímání střídání světla a tmy, jak to bývá častou poruchou slepců. (9)

### **1.8.8 Parasomnie**

Parasomnie je skupina abnormálních epizodických událostí během spánku. Patří sem somnambulismus, noční děsy, enuresis nocturna, mluvení ze spaní, noční erekce a bruxismus.

Parasomnie jsou charakterizovány abnormálními pohyby či pohybovými automatismy, spojenými často s intenzivní vegetativní reakcí a poruchou chování. Některé abnormální pohyby ve spánku jsou fyziologické – např. myoklonické záškuby při usínání. Naprostá většina abnormálních pohybů je však nefyziologická. Podle výskytu parasomnií v synchronním (NREM) či paradoxním (REM) spánku je můžeme dělit do 2 hlavních skupin:

1. parasomnie vázané na NREM spánek
2. parasomnie vázané na REM spánek (9, 13)

#### **1.8.8.1 Somnambulismus**

Somnambulismus je charakterizován automatickými pohyby, často spojenými s chůzí a následnou amnézií na tento stav. Je velmi důležité jeho odlišení od epileptických záchvatů parciálních, které klinicky mohou somnambulickou noční příhodu imitovat.

Epizody se zpravidla objevují u dětí mezi 4. až 8. rokem a jsou charakterizovány stereotypním chováním. Dítě se posadí na posteli (zpravidla s otevřenými očima), postaví se a přešlapuje na místě, nebo dojde k chůzi, při čemž se pohybuje na místě. Častěji však dochází k chůzovému stereotypu, při kterém se pohybuje po bytě, může otevřít okno či dveře a vyjít tak ven. Automatické chování zpravidla během několika minut končí a dítě si jde lehnout zpět do svého pokoje, případně uléhá na jiném místě.

Stavy somnambulismu se objevují v první třetině noci. (9, 13)

### **1.8.8.2 Enuresis nocturna**

Noční pomočování je charakterizováno opakovaným mimovolným pomočováním v průběhu spánku. Je způsobeno poruchou kontroly vědomého ovládní močového měchýře během spánku. Při primární enuréze se dítě v noci pomočuje od narození, sekundární enuréza vzniká po předchozím suchém intervalu bez pomočování.

Příčinou enurézy mohou být někdy i sociální faktory s nedostatečně vypěstovanými sociálními návyky. Nutné je vždy vyloučit i psychologické příčiny, zvýšenou emoční labilitu, případně počínající psychiatrické onemocnění. (9, 13)

### **1.8.8.3 Bruxismus**

Pod pojmem bruxismus si představujeme stereotypní rytmické pohyby žvýkacích svalů během spánku, které jsou provázené skřípáním či skusováním zubů. Frekvence rytmických pohybů se pohybuje v epizodách o trvání 5 až 10 i více vteřin. Těchto epizod je možné zachytit několik desítek, ale dokonce i více než 100 během jedné noci. Epizody se objevují v průběhu všech stádií spánku. Zvuky samotné zpravidla neprobudí postiženého, jsou však vnímány velmi nepříjemně okolím.(9)

## **1.9 Úloha zdravotnických pracovníků v prevenci poruch spánku**

Úloha zdravotnických pracovníků, tedy celého multidisciplinárního týmu spočívá ve zdravotní výchově a osvětě. Lékaři by měli přispět k co nejčastější diagnostice a k co nejefektivnější léčbě, která musí být zcela komplexní. Sestra by měla přispět správnou ošetrovatelskou péčí, která je nezbytnou součástí jak diagnostiky tak i léčby poruch spánku. Pro tento účel jsou vytvořeny screeningové metody, jako je cílená anamnéza, nebo spánkové dotazníky, které můžou pomoci upozornit na přítomnost daného onemocnění. (16, 19)

Důležitou součástí osvěty se staly především články, které napsali pacienti. Popisovali v nich problémy, které měli se silným chrápáním, nebo medicínsky závažnějšími mikrosnávkami během dne, nočními poruchami srdečního rytmu, vysokým krevním tlakem. (19)

### **1.10 Ošetrovatelské intervence u pacientů s poruchami spánku**

Ošetrovatelské intervence vychází z ošetrovatelského procesu, což je systematický přístup sloužící k ošetřování nemocných, napomáhá k řešení individuálních problémů. Proces je zaměřený na tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby jedince, rodiny a komunity. Ošetrovatelský proces zahrnuje plánování, poskytování péče a hodnocení její efektivity. Součástí procesu jsou intervence, které slouží k stanovení specifických ošetrovatelských aktivit potřebných k dosažení předem stanovených cílů.(18)

Problémy se spánkem u hospitalizovaných nemocných souvisí nejen s vlastním onemocněním, ale i s nemocničním prostředím.

Setkáváme se i se situací, kdy sestra nedbá na uspokojení potřeby spánku, tím pak nemocný trpí, své problémy nesignalizuje, pomoc nežádá. Nedostatek spánku pak negativně ovlivňuje uzdravovací procesy a rekonvalescenci nemocného.

Sestra nemocnému musí pomáhat najít způsob řešení spánkových obtíží, naplánovat aktivity, podle možností upravit nemocniční prostředí. V závažnějších případech po dohodě s lékařem by sestra měla podat vhodnou medikaci. Edukace klienta a psychická podpora jsou nezbytné zvláště u úzkostlivého, bojácného nemocného.(1,12,24)

#### **1. 10.1 Vytvoření prostředí pro odpočinek a spánek při hospitalizaci**

Neklidné prostředí působí zejména při hospitalizaci. Většinu nemocných ruší především hluk nebo spolupacienti, proto sestra musí rozvrhnout dobu klidu tak, aby

byly uspokojené potřeby spánku všech klientů. Prostředí pro spánek musí uspokojovat i ostatní potřeby jako je pocit jistoty, bezpečí a pohody. (22,23)

***Opatření zabezpečující klidný spánek:***

- použití tlumeného nočního osvětlení,
- nastavení lůžka do polohy vyhovující klientovi,
- v případě nutnosti bezpečí zajistí použití postranic,
- umístění zvonku v blízkosti klienta,
- poučení nemocného o použití signalizace,
- zabezpečení hygieny před spánkem a během spánku,
- zabezpečení dostatečné délky spojovacích hadiček u katétru, tak aby se nemocný mohl pohybovat,
- analgetika je nutné podávat 30 minut před spaním,
- zajistíme pohodlné noční oblečení,
- v případě že je nemocný zvyklý na určité rituály je dobré tyto činnosti v rámci možnosti podporovat i v případě hospitalizace v nemocnici,
- naslouchání problémům, které trápí nemocného a snaha je mírnit.(13, 23)

**1.11 Léčba poruch spánku**

Úkolem je zachytit a léčit pacienty v počátečních stádiích onemocnění, ne už s plně vyvinutým klinickým obrazem a mnohokrát už i s ireverzibilními změnami, kdy je léčba náročnější a často i méně úspěšná.

Chorobu každého pacienta je nutné řešit individuálně. Lehčí typy poruch lze dobře zvládnout úpravou denního režimu dle zásad správné spánkové hygieny. Těžší a dlouhodobé poruchy spánku vždy patří do rukou lékařů. Nejlepší léčbou je kombinace léku v kombinaci s úpravou spánkové hygieny a přírodní léčbou. (20)

### **1.11.1 Spánková hygiena**

Některým lidem, kteří mají problémy se spánkem může pomoci instrukce o správných spánkových návycích a faktorech ovlivňujících spánek. Většina lidí, zdravých i nemocných, potřebuje současně informace o správné spánkové hygieně.

Spánková hygiena je přehled obecných doporučení, která mají pomoci jedincům, kteří trpí problémy s nedostatečným a nekvalitním spánkem. Nesprávná spánková hygiena je velmi častou příčinou poruchy spánku. Někdy stačí docela málo, jen trochu slevit z navyklého každodenního pohodlí a podaří se najít prostředek, který zajistí dobré spaní. Pro kvalitní spánek je potřebné zejména zajistit si příznivé podmínky.(9, 22)

### **1.11.2 Hlavní zásady správné spánkové hygieny**

- Změnit celkové nevhodné ležení v posteli v bdělém stavu
- Ukládat se ke spánku až v době, kdy je člověk ospalý
- Pravidelně uléhat ke spánku a pravidelně vstávat
- Mít pravidelný rituál uléhání a vstávání
- Nespát během dne
- Postel používat pouze ke spánkové a sexuální aktivitě
- Jít do postele přiměřeně fyzicky i psychicky unavený
- Změnit denní životosprávu
- Před spaním se nepřejídat
- Zajistit tělu přiměřenou pohybovou aktivitu během dne
- Zůstat na lůžku jen po dobu nezbytně nutnou ke spánku
- Pokud neusneme do 30 min, vstát a dělat nezajímavou práci
- Nekonzumovat pravidelně kofein a alkohol před spaním (káva, černý čaj)
- Nekouřit
- Najít si během dne chvíli, ve které je možno zorganizovat si své plány tak, aby plánování nerušilo usínání a spánek

- Spát ve vyvětrané místnosti o stálé teplotě 17-21°C
- Zajistit vhodné, nehlukné a klidné prostředí
- Zajistit barevně a esteticky příjemnou ložnici a lůžko, vyhnout se alergickým materiálům (20, 22)

### **1.11.3 Medikamentózní léčba**

K medikamentózní léčbě se používají látky navozující spánek tzv. hypnotika. Je nutné indikovat co možná nejvhodnější lék. Na podané hypnotikum by neměla vznikat tolerance nebo závislost a při opakovaném podání a náhlém vysazení by nemělo navodit abstinenční příznaky. Nemělo by u zdravého člověka měnit fyziologický spánek. Jejich efekt však závisí na použité dávce.(2)

#### ***Aplikace léků na spaní***

Při aplikaci léku na spaní sestra musí dodržovat určité zásady. Léky na spaní jako jsou hypnotika, sedativa, anxiolytika se předepisují na žádost nemocného. Musíme brát v úvahu to, že závislost na těchto lécích se vyvíjí velice brzy a nemocní žádají zvýšení dávky. Je nezbytné umět správně poučit nemocného o vedlejších účincích léku a možném riziku při jejich dlouhodobém používání. Sestra sama musí perfektně znát účinek i vedlejší, popř. nežádoucí účinky jednotlivých farmak, užívaných pro řešení problémů nespavosti.(9, 11)

#### ***Poučení nemocného***

Většina lidí potřebuje informace o správném podávání léků na spaní. Mezi nejdůležitější informace patří:

- Farmakologické prostředky by měly být indikovány pouze v případě, kdy je snaha o nefarmakologickou terapii neúspěšná.



- Při výběru hypnotika se musí brát v úvahu rychlost nástupu účinku, trvání účinku po jednorázovém nebo opakovaném podání a dále léková anamnéza nemocného, přidružené nemoci, diagnóza.
- Po výběru hypnotika je nutné začít s nejnižší účinnou dávkou.
- Je třeba vysvětlit nutnost volby počáteční nízké dávky a sledování individuální odezvy na vybrané hypnotikum a jeho dávku.
- Pravidelné užívání léků vyžaduje pravidelné kontroly nemocného.
- Užívání hypnotika by nemělo přesahovat období 4 týdnů, vzhledem k nebezpečí vývoje tolerance. Riziko, že se po vysazení terapie sníží spánková pohotovost lze snížit postupnou redukcí dávek.
- Je nutné sledovat účinek léků na spaní, popř. jeho přetrvávání během dne.
- Nezbytnou potřebou je sledování nežádoucích účinků léku.
- Existují kontraindikace, proto je nutná dobře a správně odebraná anamnéza.(9)

### ***Nežádoucí účinky***

Mezi nežádoucí účinky, které se projevují okamžitě patří přetrvávání účinku do druhého dne (ospalost, točení hlavy, snížení výkonu, častý sklon k úrazům). U pacienta, který se snaží odvyknout hypnotiku pak vzniká dojem, že zotavující se člověk spánek na hypnotiku nutně potřebuje.

Nežádoucí účinky u jednotlivých preparátů - vyskytují se pouze u malého počtu léčených. (7, 11)

### ***Kontraindikace hypnotik***

Kontraindikace je u nemocných se syndromem spánkové apnoe. Hypnotika mohou frekvenci a intenzitu apnoických pauz prohloubit.

Kontraindikací je současné užívání alkoholu nebo jiných látek s analogickým účinkem na CNS. Pacienti, kteří se hypnotiky předávkují, užívají často kombinace různých léčiv a mnohdy vše ještě zapíjejí alkoholem. Kombinace benzodiazepinů s alkoholem může být až fatální. Další kontraindikací je gravidita a laktace.

Hypnotika jsou kontraindikována u těch osob, které musí být perfektně bdělé (letci, hasiči ve službě apod.).(2, 11)

#### **1.11.4 Přírodní léčivé prostředky**

Existuje mnoho přírodních léčivých prostředků na nespavost. Aromaterapie, herbalismus, homeopatie, jóga, relaxační techniky, biofeedback, autogenní trénink, hypnóza, meditace atd. Toto všechno jsou metody, u kterých se prokázalo, že jsou účinné v léčbě spánkových poruch a mají všeobecně pozitivní dopad na zdraví bez množství vedlejších účinků. Doplnková léčba nespavosti si nedává za cíl pouze vylepšení spánku, ale také zlepšení stavu mysli, těla a emocí. Přírodní léčba umožňuje efektivněji fungovat, podporuje proces uzdravování a dává kontrolu nad bděním a spánkem. Mnoho přírodních terapií lze vzájemně kombinovat.

Mezi oblíbené formy léčby lehkých forem nespavosti spojených i s mírnými úzkostmi během dne dodnes patří fytoterapie. Jedná se nejčastěji o bylinné čajové směsi přímo určené k navození spánku, uklidňující nebo s mírným antidepresivním účinkem.

Z dosud nejznámějších bylin usnadňujících spánek je meduňka lékařská, kozlík lékařský, chmel otáčivý a třezalka tečkovaná. (1, 7, 10)

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je posoudit psychosociální dopad poruch spánku, jenž přivádí klienta do spánkové laboratoře.

### **2.2 Hypotézy**

H1: Poruchy spánku způsobují problémy v manželském soužití u dotázaných respondentů.

H2: Poruchy spánku způsobují problémy při zařazení do pracovního procesu u dotázaných respondentů.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Technika sběru dat**

Pro získání potřebných údajů a k dosažení vytyčeného cíle a hypotéz byla použita metoda dotazování formou dotazníkové techniky. Anonymní dotazník (viz. příloha č.1) byl určen pro klienty Spánkové laboratoře Nemocnice České Budějovice a.s. a Krajské nemocnice Liberec. Dotazník se skládal z 23 otázek. Otázky v dotazníku byly formulovány jako uzavřené, otevřené a polouzavřené. Respondenti odpovídali formou zaškrtování zvolených odpovědí. V polouzavřených otázkách měli klienti spánkové laboratoře možnost doplnit údaje, které v nabízených možnostech chyběly. V otevřených otázkách respondenti údaje doplňovali.

První otázky byly zaměřené na věk, pohlaví, zjištění zaměstnanosti a směnnosti zaměstnání. Další otázky byly zaměřené na zjištění jak psychického tak i sociálního dopadu při poruchách spánku, některé otázky byly zaměřené na spánkovou laboratoř.

#### **3.2 Charakteristika souboru**

Soubor tvořili klienti a klientky, kteří navštívili Spánkovou laboratoř v Liberci a Českých Budějovicích. Bylo rozdáno 50 dotazníků (20 dotazníků ve Spánkové laboratoři v dolním areálu Nemocnice České Budějovice, a.s. a 30 dotazníků ve Spánkové laboratoři Krajské nemocnice Liberec). Návratnost vyplněných dotazníků v Krajské nemocnici Liberec byla 92%, tj. 28 dotazníků. V Nemocnici České Budějovice a.s. byla návratnost 20 tj. 100% dotazníků. Výzkum byl realizován na odděleních kde byly sestřám po celou dobu ponechány dotazníky na oddělení. Výsledné hodnoty jsou v grafech zaznamenané plošně bez rozdělení, pouze s rozdělením na muže a ženy.

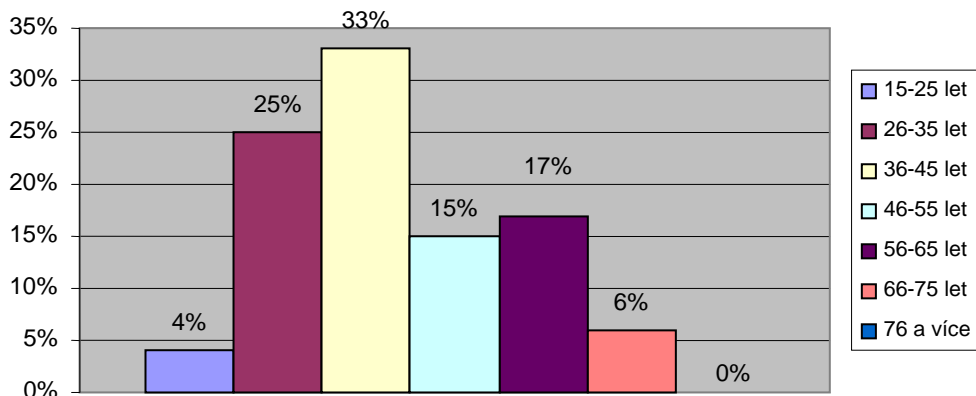
## 4. Výsledky

**Tabulka 1 Procentuální návratnost dotazníků**

	Celkový počet dotazníků	Celkový počet navrácených dotazníků	Procentuální návratnost
Liberec	30	28	92%
České Budějovice	20	20	100%

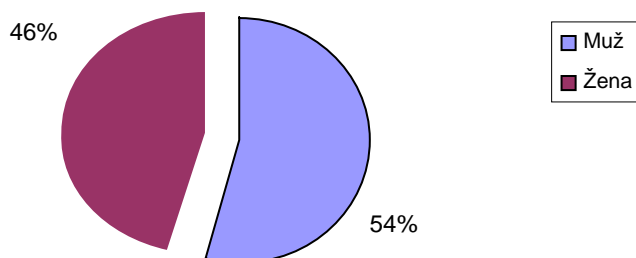
Bylo rozdáno 50 dotazníků ve spánkových laboratořích v Krajské nemocnici Liberec a v nemocnici České Budějovice a.s. V Českých Budějovicích byla návratnost 20 (100%) dotazníků, v Liberci 28 (92%).

**Graf 1 Věk respondentů**



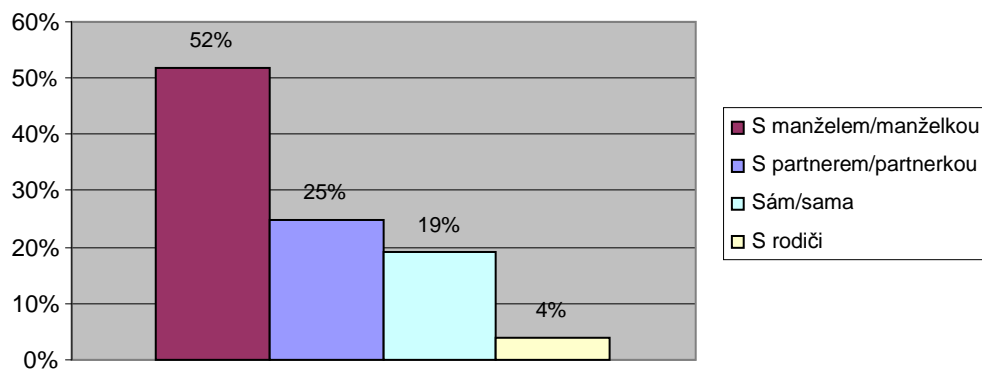
Na tomto grafu je znázorněn věk respondentů, kteří navštívili spánkovou laboratoř. Ze 48 (100%) lidí, pouze 2 (4%) respondenti byli ve věkové kategorii 15-25 let, 12 (25%) osob bylo ve věkové kategorii 26-35 let. 16 (33%) tvořili respondenti ve věku mezi 36–45 lety, 7 klientů nebo-li (15%) bylo ve věku 46-55 let, ve věkové kategorii v rozmezí mezi 56–65 bylo 8 klientů což činí 17%. Respondentů ve věku 66-75 let bylo celkem 3 (6%), respondenti ve věkové kategorii 76 a více nebyli žádní.

**Graf 2 Pohlaví respondentů**



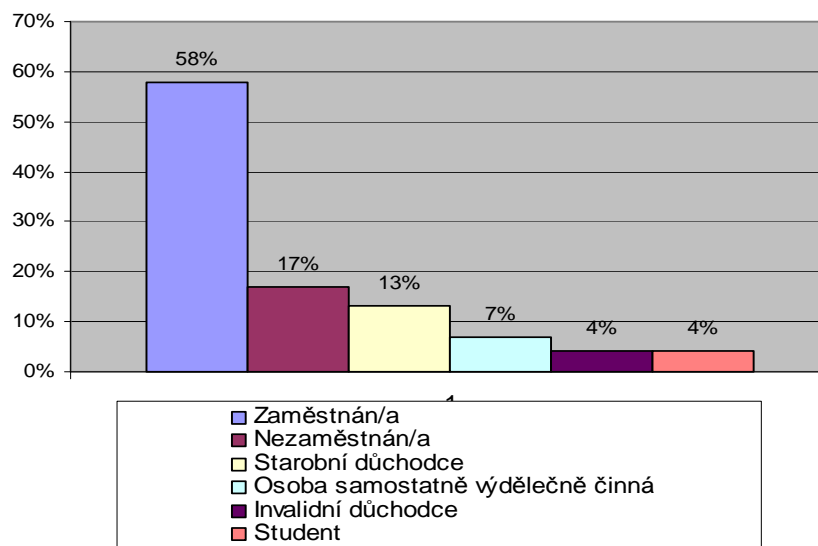
Spánkovou laboratoř navštívilo celkem 26 (54%) mužů a 22 (46%) žen.

**Graf 3 Sdílení domácnosti**



Celkem 25 (52%) dotazovaných uvedlo, že bydlí ve společné domácnosti s manželem/manželkou, 12 (25%) sdílí domácnost s partnerem/partnerkou, 9 (19%) bydlí sám/sama a pouze 2 (4%) respondenti bydlí s rodiči.

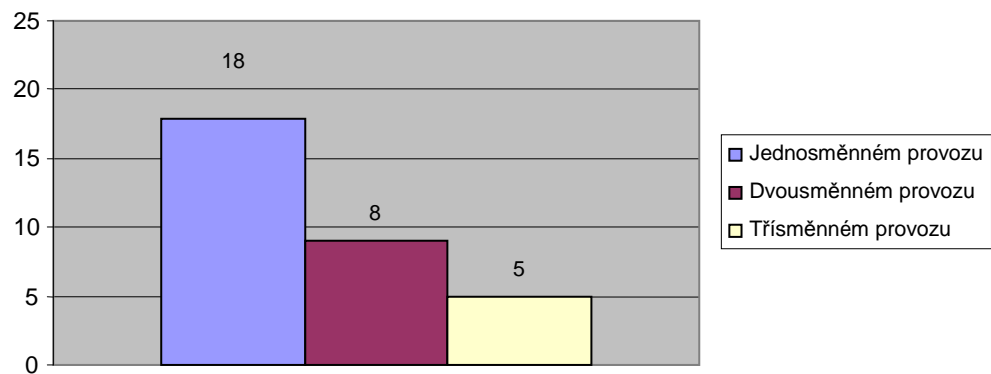
**Graf 4 Zaměstnání respondentů**



28 (58%) dotazovaných odpovědělo, že jsou zaměstnaní, 8 (17%) jsou v současné době nezaměstnaní, 5 (10%) respondentů odpovědělo, že jsou ve starobním důchodu, 3 (7%) jsou osoby samostatně výdělečně činné, 2 (4%) jsou v invalidním důchodu a 2 (4%) jsou studenti.

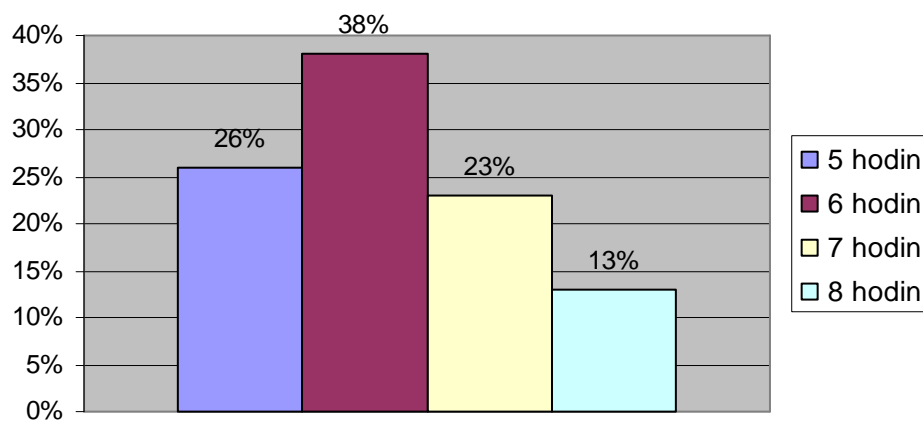


**Graf 5 Směnnost zaměstnání**



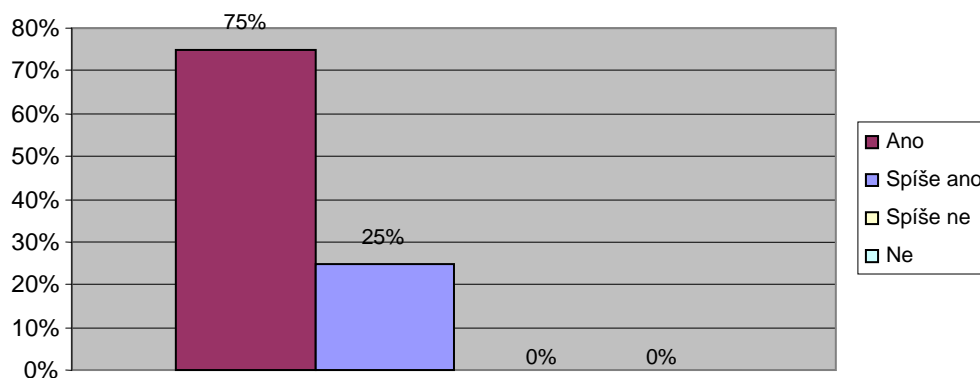
U otázky číslo 5 odpovídali pouze zaměstnaní respondenti. Odpovědí bylo celkem 31 z toho 18 pracuje v jednosměnném provozu, 8 v dvousměnném a 5 v třisměnném.

**Graf 6 Průměrná delká spánku klientů spánkové laboratoře**



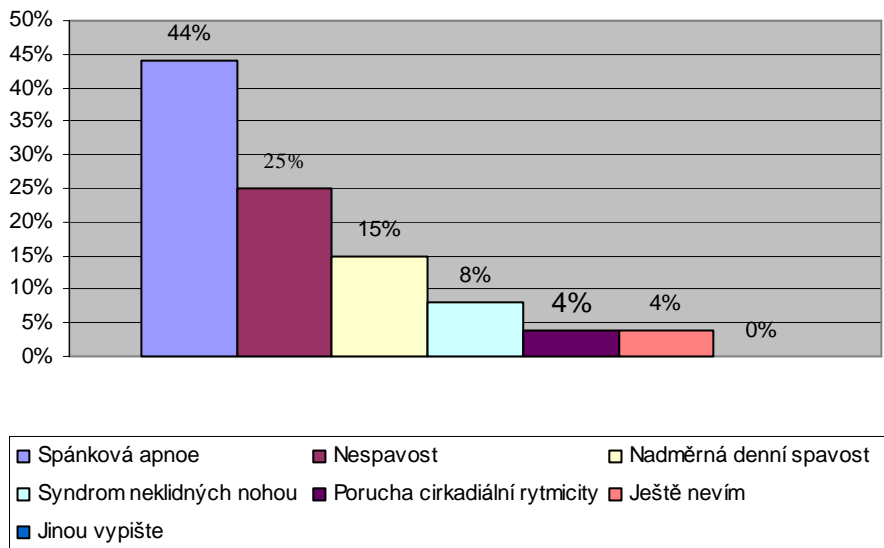
Na otázku č. 6 13 (26%) respondentů uvedlo, že spí 5 hodin, 18 (38%) klientů uvedlo, že spí 6 hodin, 11 (23%) spí 7 hodin a 6 (13%) spí 8 hodin denně.

**Graf 7 Spánek, základní potřeba**



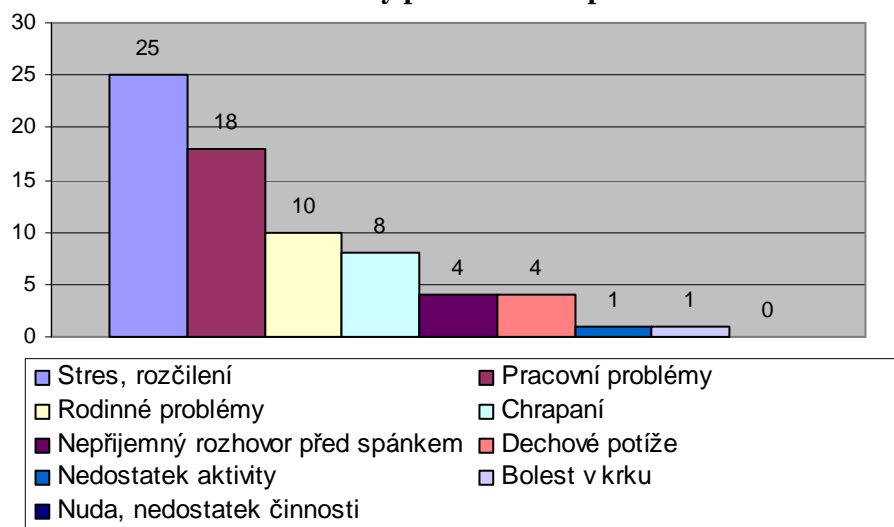
V tomto grafu je znázorněno, zda respondenti považují spánek za základní potřebu. Ano odpovědělo 36 (75%) respondentů a spíše ano odpovědělo 12 (25%) respondentů, zápornou odpověď neuvedl nikdo.

**Graf 8 Rozdělení poruch spánku**



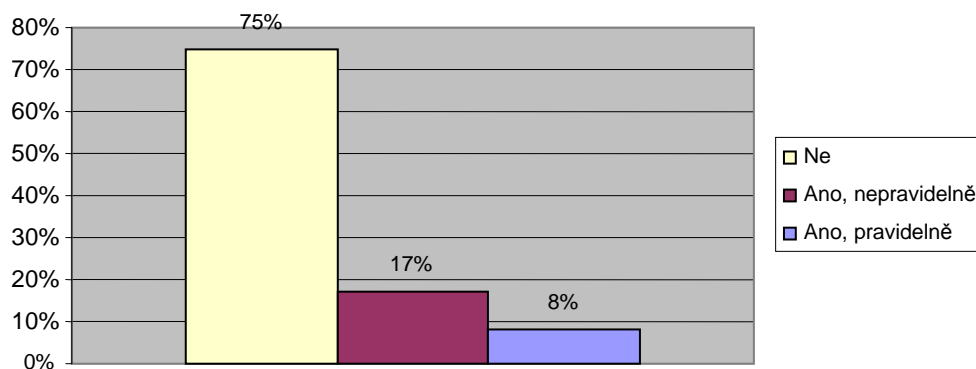
Na tuto otázku 21 (44%) dotazovaných uvedlo, že trpí spánkovou apnoi, 12 (25%) respondentů trpí nespavostí, 7 (15%) trpí nadměrnou denní spavostí, 4 (8%) návštěvníků spánkové laboratoře trpí syndromem neklidných nohou, 2 (4%) respondenti trpí poruchou cirkadiální rytmicity a 2 (4%) ještě neví. Žádný respondent neuvedl jinou možnost.

**Graf 9 Příčiny problému se spánkem**



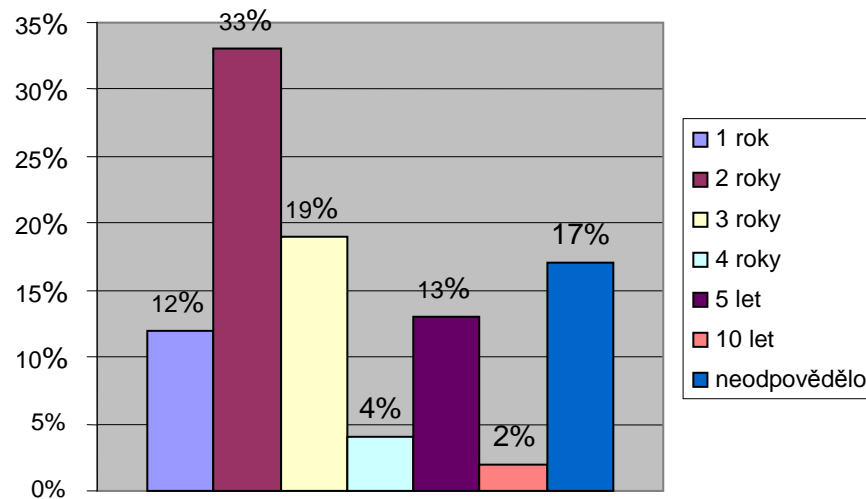
U této otázky bylo možno označit více odpovědí. 25 respondentů označilo stres a rozčilení, 18 pracovní problémy, 10 rodinné problémy, 8 chrápání, 4 nepříjemný rozhovor před spánkem a dechové potíže, 1 nedostatek aktivity a bolest v krku, možnost nuda a nedostatek činnosti nezvolil žádný respondent.

**Graf 10 Užívání léků na spaní**



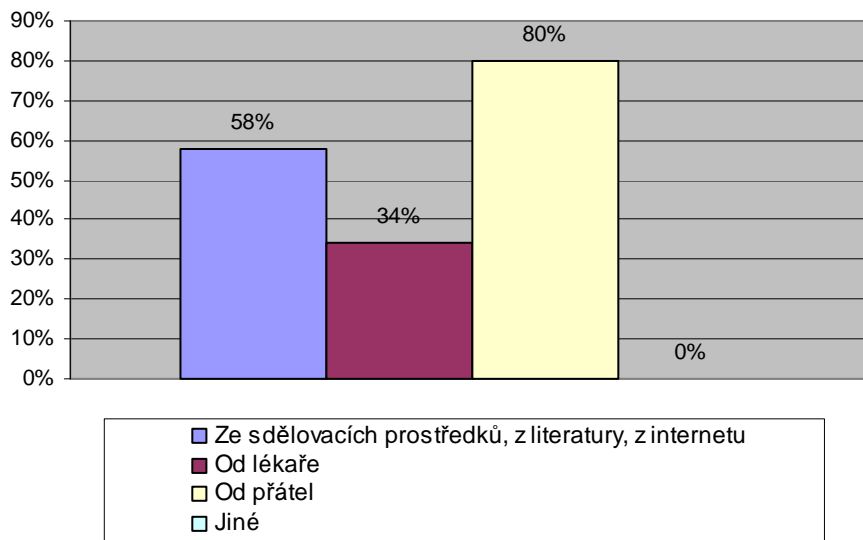
Léky na spaní neužívá 36 (75%), 8 (17%) užívá léky na spaní nepravidelně a 4 (8%) uvedli pravidelné užívání léků.

**Graf 11 Doba trvání obtíží před návštěvou spánkové laboratoře**



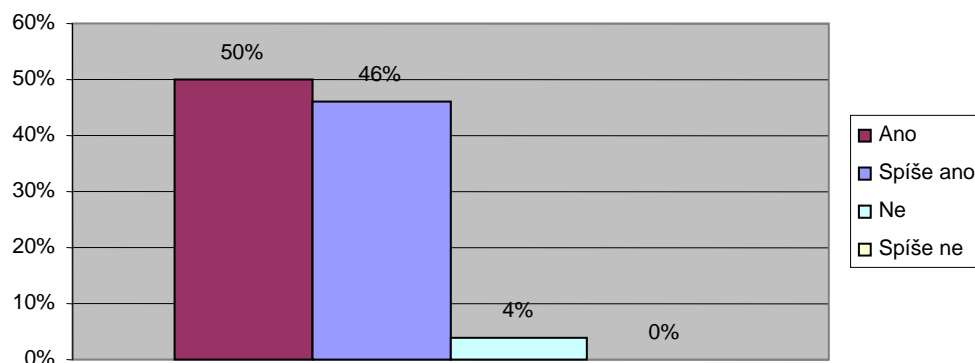
V tomto grafu je znázorněna doba trvání problému se spánkem u respondentů před návštěvou spánkové laboratoře. 16 (33%) dotazovaných mělo problémy se spánkem 2 roky, 9 (19%) mělo problémy 3 roky, 8 (17%) dotazovaných na tuto otázku neodpovědělo, 6 (13%) lidí trpělo poruchou spánku 5 let před návštěvou laboratoře, 5 (12%) mělo problémy 1 rok, 2 (4%) navštívili laboratoř po 4 letech trvání obtíží a 1 (2%) respondent odpověděl, že jeho problém trval 10 let.

**Graf 12 Způsob získávání informací o spánkové laboratoři**



28 (58%) dotazovaných uvedlo, že se o spánkové laboratoři dozvědělo ze sdělovacích prostředků, z literatury nebo z internetu, 16 (34%) klientů se o laboratoři dozvědělo od svého lékaře a 4 (8%) dotazovaní se o spánkové laboratoři dozvěděli od přátel nebo od rodiny. Možnost jiné ne zvolil žádný respondent.

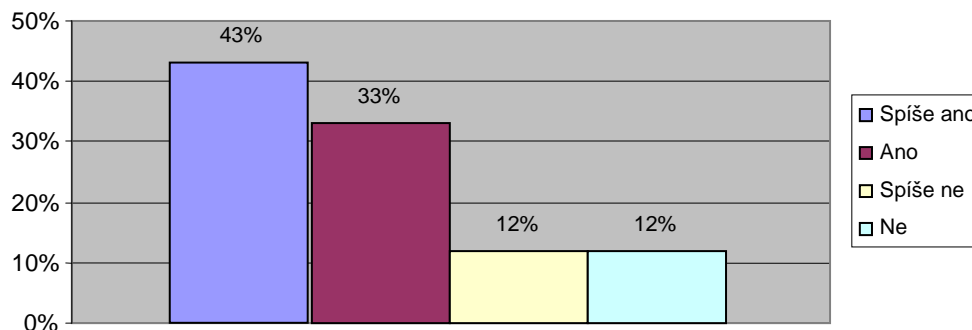
**Graf 13 Míra informovanosti o spánkové laboratoři**



V grafu 14 je zobrazena míra informovanosti o spánkové laboratoři. 24 ( 50%) dotazovaných odpovědělo, že by informovanost měla být vyšší, 22 (46%) si myslí, že spíše ano a 2 (4%) si myslí, že informovanost je dostačující. Možnost spíše ne nebyla zvolena žádným respondentem.

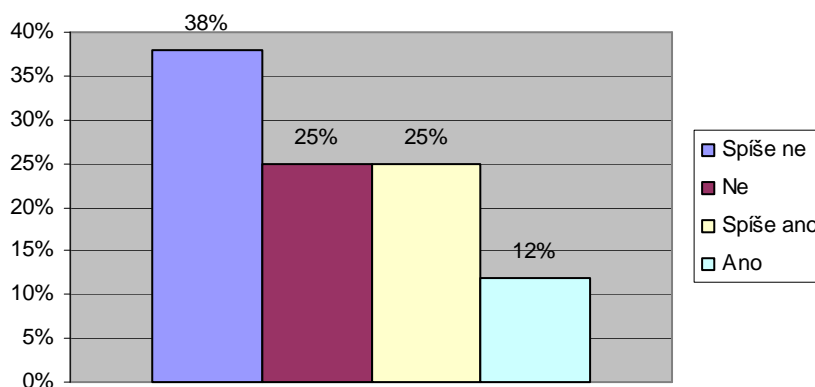


**Graf 14 Problémy při zařazení do pracovního procesu při poruchách spánku**



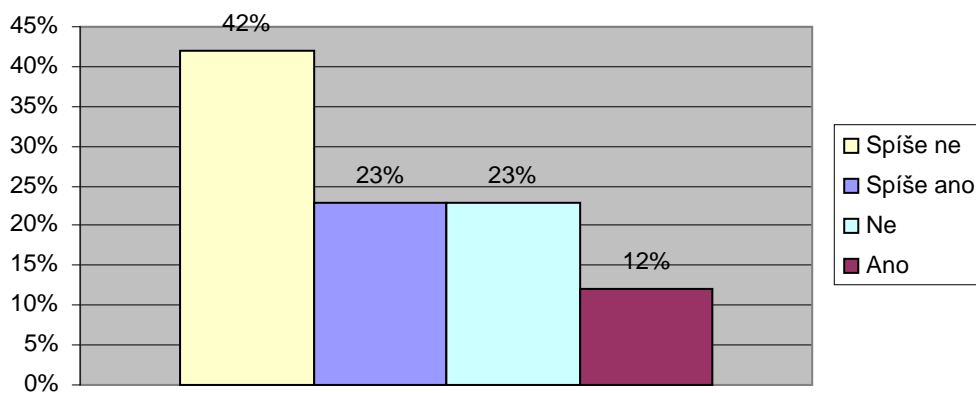
20 (43%) respondentů odpovědělo, že jeho porucha spánku způsobuje problémy při jeho zařazení do pracovního procesu. 16 (33%) odpovědělo spíše ano, 6 (12%) odpovědělo spíše ne a 6 (12%) odpovědělo ne.

**Graf 15 Problémy v manželském/partnerském soužití při poruchách spánku**



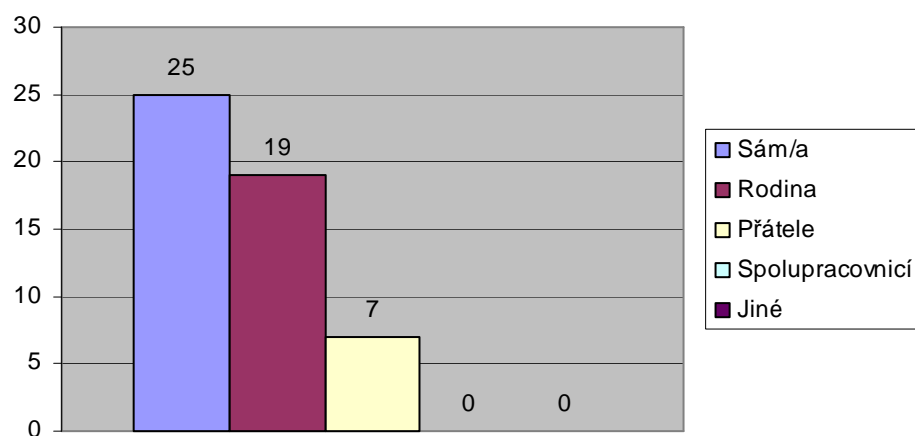
18 (38%) dotazovaných odpovědělo, že jejich problémy v manželství spíše nesouvisí s jejich poruchou spánku, 12 (25%) odpovědělo, že problémy v manželství vůbec nesouvisí. 12 (25%) respondentů na tuto otázku odpovědělo spíše ano a jen 6 (12%) respondentů přisuzuje své manželské/partnerské problémy své poruše spánku.

**Graf 16 Negativní vliv poruchy spánku na sexuální život**



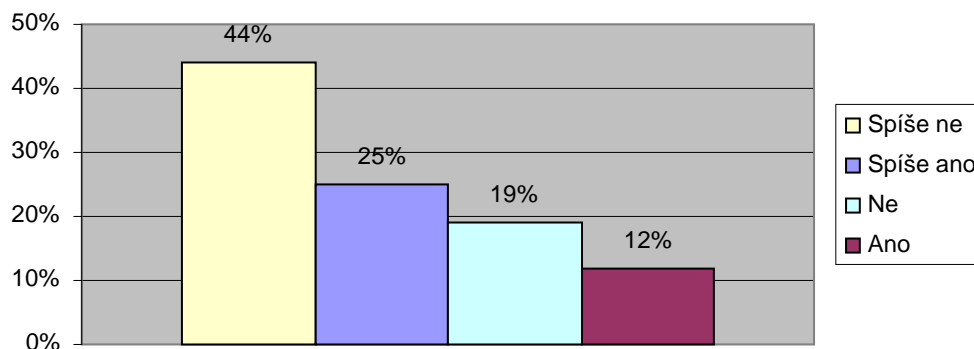
Graf 17 se týká negativního vlivu poruch spánku na sexuální život respondentů. 20 (42%) odpovědělo spíše ne, 11 (23%) odpovědělo spíše ano a 11 (23%) odpovědělo ne. Pouze 6 (12%) dotazovaných na tuto otázku odpovědělo ano.

**Graf 17 Pomocník při poruchách spánku**



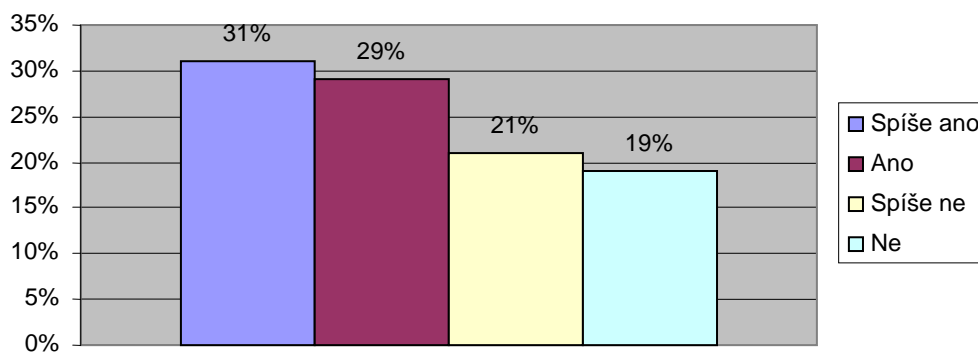
U této otázky respondenti mohli označit více možností. Celkem bylo 51 odpovědí z toho 25 respondentů zvolilo, že si s problémy při poruchách spánku poradí sám/a, 19 dotazovaných řeší svoje problémy s rodinou a 7 dotazovaných si problémy řeší s přáteli. Možnost spolupracovníci a jiné nebyla zvolena.

**Graf 18 Negativní vliv poruch spánku na vztahy v rodině a s přáteli**



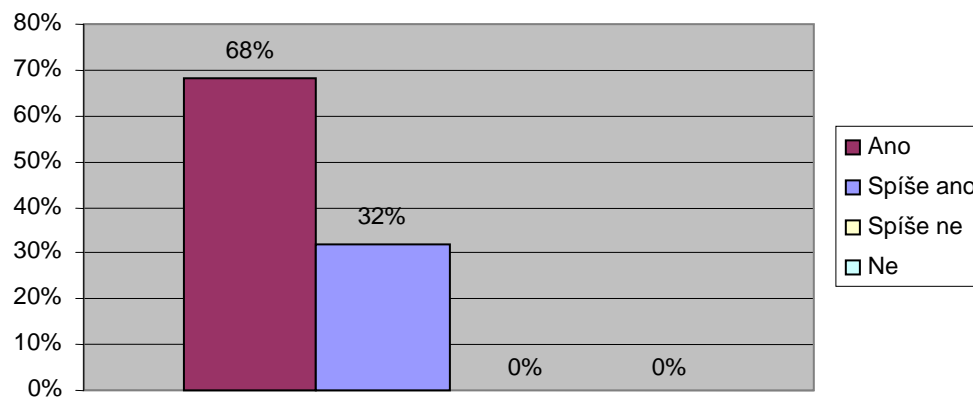
21 (44%) dotazovaných si myslí, že jejich nemoc spíše neovlivnila vztahy v rodině a s přáteli, 12 (25%) odpovědělo na tuto otázku spíše ano, 9 (19%) odpovědělo ne a 6 (12%) odpovědělo ano.

**Graf 19 Negativní vliv poruch spánku na koníčky a zájmy**



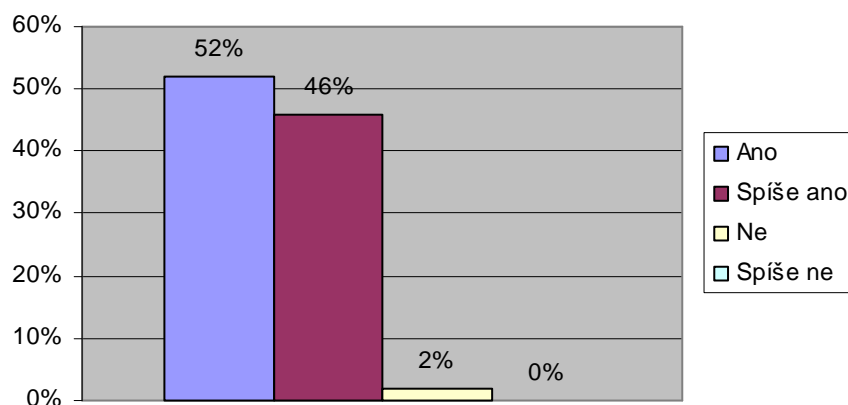
15 (31%) návštěvníků spánkové laboratoře odpovědělo na otázku, zda porucha spánku negativně ovlivňuje jejich koníčky a zájmy spíše ano, 14 (29%) odpovědělo ano, u 10 (21%) byla zvolena odpověď spíše ne a u 9 (19%) respondentů odpověď ne.

**Graf 20 Pociť únavy po probuzení**



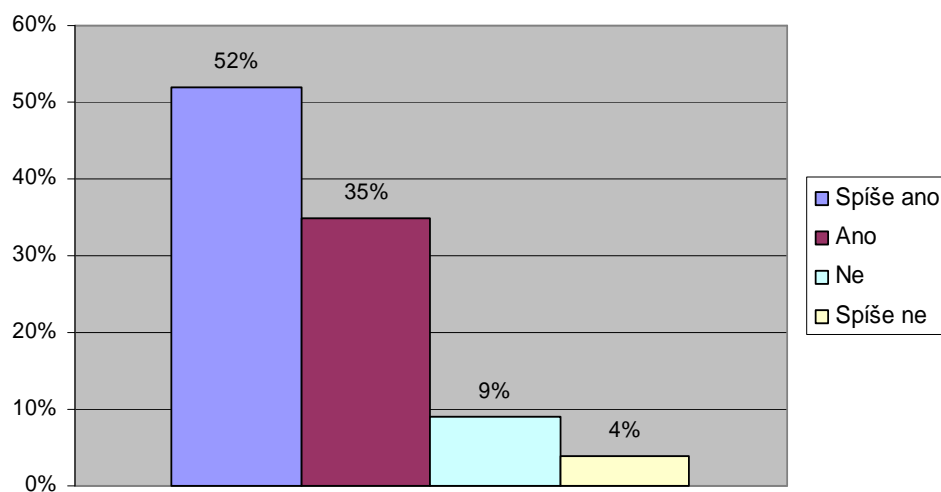
33 (68%) dotazovaných odpovědělo, že se po probuzení cítí unaveně, 15 (32%) odpovědělo spíše ano, možnost spíše ne a odpověď ne nebyla zvolena žádným respondentem.

**Graf 21 Pocit snížení energie od doby poruchy spánku**



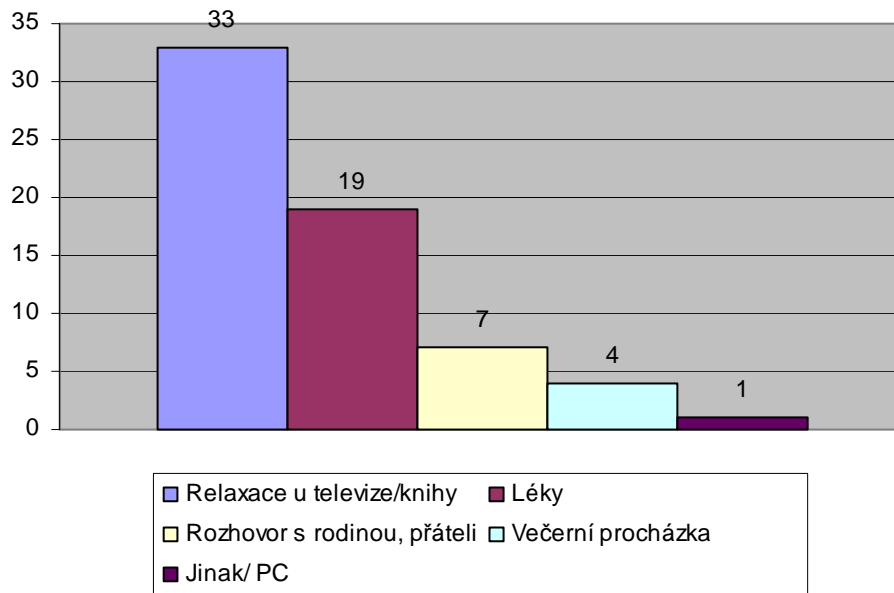
V tomto grafu je znázorněno zda klienti pocít'ují snížení energie od doby, co trpí poruchou spánku. 25 (52%) na tuto otázku odpovědělo, 22 (46%) odpovědělo spíše ano, 1 (2%) respondent si zvolil odpověď ne a odpověď spíše ne nezvolil žádný respondent.

**Graf 22 Negativní vliv na náladu při poruchách spánku**



24 (52%) respondentů uvedlo že spíše má špatnou náladu při nedostatečném spánku, 15 (35%) zvolilo odpověď ano, 5 (9%) respondentů uvedlo, že jejich porucha spánku nemá vliv na jejich náladu a 2 (4%) zvolilo možnost odpovědi spíše ne.

**Graf 23 Aktivity při neschopnosti usnout**



U této otázky bylo celkem 65 odpovědí. 33krát byla zvolena odpověď relaxace u televize nebo u knihy, 19 klientů řeší svoje problémy se spánkem léky, 7 klientů se při poruchách spánku popovídá s partnerem, rodinou nebo přáteli, 4 respondenti uvedli možnost večerní procházkou, jeden klient uvedl, že v případě kdy nemůže usnout, svůj čas tráví u počítače.



## 5. Diskuze

V bakalářské práci si kladu za cíl zjistit psychosociální dopad u poruch spánku. V této kapitole se především zaměřím na zhodnocení prováděného výzkumu. Dále bych zde chtěla poukázat na faktory, které by mohly zlepšit povědomí lidí o spánkové laboratoři a tím i zlepšit ošetrovatelskou péči v této oblasti. Ke splnění cílů mi pomohlo zpracování dotazníků, které byly vyplněny klienty spánkových laboratoří. Dotazníky byly předány sestřám a ponechané pro pacienty. Při realizaci výzkumné části mne mile překvapila vysoká míra návratností. Respondenti v obou laboratořích tvořili téměř dvě stejně velké početní skupiny. Z rozdaných 50 dotazníků (100%) byla návratnost 48 dotazníků (92%). Pro přehlednost jsem návratnost znázornila v tabulce 1.

Jedním z údajů bylo zjištění věku respondentů. Nejvíce byla zastoupena věková kategorie 36-45 let (16-33%), respondentů ve věku 15-25 let byly pouze 2 (4%), do další věkové kategorií 26-35 let patřilo 12 dotazovaných (25%), 7 (15%) klientů bylo ve věku 46-55 let, ve věkové kategorii v rozmezí 56 – 65 let bylo 8 klientů což je 17% z dotazovaných. Ve věku 66 - 75 let byli celkem 3(6%) respondenti. Poslední kategorie, tedy 76 let a více nebyla zastoupena vůbec. Dle výsledků šetření, lze usuzovat, že poruchami spánku trpí nejvíce lidí ve věkové kategorii 36-45 let. Zatímco z odborné literatury vyplývá, že poruchou spánku trpí nejvíce lidé starší 60 let (2). Proto můj výsledek může poukazovat na to, že lidé střední věkové kategorie častěji vyhledají pomoc ve spánkové laboratoři, než lidé starší 60 let. Z druhé otázky vyplynulo, že spánkovou laboratoř navštívilo celkem 26 (54%) mužů a 22 (46%) žen. Jak ale uvádí A. Prusiński ve své knize (12), je známo, že ženy trpí poruchami spánku častěji než muži. Pro upřesnění informací sloužících pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy 1 byla důležitá otázka č.3, za pomoci které bylo zjištěno s kým sdílí domácnost respondenti. Vyšlo mi, že převážná většina respondentů bydlí ve společné domácnosti s manželem/manželkou, nebo žije v domácnosti s partnerem/partnerkou, 9 (19%) z dotazovaných bydlí sám/sama a pouze 2 (4%) respondenti označili poslední možnost „bydlím s rodiči“. Pro ověření první hypotézy (H1: Poruchy spánku způsobují problémy

v manželském soužití u dotázaných respondentů) sloužily i otázky 15, 16, 17 a otázka 21.

Za další důležitou otázku považuji otázku č. 4, jejíž výsledky jsou zobrazené v grafu 4. Tato otázka se týkala zaměstnání respondentů, kdy 28 (58%) dotazovaných odpovědělo, že jsou zaměstnaní. K této kategorii lze připočítat i 3 (7%) osoby, které byly samostatně výdělečně činné, ostatní respondenti byli buď nezaměstnaní 8 (17%), ve starobním důchodu 5 (10%), v invalidním důchodu 2 (4%) a 2 (4%) studenti. Pro doplnění údajů o zaměstnání byla položena otázka č. 5, na kterou odpovídali pouze zaměstnaní respondenti. Z této otázky vyplynulo, že 18 klientů pracuje v jednosměnném provozu, 8 v dvousměnném provozu a 5 v třisměnném. Literatura potvrzuje, že směnnost v zaměstnání má také významný vliv na kvalitu spánku. Noční směny způsobují zhruba jedné polovině pracovníků přechodné poruchy usínání nebo trvání a kvality spánku, zvyšuje se i riziko vzniku tělesných nemocí (1).

Mnou výše položené otázky sloužily k potvrzení hypotézy č. 2, stejně jako otázka č. 14 graf 14, kde je znázorněno, jak poruchy spánku ovlivňují jedince v pracovním procesu. Z výsledků šetření vyplývá, že 20 (43%) respondentů je toho názoru, že poruchy spánku spíše ovlivňují jejich pracovní činnost. Na tom, že zcela ovlivňuje pracovní činnost se shodlo 16 (33%) respondentů, spíše ne a odpověď ne označilo celkem 12 respondentů, což je 24% z celkového počtu dotazovaných. S pracovním procesem souvisí množství energie, kterou člověk spotřebuje při této činnosti, kdy úbytek energie se často projevuje únavou. Obojí je znázorněno v grafech 20 a 21, kde respondenti často shodně odpovídali na dvě odpovědi, tedy: ano nebo spíše ano. Pocitem snížení energie trpí 47 respondentů, což tvoří 98% z celkového počtu respondentů. Dále respondenti odpovídali, zda trpí pocitem únavy po probuzení, kde na tuto otázku 100% dotazovaných odpovědělo, že ano nebo spíše ano. Zhodnocením výsledků z těchto odpovědí vyplývá, že mnou stanovená druhá hypotéza se potvrdila .

Z otázky č. 6 je zřejmé, že průměrná doba spánku u klientů spánkové laboratoře se pohybuje v rozmezí 5 až 7 hodin, což se shoduje s literárními zdroji použitými pro zpracování této bakalářské práce.

Graf 7 znázorňuje, že respondenti považují spánek za základní potřebu. Mě mě překvapily odpovědi respondentů na tuto otázku.

Dle zpracování výsledků vyšlo, že nejčastější příčinou, která klienty přivádí do spánkové laboratoře je syndrom spánkové apnoe, tento problém uvedlo celkem 21 (44%) dotázaných, dalším nejčastějším problémem je nespavost, kde 12 (25%) respondentů trápí toto onemocnění. Onemocnění jako nadměrná denní spavost a syndrom neklidných nohou uvedli ve svých odpovědích. 2 respondenti odpověděli, že trpí poruchou cirkadiánní rytmicity a 2 respondenti v době návštěvy uváděli, že ještě neví jakou poruchou trpí (graf 8).

Dle literatury je jednou z nejčastějších příčin poruch spánku stres a rozčilení, což se mi potvrdilo zpracováním výsledků vztahující se k otázce č. 9. U této otázky byla možnost více odpovědí, většina z respondentů se shodla a za příčinu uvedla stres (25 odpovědí). Překvapilo mne, že pracovní problémy se považují také za jednu z nejčastějších příčin poruch spánku. Nevíme ovšem, zda tyto problémy vedou k dlouhodobým či krátkodobým poruchám spánku. Rodinné problémy jsou také jednou z možných příčin poruch spánku, jak uvedlo 10 klientů. Chrápání považuje 8 dotázaných za příčinu svých problémů se spánkem. Nepříjemný rozhovor před spánkem řadí mezi negativní faktor působící na spánek 4 klienti. Dechové potíže také označili 4 respondenti za možnou příčinu svého onemocnění. Z výsledků vyplývá, že nedostatek aktivity a bolest v krku respondenti nevnímají jako příčinu problému se spánkem, tyto možnosti byly zvolené pouze dvěma respondenty. Nudu a nedostatek činnosti nevnímají klienti jako příčinu poruchy spánku.

Po přečtení literatury na téma poruch spánku, kde se uvádí, že v současné době dochází k zneužívání léků na spaní (2). Jsem chtěla zjistit zda i klienti spánkové laboratoře užívají léky na spaní. Výsledky mě překvapily. V grafu 11 uvedlo 36 (75%) respondentů, že léky na spaní neužívá; 8 (17%) respondenti uvedli, že léky na spaní užívají nepravidelně a 4 (8%) uvedli pravidelné užívání léků. Když, ale vezmeme v úvahu, že nejvíce respondentů bylo ve věku 36-45 let a mladších a po srovnání s ostatní literaturou lze vycházet z toho, že léky na spaní užívají více starší pacienti.

Otázky 11, 12, 13 byly položeny tak, abych zjistila, jak dlouho trvá než lidé s poruchami spánku navštíví spánkovou laboratoř. Jedna otázka zjišťovala kde klienti dostaly informaci o spánkové laboratoři a druhá, zda si respondenti myslí, že je nutná větší informovanost veřejnosti o spánkové laboratoři. Tyto údaje považuji za velice důležité a přínosné pro veřejnost i pro odborníky. Šetřením pro účely bakalářské práce jsem zjistila, že průměrná doba trvání problému se spánkem před návštěvou spánkové laboratoře jsou 2 roky tak odpovědělo 16 (33%) dotazovaných, 9 (19%) mělo problémy 3 roky, 8 (17%) dotazovaných na tuto otázku neodpovědělo, 6 (13%) lidí trpělo poruchou spánku 5 let, 5 (12%) mělo problémy 1 rok, 2 (4%) navštívili laboratoř po čtyřech letech trvání obtíží, udivila mě odpověď jednoho klienta, který uvedl, že navštívil laboratoř po deseti letech trvání obtíží. Z otázky č. 12 je patrné, že nejčastějším zdrojem získávání informací o spánkové laboratoři jsou sdělovací prostředky, literatura, nebo internet. Celkem takto odpovědělo 28 (58%) ze všech respondentů; 16 (34%) klientů se o laboratoři dozvědělo od svého lékaře a 4 (8%) dotazovaní získali o spánkové laboratoři informaci od přátel nebo rodiny. Myslím si, že informovanost od zdravotnického personálu by měla být vyšší, tím by byla urychlená léčba a dopad na organizmus by u spánkových poruch byl minimalizován. Klienti by měli dostat plnohodnotné informace ve vhodně podané formě. Tyto informace by měl podávat především praktický lékař. V současné době lze informaci o spánkové laboratoři získat především z internetu nebo osobní návštěvou spánkové laboratoře. To má za následek nízkou informovanost klientů vyššího věku.

Během svého výzkumu jsem zjistila, že za týden spánkovou laboratoř navštíví přibližně 5 klientu. Vyšetření prováděné v laboratoři je většinou hrazeno samotnými klienty a to přibližně ve výši 600Kč. Po stanovení diagnózy je klientům doporučená léčba na speciálních odděleních.

V otázce položené na téma spánková laboratoř jsem zjistila, že polovina respondentů odpověděla, že by míra informovanosti měla být vyšší než teď. Na tuto otázku odpovědělo spíše ano 22 (46%) respondentů a pouze 2 (4%) odpověděli, že míra informovanosti je dostačující. Po sečtení výsledků šetření vyplývá, že informovanost není dostačující a měla by být vyšší.

O otázce č 14 jsem diskutovala již výše. Jak jsem již psala pro potvrzení či vyvrácení hypotézy 1 sloužila otázka č 15. graf 15 kde tázaní měli odpovědět zda si myslí, že problémy v manželském/partnerském soužití při poruchách spánku. 18 (38%) dotazovaných odpovědělo, že jejich problémy v manželství spíše nesouvisí s jejich poruchou spánku, 12 (25%) odpovědělo, že manželské problémy u nich s tím vůbec nesouvisí, spíše ano odpovědělo 12 (25%) a ano jen 6 (12%) respondentů přisuzuje své manželské/partnerské problémy své poruše spánku. Do šetření byli též zapojeni klienti, kteří bydlí sami nebo s rodiči. Hypotéza tím byla vyvrácená, ale pouze s malým rozdílem v procentech.

Graf 16 se týkal negativního vlivu u poruch spánku na sexuální život. 20 (42%) odpovědělo spíše ne, 11 (23%) odpovědělo spíše ano a 11 (23%) odpovědělo ne. Pouze 6 (12%) dotazovaných na tuto otázku odpovědělo ano. Zde je patrné, že odpovědi se značně liší.

Jako pomocníka, který klientovi pomáhá při řešení poruch spánku si klienti ve většině případů zvolili odpověď sám/sama. Často byla uvedena rodina jako pomocník při problémech se spánkem. S přáteli si povídá o své nemoci pouze 7 respondentů. Poslední možnost, tedy spolupracovník jako pomocník, nebyla zvolena v žádném případě.

Negativní vliv poruch spánku na vztahy v rodině a s přáteli spíše nepocítila skoro polovina, tedy 21 (44%) dotazovaných respondentů, 12 (25%) odpovědělo, že vztahy v rodině byly spíše ovlivněny. 9 (19%) respondentů odpovědělo, že vztahy nebyly vůbec změněné při poruchách spánku. Pouze 6 (12%) odpovědělo, že vztahy se v rodině změnilo po poruchách spánku. Počtem odpovědí na tuto otázkou se hypotéza 1 nepotvrdila.

Vzhledem k tomu, že porucha spánku snižuje energii a způsobuje pocit únavy, nelze se divit tomu, že většina respondentů uvedla, že porucha spánku negativně ovlivnila koníčky a zájmy (graf 19), odpověď spíše ne a ne zvolilo 40% respondentů. Odpovědi na tuto otázku lze použít jako potvrzovací pro hypotézu 2. Sestra by měla brát v úvahu zdravotní stav klienta a tomu přizpůsobit denní činnosti klienta.

O tom, že z výsledků vyplývá, že klienti trpí pocitem únavy jsem psala již dříve. Znárodnuje to graf 20. 33 (68%) dotazovaných odpovědělo, že se po probuzení cítí unaveně, 15 (32%) odpovědělo spíše ano. Po probuzení se unaveně cítí 100% dotazovaných. To jak se klienti cítí po probuzení má vliv i na náladu po celý den a na vykonávání dalších aktivit během dne. Důsledky únavy můžou mít i životu nebezpečně následky. Tyto výsledky se zcela shodují s literaturou. Ve většině případu klienti pociťují snížení energie. Ano odpovědělo 25 (52%) respondentů, 22 (46%) dotazovaných zvolilo odpověď spíše ano. Jen 1 (2%) respondent si zvolil odpověď ne, odpověď spíše ne nezvolil žádný respondent. Tato informace by měla být prvotní pro ošetrovatelskou péči o klienta nejen s poruchami spánku.

Negativní vliv na náladu při poruchách spánku byl potvrzen u 15 (35%) spíše potvrzen u 24 (52%) respondentů, 5 (9%) respondentů uvedlo, že jejich porucha spánku nemá vliv na jejich náladu a 2 (4%) zvolilo možnost odpovědi spíše ne. Z odpovědí je zřejmé, že porucha spánku má nezanedbatelný vliv na celý organizmus.

Pro poskytnutí plnohodnotné ošetrovatelské péče je důležité zjištění aktivit, které pacientům napomáhají k navození spánku v domácím prostředí. Z otázky č. 21 kde klienti odpovídali jaké aktivity provádí pro navození spánku při neschopnosti usnout. V této otázce bylo možno zvolit více odpovědí. 33krát respondenti odpověděli, že si přečtou knihu, nebo relaxují u televize, 19 odpovědí bylo, že řeší svoje problémy se spánkem za pomoci léků. 7 klientů si při neschopnosti usnout popovídá s partnerem, rodinou nebo přáteli, 4x respondenti uvedli odpověď, že si před spánkem rádi projdou, pouze jeden klient uvedl, že v případě kdy nemůže usnout svůj čas tráví u počítače. Je nutné přizpůsobit denní režim tak, aby se co nejvíc cítil jako v domácím prostředí. Celková změna prostředí, jako je například hospitalizace, je zásahem do psychiky člověka a tím může nepříznivě působit na jeho spánek a odpočinek, proto je nutné zvýšit ošetrovatelskou péči v oblasti spánku. Dle použité sesterské literatury (5) by sestra měla brát vždy v úvahu individuální potřeby vedoucí k uspokojení klienta.

Chtěla bych poznamenat, že některé výsledky mě překvapily. Očekávala jsem, že se obě stanovené hypotézy potvrdí. Překvapivý výsledek byl především u hypotézy 1, kde se mi nepotvrdilo, že poruchy spánku klienti většinou nepovažují za příčinu

problému v manželství. Lze si to vysvětlit malým počtem respondentů a náhodnou pravděpodobností negativních odpovědí.

Bylo by zajímavé se tomuto tématu věnovat do hloubky. Výzkum bych rozšířila o rozhovory s pacienty trpícími poruchou spánku a o názory a doporučení celého zdravotnického týmu starajícího se o nemocné. Zajímavá pro mě byla spolupráce s psychologem a s primáři spánkových laboratoří v Krajské nemocnici Liberec a Nemocnice České Budějovice, a.s.

Při vyhodnocování dotazníků jsem měla pocit, že některé odpovědi nebyly pravdivé. Například u otázky č. 10 kde jsem se ptala klientů zda užívají léky na spaní neužívá 38 respondentů ze 48. V otázce č. 22, ale 19 klientů uvedlo, že při neschopnosti usnout vezme tabletu na spaní.

## 6. Závěr

Podobně jako nelze žít bez potravy, nelze žít ani bez spánku. Důležitost spánku mě inspirovala k výběru tématu mé bakalářské práce. Cílem této práce bylo posoudit psychosociální dopad poruch spánku na jedince. Tohoto cíle bylo dosaženo pomocí dotazníků, které byly rozdány ve spánkové laboratoři v Krajské nemocnici Liberec a Nemocnice České Budějovice a.s.

Vzhledem k cíli práce jsem stanovila dvě hypotézy, které měly být buď vyvráceny nebo potvrzeny. H1: Poruchy spánku způsobují problémy v manželském soužití u dotázaných respondentů a H2: Poruchy spánku způsobují problémy při zařazení do pracovního procesu u dotázaných respondentů. Výsledky šetření ukázaly, že problémy v manželském soužití nejsou způsobené poruchou spánku z čehož vyplývá fakt, že první hypotéza nebyla potvrzená. Druhá hypotéza se potvrdila, většina dotázaných si stěžuje na problémy při zařazení do pracovního procesu. Dle zpracování získaných informací z dotazníků jsem zjistila, že porucha spánku má velký vliv na psychosociální potřeby člověka s důsledky na celý organismus.

Práce se snaží nabídnout pohled na psychosociální dopad u klientů s poruchou spánku, podat informace o podstatě významu spánku a poskytnout orientaci o příčinách poruch spánku a o způsobech jak léčit tyto poruchy. Chtěla bych upozornit na osobní a společenský dosah delší dobu přetrvávajících poruch spánku, kdy nemoc mění rysy jednotlivců a oni se tak stávají potenciálně nebezpečnými jak sobě, tak i jejich okolí. Například zvýšením počtu dopravních nehod a úmrtí v důsledku pracovních úrazů. Zaměřila jsem se především na ošetrovatelskou péči o klienty, kteří absolvují vyšetření ve spánkové laboratoři a následně se léčí se svým problémem.

Během výzkumu jsem zjistila jak je při péči o nemocného s poruchou spánku důležitá mezioborová spolupráce. Domnívám se, že je potřebné zaměřit se především na ošetrovatelskou péči o klienty. Výzkumu v této oblasti se věnuje stále více pozornosti, ale chybí zde ošetrovatelská literatura napomáhající sestřám v péči o pacienty. Dále je třeba rozvíjet informovanost veřejnosti o spánkových laboratořích diagnostikujících poruchu spánku. Mohlo by se to docílit za pomoci pořadů věnovaných



na toto téma. Další možností jak zvýšit informovanost je zvýšení zájmů praktických lékařů, kteří by se mohli více zaměřit na tuto problematiku. Na místě by byla i brožura v každé ordinaci s jednotlivými typy jak si zkvalitnit svůj spánek.

Psychosociální problematika u poruch spánku je velice náročná jak z pohledu klienta tak i z pohledu ošetřujícího personálu. Je nutné ke každému klientovi přistupovat individuálně a brát v úvahu jeho zvyky a rituály z domácího prostředí. Základem každé léčby by měla být důkladná lékařská i sesterská anamnéza, podle které by se měla jako první upravit spánková hygiena klientů a pak předepsaná medikamentózní léčba. Pro další téma výzkumu bych proto navrhla zaměřit se na prevenci poruch spánku, na správnost spánkové hygieny u veřejností. Při provádění výzkumu jsem se setkala se vstřícným přístupem personálu za což jsem velice vděčná. Zjistila jsem chybění ošetřovatelské dokumentace jako je například standard pro spánkovou laboratoř.

Byla bych ráda kdyby moje práce byla využita jako motivační návod pro zdravotnický personál, který se setkává s pacienty trpícími poruchami spánku.

## 7. Seznam použitých zdrojů:

1. ANDERS, M., *Nespavost*, 1. vyd. Praha: Vašut, 2000. 31s. ISBN 80-7236-181-3.
2. BERGER, J., *Poruchy spánku aneb nespavost*, 1. vyd. Žďár nad Sázavou Impreso 1996. 55 s. ISBN 80-85835-50-9.
3. DEEPAK CH, *Spokojený spánek insomnie a jak ji léčit*, Praha: Pragma, 1994. 142s. ISBN 80-7205-096-6.
4. HUTTICH, B., *Aktivně proti poruchám spánku*. Přel. Z. Kufnetová. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Ivo Železný, 1997. 96 s. Přel. z: Aktiv contra Schlafstörungen.
5. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R., *Ošetrovatelstvo 2*. Přel. A. Kršková a kol. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 940-953 s. Přel z: Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Praktice. ISBN 80-217-0528-0.
6. LAVERY, S., *Léčivá síla spánku*, Praha: Svojtka a Vašut, 1998. 157 s. ISBN 80-7180-414-2.
7. MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
8. NEVŠÍMALOVÁ, S., *Poruchy spánku – příčiny, diagnostika a léčba*. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2007, roč. 17, č. 3, s. 44-45. ISSN 1210-0404.
9. NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA, K., a kol., *Poruchy spánku a bdění*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1997. 256 s. ISBN 80-85800-37-3.
10. PIERCE, J., H., *Příručka pro uživatele mozku*. Přel. Koukolník, F. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 396 s. ISBN 80-7178-661-6.
11. PLEVOVÁ, J., *Pracoviště klinické farmakologie*, Praha Dostupné z: <http://www.nespavost.cz/odbornici/clanky/lecba/003.html> (18.06.2007)
12. PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L., *Nespavost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.
13. PRUSINSKI, A., *Nespavost a jiné poruchy spánku* Přel. Šonka, K. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 81 s. 1993 ISBN 80-85800-01-2.
14. (online) Referáty-seminárky Dostupné z:

- <http://referaty-seminarky.cz/osetrovatelsky-proces-u-nem-pred-operaci-spanek-nemocneho--faze-spanku--poruchy-spanku/> (24.06.2007)
15. SIEDL, Z., OBENBERGER, J., *Neurologie pro studium i praxi*, 1. vyd. Praha: Grada 2004. 364s. ISBN 80-247-0623-7.
  16. SLEZÁKOVÁ, Z., a kol., *Neurologické ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002, 147 s. ISBN 80-8063-106-9.
  17. (online) Spánková poradna Dostupné z:  
<http://www.spankovaporadna.cz/polysomnografie.html> (05.04.2007)
  18. STAŇKOVÁ, M., Ústav teorie a praxe ošetřovatelství – 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha Dostupné z:  
[http://www.fnplzen.cz/ospece/terminologie.htm#\\_Osetrovatelsky\\_proces](http://www.fnplzen.cz/ospece/terminologie.htm#_Osetrovatelsky_proces)  
(25.05.2007)
  19. SÝKOROVÁ, A., Spánek a jeho poruchy. *Sestra. Mladá fronta*, 2006, roč. 16, č. 4, s. 22. ISSN 1210-0404.
  20. ŠONKA, K., Poruchy spánku ve stáří. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, roč. 2004, č. 2, s. 77 – 80. ISSN 1214-8687.
  21. TOMORI, Z., REDHAMMER, R., DONIČ, V., a kol: *Základy spánkové medicíny*, 1.vyd. Košice: Vojenská letecká akadémia 1999. 368 s. ISBN 80-7166-033-7.
  22. TRACHTOVÁ, E., a kol., *Potřeba nemocného v ošetřovatelském procesu*, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-8.
  23. VRÁNOVÁ, L., *Ošetřovatelská proces u poruch spánku*  
<http://www.sestra.cz/ošetřovatelský-proces-u-poruch-spanku.html> (16.04.2007)
  24. WILSON, C. *Temný spánek*. Přel. Žerávek J. 1.vyd. Frýdek-Místek : Alpress, 2002. 317 s. ISBN 80-7218-666-3.
  25. ZDRAŽILOVÁ, V., MALÁT, Z., Spánková deprivace – ošetřovatelský proces. *Sestra. Saníma Magazines Praha*, 2004, roč. 14, č. 7-8, s.18-19. ISSN 1210-0404.

## **8. Klíčová slova**

- Hypnotika
- Poruchy spánku
- Spánek
- Spánková hygiena
- Spánková laboratoř
- Základní potřeby

## **9. Přílohy**

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 3 Spánkový kalendář

Příloha 4: Spánková laboratoř

Příloha 5: Možné ošetřovatelské diagnózy u poruch spánku

## **Příloha 1 Dotazník**

Dobrý den, jmenuji se Evženie Blonská a jsem studentkou třetího ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Před sebou máte dotazník, který bude sloužit jako podklad k mé bakalářské práci, která je zaměřená na zjištění psychosociálního dopadu u poruch spánku. Výzkum probíhá ve spánkové laboratoři v Českých Budějovicích a v Liberci. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní.

### **Instrukce k vyplnění dotazníku:**

V dotazníku jsou uvedeny odpovědi typu ano, ne a různé varianty odpovědí. Při vyplňování dotazníku označte křížkem správnou odpověď. Pokud jsou za otázkou tečky, je to prostor pro Vaši odpověď. Budete – li provádět v dotazníku opravy, novou správnou odpověď podtrhněte.

Předem děkuji za spolupráci

#### **1. Kolik je Vám let?**

- 15-25 let
- 26-35 let
- 36-45 let
- 46-55 let
- 56-65 let
- 66 -75 let
- 76 a více let

#### **2. Jaké je Vaše pohlaví ?**

- Muž
- Žena

#### **3. S kým sdílíte společnou domácnost?**

- S partnerem/partnerkou
- Manželem/manželkou
- S rodiči
- Sám/sama

#### **4. Jste zaměstnán/a?**

- Zaměstnán
- Nezaměstnán
- Invalidní důchod
- Starobní Důchodce
- Student
- Osoba samostatně výdělečně činná

#### **5. Pokud pracujete, v jakém jste provozu?**

- Jednosměnném provozu
- Dvousměnném provozu
- Třisměnném provozu

**6. Kolik hodin denně spíte? (prosím doplňte).....**

**7. Považujete spánek za základní potřebu člověka?**

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím, co to znamená

**8. Jakou poruchou spánku trpíte?**

- Spánková apnoe
- Nepsavost
- Insomnie
- Nadměrná denní spavost
- Porucha cirkadiální rytmicity
- Syndrom neklidných nohou
- Ještě nevím
- Jinou (vypište).....

**9. Co si myslíte, že vyvolává Vaše problémy se spánkem? (můžete označit více odpovědí)**

- Stres, rozčilení
- Nepříjemný rozhovor před spánkem
- Nuda, nedostatek činnosti
- Nedostatek aktivity
- Rodinné problémy
- Pracovní problémy
- Jiné, prosím doplňte.....

**10. Užíváte momentálně nějaké léky na spaní?**

- Ano, pravidelně
- Ano, jen nepravidelně
- Ne

**11. Jak dlouho trvaly Vaše problémy se spánkem předtím, než jste navštívil(a) spánkovou laboratoř? (prosím doplňte).....**

**12. Jak jste se dověděl/a o spánkové laboratoři?**

- Ze sdělovacích prostředků, Z literatury, z internetu

- od přátel, rodiny
- lékaře
- jiné.....

**13. Myslíte si, že je dostačující míra informovanosti o spánkové laboratoři?**

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

**14. Způsobuje vaše porucha spánku problémy při zařazení do pracovního procesu?**

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

**15. Způsobuje vaše porucha spánku problémy ve vašem manželském (partnerském) soužití?**

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

**16. Myslíte si, že porucha spánku negativně ovlivnila Váš sexuální život?**

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

**17. Kdo Vám pomáhá překonat poruchu spánku?**

- Rodina
- Přátele
- Spolupracovníci
- Sám(a)
- Jiné.....



**18. Myslíte, že vaše porucha spánku negativně ovlivňuje nebo ovlivnila Vaše vztahy v rodině a s přáteli?**

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

**19. Myslíte, že vaše porucha spánku negativně ovlivňuje nebo ovlivnila Vaše koníčky a zájmy?**

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

**20. Cítíte se po probuzení unavený/á?**

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

**21. Pociťujete snížení energie od doby, co máte poruchu spánku?**

- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- Ne

**22. Souhlasíte s tvrzením, že porucha spánku negativně ovlivňuje Vaši náladu?**

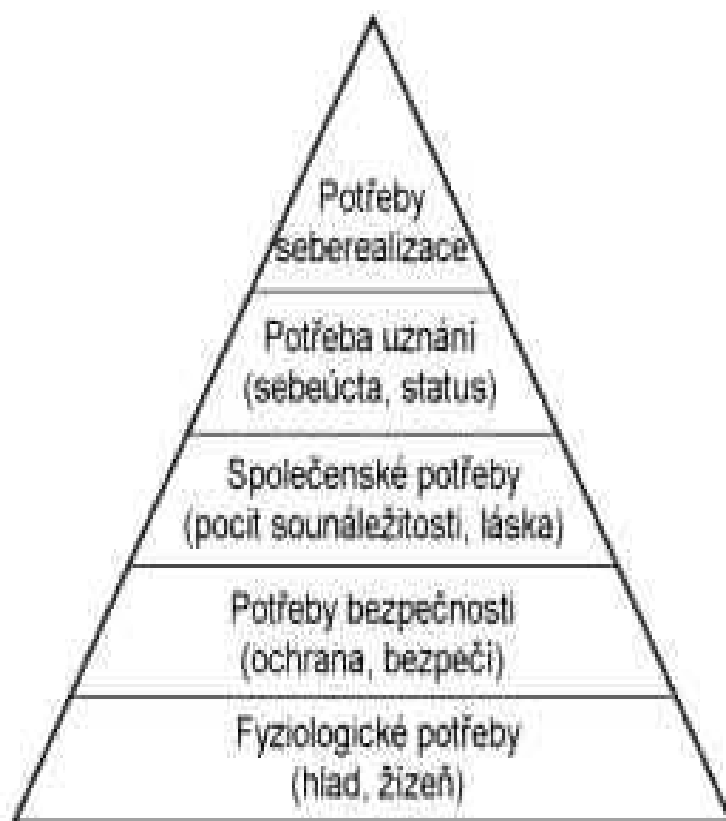
- Spíše ano
- Ano
- Spíše ne
- ne

**23. Co děláte, když nemůžete usnout z důvodu poruchy spánku?**

- Léky
- Relaxaci u televize, knihy
- Večerní procházkou
- Rozhovorem s partnerem/partnerkou, rodinou, přáteli,
- Jinak.....

Chcete nám něco sdělit?.....

## Příloha 2 Maslowova hierarchie potřeb



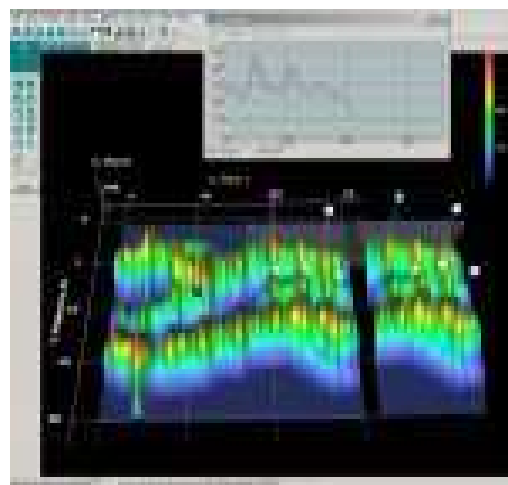
Zdroj: TRACHTOVÁ, E., a kol., *Potřeba nemocného v ošetrovatelském procesu*

### **Příloha 3 Spánkový kalendář**

Jméno.....  
Datum.....  
Vzal(a) jsem si léky (jaké, kolik).....  
Do postele jsem ulehl(a) v (h).....  
Světlo jsem zhasl(a) v (h).....  
Myslím, že jsem usnul(a) za (min, hod).....  
V noci jsem se vzbudil(a) (kolikrát).....  
Zůstal(a) jsem vzhůru (kolik min).....  
Naposledy jsem se vzbudil(a) v (h).....  
Z postele jsem vstal(a) v(h).....  
Po probuzení jsem se cítil(a) 1-vyčerpaný(a), až 5-zcela odpočatý(a).....  
Svůj spánek hodnotím celkově jako 1- nekvalitní, povrchní, až 5 – hluboký kvalitní.....  
Celková doba spánku v (h a min).....  
Spánková efektivita.....

Zdroj: PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L., *Nespavost*.

## Příloha 4 Spánková laboratoř



<http://www.21stoleti.cz/view.php?cisloclanku=2007071905>

## **Příloha 5 Možné ošetřovatelské diagnózy u poruch spánku**

00095	Porušený spánek
00096	Spánková deprivace
00093	Únava
00050	Porušené energetické pole
00094	Riziko intolerance aktivity
00055	Neefektivní vykonávání role
00059	Sexuální dysfunkce

Zdroj: taxonomie NANDA II