

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Poruchy spánku u klientů v domově důchodců

Bakalářská práce

Bc. Veronika Švábová, R.N.

2007

Jana Hadačová

Abstract

This bachelor work entitled “Sleep disorders with clients in senior homes” has been chosen in order to study the development of sleep in elderly.

Sleep is an integral part of our lives, and our need for sleep changes with increasing age. We sleep not only to rest and regenerate our strength, but also in order to maintain mental and physical health. The need of sleep is very individual and depends among other things on daily activity, age and the overall condition of the organism.

The character of sleeping changes with increasing age and it is difficult to decide in individual cases whether the actual problems are normal or already pathological. The quality of sleep is negatively affected by factors such as grief, loneliness, anxiety or change of environment. The elderly generally tend to retire to rest earlier in the day, they however take longer to fall asleep, often wake up during the night, rise early but on the other hand nap during the day.

For better classification of sleep disorders, a new version of the International Classification of Sleep Disorders – ICSD, was conducted in 1990, in collaboration with several associations and organisations researching these disorders. Sleeping disorders can, according to the international classification, be divided into primary disorders, such as dyssomnia and parasomnia, and secondary disorders connected to somatic or mental illnesses. The causes of sleep disorder can vary greatly and therefore the diagnostics must be thorough. Here, nurses also greatly participate to the diagnostics.

This research was conducted in order to find out what types of sleep disorders clients of senior homes suffer from, whether they are informed about the topics and how suitable their sleeping environment is.

The hypothesis that clients in senior homes suffer from sleeping disorders has been proved. The hypothesis that clients are informed about the problem has been proved as well, but with a very small difference from the opposite hypothesis. The hypothesis about the lack of knowledge for methods for obtaining quality sleep has been proved, while the hypothesis that clients have suitable environment for sleeping has been disproved.

The role of nurses is very important here, as they are always close by. They should be involved in the problems the clients have and they should try solving them by other methods than pharmacologically. Nurses should be sufficiently informed about the sleeping disorder problem and know how to use the knowledge in practical situations. Sleep is after all important for a total regeneration of the body and for regaining vitality.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „**Poruchy spánku u klientů v domově důchodců**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

podpis studentky

Děkuji vedoucím práce Bc. Veronice Švábové, R.N. za metodické vedení při psaní této bakalářské práce. Děkuji také za podporu při psaní této práce mé rodině.

OBSAH

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Stárnutí.....	4
1.2 Definice.....	4
1.3 Mytologie.....	4
1.4 Důležitost spánku.....	5
1.5 Spánkové fáze.....	5
1.5.1 <i>Non-REM (non rapidly eye movement).....</i>	<i>6</i>
1.5.2 <i>REM (rapid eye movement – rychlé oční pohyby).....</i>	<i>7</i>
1.6 Biorytmy.....	8
1.7 Poruchy spánku.....	9
1.7.1 <i>Příčiny poruch spánku.....</i>	<i>9</i>
1.7.2 <i>Primární poruchy.....</i>	<i>10</i>
1.7.2.1 <i>Dyssomnie.....</i>	<i>10</i>
1.7.2.2 <i>Parasomnie.....</i>	<i>15</i>
1.7.3 <i>Sekundární poruchy.....</i>	<i>16</i>
1.8 Diagnostika spánkových poruch.....	16
1.9 Terapie poruch spánku ve vyšším věku.....	16
1.10 Ošetřovatelský proces u poruch spánku.....	18
1.11 Relaxační techniky.....	21
1.12 Alternativní metody pro navození spánku.....	22
1.13 Domovy pro seniory.....	22
1.14 Geriatrický maladaptivní syndrom (GMS).....	23
2. Cíle práce a hypotézy.....	23
2.1 Cíle práce.....	25
2.2 Hypotézy.....	25
3. Metodika.....	26
3.1 <i>Metodika práce.....</i>	<i>26</i>
3.2 <i>Výzkumný soubor.....</i>	<i>26</i>

4. Výsledky	27
5. Diskuse	40
6. Závěr	47
7. Seznam použité literatury	49
8. Klíčová slova	53
9. Přílohy	54
9.1 Seznam příloh.....	54

Úvod

Téma poruchy spánku u klientů v domově důchodců jsem si vybrala, protože mě zajímá, jak se spánek mění v průběhu stáří. Spánek je nedílnou součástí našeho života. V současné době se zvyšuje počet seniorů, ale počet domovů pro seniory někdy nestačí. Chtěla bych zjistit, jaké mají klienti problémy se spánkem. Z toho může vyplynout jak se má sestra starat o klienty v domovech pro seniory a jak uspokojovat jejich základní potřeby v jejich životě mezi které spánek patří. Co vůbec nejčastěji ruší klienty v domovech pro seniory v průběhu spánku? A jak jsou vlastně informováni o poruchách spánku.

Spánek je nezbytný pro zachování a udržení dobrého duševního i tělesného zdraví. Pro organismus má ochranný a regenerační význam. Spánek stejně jako většina fyziologických funkcí se během stárnutí významně mění. Celkové trvání nočního spánku se ve stáří pomalu zkracuje. Denní spánky jsou však častější, takže celkové trvání spánku za 24 hodin není zásadně odlišné. Zvyšuje se také celkový počet probuzení během noci.

Sestry pracující se seniory se často setkávají s poruchami spánku klientů. Ale jak vlastně zkvalitnit spánek u seniorů, aby nebyli vyčerpaní a unavení při probouzení do nového dne. Jak jim pomoci? Je to určitě dlouhodobá práce, na kterou se musí všichni dobře připravit. Příprava by měla být nejen ze stran sester, ale i ze strany klientů, kteří by se učili novým metodám pro navození spánku. Sestry by se měly seznámit s touto problematikou, aby uměly vhodně řešit vzniklé problémy se spánkem.

1. Současný stav

1.1 Stárnutí

Stárnutí je neodvratný fyziologický děj, který je poslední ontogenetickou periodou našeho života. Je to přirozený průběh života a má mnoho projevů a důsledků involučních změn. Mění se funkční stav organismu, jako je například změna kostí, svalstva, ale i životní způsob seniora se může změnit. Ve stáří se často objevují i poruchy spánku, které mohou být způsobeny i somatickým onemocněním seniora.

(4, 7, 26, 27)

1.2 Definice

„Spánek je podle psychologa Maslowa základní lidskou potřebou, je to univerzální projev, společný všem bytostem. V minulosti byl spánek pokládán za typ bezvědomí, později za stav vědomí, kdy je snížené vnímání a reakce na okolní podněty. V poslední době se spánek definuje jako aktivní děj. Je charakterizovaný minimální fyzickou aktivitou, různou úrovní vědomí, změnami fyziologických funkcí a sníženou odpovědí na vnější podněty. Spánek je fyziologickou změnou vědomí. Lze je definovat jako pravidelně se opakující se reverzibilní stav organismu, charakterizovaný relativním klidem. Opakem spánku je bdělost.“(23 s. 70)

Nejdůležitější charakteristika spánku může být definována behaviorálně. Jako stav klidu s minimální pohybovou aktivitou v typické poloze a ve vhodném místě, s omezením vnímání okolního prostředí, s výrazným omezením na vnější prostředí a se změněnou činností mozku na rozdíl od bdělého stavu přicházející v závislosti na cirkadiálním rytmu. Kdy dochází k regeneraci organismu jako celku. (5, 12)

1.3 Mytologie

Spánek je považován odpradáva za něco mimořádně důležitého. Vždy se říká dodnes „vyspíme se na to“, „ráno je moudřejší večera“. Mnozí věří, že ve spánku může člověka ledacos dobrého napadnout. (1)

Spánek měl v mytologii i svého boha. Řekové měli bohy dva, oba byli synové Noci. Jmenuvali se Hypnos – spánek a Thanatos – smrt. Thanatos je bohem spánku věčného, hypnos každodenního. Hypnos vychází každou noc se svou matkou z Tartaru, obchází svět a odnímá lidem starosti a sesílá jim sny. Při jejich zobrazení je Thanatos krásný mladík, který zháší pochodeň, zatímco Hypnos je někdy dítě, jindy jinochem a někdy starcem. Mívá křídla a v ruce berlu nebo ratolest, kterou se lidí dotýká a tím je uspává. Platilo, že spravedliví lidé spí dobře, protože nic, co by plašilo spánek od jejich lože, je netíží v jejich svědomí. (1)

1.4 Důležitost spánku

Spánek a odpočinek jsou nezbytné předpoklady pro zachování a udržení dobrého duševního i tělesného zdraví. Má pro organismus ochranný a regenerační význam. Pravidelný, dostatečný spánek pomáhá udržovat normální funkci centrálního nervového systému, je obranným mechanismem proti vyčerpání organismu.

Potřeba spánku je u každého individuální. Závisí mimo jiné na denní aktivitě člověka, na fyziologickém stavu organismu, na věku a dalších faktorech. Mezi tyto faktory patří **fyziologicko - biologické faktory**. Kam se zařazuje věk, nemoc, bolest, jídlo, pití, pohyb, aktivita a změna způsobu života. Mezi **psychicko - duchovní faktory** se zařazuje úzkost, strach, nejistota, nedostatek činnosti, nuda, ztráta smyslu života. **Sociálně - kulturní faktory** jsou mezilidské vztahy, disharmonie v rodině, pracovní problémy, finanční problémy. Mezi **faktory životního prostředí** patří nadměrný hluk, světlo, stav ovzduší, tlak vzduchu, nevyhovující prostředí, zařízení ložnice. (14, 23, 25)

Spánek stejně jako většina fyziologických funkcí doznává během stárnutí významných změn. Celkové trvání nočního spánku se ve středním věku a ve stáří pomalu zkracuje. (21)

1.5 Spánkové fáze

Spánek je funkční stav organismu podobně jako bdělost. Pro tento stav je typické cyklické opakování jednotlivých spánkových fází a stádií. Každé z nich je

charakterizováno specifickými změnami vegetativními, endokrinními, elektrofyziologickými a behaviorálními. (12, 23)

Již okolo roku 1930 vědci zjistili, že elektrická aktivita neuronů se velmi liší, když je člověk bdělí, od momentů, kdy spí. Elektrické potenciály vytvářené jednotlivými strukturami mozku, tedy elektroencefalografický záznam, se zásadně liší od záznamu pořízeného v bdělém stavu. Alfa aktivita, typická pro bdění, při usínání mizí a objeví se jiné typy křivek v určitém sledu. A následně nastupují stádia spánku. (18, 24)

1.5.1 Non-REM (non rapid eye movement)

Jedná se o synchronní, pomalý spánek, který je ovlivňován hypothalamem. Non-REM spánek je vývojově mladší. Je řízen serotoninem. Ve spánku má pomalou EEG aktivitu a probuzení v této fázi je nefyziologické, protože člověk nedosáhne dokonalé regenerace sil a cítí se unavený. (5, 23, 24)

Non-REM fáze má určitá stádia, která se dělí.

I. stádium (somnia, theta spánek). Toto stádium subjektivně odpovídá stavu usínání, dochází k postupnému psychickému uvolnění a relaxaci svalstva. Člověk je klidný, ospalý a tím se zpomaluje srdeční tep a dýchání. Kontakt s okolím se pozvolna rozostřuje až ztrácí. Oční bulby se pomalu pohybují ze strany na stranu.

I. stádium trvá několik minut. (12, 18, 23)

II. stádium (vřetének, sigma spánek). Jedná se o lehký spánek se zpomalením procesů v organismu. Člověk se probudí i na malý podnět, jako je lehký dotek či zvuk. Pokud se v tomto stádiu člověk probudí, může být přesvědčen, že vůbec nespál. Oční bulby se nepohybují, je to klidný spánek bez motorických projevů. Tato fáze zaujímá 40 – 45% celkového spánku. (12, 18, 23)

III. stádium. Z tohoto spánku je obtížné probuzení. Jedná se o středně hluboký spánek se svalovou relaxací, poklesem krevního tlaku a tělesné teploty. (23)

IV. stádium (delta spánek). Nejhlubší spánek. Frekvence dýchání a srdce se snižuje, svalstvo je úplně uvolněné. Spánek je klidný bez motorických projevů a

nereaguje na běžné zevní podněty. Z tohoto stádia je obtížné probuzení. Objevuje se za 30 – 40 minut po usnutí při němž dochází k regeneraci sil organismu. (12, 18, 23)

Non-REM spánek tvoří asi 80 % doby, kterou prospíme. Je nezbytný pro obnovu fyzických sil organismu. (25)

1.5.2 REM (rapid eye movement – rychlé oční pohyby)

Paradoxní spánek, který je ovlivňován mozkovým kmenem, hormony a hypothalamo - hypofyzárním systémem. (5, 12, 18)

REM fáze nastupuje zhruba po 1 – 2 hodinách spánku, rhomocefalický spánek. Tato fáze je vývojově starší a při řízení se uplatňuje noradrenalinem. EEG vlny se přesunují do vyšších pásem a s tím se začínají vyskytovat aktivní sny. Svalový tonus je snížený a jsou přítomny svalové záškuby končetin, nepravidelné krátké záškuby brady i celého těla. Srdeční tep i krevní tlak se stávají nepravidelnými a roste spotřeba kyslíku. Dochází ke zrychlení dechu i s případnou apnoí. Pohyby očních bulbů jsou nepravidelné a rychlé. Zvyšuje se tělesná teplota, metabolismus a sekrece žaludečních šťáv. Z fáze REM se člověk probouzí. Toto stádium objevil před 50 lety Eugen Aserinsky, kdy pozoroval rychlé pohyby očí pod zavřenými víčky spícího člověka. (12, 18, 23, 26)

V REM spánku dochází k uspořádání zážitků, upevnění paměti a obnovení psychických sil. Je nezbytný pro duševní zdraví. Tvoří asi 20 % doby spánku člověka. (25)

Pravidelný noční spánek začíná asi 90 minutami non-REM spánkem, který je následován 15 minutovým REM spánkem. Stádia spánku se stále opakují, během noci celkem 3 -5 cyklů po 90 minutách. Průměrná doba spánku by měla být 6 – 9 hodin. Ve stáří bývá spánek často přerušovaný. Příčinou je např. bolest, dechové obtíže, časté nucení na mikci, syndrom neklidných nohou atd. Ve stáří dochází k tomu, že spánek neprobíhá v celku, ale bývá často přerušovaný. Na straně druhé je zde totální spánková perioda, kdy doba od prvního usnutí k poslednímu rannímu probuzení je ve stáří průměrně delší než ve středním věku díky častým nočním probuzením. Starší člověk stráví více času v posteli než mladší. Potřeba spánku u každého je jiná a individuální. (5, 7, 18)

Spánek má několik funkcí. Funkci zotavovací (syntetická) a funkci behaviorální. Do těchto kategorií se zařazuje vliv spánku na jednání a chování člověka. Spánek se považuje za zotavovací děj. Non-REM spánek se zaměřuje na zotavení celého těla a REM spánek slouží k regeneraci psychických funkcí. Nedostatek spánku může vyvolat i změny chování. Dále spánek umožňuje psychickou a fyzickou pohodu, zvyšuje odolnost proti nemocem, pomáhá ukládat naučené věci do paměti. Je důležitý při regeneraci tkání a regulaci imunitních funkcí. (18, 23)

1.6 Biorytmy

Potřebu spánku řídí a usměrňují cyklické biologické hodiny. Při změnách životního rytmu, změnách spánkových zvyklostí působí na spánek negativně. Vnitřní hodiny u člověka mají endogenní charakter a jsou synchronizovány s vnějšími faktory, jako je světlo a tma, gravitace a elektromagnetické vlnění. Biorytmy se u člověka projevují v jednotlivých činnostech orgánů.

Biorytmy se rozdělují podle délky cyklu. „*Cirkadianní rytmus* (cirka – zhruba, asi; die – den) představuje změny, spojené s cyklem otáčení Země. Je 24hodinový a zahrnuje cyklicky se opakující změny tělesné teploty, renální exkrece kalia, hodnot krevního tlaku, příjem potravy a spánek.“ Člověk, který je svěží a čilý časně ráno a večer dříve usíná často před 22 hodinou se označuje jako ranní ptáče či skřivan a druhý typ je noční sova či jen sova, která neusne před půlnocí. To, jestli je člověk skřivan nebo sova je dědičné. (18, 23 s. 73)

Mezi půlnocí a 6 hodinou ranní klesá u člověka krevní tlak, snižuje se koncentrace, při noční práci vzniká většina úrazů. Od 6 hodin do 12 hodin dochází často k srdečním infarktům, výkonná je krátkodobá paměť. Od 12 do 18 hodin výkon v intelektové oblasti je velice dobrý, čich a chuť jsou citlivější než dopoledne. Od 18 hodin do půlnoci často vznikají astmatické záchvaty, jsou bolesti žaludečních vředů, sekrece žaludečních šťáv je v maximu. Ve stáří často dochází k posunutí cyklu spánku a bdění. (7, 23)

1.7 Poruchy spánku

Charakter spánku se mění s narůstajícím věkem a při individuálním hodnocení je někdy nesnadné vymezit, které problémy jsou přirozené a které již patologické. Obecně platí, že senioři aktivní, zapojení do komunity spí lépe. Kvalitu spánku zhoršují faktory jako zármutek, osamocení, úzkost, nucený odchod do důchodu. Obecně mají staří lidé tendenci chodit dříve spát, ale déle usínat, v noci se často probouzejí, ráno dříve vstávají a přes den i několikrát usínají. Zhruba třetina dospělých si stěžuje na poruchy spánku. (6, 9)

Pro lepší klasifikaci poruch spánku bylo v roce 1990 nově přepracovaná verze Mezinárodní klasifikace poruch spánku (International Classification of Sleep Disorders – ICSD) ve spolupráci s různými asociacemi a společnostmi pro výzkum poruch spánku. Poruchy spánku se podle této mezinárodní klasifikace dělí na primární poruchy kam zařezujeme dyssomnii a parasomnii a sekundární poruchy, které jsou spojené s onemocněním somatickým nebo duševním. (12, 19)

1.7.1 Příčiny poruch spánku

Příčiny poruch spánku můžou být vnější a vnitřní.

Vnější poruchy jsou způsobené nepřiměřenou spánkovou hygienou. Pití kofeinu před spaním, kouření, stres před spaním, intenzivní duševní práce před spaním. Mezi další příčinou mohou být fyzikální faktory. Jako je teplo, hluk, světlo či pohyb spoluspícího. Příčinou může být i maladaptace.

Vnitřní poruchy mohou být způsobeny naučenou insomnií, kdy člověk má vypěstovanou představu, že spánek se nedostaví. Pseudoinsomnie pokud je člověk přesvědčen, že nespí. Narkolepsie je záchvat spánku v průběhu dne, spánková apnoe, syndrom neklidných nohou, což je nepříjemný pocit v dolních končetinách před spánkem. (19)

1.7.2 Primární poruchy

1.7.2.1 Dyssomie

Dyssomie jsou poruchy spánku spojené s nespavostí a se zvýšenou spavostí během dne. Spánek seniorů a pacientů s organickým mozkovým poškozením může být rušen i dalšími příznaky, které jsou na spánek vázané. Je zde zařazena obstrukční spánková apnoe, syndrom neklidných nohou a gastroezofageální reflux. (7, 19)

Insomnie

Nejčastěji je definována jako subjektivní pocit zhoršené kvality či délky spánku. Insomnie patří mezi nespecifické příznaky stáří. Lidé často mají problémy s usínáním, často se v noci probouzejí nebo mají pocit nedostatečného spánku. Budí se často v ranních hodinách a jsou nevyspalí a unavení. Jedná se o nejčastější poruchu spánku. Lidé, kteří trpěli insomnií během středního věku, jí většinou trpí i ve svém stáří často i ve větší míře. Tyto rysy odpovídají primární insomnii. (21, 22, 23)

Sekundární insomnie je častější u neurologických onemocnění, jako je demence, Parkinsonova nemoc, stavy po CMP, delirium, u epileptiků záchvaty v noci, u endokrinních onemocnění (nejčastěji hypothyreózy), u oběhových chorob (hypertenzní krize, intoxikace Digoxinem), u akutního infarktu myokardu, u bolestivých stavů. (5)

Autoři rozdělují insomnii různým způsobem. Například R. Jirák ji rozděljuje tímto způsobem. Insomnie primární nebo-li neorganickou a na sekundární organickou. Ve stáří je častější sekundární. Na vznik sekundární insomnie se podílejí vlivy somatické, psychické, faktory zevního prostředí, ale i vlivy iatrogenní. Mezi somatické vlivy, které narušují spánek patří bolesti vertebrogenní či jiného původu, dále dušnost nebo poruchy srdečního rytmu. Iatrogenní insomnie může být způsobena ve vyšším věku u pacientů s organickým onemocněním tím, že během dne se jim podávají neuroleptika či benzodiazepiny. Tyto látky mohou působit tlumivě a pacienti během dne pospávají, což může vést ke spánkové inverzi. (7)

Intenzita insomnie se rozděluje do 3 stupňů. Mírná, střední a závažná.

Mírná insomnie se projevuje skoro každodenní stížností na nedostatečné množství spánku nebo pocit neodpočinutí. Zhoršení pracovního výkonu je mírné. **Střední insomnie** je každodenní nedostatečné množství spánku. Provázena mírnou či střední intenzitou zhoršení pracovního výkonu. Doprovázena pocitem neodpočinutí, podrážděním nebo denní únavností. **Těžká insomnie** je každodenní nedostatečné množství spánku. Provázena vždy pocitem neodpočinutí, podrážděností a denní únavností. „Trvání insomnie se dle mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění rozděluje na akutní (do 1 měsíce), subchronické (1 až 6 měsíců) a chronické (více než 6 měsíců)“. (12, 12 s.68)

Typy nespavosti

Krátkodobá nespavost trvá nejčastěji několik dní. Může být způsobena stresem, změnou prostředí, tělesnými potížemi či změnou zevních podmínek. Lidé s krátkodobou nespavostí mají nespecifické příznaky, jako jsou bolesti hlavy, podrážděnost a pocit únavy.

Přetrvávající (chronická) nespavost se objevuje nejméně třikrát za týden po dobu delší než jeden měsíc. Rozeznávají se dva typy chronické nespavosti. Nespavost primární, která se objevuje jinak u zcela zdravého člověka a nespavost sekundární, která je přítomna u jiného onemocnění. U primární insomnie je nespavost jedním a hlavním příznakem. Tento termín je vymezen dobou delší než jeden měsíc, kdy člověk má problémy s usínáním a udržením spánku. Velmi často je spojeno s nedostatečnou spánkovou hygienou. Faktory, které se mohou podílet na vzniku nespavosti jsou chronický stres a zvýšená bdělost. Chronická sekundární nespavost se objevuje u lidí, kteří mají jiné onemocnění často psychického původu. Nespavost je totiž příznakem deprese, mánie, zneužíváním návykových látek, ale také u neurotických a organických poruch. Pacienti se somatickým onemocněním mívají zhoršený spánek. (18)

Nespavost se dělí do základních druhů dle Praška:

Primární insomnie. Do této skupiny patří psychofyziologická insomnie a idiopatická insomnie. Psychofyziologická insomnie se projevuje poruchou usínání. Porucha souvisí z obav nebo myšlenek, které se týkají usínání (nemohu usnout). Porucha se může objevit i při tělesném napětí. Před spaním myslí člověk na to, že nemůže usnout. Tím vzniká napětí a je zde bludný kruh nespavosti. Tento stav se dá zvládnout i bez léků.

Idiopatická insomnie se objevuje už v dětství a jedná se celoživotní průběh. Je zde porušeným mechanismus spánku bdění. Léčí se poměrně obtížně. (18)

Insomnie z vnějších příčin je nejčastěji způsobená nedostatečnou spánkovou hygienou. Noční spánek člověka je narušen. Je způsoben pitím kávy před spaním, kouřením, stresem nebo poruchou v pravidelnosti usínání. Nepravidelnost ve spánkovém režimu může mít za následek vznik chronické nespavosti. Je to hlavně pospávání v dopoledních a odpoledních hodinách. Tento režim může mít negativní vliv na spánek. (18)

Na kvalitu spánku mají vliv i rušivé vlivy prostředí. Kam patří hluk, světlo či nadměrné teplo, ale i změna prostředí může způsobit narušení spánku. Kofein před spaním zvyšuje bdělost a tím snižuje množství spánku. Potraviny, které kofein obsahují jsou káva, čaj, kakao a kola. Čokoláda také obsahuje látky, které mají stimulační účinky a proto by se neměla konzumovat před spánkem. Kofein v malých dávkách může zvýšit bdělost a zlepšit výkon. Nikotin zvyšuje ostražitost, ale i bdělost. Nikotinismus zvyšuje celkové napětí a vede k nespavost. Nikotinismus je stav, kdy člověk vykouří 10 a více cigaret denně. Při vykouření více cigaret má člověk problémy s usínáním. Alkohol také může způsobit nespavost. Může vést až k závislosti. (18)

Insomnie vyskytující se při jiných poruchách spánku. Jedná se o rozmanitou skupinu insomnií. Poruchy rytmu spánku a bdění mohou napodobovat pravou insomnií. Je to porucha cirkadiálních rytmů spánku. Člověk pocítuje potřebu spánku v jiných denních hodinách než je běžné pro spánek. Bývá často u lidí, kteří pracují na směny.

Sekundární insomnie u psychických poruch – depresivní poruchy, manické epizody, panická porucha, posttraumatická stresová porucha, generalizovaná úzkostná

porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, akutní vzplanutí psychózy, porucha spánku ze závislosti na alkoholu, delirium. (18)

Druhotná nespavost (sekundární insomnie) u tělesných onemocnění – plicní onemocnění, kardiovaskulární onemocnění, bolest a fyzická nepohoda, zvýšená činnost štítné žlázy, poruchy ledvin, jater, diabetu mellitu.

Insomnie při používání některých léků – porucha spánku v závislosti na hypnoticích. (18)

Hypersomnie

Nadměrně zvýšená potřeba spánku. Lidé s touto poruchou spí až do oběda a usínají i odpoledne. Hypersomnie má vztah k psychofyzilogickým problémům, ke kterým patří psychické poruchy (úzkost a deprese), u poškození centrální nervové soustavy, při onemocnění ledvin a jater, u metabolických poruch (diabetická acidóza). Může se stát i obranným mechanismem při problémech či ve stresových situacích. (20, 23)

Narkolepsie

Člověk náhle a proti své vůli nakrátko usne. Při tomto spánku si většinou dobře odpočine. Postižený se může poranit například při pádu. Příčina není dosud známa. Předpokládá se zda se nejedná o genetický defekt centrální nervové soustavy. U narkoleptického záchvatu začíná spánek REM fází. Narkolepsie bývá někdy spojena se záchvaty, které jsou spojeny s částečnou nebo úplnou svalovou paralýzou. Při léčbě se uplatňuje změna denních aktivit a při největší únavě si může nemocný na chvíli odpočinout. Z léků se podávají nootropika, stimulancia a anfetaminy. (20, 23)

Spánková apnoe

Jedná se o periodické zastavení dýchání během spánku. Má dvě formy obstrukční a centrální spánkové apnoe. Obstrukční forma je závažné onemocnění, kdy dochází ke ztrátě svalového tonu horních dýchacích cest během noci. Způsobuje významnou hypoxii. To vede k častým probuzením. Onemocnění se projevuje hlasitým

chrápáním a častými apnoickými pauzami v průběhu spánku. Během dne mají pacienti tendenci pospávat a cítí se unavení. Postupně může docházet až k poruchám paměti a či poklesu intelektových funkcí. Pacienti s tímto onemocněním by měli navštívit otolaryngologa a dále by měli být léčeni na specializovaném pracovišti, jako například ve spánkové laboratoři. Centrální spánková apnoe se vyskytuje ve stáří častěji. Zjišťuje se náhodně při vyšetření. V průběhu dne není člověk unavený a nemá známky hypoxie. Příčinou může být onemocnění centrální nervové soustavy. Tyto dvě formy se mohou u pacientů i kombinovat. (7, 22, 23)

Syndrom neklidných nohou (restless-legs syndrome)

Ve stáří je to poměrně častá obtíž, která může narušovat spánek. Pacienti popisují v dolních končetinách různé parestezi a prevenční. Pacienti s dolními končetinami hýbají, třou a to brání usínání. Ke zmírnění těchto příznaků může pomoci kyselina acetylsalicylátová, vyhřátá postel, cvičení nebo masáž nohou. (7)

Gastroezofageální reflux

Může vést k probuzení člověka v průběhu noci. Při něm dochází k pronikání kyselého žaludečního obsahu zpět do jícnu, který je poškozován. Může být přítomen kašel, pálení v hrdle či aspirace. Je to velmi nepříjemný pocit, který je pro člověka rušivý. Je to způsobeno nedostatečností dolního jícnového svěrače. (7)

Poruchy kontinuity spánku nebo – li spánková inverze

Během stáří dochází k tomu, že lidé mají přerušovaný spánek a tento rozdíl dospívají během dne. Dochází tak k polycyklickému spánku během den. Jedná se o obrácený rytmus spánku, který je často poruchou spánku u starých lidí. Člověk během dne několikrát usne. V noci spát nemůže, je čilý a aktivní. (23)

Spánek starých lidí je podobný spánku kojence. Lidé však nemají dostatečný pocit odpočinku po spánku. Nepravidelnost spánku je výraznější u dementních lidí. (7)

1.7.2.2 Parasomnie

Zahrnuje všechny abnormální děje, které se vyskytují během spánku. Vyskytují se v průběhu spánku v epizodách ruší průběh spánku. Do této skupiny patří náměsíčnost, noční děsy, noční pomočování u dětí, mluvení ze spaní, skřípání zubů.

(7, 23)

Hypnagogické záškuby jsou náhlé, spontánní, rychlé záškuby svalstva končetin. Objevují se často během usínání. Intenzita a četnost těchto záškubů se může zvýšit v období kdy je člověk ve stresu, při nadměrné tělesné zátěži, či při vyšších dávkách kofeinu. (12)

Hypnagogické pseudohalucinace patří mezi nepravé halucinace. Jsou to přechody mezi bděním a snem. Jedná se často o zrakové a sluchové pseudohalucinace.

Chrápání (ronochopatie) je v populaci zcela běžné, je častější s postupujícím věkem. Nepravidelné chrápání může být příznakem vážnějšího problému, např. spánkové apnoe. To může vést až ke sníženému zásobení mozku kyslíkem s dalšími nepříznivými následky na psychiku. (26)

Bruxismus nebo-li skřípání zubů, je vyvolán rytmickými stahy žvýkacích svalů v době spánku. Skřípání zubů může být i velmi hlučné a značně obtěžující pro okolí. Pokud je skřípání zubů časté může dojít až k poškození třecích plošek zubů či zánětům dásní. (12)

Somnologie nebo-li mluvení ze spánku je časté u dětí, ale běžně se objevuje i u dospělých. Spící spontánně mluví ze spánku a někdy je možno somnologií navodit konverzaci, kdy nám spící odpovídá na otázky. Takové mluvení se označuje jako somnodialogie. Nejčastější bývá v období stresu či emocionální zátěže. (12)

Somnambulismus nebo-li náměsíčnost je stav, kdy se objevuje komplexní motorické chování. Nejčastěji se objevuje v první polovině noci ve fázi non-REM. Spící provádí složité pohyby, vstane z lůžka, chodí po ložnici, může vyjít i ven. Oči má otevřené, vyhýbá se překážkám, otevře si i dveře. Po určité době se vrátí do postele nebo se uloží tam, kde zrovna je, a spí dále. Příčinou je pravděpodobně dědičnost, protože téměř všichni náměsíční mají v příbuzenstvu někoho, kdo zhruba ve stejném věku trpěl náměsíčností. (18)

Spánková opilost je stav, který je definován nedokonalým probuzením, které je provázeno dezorientací a zpomalenou reaktivitou. Postižený se chová jako opilý, mluví z cesty, motá se. Spánková opilost vzniká, pokud jsme probuzeni z hlubokého spánku. (12)

Spánková obrna. Spící se probere a ví že se probudil. Je plně orientovaný, ale nemůže se nějakou dobu pohnout. (18)

1.7.3 Sekundární poruchy

Provázejí jiné choroby spojené se somatickou nebo duševní poruchou. Často se objevuje u onemocnění jako deprese či poruchy štítné žlázy. (19, 29)

1.8 Diagnostika spánkových poruch

Důležitým faktorem správné diagnostiky je správně odebraná anamnéza, která je zaměřená na jednotlivé problémy se spánkem. Klient odpovídá na jednotlivé otázky, které s k této problematice vztahují. Je zde významná role sestry a její komunikační dovednosti. Pokud klient na základní otázky vztahující se k poruchám spánku odpoví kladně, dávají se další otázky. Důležité je zjistit veškerou medikaci, udělat si přesný obraz o klientově somatickém a psychickém stavu o jeho návycích. Jestli pije alkohol, kofein, zda kouří a jaké léky užívá. Je potřeba odhalit všechny příčiny bolesti, která může narušovat spánek. V případě diagnostických pochybností posílá lékař pacienta ke specialistům. Spánek se objektivně hodnotí ve spánkových laboratořích. (7, 8)

1.9 Terapie poruch spánku ve vyšším věku

Nefarmakologické přístupy

Jsou velmi důležité. Někdy stačí úprava režimu a spánek pacienta se zlepší. Je to zejména u pacientů, kteří mají poruchy cyklu spánek - bdění. Někdy stačí z prostředí pro spánek odstranit rušivé vlivy jako jsou tikající hodiny, na které se v době probuzení klient může podívat a to vede k rozrušení, že nemůže spát. K nápravě při rušení spánku z vnějších příčin může pacient použít zátky do uší a nebo si upravit tepelný režim v pokoji kde spí. (7)

Výsledků se může také dosáhnout, když se pacient naučí relaxovat nácvikem autogenního tréninku. Je to možné pouze u seniorů, kteří nemají demenci. U dementních pacientů se musí vhodně naplánovat průběh dne a aktivity během dne. Toto vše, ale nesmí mít příliš velkou intenzitu. Aktivity nesmí vést k nadměrné únavě a k bolesti, které by spánek zhoršovali. (7)

Ke zlepšení spánku může napomáhat i psychoterapeutické techniky, které vedou ke snížení stresu. Pomáhá hlavně u pacientů, kteří trpí nejistotou a úzkostí.

Farmakologická léčba nespavosti

Hypnotika

Patří mezi nejpoužívanější skupinu léčiv při poruchách spánku. Jsou rozdělovány do jednotlivých skupin podle chemického složení.

Barbituráty se v dnešní době již mnoho nepoužívají, protože mají velké množství nežádoucích účinků a vedou k snadnému návyku.

Benzodiazepinové deriváty bývají také návykové. Při náhlém vysazení se mohou objevit specifické příznaky. Pokud se tato hypnotiky používají, mají se podávat pouze omezenou dobu. (7)

Farmaka jiných skupin než hypnotika

K hypnotické indikaci jsou používány i jiné léky.

Neuroleptika se používají u seniorů s organickým postižením mozku, především ale u seniorů s poruchami spánku trpících demencí.

Antidepresiva se podávají u případů insomnie spojené s depresivní symptomatickou v seniorském věku. Někdy stačí ke zvládnutí poruch spánku podání antidepresiv.

Benzodiazepiny nehypnotické by se neměly podávat pro nebezpečí zhoršení spánkové apnoe a pro nebezpečí vyvolání pádů. (7)

1.10 Ošetřovatelský proces u poruch spánku

Hodnocení spánku z pohledu sestry

Během příjmu pacienta by měla být sestrou provedena anamnéza, a to se zvláští pečlivostí a se zaměřením na spánek. Je nutné zjistit délku spánku, typ spánku, bdění, kvalitu, čas nerušeného spánku, trvání a čas spánku během dne, zvyklosti a rituály před spaním, které mohou být velmi důležité. (29)

K hodnocení spánku se využívají různé dotazníky například Morinův spánkový dotazník či mapování problémů se spánkem. Sestry by se měli s tímto dotazníkem seznámit. (viz Příloha 2 a 3)(18)

Pro hodnocení spánku a jeho poruch je velmi důležité si vytvořit takzvaný spánkový diář. **Spánkový diář** si vedou pouze klienti, kteří mají nějaké problémy se spánkem. Diář tím poskytne přesnější informace o poruchách spánku. To poslouží ke správné diagnostice poruch u klienta. Sestra u klientů, kteří si budou tento spánkový diář vést, by měla poučit a vysvětlit jak se bude provádět zápis do diáře. (8)

Důležité je pravidelné vedení záznamu o spánku, aby bylo jasné jak to ve skutečnosti s poruchou spánku vypadá. Stačí zapisovat jen přibližné údaje. Údaje se zaznamenávají během 1 či 2 týdnů. Po probuzení se zaznamenávají tyto informace. Zaznamená se datum a den v týdnu, aktivity během dne, které by mohly spánek nějak ovlivnit. Dále se zapisuje co člověk jedl před spaním, jestli cvičil před spaním nebo v průběhu dne. Důležité je také zaznamenávat rituály před spaním, dobu ulehnutí na lůžko a za jak dlouho usne po ulehnutí. Klient si také zapisuje, jestli se v noci budí, jak dlouho spí, jestli se mu zdály sny nebo jestli v noci chrápe. V případě, že člověk nemůže spát co v noci dělá a jak se cítí po probuzení a v průběhu dne. Pospávání během dne se také musí zaznamenávat do spánkového diáře. (8, 18)

Sestra by měla vést rozhovor nejen při sběru anamnézy, ale i v celkovém průběhu a zjišťovat, jestli se u klienta neobjevily další poruchy spánku nebo jestli něco klienta neruší v době spánku. Povídat si s klientem o jeho problémech a těžkostech se spánkem a to vše by si měla sestra pečlivě zaznamenávat. (29)

Fyzikální vyšetření využívá sestra během tohoto rozhovoru. Sleduje pacienta jaký má 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. U pacienta by tyto projevy měla sestra sledovat každý den. (29)

Faktory, které mohou být příčinou poruch spánku jsou problémy způsobené vlastní nemocí nebo nemocí v rodině, neschopností čelit stresům, změna prostředí a rituálů, které souvisí se spánkem, odejmutí léků, nesprávné užívání léků na nespavost. (29)

Ošetřovatelská diagnóza

00095 Porušený spánek v souvislosti s vnějšími nebo vnitřními faktory projevující se verbalizací, nedostatečným odpočinkem, zvýšenou podrážděností, neklidem, nezájmem o okolí, zíváním, kruhy pod očima. (2, 10)

Cíl: Klient má zlepšený spánek a odpočinek.

Výsledná kritéria: Klient zná důvody způsobující poruchy spánku.

Klient chápe potřebu optimální rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem.

Klient zděluje své problémy se spánkem.

Klient umí používat alternativní metody pro navození spánku.

Ošetřovatelské intervence pro kvalitní spánek

Velmi častá příčina poruch spánku (nespavosti) je způsobená nedostatečným dodržováním **spánkové hygieny**. Pro kvalitní spánek je zapotřebí, zajistit příznivé podmínky. Sestry by měly informovat klienty o zásadách spánkové hygieny.

Ochrana prostoru pro spánek. Je potřeba vyloučit všechny rušivé vlivy, které by mohly rušit kvalitu spánku. Patří sem nadměrné světlo, hluk, horko nebo zima. Vhodné je mít ložnici pouze na spaní. Pokud partner chrápe a je-li to možno spí druhý partner v jiné místnosti. Mohou se používat i špunty do uší.

Kvalitní postel je velmi důležitá. Pokud člověk nespí pohodlně na své posteli, velmi snadno se může při každém otáčení probudit. Standardní rozměr lůžka je 90 x 180 cm. Postel by měla být minimálně o 15-20 cm delší, než činí vlastní výška člověka.

Správná poloha je při usínání velmi důležitá. Poloha na břicho je při některých onemocněních páteře nevhodná. Při bolestech hlavy a závratích je zakázána.

Noční můry a děsivé sny. Při děsivém snu a následném probuzení je velmi důležité se uklidnit pomocí pomalého dechu a zkusit znovu usnout

Před spaním asi 2 – 3 hodiny se doporučuje přijímat lehce stravitelnou večeři. Nedoporučuje se chodit spát s přeplněným žaludkem, protože hrozí neklidný spánek.

Vyloučení kořeněných jídel, kofeinu, alkoholu a cigaret těsně před spaním. Tyto látky zvyšují bdělost. Kofein může mít vliv na spánek ještě 6 hodin po jeho příjmu.

Pokud jsou problémy s močením v noci, které člověka probouzejí, musí se omezit příjem tekutin ve večerních hodinách. Je dobré vymočit se před spaním.

Dobré uvolnění je pomocí teplé koupele 2 - 3 hodiny před spaním. Poslech uklidňující hudby či relaxací.

Místnost pro spaní by měla být dobře větratelná, tmavá, klidná a spíše chladnější. Doporučuje se teplota kolem 20 °C.

Mezi nápoje, které podporují spánek patří mléko. Před spaním se doporučuje sklenice teplého mléka.

Zvyknout si na určitou rutinu, která se udržuje. Stanovit si pevný čas, ve který se půjde ulehnout.

Vyhnout se pospávání během dne. Hledat si aktivity během dne. Nechodit si lehnout po obědě, protože večer bude opět problém s usínáním.

Používat postel pouze pro spaní, nikoliv pro práci, čtení, televizi, jedení, poslech rádia apod.

Pravidelná strava a cvičení během dne podpoří biorytmy. Ideální je ranní cvičení a pak vlažná sprcha.

Nechodit si lehnout, dokud není člověk unavený. Nenutit se usnout. Uklidnit se. Nedřímát během dne. Zkontrolovat si léky. (1, 3, 18)

1.11 Relaxační techniky

Relaxace je důležitá pro uvolnění napjatého svalstva, dále při podrážděnosti a úzkosti. Toto vše brání spánku. Návik relaxace může trvat delší dobu. Pro relaxaci se využívají různé techniky. Sestry by se měly s těmito technikami seznámit a používat je ve své praxi. (18)

Návik dechové relaxace

Při podrážděnosti a napětí je dýchání povrchní a rychlejší. Člověk si to ani nemusí uvědomit. Krátká relaxace může snížit napětí, podrážděnost a zlepšit usínání. Pro naučení této dovednosti je nutné ji cvičit 2krát denně pět minut alespoň 4 týdny. (viz Příloha 5) (6, 18)

Osnova progresivní relaxace

Osnova se dá poměrně rychle naučit, vede k vytvoření podmíněného spojení a umožní aplikaci v situacích vyvolávajících napětí. Osnova je rozdělena do prvního a druhého sezení. Návik fáze uvolnění je další metoda v progresivní relaxaci. Jejím cílem je zkrátit dobu potřebnou k dosažení relaxace vynecháním fáze napětí. Příkládám v příloze. (viz Příloha 6) (18)

Autogenní trénink

Tuto metodu tréninku vypracoval berlínský lékař profesor J. H. Schulz. Vychází z poznatků o vzájemné souvislosti mezi psychickým napětím, stavem vegetativní nervové soustavy a napětí svalstva. Člověk je schopen vlastní vůlí měnit napětí kosterního svalstva a tím ovlivnit uvolnění psychické. Celá sestava se skládá z vyššího a nižšího stupně. Vyšší stupeň je pro praxi mnohem složitější. Úspěchy se dostaví spíše po častém opakování. Doporučuje se cvičit 10 minut. Každé cvičení by mělo být ukončeno energickým příkazem: Napnout paže! Zhluboka dýchat! Otevřít oči! Pouze pokud člověk provádí cvičení před spaním, není potřeba relaxaci rušit, ale může se přejít přímo do spánku. (viz Příloha 7) (18)

1.12 Alternativní metody navození spánku

Alternativní metody pro řešení poruch spánku se používají při léčbě lehkých forem nespavosti spojených s mírnými úzkostmi během dne. Mezi oblíbené metody dodnes patří fytotherapie. Jedná se nejčastěji o bylinné čajové směsi, které jsou přímo určené k navození spánku a uklidnění. (1)

Jednou z nejznámějších bylin usnadňující spánek je nať a list meduňky lékařské (*Melissa officinalis*). Používá se vnitřně v nálevu. (1, 18)

Chmel otáčivý (*Humulus lupulus*) má pro lékařské účely význam jen formy samičí, pestíkové. Šišťice obsahují hořčinu a silice, které uklidňují nepříjemné stavy při nervové podrážděnosti a vyvolávají spánek. Používají se vnitřně v nálevu před spaním. Chmel se často kombinuje s kozlíkem lékařským. (18)

Kozlík lékařský (*Valeriana officinalis*) je uklidňující a mírně uspávací prostředek. Používá se vnitřně v nálevu při nespavosti. (18)

Třezalka tečkovaná (*Hypericum perforatum*) zmírňuje dráždění, zlepšuje prokrvení a má účinek hojivý a protizánětlivý. Užívá se také vnitřně v nálevu při neklidném spánku a dráždivost. (18, 28)

Při lehké nespavosti se používají čajová směs z listu meduňky,, kořene kozlíku a chmelové šišťice. Na šálek nápoje se použijí 2 lžičky směsi. Může se také používat výtažek z ovesa , který má sedativní působení. (1, 18)

1.13 Domovy pro seniory

Populace stárne a s tím se zvyšují obavy, kde a jak kvalitně budou senioři ve stáří žít. Kapacita zařízení pro seniory nestačí již dnes.

Domovy pro seniory jsou ústavy sociální péče pro dospělé občany. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v § 49 definuje, jaké služby se provádějí v domovech pro seniory. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách se zabývá v § 15 základní činnostmi sociálních služeb v domovech pro seniory a jejich maximální výši úhrady za poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory. Domovy důchodců se nyní jmenují od 1. ledna 2007 domovy pro seniory. (16, 17)

Žádost do ústavu sociální péče pro dospělé si lze vyzvednout na odboru sociálních věcí. Součástí žádosti je i vyjádření lékaře o zdravotním stavu žadatele. Klient hradí náklady za stravu, bydlení a nezbytné služby dle stanovení vyhlášky. Nástup do domova důchodců znamená radikální změnu v dosavadním životě seniora. Klient je ubytován na jednolůžkovém, ale i na dvojlůžkovém pokoji se spolubydlícím. Sdílí tedy své soukromí se spolubydlícím, kterého většinou nikdy neviděl. Majetek, který se sebou může vzít je omezen na osobní věci například drobnosti, fotografie, knihy. Ze dne na den se změní klientovi jeho dosavadní denní režim a je potřeba se podrobit kolektivnímu soužití. Režim dne je v domově pro seniory naplánovaný a je třeba ho dodržovat. Klient má k dispozici mnoho volného času, kterým ústav zaplňuje různými aktivitami. V domovech pro seniory probíhají například cvičení, koncertní a divadelní představení, tvůrčí a zájmové aktivity. (7, 13)

1.14 Geriatrický maladaptivní syndrom (GMS)

Součástí života seniora je i případné přijetí do domova pro seniory. Senior může mít sníženou schopnost adaptace, a proto zde může vzniknout problém, který se nazývá geriatrický maladaptivní syndrom (GMS). Adaptací se rozumí schopnost organismu přizpůsobit se změněným vnějším nebo vnitřním podmínkám. Geriatrický maladaptivní syndrom je projevem adaptačního selhání typické u lidí ve vyšším věku, k němuž dochází na základě chronického stresu vyvolaného závažným psychosociálním podnětem. Chronický stres vznikne působením biologických, psychických či sociálních stresů. Geriatrický maladaptivní syndrom probíhá ve třech fázích.

1. fáze rozvoje syndromu je charakterizovaná rozvojem stresové reakce na podkladě psychosociálního podnětu. Hrozí změna zdravotního stavu nebo sociálního postavení. Časté jsou úzkostné stavy.

2. fáze adaptační reakce, kdy se plně rozvine klinický obraz onemocnění. Jsou přítomny úzkosti a deprese, ale i agresivita, apatie či sebevražedné tendence. Tento obraz se může kombinovat s dalšími nemocemi, které má senior přidružené.

3. následná fáze adaptační reakce je doznívající stresovou reakcí, která vede k úpravě potíží, somatických a mentálních poruch a stabilizaci zdravotního stavu. V nepříznivém případě vyústí uje k rezignaci. (7, 15)

Sestry by měly ke každému seniorovi přistupovat ve všech zařízeních individuálně.

Pro sestry může být vodítkem desatero pro prevenci vzniku geriatrického maladaptačního syndromu. (viz Příloha 4)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1

Zjistit nejčastější poruchy spánku u klientů v domovech důchodců.

Cíl 2

Zjistit informovanost klientů v domovech důchodců o poruchách spánku.

Cíl 3

Zjistit, zda klienti v domovech důchodců mají vhodné prostředí pro spánek.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Klienti v domovech důchodců trpí poruchou usínání.

Hypotéza 2

Klienti v domovech důchodců jsou informováni o poruchách spánku.

Hypotéza 3

Klienti v domovech důchodců neznají metody pro navození kvalitního spánku.

Hypotéza 4

Klienti v domovech důchodců mají vhodné prostředí pro spánek.

V cílech a hypotézách v této práci uvádím název domovy důchodců. V ostatních částech práce mám napsán již nový název domovy pro seniory. Při sestavování cílů a hypotéz nebyl ještě v platnosti nový název.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Na výzkumu tématu „Poruchy spánku u klientů v domově důchodců“ byl použit kvantitativní výzkum s dotazníkovou technikou. V dotazníku pro klienty v domově pro seniory bylo 15 otázek, z toho 11 uzavřených a 4 polootevřené otázky (viz Příloha 1). Cílovou skupinou byli klienti v domovech pro seniory.

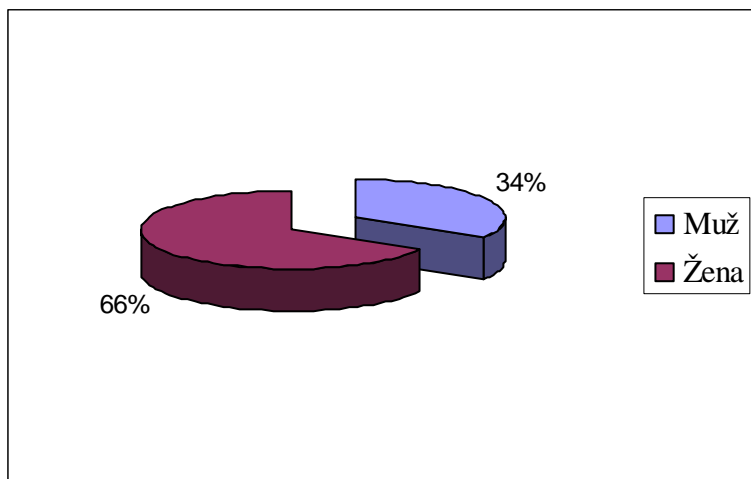
3.2 Výzkumný soubor

Dotazníky byly rozdány klientům ve vybraných domovech pro seniory v jižních Čechách. Výzkum se uskutečnil během jednoho měsíce. 20 dotazníků jsem rozdala v domově pro seniory v Netolicích, 30 dotazníků v Českých Budějovicích v domově pro seniory u Hvízdala a stejný počet v domově pro seniory na Máji a 20 dotazníků v domově pro seniory v Třeboni. Někteří klienti vyplňovali dotazník sami a některým z nich jsem dotazník předčítala a ptala se na jejich problémy se spánkem. Bylo to hlavně u klientů, kteří měli poruchu zraku a nemohli si dotazník přečíst, dále u imobilních klientů a u klientů, kteří měli porušenou koordinaci pohybu a nemohli dotazník sami vyplnit.

Celkem jsem rozdala 100 dotazníků. Návratnost činila 89 dotazníků, což je 89 %. 4 dotazníky jsem musela vyřadit, protože byly špatně vyplněné a 7 dotazníků se nevrátilo.

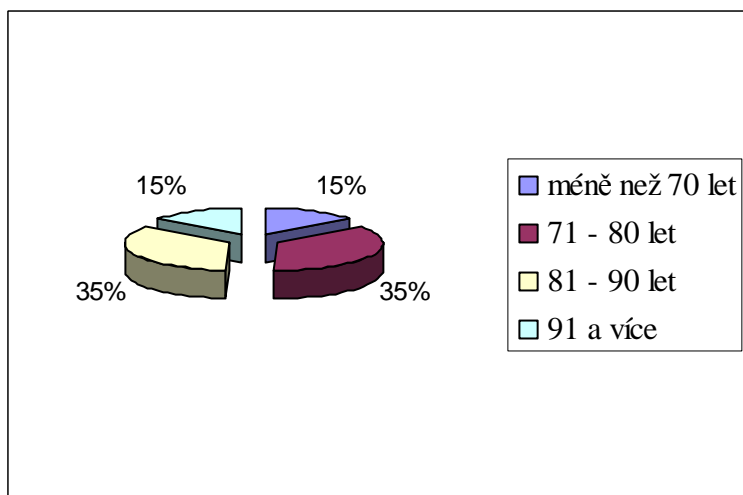
4. Výsledky

Graf 1 (k otázce č.1) Rozdělení pohlaví respondentů



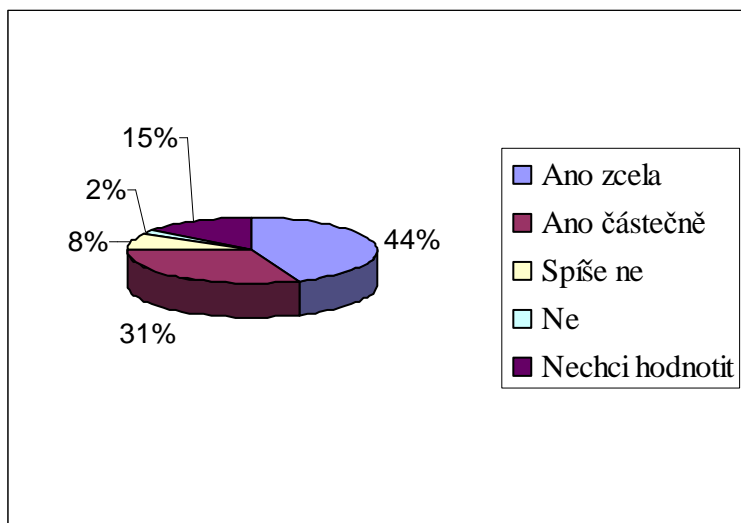
Na otázku odpovědělo celkem 89 respondentů (100 %). Dotazovaných respondentek bylo 59 (66 %) a dotazovaných respondentů bylo 30 (34 %).

Graf 2 (k otázce č. 2) Průměrný věk respondentů



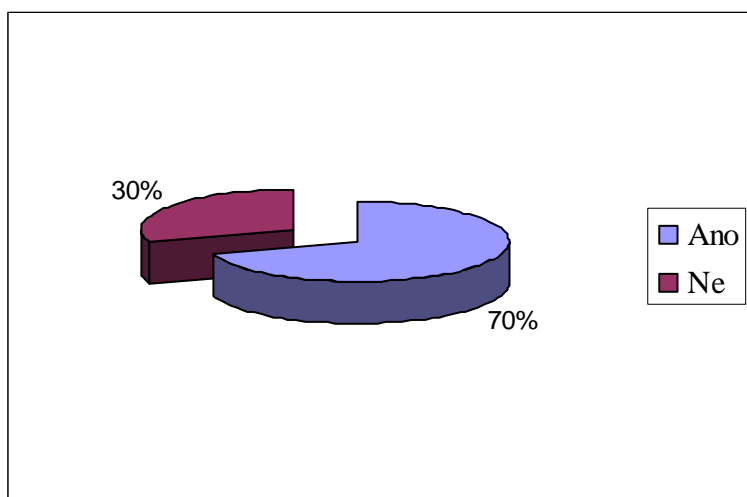
Celkově odpovědělo 89 respondentů (100 %). Z grafu vyplývá, že ve věku méně než 70 let je v domovech pro seniory 13 respondentů (15 %), ve věku od 71 – 80 let je 32 respondentů (35 %), dále ve věku 81 – 90 let je 31 respondentů (35%) a ve věku 91 a více let je 13 respondentů (15 %).

Graf 3 (k otázce č. 3) Spokojenost klientů v domovech pro seniory



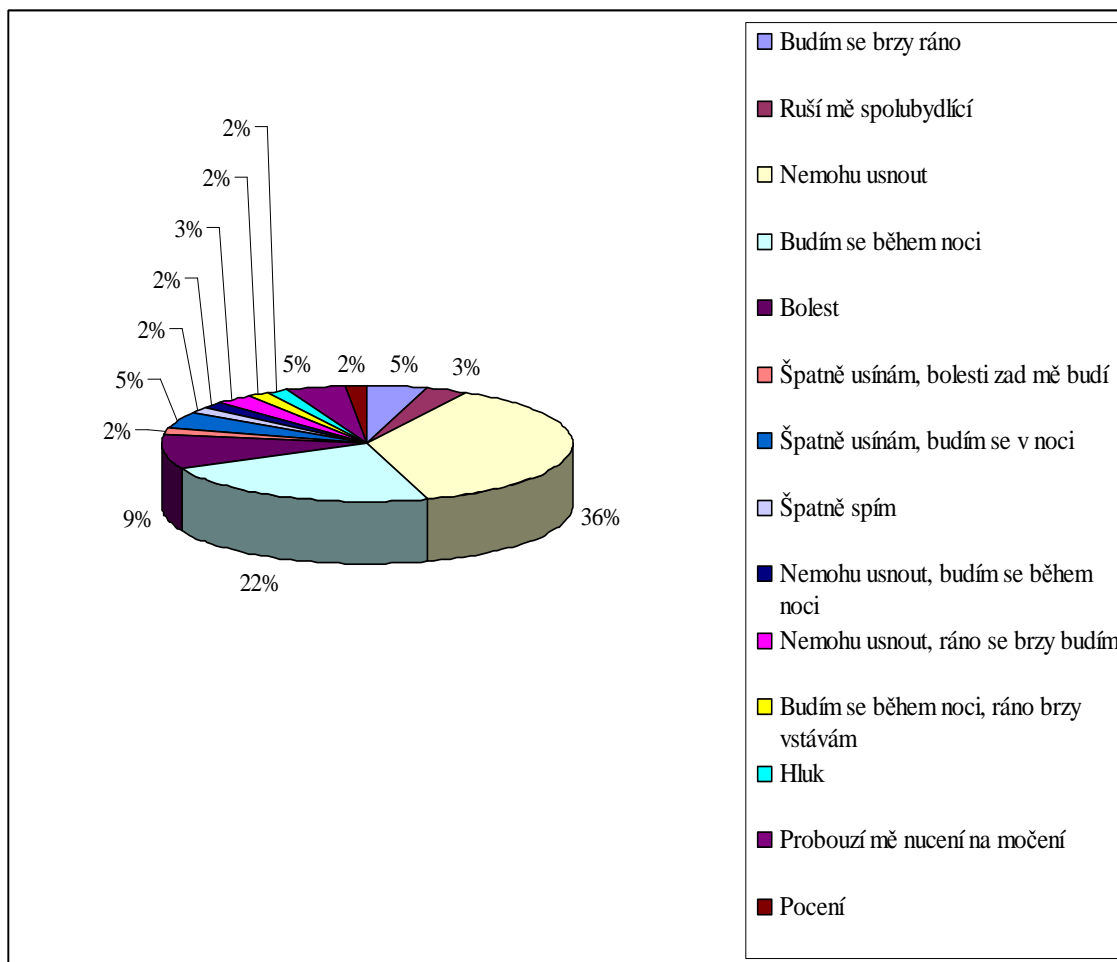
Celkově odpovědělo 89 respondentů (100 %). V tomto grafu jsem se ptala na spokojenost klientů v domovech pro seniory. Zcela spokojeno je 39 respondentů (44 %), částečně spokojeno je 28 (31 %), spíše nespokojeno je 7 respondentů (8 %), nespokojeni byli 2 respondenti (2 %) a respondentů, kteří nechtěli hodnotit spokojenost v domově pro seniory bylo 13 (15 %).

Graf 4 (k otázce č. 4) Problémy se spánkem



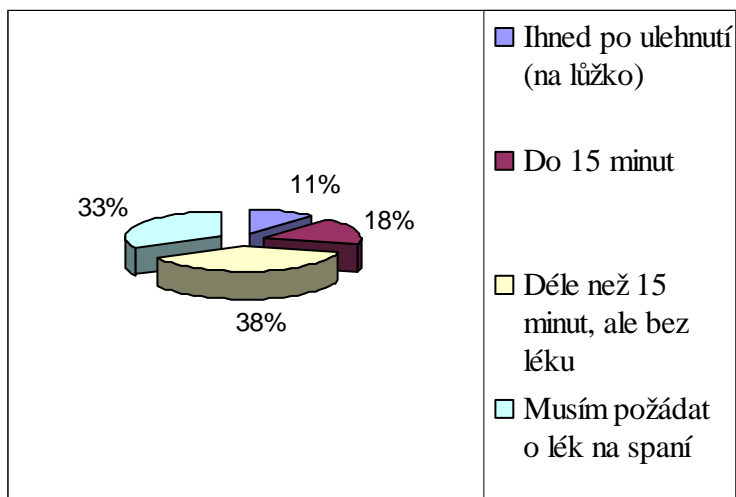
Dotazovaných respondentů bylo 89 (100 %). Z tohoto grafu vyplývá, že 62 respondentů má nějaké problémy se spánkem (70 %). 27 respondentů nemá problémy se spánkem (30 %).

Graf 5 (k otázce č. 4) Specifikace poruch spánku



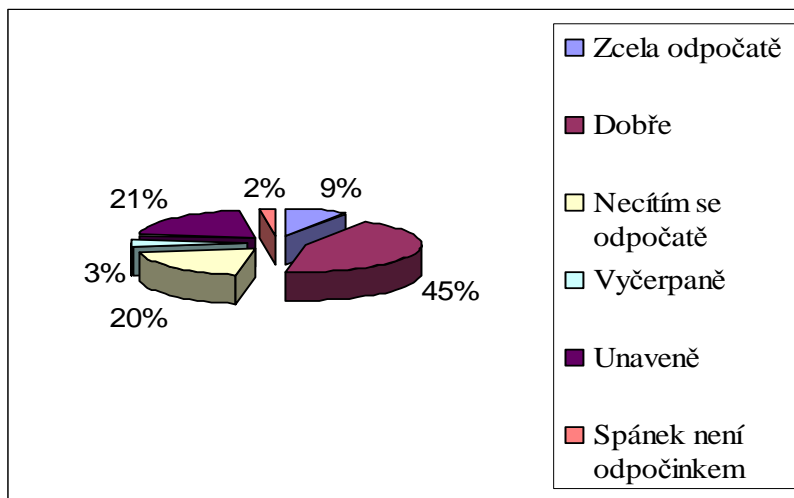
Graf je sestaven z odpovědí 62 respondentů, kteří mají nějaké problémy se spánkem (100 %). Respondenti vypisovali následující problémy. Ráno se brzy budí 3 respondenti (5 %), 2 respondenty ruší spolubydlicí (3 %), 23 respondentů nemůže usnout (36 %), během noci se budí 14 respondentů (22 %), bolest během spánku ruší 6 respondentů (9 %). Nejčastěji měli bolesti v kloubech, které je vyrušovali ve spánku. Špatně usíná a bolesti zad budí 1 respondenta (2 %), špatně usínají a budí se v noci 3 respondenti (5 %), špatně spí 1 respondent (2 %), Nemůže usnout a budí se během noci odpověděl 1 respondent (2 %), nemůže usnout a ráno se brzy budí 2 respondenti (3 %), během noci se budí a brzy ráno vstává 1 respondent (2 %), hluk ruší 1 respondenta (2 %), Nucení na močení probouzí 3 respondenty (5 %) a pocení vyrušuje 1 respondenta (2 %).

Graf 6 (k otázce č. 5) Doba usnutí po ulehnutí



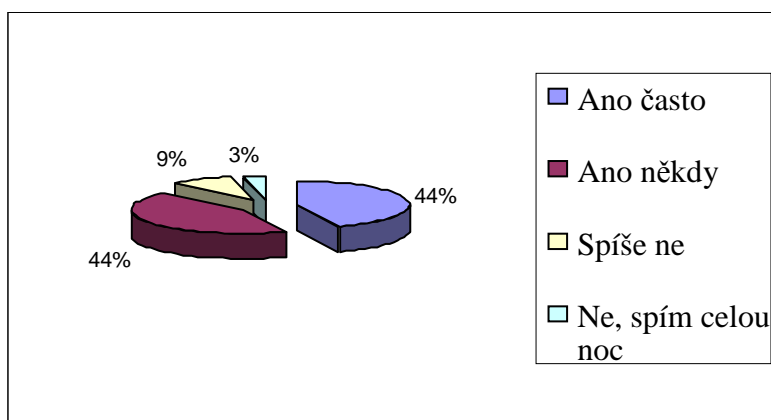
Celkově dotazovaných respondentů bylo 89 (100 %). Na grafu je zobrazeno, za jak dlouho respondenti usnou po ulehnutí a zda užívají léky na spaní. Ihned po ulehnutí na lůžko usne 10 respondentů (11 %), do 15 minut po ulehnutí usne 16 respondentů (18 %), za déle než 15 minut po ulehnutí na lůžko, ale bez použití léku na spaní usne 34 respondentů (38 %) a o lék na spaní musí požádat 29 respondentů (33 %).

Graf 7 (k otázce č. 6) Pocit po probuzení



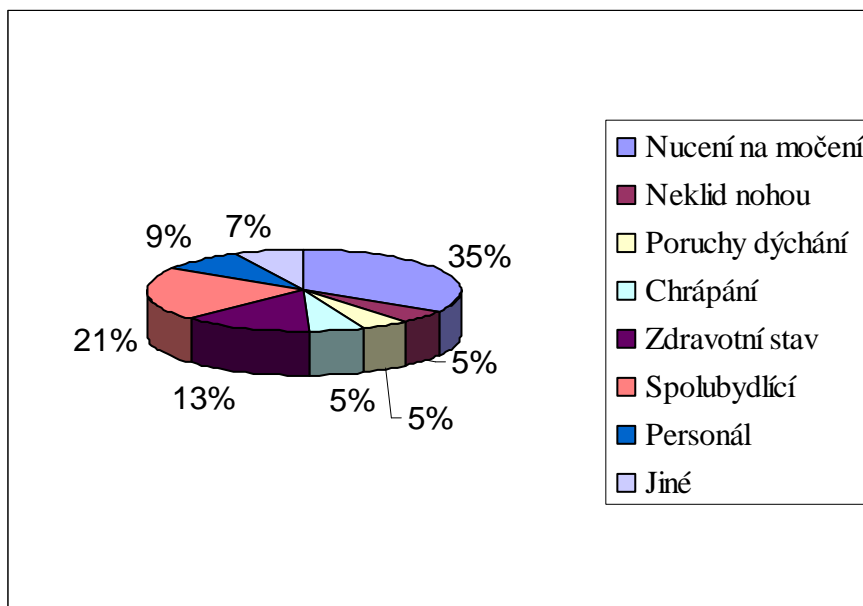
V grafu 7 celkem odpovědělo 89 respondentů. Zajímalo mě, jak se respondenti cítí, když se ráno probudí. Zcela odpočatě se cítí 8 respondentů (9 %), dobře se cítí 39 respondentů (45 %), odpočatě se necítí 18 respondentů (20 %), vyčerpaně se cítí 3 respondenti (3 %), unaveně se po probuzení cítí 19 respondentů (21 %) a spánek není odpočinkem pro 2 respondenty (2 %).

Graf 8 (k otázce č. 7) Probouzení během spánku



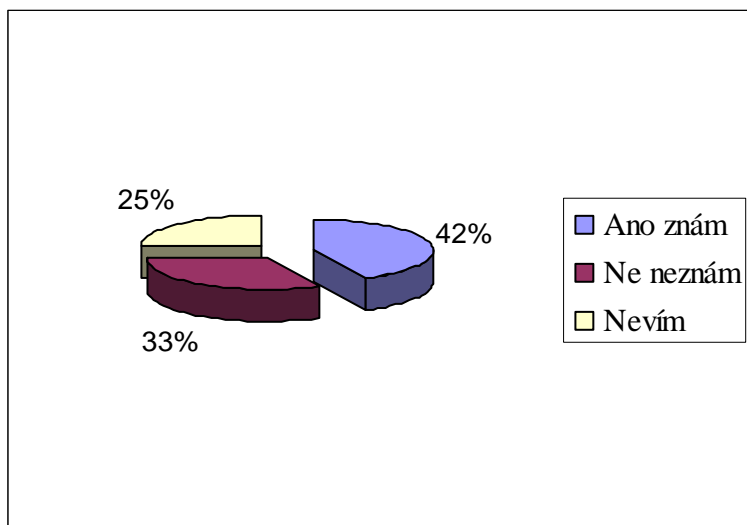
Celkem na tuto otázku odpovědělo 89 respondentů (100 %). Z tohoto grafu vyplývá, že často se probouzí v průběhu spánku 39 respondentů (44 %), stejný počet respondentů, tedy 39, se někdy probouzí během spánku (44 %). Během noci se spíše neprobouzí 8 respondentů (9 %) a z celkového počtu respondentů spí celou noc pouze 3 (3 %).

Graf 9 (k otázce č. 8) Rušení v průběhu spánku



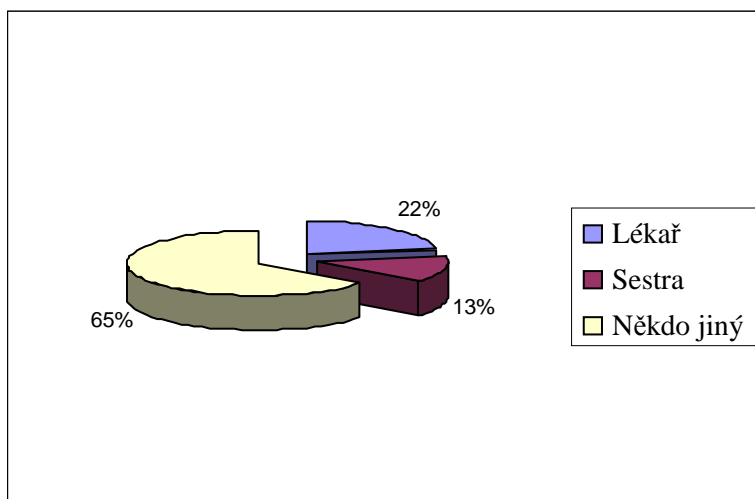
Celkem bylo zvoleno 162 odpovědí (100 %). V této otázce bylo možné zvolit více odpovědí. Tento graf ukazuje, co ruší respondenty v průběhu spánku. Odpověď nucení na močení byla zvolena 55x (35 %), neklid nohou 9x (5 %), poruchy dýchání 8x (5 %), chrápání spolubydlícího na pokoji bylo odpovězeno 9x (5 %). Zdravotní stav byl zvolen 22x (13 %), varianta odpovědi spolubydlící byla zvolena 35x (21 %), personál domova pro seniory byl zvolen 14x (9 %) a varianta odpovědi jiné byla zvolena 12x (7 %). Zde mohli respondenti odpovědi dopsat. Hluk z venku ruší 2 respondenty, nadměrné pocení ruší 1 respondenta, bolesti zad, kloubů, ruší 5 respondentů. V průběhu spánku sleduje 1 respondent hodiny a nic neruší ve spánku 3 respondenty.

Graf 10 (k otázce č. 9) Informovanost a znalost poruch spánku



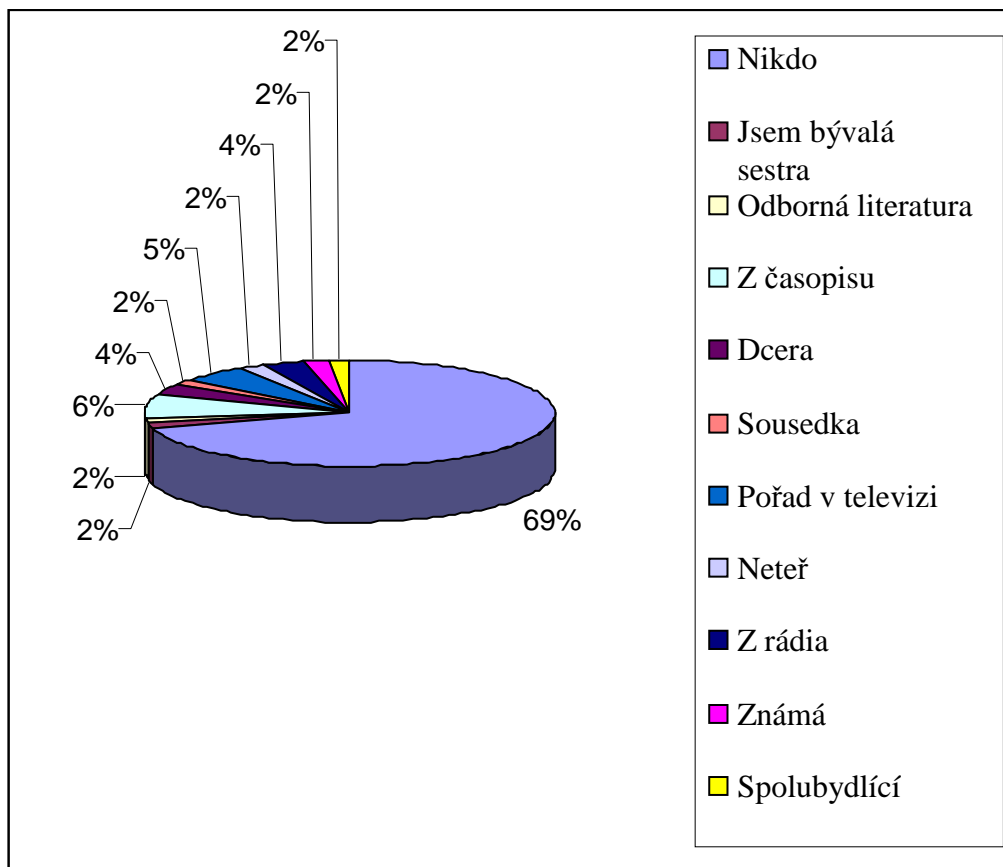
Celkem odpovědělo 89 respondentů (100 %). Na tomto grafu je znázorněno, jak jsou klienti v domovech pro seniory informováni o poruchách spánku. 38 respondentů zná některou z poruch spánku (42 %), nezná poruchy spánku a není informováno 29 respondentů (29 %) a neví 22 respondentů (25 %).

Graf 11 (k otázce č. 10) Informace o poruchách spánku



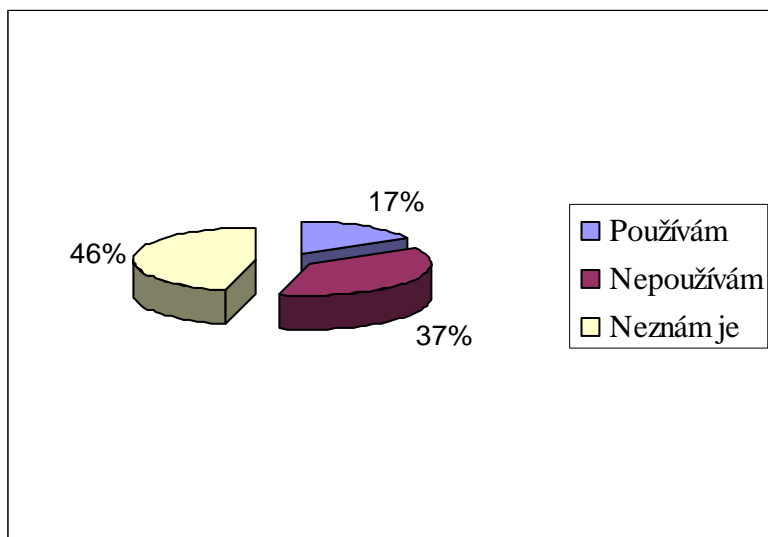
Na tuto otázku odpovědělo 89 respondentů (100 %). Z tohoto grafu vyplývá, že informace o poruchách spánku podal 20 – ti respondentům lékař (22 %), sestry podaly informace 12 respondentům. Na odpověď někdo jiný odpovědělo 57 respondentů (65 %).

Graf 12 (k otázce č. 10) Získání informací o poruchách spánku



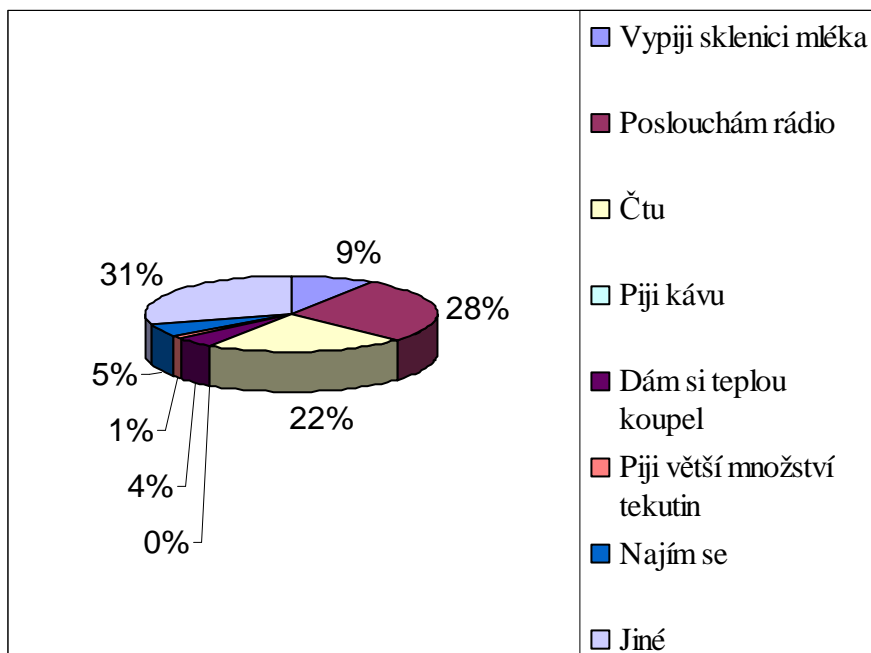
Celkový počet respondentů, kteří byli informováni o poruchách spánku od někoho jiného než od lékaře či sestry bylo 57 (100%). Respondenti vypisovali odpovědi. Z grafu je zřejmé, že nikdo neinformoval klienty v domovech pro seniory o poruchách spánku. Tato odpověď byla u 40 respondentů (69 %). Bývalá sestra, která znala poruchy spánku byla 1 (2 %), z odborné literatury se informoval 1 respondent (2 %), v časopise článek o spánku četli 4 respondenti (6 %), informace poskytla dcera u 2 respondentů (4 %), 1 respondenta informovala sousedka (2 %). Z televize, kde byl pořad s touto problematikou byli informováni 3 respondenti (5 %), od neteře u 1 respondenta (2 %), besedu v rádiu slyšeli 2 respondenti (4 %), známá informovala 1 respondenta (2 %) a informace od spolubydlící získal 1 respondent (2 %).

Graf 13 (k otázce č. 11) Používání metod pro navození kvalitního spánku



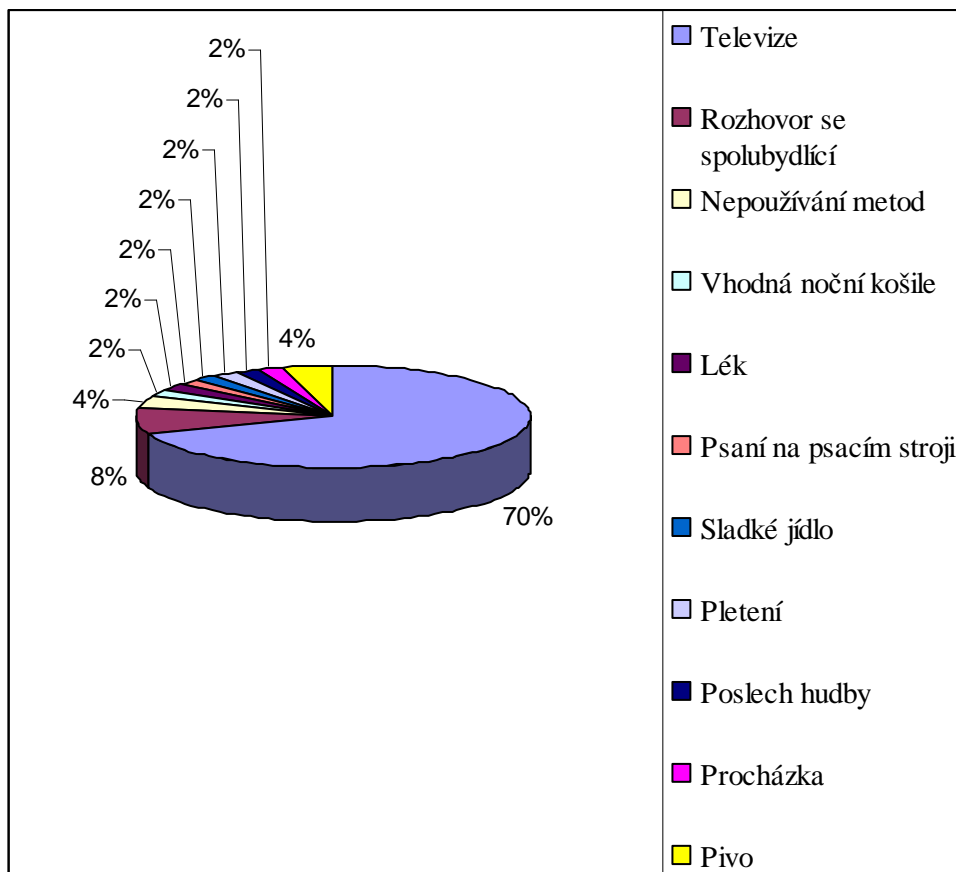
Celkem odpovídalo 89 respondentů (100 %). Na tomto grafu je znázorněno, zda klienti používají metody pro navození kvalitního spánku. Metody pro navození kvalitního spánku používá 15 respondentů (17 %). Tyto metody nepoužívá 33 respondentů (37 %) a metody nezná a nepoužívá je 41 respondentů (46 %).

Graf 14 (k otázce č. 12) Metody pro zkvalitnění spánku



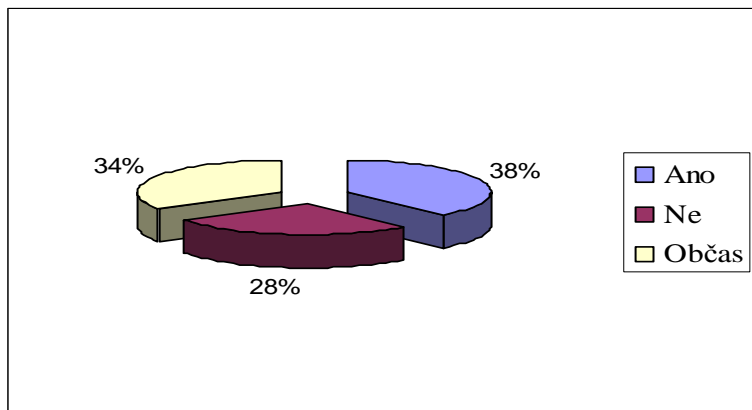
Celkem bylo zvoleno 165 odpovědí (100 %). V této otázce mohli respondenti zvolit více možností odpovědí. Z tohoto grafu vyplývá, jaké mají klienti návyky před spaním. Sklenici mléka před spaním bylo zvoleno 15x (9 %), poslech rádia před spaním bylo zvoleno 46x (28 %), četba byla zvolena 37x (22 %), žádný respondent nepije kávu před spaním. Teplá koupel byla zvolena 7x (4 %), příjem většího množství tekutin bylo zvoleno 2x (1 %) a varianta najím se před spaním byla zvolena 9x (5 %). Na otázku jiné bylo celkem 49 odpovědí (31 %).

Graf 15 (k otázce č. 12) Jiné metody pro navození spánku



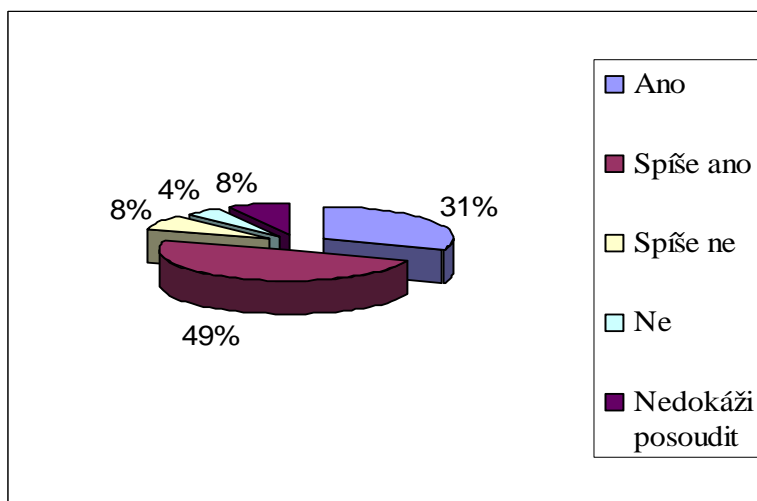
Na variantu odpovědi jiné v otázce číslo 12, odpovědělo celkem 49 respondentů (100 %). Respondenti, zde dopisovali návyky před spaním. Z celkového počtu 49 respondentů se 34 respondentů dívá před spaním na televizi (70 %), 4 respondenti si povídají se spolubydlicí (8 %), 2 respondenti nepoužívají žádné metody (4 %), 1 respondent si na spaní vezme savý materiál noční košile, aby odváděla pot (2 %), 1 respondent si vezme lék (2 %), 1 respondent píše na psacím stroji (2 %), 1 z respondentů si vezme k jídlu čokoládu a sušenky (2 %), 1 respondent plete (2 %), 1 respondent poslouchá hudbu (2 %), 1 respondent se před spaním projde (2 %) a 2 respondenti si dají pivo před spaním (4 %).

Graf 16 (k otázce č. 13) Pravidelnost ulehnutí na lůžko



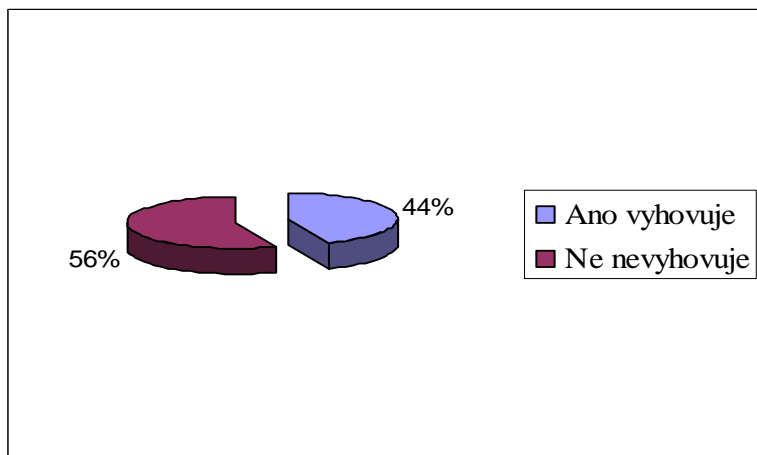
Celkem odpovídalo 89 respondentů (100 %). V grafu je znázorněno, zda klienti chodí spát v pravidelnou dobu. V pravidelnou dobu chodí spát 34 respondentů (38 %), pravidelně nechodí spát 25 respondentů (28 %) a občas chodí spát v pravidelnou dobu 30 respondentů (34 %).

Graf 17 (k otázce č. 14) Spokojenost s lůžkem na spaní



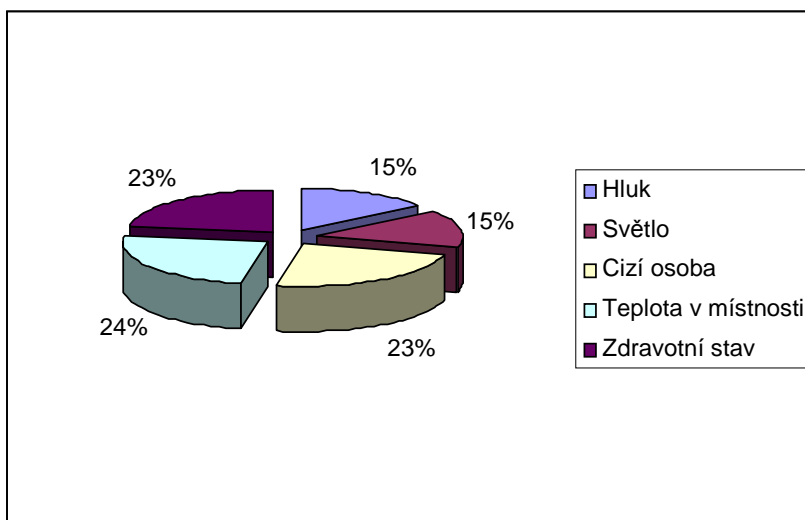
Na tuto otázku odpovídalo celkem 89 respondentů (100 %). V grafu je znázorněno, jak vyhovuje klientům jejich lůžko na spaní. Spokojeno s lůžkem na spaní je 28 respondentů (31 %), spíše spokojeno s lůžkem je 43 respondentů (49 %), spíše nespokojeno s lůžkem na spaní je 7 respondentů (8 %), nespokojeno se svým lůžkem jsou 4 respondenti (4 %) a nedokázalo posoudit, zda jim lůžko na spaní vyhovuje bylo 7 respondentů (8 %).

Graf 18 (k otázce č. 15) Prostředí pro spánek



Celkem odpovídalo na otázku 89 respondentů (100 %). V grafu je znázorněno, zda klientům v domovech pro seniory vyhovuje prostředí pro spánek. 39 respondentům vyhovuje jejich prostředí pro spánek (44 %) a prostředí nevyhovuje pro spánek 50 respondentům (56 %).

Graf 19 (k otázce č. 15) Rušivé faktory prostředí



V této otázce bylo 96 odpovědí (100 %). Respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí. Na grafu je vidět, co ruší klienty v době spánku. Varianta odpovědi hluk byla zvolena 14x (15 %), světlo 14x (15 %), cizí osoba 23x (23 %), teplota v místnosti nevyhovovala u 23 odpovědí (24 %) a zdravotní stav, který ovlivňuje spánek byl zvolen 22x (23 %).

5. Diskuse

Otázky v dotazníku byly rozděleny do několika částí. V první části mě zajímá pohlaví, věk a spokojenost klientů v domově pro seniory. V následujících otázkách se ptám na ostatní problémy se spánkem. Ke konci se dotazuji, zda klienti v domovech pro seniory jsou informováni a znají některé poruchy spánku a jestli používají metody pro navození spánku bez použité léku na spaní.

Ptala jsem se ve vybraných domovech pro seniory v Jižních Čechách. Ve všech domovech pro seniory byli vstřícní, milí a dobře se s nimi spolupracovalo. Chodila jsem do těchto domovů pro seniory dle jejich harmonogramu dne. Musela jsem se tomuto harmonogramu přizpůsobit. Dotazník jsem většinou klientům předčítala a následně jsem odpovědi zaškrtovala. Někteří klienti vyplnili dotazník sami. Chtěla jsem tak dát příležitost i těm, kteří jsou nějakým tělesným handicapem postiženi a nemohli by se k této problematice jinak vyjádřit. Spolupráce s klienty byla dobrá.

Vybrala jsem si dotazníkovou metodu. Pro další studenty, kteří by se zajímali o tuto problematiku by bylo možné využití jiné metody. Rozhovor na tuto problematiku s klienty by mohl být také zajímavý. V této práci jsem se chtěla seznámit s problémy klientů v domovech pro seniory se spánkem.

V grafu 1 je znázorněné rozdělení obyvatel podle pohlaví. Ve větší míře jsou zde zastoupeny ženy, protože si myslím, že je jich celkově větší počet nejen v domovech pro seniory. Dotazovaných žen bylo z celkového počtu 59, což je 66 % a mužů bylo 30, což je 34 %.

Graf 2 ukazuje věkové rozložení dotazovaných klientů v domovech pro seniory. Ve věku méně než 70 let bylo dotazovaných 13 (15 %), ve skupině od 71 – 80 let bylo dotazováno 32 klientů (35 %), dále ve věku od 81 – 90 let bylo 31 klientů (35 %) a ve věku nad 91 let bylo 13 klientů, což je 15 %. Věkové rozložení klientů je nejpočetnější ve věku od 71 do 90 let.

Graf 3 je zaměřen na spokojenost klientů v domovech pro seniory. Zcela spokojeno je z celkového počtu 39 klientů (44 %), částečně spokojeno je 28 klientů (31 %), spíše nespokojeno je 7 klientů (8 %). V domově pro seniory byli nespokojeni 2

klienti (2 %) a nechtělo hodnotit 13 klientů (15 %). Myslím si, že spokojenost klientů v domově pro seniory, kde tráví celý čas je velmi důležitý. Protože i z toho, že změnili prostředí se mohou objevit poruchy spánku. Špatná adaptace na nové prostředí v domově pro seniory může vést i k dalším závažnějším problémům. Může se omezit i komunikace se svým okolím. Setkala jsem se s klientkou, která byla nešťastná v domově pro seniory. Rodina jí sem umístila a nenavštěvuje ji. V průběhu rozhovoru byla velmi plačtivá. Tato klientka měla právě z těchto důvodů problémy se spánkem.

V grafu 4 je zobrazeno, zda klienti v domovech pro seniory mají či nemají problémy se spánkem. Ukázalo se, že z celkového počtu navrácených dotazníků, tedy 89, mělo 62 klientů nějaké problémy se spánkem, což je (70 %). Naopak problémy se spánkem nemělo 27 klientů (30 %). Je vidět, že se zvyšujícím věk seniorů narůstají problémy se spánkem.

Graf 5 je sestaven z odpovědí 62 respondentů, kteří mají nějaké problémy se spánkem. 23 klientů nemůže usnout (36 %), 14 klientů se budí v průběhu noci (22 %), 6 klientů uvádělo, že je v noci vyrušují bolesti různého původu (9 %). Nejčastěji se jednalo o bolesti kloubů a zad. Ráno se brzy budí 3 klienti (5 %), 2 klienty ruší spolubydlíci (3 %), špatně usínají a v noci se budí 3 klienti (5 %), nucení na močení probouzí 3 klienty (5 %) špatně usíná a budí se kvůli bolestem zad 1 klient (2 %), špatně spí 1 klient (2 %), nemůže usnout a budí se během noci 1 klient (2 %), nemůže usnout a ráno se budí 2 klienti (3 %), během noci se budí a brzy ráno vstává 1 klient (2%), hluk vyrušuje 1 klienta (2 %) a pocení během noci vyrušuje 1 klienta (2 %). Problémy se spánkem jsou velmi individuální a každý člověk je jinak vnímá. Je to vidět v odpovědích na tuto otázku. Z tohoto grafu je zřejmé, že hypotéza číslo 1 se potvrdila. Literatura uvádí, že insomnie je jednou z nejčastějších léčených zdravotních poruch. Staří lidé si více stěžují na nespavost. Někdy je to neopodstatněné, protože určitá míra zhoršování kvality spánku je přirozená a není ji možné medikamentózně ovlivňovat. (12, 21)

V 6 grafu jsem se zajímala, za jak dlouho po ulehnutí na lůžko klienti přibližně usnou. Ihned po ulehnutí na lůžko usne 10 klientů (11 %), do 15 minut po ulehnutí usne 16 klientů (18 %), za delší dobu než je 15 minut, ale bez použití léku na spaní usne 34

klientů (38 %) a zbytek, což je 29 klientů musí požádat o lék na spaní (33 %). Klientům trvá delší dobu než večer usnou a někteří musí požádat o lék na spaní, aby mohli vůbec spát. Jiní klienti pospávají během dne a tím mají narušený chod spánku. To může způsobit i poruchu v usínání. Proto si myslím, že klienti, kteří jsou aktivnější přes den a vyhledávají si různé aktivity lépe usínají. Při návštěvách v domovech pro seniory měl každý klient nějaký program pro svůj volný čas. V domovech pro seniory mají harmonogram, který každý dodržuje. Během dne mají klienti rozdělené aktivity do dopoledních a odpoledních hodin. Dopoledne chodili klienti do různých dílen, kde šili, vyráběli panenky pro děti, jeden z klientů maloval obrazy. Chodili i na kurzy pro začátečníky na počítačích. Tento kurz navštěvovali klienti všech věkových skupin. Jeden z klientů měl i počítač s internetem na svém pokoji a plně ho využíval. Jedna z klientek se věnovala psaní receptů pro své blízké. Polední klid byl od 12.00 do 14.00 hodin. Klienti s omezenou hybností byli také do těchto programů zařazováni. A těmito aktivitami se snížil čas klientů strávený na lůžku. Tato otázka také přispěla k potvrzení hypotézy číslo 1 o problémech s usínáním. Některá hypnotika mohou vyvolat závislost. Proto je velmi důležité, aby klienti měli v domovech pro seniory různé aktivity během dne. V literatuře se uvádí, že hypnotika užívá víceméně pravidelně 10 – 20 % starých osob nad 65 let. V mém výzkumu je počet klientů, kteří musí požádat o lék na spaní 33 %. (22)

Graf 7 znázorňuje, jak se klienti cítí po probuzení. Zcela odpočatě se cítilo 8 klientů (9 %), dobře se cítilo 39 klientů (45 %), odpočatě se necítilo 18 klientů (20 %), vyčerpaně se cítili 3 klienti (3 %), unaveně se cítilo 19 klientů a (21 %) a spánek nebyl odpočinkem pro 2 klienty (2 %). Na to, že klienti v domovech důchodců měli nějaké problémy se spánkem, tak se cítilo po probuzení dobře 39 klientů. Ale také se klienti cítili po probuzení unaveně a necítili se zcela odpočatě. To jak se klienti cítí po probuzení má určitě i vliv na průběh celého dne klienta. Klient může z únavy mít i špatnou náladu celý den, ale i v důsledku únavy a nepozornosti si může přivodit nějaké poranění či úraz.

Graf 8 se zabývá problematikou častého probouzení v době spánku. V noci se často probouzí 39 klientů (44 %), stejný počet tedy 39 klientů se probouzí v noci jen

někdy (44 %). Spíše se neprobouzí 8 klientů (9 %) a celou noc spí pouze 3 klienti (3 %). Je zde vidět, kolik se v průběhu noci budí klientů. Pouze 3 klienti z celkového počtu spí celou noc.

V grafu 9 mohli klienti zaškrtnout více odpovědí. Zajímalo mě, co ruší klienty v průběhu spánku. Nejvíce klienty v průběhu spánku ruší nucení na močení. Tato odpověď byla zvolena 55x (35 %). Během spánku uváděli klienti průměrně, že musí na toaletu 2 – 3 krát za noc. Nucení na močení a problémy s únikem moči je častý problém u starší populace. Myslím si, že o této problematice by měli mít klienti více informací. Tím ovlivnit nucení na močení v průběhu noci na minimum a zlepšili si spánek. Neklid nohou byl zvolen u 9 odpovědí (5 %), poruchy dýchání ve spánku odpověděli klienti 8x (5 %). Literatura uvádí, že spánek je při apnoickém syndromu opakovaně rušen. Nemocní si těchto probuzení nebývá vědom, protože jsou velmi krátká. Jen asi 10 % nemocných se syndromem spánkové apnoe má jak dominantní příznak insomnií. (12) Chrápání spolubydlícího bylo zvoleno 9x (5 %), zdravotní stav byl zvolen 22x (13 %), spolubydlící, který je s klientem na pokoji bylo u 35-ti odpovědí (21 %). Klienti uváděli, že je v průběhu spánku vyrušuje spolubydlící. V domově pro seniory jsou pokoje po jednom klientovi nebo po dvou. Klienti, kteří byli sami na pokoji si nestěžovali na chrápání spolubydlícího, protože žádného neměli. Ostatní klienti, kteří bydlí se spolubydlícím si nejčastěji stěžovali na rušení v době spánku. Buď jeden ze spolubydlících byl naučen chodit spát dříve a druhý později nebo spolubydlící se brzy ráno budil a tím i zbudil druhého spolubydlícího. Řešit tento problém by se mohlo přestěhováním klientů se stejným režimem spánku na pokoj. Řešení tohoto problému je velmi individuální a záleží na společné dohodě mezi klienty.

Personál vyrušuje v průběhu spánku ve 14-ti odpovědích (9 %). Personál vyrušoval klienty v průběhu spánku, když musel podat spolubydlícímu v noci lék. Podání léků je nezbytná věc a personál by se měl snažit, pokud to jde, aby nevzbudil druhého spolubydlícího na pokoji.

Na variantu jiné odpověděli klienti, že 2 respondenty vyrušuje hluk z venku, nadměrné pocení u 1 respondenta, bolesti kloubů, zad celkem u 5 respondentů, 1 respondent sleduje hodiny a v průběhu spánku nerušilo 3 respondenty vůbec nic.

Literatura uvádí, že ve stáří je spánek bezprostředně ovlivňován nykturií, kardiologickými symptomy, bolestmi zad, duševními poruchami a medikací. Častou poruchou spánku je syndrom spánkové apnoe, který se objevuje až u 10 % mužů ve středním a vyšším věku. Syndrom neklidných nohou je častější u žen než u mužů. (11, 21)

Graf 10 ukazuje informovanost a znalosti klientů o poruchách spánku. Poruchy spánku zná 38 klientů (42 %), 29 klientů nezná poruchy spánku a není o nich informováno (33 %) a nevědělo 22 klientů (25 %). Je zde téměř vyrovnaný počet klientů, kteří znají či neznají poruchy spánku. Informovanost v této oblasti by se měla zvýšit, protože poruchy spánku u seniorů jsou velmi časté. Hypotéza číslo 2 se potvrdila s malým rozdílem. Klienti v domovech pro seniory jsou informováni a znají poruchy spánku.

V grafu 11 a 12 jsem se klientů ptala, kdo je informoval o poruchách spánku. 20 klientů odpovědělo, že je informoval lékař (22 %), 12 klientů informovala sestra. Do varianty někdo jiný odpovědělo 40 klientů, že je nikdo neinformoval o poruchách spánku (69 %), 4 klienti si přečetli článek o poruchách spánku v časopise (6 %), 3 klienti slyšeli pořad v televizi s touto problematikou (5 %), 2 klienty informovala dcera (4 %), 1 respondentka byla sestra a s touto problematikou se setkala (2 %). 1 respondent si o poruchách spánku přečetl v odborné literatuře (2 %), 2 respondenti slyšeli besedu v rádiu na toto téma (4 %). Jinak zbytek respondentů informovali členové rodiny a přátelé, celkem 4 respondenty. Myslím si, že by se mělo zvýšit podávání informací o poruchách spánku od zdravotnického personálu, protože velký počet klientů nikdo neinformoval o poruchách spánku. Klienti by měli dostat plnohodnotné informace ve vhodné formě podání. Tyto informace by bylo vhodné poskytnout formou besedy s možností se zeptat na otázky, které klienty zajímají.

Graf 13 je zaměřen na to, zda klienti v domovech pro seniory používají metody pro navození kvalitního spánku. Metody pro navození spánku používá 15 respondentů (17 %), tyto metody nepoužívá 33 respondentů (37 %) a metody pro navození spánku nezná 41 respondentů (46 %). Hypotéza číslo 3 se potvrdila. Klienti v domovech důchodců neznají metody pro navození kvalitního spánku.

Graf 14 a 15 ukazuje, co klienti nejčastěji dělají před spánek a jak si svůj spánek zkvalitňují. V této otázce bylo možno odpovědět na více odpovědí. 15x byla zvolena odpověď vypiji před spaním sklenici mléka (9 %), poslech rádia je oblíben a byl zvolen 46x (28 %). Četba knížky nebo časopisu byla zvolena ve 37 odpovědích (22 %), žádný klient nepije před spaním kávu, teplá koupel byla zvolena 7x (4 %), větší množství tekutin před spaním 2x (1 %), 9 odpovědí bylo na variantu, že se před spaním nají (5 %). Na variantu jiné, odpovědělo celkem 49 klientů takto. 34 klientů před spaním sleduje televizi (70 %), 4 klienti si povídají se spolubydlícím (8 %), 2 nepoužívají žádné metody (4 %), 1 klient si vezme na spaní savý materiál noční košile, protože se nadměrně potí (2 %), 1 klient si vezme lék (2 %), 1 klient píše na psacím stroji (2 %), 1 klient plete (2 %), 2 klienti si dají pivo pře spaním (4 %), 1 klient si vezme k jídlu sušenky a čokolády (2 %), 1 klient se před spaním projde (2 %) a jeden z klientů poslouchá hudbu (2 %). Na to, že klienti v domově pro seniory neznají metody pro navození kvalitního spánku si ani neuvědomují, že některé z těchto metod skoro každý den používají. Rituály před spaním jsou velmi různorodé. Každý člověk by si měl stanovit určitá pravidla před spánkem, které bude provádět každý den před spaním.

Graf 16 znázorňuje, jestli klienti chodí spát v pravidelnou dobu. V pravidelnou dobu chodí spát 34 klientů (38 %), nepravidelně chodí spát 25 klientů (28 %) a občas pravidelně chodí spát 30 klientů (34 %). Klienti by se měli naučit určité rutíně v pravidelnosti spánku. Měli by chodit spát v pravidelnou dobu. V domovech pro seniory je doba pro noční klid od 22.00 hodin. Někteří klienti chodí spát ještě před touto dobou, nejčastěji po nějakém seriálu v televizi. Jiní neusnou a po 22.00 hodině nevědí, co mají dělat. Podle spánkové hygieny se má ležet maximálně 30 minut a pokud člověk neusne, má vstát a jít se věnovat jiné aktivitě. To si myslím, že v domovech pro seniory není reálné, protože tím jak klient vstane může probudit svého spolubydlícího. Budí se navzájem a je to bludný kruh. Klient si může i při vstávání přivodit nějaký úraz. Klienti často říkali, že vstali, šli nejčastěji na toaletu, zakopli a upadli. Tím si přivodili úraz, který u některých z klientů měl trvalý následek. Sestra by měla informovat klienty o tom, aby při problémech s usínáním na ni zazvonili. Předejde se tím riziku pádu.

Graf 17 znázorňuje spokojenost s lůžkem na spaní. Zcela spokojeno s lůžkem na spaní je 28 klientů (31 %), spíše ano je spokojeno 43 klientů (49 %), spíše nespokojeno je 7 klientů (8 %), nespokojeni s lůžkem na spaní jsou 4 klienti (4 %) a nedokáže posoudit spokojenost s lůžkem celkem 7 klientů (8 %). Lůžko pro spaní je velmi důležité. Standardní rozměry lůžka jsou 90 x 180 cm. V literatuře se uvádí, že délka postele, musí být minimálně o 15 – 20 cm delší, než je výška člověka. U klientů s nadváhou je problém také v šířce lůžka. Matrace by měla být kvalitní vyhovovat všem hygienickým požadavkům. (1)

Klienti v domovech pro seniory mají všichni stejná lůžka. Setkala jsem se s klienty, kterým nevyhovovala matrace. Byla pro ně příliš tvrdá a sami si ji museli vypodložili molitanem. S tím jak si lůžko vypodložili byli pak spokojeni. Toto vypodložení lůžka bylo pouze u některých klientů. Většina byla s lůžkem na spaní spokojena.

V grafu 18 a 19 je znázorněno jestli vyhovuje prostředí pro spaní klientům v domově pro seniory. Prostředí pro spánek vyhovuje 39 klientům (44 %) a nevyhovuje 50 klientům, což je 56 %. Mezi důvody, které ruší spánek klientů odpověděli 14x, že je vyrušuje hluk (15 %), dále ve 14-ti odpovědích byli klienti vyrušováni světlem v době spánku (15 %). Nejvíce vyrušovalo klienty světlo z pouličních lamp. Cizí osoba byla zvolena 23x (23 %). Jednalo se buď o spolubydlící či personál. Teplota v místnosti nevyhovovala ve 23 odpovědích (24 %). Klienti uváděli, že mají v místnosti buď moc velké teplo, nebo naopak zimu. Museli se přizpůsobit také spolubydlícímu, pokud ho měli. Zdravotní stav, který vyrušoval spánek byl zvolen 22x (23 %). Jednalo se o svůj zdravotní stav nebo zdravotní stav spolubydlícího, který byl s ním na pokoji. Hypotéza číslo 4 se nepotvrdila. Klienti v domovech důchodců mají sice vhodné lůžka pro spaní, ale prostředí pro spánek jim nevyhovuje. Jsou zde rušivé vlivy prostředí.

6. Závěr

V bakalářské práci Poruchy spánku u klientů v domově důchodců se potvrdily tři hypotézy ze čtyř. Hypotéza číslo 1, zněla, zda klienti v domovech pro seniory trpí poruchou usínání. Tato hypotéza se potvrdila. Klienti mají s usínáním problémy. Hypotéza číslo 2, které se vztahovala k problematice informovanosti klientů v domovech pro seniory o poruchách spánku se potvrdila jen s malým rozdílem od varianty, že informace klienti nemají. Hypotéza číslo 3 se vztahovala ke neznalosti metod pro navození kvalitního spánku. I tato hypotéza se potvrdila. Klienti v domovech pro seniory neznají metody pro navození kvalitního spánku. Překvapilo mě, že klienti sice nevědí, že existují metody pro navození kvalitního spánku a přesto některé z těchto metod používají a ani o tom neví. Hypotéza číslo 4, která se nepotvrdila se týkala vhodného prostředí pro spánek klientů v domovech pro seniory. Zde jsem zjistila, že klienty v průběhu spánku vyrušuje nejvíce teplota v místnosti, cizí osoba a dále hluk, světlo a zdravotní stav klientů. V oblasti hluku, světla a teploty v místnosti si myslím, že by nebylo snad tak těžké tuto problematiku vyřešit. Na okna použít různé prostředky, jak zamezit vstupu světla do místnosti. Teplota v místnosti se dá také vyřešit. Ale pokud jsou na pokoji dva klienti a každý má jinou potřebu tepla v místnosti, tak to je o něco horší řešení. Buď se bude muset jeden z klientů přizpůsobit nebo provést opatření ve výměně spolubydlících. To ale také nese opět další rizika pokud se dotýční se sebou nesnesou.

Informovanost o poruchách spánku by mohla být vyšší. Mohlo by se to docílit seminářem či besedou s klienty o poruchách spánku. Vedení by bylo nenáročnou formou s možností se zeptat na otázky a hlavně aby se nové poznatky zopakovali. Seznámit klienty o metodách pro navození kvalitního spánku. Na místě by byla i brožura s jednotlivými typy jak si zkvalitnit svůj spánek.

Je to zbytečné, aby jak klienti tak ostatní senioři měli problémy se spánkem. Možností řešení může být jednoduchá změna v jejich režimu. Myslím si, že pro zkvalitnění spánku by byli mnozí schopni udělat cokoliv.

Je zde také velmi důležitá role sestry, která je klientovi vždy nejbližší. Měla by se zajímat o problémy klientů a snažit se je řešit jinak než farmakologickou cestou. Sestry by měly být dostatečně informované o těchto důležitých krocích, aby s těmito informacemi uměli zacházet a používat je ve své praxi. Spánek přece slouží k celkové regeneraci a načerpání nových sil.

7. Seznam použité literatury:

1. ANDERS, M., *Nespavost*, 1. vyd. Praha: Vasut, 2000. 31 s. ISBN 80-7236-181-3.
2. ČERVINKOVÁ, E. a kol., *Ošetrovatelské diagnózy*, 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 165 s. ISBN 80-7013-358-9.
3. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F., *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Přel. I. Suchardová. 2.vyd. Praha: Grada, 2001. 568 s. Přel. z: Nurse's Pocket Guide: Diagnoses, Interventions, and Rationales. ISBN 80-247-0242-8.
4. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., *Vybrané kapitoly z gerontologie*, 1. vyd. Praha: Gema, 2002. Studijní materiál v rámci projektu Péče 2002 za podpory MZČR. 110 s. ISBN neuvedeno.
5. HRONOVSKÁ, L., *Poruchy spánku. Česká geriatrická revue*. Brno: Medica Publishing and Conzulting, 2005, roč. 3, č. 1, s. 44 – 47. ISSN 1214-0732.
6. HÜTTICH, B., *Aktivně proti poruchám spánku*. Přel. Z. Kufnetová. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Ivo Železný, 1997. 96 s. Přel. z: Aktiv contra Schlafstörungen. ISBN 80-237-2550-5.
7. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., a kol., *Geriatric a gerontologie*, 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
8. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R., *Ošetrovatel'stvo 2*. Přel. A. Kršková a kol. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 940-953 s. Přel. z: Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice. ISBN -80-217-0528-0.

9. KUBEŠOVÁ, H., Poruchy spánku ve stáří. *Update*. Brno: Medica Publishing and Consulting, 2001, roč. 2, č. 11, s. 29 – 34. ISSN 1213-4856.
10. MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*, 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
11. NEVŠÍMALOVÁ, S., Poruchy spánku – příčiny, diagnostika a léčba. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2007, roč. 17, č. 3, s. 44 – 45. ISSN 1210-0404.
12. NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA, K., a kol., *Poruchy spánku a bdění*. 1. vyd. Praha: Maxdof, 1997. 256 s. ISBN 80-85800-37-3.
13. NOVÁKOVÁ, Z., Na nové adrese. Domov důchodců není jediná volba. *Moje zdraví*. Mladá fronta, 2006, roč. 4, č. 12, s. 80 – 83. ISSN 1214-3871.
14. NOVOTNÁ, J., UHROVÁ, J., JIRÁSKOVÁ, J., *Klinická propedeutika*, obor zdravotnický asistent, 1. vyd. Praha : Fortuna, 2006, 136 s. ISBN 80-7168-940-8.
15. ONDRIOVÁ, I., KOLLÁROVÁ, B., Úloha sestry v prevenci GMS. *Sestra*. Sanoma Magazines Praha, 2004, roč. 14, č. 11, s. 25. ISSN 1210-0404.
16. (online) Portál veřejné správy České republiky, Nové předpisy ze Sbírky zákonů. Zákon č. 108/2006 Sb. Dostupné z http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=108/2006&PC_8411_p=49&PC_8411_l=108/2006&PC_8411_ps=10#10821, 7.5.2007

17. (online) Portál veřejné správy České republiky, Nové předpisy ze Sbírky zákonů. Vyhláška č. 505/2006 Sb. Dostupné z http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=505/2006&PC_8411_p=15&PC_8411_l=505/2006&PC_8411_ps=10#10821, 7.5.2007
18. PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L., *Nespavost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.
19. SLEZÁKOVÁ, Z., a kol., *Neurologické ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002, 147 s. ISBN 80-8063-106-9.
20. SÝKOROVÁ, A., Spánek a jeho poruchy. *Sestra*. Mladá fronta, 2006, roč. 16, č. 4, s. 22. ISSN 1210-0404.
21. ŠONKA, K., Poruchy spánku ve stáří. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, roč. 2004, č. 2, s. 77 – 80. ISSN 1214-8687.
22. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRT, J., *Geriatric pro praktického lékaře*, 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 304 s. ISBN 80-7169-099-6.
23. TRACHTOVÁ, E.; a kol.; *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-8.
24. TUČEK, J., CHODURA, V., *Psychiatrie*, 3. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 90 s. ISBN 80-7040-786-7.

25. VELEMÍNSKÝ, M., a kol., *Klinická propedeutika*, 5. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 144 s. ISBN 80-7040-837-5.
26. VINAŘ, O., Poruchy spánku ve stáří. *Geriatrická revue*. Brno: Medica Publishing and Conzulting, 2004, roč. 2, č. 2, s. 18 – 23. ISSN 1214-0732.
27. WEBER, P., a kol., *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
28. WILLIAMSONOVÁ, V., *Léčivá síla přírody - Bachovy květové esence*. Přel. S. Cita. 1. vyd. Bratislava: Perfekt, 2002. 97 s. Přel. z: Bach Remediem. ISBN 80-8046-211-9.
29. ZDRAŽILOVÁ, V., MALÁT, Z., Spánková deprivace – ošetrovatelský proces. *Sestra*. Sanoma Magazines Praha, 2004, roč. 14, č. 7-8, s. 18-19. ISSN 1210-0404.

8. Klíčová slova

Domovy pro seniory

Klient

Poruchy spánku

Sestra

Spánek

Spánková hygiena

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro klienty v domovech pro seniory

Příloha 2 Morinův spánkový dotazník

Příloha 3 Mapování problémů se spánkem

Příloha 4 Desatero pro prevenci GMS

Příloha 5 Návčik dechové relaxace

Příloha 6 Osnova progresivní relaxace

Příloha 7 Autogenní trénink

Příloha 1 Dotazník pro klienty v domovech pro seniory

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Jana Hadačová a jsem studentkou 3. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulty. Právě se Vám dostal do rukou dotazník, který se zabývá problematikou *Poruch spánku u klientů v domově důchodců*. Tímto Vás prosím o vyplnění. Všechny údaje budou použity výhradně k zpracování mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní.

Prosím odevzdejte tento dotazník sestřičkám ve Vašem domově důchodců, které mi ho následně předají.

Předem děkuji za spolupráci.

Prosím vyplňte dotazník podle následujících pokynů:

U každé otázky vyberte jednu z nejvhodnějších odpovědí.

Na některé otázky je možno zaškrtnout více odpovědí. Jsou označeny v dotazníku.

Otázky do dotazníku:

- 1. Jste:** Muž
 Žena

2. Kolik je Vám let?

- méně než 70 let
 71 - 80 let
 81 – 90 let
 91 a více

3. Jste spokojen(a) v domově důchodců?

- Ano zcela
 Ano částečně
 Spíše ne
 Ne
 Nechci hodnotit

4. Máte problémy se spánkem?

- Ano
 Ne

Pokud ano jaké?.....

5. Za jak dlouho usnete po ulehnutí na lůžko?

- Ihned po ulehnutí (na lůžko)
 Do 15 minut
 Déle než 15 minut, ale bez léku
 Musím požádat o lék na spaní

6. Jak se cítíte po probuzení?

- Zcela odpočatě
- Dobře
- Necítím se odpočatě
- Vyčerpaně
- Unaveně
- Spánek není odpočinkem

7. Probouzíte se během spánku v noci?

- Ano často
- Ano někdy
- Spíše ne
- Ne, spím celou noc

8. Ruší Vás něco v průběhu spánku?

(Můžete zaškrtnout více odpovědí)

- Nucení na močení
- Neklid nohou
- Poruchy dýchání
- Chrápání
- Zdravotní stav
- Spolubydlící
- Personál
- Jiné.....

9. Jste informováni a znáte některé poruchy spánku?

- Ano znám
- Ne neznám
- Nevím

10. Kdo Vás informoval o poruchách spánku?

- lékař
- sestra
- někdo jiný, napište kdo.....

11. Používáte některé metody pro navození kvalitního spánku?

- Používám
- Nepoužívám
- Neznám je

12. Jaké metody používáte pro zkvalitnění spánku?

(Můžete vybrat více odpovědí)

- Vypiji sklenici mléka
- Poslouchám rádio
- Čtu
- Piji kávu
- Dám si teplou koupel
- Piji větší množství tekutin
- Najím se
- Jiné.....

13. Chodíte spát v pravidelnou dobu?

- Ano
- Ne
- Občas

14. Jste spokojen(a) s Vaším lůžkem na spaní?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nedokáži posoudit

15. Vyhovuje Vám prostředí pro spánek?

- Ano vyhovuje
- Ne nevyhovuje ruší mě: (Můžete vybrat více odpovědí)
 - Hluk
 - Světlo
 - Cizí osoba
 - Teplota v místnosti
 - Zdravotní stav

Děkuji Vám za spolupráci.
Jana Hadačová

Příloha 2 Morinův spánkový dotazník

Používá se pro kontrolu účinnosti léčby nespavosti.

Zhodnoťte typ a závažnost vašich obtíží se spánkem v průběhu posledních několika měsíců:

Potíže s usínáním:

Vůbec	Lehce	Středně	Významně	Extrémně
0	1	2	3	4

Časté nebo dlouhotrvající noční buzení:

Vůbec	Lehce	Středně	Významně	Extrémně
0	1	2	3	4

Příliš časně ranní buzení:

Vůbec	Lehce	Středně	Významně	Extrémně
0	1	2	3	4

Do jaké míry jste spokojený/nespokojený s vaším spánkem v poslední době?

Velmi spokojený	Spokojený	Spíše spokojený	Nespokojený	Velmi nespokojený
0	1	2	3	4

Do jaké míry podle vás obtíže se spánkem narušují vaši běžnou výkonnost (např. unavitelnost, soustředění, paměť, náladu)?

Vůbec	Lehce	Středně	Významně	Extrémně
0	1	2	3	4

Do jaké míry podle vás jsou vaše obtíže se spánkem zaznamenány okolím – ve smyslu snížení kvality vašeho života?

Vůbec	Lehce	Středně	Významně	Extrémně
0	1	2	3	4

Do jaké míry jste zneklidněn/zabýváte se vašimi obtížemi se spánkem?

Vůbec	Lehce	Středně	Významně	Extrémně
0	1	2	3	4

Zdroj: PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L., *Nespavost*. 1. vyd.

Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.

Strana 53 -54.

Přílohy 3 Mapování problémů se spánkem

Sestra se může klienta zeptat na několik otázek. Odpovědi si zaznamenává na papír. Slouží k diagnostice poruch spánku, ale hlavně k rozpoznání nespavosti.

- Jaké jsou celoživotní spánkové zvyklosti? Jste zvyklý na pravidelný spánkový režim?
- Co se říkalo v dětství v rodině o spánku? Stěžoval si někdo v rodině na nespavost?
- Kdy nespavost vznikla, v jakém životním kontextu se objevila. Jaké byly nejdůležitější stresy nebo životní události v té době? Byly problémy zvládnuty a vyřešeny k vlastní spokojenosti?
- Jaký byl vývoj nespavosti v čase? Zůstává stejná, nebo se časem zhoršuje? V jakých obdobích cítíte úlevu, nebo naopak zhoršení? Kdy, kde, jak, jak často, intenzivně a v jakém kontextu se nespavost pravidelně objevuje?
- Jaké byly předchozí pokusy o léčbu?
- Jaké myšlenky a představy, emoce, tělesné reakce a chování se v průběhu nespavosti vyskytují? Jaké další tělesné nebo emocionální zážitky se v průběhu spánku objevují?
- Máte nějaká tělesná onemocnění, která by mohla vést k druhotné poruše spánku? Užíváte nějaké léky, které by mohly spánek ovlivňovat?

Zdroj: PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L., *Nespavost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.

Strana 52 – 53.

Příloha 4 Desatero pro prevenci GMS

Desatero pro prevenci

Existuje řada možností, kterými se riziko GMS snížit.

1. Uvítání se zaměřením na osobnost seniora – podání ruky, trpělivé vyslechnutí problému, seznámení pacienta se zařízením a orientací v prostoru, poskytnutí pocitu bezpečí a jistoty.
2. Zajištění respektování identity – pacienta oslovovat jménem, případně používat akademický titul, vyhýbat se neadekvátnímu oslovování typu „dědo, babi“, zajistit respektování soukromí, usilovat o co nejmenší změnu životního stylu pacienta.
3. Vytvoření atmosféry důvěry a klidu – projevit o pacienta upřímný zájem, přistupovat k němu individuálně trpělivě, získávat ho k aktivní spolupráci.
4. Asertivní chování a profesionální přístup – a) v neverbální komunikaci: dodržovat proxemické zóny, využívat řeč fyzického kontaktu (haptáky), mimiku gestikulaci
b) ve verbální komunikace: správný výběr slov, zřetelnost a srozumitelnost, využívání mimojazykových prostředků (intenzita hlasu, intonace, délka projevu), individuální přístup k seniorovi, umět se usmát, nedotýkat se pacientových citů, sledit prostředky verbální i nonverbální komunikace.
5. Poskytování informací – v rámci konkrétních situací poskytovat vhodné, věku přiměřené informace.
6. Vymezení hranice aktivity a odpočinku – vhodné organizovat čas pacienta, aktivně ho zapojovat do relaxačních aktivit, umožnit mu sledovat televizi, a rozhlas, organizovat setkání se duchovním, pokud si to pacient přeje, umožni mu, aby volný čas

trávil podle vlastních představ, avšak v souladu s organizačním řádem zařízení, eliminovat stresové situace.

7. Vymezení nezávislosti existence a bezpečnosti pacienta – pomůcky k úpravě polohy, k ulehčení pohybu na lůžku, k prevenci dekubitů, k zajištění bezpečnosti nemocného, signalizační zařízení.

8. Plánování hygienické péče – vytvářet čisté a příjemné prostředí a napomáhat v relaxaci pacienta, eliminovat pronikavý zápach.

9. Zajištění rehabilitace – vypracovat individuální plán v prevenci mobility, identifikovat pacienty s rizikem proleženin, provádět dechová cvičení a masáže predikačních míst.

10. Podpora interakce pacienta a jeho rodiny.

Zdroj: ONDRIOVÁ, I., KOLLÁROVÁ, B., Úloha sestry v prevenci GMS. *Sestra*. Sanoma Magazines Praha, 2004, roč. 14, č. 11, s. 25. ISSN 1210-0404.

Příloha 5 Návčik dechové relaxace

-
- Ukončete jakoukoliv jinou činnost a soustředte se na sebe. Nic jiného není teď důležitější. Ostatním věcem se budete věnovat později.
 - Najděte si pohodlnou židli nebo křeslo, případně si dejte na zem deku.
 - Napněte svaly celého těla a pak se postupně protáhněte. Potom zkuste svaly celého těla povolit.
 - Nyní se soustředte na svůj dech. Vnímejte, jak vzduch do vás vstupuje a prochází až do plic, tam se zastaví a pak pomalu vychází dechovými cestami, až ho vydechnete ven. Pozorujte svůj dech a sledujte jeho rytmus.
 - Prohlubte svůj dech směrem do dolní části plic tak, aby při nádechu došlo k zvednutí vaší břišní stěny a při výdechu k jejímu poklesu.
 - Položte si svoji pravou ruku na břicho. Sledujte dotekem, jak se při nádechu vaše břišní stěna zvedá a při výdechu klesá. Všimněte si, jak váš dech jemně masíruje zevnitř vaši břišní stěnu.
 - Nyní po nádechu nechte na jednu až dvě vteřiny dech v břiše, pak pomalu vydechujte tak, že si řeknete během výdechu 4–3–2–1–uvolnit. Cvičte 4 minuty.
 - Po cvičení napočítejte v duchu rázně 1–2–3–4, otevřete oči, protáhněte svaly těla.
-

Zdroj: PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L., *Nespavost*. 1. vyd.

Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.

Strana 61 – 62.

Příloha 6 Osnova progresivní relaxace

-
- Zatnout pravou pěst, napětí v pěsti a předloktí... uvolnit.
 - Zatnout levou pěst... uvolnit.
 - Ohnout pravý loket a zatnout biceps, ruce jsou uvolněné... uvolnit.
 - Ohnout levý loket a zatnout biceps, ruce jsou uvolněné... uvolnit.
 - Natáhnout pravou paži a zatnout triceps... uvolnit.
 - Natáhnout levou paži a zatnout triceps... uvolnit.
 - Nakrčit čelo a zvednout obočí... uvolnit.
 - Napnout svaly kolem očí... uvolnit.
 - Napnout čelisti, sevřít pevně rty... uvolnit.
 - Zatlačit jazyk proti patru, rty jsou zavřené, napětí v hrdle... uvolnit.
 - Sevřít pevně rty... uvolnit.
 - Zaklonit hlavu, jak nejdál to jde... uvolnit.
 - Zatlačit bradu proti hrudi... uvolnit.
 - Zvednout ramena k uším... uvolnit.
-

Zdroj: PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L., *Nespavost*. 1. vyd.

Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.

Strana 62 – 63.

Příloha 7 Autogenní trénink

ZÁKLADNÍ STUPEŇ	
Cvičení:	Formulka:
<input type="checkbox"/> Naladění	<ul style="list-style-type: none">• Jsem klidný a uvolněný.
<input type="checkbox"/> Nácvik tíže (uvolnění svalů)	<ul style="list-style-type: none">• Pravá ruka je těžká.• Levá ruka je těžká.• Obě ruce jsou těžké.• Pravá noha je těžká.• Obě nohy jsou těžké.• Celé tělo je těžké.
<input type="checkbox"/> Nácvik tepla (uvolnění cév)	<ul style="list-style-type: none">• Pravá ruka je teplá.• Levá ruka je teplá.• Obě ruce jsou teplé.• Ruce i nohy jsou teplé.• Celé tělo je teplé.
<input type="checkbox"/> Zklidnění dechu	<ul style="list-style-type: none">• Dech je lehký a volný.
<input type="checkbox"/> Regulace srdce (zklidnění tepu)	<ul style="list-style-type: none">• Srdce tepe klidně a pravidelně.
<input type="checkbox"/> Teplo v nadbříšku	<ul style="list-style-type: none">• Do břicha proudí příjemné teplo.
<input type="checkbox"/> Chlad na čele	<ul style="list-style-type: none">• Čelo je příjemně chladné.
<input type="checkbox"/> Autosugesce	<ul style="list-style-type: none">• Mysl je klidná a soustředěná.• Po ukončení budu svěží a v dobré náladě.
<input type="checkbox"/> Aktivace	<ul style="list-style-type: none">• Napnout paže!• Zhluboka dýchat!• Otevřít oči!
VYŠŠÍ STUPEŇ	
<input type="checkbox"/> Představy barev	
<input type="checkbox"/> Představy konkrétních předmětů	
<input type="checkbox"/> Přehledka abstraktních hodnot	
<input type="checkbox"/> Tvorba charakteru	
<input type="checkbox"/> Cesta na mořské dno	
<input type="checkbox"/> Cesta na vrchol hory	
<input type="checkbox"/> Spontánní obrazový zážitek	

Zdroj: PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L., *Nespavost*. 1. vyd.

Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.

Strana 64 – 65.