

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2008**

**Barbora Beránková**



**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**PROBLEMATIKA RANNÍHO BUZENÍ PACIENTŮ NA ODDĚLENÍ A VLIV  
NA PACIENTA**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce: Mgr. Věra Stasková R.N.**

**Autor: Barbora Beránková**

**2008**

## **Problems of Morning Waking Up of Patients in the Ward and Its Influence on Them**

The thesis deals with problems of morning waking up of patients in the ward and its influence on a patient. Morning waking up of patients is a situation faced by everyone who find themselves in a hospital – both a hospital employee and a patient. It is an everyday activity, although it may be one of great problems for hospitalized patients. They do not feel good, they are awake a part of the night, they feel pains, they are weak and moreover they experience all that in a strange environment. Therefore it is important for a patient to have enough sleep and rest.

Rest and sleep is one of the factors influencing both psychological and physical health of an individual. It is one of the main needs of a person.

It is possible to characterize sleep as a state when the body lies in a stereotypical position with a minimum move and a decreased reactivity to outer stimuli and relatively easy reversibility ( in contrast to coma or hibernation). Sleep has a protective and regenerative significance. There is a theory on the function of sleep which can be divided in two groups.

The first group is recovering - a synthetic function of sleep, the second is behavioural, i. e. the influence of sleep on the behaviour of an individual.

Rest does not mean inactivity of a patient, but the feeling of psychological peace, which can be reached by a proper relaxation without emotional stress and lessening tension and anxiety.

The first aim of my thesis was to find out how morning waking up is perceived by patients hospitalized in a standard hospital ward. The second aim was to identify negative factors connected with morning waking up of patients hospitalized in a standard hospital ward. The third aim was to learn whether nurses working in a standard hospital ward respect the needs of their patients concerning morning waking up. The aims were fulfilled with the help of a questionnaire. A group monitored was formed by patients of an internal ward block.

Three hypotheses were determined for these aims. Hypothesis one confirms that hospitalized patients are satisfied with morning waking up in a standard ward. Hypothesis two confirms that the most frequent factor concerning morning waking up with patients hospitalized in a standard ward is the time of waking them up. Hypothesis three confirms that nurses working in a standard ward respect the patient's needs concerning morning waking up.

The results will be handed over to senior executives of the ward where the research was carried out. They will have an opportunity to consider the problem of morning waking up of patients in their ward and, as the case may be, they can improve the situation.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „, Problematika ranního buzení pacientů na oddělení a vliv na pacienta“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích 5. 5. 2008

.....

podpis studenta

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Mgr. Věře Staskové za cenné rady a připomínky během psaní mé bakalářské práce.

## Obsah

Úvod.....	3
<b>1. SOUČASNÝ STAV.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Odpočinek a spánek .....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Charakteristika spánku a odpočinku.....	4
1.1.2 Fyziologie spánku.....	5
1.1.3 Non – REM fáze a REM fáze spánku.....	6
1.1.4 Funkce spánku.....	8
1.1.5 Biorytmy a potřeba spánku.....	9
1.1.6 Některé faktory ovlivňující spánek.....	10
1.1.7 Poruchy spánku.....	11
<b>1.2 Potřeby nemocného při poskytování ošetrovatelské péče.....</b>	<b>13</b>
1.2.1 Charakteristika potřeb člověka .....	13
1.2.2 Holistický přístup k nemocným.....	14
1.2.3 Dělení potřeb.....	15
<b>1.3 Ošetrovatelská péče u nemocných při uspokojování potřeby spánku.....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Komunikace sestry – pacient.....	17
1.3.2 Intervence sestry k zajištění klidného spánku pacienta .....	18
1.3.3 Péče o lůžko pacienta.....	19
<b>1.4 Zajištění péče o nemocné ve zdravotnickém zařízení.....</b>	<b>21</b>
1.4.1 Charakteristika zdravotnického zařízení.....	21
1.4.2 Management oddělení.....	22
1.4.3 Organizace práce sester na oddělení.....	23
<b>2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Cíle práce.....</b>	<b>25</b>
<b>2.2 Hypotézy práce.....</b>	<b>25</b>



<b>3. METODIKA</b> .....	26
3.1 Použité metody.....	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	26
<b>4. VÝSLEDKY</b> .....	28
<b>5. DISKUSE</b> .....	40
<b>6. ZÁVĚR</b> .....	46
<b>7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	47
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	49
<b>9. SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	50

## Úvod

Ranní buzení pacientů je situace, se kterou se setkává každý, kdo se ocitne v nemocnici – zdravotník i pacient. Je to všední činnost, a přesto to může být jeden z velkých problémů, neboť se pacient probouzí v cizím prostředí.

Pravděpodobně většina lidí není ráda, pokud musí ráno brzy vstávat. A pro pacienty hospitalizované v nemocnici je časné vstávání o to těžší, protože jim není dobře, část noci probděl, mají bolesti, cítí se slabí a navíc toto všechno prožívají v cizím prostředí. Na většině nemocničních oddělení jsou zavedeny zastaralé harmonogramy, které nutí zdravotnický personál budit pacienty v brzkých ranních hodinách. Sestřičky vykonávají ranní toaletu pacientů, rozdávají léky, odebírají biologický materiál, provádějí přípravu před vyšetřením, vyměňují ložní prádlo. A tak jsou všichni pacienti nedobrovolně vtaženi do pracovního ruchu. Pacienti se mohou dostat do špatné nálady, nechtějí spolupracovat, odmítají komunikovat a vzniká napjatá atmosféra. A nás, zdravotníky nenapadne, že jednou z možných příčin může být právě brzké ranní buzení a nucení pacientů ke spolupráci hned po probuzení.

Většina úkolů, které jsou ráno prováděny, jsou časově vázány na pracovní program laboratoří, rentgenových pracovišť, prádelen. Pacienti jsou nuceni k aktivitě zdravotnickým personálem a zdravotníky nutí časový limit jednotlivých úkonů. Tudíž se všichni nedobrovolně podvolujeme zakořeněnému stereotypu (6).

Toto téma jsem si vybrala, abych měla možnost poukázat na zastaralost denních harmonogramů na většině nemocničních oddělení a poukázat na jiný úhel pohledu - z pohledu pacienta. Pacienti jsou nuceni do činností a různých aktivit, které je mohou jako nemocné jedince velmi obtěžovat a unavovat. Jako příklad může posloužit ranní buzení, každý člověk, který se cítí nemocen, si rád přispí, je to normální reakce těla na nemoc, ve spánku tělo regeneruje a získává sílu na další den, a my jako zdravotníci brzkým buzením narušujeme možnost zdravé a tak nutné regenerace pro uzdravení organismu.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Odpočinek a spánek

#### 1.1.1 *Charakteristika spánku a odpočinku*

Odpočinek a spánek je jedním z faktorů, které ovlivňují psychické i fyzické zdraví jedince. Je to jedna z hlavních potřeb člověka.

Spánek je možné charakterizovat jako stav, kdy tělo zaujímá stereotypní polohou s minimálním pohybem těla se sníženou reaktivitou na vnější podněty a relativně snadnou reverzibilitou (na rozdíl od kómatu nebo hibernace), (1).

Nemocný člověk má zvýšené nároky na kvalitu spánku a odpočinku než člověk zdravý. Nemocní potřebují k obnovení zdraví více energie, tudíž je důležité dbát na ničím nerušený spánek a odpočinek všech postižených jedinců (2).

Odpočinek neznamena nečinnost nemocného, ale pocit psychického klidu, kterého je možné dosáhnout správnou relaxací bez emočního stresu a uvolnění napětí a úzkosti. Prvním předpokladem správného odpočinku nemocného je vědomí, že jeho soukromý život je bez větších problémů. Dále sem můžeme zařadit spoluúčast a pochopení od zdravotníků, kteří jsou s nemocným v kontaktu. Jako dalším důležitým aspektem je pochopení svého problému, jelikož nevědomí je hlavní příčinou úzkosti. Také je nutné dbát na dostatečnou a účelnou činnost nemocného. A poslední a nejdůležitější podmínkou je vědomí, že má nemocný k dispozici nejkvalitnější zdravotnickou péči.(2)

Spánek má pro organismus ochranný a regenerační význam. Spánek byl v minulosti definován jako jistý stav bezvědomí, nyní hovoříme o stavu vědomí různé úrovně, ve kterém máme snížené reakce na okolní podněty, změny fyziologických funkcí a vyvíjíme minimální fyzickou aktivitu. Některé vnější stimuly dokáží spícího člověka probudit, jiné ne (1).

### *1.1.2 Fyziologie spánku*

V současné době není jednotná teorie spánku, ale z neurofyziologického hlediska je retikulární formace (rozprostírá se po celé délce mozkového kmene) základním mechanismem regulující spánek, bdění a aktivaci organismu při probouzení. Zahrnuje nespécifické aferentní dráhy, které vedou vzruchy z periferie do retikulární formace v prodloužené míše ve středním mozku a v mezimozku, odtud dále do kůry obou polokoulí (Příloha 1), (2, 9).

Důležitou úlohu v organizaci spánku hrají humorální faktory. Zde je třeba zmínit hypnogenní efekt serotoninu, který má významnou roli v cirkadiánním rytmu, dále noradrenalin, jenž ovlivňuje spánkovou REM fázi.

Pokud se mluví o fyziologických změnách ve spánku, mluví se o poklesu tepenného tlaku krve, zpomalení pulzu, dilatace periferních cév, nepravidelném zvyšování aktivity trávicího traktu, relaxaci kosterního svalstva a poklesu bazálního metabolismu o 10 – 30 % (2).

Během spánku lze pozorovat u spícího člověka několik fází, tyto jednotlivé fáze spánku jsou dobře zřetelné na elektroencefalogramu (dále jen EEG), při tomto vyšetření se přikládají jedinci na hlavu elektrody, které přenášejí elektrickou energii z mozkové kůry na zařízení, jenž snímá mozkové vlny. Tato činnost je zaznamenávaná na speciální papír. Každá čára zodpovídá za jednu elektrodu. V bdělém stavu, tzv. klidném bdění, pozorujeme rytmus alfa, tento stav je výchozí pro spánek i pro aktivní činnost. Při usínání alfa aktivita mizí a je ve spánkové fázi vystřídána aktivitou theta a delta rytmu. Při přechodu do druhé složky spánkového rytmu se přesouvá do vyšších frekvenčních pásem – do beta rytmu (Příloha 2), (1).

Ve spánku existují dvě fáze: non-REM spánek (non-rapid eye movement sleep = spánek bez rychlých pohybů očí) a REM spánek (rapid eye movement sleep = spánek s rychlými pohyby očí). Tyto dvě fáze se v průběhu spánku střídají (1).

### ***1.1.3 Non-REM fáze a REM fáze spánku***

Non-REM spánek je vývojově mladší, telencefalický, je řízený serotoninem, tento spánek se označuje jako hluboký a pokojný, na elektroencefalogramu je rytmus pomalý, probuzení z non-REM fáze je nefyziologické, člověk nedosáhne dokonalé regenerace sil, cítí se unavený (1).

Spící jedinec prochází čtyřmi spánkovými stádii. Fáze I. Představuje stádium nejlehčího spánku, protože průběh EEG se nejvíce podobá grafu, získanému při sledování běžné mozkové aktivity. Spánkové stádium IV. se naopak pokládá za nejhlubší periodu spánku, protože se příslušný EEG záznam podobá grafu komatózního stavu. Po skončení IV. Stádia se jedinec znovu vrací do stádia III. a II. Celý cyklus trvá kolem 90 minut. Teprve po jeho skončení nastává první etapa REM spánku (1).

Non-REM spánek má čtyři stádia:

- I. Stádium je fáze povrchového spánku, člověk se cítí relaxovaný, klidný a ospalý, toto stádium trvá jen několik minut, je přítomen pohyb očních bulbů ze strany na stranu, klesá frekvence srdce a dýchání.
- II. Stádium je fáze lehkého spánku, nadále se zpomalují procesy v organismu, oční bulby se nepohybují, dále klesá frekvence srdce, dýchání i tělesná teplota. V této fázi je možné snadné probuzení.
- III. Stádium je fáze obtížného probuzení, je to středně hluboký spánek, dochází ke svalové relaxaci, dále se snižuje tělesná teplota a krevní tlak.
- IV. Stádium je fáze hlubokého spánku, frekvence srdce klesá o 20-30 %. Spící člověk je úplně relaxovaný, v této fázi dochází k regeneraci sil organismu. Je velmi obtížné člověka probudit. Mohou se zde objevit krouživé pohyby bulbů (1).

Spánkovými stádii I – IV procházíme postupně v tomto pořadí a, jak již bylo uvedeno, aktivita mozku se během nich stále zpomaluje. Zhruba po 1 – 2 hodinách dochází k významné změně v mozkové aktivitě. V EEG záznamu se objeví rychlá

elektrická aktivita, která je podobná záznamu bdělého stavu. Člověk přechází do REM fáze spánku (14).

REM spánek je vývojově starší je to spánek rhombencephalický, je řízen noradrenalinem. Tato fáze dodává sílu, znovuobnovuje a restauruje naše psychické procesy (myšlení, uvažování, rozhodování, představování), které jsou unaveny bdělým životem, zpevňuje nejen paměť, ale i ostatní poznávací schopnosti. První stádium REM fáze trvá 10-15 min, poté spánek pokračuje opět jako během usínání – stádii II. a III. do stádia IV., pak následuje další REM stadium. Na elektroencefalogramu jsou vlny ve vyšších pásmech (2).

Při REM fázi začne člověk těžce a nepravidelně dýchat. Jeho srdeční frekvence se zvyšuje na hodnoty, které odpovídají bdělému stavu. Probudit člověka v REM fázi je obtížnější než v ostatních spánkových stádiích. Dochází k úbytku svalového napětí, což je patrné v uvolnění obličeje spícího. Zde se objevují rychlé pohyby očních bulbů. Změny průtoku krve vyvolávají u mužů erekci a u žen prokrvení vaginální oblasti. Autonomní nervový systém se projevuje značnými nepravidelnostmi v pulsu, dýchání, a v hodnotách krevního tlaku. Mozek má zvýšenou spotřebu kyslíku, což ukazuje na regenerativní funkci spánku pro centrální nervovou soustavu (14).

O REM fázi spánku je prokázáno, že je fyziologicky podstatou snové činnosti, a někdy bývá nazýván také D-stav (od anglického slova dream-sen). Perioda REM spánku se u zdravého člověka objevuje nejméně třikrát za noc (14).

Když jsou lidé probuzeni v REM fázi, průměrně v 88 % potvrdí, že se mu právě zdál sen a celkem bez problémů je tento sen schopný vyprávět. Abychom měli naději, že si sen zapamatujeme, musíme se ze spánku probudit a chvíli zůstat vzhůru. Jelikož teprve bdělé vědomí může uložit vzpomínku na sen a uchovat paměťovou stopu. A právě proto si pamatujeme nejčastěji ranní sny (14).

Délka celého cyklu, od začátku 1. Stádia non-REM až po ukončení první fáze REM, je asi 90-110 minut. V typických případech se tento cyklus opakuje 4x-6x za noc. A v každém následujícím cyklu se zkracuje III. a IV. stadium non-REM, zatímco narůstá délka fáze REM.

U mladých dospělých osob tvoří fáze REM 20-25 % celkového množství spánku, III. a IV. Stadium non-REM asi 15-20 % a 1. stadium non-REM asi 5 %. Největší část spánku probíhá ve II. Stadiu a je to okolo 50-60 % (14).

#### ***1.1.4 Funkce spánku***

Existuje teorie o funkci spánku, kterou je možné rozdělit do dvou skupin. První skupina je zotavovací – syntetická funkce spánku a druhá skupina je behaviorální, tzn. vliv spánku na jednání a chování jedince. Spánek je považován za velmi důležitý regenerační a energii udržující, protože syntéza bílkovin a dělení buněk k obnově tkání probíhají především v době odpočinku a spánku, proto je tak potřebný u nemocných jedinců. Non – REM spánek se zaměřuje na uzdravení těla a REM spánek pomáhá k regeneraci psychických funkcí. Předpokládá se, že v REM spánku dochází k ukládání informací a promítání událostí z předchozího dne (2, 3).

Nedostatek spánku může způsobit závažné psychické problémy, které jsou komplikací zdárného uzdravení. Deficit spánku je možné chápat jako další stresor k prožívaným fyzickým a emocionálním traumatům (2).

Nepřetržité buzení a přerušování spánku souvisí se zvýšenou úzkostí, podrážděností a dezorientací, které mohou mít vliv na uzdravení. Celkový nedostatek může mít za následek např. podrážděné chování, podezíravost, nesrozumitelnou řeč, mírnou poruchu zpracování vizuálních podmětů, sníženou motivaci a ochotu provádět úkony vyžadující vstávání z lůžka a jiné aspekty soběstačnosti, latergii a později bludy a paranoii (3).

### ***1.1.5 Biorytmy a potřeba spánku***

Biorytmy jsou cyklické biologické hodiny, které řídí a usměrňují potřebu spánku. Narušením životního rytmu a spánkových zvyklostí působí negativně na spánek. Tyto jedinečné vnitřní hodiny existují v rostlinách, zvířatech i v lidech. U lidí mají endogenní původ a jsou synchronizované s vnějšími faktory, jako je světlo a tma, gravitace a elektromagnetické vlnění. Biorytmy u lidí se projevují v činnostech jednotlivých orgánů, v chování. Biorytmy se rozdělují podle délky cyklu (1, 2).

Nejčastější je cirkadiánní rytmus (cirka – zhruba, asi, die – den) – jednodenní rytmus, termín cirkadiánní pochází z latinských slov „circa dies“ a znamená „asi den“. Představuje změny, spojené s cyklem otáčení Země. Zahrnuje cyklicky se opakující změny tělesné teploty, renální exkrece kalia, hodnoty krevního tlaku, příjmu potravy, spánku, bdění, dále také změny lidského chování a intelektuální výkonnosti. Cirkadiánní rytmus začíná již ve třech měsících života člověka (příloha 3), (1, 2).

Ve vztahu k cirkadiánnímu rytmu se různí lidé projevují během 24 hodin zvýšenou nebo sníženou aktivitu. Člověk, který je svěží a tedy časně ráno a večer dříve usíná, označujeme jako „ranní ptáče“ a druhým typem je „noční sova“ u kterého aktivita vrcholí v pozdních odpoledních hodinách a včasné stávání mu činí problémy. Při hodnocení potřeby spánku by měla sestra přihlížet na jeho hypnagogický rytmus a podle možnosti přizpůsobit jeho spánkový režim (1, 2)

Dalším typem je infradiánní rytmus, například jednoměsíční. Zde můžeme uvést menstruační cyklus. A posledním typem je ultradiánní rytmus, jenž se skládá z cyklů trvajících minuty nebo i hodiny. Příkladem je REM fáze s rychlými pohyby očí (1, 2).



### ***1.1.6 Některé faktory ovlivňující spánek***

V našem světě existuje mnoho rušivých elementů, které negativně působí na náš spánek. Jako prvním elementem jsou fyziologicko-biologické faktory (věk, nemoc, bolest, výživa, pohyb), (2).

*Věk* je jedním z faktorů, jenž určuje kvantitu a kvalitu spánku, ale také způsob a frekvence střídání jednotlivých fází. V průběhu života se mění potřeba spánku i jeho délka. S přibýváním let se potřeba spánku snižuje (Příloha 4).

*Nemoc* je dalším významným faktorem, který narušuje normální spánkový rytmus. Spánek může být tedy ovlivněn z důvodu bolesti, deprese, dušnosti, nauzea, zvracení, bušení srdce. Proto nemocný jedinec potřebuje více spánku než člověk zdravý. Prostředí nemocnice a harmonogram práce na oddělení narušují kvalitu spánku. Hlavním problémem je brzké buzení nemocných na oddělení, někdy i před pátou hodinou ranní. Pro většinu nemocných je také nepříjemné dodržování „večerky“ bez možnosti sledování televizního programu či četby (2).

*Výživa* ovlivňuje kvalitu spánku, proto je důležité vyvarovat se nesprávným zažívacím návykům, jako je nadměrný příjem potravy před spánkem nebo naopak hlad. Dále je před spánkem nevhodný zvýšený příjem tekutin, kávy a alkoholu (2).

*Pohyb* na čerstvém vzduchu napomáhá při usínání a ovlivňuje kvalitu a délku spánku. Z toho vyplývá, že mírná únava přispívá ke klidnému spaní a ovlivňuje i typ spánku (zkracuje se REM spánek). Opakem je nadměrná fyzická zátěž, která problematizuje usínání. Změna prostředí jako např. pobyt v nemocnici negativně ovlivňuje usínání, narušuje spánkové stereotypy (2).

*Počasí* může ovlivňovat usínání i celou dobu spánku. Ideální teplota pro spánek je mezi 12 a 24 °C. Nepříznivě působí jak vysoký, tak i nízký atmosférický tlak. *Strava* je dalším faktorem, který ovlivňuje spánek. Potraviny obsahující polysacharidy (pečivo, brambory) a tryptofan (mléčné výrobky) mírně podporují usnutí a prohlubují spánek.

*Lůžko* – laboratorní výzkumy prokázaly, že měkké postele napomáhají ke spánku více než lůžka tvrdá (2).

*Hluk* je jedním z negativních faktorů, který neblaze působí na usínání a kvalitu spánku. Nejčastějším rušivým hlukem je automobilová doprava. Hluk, také může způsobit poruchu a psychické výkonnosti a pohody (2).

*Nedostatek soukromí* – je způsoben např. nedostatečnou vzdáleností lůžek, nadměrným obsazením pokojů. Každý člověk je navyklý na určitý standart při navození a udržení spánku. Zde jsou rušivým faktorem ostatní spolupacienti a zdravotnický personál, který narušuje soukromí citlivějších pacientů

Jako další faktory je možné uvést neznámé místo na spaní, omezení pohybu na lůžku, prostředí (2).

### ***1.1.7 Poruchy spánku***

Poruchy spánku jsou u zdravých i nemocných lidí velmi časté a jejich výskyt stále stoupá. Poruchy spánku se týkají usínání, délky spánku, kvality spánku a probouzení. *Krátkodobé poruchy* jsou většinou způsobeny nepříjemnými zážitky jako např. přijetí do nemocnice, musel se několikrát svlékat před mnoha lidmi, má zakázáno kouřit, špatná diagnóza, a dále událostmi z předchozího dne, proto je přirozený proces usínání stále narušován a spánek, který se posléze dostaví je krátký, probouzení je velmi časté. Celkově je spánek nekvalitní a nepřináší odpočinek (13).

Mezi *dlouhodobé poruchy* spánku, se kterými se sestra při poskytování ošetrovatelské péče setkává, patří poruchy rytmu spánku a bdění, zvláštní spánkové jevy. Poruchy rytmu spánku a bdění se nejčastěji vyskytují u starších lidí. Lidé trpí neodbytnou spavostí, jež se dostavuje v denních hodinách a blížícím se večerem ustupuje, člověk je aktivní, vyhledává činnost a neustále hovoří (13).

Další dlouhodobou poruchou jsou spánkové jevy. Tyto jevy nejsou pro člověka nebezpečné, ale patří mezi negativní faktory, které zneprůjemňují spánek a usínání samotného jedince i svého okolí. Lidé, kteří trpí spánkovými jevy, anebo jsou pouze němými pozorovateli, mohou být nevyspalí, unavení. A proto je pro ně, tak již časné buzení velmi nepříjemné. Mezi zvláštní jevy je možné zařadit *hypnagogické záškuby*, které se projevují spontánně, jsou to rychlé záškuby svalstva končetin, trupu i hlavy,

projevují se během usínání. Četnost a frekvence záškubů může vzrůstat během období s vyšší emocionální zátěží a při nadměrné námaze (14).

Dalším jevem jsou *hypnogogické pseudohalucinace*, které patří mezi nepravé halucinace. Vznikají uvolněním snového automatismu, je to při přechodu z bdění do snu, kdy je člověk z velké části ještě orientován. Člověk prožívá zrakové či sluchové halucinace. Tyto pseudohalucinace se mohou vyskytovat i při ranním probuzení.

*Ronchopatie* (chrápání) je v populaci velmi běžným jevem, věkem se výskyt zvyšuje. Tento jev může být příznakem vážnějšího onemocnění (14).

Bruxismus je skřípání zubů, které je vyvoláno rytmickými stahy žvýkacích svalů během spánku. Skřípání zubů se může vyskytnout v kterémkoli spánkovém stádiu. Při častějším výskytu dojde u člověka k poškození chrupu (obroušení zubů, zánět dásně či okostice a poruch čelistního kloubu), (14).

*Somnilogií* označujeme mluvení ze spaní, vyskytuje se ve všech věkových skupinách i spánkových stádií. Spící může mluvit spontánně nebo existuje somnialogie což znamená, že spící odpovídá na otázky. Nejčastěji spící pronáší slova či útržky vět, mluvení je často nesrozumitelné a nelogické (14).

*Somnambulismus* (náměsíčnost) se nejčastěji objevuje v první polovině noci (non-REM spánek). Spící provádí složité pohyby, např. vstane z lůžka, chodí po bytě. Náměsíčný má oči otevřené, vyhýbá se překážkám, dokonce se může objevit somnilogie, ale většinou chodí mlčky. Po určité době se vrátí do postele anebo se uloží tam, kde zrovna je (14).

*Spánková opilost* je stav nedokonalého probuzení, kdy je člověk dezorientovaný, má zpomalenou reaktivitu, na okolí působí jako opilý, mluví z cesty, motá se. Tento stav se objevuje při probuzení z hlubokého spánku v první polovině noci (14).

A dalším jevem je *spánková obrna*, která je velmi nepříjemná, je doprovázena pocitem strachu. Při spánkové obrně se spící člověk probouzí do bdělého stavu, je plně orientovaný, ale nemůže se několik desítek sekund pohnout, protože přetrvává svalová atonie (úplné uvolnění). Tento stav je naprosto neškodný, objevuje se u lidí, kteří pracují ve směnném provozu (14).

*Nespavost* se u člověka projevuje ztíženým usínáním, častým buzením, předčasným buzením a nedostatečnou kvalitou spánku. Příčinami nespavosti jsou tělesné, duševní a zevní problémy. Důsledkem nespavosti je zhoršení nálady, pocitu únavy, denní ospalost, předčasné večerní usínání a možné i zdravotní potíže (13).

U hospitalizovaných pacientů je nespavost velmi častá, protože pacienti dlouho a obtížně usínají, spí povrchním spánkem a v noci se velmi často budí. Pokud konečně mají možnost usnout, tak jsou ráno zase velmi brzy buzeni zdravotnickým personálem. Po celý den je pacient unaven z nedostatku spánku, je podrážděný a hůře snáší všechny zákroky související s jeho vyšetřením a léčením (13).

## **1.2 Potřeby nemocného při poskytování ošetrovatelské péče**

### **1.2.1 Charakteristika potřeb člověka**

Základním rysem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Potřebu je možné definovat jako projev nějakého nedostatku, chybění něčeho. Tato nutnost je v životě lidí velmi důležitá, nabádá k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Prožívání nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím vytváří vzorec chování jednotlivce. Jednání zaměřené k uspokojování potřeby převádí potřebu na její psychologickou úroveň (12).

Potřeba zdůrazňuje jednotu s okolním světem, každá potřeba je potřebou něčeho, vztahuje se k něčemu v prostředí. V průběhu života se potřeby jedince mění a vyvíjejí, na rozdíl od pudů a instinktů, které jsou biologické a neovlivnitelné zvenčí. Každý jedinec vyjadřuje uspokojení svých potřeb jiným způsobem, je to velmi individuální proces. Postupně v průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvantity i kvality. Musíme si uvědomit, že všichni lidé mají společné potřeby, které jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby (2).

Naše nedostatky je možné uspokojovat žádoucím nebo nežádoucím způsobem. Za žádoucí způsoby považujeme ty, které neškodí nám ani jiným lidem, jsou ve shodě

se sociálně – kulturními hodnotami a jsou uspokojovány v mezích zákona. Za nežádoucí způsoby pokládáme ty, které mohou škodit dané osobě nebo jiným, nejsou ve shodě se sociálně – kulturními hodnotami nebo přesahují meze zákona (2).

Potřeby jsou základními motivy, vyjadřujícími nějaký nedostatek, tj. narušenou psychofyziologickou rovnováhu. Potřeby jsou také určovány kulturou a lidé si jsou ve svých potřebách podobní (2).

Jak bylo již uvedeno výše, potřeba je subjektivně pociťovaný nedostatek něčeho nezbytného. Při dlouhodobém nenaplnění potřeby nastupuje deprivace. Jedno z možných rozdělení potřeb je na potřeby *biologické*, *psychologické* a *ekonomické* (2).

Při potřebách biologických dochází k narušení fyziologické rovnováhy (homeostázy). Psychologická potřeba je zcela specifická a vyjadřuje psychický stav jedince, ve kterém se odrážejí nedostatky. Tento nedostatek je spojen se sociálními nedostatky v životě jedince. Další částí je ekonomická potřeba, která vyjadřuje nutnost nebo žádost něco vlastnit a užívat (oblečení, boty, počítač atd.) (2).

### **1.2.2 Holistický přístup k nemocným**

Termín holismus je odvozen z řeckého slova - holos - celek. Holismus je filosofický směr, který zdůrazňuje, že všechny vlastnosti nějakého systému nelze určit nebo vysvětlit pouze zkoumáním jeho částí. Protože pokud bychom se dívali pouze na izolované části, které tvoří jedince, nikdy bychom nedošli k pochopení organismu jako celku, nikdy by nedošlo k úplnému vyléčení. Všechny části, jsou navzájem propojeny, vše na sebe určitým způsobem působí (3).

Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky v interakci. Z toho vyplývá, že každá porucha jedné z jejich částí je poruchou celého systému, proto se sestry zabývají člověkem jako celkem, jako bytostí bio – psycho – sociálně - spirituální, tedy holistickou, ne pouze souborem částí a procesů (příloha 5). Na pacienty se pohlíží jako na členy společností, kde mají své rodinné role a přátele (3).

Aby člověk (zdravotník) pochopil holismus v ošetrovatelství, musí přijmout několik hlavních myšlenek. Mezi hlavní myšlenky patří pochopení, že pacienti jsou celí

lidé, na které nelze pohlížet způsobem omezujícím se na části. Dále je nutné uznat, že celek nelze chápat tak, že izolujeme a prohlédneme jeho části. A to že se ošetřovatelství neomezuje pouze na léčbu nemoci, ale vyžaduje, aby sestra a pacient spolupracovali na podpoře zdraví. Sestra musí vzít v úvahu prostředí, ve kterém jedinci žijí, jejich kulturu, náboženství, zvyky a také vztahy jedince s ostatními lidmi. Práce sestry s pacientem je založena na zájmu a vzájemném porozumění. Každá spolupráce s pacientem je zkušeností pro sestru. Tato spolupráce dává možnost sestře se zdokonalovat v poskytování holistické péče (3).

Holismus je tedy koncepce, která se soustředí na potřeby pacienta. Jedinci mají potřeby např. sexuální, psychické, sociální, potřebu spánku. Pokud pacient nemá uspokojenou potřebou spánku, nastávají další problémy s uspokojováním ostatních potřeb, které chtějí a vlastně i musí být uspokojeny, aby nedošlo k narušení člověka jako celku (15).

### ***1.2.3 Dělení potřeb***

Různí psychologové sestavili indexy potřeb. Ve zdravotnictví se v současné době nejvíce využívá hierarchie potřeb podle Maslowa. Dle Maslowa jsou lidé motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Hierarchie potřeb obsahuje potřeby filozofické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace. Jedinec je integrovaný a organizovaný celek, to znamená, že každá potřeba je vždy výrazem celého jedince (2).

Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti. Toto uspořádání vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ potřeby, jako například dostatek potravy, bydlení, spánek převládají a zvítězí nad potřebami „vyššími“. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jednotlivce. To však neznamená, že potřeby jedince musí být na každé úrovni hierarchie zcela naplněny. Naopak stížnosti na nedostatečné uspokojení potřeb mohou být ve skutečnosti známkou přání postoupit dál na následující úroveň hierarchie potřeb (2).

Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle Maslowa je sestaven do pyramidy tak, že obsahuje: *fyziologické potřeby*, které se objevují při porušení homeostázy a tím vyjadřují potřeby organismu, které slouží k přežití. K přežití a ke kvalitnímu životu, je nutná např. plnohodnotná strava, dostatečný oděv, zdravé bydlení a dostatečně dlouhý spánek, který jedinci pomáhá ke znovu obnovení sil. Jedinec většinou uspokojuje fyziologické potřeby, dříve, než se stanou aktuálními. V momentě, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, ovlivňují celkové chování a jednání člověka.

Jako dalším stupněm v pyramidě jsou *potřeby jistoty a bezpečí*, tyto potřeby ukazují jak se vyvarovat ohrožení a nebezpečí. Jedinec touží po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti. Objevuje se vždy při ztrátě pocitu životní jistoty (2).

Vyšším stupněm je *potřeba lásky a sounáležitosti*, jinak označována jako potřeba afiliační. Tento stupeň vyjadřuje potřebu milovat a být milován, potřebu náklonnosti, sounáležitosti a potřebu být sociálně integrován. Nalézáme ji v situacích osamocení a opuštění (2).

*Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty*. Jsou to dvě spojené potřeby. První je potřeba sebeúcty a sebehodnocení, která zahrnuje přání výkonu, kompetence, důvěry. Druhá potřeba vyjadřuje touhu po respektu, dobrého postavení uvnitř sociální skupiny. Tato potřeba se vyskytuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry (2).

Nejvyšší potřebou v pyramidě je *seberealizace, sebeaktualizace*. Je to potřeba, kdy jednatel chce realizovat své schopnosti a záměry. Musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že svojí činnost dělá dobře (2).

K vyšším potřebám řadí Maslow takzvané metapotřeby, nebo také potřeby růstu, které vyjadřují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Zahrnujeme sem potřeby poznání, porozumění, jednoty, rovnováhy, harmonie, spontaneity, individuality, hravosti, a další. Tyto metapotřeby jsou ve srovnání se základními potřebami méně naléhavé, ale jejich vystoupení a uspokojování, „posiluje vývoj k pravé lidskosti, k vyššímu štěstí a radosti“ (Příloha 5), (2).

### **1.3 Ošetrovatelská péče u nemocných při uspokojování potřeby spánku**

Povolání sestry je jedním z nejtěžších, ale nejhumnějších zaměstnání vůbec. Cílem práce sestry je komplexní péče o pacienty a udržení hygienicky nezávadného prostředí. Sestra poskytuje odbornou péči všem pacientům, kteří jsou hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení, ale i mimo zdravotnické zařízení (19).

Podstatnými úkoly, jež, musí sestra bezpodmínečně zvládat v ošetrovatelském povolání, je práce s lidmi, fyzická a psychická náročnost, umění spolupracovat s ostatními zdravotnickými pracovníky, práci ve směnném provozu, potřeba se neustále vzdělávat a dodržovat povinnost mlčenlivosti (19).

#### ***1.3.1 Komunikace sestra - pacient***

Pro všechny, kteří pracují v profesích, kde se setkávají s člověkem jako příjemcem své práce, je důležitá oblast sociálních dovedností. Ošetrovatelská praxe klade schopnost interakce s nemocnými na významné místo. Veškeré dění uvnitř i v okolí se odehrává formou interakcí a komunikace. Interakce je reagování lidí navzájem, probíhá neustále. Pokud dojde k výměně informací, jde o komunikaci. Komunikaci můžeme rozdělit na verbální či neverbální. Sestry musí umět ovládat jak verbální tak i neverbální komunikaci. Verbální komunikací rozumíme dorozumívání se pomocí slov. Neverbální komunikace je definována jako řeč těla. V tomto způsobu komunikace se užívá mimika, proxemika, haptika, posturologie, kinezika a gesta. Používáme ji k tomu, abychom její pomocí řeč podpořili nebo nahradili úplně. Neverbální složka komunikace má větší vliv než verbální komunikace. Například použitím relaxačních a zklidňujících technik je možné zmírnit stres a dotekem vyjádřit zájem či starost o pacienta. Sestra používá komunikaci s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem jak s dítětem, dospělým tak i s nemocným se zvláštními potřebami (3, 4).



V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace s nemocným, každý druh má své zákonitosti i význam. Prvním způsobem je *sociální komunikace*. Je to běžný hovor s nemocným. Člověk v nemocniční péči má omezenou možnost sociálních kontaktů, proto pozitivně přijímá možnost hovoru s dalšími lidmi, jak například se svým spolupacientem, se zdravotníkem, tak i s dobrovolníky, kteří dochází do nemocničních zařízení. U zdravotníků navázání vztahu s nemocným usnadní další komunikaci v rámci ošetrovatelské péče. Vhodné situace pro rozvoj komunikace jsou např. při úpravě lůžka, při hygieně, pomoc při jídle (4).

Druhým typem je *strukturovaná komunikace*. Jde o komunikaci, při kterém sděluje sestra pacientovi důležité informace, motivuje pacienta k další léčbě, edukuje. Zde je nutné dbát na srozumitelnost informace a na formu sdělení, vzhledem ke stavu pacienta. Na závěr je dobré si ověřit, zda pacient sdělení rozumí a akceptuje ho (4).

A dále existuje *terapeutická komunikace*. Odehrává se formou rozhovoru. Při denním kontaktu s pacientem poskytujeme oporu a pomoc ve chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných skutečností. Úkolem terapeutického rozhovoru je zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u pacientů (Příloha 6), (4).

### ***1.3.2 Intervence sestry k zajištění klidného spánku pacienta***

Sestra by měla mít dobré organizační schopnosti, jelikož si musí uspořádat harmonogram práce, tak aby nerušila pacienta při spánku anebo jen minimálně. Popřípadě musí vysvětlit hospitalizovanému pacientovi nutnost vyrušování při odpočinku či nočním spánku, například nutností aplikace léku, měření fyziologických funkcí (10).

Dále by měla sestra podat informace o nevhodnosti kofeinových a alkoholických nápojů v době před spánkem. Pokud pacient má ordinované analgetika, je vhodné je podat jednu hodinu před usnutím, aby se využilo zklidňujícího účinku. Pacient může mít ordinované i léky na spaní, které sestra pacientovi podá dle ordinace. Sestra musí sledovat účinek léku (10).

Jestliže pacient má problémy s nespavostí, tedy insomnií měla by sestra znát zásady postupu při insomnii a poskytnu pacientovi podmětne rady. Pacient s nespavostí má chodit pravidelně spát ve stejný čas, po ulehnutí na lůžko má relaxovat, nespávat během dne, neměl by spát déle než 8 hodin denně, pokud jde večer spát a neusne do 15 minut, měl by zahájit jinou činnost a každý den vstávat ve stejnou dobu (10).

Je dobré pacientovi doporučit lehkou svačinu před spánkem jako je mléko, džus, sýr. Také je nutné vysvětlit pacientovi, že ložnice není vhodná k pracovní činnosti nebo sledování televizního programu, ale jen ke spánku (10).

Před spánkem sestra zajistí pacientovi určitý komfort, a to tím že pacientovi vypne prostěradlo, nabídne pomoc při mytí obličeje, rukou, nabídne vatové ucpávky do uší a masáž zad. Podle schopnosti a pacientových možností nechá sestra pacienta, aby si upravil prostředí dle svých zvyklostí z domova, a umožní mu přítomnost rodiny. Po všech vykonaných činnostech nutných k navození spánku a veškerých ordinací sestra zajistí na pokoji zhasnutí maximálního počtu světel a omezí hluk na oddělení (10).

Po celou noc, by sestra měla kontrolovat a hlídat pacientův spánek, vyhodnocovat jeho kvalitu, jestli byl bez přerušení a kolik hodin během služby celkem prospal. O možných problémech pacienta by měla informovat ostatními pracovníky (10).

### ***1.3.3 Péče o lůžko pacienta***

Lůžko je základním zařízením pokoje pro nemocné. Pacient na něm tráví převážnou část pobytu v nemocnici, nemocný se na lůžku myje, koupe, stravuje, spí a vyprazdňuje. Na lůžku provádíme ošetrovatelské, rehabilitační, vyšetřovací a léčebné výkony, proto musí být pevné a pohodlné. Běžné (standardní) nemocniční lůžko má pevnou ložnou plochu, aby se neprohýbala pod případnou větší hmotností pacienta. Zvednutím hlavové či nožní části lze lůžko upravit do jiné polohy. Běžné lůžko má rozměry: délka 200 cm, šířka 82 cm, výška 54 cm (18).

Na některých odděleních jsou i jiné typy lůžek – speciální (lůžka resuscitační, otáčecí, polohovací a inkubátory). Dají se upravit buď mechanicky, nebo elektrickým

tlačítkem do různých poloh. Po stranách lůžka je možné vysunout postranice, které mají zabránit pádu pacienta z lůžka. Na horní čelo může být připevněn ohnutý rám na zavěšení brázdíčky (7).

Lůžko má být postaveno tak, aby vyhovovalo pacientovi. Pacient nemá být rušen denním ani umělým světlem a oslňován sluncem. Nejde-li to zařídit jinak je nutno chránit po dobu největší světelnosti okna roletami. Pacienti nemají ležet v přímém proudění vzduchu mezi otevřeným oknem a dveřmi. Jednotlivá lůžka mají být přístupná ze tří stran a mají být od sebe vzdálena nejméně 75 cm a to proto, aby mohl pacient pohodlně vstát, aby se omezil přenos kapénkové infekce. Kromě toho jsou-li lůžka postavená blízko sebe, má pacient nepříjemný pocit průniku do svého soukromí. To může zvyšovat jeho podrážděnost, vést k neklidu a zhoršenému usínání (7).

K základnímu vybavení lůžka patří molitanová matrace v nepromokavém potahu, příkrývky lehké, teplé a snadno čistitelné, polštáře střední velikosti, naplněné peřím nebo syntetickým materiálem, podložka z PVC, která chrání lůžko před promočením, ložní bavlněné prádlo (7).

Ke každému lůžku patří noční stolek a židle. Noční stolek má stát na té straně lůžka, která vyhovuje pacientovi, a má být natočen, tak aby si z něho nemocný mohl sám cokoliv vzít (7).

Úprava lůžka je každodenní náplní práce sestry (ráno, večer před spaním a kdykoli je potřeba). Ranní stlaní lůžek slouží nejen k úpravě postele, ale i k prvnímu rannímu kontaktu s pacientem a k jeho celkovému probuzení. Při stlaní se také může sestra optat na kvalitu spánku, která je významným ukazatelem spokojenosti pacienta. Stlaní lůžka je velmi významné i před spánkem, hlavně pro ty pacienty, kteří nejsou schopni upravit si lůžko sami. Upravené a čisté lůžko je významným zdrojem pohodlí a příjemného pocitu pro pacienta, který tráví většinu hospitalizace na lůžku (18, 19).

Lůžko upravujeme uzavřeným nebo otevřeným způsobem po délce nebo šířce. Velkým rozdílem je stlaní lůžka s pacientem nebo bez pacienta. Lůžko je vhodné upravovat 2 x denně při ranní a večerní toaletě a dle potřeby. Lůžko upravujeme vždy od hlavy směrem dolů (18).

Úpravě lůžka předchází přípravná fáze, která obsahuje připravení pomůcek, které budeme potřebovat při stlaní lůžka (čisté prádlo máme na vozíku), umytí rukou, oslovením pacienta a zahájení rozhovoru s ním. Poté co pacient opustí lůžko uvolníme základnu, vyměníme špinavé prádlo (polštář a deku odkládáme na židli) za čisté. Dále upravíme základnu lůžka, lůžkovin a prostředí. Po ukončení stlaní akceptujeme připomínky pacienta (dodatečné úpravy), (18, 19).

## **1.4 Zajištění péče o nemocné ve zdravotnickém zařízení**

### **1.4.1 Charakteristika zdravotnického zařízení**

Zdravotnické zařízení poskytuje nemocným ambulantní péči anebo péči na lůžkovém oddělení. Nemocnice se člení na odborná oddělení, diagnostická oddělení, technický úsek a administrativní úsek (19).

*Odborná oddělení* jsou oddělení, na kterých se léčí pacienti s různými nemocemi. Odborná oddělení mohou být interní oddělení, chirurgické oddělení, gynekologicko – porodnické oddělení, pediatrické oddělení, neurologické oddělení a další (19).

Na *diagnostických odděleních* jako jsou specializované laboratoře, radiodiagnostické oddělení, hepatogastroenterologické oddělení, kardiologické oddělení a oddělení výpočetní tomografie se provádí speciální vyšetření potřebné ke stanovení diagnózy. Do *technického úseku* zařazujeme ústavní kuchyň, prádelnu, kotelnu, centrální sklad prádla a pomůcek, údržbářská dílna a dezinfektoři. *Administrativní úsek* je tvořen ředitelstvím, správou nemocnice, oddělením hlavní sestry, ekonomickým útvarům, finančním oddělením, výpočetním střediskem a personálním oddělením (19).

V areálu nemocnic jsou ústavní lékárny, které dodávají léky dle objednávek jednotlivých oddělení (19)

Většina nemocnic mají v názvu všeobecná nemocnice, což znamená, že jsou v ní oddělení, které se dále člení na ošetrovací jednotky. Ošetrovací jednotka je základní, funkční a organizační úsek nemocnice. Jde o samostatný subjekt jak po stránce prostorové, materiální, tak i po stránce personální. Existují tři typy ošetrovatelských

jednotek. Prvním z nich jsou *jednostranné ošetrovací jednotky*, to jsou v podstatě dlouhé chodby s místnostmi po jedné straně a s řadou oken po straně druhé. Dalším typem (druhým) jsou *oboustranné ošetrovací jednotky*, mají místnosti po obou stranách chodby, zpravidla tak, že pokoje nemocných jsou umístěny naproti sociálnímu a pomocnému komplementu. Posledním (třetím) typem je *kruhová ošetrovací jednotka* tato jednotka má tvar soustředěného kruhu kolem centra. Po obvodu jsou pokoje pacientů a komplementy, uprostřed je lékařské a ošetrovatelské zázemí (13).

Na ošetrovací jednotce pracuje stálý tým zdravotnických pracovníků, který je tvořen: skupinou lékařů, z nichž jeden má funkci vedoucího lékaře, skupinou sester, které řídí staniční sestra a různý počet dalších zdravotnických pracovníků (ošetrovatelky, sanitáři). Úklidové a provozně správní úkoly plní pomocný personál (13).

#### ***1.4.2 Management oddělení***

Každý jedinec má právo na kvalifikované léčení a ošetření od týmu zdravotnických pracovníků, předpokladem úspěšného týmu je dobrá organizační struktura a kvalitní řídicí činnost, toho je možné dosáhnout jedině racionálním rozdělením funkcí, správnou koordinací a rychlou výměnou informací mezi členy týmu (16).

Početně nejsilnější složkou týmu jsou sestry, ošetrovatelky a sanitáři, tomuto týmu dělá přímou nadřízenou *staniční sestra* na daném oddělení. Cílem práce staniční sestry je metodické a organizační řízení personálu, koordinace činností, kontroluje a hodnotí práci svých podřízených a zajišťuje administrativně provozní povinnosti na svém oddělení (16).

Vyšším postem je *Vrchní sestra*, která zodpovídá za celý úsek nemocničního oddělení. Náplní její práce je účastnit se na lékařských poradách za účasti přednosta stanice, podává pravidelná hlášení hlavní sestře, řídí dobu zapracování absolventek, organizuje odborné semináře, které např. informují o nových poznatcích ve zdravotnictví (16).

*Hlavní sestra* je zodpovědná za řízení a úroveň ošetrovatelské péče v celém nemocničním komplexu. Vrchní sestra musí mít perfektní znalost profese, je nutné, aby sledovala nové poznatky a změny v oboru, velmi důležité je aby měla skvělé organizační schopnosti, komunikativní dovednosti a umění získat a udržet přirozenou autoritu, měla by být vzorem pro všechny členy ošetrovatelského týmu (16).

#### ***1.4.3 Organizace práce sester na oddělení***

Kvalifikovaná sestra se uplatní na různých zdravotnických pracovištích, podílí se na preventivní, diagnostické a léčebné péči. Sestra spolupracuje s celým týmem zdravotníků, kteří se nepřetržitě starají o pacienty. Práce sestry se skládá z mnoha činností – činnost prováděná za nepřítomnosti nemocného (vedení záznamu o stavu a projevech nemocného, vyplňování žádanek, získávání výsledků, zpracování zápisu ordinace, objednávání léků, příprava pomůcek k výkonům, čištění a dezinfekce a psaní hlášení). Činnosti prováděné u nemocného jako je rozhovor s nemocným, sledování vzhledu a projevů nemocného, úprava lůžek, asistence při vizitě, servírování jídla. A dále činnosti, které sestra provádí v bezprostřední blízkosti s nemocným např. měření fyziologických funkcí, odběry biologického materiálu, hygienická péče a úprava poloh u ležících nemocných, podávání léků, krmení nemocných (17).

Každá služba je zahajována předáním písemného a ústního hlášení sestrou, která měla předchozí službu, informuje nastupující sestru o každém pacientovi o každé důležité okolnosti, jenž se týká pacienta (výkony, výsledky vyšetření atd.), (17).

Práce sestry na ranní směně začíná předáním služby a pokračuje v ranních a odpoledních úkonech, jako jsou: hygienická a toaletní péče, úprava lůžka, péče o prostředí, odběry biologického materiálu na vyšetření, asistence při vyšetřovacích a léčebných výkonech, doprovod na vyšetření mimo ošetrovací jednotku, asistence při vizitě, plnění ordinací lékaře, podání léků různými technikami, servírování jídla a krmení pacientů, aktivizace pacientů, administrativní práce, přípravné a dokončovací práce (17).

Tento seznam ovšem nezahrnuje veškerou práci sester na oddělení, nesmíme zapomenout na aktivní ošetrovatelskou péči, komunikaci s pacientem, sociální spolupráci s pacientem i s jeho návštěvami, ošetrovatelskou prevenci, důslednou individualizaci a vytváření optimistické atmosféry oddělení (17).

Na standardním lůžkovém oddělení pracují všeobecné sestry, sestry specialistky, sestry bakalářky a další. Sestry poskytují pacientovi aktivní a pasivní individualizovanou ošetrovatelskou péči. Pracují většinou v systému skupinové péče, funkční péče nebo systémem primárních sester. Kromě běžné ošetrovatelské péče, sestry poskytují péči *diagnostickou*, která obsahuje odběr biologického materiálu, přípravu pacientů na vyšetření a ošetření po výkonu. Péči *terapeutickou* např. podávání léků, injekce, inhalace, provádění základní rehabilitace. Dále péči *preventivní* jako je výchovně vzdělávací činnost při prevenci chorob, nácvik dovedností, poučení o výživě. A péči *administrativní* např. shromažďování informací, záznam do dekursů a ošetrovatelské dokumentace, zakládání výsledků, vypisování žádanek, objednávání pacientů na vyšetření (17).

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíle práce**

- 1:** Zjistí, jak vnímají ranní buzení pacienti hospitalizovaní na standardním oddělení v nemocnici.
- 2:** Identifikovat negativní faktory spojené s ranním buzením pacientů hospitalizovaných na standardním oddělení v nemocnici.
- 3:** Zjistí, zda sestry pracující na standardním oddělení v nemocnici respektují potřeby pacientů vzhledem k rannímu buzení.

### **2.2 Hypotézy práce**

- H1: Hospitalizovaným pacientům vyhovuje ranní buzení na standardním oddělení.
- H2: Nejčastěji vyskytujícím se faktorem souvisejícím s ranním buzením pacientů hospitalizovaných na standardním oddělení je čas buzení.
- H3: Sestry pracující na standardním oddělení respektují potřeby pacienta vzhledem k rannímu buzení.



### **3. METODIKA**

#### **3.1 Použité metody**

Ke sběru dat a dosažení cíle, byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Dotazník byl sestaven na základě informací získaných z odborné literatury.

Dotazník byl anonymní, určen pro laickou veřejnost a obsahoval 18 otázek. Dotazník byl sestaven jednak z otázek uzavřených, otevřených a polouzavřených, které nabízely výběr z konkrétních odpovědí a možnost doplnit vlastní názor dotazovaných respondentů.

Identifikační otázky byly zařazeny na úvod dotazníku (otázky 1 - 3), dále pak následovaly otázky zabývající se buzením pacientů na oddělení (otázky 4 – 7, 11), a dále jsou pokládány otázky zjišťující kvalitu nočního spánku (8 – 10). Otázky (13 – 17) zjišťují existenci zvyků a poruch spánku. Poslední otázka (18) je otevřená, která zjišťuje možnost změn na oddělení navrhované respondenty.

Respondenti označovali jednu jimi vybranou odpověď, u některých otázek byla možnost uvést svůj názor, pokud nevyhovovala žádná z nabízených možných odpovědí (Příloha 7).

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

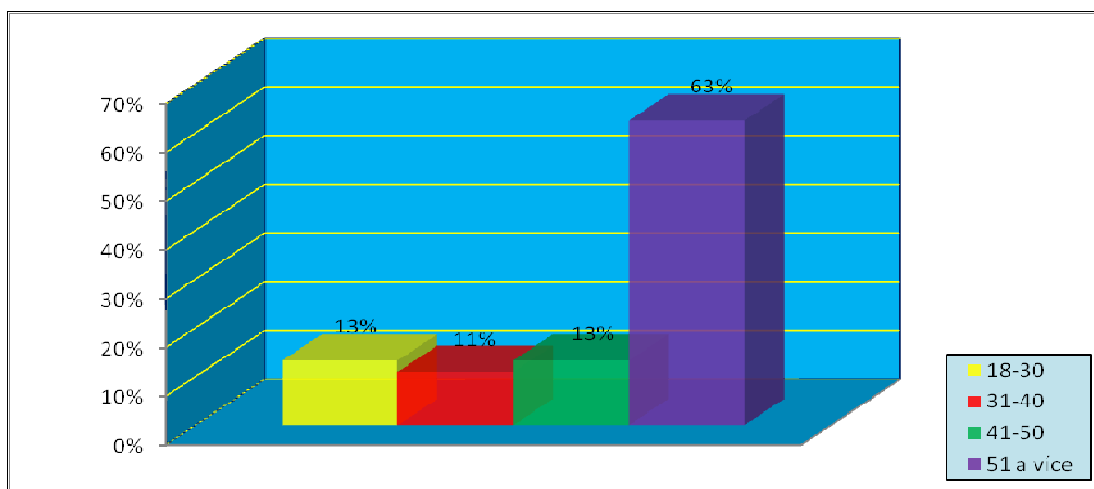
Jako sledovaný soubor byli zvoleni pacienti na interních lůžkových odděleních v Havlíčkově Brodě. Zařazovacím kritériem pro výběr respondentů byla nutnost hospitalizace na lůžkovém interním oddělení, alespoň tři dny. Dotazníky byly rozdány respondentům na třech interních odděleních v nemocnici v Havlíčkově Brodě. Pro umožnění dotazníkového šetření byla oslovena hlavní sestra nemocnice v Havlíčkově Brodě.

Celkem bylo osloveno 150 pacientů během měsíce února a března 2008. Z celkového počtu dotazníků se 14 dotazníků nevrátilo vůbec. Ze 136 navrácených dotazníků bylo nutno 8 dotazníků vyřadit pro neúplnost údajů. Z toho vyplývá, že

návratnost dotazníků byla 91 %. A celkem bylo tedy, ke zpracování údajů zařazeno 128 dotazníků. Výzkumný soubor tvořilo 128 respondentů (100 %).

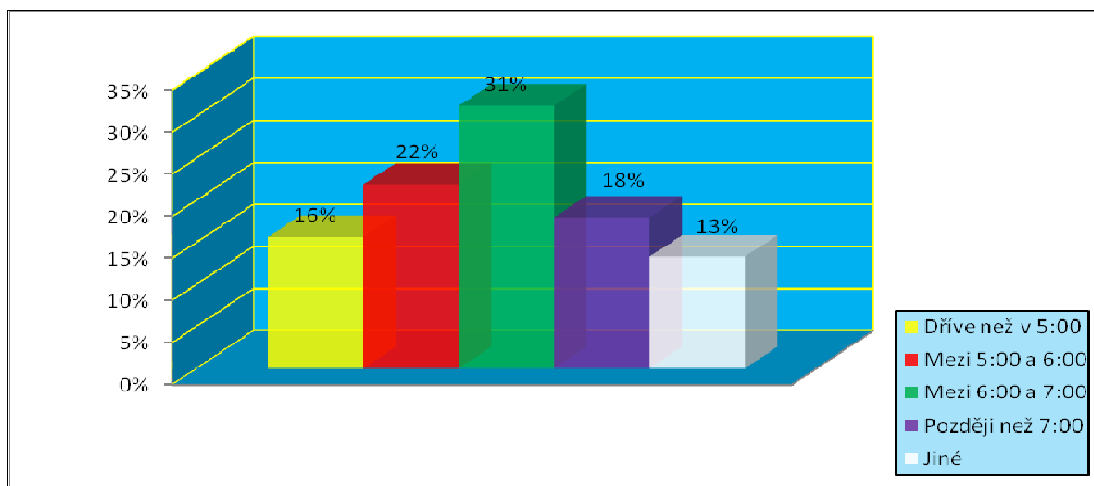
## 4. VÝSLEDKY

**Graf 1 Věkové kategorie respondentů** (graf k otázce č. 1)



Graf informuje, že z celkového počtu dotazovaných respondentů bylo 80 pacientů (63%) ve věku 51 let a více, ve věku 41 – 50 let bylo 17 pacientů (13 %), ve věku 31 – 40 let bylo 14 pacientů (11 %) a ve věku 18 – 30 let bylo 17 pacientů (13 %).

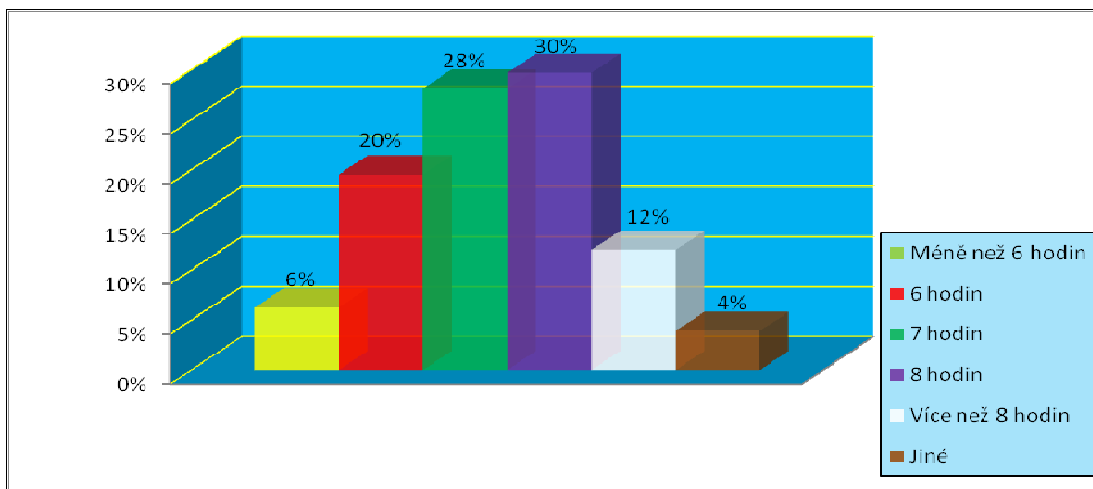
**Graf 2 Čas probouzení se pacientů v domácím prostředí** (graf k otázce č. 2)



Z dotazovaných respondentů označilo 20 pacientů (16 %), že se probouzí dříve než v 5:00, dále 28 pacientů (22 %) odpovědělo, že se probouzí mezi 5:00 – 6:00, a 40 respondentů (31 %) označilo odpověď „mezi 6:00 – 7:00 hodinou. Později než v 7:00 zvolilo 23 pacientů (18 %) a 17 dotazovaných (13 %) označilo jiné. Kde 12 pacientů chce být buzeno kolem 9:00 a 5 pacientů kolem 10:00 hodiny.

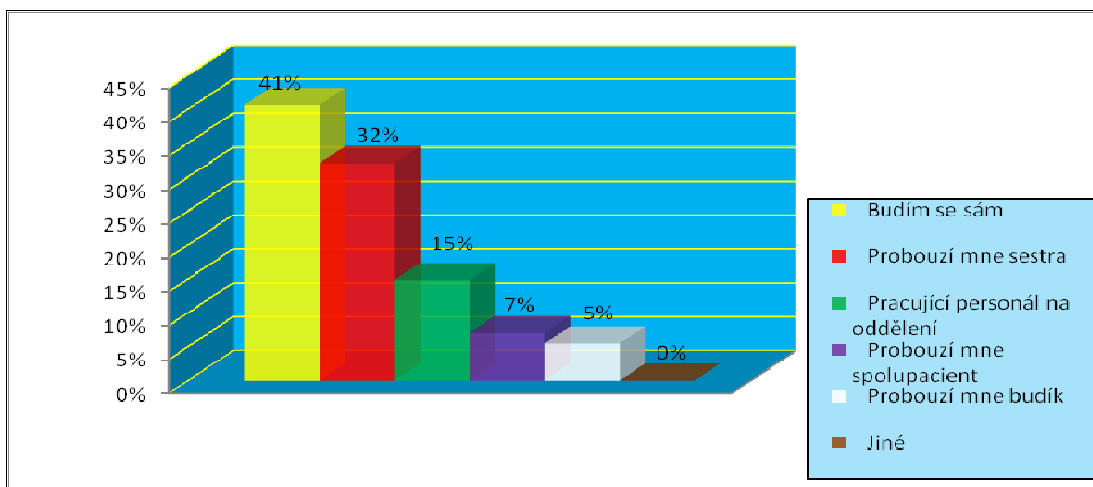
### Graf 3 Počet hodin spánku pacientů k tomu, aby se cítili odpočatě

(graf k otázce č. 3)



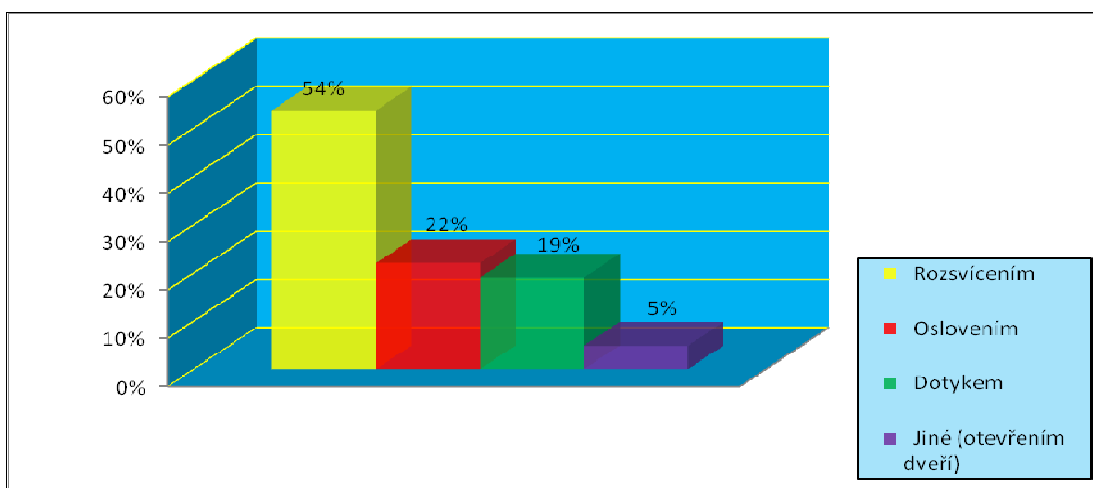
Graf informuje, že 8 pacientů (6 %) potřebuje méně než 6 hodin spánku, 25 respondentům (20 %) postačí 6 hodin spánku, 7 hodin spánku označilo 36 pacientů (28 %), s osmi hodinami spánku je spokojeno 38 respondentů (30 %), více než 8 hodin spánku potřebuje 16 pacientů (12 %) a 5 pacientů (4 %) označilo jiné. Zde 1 pacient uvedl „jak, kdy“, 3 pacienti uvedli 9 hodin spánku a 1 respondent napsal 10 hodin spánku.

**Graf 4 Způsoby probouzení se nemocných na oddělení (graf k otázce č. 4)**



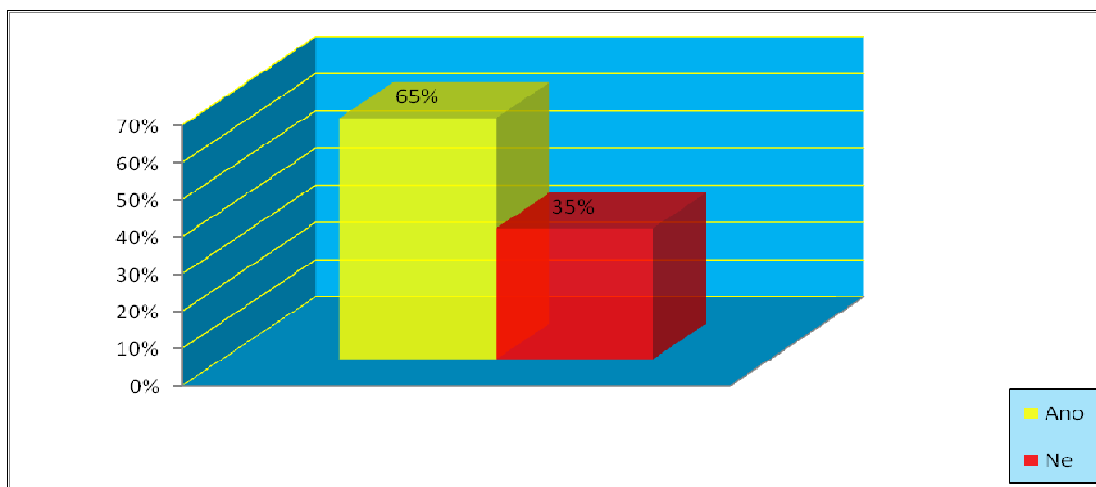
Graf demonstruje, způsob buzení na oddělení, kde 52 respondentů (41 %) se budí samo, 41 pacientů (32 %) označilo, že jsou buzeni sestrou, 19 pacientů (15 %) označilo odpověď „pracující personál na oddělení“. Možnost, že je buzen spolupacientem uvedlo 9 respondentů (7 %) a 7 pacientů (5 %) uvedlo, že jsou buzeni budíkem. Odpověď „jiné“ nikdo neoznačil.

**Graf 5 Způsoby buzení pacientů sestrou na oddělení (graf k otázce č. 5)**



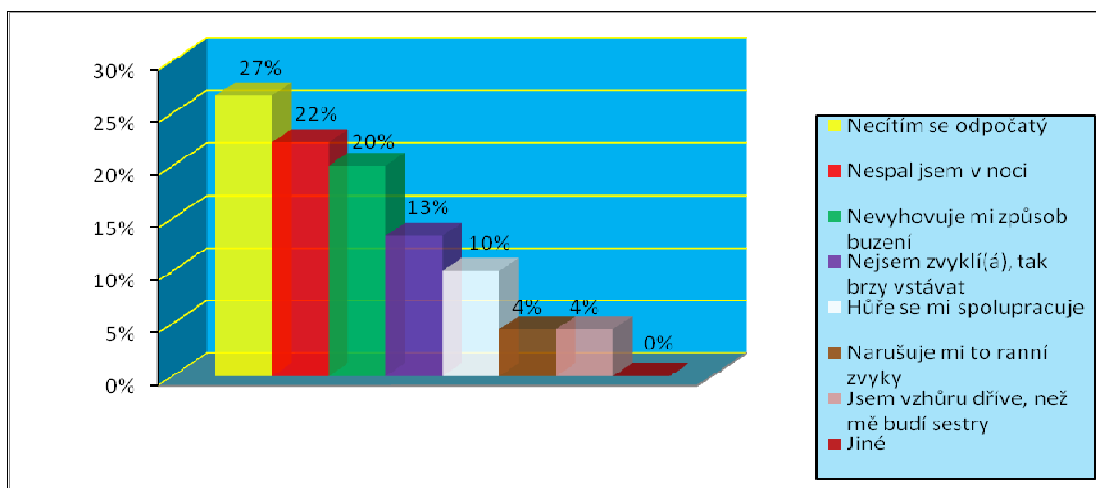
Pro tento graf je 100 % 41 respondentů, kteří v grafu 4 odpověděli, že jsou buzeni sestrou. „Rozsvícením“ označilo 22 pacientů (54 %), „oslovením“ označilo 9 pacientů (22 %), kde 6 respondentů uvedlo, že je sestra budí jemnou opakovanou pobídkou a 3 respondenti uvedli „zvýšeným hlasem“. „Dotykem“ označilo 8 pacientů (19 %) a „jiné“ označili 2 pacienti (5 %), kteří jsou buzeni otevřením dveří.

**Graf 6 Spokojenost pacientů s časem ranního buzení na oddělení (graf k otázce č. 6)**



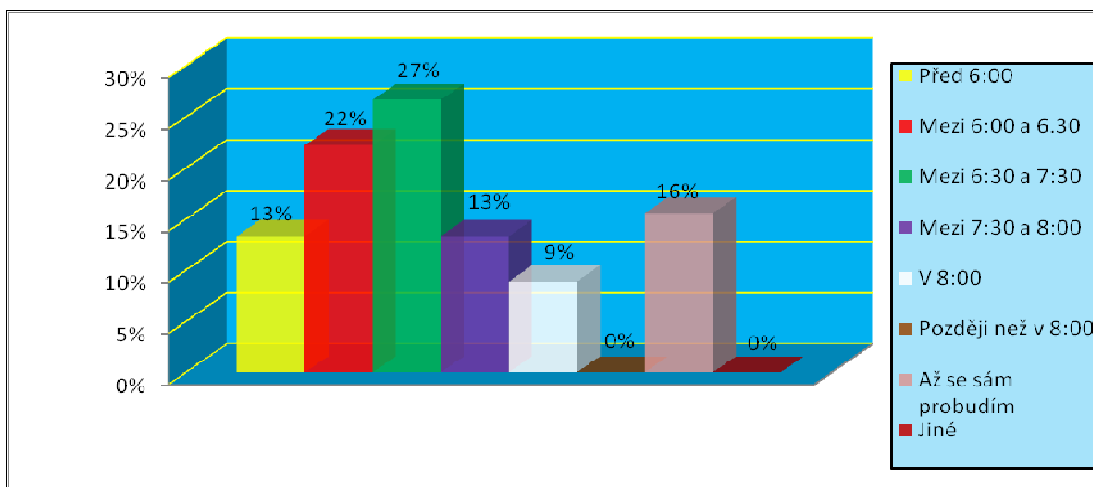
Graf demonstruje, spokojenost respondentů s časem buzení na oddělení, kde 83 pacientů (65 %) je spokojeno a nespokojeno je 45 dotazovaných respondentů (35 %).

**Graf 7 Důvody, nespokojenosti s časem ranního buzení (graf k otázce č. 6)**



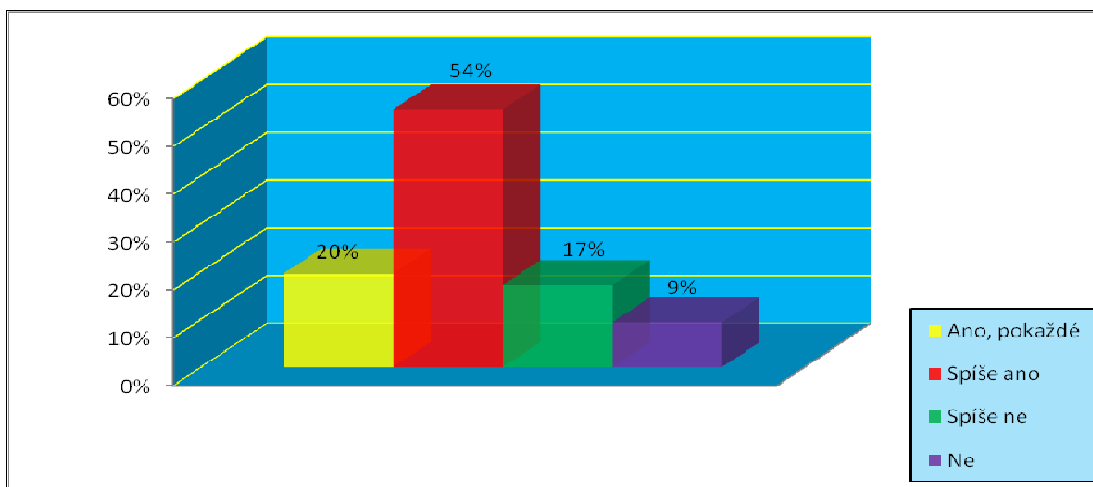
Graf rozvíjí odpověď „Ne“ z grafu 6, kde odpovědělo 45 respondentů, což je pro tento graf 100 %, že nejsou spokojeni s časem ranního buzení. Zde odpovědělo 12 respondentů (27 %), že se necítí po noční spánku odpočatí, 10 respondentů (22 %) nespalo v noci, 9 dotazovaných (20 %) nevyhovuje způsob buzení. Dále 6 pacientů (13 %) není zvyklých, tak brzy vstávat, 4 pacientům (10 %) se hůře spolupracuje, 2 dotazovaným (4 %) narušuje čas buzení ranní zvyky, 2 dotazovaní (4 %) jsou vzhůru dříve než je budí sestry a odpověď „jiné“ nikdo neoznačil.

**Graf 8** Přání pacientů na čas buzení na oddělení (graf k otázce č. 7)



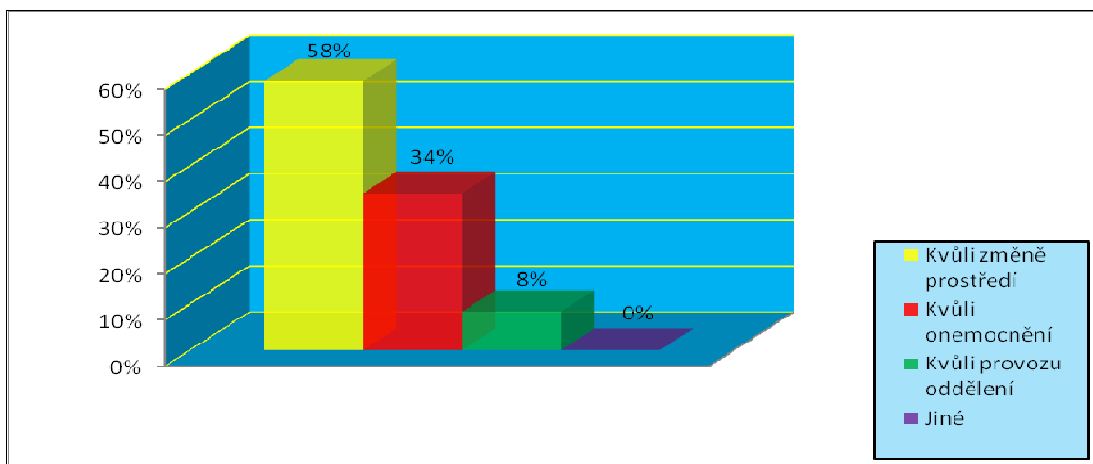
Graf rozvíjí odpověď „Ne“ z grafu 6. V tomto grafu je znázorněno 45 odpovědí, což je pro tento graf 100 % respondentů, kteří v předešlém grafu (6) odpověděli, že nejsou spokojeni s časem ranního buzení. Před 6:00 hodinou chce být buzeno 6 pacientů (13 %), mezi 6:00 – 6:30 chce být buzeno 10 pacientů (22 %), mezi 6:30 – 7:30 chce být buzeno 12 pacientů (27 %), mezi 7:30 – 8:00 má zájem být buzeno 6 pacientů (13 %), v 8:00 hodin chtějí být buzeni 4 pacienti (9 %), později než v 8 hodin nechce být buzen nikdo. Odpověď „Až se sám probudím, označilo 7 pacientů (16 %) a „jiné“nikdo neoznačil.

**Graf 9 Pocit odpočinku pacientů po nočním spánku na oddělení (graf k otázce č. 8)**



Graf informuje o míře spokojenosti s odpočinkem pacientů na oddělení po nočním spánku, kde 25 pacientů (20 %) označilo „ano, pokaždé“, „spíše, ano“ označilo 69 pacientů (54 %), „spíše, ne“ označilo 22 pacientů (17 %) a možnost „ne“ označilo 12 pacientů (9 %).

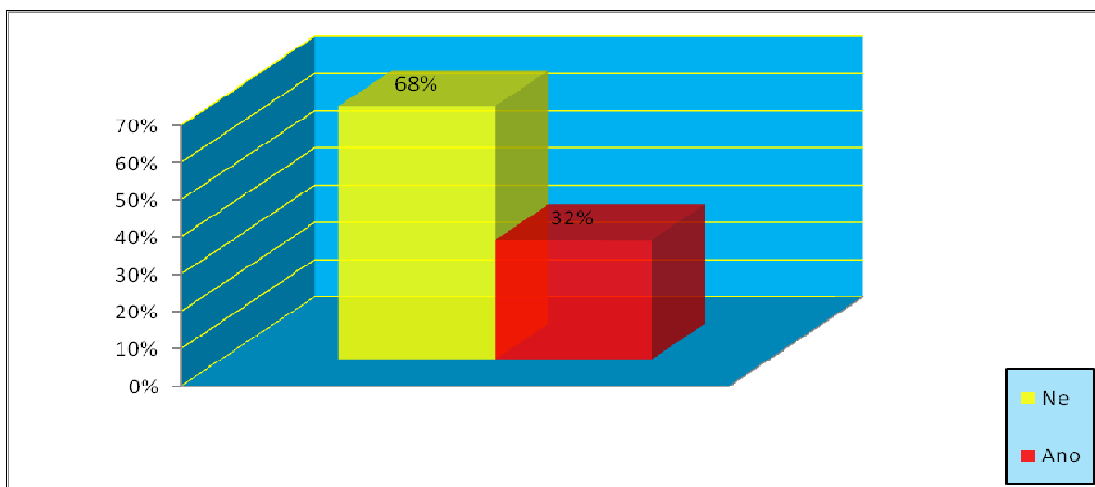
**Graf 10 Důvod neodpočinutí po nočním spánku na oddělení (graf k otázce č. 8)**



Graf rozvíjí odpověď „Ne“ z otázky číslo 8. Kde odpovědělo 12 respondentů, že se necítí odpočatě po nočním spánku na oddělení. Z toho 7 pacientů (58 %) uvedlo „Kvůli změně prostředí“, „Kvůli onemocnění“ se necítí odpočatě 4 pacienti (34 %), „Kvůli provozu oddělení“ si neodpočine při nočním spánku 1 respondent (8 %) a „Jiné“ nikdo neoznačil.

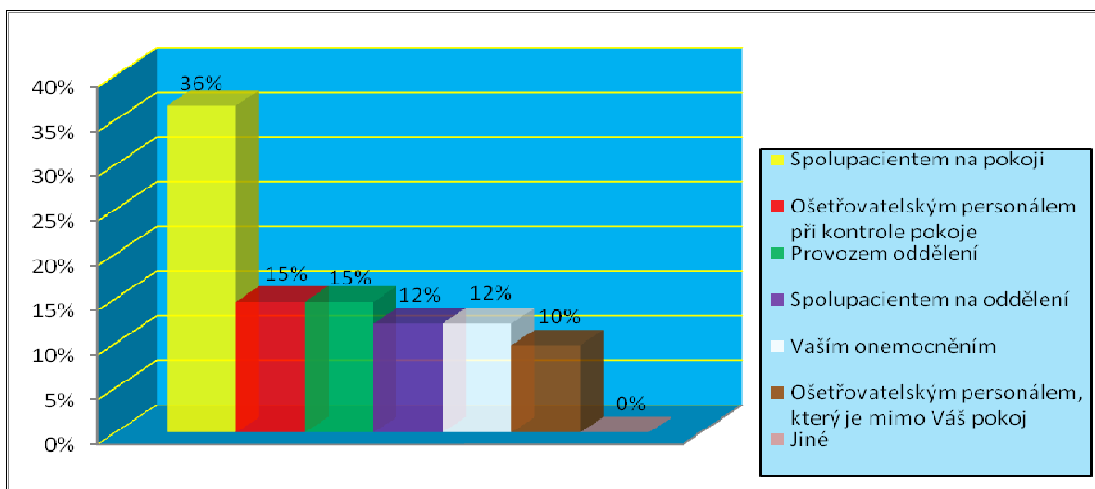


**Graf 11 Rušivé vlivy při spánku na oddělení vnímané pacientem** (graf k otázce č. 9)



Graf znázorňuje, že 87 pacientů (68 %) není rušeno při nočním spánku na oddělení a 41 pacientů (32 %) odpovědělo, že jsou rušeni ve svém spánku na oddělení.

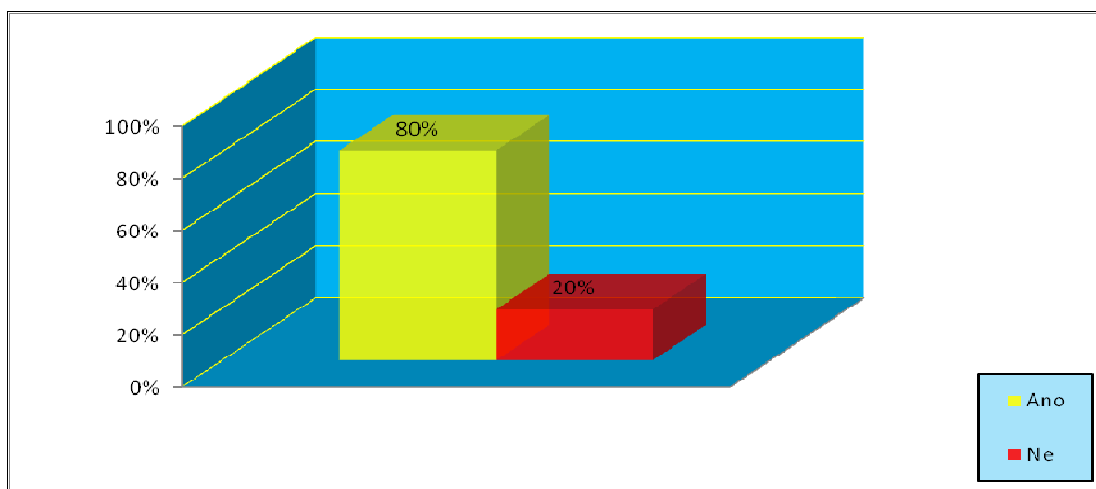
**Graf 12 Vlivy rušící noční spánek pacienta** (graf k otázce č. 10)



Graf rozvíjí odpověď „Ano“ v předešlém grafu (11), kde odpovědělo 41 pacientů, že je rušeno při spánku na oddělení. Pro tento graf je tedy 100 % 41 respondentů. Spolupacientem na pokoji je rušeno 15 pacientů (36 %), ošetřovatelským personálem je rušeno 6 pacientů (15 %), provozem oddělení je rušeno 6 pacientů (15 %), spolupacientem na oddělení je rušeno 5 pacientů (12 %), svým onemocněním je rušeno 5 pacientů (12 %), ošetřovatelským personálem, který je mimo pokoj jsou rušeni 4 pacienti (10 %) a „jiné“ nikdo neoznačil.

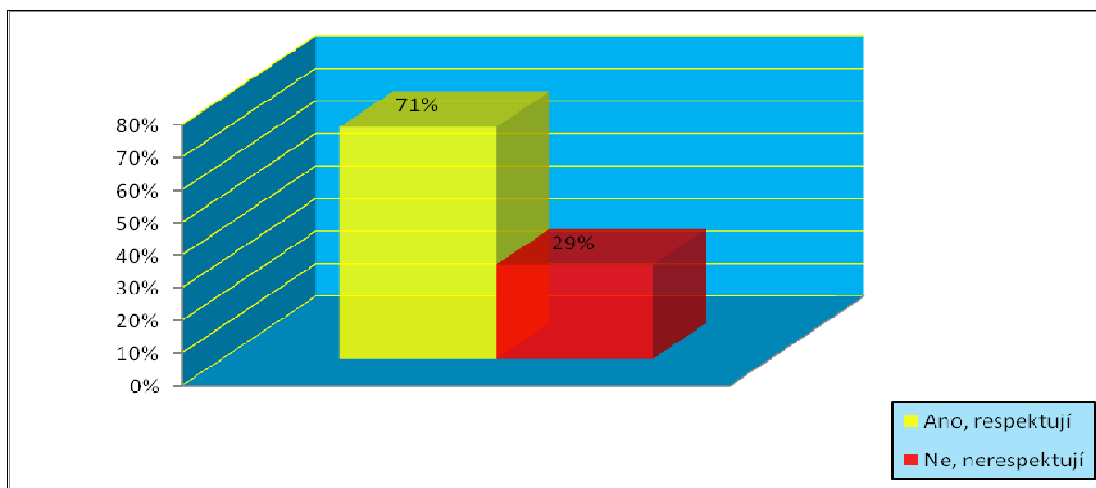
### Graf 13 Spokojenost pacienta se způsobem ranního buzení sestrami

(graf k otázce 11)



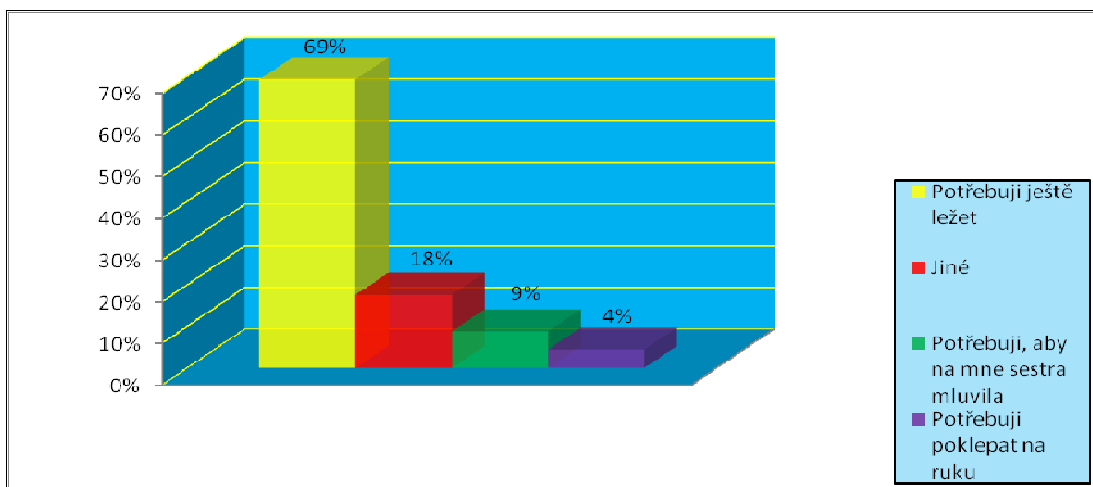
V tomto grafu je znázorněno 103 pacientů (80 %), kteří jsou spokojeni se způsobem ranního buzení a 25 pacientů (20 %), kteří nejsou spokojeni. Zde 21 respondentů uvedlo, že chtějí při buzení rozsvítit malé světlo a 4 pacienti, chtějí být buzení citlivěji.

### Graf 14 Respektování ranních zvyků pacientů sestrami (graf k otázce č. 12)



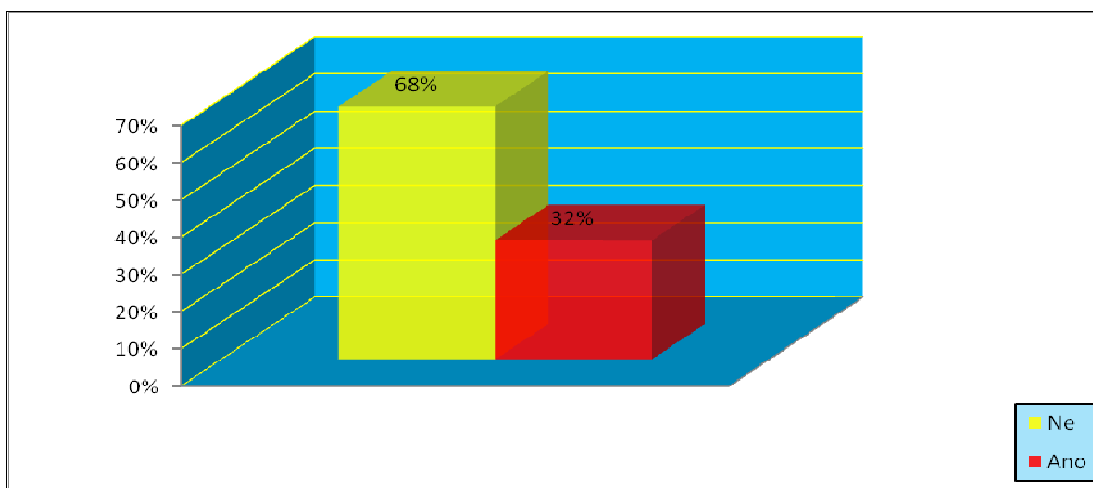
Graf znázorňuje spokojenost pacientů s respektováním jejich ranních zvyků, kde z celkového počtu dotazovaných respondentů odpovědělo 91 pacientů (71 %) „ano, respektují“ a 37 pacientů (29 %) „ne, nerespektují“.

**Graf 15 Zvyky při ranním buzení na oddělení (graf k otázce č. 12)**



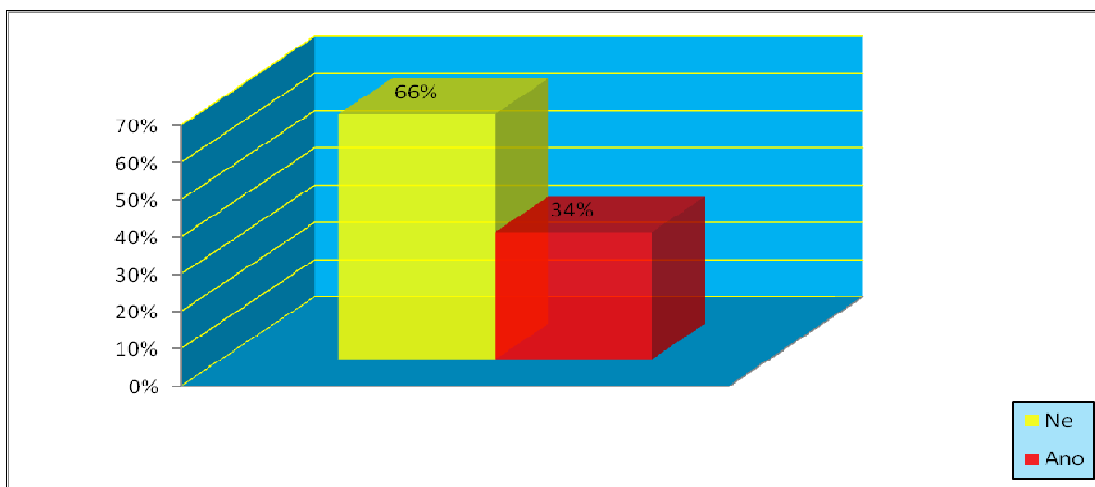
Graf rozvíjí otázku číslo 12. Kde 91 respondentů, což je pro tento graf 100 %, odpovědělo „Ano, respektuji“. Zde 63 respondentů (69 %) uvedlo, že jejich zvykem je ještě ležet, 16 respondentů (18 %) označilo „Jiné“. Kde 12 respondentů uvedlo potřebu hygieny a 4 dotazovaní uvádějí, že žádné zvláštní zvyky nemají. Dále 8 respondentů (9 %) potřebuje, aby na ně sestra mluvila a 4 respondenti (4 %) potřebují poklepat na ruku.

**Graf 16 Existence zvyků, které pacient provádí před spánkem (graf k otázce č. 13)**



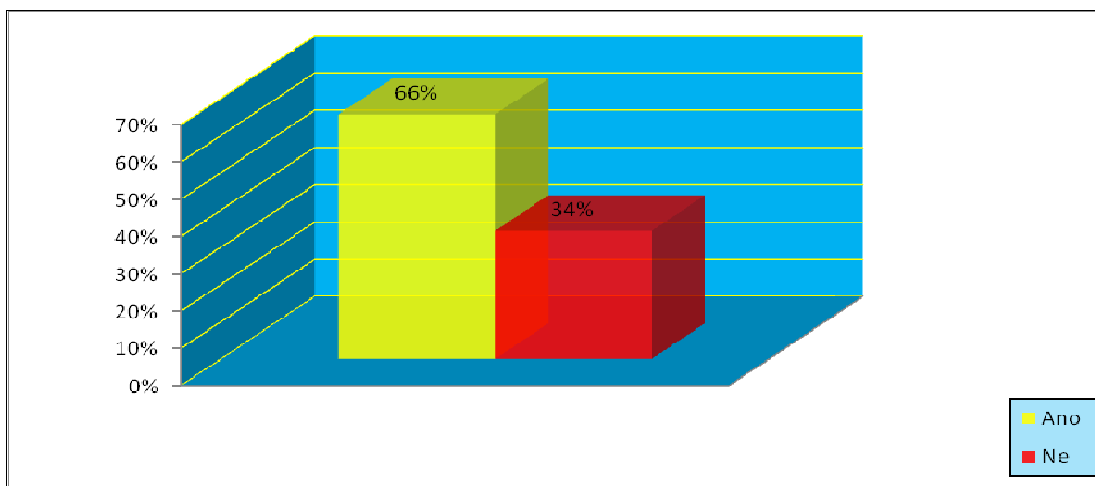
Z celkového počtu dotazovaných respondentů odpovědělo záporně 87 pacientů (68 %) a 41 dotazovaných pacientů (32 %) odpovědělo kladně.

**Graf 17 Vliv určené doby nočního klidu na narušení zvyků (graf k otázce č. 14)**



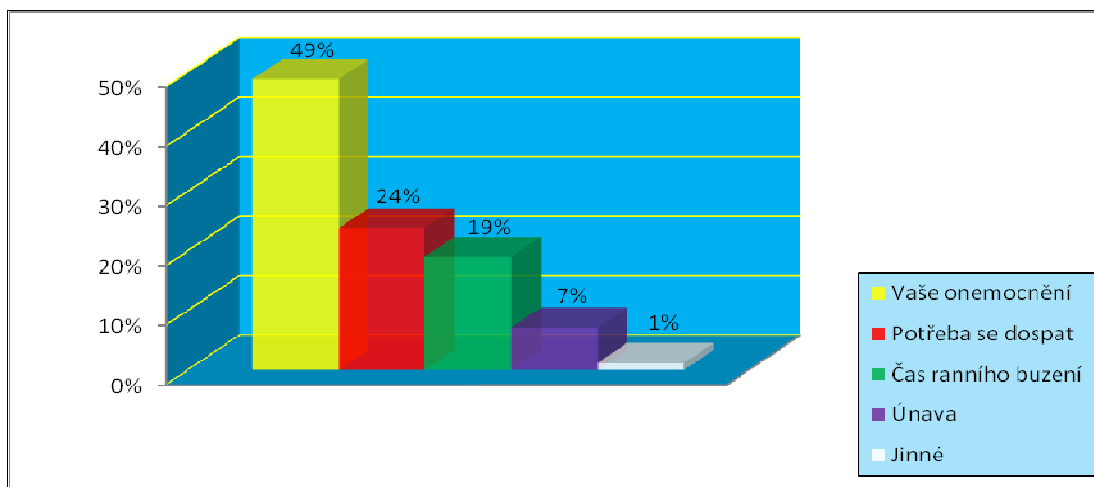
Graf rozvíjí odpověď „Ano“ z grafu 16, kde odpovědělo 41 pacientů, což je pro tento graf 100 %, že jsou rušeni ve svých zvycích před spánkem. Ze 41 respondentů označilo 27 pacientů (66 %), že nejsou rušeni určenou dobou nočního klidu a 14 pacientů (34 %), že jsou rušeni stanovenou dobou nočního klidu.

**Graf 18 Potřeba spánku u pacientů přes den na oddělení (graf k otázce č. 15)**



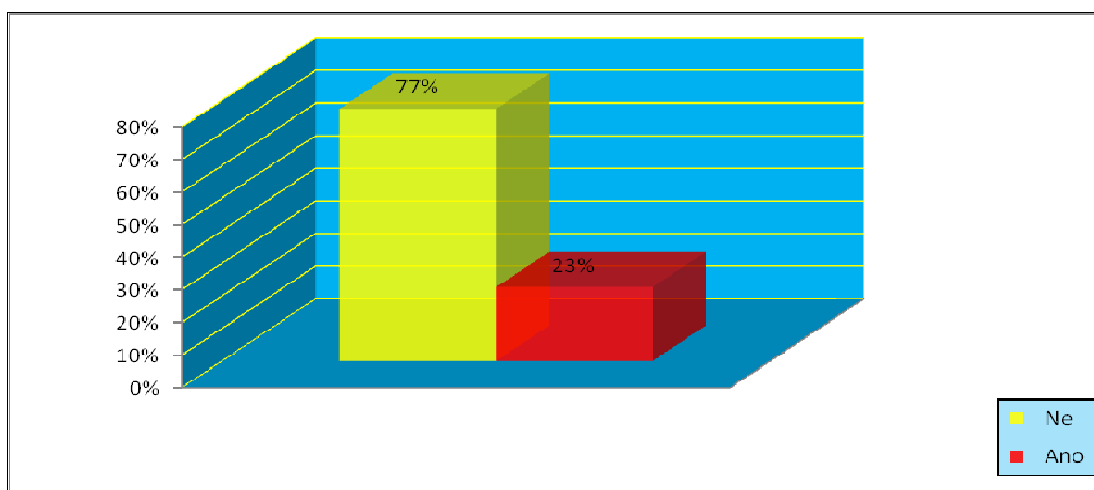
Graf demonstruje, potřebu pacientů se dospat během dne, kde 84 pacientů (66 %) označilo kladnou odpověď a 44 pacientů (34 %) označilo zápornou odpověď.

**Graf 19 Příčiny spánku pacientů na oddělení přes den (graf k otázce č. 15)**



Graf rozvíjí odpověď „Ano“ z otázky 15, kde odpovědělo 84 pacientů, což je pro tento graf 100 %, že spí během dne na oddělení. Zde odpovědělo 41 respondentů (49 %), že příčinou spánku je jejich onemocnění. Dále 20 respondentů (24 %) uvádí jako příčinu spánku potřebu se dospat, čas ranního buzení označilo 16 respondentů (19 %), únavu uvádí 6 pacientů (7 %) a 1 dotazovaný (1 %) označil odpověď „Jiné“ a uvedl jako důvod spánku přes den nedostatek činnosti.

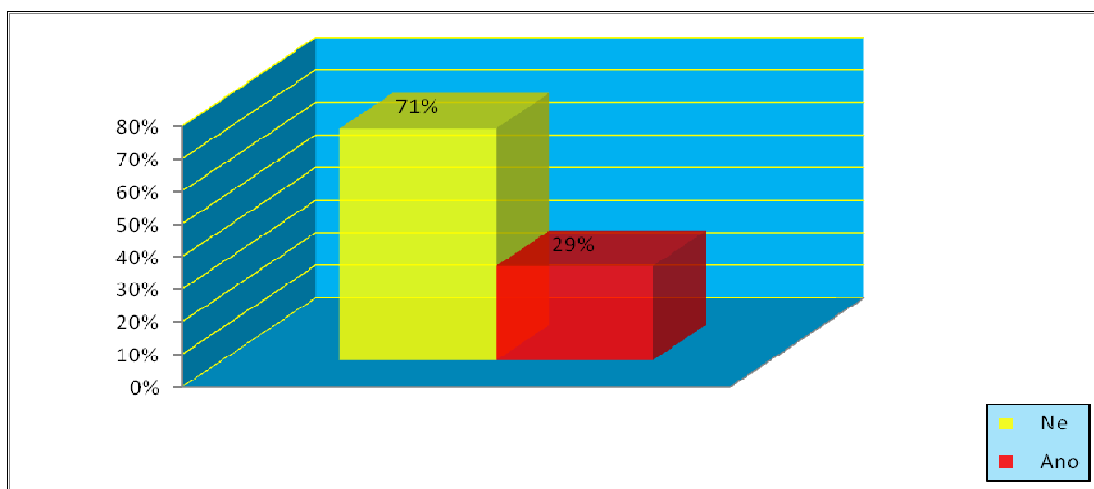
**Graf 20 Existence poruchy spánku u pacientů na oddělení (graf k otázce č. 16)**



Graf informuje, že 99 pacientů (77 %) netrpí poruchou spánku na oddělení a 29 pacientů (23 %) trpí poruchou spánku na oddělení.

### Graf 21 Existence poruchy spánku u pacienta před příchodem na oddělení

(graf k otázce č. 17)



Graf demonstruje, že 91 pacientů (71 %) netrpělo poruchou spánku před příchodem do nemocnice a 37 pacientů (29 %) trpělo poruchou spánku již před příchodem do nemocnice.

## 5. Diskuse

Zjišťování problematiky ranního buzení pacientů a jeho vlivu na pacienty probíhalo pomocí dotazníků zaměřeného na ranní buzení pacientů sestrami. Vlastní výzkum naší práce vycházel z cíle zjistit, jak vnímají ranní buzení pacienti hospitalizovaní na interním oddělení v Havlíčkově Brodě, identifikovat negativní faktory spojené s ranním buzením na oddělení a zjistit zdali sestry respektují potřeby pacientů vzhledem k rannímu buzení. Pro kvalitní posouzení a vyhodnocení jednotlivých dotazníků jsme měly k dispozici cílový soubor 150 dotazníků, jehož návratnost byla 91 % (136), z nichž bylo nutné 8 dotazníků pro neúplnost údajů vyřadit. A celkem bylo tedy, ke zpracování údajů zařazeno 128 dotazníků. Výzkumný soubor tvořilo 128 respondentů (100 %).

Sledovaný soubor tvořili pacienti hospitalizováni na interním oddělení v Havlíčkově Brodě. Kde jsme z výsledků zjistili, že nejvíce respondentů (80) je ve věkovém rozmezí 51 let a více (63 %), ve věku 41 – 50 let je 17 respondentů (13 %), ve věku 18 – 30 let je 17 dotazovaných respondentů (13 %) a nejmenší počet respondentů (14) byl ve věkové kategorii 31 – 40 let (11 %), (graf 1).

Zajímavé bylo zjištění, jak časně ráno jsou lidé navyklí vstávat po nočním spánku v domácím prostředí. Zde bylo 40 dotazovaných respondentů (31 %) zastoupeno, v časovém rozmezí mezi 6:00 a 7:00 hodinou ranní. Později než v 7:00 hodin vstává 23 dotazovaných pacientů (18 %). A 20 respondentů vstává před 5:00 hodinou ranní (16 %). Z dalších výsledků vyplynulo, že 17 pacientů vstává déle, než byly určené časové rozmezí. A to tak, že 12 respondentů vstává kolem 9:00 hodiny ranní a v 10:00 hodin dopoledne se budí 5 respondentů. Z výše uvedených čísel vyplývá, že většina lidí nerada vstává mezi 5:00 a 6:00 hodinou ranní (graf 2).

Dále z šetření vyplynulo, kolik hodin spánku pacienti potřebují k tomu, aby se cítili po nočním spánku odpočatí. Zde bylo 38 respondentů (30 %) těch, kteří potřebují 8 hodin spánku, druhý nejvyšší počet respondentů (36) uvádí, že 28 % respondentů potřebuje 7 hodin spánku, 6 hodin spánku potřebuje k odpočínutí 20 % dotazovaných (25) a méně než 6 hodin označilo 6 % pacientů (8), (graf 3). Tyto výsledky nám

potvrzují, že co člověk to individuum, ale také potvrzuje Trachtovou (2), kde zmiňuje teorii o potřebě spánku v jednotlivých věkových obdobích, že v každém věkovém období potřebujeme jiný počet hodin spánku.

Z výsledků dále vyplynulo, že 52 pacientů (41 %) se na oddělení budí samo, tedy ještě dříve než je budí sestra, což je dáno změnou prostředí a ranním ruchem na oddělení, na který nejsou zvyklí z domácího prostředí. Dále 41 respondentů (32 %) odpovědělo, že je budí sestra (graf 4). Po bližším prozkoumání jsme zjistili, že nejvíce respondentů je buzeno rozsvícením (54 %), což podle nás není zrovna nejvhodnější způsob, ale z praxe máme zkušenost, že je bohužel nejčastější. Vhodnějším způsobem dle našeho názoru je oslovením, které označilo 22 % respondentů a dotykem označilo 19 % respondentů (graf 5). Personál by si měl uvědomit, jak je nepříjemné být probuzen prudkým světlem. Mnohem příjemnější by pravděpodobně bylo, pokud by se rozsvítilo menší světlo a poté oslovení pacienta popřípadě použitím jemného dotyk. Je to taková maličkost, kterou můžeme ranní vstávání zpříjemnit už tak dost vystrašeným pacientům. Další výsledky byly velmi překvapující neboť 19 respondentů (15 %) označilo, že je budí pracující personál, což nás příjemně překvapilo, zde jsme předpokládali, že bude více pacientů, kteří označí tuto odpověď. Buzení spolupacientem označilo 9 dotazovaných (7 %), tato odpověď je pochopitelná, jelikož někteří pacienti trpí spánkovými jevy. Jak uvádí Praško (14), tyto jevy nejsou pro člověka nebezpečné, ale patří mezi negativní faktory, které znepříjemňují spánek a usínání samotného jedince i svého okolí. Ale nemusí to být jen spánkové jevy, které ruší pacienty, ale také nářek a pláč spolupacienta například z důvodu bolesti (graf 4).

Co se týče času ranního buzení, odpovědělo 83 respondentů (65 %), „vyhovuje čas ranního buzení“ a 45 respondentům (35 %) „čas buzení nevyhovuje“, i když většině čas buzení vyhovuje, tak dle našeho názoru je 35 % nespokojených pacientů mnoho, proto by měl být harmonogram práce (Příloha 8) upraven, tak aby byli pacienti s časem buzení spokojeni. Výše uvedené výsledky nám potvrzují hypotézu 2: Nejčastěji vyskytujícím se faktorem souvisejícím s ranním buzením pacientů hospitalizovaných na standardním oddělení je čas buzení. Také nás tyto výsledky vedou k zamyšlení, zdali by tato problematika neměla být opakovaně a hlouběji prozkoumána (graf 6). Po bližším



prozkoumání jsme zjistili, že respondenti, kteří uvedli, že jim nevyhovuje čas ranního buzení, tudíž nemají dostatek dlouhého a kvalitního spánku se po probuzení necítí odpočatě (27 %), což má vliv na organismus. Jak uvádí Kozierová (1) spánek má ochranný a regenerační význam, který je pro nemocného člověka velmi důležitý (graf 7). Další výsledky ukazují, že 22 % respondentů nespalo v noci, což je důvod nespokojenosti s časem buzení. Důvodem probdění noci může být cokoliv, jako například vlastní onemocnění, spolupacienti, neznámé prostředí a další. Dále výsledky ukazují, že pacientům (20 %) nevyhovuje způsob buzení, někteří (13 %) nejsou zvyklí, tak brzy vstávat a dokonce 10 % pacientů se poté hůře spolupracuje, což je negativním faktorem pro rekonvalescenci pacienta (graf 7).

Po bližším prozkoumání chtějí být pacienti, kterým nevyhovuje čas buzení, probouzení mezi 6:30 – 7:30, 27 % dotazovaných pacientů, mezi 6:00 a 6:30 má zájem být buzeno 22 % dotazovaných, odpověď „až se sám probudím“ označilo 16 % dotazovaných (graf 8). Myšlenka individuálního buzení, podle našeho názoru není vůbec špatná, protože mnoho pacientů je buzeno bezdůvodně a pak se zdravotnickým personálem nespolečně spolupracují, tak proč pacienta budit. Pacient se zbytečně cítí unavený a nevyspalý. Na otázku odpočinku po nočním spánku na oddělení odpovědělo 9 % pacientů, že se cítí neodpočatě a 17 % odpovědělo spíše neodpočatě (graf 9).

Z podrobnějších výsledků vyplývá, že důvodem neodpočinutí je v 58 % případů změna prostředí, ve 34 % je důvodem vlastní onemocnění a 8 % dotazovaných je rušeno provozem oddělení (graf 10). Problematiku odpočinku je velmi důležité u nemocných řešit a sledovat, jelikož odpočinek patří do hlavních potřeb člověka, jak uvádí Trachtová (2). Odpočinek je všeobecně důležitý pro rekonvalescenci pacienta a napomáhá tělu se vypořádat s onemocněním, které ho postihlo. Aby člověk byl dostatečně odpočatý, musí mít možnost nerušeného nočního spánku. Z našeho šetření vyplynulo, že 87 respondentů (68 %) uvádí, že možnost nerušeného spánku na oddělení má, ale 41 respondentů (32 %) tvrdí, že jsou při nočním spánku na oddělení rušeni (graf 11).

Z šetření vyplynulo, že nejčastějšími příčinami (36 %) narušení spánku jsou spolupacienti na pokoji, ošetrovatelský personál při kontrole pokoje (15 %), provoz oddělení (15 %), spolupacient na oddělení (12 %), vlastní onemocnění (12 %), ale i

ošetřovatelský personál (10 %), který je mimo pokoj pacienta (graf 12). Bohužel v některých případech není možné rušivé vlivy, jako je kontrola pokoje vypustit, ale pouze eliminovat, jako např. nadměrný hluk, který je vytvářen při kontrole pokoje. Snížení hluku záleží na taktnosti sester, které kontroly vykonávají.

Všeobecně chování sester při ranním buzení má velký vliv na pacienta, na jeho celkové rozpoložení. Z šetření vyplynulo, že 103 pacientů (80 %) je spokojeno se způsobem ranního buzení sestrou. Což nám potvrdilo hypotézu 1: Hospitalizovaným pacientům vyhovuje ranní buzení na standardním oddělení. Zbýlých 25 dotazovaných pacientů (20 %) není spokojeno se způsobem buzení sestrou. Nespokojení pacienti uváděli, možné rady, které by vylepšily ranní buzení, zde 21 respondentů uvedlo, že by bylo dobré rozsvítit jen malé světlo a 4 pacienti chtějí být buzení citlivěji (graf 13).

Z výsledků dále vyplynulo, že 91 respondentů (71 %) odpovědělo „ano, sestry respektují moje zvyky.“ Což nám potvrdilo hypotézu 3: Sestry pracující na standardním oddělení respektují potřeby pacienta vzhledem k rannímu buzení. Zbýlých 37 respondentů (29 %) odpovědělo „ne, sestry nerespektují moje zvyky“ (graf 14). Jelikož každý jedinec je zvyklý na určitý standart či stereotyp při buzení, jako je např. zapnuté rádio, sprcha, káva, mohou být někteří lidé při nesplnění jejich zaběhnutých stereotypů mrzutí a podráždění. Při podrobnější analýze jsme zjistily, že většina pacientů (69 %) udává, že potřebují ještě chvíli po probuzení ležet, někdo potřebuje poklepat na ruku (4 %), (graf 15).

Následující otázka byla zaměřená na existenci zvyků, které pacienti provádí před spánkem. Někteří lidé jsou zvyklí např., že před spánkem vypijí sklenici mléka, přečtou knihu. Na tuto otázku odpovědělo 87 respondentů (68 %), že před spánkem nemají žádné zvyky a 41 respondentů (32 %) odpovědělo, že před spánkem určité zvyky mají (graf 16).

Z výsledků dále vyplynulo, zdali jsou jejich zvyky rušeny určenou dobou nočního klidu, zde odpovídalo pouze 41 respondentů, kteří uvedli, že nějaké zvyky před spánkem mají. Kde 27 pacientům (66 %) nenarušuje určená doba nočního klidu jejich zvyky a 14 pacientům (34 %) stanovená doba nočního klidu zvyky narušuje (graf 17). Někteří lidé jsou celý život navyklí na své zvyky, které provádí před spánkem a při

jejich narušení či nevykonání, mohou mít závažné následky, např. se mohou vyskytnout problémy s navozením spánku nebo se mohou během spánku probouzet, čímž jsou REM a non-REM fáze spánku narušeny. Kozierová (1) ve své publikaci uvádí, že tyto fáze mají velmi důležitý účinek. REM fáze dodává sílu, znovu obnovuje a restauruje naše psychické procesy (myšlení, uvažování, rozhodování, představování), které jsou unaveny bdělým životem, zpevňuje nejen paměť, ale i ostatní poznávací schopnosti. V non-REM fázi je člověk úplně relaxovaný a napomáhá nám k regeneraci sil organismu.

Zajímavé bylo zjištění, zdali pacienti spí na oddělení přes den, kde nám 44 respondentů (34 %) odpovědělo, že nemají potřebu spát přes den. A naopak 84 respondentů (66 %) označilo možnost, že pospávají přes den (graf 18). Při podrobnějším šetření jsme zjistili, že nejčastějším důvodem spánku přes den (49 %) je vlastní onemocnění pacienta, dále u 24 % respondentů je důvodem spánku přes den, potřeba se dospat, u 19 % dotazovaných je příčinou čas ranního buzení a 7 % respondentů pospává během dne, kvůli únavě (graf 19).

Z šetření vyplynulo, že 99 respondentů (77 %) odpovědělo, že poruchou spánku v nemocnici netrpí a 29 respondentů (23 %) odpovědělo kladně – poruchou spánku v nemocnici trpí. Poté jsme pomocí další otázky zjišťovali, zdali poruchou spánku, tito pacienti trpěli i v domácím prostředí. Avšak zde byly překvapující výsledky a to ty, že v domácím prostředí trpělo poruchou spánku více pacientů než na oddělení. Přesněji v domácím prostředí trpělo poruchou spánku 37 respondentů (29 %). Z toho plyne, že zbylých 91 dotazovaných respondentů (71 %) v domácím prostředí poruchou spánku netrpělo. Což nás vede k zamyšlení, nad příčinou úbytku poruch spánku na oddělení.

Dále z šetření pomocí otevřené otázky, kde byl dán prostor pro vyjádření názoru na vylepšení ranního buzení pacientů na oddělení, vyplynulo toto. Nejčastěji objevujícím se návrhem, byl posun času buzení na 7:00 hodinu ranní. Druhým nejčastějším návrhem byl námět na rozsvícení pouze malého světla při ranním buzení sestrou. A jako další návrhy ze strany pacientů byly zmíněny tyto: budit mírným hlasem, oslovit „dobré ráno“. A dokonce jeden z respondentů měl návrh na zapnutí rádia.

Tyto rady by sestry měly vzít na vědomí a pokusit se je v rámci svých možností uvést do praxe. Vždyť říci „dobré ráno“ nic nestojí.

## 6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jak vnímají ranní buzení pacienti hospitalizovaní na standardním oddělení v nemocnici, identifikovat negativní faktory spojené s ranním buzením pacientů hospitalizovaných na standardním oddělení v nemocnici a zjistit, zda sestry pracující na standardním oddělení v nemocnici respektují potřeby pacientů vzhledem k rannímu buzení. Cíle práce byly splněny.

Hypotézy práce byly tyto, hospitalizovaným pacientům vyhovuje ranní buzení na standardním oddělení. Nejčastěji vyskytujícím se faktorem souvisejícím s ranním buzením pacientů hospitalizovaných na standardním oddělení je čas buzení. A zda sestry pracující na standardním oddělení respektují potřeby pacienta vzhledem k rannímu buzení. Hypotézy byly potvrzeny.

Z vyhodnocených dotazníků pro pacienty vyplynulo, že většině dotazovaným pacientům vyhovuje ranní buzení a tím se zároveň potvrdila hypotéza 1. Dále z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že nejčastějším faktorem ovlivňujícím ranní buzení je čas ranního buzení, čímž se potvrdila moje hypotéza 2. Z výsledků dále vyplynulo, že velmi důležitým faktorem pro pacienty není jen čas buzení, ale také samotný způsob, taktnost a citlivost sester, které ranní buzení vykonávají. Hypotéza 3 byla také potvrzena, neboť pacienti jsou až na minimální výjimky spokojeni s respektováním jejich potřeb vzhledem k rannímu buzení.

Výsledky sledování spokojenosti pacientů s ranním buzením jsou dobrou zpětnou vazbou jak pro ošetřující personál, tak i pro management nemocničního zařízení v Havlíčkově Brodě. Z výše uvedených výsledků, je zřejmé, že problematika ranního buzení je aktuální téma, které by bylo vhodné řešit. Dobrým návrhem na zlepšení by bylo, kdyby se posunula doba buzení na 6:30 nebo i déle. Výsledky mohou být využity jako vhodný zdroj podnětů pro zlepšení ranního buzení, ale i pro navázání lepšího vztahu sestra - pacient.

Konečné vyhodnocení bude poskytnuto vedoucím pracovníkům oddělení, kde bylo šetření uskutečněno. Budou se moci zamyslet nad problematikou ranního buzení pacientů na oddělení a eventuálně mohou přispět k jeho zlepšení.

## 7. Seznam použité literatury:

1. KOZIEROVÁ, B. ERBOVÁ, G. OLIVEROVÁ, R. *Ošetrovatelství 2*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
2. TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-324-4.
3. RICHARDS, A. EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0932-5.
4. VENGLÁŘOVÁ, M. MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
5. HONZÁK, R. Umění správné komunikace sestry – pacient. In: *Sestra*, 2001, roč. 11, č. 1, s. 49. ISSN 1210-0404.
6. ROHANOVÁ, E. Je časné buzení nemocných ošetrovatelský problém? In: *Sestra*, 1995, roč. 5, č. 1, s. 11. ISSN 1210-0404.
7. ROZSYPALOVÁ, M. STAŇKOVÁ, M. *Ošetrovatelství I. pro střední zdravotnické školy*. 1. vydání. Praha: Informatium, 1999. ISBN 80-86073-39-4.
8. WIKIPEDIE, *Spánek a sny*. [cit. 2008-01-13]  
Dostupné z WWW: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Sp%C3%A1nek\\_a\\_sny](http://cs.wikipedia.org/wiki/Sp%C3%A1nek_a_sny).
9. VOKURKA, M. HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 7. vydání. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-009-7.
10. DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
11. WIKIPEDIE, *Holismus*. [cit. 2008-04-02]  
Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Holismus>.
12. ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
13. VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Fortuna, 1994. ISBN 80-7168-151-2.

14. PRAŠKO, J. ESPA-ČERVENÁ, K. ZÁVĚŠICKÁ, L. *Nespavost*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-919-4.
15. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-277-9.
16. VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Fortuna, 1996. ISBN 80-7168-210-1.
17. ŠAFRÁNKOVÁ, A. NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1148-6.
18. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
19. ROZSYPALOVÁ, M. ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-96-3.

## **8. Klíčová slova**

Spánek

Ranní buzení

Pacient

Potřeba

Sestra



## **9. Přílohy**

Seznam:

Příloha 1: Fyziologie spánku

Příloha 2: Spánkové fáze

Příloha 3: Cirkadiánní 24hodinový biorytmus

Příloha 4: Potřeba spánku v jednotlivých věkových obdobích

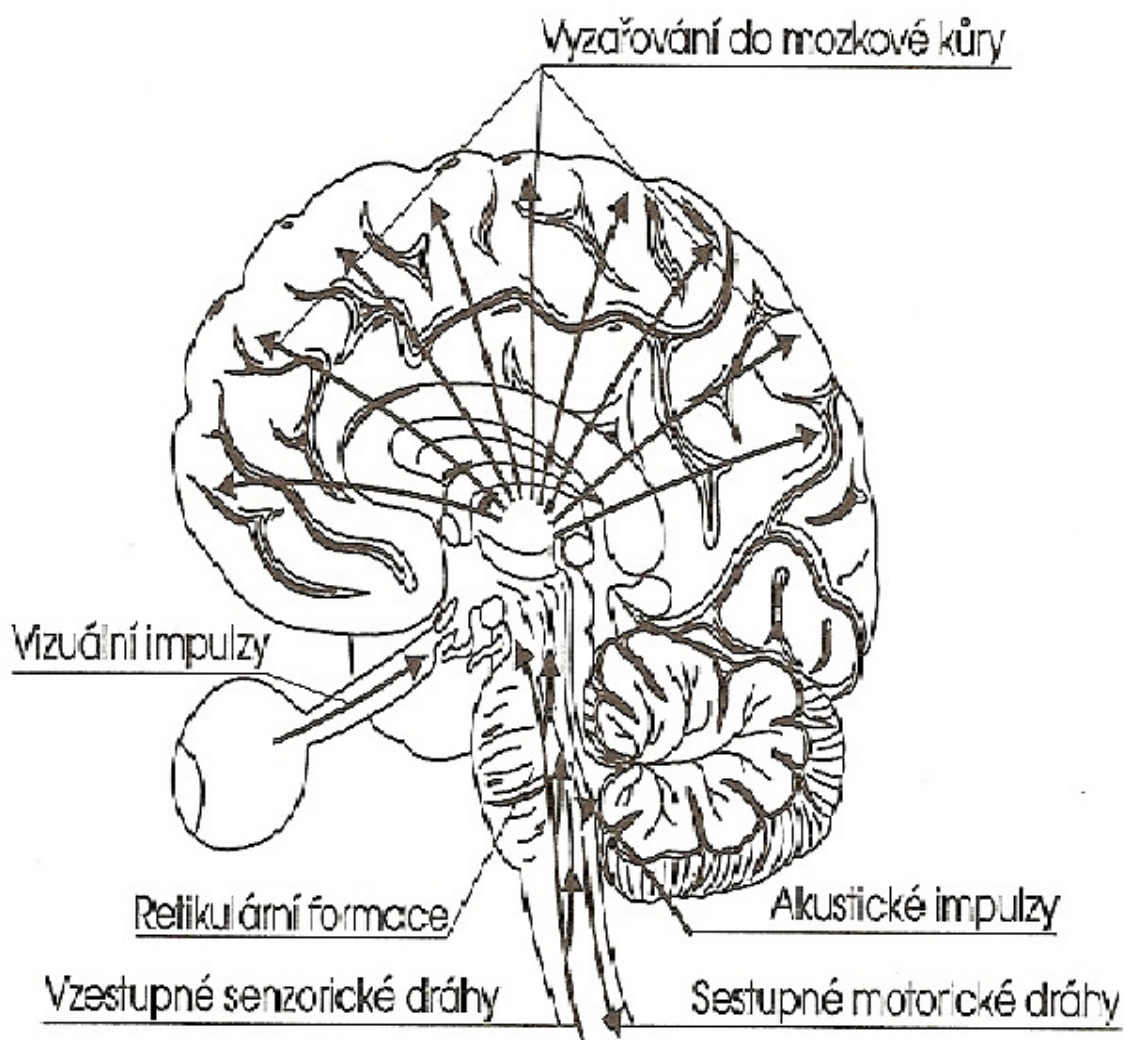
Příloha 5: Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 6: Zásady komunikace

Příloha 7: Dotazník pro pacienty

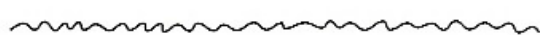
Příloha 8: Harmonogram práce na oddělení

## Příloha 1



Zdroj: TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-324-4

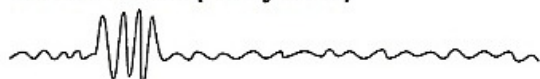
## Příloha 2



**Bdělý, aktivní stav (betarytmus)**



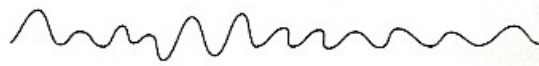
**Klidné bdění (alfarytmus)**



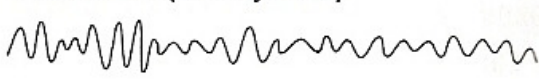
**I. stadium**



**II. a III. stadium (theta rytmus)**



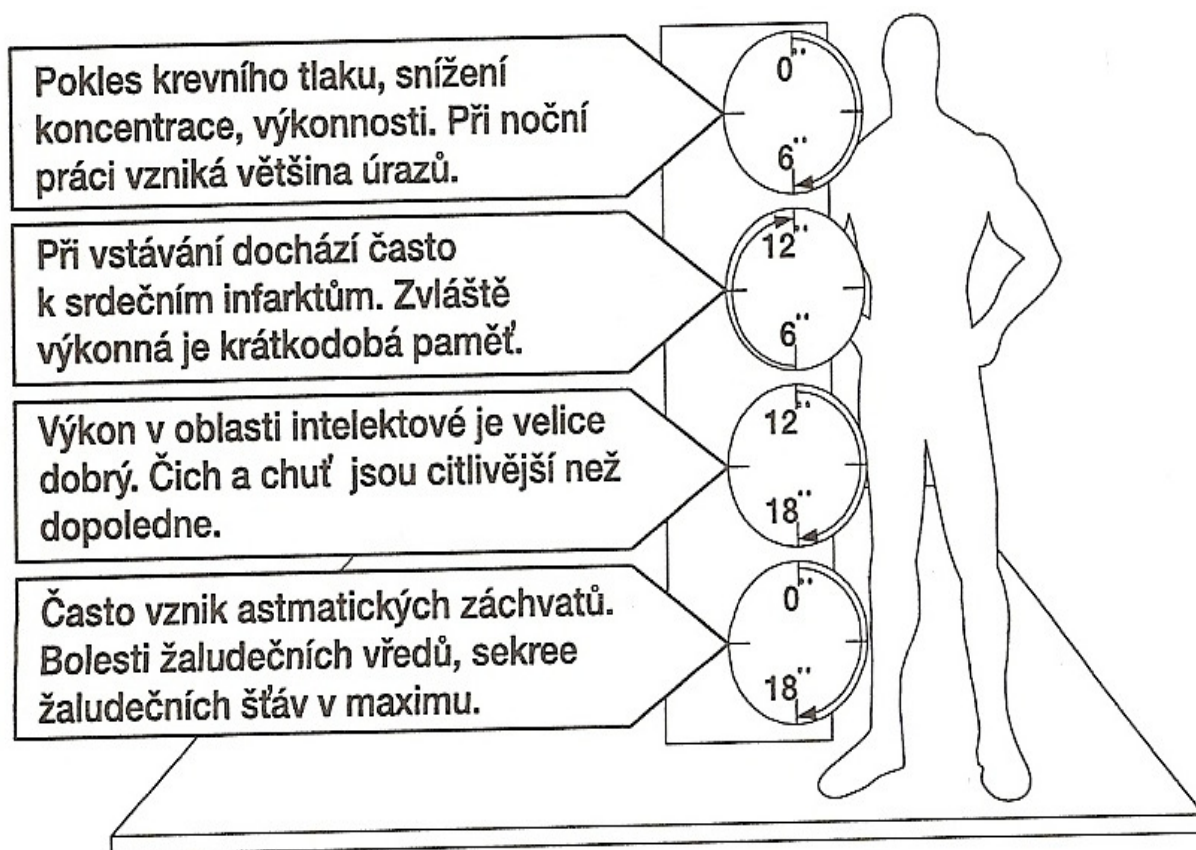
**IV. stadium (deltarytmus)**



**REM spánek (betarytmus)**

Zdroj: TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-324-4

### Příloha 3



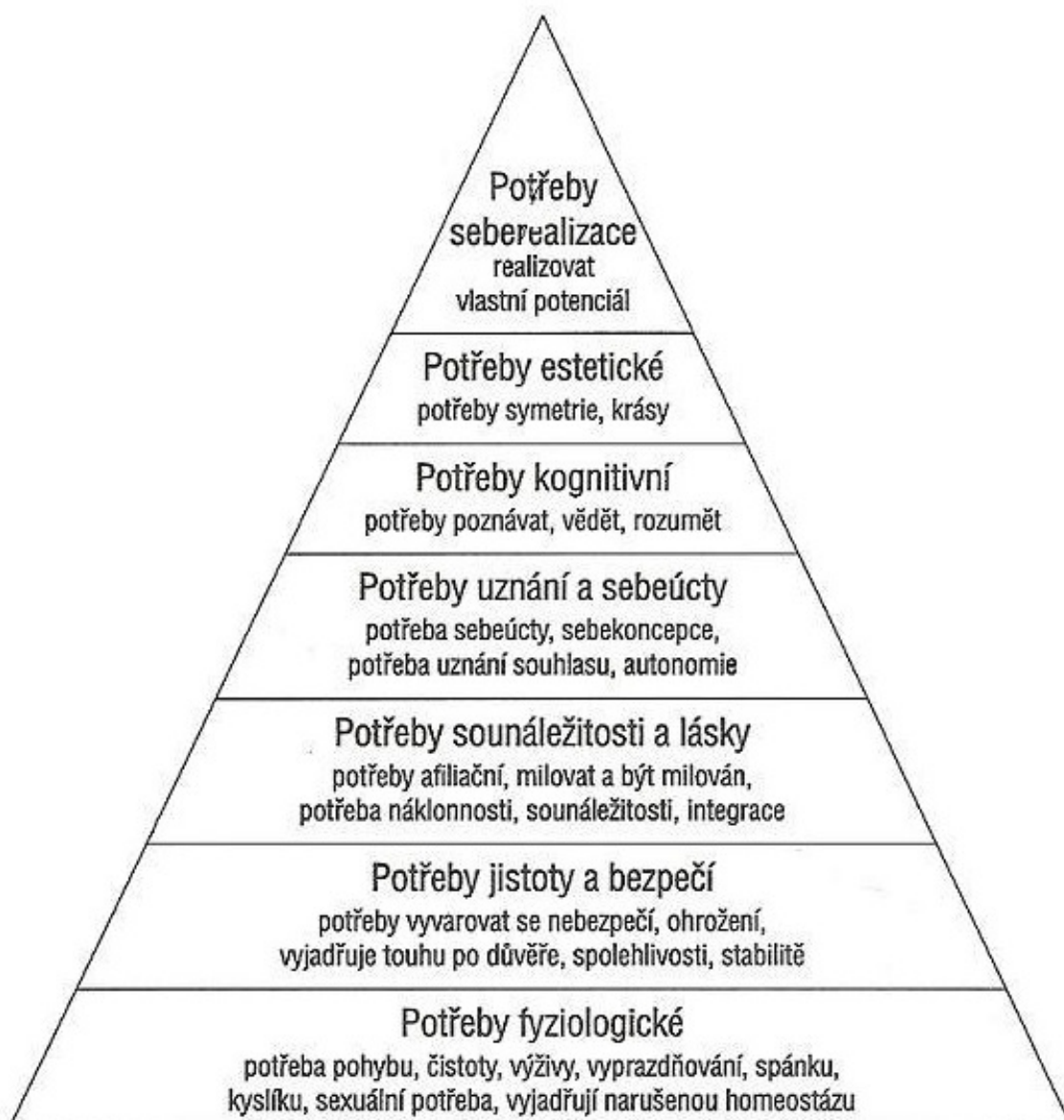
Zdroj: TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-324-4

#### Příloha 4

Věkové období	Hodiny
Novorozenec	18 – 20
Kojenec	12 – 18
Batole	10 – 12
Předškolní věk	11
Školní věk	10
Pubescent	8,5 – 9
Adolescent	8
Dospělost	6 – 8
Stáří	6 hodin a méně

Zdroj: TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-324-4

## Příloha 5



Zdroj: TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-7013-324-4

## **Příloha 6**

### **Komunikace sestry - pacient**

Komunikace pacienta se sestrou začíná mnohem dříve, než si poprvé pohlédnou do tváře. Je to takzvaný „haló-efekt“ (pacient je již předem informován o kvalitě ošetrovatelské péče a o přístupu zdravotníků k pacientům,...). Celkový dojem i podmínky pro jednání s pacientem můžeme vylepšit několika prvky, které bychom měli zabudovat do lidského chování, měli by se stát naprosto automatické (3, 4)

Zásady správné komunikace:

- Nenoste si do práce svoje starosti a nepřenášejte pracovní problémy do svého soukromého života.
- Při jednání s pacientem, musíme působit tak, aby měl oprávněný dojem, že jsme tam jen a jen pro něj (i při činnostech které jsou pro nás běžné a děláme je mechanicky, věnujeme pacientovi dostatečnou pozornost).
- Neoslovujte pacienty familiárně, pokud o to sami nepožádají, a pokud má váš pacient akademický titul, důsledně ho při oslovení užívejte.
- S pacientem udržujte co nejvíce očního kontaktu, pro pacienty je to ujištění, že se mu věnujete. Mimické svalstvo pacienta prozradí často mnohem víc, než on sám může nebo chce říct.
- Dopřejte pacientovi trochu pocitu, že může okolnosti svého ošetření částečně kontrolovat. Zde jsou na místě věty: „Vyhovuje vám to lépe tímto způsobem? Bude to takto lepší?“
- Při práci s handicapovanými lidmi není ostudou si od nich nechat poradit, na jaký způsob pomoci jsou zvyklí, naopak patří to k profesionálnímu jednání sestry.
- Buďte trpělivé. Je to někdy hrozné a trpělivost je vlastnost, která je ve všech pomoc poskytujících povolání a ve vašem zvlášť neuvěřitelně zkoušena.
- Snažte se povzbudit pacienta ke komunikaci, protože rozhovor s pacientem je významnou částí léčebné péče.

- V každé situaci zachovejte mlčenlivost o všem, co vám pacient řekl, jelikož je to tak správné a také vám to dodá kredit.
- Není vhodné kritizovat pacienty před ostatními, naopak vyslovená pochvala je dobrá k další spolupráci s pacientem.
- Nezačínejte si citové nebo dokonce sexuální vztahy s pacienty, dokud jsou hospitalizováni v nemocnici nebo v akutní péči. Je možné, že tento vztah může ovlivnit vaši profesionální pověst (3,4).

Zdroj: RICHARDS, A. EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0932-5



## Příloha 7

Vážená(ý) klientko/kliente,

jmenuji se Barbora Beránková a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské University v Českých Budějovicích oboru: Ošetrovatelství. Tímto si Vás dovoluji požádat o spolupráci na vyplnění anonymního dotazníku. Informace z tohoto dotazníku budou použity k vypracování bakalářské práce. **Problematika ranního buzení pacientů v nemocnici a vliv na pacienta.** Označte prosím odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru, popř. stručně odpovězte na otázku, pokud nebude uvedeno jinak.

Za spolupráci Vám předem děkuji.

S pozdravem Barbora Beránková  
ZSF JU

- 1) Kolik je Vám let?
  - a) 18 – 30 let
  - b) 31 – 40 let
  - c) 41 – 50 let
  - d) 51 let a více
  
- 2) V kolik hodin se probouzíte doma?
  - a) Dříve než v 5:00
  - b) Mezi 5:00 a 6:00
  - c) Mezi 6:00 a 7:00
  - d) Později než 7:00
  - e) Jiné: .....
  
- 3) Kolik hodin spánku potřebujete, abyste se cítil(a) odpočatě?
  - a) Méně než 6 hodin
  - b) 6 hodin
  - c) 7 hodin
  - d) 8 hodin
  - e) Více než 8 hodin
  - f) Jiné:.....  
.....
  
- 4) Jak se probouzíte na oddělení?
  - a) Budím se sám
  - b) Probouzí mne budík
  - c) Probouzí mne sestra
  - d) Probouzí mne spolupacient
  - e) Pracující personál na oddělení
  - f) Jiné:.....

5) Jakým způsobem jste buzení sestrou na oddělení?

- a) Dotykem
- b) Rozsvícením
- c) Oslovením
  - Zvýšeným hlasem
  - Jemně opakované pobídky
- d) Jiné:.....

.....

.....

6) Vyhovuje Vám čas ranního buzení na oddělení?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud byla vaše odpověď NE, označte prosím důvod:

- Necítím se odpočatý
- Hůře se mi spolupracuje
- Narušuje mi to ranní zvyky
- Nejsem zvyklí(á), tak brzy vstávat
- Jsem vzhůru dříve, než mě budí sestry
- Nevyhovuje mi způsob buzení
- Nespál jsem v noci
- Jiné: .....

Pokud byla Vaše odpověď v předchozí otázce ANO, přejděte prosím na otázku č. 8.

7) Jak brzy byste chtěli být buzení v nemocnici?

- a) Před 6:00
- b) Mezi 6:00 a 6.30
- c) Mezi 6:30 a 7:30
- d) Mezi 7:30 a 8:00
- e) V 8:00
- f) Později než v 8:00
- g) Až se sám probudím
- h) Jiné:.....

8) Cítíte se po nočním spánku na oddělení v nemocnici odpočatý(á)?

- a) Ano, pokaždé
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Pokud jste označili odpověď NE, označte důvod:

- Kvůli onemocnění
- Kvůli změně prostředí
- Kvůli provozu oddělení
- Jiné:.....

.....

9) Jste rušeni ve Vašem nočním spánku při pobytu na oddělení?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud byla Vaše odpověď v předchozí otázce ANO, odpovězte prosím i na tuto otázku:

10) Kým je Váš spánek narušován?

- a) Spolupacientem na pokoji
- b) Spolupacientem na oddělení
- c) Ošetřovatelským personálem při kontrole pokoje
- d) Ošetřovatelským personálem, který je mimo Váš pokoj
- e) Provozem oddělení
- f) Vaším onemocněním
- g) Jiné- popište:

.....  
.....

11) Jste spokojeni se způsobem, jakým Vás sestry budí?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud NE, uveďte jaká je Vaše představa o způsobu zlepšení:.....

.....  
.....

12) Respektují sestry Vaše zvyky při ranním buzení?

- a) Ne, nerespektují
- b) Ano, respektují

Pokud ANO, tak o jaké zvyky se jedná:

- Potřebuji ještě ležet
- Potřebuji poklepat na ruku
- Potřebuji, aby na mne sestra mluvila

Jiné: .....

.....

13) Máte nějaké zvyky, které provádíte před spánkem?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud byla vaše odpověď NE, přejděte prosím na otázku č. 15

14) Narušuje Vaše zvyky určená doba nočního klidu?

- a) Ano
- b) Ne

15) Spíte při pobytu na oddělení přes den?

- a) Ne
- b) Ano

Pokud ANO, co je příčinou spánku přes den:

- vaše onemocnění
- únava
- potřeba se dospat
- čas ranního buzení
- Jiné:.....

16) Trpíte nějakou poruchou spánku nyní v nemocnici?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ANO, tak jakým způsobem ovlivňuje Vaše porucha ranní buzení?

.....  
.....

17) Trpěl(a) jste poruchou spánku před příchodem do nemocnice?

- a) Ano
- b) Ne

18) Napište prosím jaké změny, byste navrhl(a), při ranním buzení pacientů na oddělení.

.....  
.....  
.....  
.....

Děkuji za spolupráci.

S pozdravem a přáním hezkého dne

Barbora Beránková

## Příloha 8

### Harmonogram práce sester – denní služba

05:45 – 06:15	Předání služby sester - převzít ústní hlášení - rozdělení pacientu dle skup. péče - přečtení dokumentace
06:15 – 07:00	Odběr biologického materiálu Ranní hygiena, stlaní lůžek
07:00 – 11:00	Zaznamenávání GM do dekurzu Podávání PAD a inzulinů dle ordinace lékaře Příprava pacientů na snídani, rozdání stravy dle dietního systému Dle potřeby dopomoc se snídání, krmení Podání ranní medikace Příprava a aplikace injekcí a infúzí Příprava a odesílání pacientů na plánovaná vyšetření Ranní vizita s lékařem, plnění ordinací Vedení dokumentace, odběr GM
11:00 – 12:30	Zaznamenávání GM do dekurzu Podávání PAD a inzulinů dle ordinace lékaře Příprava pacientů na oběd, rozdání stravy dle dietního systému Dle potřeby dopomoc s obědem, krmení Podání polední medikace Měření teploty v místnostech s léčivý
12:30 – 15:30	Měření FF dle ordinace lékaře Vedení dokumentace, tisk a zakládání výsledků Příprava a aplikace časovaných léků Dohled nad odpolední svačinou, odběr GM
15:30 – 17:45	Zaznamenávání GM do dekurzu Podávání PAD a inzulinů dle ordinace lékaře Příprava pacientů na večeři, rozdání stravy dle dietního systému Dle potřeby dopomoc s večeří, krmení Podání večerní medikace, dohled nad večerní toaletou Příprava a aplikace časovaných léků Ukončení dokumentace za danou směnu
17:45 – 18:15	Předání služby sester

**Po celou dobu denní služby plní ordinace lékaře, ukládá přijaté pacienty, polohuje a zapisuje do polohovací karty, měří FF dle ordinace lékaře, podává pacientům tekutiny, komunikuje s nimi a dbá na plnění jejich biopsychosociálních potřeb.  
V čase 11:15-13:30 si sestry vybírají zákonnou půlhodinovou přestávku na oběd.**

Zpracovala staniční sestra:  
08.04.2008

### Harmonogram práce sester – noční služba

17:45 – 18:15	Předání služby sester - převzít ústní hlášení - rozdělení pacientu dle skup. péče - přečtení dokumentace
18:15 – 19:00	Příprava večerní medikace, kontrola náběrů na druhý den
19:00 – 22:00	Podání a aplikace večerních léků Příprava pacientů na spánek a úprava pokojů Měření TK Plnění ordinací z večerní vizity Měření TT Odběr GM Aplikace inzulinů a časovaných léků
22:00 – 24:00	Plnění nočních prací dle týdenního harmonogramu Aplikace časovaných léků
24:00 – 04:30	Zadání žádanek na sterilizaci Vedení dokumentace Příprava dokumentace na vyšetření Dezinfekce pracovních ploch na IP
04:30 – 05:45	Odběr biologického materiálu Aplikace časovaných léků Sečtení a zaznamenání celkového P/V tekutin u sledovaných pacientů Ukončení dokumentace za danou směnu Měření teplot v lednicích s léčivy
05:45 – 06:15	Předání služby sester

**Po celou dobu noční služby sestra kontroluje pacienty po 2 hodinách případně častěji, plní ordinace lékaře, ukládá přijaté pacienty, polohuje a zapisuje do polohovací karty, podává pacientům tekutiny, komunikuje s nimi a dbá na plnění jejich biopsychosociálních potřeb.**

Zpracovala staniční sestra:  
08.04.2008