

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Poruchy spánku v ordinaci praktického lékaře

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor:

Kristýna Soukupová

2008

Vedoucí práce:

Mgr. Dita Nováková, DiS., R.N.

Abstrakt

The thesis presents sleep disorders (somnipathies) that bring a patient to the general practitioner's (GP). Disorders of that kind are very frequent nowadays. In the theoretical part, problems of sleep disorders are introduced and the relevant terminology is given and explained. The first part refers to physiology of the sleep – which conditions are considered to be the sleep and which are not, and the phases of the sleep. The second part focuses on diagnostics of the sleep and the classification of sleep disorders according to international criteria. The fourth part describes „classical“ and alternative methods of treatment of those disorders. The last but one part of the thesis deals with dreams and the last part focuses on a „sleep laboratory“ – and the role of a nurse at the examination.

The objective of my thesis was to identify the most frequent sleep disorders and to find the most frequent causes. I also give account of the ways patients are informed about sleep disorders in GPs' consulting rooms.

The survey shows that the most frequent disorder is insomnia (according to my investigation - 42% frequent awakening at night, 28% early morning awakening, 23% inability to fall asleep at night and 7% nightmares). The hypothesis number I was thus confirmed.

The most frequent causes of sleep disorders are stress (in 43% patients interviewed), the negative influence of environment (23%), the present-day way of life (14%), the lack of physical activity during the day (5%). The hypothesis II was confirmed this way.

According to my research patients who come to the GPs' are given enough comprehensible information on sleep disorders.

The investigation was conducted in the form of questionnaires at GPs' consulting rooms and some patients were also interviewed.

This thesis may be used as a source of information for printing brochures promoting healthy lifestyle and as an active prevention of sleep disorders. It may be also used for educational purposes.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Poruchy spánku v ordinaci praktického lékaře 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 úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

Kristýna Soukupová

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Ditě Novákové, DiS., R.N. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky.

Děkuji zdravotnickému zařízení v Kamenném Újezdě, jmenovitě panu MUDr. Pavlu Hadáčkovi, za velmi ochotnou spolupráci při vypracovávání praktické části mé bakalářské práce a za realizaci svého výzkumu v jeho ordinaci.

Děkuji své rodině a známým za trpělivost a za pomoc při korekturních úpravách mé práce.

OBSAH

Úvod.....	2
1. Současný stav.....	4
1.1 Fyziologie spánku.....	4
1.1.1 Spánek.....	4
1.1.2 Stádia spánku.....	4
1.1.3 Co je spánek a co spánek není.....	6
1.1.4 Výzkum spánku a vývoj vědeckého pohledu na spánek.....	6
1.1.5 Význam spánku.....	7
1.1.6 Faktory ovlivňující fyziologický spánek.....	9
1.2 Diagnostika poruch spánku.....	11
1.2.1 Anamnéza.....	11
1.2.2 Škálování a záznamníky.....	12
1.2.3 Psychometrické hodnocení spavosti.....	12
1.2.4 Absence při hospitalizaci.....	12
1.2.5 Polysomnografie.....	13
1.2.6 Aktigrafie.....	13
1.2.7 Elektrostatická matrace.....	13
1.3 Klasifikace poruch spánku.....	14
1.3.1 Mezinárodní klasifikace poruch spánku.....	14
1.4 Léčba nespavosti.....	20
1.4.1 Sesterské intervence.....	21
1.4.2 Léčba akutní a přechodné nespavosti.....	21
1.4.3 Léčba chronické nespavosti.....	22
1.4.4 Alternativní způsoby léčby nespavosti.....	23
1.5 Sny.....	25
1.5.1 Význam snů.....	26
1.6 Spánková laboratoř.....	27
2. Cíle práce a hypotézy.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotézy.....	29
2.3 Výzkumná otázka.....	29
3. Metodika.....	30
3.1 Charakteristika zkoumaného souboru.....	31
3.2. Harmonogram výzkumu.....	31
4. Výsledky.....	32
4.1. Dotazník.....	32
4.2. Rozhovor.....	46
5. Diskuse.....	58
6. Závěr.....	65
7. Seznam použité literatury a pramenů.....	67
8. Klíčová slova.....	69
9. Přílohy.....	70
9.1 Seznam příloh.....	70

ÚVOD

Problematika spánku se v poslední době stává, díky nesprávnému životnímu stylu a stresovému prostředí, velmi aktuální. Poruchami spánku trpí čím dál více lidí. I to je jeden z důvodů, proč jsem si vybrala toto téma ke zpracování své bakalářské práce. Přišlo zajímavé dozvědět se o této problematice podrobnější informace a nespokojit se jen s tím, co slyšíme v médiích, co se píše v časopisech, které jsou určené především laické veřejnosti. Doufám, že se mi podaří mým výzkumem upozornit na to, že opravdu nejde jen o lokální problém nebo problém určité sociální skupiny obyvatel, ale že postihuje nemalou část naší populace bez rozdílu věku, pohlaví, sociálního zařazení atd. Snad i někomu pomohu najít optimální řešení tohoto problému.

Nemalou roli při výběru tématu sehrála také skutečnost, že v ordinaci praktického lékaře pracuje jako zdravotní sestra moje maminka. Po konzultaci s ní a s MUDr. Pavlem Hadáčkem, jsem se rozhodla věnovat tomuto tématu podrobněji. Budu se snažit zjistit užitečné informace, které se stanou návodem jak předcházet problémům vzniklých z poruch spánku, společně se zjištěním nejčastějších příčin těchto stavů.

Z výše uvedených důvodů jsem se rozhodla podat obraz o takto významném problému, který se opravdu šíří rychlým tempem.

Při pátrání po pramenech a informacích jsem postupně zjišťovala, jak rozsáhlé a složité téma jsem si vybrala ke zpracování. I proto je nutné brát tuto práci pouze jako stručné shrnutí problému. V mé bakalářské práci se snažím využít vědomostí a zkušeností, které jsem načerpala během studia na Střední zdravotnické škole a zde na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Mnoho informací jsem také získala z vyprávění zkušenějších známých a lékařů a sester, se kterými mám možnost spolupracovat v rámci školní praxe v českobudějovické nemocnici. Před zpracováním samotné teoretické části mé bakalářské práce bylo důležité si nejprve nastudovat dostatečné množství zdrojů a z nich použít ty nejdůležitější informace, které se do mé práce hodí nejlépe. Doufám, že se mi to ve větší míře povedlo a tato práce bude sloužit nejen mně, ale i ostatním čtenářům, kteří zde naleznou užitečné a zajímavé informace.

Má bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou, u které bylo nejprve nutné provést výzkum mezi lidmi. Ten byl realizován formou dotazníků a rozhovorů v ordinaci praktického lékaře.

Práce je shrnutím nejen mých dosavadních osobních zkušeností, ale i toho, co jsem měla možnost doposud nastudovat, vyhledat a dozvědět se z dostupných informačních zdrojů. Zkušenosti, které jsem tímto získala, hodlám využívat i v mé budoucí zdravotnické praxi.

1. Současný stav

1.1 Fyziologie spánku

1.1.1 Spánek

„Žádný živý tvor, který má třeba jen sebemenší náznak mozku, nemůže trávit celou svou existenci ve stavu ustavičné bdělosti. Prakticky vše, co žije na naší Zemi, bývá s větší či menší pravidelností přemáháno sladkým tyranem - spánkem. I když se přímo nabízí srovnání s vypnutím počítače, podobá se odpočinutí v Morfeově náručí spíše pravidelnému, odstupňovanému snižování rychlosti, podobně jako v autě, které postupně zpomalujeme z pátého rychlostního stupně až do úplného zastavení“ (Degen, 1997, str. 13).

Pod pojmem spánek rozumíme aktivní děj, nikoliv tedy jen jakýsi stav bezvědomí. Dobrý a kvalitní spánek je významný nejen pro duševní, ale i pro tělesné zdraví. Je to proces, ve kterém probíhají všechny anabolické pochody, regenerují se duševní i tělesné síly a ukládají paměťové stopy. Spánkem rozumíme funkční stav organismu podobně jako bdělost (14).

Podle psychologa Maslowa je spánek základní lidskou potřebou, projevující se u všech bytostí stejně. Právě proto ho Maslow zahrnul v pyramidové hierarchii potřeb (příloha č. 7) na základnu mezi fyziologické potřeby, bez kterých nemůže člověk existovat (19).

1.1.2 Stadia spánku

Na základě významné rozdílné činnosti mozku a celého organismu se odlišují tři základní funkční stavy organismu - bdělost, REM spánek a NREM spánek.

Bdělost je nejčastěji charakterizována jako aktivace mozkové kůry. Zajišťuje ji několik spojených mozkových systémů. Na očních bulvách se projevuje rychlými sledovacími pohyby nebo naopak setrvalým pohledem jedním směrem (14).

Podle moderní všeobecně přijímané koncepce se spánek dělí na dva typy a to na spánek REM a spánek NREM.

NREM spánek (non rapid eye movement)

V této fázi spánku ještě rozlišujeme čtyři stadia - od velmi povrchního spánku až po spánek hluboký. Pokud klidně ležíme s otevřenýma očima, na EEG zápise je zaznamenán rychlý rytmus beta. Pokud ale oči zavřeme, změní se tento rytmus na pomalejší rytmus alfa. V okamžiku, kdy začneme usínat a nastává stadium NREM spánku, vymizí rytmus alfa a záznam se začne skládat ze směsi rychlých vln. V této fázi se objevují pomalé pohyby očních bulev, klesají oční víčka a snižuje se svalové napětí. Toto první stadium NREM spánku odpovídá usínání, ale kontakt s okolím ještě zcela neztrácíme. Na individuální hlasitý dotaz jsme schopni adekvátně zareagovat a současně se probudíme.

Druhé stadium NREM spánku bývá vyznačováno dalším zpomalením elektrických projevů činnosti mozku. Jsme více ponořeni do spánku, ztrácíme veškerý kontakt s okolím a pohyby očních bulev již úplně vymizely. Tato dvě stadia jsou označována jako lehký spánek.

Přechodem do třetího a čtvrtého stadia se již stává spánek hlubokým (pomalovlnným). Nacházíme zde opět zpomalení elektrické činnosti mozku, objevují se také zvláštní prvky této činnosti v podobě spánkových vřetének a komplexů ostrých bifázických vln.

REM spánek (rapid eye movement)

REM spánek je charakterizován úplnou ztrátou svalového napětí, nepravidelnými a rychlými pohyby očních koulí a „aktivním“ EEG záznamem. První REM fáze se objevuje asi po 70 - 100 minutách od usnutí a trvá jen velmi krátce, cca 5 -10 minut. Fáze NREM spánku trvá obvykle několik desítek minut a je vystřídána REM fází spánku. Tento cyklus střídání fází proběhne čtyřikrát až šestkrát za noc. U dospělého člověka středního věku zaujímá REM spánek asi 20 až 25 % celonočního spánku a fáze NREM 75 až 80 % (17).

1.1.3 Co je spánek a co spánek není

Spánek je specifickým stavem mysli a těla, ve kterém tělo hluboce relaxuje, metabolismus se redukuje na minimum a mysl přestane reagovat a uvědomovat si okolní prostředí. Nabízí se však otázka: „ Jak poznat dobrý spánek?“ Skutečně kvalitní spánek nelze vytvořit, přichází sám o sobě. Není třeba o něj usilovat a potýkat se s nervózním očekáváním, ani užívat mnoho léků. Z dobrého spánku se zřídka můžeme v noci probudit, ale není problém zanedlouho opět usnout. Výsledkem každého dobrého spánku je pocit vitality, odpočínutí a energie, který přetrvává celý následující den. Spánek člověku bezpochyby prospívá. Vylučují se v něm růstové hormony, které kromě svého hlavního úkolu také zajišťují opravu a obnovu tkáně. U lidí trpících nedostatkem spánku vzniká častěji sklon ke změnám nálad (3).

1.1.4 Výzkum spánku a vývoj vědeckého pohledu na spánek

Již od nepaměti lidstvo velice zajímala problematika spánku. Ve starověku bylo vysloveno mnoho názorů a myšlenek o jeho původu a významu. Nemalý obdiv si zaslouží postřehy starých Řeků, kteří odvozovali spánek od spojení bohyně noci s bohem temnoty. Snad nejkrásnější a nejvýstižnější charakteristiku spánku můžeme najít v Shakespearově Mackbethovi:

*„spánek, nevinný spánek,
zdrchanou přízi starostí co rovná,
smrt každodenních lopot,
lázeň ušlých, lék obolených,
druhý pokrm žití, ten nejživnější ze všech. “*

(II. jednání, překlad E. A. Saudek)

Jen několik málo vědců v minulém století učinilo individuální a vzájemně nesouvisející pozorování. Např. Griesinger popsál v roce 1868, že u spící osoby se v některých časově ohraničených okamžicích objevují pohyby očních bulbů, což je velmi dobře patrné na očních víčkách, a usoudil, že tyto pohyby budou mít souvislost se sny. Freud v roce 1895 poprvé zaznamenal pokles svalového napětí ve spánku.

V 19. století byly také podniknuty unikátní experimenty se spícími osobami – mimo jiné byly buzeny v průběhu noci a zjistilo se, že v prvních částech noci je spánek nejhlubší.

Na počátku 20. století již byly podniknuty mnohem systematictější studie spánku. V letech 1917-1920 vypukla velká epidemie netypického zánětu mozku projevující se poruchami spánku. Rakouský neurolog von Ecomono provedl pitvu mozku nemocných a zjistil, že v mozku existují centra pro spánek a pro bdění. V roce 1920 McWilliam popsal u spících osob periodické změny tepu, změnu ve frekvenci dechu a hodnotách krevního tlaku. Na základě těchto zjištění vyslovil hypotézu, že spánek není monotónní jednoduší jev, ale že existují nejméně dva druhy spánku - klidný spánek a neklidný spánek.

Posledních 30 let se stalo nejpłodnějším obdobím ve výzkumu spánku. Velký podíl mělo zdokonalení elektronické metody monitorování EEG a celonoční zaznamenávání mnoha dalších fyziologických parametrů ve spánku.

Rozvoj ve výzkumu spánku ve stále nových a nových laboratořích vedl ke vzniku dalších specializací v rámci neurologie nazývajících se „*somnologie*“ nebo „*hypnologie*“.

Velký význam mělo založení Společnosti center poruch spánku (Association of Sleep Disorders Centres) v USA v roce 1997. Tato společnost začala řídit výzkum spánku a ustanovila první jednotnou klasifikaci poruch spánku. V Evropě již přes deset let funguje Evropská společnost pro výzkum spánku (Europien Sleep Research Society). Veškeré národní i mezinárodní společnosti výzkumu spánku spadají pod Světovou federaci společností výzkumu spánku (World Feredation of Sleep Research Society) založenou v Cannes roku 1991 (17) .

1.1.5 Význam spánku

Všeobecně panuje přirozený názor, že spánek slouží především jako prostředek regenerace mysli a těla. Při nedostatečném vyspání klesají u člověka veškeré psychické schopnosti. Spánek je tedy nezbytný pro správnou funkci centrální nervové soustavy.

Mezi nedůležitější pochody probíhající během spánku nezbytné pro správné funkce organismu patří konzervace energie, restaurace tkání organismu, podíl na termoregulaci a prověřování regenerace v REM spánku.

Konzervace energie

Představa o tom, že spánek konzervuje energii, byla podpořena několika studiemi, které prokázaly zvýšený příjem jídla v průběhu spánkové deprivace. Teorie konzervace energie prosazující tuto myšlenku říkaly, že v době, kdy člověk spí, má nižší spotřebu energie. V noční době, a zejména při spánku, klesá bazální metabolismus o 5 až 25 %. Zmíněný fakt je znám u všech savců, stejně jako pokles spotřeby kyslíku, snížení tělesné teploty a snížení tepové frekvence. Na základě mnoha pokusů byla vytvořena teorie, že spánek je fyziologický stav, při kterém je umožněno organismu ušetřit energii v době, kdy není nárok organismu na energii tak vysoký. V současné době a v rozvinutých zemích pro člověka energetický příjem není problémem, ale lidský organismus na dvacetičtyřhodinovou činnost není připraven (14).

Restaurace tkání

Regenerace organismu ve spánku je velice důležitá a u člověka se týká především zcela zásadně regenerace funkceschopnosti mozku. Různé teorie zdůrazňují význam REM spánku pro usnadnění zapamatování nebo naopak usnadnění zapomínání nedůležitých informací.

Fyziologické funkce člověka nejsou narušeny ani po několika dnech spánkové deprivace, zato evidentní je snížení intelektového výkonu. Toto zjištění vedlo k hypotéze o ochranné úloze spánku pro člověka ve vztahu k vyšším duševním funkcím.

Podíl na termoregulaci

Existují přesvědčivé důkazy o tom, že spánek má jisté termoregulační funkce. V průběhu spánku se obvykle sníží tělesná teplota i teplota mozku. Zahřátí těla před spaním zvyšuje u člověka množství třetího a čtvrtého stadia NREM spánku. Tento fakt potvrzuje, že funkcí spánku je ochlazování. Některé experimentální práce na zvířatech

ale naopak poukazují na roli spánku při udržování tepla (např. krysy po dvoutýdenní spánkové deprivaci vykazují zřetelný pokles tělesné teploty navzdory dvakrát vyššímu metabolickému obratu).

Prověřování regenerace v REM spánku

Úloha spánku při zrání a regeneraci nervového systému je nezbytná také pro udržení duševního zdraví. Skotský neurofyziolog Jim Horne vychází z faktu, že největší množství REM spánku (nejdelší trvání) je u nenarozeného plodu. S věkem se jeho podíl na celkové délce spánku snižuje (14).

1.1.6 Faktory ovlivňující fyziologický spánek

Kvalitou spánku rozumíme schopnost jedince spát a mít přiměřený počet REM a NREM fází. Některé faktory ovlivňují kvalitu i kvantitu spánku. Kvalita spánku je celkový čas jednotlivých spánků. Mezi nejčastější faktory ovlivňující kvalitu spánku patří nemoc, prostředí, životní styl, psychický stav, léky, alkohol a stimulancia a strava.

Nemoc. Nemocní lidé potřebují více spánku než lidé zdraví a mají normální rytmus bdění i spánku značně narušený. I bolest může ovlivňovat spánek a to tím, že zabraňuje osobě usnout nebo je důvodem předčasného probouzení. Osoby se zduřenou nosní sliznicí nebo sinusitidou mohou mít porušený spánek zapříčiněný zhoršeným dýcháním. Současné výzkumy dokazují, že hypoxie i hyperkapnie ovlivňují kvalitu spánku. Lidé se žaludečními nebo dvanáctíkovými vředy mají spánek narušený bolestí v důsledku zvýšené sekrece žaludeční šťávy po dobu REM spánku. Také některé endokrinní poruchy mohou ovlivňovat spánek. Hyperthyreotismus prodlužuje dobu bdění a pacient těžko usíná. Naopak hypothyreotismus zkracuje čtvrté stadium NREM spánku. Bolest, spojená s některými chorobami jako např. s artritidou, astmatem nebo migrénou může, také ovlivňovat spánek. Zvýšená tělesná teplota může mít za následek celkové zkrácení doby spánku. Potřeba močení ruší spánek a pokud je tato potřeba uspokojena, nastává problém opětovného usnutí.

Prostředí. Okolní atmosféra může ovlivňovat spánek pozitivně i negativně. Každá změna hluku, světla nebo teploty v pokoji, pobyt v nemocnici, služební cesta

nebo dovolená mohou narušit spánkové stereotypy, nezvyklé stimuly pak udrží člověka déle v bdělém stavu a tím ruší kontinuitu spánku.

Životní styl. Mírně unavená osoba má vcelku klidný spánek. Únava může ovlivňovat typ spánku. Čím je člověk unavenější, tím se zkracuje první fáze REM spánku. S postupným prohlubováním odpočinku se prodlužují i periody REM spánku.

Psychický stav. Spánek je často narušován úzkostí nebo depresí. Člověk překonávající osobní problémy ztrácí schopnost relaxovat a klidně spát. Při úzkosti se zvyšuje v krvi hladina noradrenalinu prostřednictvím zvýšené aktivity sympatického nervového systému. Tato chemická reakce má za následek zkrácení čtvrté fáze NREM spánku.

Léky. Léky, zejména hypnotika a sedativa, mohou výrazně ovlivnit spánek. Hypnotika a barbituráty zkracují REM spánek a tím celkový čas spánku prodlužují. Amfetaminy a antidepresiva výrazně zkracují REM spánek. U pacienta, který přestane užívat tyto léky, se znásobuje REM spánek, což může pacient vnímat jako těžké sny nebo noční můry.

Alkohol a stimulantia. Lidé, kteří požívají nadměrné množství alkoholu mají často porušený spánek. Účinky alkoholu mohou tyto lidi pociťovat jako noční můry. Jak návyk na alkohol může ovlivňovat spánek? Alkoholik, nebo-li osoba navyknutá na alkohol, může dlouhodobě trpět nekvalitním spánkem, což se často projevuje podrážděností. Nápoje obsahující kofein působí jako stimulace nervového systému a tím tedy i ovlivňují spánek.

Strava. Náhlý úbytek nebo naopak nárůst tělesné hmotnosti velmi výrazně ovlivňuje spánek. Předpokládá se, že spánek ovlivňuje aminokyselina L-tryptofán. V běžných potravinách se nachází v mléce, tvarohu, v hovězím mase, v konzervovaném tuňákově. Uvedená skutečnost nám pomůže přiblížit, proč teplé mléko některým lidem pomáhá lépe usnout (11).

Práce na směny. Mnoho lidí, na jejichž výkonnosti závisí život druhých lidí, pracují na směny (hasiči, lékaři, policisté, zaměstnanci elektráren). Práce na směny se dá přirovnat k nouzovému spánkovému stavu, který není bez následků. Směnoví pracovníci způsobují dopravní nehody dvakrát častěji než zbytek populace. Výskyt

žaludečních vředů je ve statistickém porovnání osminásobně vyšší. Odhaduje se, že směnný provoz v zaměstnání způsobuje srdci tolik škod, jako konzumace jednoho balíčku cigaret. Při takto náročném povolání je nezbytně nutné pečovat o správnou spánkovou hygienu (4).

1.2 Diagnostika poruch spánku

1.2.1 Anamnéza

Nezbytným základem rozboru a posuzování poruch spánku je důkladná a podrobná anamnéza se zaměřením na údaje o nočním spánku a na přítomnost spánku či ospalosti v denní době. Zjištěné údaje o spánku by měly být zaznamenány naprosto přesně s oddělením pracovních dnů a dnů pracovního klidu, volna nebo dovolené. Všechny informace o spánku by měly být poznamenány ve spánkovém deníku: čas usínání, čas probouzení, počet nočních probuzení (okolnosti – např. pocit nucení na močení, zvuk z ulice atd.), počet denních usnutí, jejich délka. Vhodný je i zisk objektivních poznatků od partnera, dětí, rodiny. Cíleně je třeba se dotázat na pocity a nálady po probuzení (pocit osvěžení, vyspalosti, dobrá nálada, eventuální bolest hlavy nebo jiných částí těla, schopnosti okamžitého plného duševního i fyzického výkonu). U spánku přes den je důležité rozlišovat imperativnost denního spánku a okolnosti, které vedou k jeho výskytu. Je třeba důkladně rozlišit ospalost s únavou a hypodynamii při depresi (14).

Ošetřovatelská anamnéza získává informace o spánku nemocného pozorováním a rozhovorem. Sestra vytvoří vhodné prostředí pro komunikaci s nemocným a snaží se získat objektivní informace o potížích nemocného. Klade vhodné, srozumitelné a jednoduché otázky, např.: „*Jak hodnotíte svůj spánek?*“ „*Máte problémy s usínáním?*“ „*Jak se cítíte ráno po probuzení?*“ „*Co děláte proti vašim spánkovým problémům?*“ „*Užíváte nějaké léky, které mohou ovlivnit váš spánek?*“ (19)

Při pozorování nemocného se sestra soustřeďuje na objektivní známky nespavosti navozené porušením normálního spánku. Všimá si změn chování a výkonnosti, zvýšené podrážděnosti, dezorientace, netečnosti, neklidu či apatie.

Z fyzikálních změn jsou patrné tmavé kruhy pod očima, mírný prchavý nistagmus, mírný třes rukou, tvář bez výrazu, změněné držení těla či časté zívání (5).

1.2.2 Škálování a záznamníky

Denní spavost je možno kvantifikovat na základě subjektivních údajů získaných sebeposuzovacími škálami. Např. Stanfordská, Edworthská škála spavosti nebo analogová sebeposuzovací stupnice. Těmito stupnicemi získané parametry dávají informace o denní spavosti a jejich hlavním významem je hodnocení intenzity spavosti v průběhu dvacetičtyř hodin nebo pro dlouhodobé hodnocení, eventuálně pro hodnocení efektu léčby. Spánkový kalendář podává sice subjektivní, ale příliš podrobnou a dlouhodobou informaci o spánku a bdění. Může nás upozornit na eventuální vztahy poruch spánku a bdění po dobu dvacetičtyř hodin nebo při některých životospřávných zvycích.

1.2.3 Psychometrické hodnocení spavosti

K diagnostice spavosti je možno použít i některé psychometrické metody: reakční testy sluchové, zrakové, testy paměti, testy rozlišení podnětu, optimální tapping a další.

1.2.4 Absence při hospitalizaci

K neméně významnému pozorování přispívajícímu objektivní diagnostice poruch spánku patří sledování klienta na nemocničním oddělení. Zdravotnický personál musí mít zkušenosti s chorobami spánku, ale i přesto je zde značné riziko chybné interpretace stavů nemocného. Pozorování klientů na oddělení má však v některých případech svůj velký význam, protože pomůže odhalit eventuální zvláštnosti v chování nemocného a návyky nevhodné pro správný spánek. Přiblíží nám tak méně výraznou psychopatologii a tím nás upozorní na rozpor mezi subjektivními údaji a realitou stavu (14).

1.2.5 Polysomnografie

Základní vyšetřovací metodou v diagnostice poruch spánku je celonoční polysomnografie. Polysomnografií se rozumí registrace fyziologických funkcí nezbytných pro odlišení spánku NREM a REM. Jejimi součástmi jsou videomonitorace, elektroencefalografický záznam (EEG), elektromyografie (EMG) svalů brady (m. mentalis či submentalis), elektrookulogram (EOG), registrace dýchacích parametrů a frekvence srdeční akce, elektrokardiogram (EKG). Monitorace bývá nejčastěji rozšířena o transkutánní oxymetrii a EMG svalů bérce. Záznam je skórován ve třicetivteřinových intervalech, ve kterých je určováno stadium spánku a výsledně pak zhodnocena architektura nočního spánku s grafickým znázorněním hypnogramu (22).

1.2.6 Aktigrafie

Aktigrafické monitorování přináší orientační informace o poruchách spánku. Jedná se o velmi výtěžnou a přitom nezatěžující metodu, při které má nemocný na zápěstí nedominantní horní končetiny připevněný snímač velikosti náramkových hodinek. Tento snímač zaznamenává každou změnu pohybu, tedy každý sebemenší pohyb končetiny. Předem je počítačově naprogramována senzitivita ke zrychlení nebo naopak ke zpomalení. Počet pohybů za zvolený časový interval se zaznamenává do paměti počítačového zařízení. Po skončení měření (zpravidla hodiny až týdny) jsou zaznamenaná data přehledně zobrazena na počítačové obrazovce. Podle intenzity pohybů se odvozuje představa o bdělosti, její kvalitě, o spánku, o charakteru probouzení. Aktigrafie nám podává dlouhodobější informace o charakteru spánku, o typických dobách usínání, o stavech spánku během dne, o nočním probouzení nebo naopak o stavu bdělosti (14).

1.2.7 Elektrostatická matrace

Elektrostatická matrace je velmi jednoduché zařízení sloužící k zaznamenávání pohybů klienta na lůžku. Registrační zařízení je tvořeno vlastní matrací ze dvou vrstev vodivého kovu oddělených komprimovaným dielektrikem, která je ještě vložena pod molitanovou matraci lůžka. Změny tlaku a napětí jsou zaznamenávány přes zesilovač

a filtrovány přes tři různé filtry. Cíleným filtrováním signálu se získávají informace o aktivitě srdce (kardiobalogram), o dýchacích pohybech a o pohybech těla klienta. Nejzákladnější využití elektrostatické matrace je pro diagnostiku ventilačních poruch spánku, kdy tato metoda může zachytit a zaznamenat i ty nejmenší hypopnoe nebo syndrom zvýšeného odporu v horních cestách dýchacích (14).

1.3 Klasifikace poruch spánku

Poruchy spánku se podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí dělí na poruchy spánku organicky podmíněné a poruchy spánku neorganicky podmíněné. Mezi organicky podmíněné poruchy spánku (G 47 dle MKN) patří poruchy usínání a trvání spánku (insomnie), poruchy nadměrné spavosti (hypersomnie), poruchy spánkového cyklu, zástava dýchání ve spánku (apnoe), narkolepsie a katalepsie.

Dále mezi organicky podmíněné poruchy řadíme některé syndromy, např. narkolepsie, periodická hypersomnie, syndrom spánkové apnoe, syndrom neklidných nohou a některé psychosyndromy.

Neorganické poruchy spánku (F 51 dle MKN) zahrnují neorganickou nespavost, neorganickou hypersomnií, neorganické poruchy rytmu spánek-bdění, somnambulismus, noční děsy, noční můry. Somnambulismus, noční děsy (pavor nocturnus), noční můry, spánková ochablost či spánková „opilst“ jsou poruchou spánkových cyklů (nazývající se také parasomnie) (16).

1.3.1 Mezinárodní klasifikace poruch spánku

Dyssomnie

Dyssomnie jsou poruchy spánku, jejichž hlavními projevy jsou buď obtíže při usínání, udržení spánku nebo nadměrná spavost. Tato část poruch spánku se dělí na tři základní skupiny.

Poruchy spánku vyvolané vnitřními příčinami

Tyto poruchy buď vznikají nebo se rozvíjejí uvnitř organismu, nebo jejich vnitřní příčina spočívá ve vnitřních procesech organismu. Patří sem tyto poruchy:

Psychofyziologická insomnie (insomnie podmíněná, naučená), chybné vnímání spánku (při kterém stížnosti na nespavost nejsou podloženy objektivními nálezy při sledování a vyšetřování spánku), idiopatická insomnie (celoživotní neschopnost dosyta se vyspat, jejíž příčinou je pravděpodobně neurologická porucha kontrolního mechanismu systému spánek-bdění), narkolepsie (porucha charakterizovaná nadměrnou spavostí s typickou kataplexií a jinými fenomény REM spánku, jako je paralýza a halucinace), rekurentní hypersomnie (porucha s opakovanými epizodami spavosti trvající několik dnů až týdnů a doprovázeny psychickými poruchami), idiopatická hypersomnie (porucha objevující se v době normálního nebo prodlouženého spánku, a znamená příliš hluboký spánek při prodloužení stadia NREM), posttraumatická hypersomnie (nadměrná spavost vzniklá po traumatickém poškození centrálního nervového systému), syndrom obstrukční spánkové apnoe (jsou opakované obstrukce horních cest dýchacích objevující se v průběhu spánku a spojené se sníženou oxidací krve), syndrom centrální spánkové apnoe (je přerušování nebo snížení plicní ventilace v průběhu spánku spojené se sníženou hladinou kyslíku v krvi), periodická porucha s pohyby končetin (je charakteristická periodickými epizodami opakujících se stereotypních pohybů končetin v průběhu spánku) a syndrom neklidných nohou (pro který jsou typické nepříjemné pocity v nohách, obvykle před začátkem spánku, které vyvolávají u člověka nepřekonatelnou potřebu pohybovat nohama).

Poruchy spánku vyvolané vnějšími příčinami

Tyto poruchy vznikají nebo se rozvíjejí v důsledku příčin působících vně organismu. Odstranění vnějších příčin vede obvykle k odeznění těchto poruch, pokud se v průběhu nerozvinou další poruchy spánku. Mezi poruchy způsobené vnějšími příčinami řadíme.

Nepřiměřenou spánkovou hygienu (což je vykonávání takových aktivit v průběhu dne, které znemožňují udržet dobrou kvalitu spánku v noci nebo naopak

plného bdění ve dne), poruchu spánku způsobenou prostředím (příčinnou této poruchy jsou rušivé faktory zevního prostředí způsobující buď insomnii nebo nadměrnou spavost), výškovou insomnii (která se vyskytuje při výstupech do poloh s velkou nadmořskou výškou, doprovázenou bolestí hlavy, ztrátou chuti k jídlu), poruchu spánku ze špatného přizpůsobení (jedná se o dočasné omezení spánku v souvislosti s akutním stresem, konfliktem nebo emočním vzrušením), poruchu spánku s omezování (vzniká přehnaným donucováním dítěte, aby šlo spát a důsledkem je ztráta schopnosti usnout v přiměřené době), poruchu z asociací (jde o poruchu spánku v souvislosti se vznikem asociace mezi nějakou věcí nebo okolností a začátkem spánku, a pokud je toto spojení narušeno, dojde k potížím s usínáním), syndrom nočního příjmu jídla (je charakterizovaný opakovaným probouzením s neschopností znovu usnout bez příjmu jídla nebo pití), poruchu spánku ze závislosti na hypnoticích (vzniká při vysazení nebo při rozvoji tolerance na hypnotika projevující se insomnií nebo nadměrnou spavostí), poruchu spánku ze závislosti na stimulantech (projevuje se snížením spavosti nebo potlačením spánku s následným narušením stavu bdělosti po jejich vysazení), poruchu spánku ze závislosti na alkoholu (která je charakterizovaná neschopností usnout bez návykového užití alkoholu nebo hypnotika), poruchu spánku indukovanou toxickými látkami (je insomnie nebo nadměrná spavost, která je důsledkem otravy těžkými kovy nebo organickými toxiny).

Poruchy spánku související s cirkadiánním rytmem

Tyto poruchy souvisejí s časováním spánku v rámci dvacetičtyř hodinových denních cyklů. Některé jsou ovlivněny individuálním časováním spánkových period, které jsou pod kontrolou postiženého jedince (např. směnný provoz nebo změna časových pásem). Jiné jsou způsobeny neurologickými mechanismy (např. nepravidelnost střídání period spánek-bdění).

Do této skupiny poruch spánku řadíme syndrom změny časového pásma tzv. Jet lag (projevující se různými obtížemi při usínání nebo udržení spánku, po rychlém překročení několika časových pásem při cestování), poruchu spánku při směnném provozu (kde typickými příznaky jsou insomnie nebo nadměrná spavost související se

směnným provozem), nepravidelný rytmus spánku a bdění (charakterizovaný časově dezorganizovaným a měnícím se rytmem spánku a bdění), syndrom zpožděné spánkové fáze (je porucha, při níž je tzv. „velká epizoda spánku“, kdy postižený není schopen usnout v normální době nebo udržet bdělost v průběhu dne) a syndrom předcházející se spánkové fáze (následkem je večerní spavost s brzkým začátkem spánku a probuzením se dříve než je nezbytné) (14).

Parasomnie

Pod tímto názvem se skrývají chorobné stavy s různými příznaky vázanými na spánek. Patří sem mimovolní noční močení, noční děsy, mluvení ze spaní a náměsíčnost. Nejčastěji se vyskytují u dětí a v průběhu dospívání mizí. Příčiny a mechanismy jejich vzniku jsou dosud neznámé, ale předpokládá se, že jde o poruchu procesu probouzení, kdy buzení je neúplné nebo se v určité chvíli dostane postižená osoba do stavu mezi spánkem a bděním či podvědomě a nekontrolovatelně vykonává určité činnosti. Parasomnie se nezdá vyskytovat po několik generací, což může poukazovat na jejich jistý genetický původ. Oddíl těchto poruch se dělí na čtyři skupiny (17).

Poruchy probouzení

Poruchy probouzení se projevují jako částečné probuzení, které se objevuje v průběhu noci. Patří sem náměsíčnost, spánková opilost a noční děsy.

Spánková opilost nebo-li spánková zmatenost je charakterizována nedokonalým probuzením provázeným dezorientací, zpomalenou reaktivitou a typicky i vystrašeným výrazem v obličeji. Nejčastěji se objevuje při probuzení z hlubokého spánku v první polovině noci.

Náměsíčnost nebo-li somnambulismus postihuje převážně děti a kolem patnáctého roku života mizí. Náměsíčnost u dospělých může být příznakem některé jiné choroby a vyžaduje důkladné vyšetření. Při lehké formě si postižený sedá na postel, chvíli jen tak sedí a vykonává jednoduché bezcílné pohyby, poté se opět uloží a usne. V těžších případech postižený vstává, má otevřené oči, vykonává i delší procházky, ale

nic si neuvědomuje. Může se pohybovat pravidelně, překonává některé překážky, může se svlékat z pyžama a oblékat se do civilního oděvu, otevřít nebo zavřít okno, připravit a vypít si nějaký nápoj, vyjít na ulici nebo se může vymočit mimo toaletu, pokusit se vyjít z místnosti oknem. Některé činnosti mohou být pro postiženého velmi nebezpečné, ale pokoušet se náměsíčněho probudit je velmi složité, proto se doporučuje ho dovést zpět do postele, kde postižený po několika minutách opět usíná. Po probuzení si vůbec na nic nepamatuje. Asi ve 20% případů trpí náměsíčností celé rodiny po generace a někdy se u náměsíčního či u jeho blízkých pokrevních příbuzných vyskytují i jiné poruchy spojené se spánkem (jako je mluvení ze spaní nebo mimovolní noční močení).

Noční děsy jsou extrémní epizody panické úzkosti, která se dostavuje v prvních epizodách nočního spánku. Většinou jsou opět postiženy děti, kdy si klidně spící dítě náhle sedá na postel s křikem a pláčem, je podrážděné a duchem nepřítomné. Výraz tváře odráží děs, zornice má rozšířené, dech je zrychlený, kůže může být opocená. Takto vyděšené dítě se vzpírá, nedá se probudit a po několika minutách si opět lehá a usíná. Druhý den si dítě na nic nepamatuje. Mechanismus vzniku nočního děsu je nejasný, někteří odborníci se domnívají, že má souvislost s náměsíčností, na podkladě zjištění, že se obě poruchy vyskytují u jednoho dítěte současně. Epizody nočního děsu u dětí většinou nevyžadují léčbu. Pokud se objeví u dospělého jedince, je nutné pečlivé neurologické a psychiatrické vyšetření. Většina vyšetření nezjistí vážnější příčinu a pod dozorem lékaře lze zkusit benzodiazepinové léky.

Poruchy přechodu spánek - bdění

Poruchy přechodu spánek - bdění se objevují většinou v období těsně před usnutím nebo při přechodu z jednoho spánkového stadia do druhého. Tyto poruchy zahrnují rytmickou pohybovou poruchu (charakteristickou sérií opakovaných stereotypních pohybů většinou svaly hlavy a krku objevujících se těsně před začátkem spánku a přetrvávajících do stadia lehkého spánku), šubání ve spánku (krátké, rychlé kontrakce nohou, někdy i rukou a hlavy vyskytující se na začátku spánku a je vyvoláno spontánním indukovaným vnějším podnětem), mluvení ze spánku (krátké vyřazení zvuků nebo pronášení slov během spánku bez známek emočního stresu) a noční křeče

(bolestivé pocity stažení nebo napětí ve svalech lýtek, někdy i chodidel v průběhu spánku, ustupující zpravidla spontánně do několika vteřin, ale ve výjimečných případech mohou trvat i třicet minut a to vede k probuzení).

Parasomnie spojené obvykle s REM spánkem

Do této oblasti poruch spánku řadíme noční můry (děsivé sny, které s největší pravděpodobností spícího probudí a téměř vždy se jedná o velmi dlouhý a komplikovaný sen, jenž si nemocný sice pamatuje, ale bojí se opět usnout aby se sen znovu neopakoval), spánkovou paralýzu (neschopnost provádět volné pohyby, zejména končetin, trupu a hlavy, s obvykle děsivým pocitem obtížného dýchání, které do několika minut mizí a mizí buď spontánně nebo působením nějakého zevního podnětu, zejména po dotyku jiné osoby), sníženou penilní erekci (neschopnost udržet ve spánku erekci, která bývá příznakem organicky podmíněné impotence), bolestivou erekci (typicky v průběhu REM spánku bývá charakteristická bolestí a nepříjemnými pocity v penisu při erekci), sinusovou zástavu (spojenou s REM spánkem a charakteristickou poruchou srdečního rytmu u jinak zdravých jedinců) a poruchu chování (vyznačující se bušením pěstí, kopáním, poskakováním a vybíháním z lůžka obvykle v důsledku přechodného vymizení svalové ochablosti a složité motorické aktivity spojené s prožitkem snu).

Jiné parasomnie

Mezi ostatní parasomnie patří ty poruchy spánku, které svou atypičností nelze zařadit do výše uvedených skupin. Je to spánkový bruxismus, spánková enuréza, syndrom abnormálního polykání, noční paroxymální dystonie, syndrom náhlého úmrtí kojence, primární chrápání, spánková apnoe, vrozený centrální hypoventilační syndrom, syndrom náhlého nevysvětlitelného úmrtí dospělého člověka a benigní spánkový myoklonus novorozenců. Spánkový bruxismus je stereotypní pohybová porucha charakteristická rytmickými pohyby žvýkacího svalstva doprovázená skřípáním nebo cvakáním zubů v průběhu spánku. Noční enuréza, vyskytující se nejčastěji u dětí, se projevuje nechtěným opakovaným nočním pomočováním se. Pod pojmem syndrom

abnormálního polykání chápeme nenormální polykání slin vedoucí ke kašlání, dušení a krátkému probuzení. Výraz noční paroxymální dystonie označuje poruchu, při které se v průběhu NREM spánku objevují bezděčné krouživé pohyby. Syndrom náhlého úmrtí kojenců představuje nejčastější příčinu smrti kojenců a nedonošených dětí. Jedná se zde o neobjasněnou příčinu úmrtí jinak zdravého dítěte, kdy pitevní nález neprokazuje patologické poškození. Primární chrápání je charakteristické dlouhým zvukem vycházejícím při dýchání z horních cest dýchacích při spánku. Vydávání zvuku je souvislé, bez apnoických pauz či hypoventilací. Spánkové apnoe je řada krátkých za sebou jdoucích nočních zástav dechu. U nedonošených dětí a kojenců může být spánková apnoe důvodem k syndromu náhlého úmrtí kojence. Vrozený centrální hypoventilační syndrom se projevuje malým prouděním vzduchu v plicích, který se zhoršuje při spánku a je vysvětlitelným onemocněním plic nebo slabostí ventilačních svalů. Obdobně jako byl popsán syndrom náhlého úmrtí kojenců existuje i syndrom náhlého úmrtí dospělého člověka, který postihuje zejména mladé lidi v oblasti Jihovýchodní Asie. Závěr této skupiny tvoří benigní spánkový myoklonus, který můžeme charakterizovat jako výskyt křečí v končetinách a v trupu u klidně spících novorozenců (14, 22).

1.4 Léčba nespavosti

To nejdůležitější ve správné léčbě nespavosti je adekvátní rozpoznání její příčiny. Naplánování postupu léčby se odvíjí od zjištěné příčiny poruchy spánku, kterou lékař zjistí jedině na základě důkladně odebrané anamnézy od pacienta. Na stereotypním předepisování uspávacích prostředků nesmí být založena léčba nespavosti, i když je tento trend lékaři často praktikován nebo i pacienty vyžadován. Individualita nemocného vyžaduje také individuální přístup v diagnostice a následné terapii nespavosti. Hypnotika (léky navozující spánek) působí pouze symptomaticky a léčí jen příznaky. Pokud pacient trpí symptomatickou formou nespavosti, neléčí tedy hypnotika příčinu, ale pouze následek nějakého chorobného stavu. V těchto případech se nespavost obvykle v důsledku poklesu účinnosti léku navrací ačkoliv příčina přetrvává.

Tato skutečnost vede často k nadměrnému a chronickému užívání hypnotik a tím i ke vzniku lékové závislosti.

Je nezbytně nutné brát v potaz splnění dvou základních cílů pro vyléčení nespavosti. Jedním je odstranění nespavosti a docílení toho, že pacient bude usínat bez obtíží a spát dostatečně dlouho přirozeným spánkem. A druhý cíl spočívá v uspokojení subjektivního pocitu pacienta, který se musí po spánku cítit odpočínutý a plný energie. Jinými slovy dosáhnout efektivního spánku (3).

1.4.1 Sesterské intervence

Hodnocení spánku je součástí ošetřovatelské anamnézy. Sestra musí nejprve spánkové problémy identifikovat a následně pomáhat při jejich řešení. Sestra nemocnému pomáhá najít nejvhodnější způsob řešení spánkových obtíží, plánuje aktivity podle možností a schopností pacienta.

Některým lidem může pomoci instrukce o správných spánkových návycích a faktorech ovlivňující spánek. Mezi nejdůležitější patří: adekvátní pohyb přes den, vyloučení pohybové aktivity těsně před spaním, nepít před spaním nápoje obsahující kofein, do lůžka ulehat až při pocitu ospalosti. Sestra by měla pacientovi zdůraznit čtyři základní činnosti vedoucí ke kvalitnímu spánku. Pravidelnost doby chození spát a vstávání (a to i o víkendu), nepospávání během dne, nespát déle jak sedm hodin denně, před spaním myslet na příjemné věci a zdržet se starostlivých myšlenek (2, 5, 19).

1.4.2 Léčba akutní a přechodné nespavosti

V ordinaci praktického lékaře se setkáme s pojmem krátkodobá nespavost, která trvá jeden až čtyři týdny a s pojmem přechodná nespavost, která trvá pouze pár nocí. V terapii přechodné a krátkodobé insomnie je zapotřebí nejprve vyloučit působení zevních vlivů na vznik insomnie a poté zhodnotit, jak pacient správně dodržuje principy spánkové hygieny.

Mezi tyto nejzákladnější principy patří pohodlná postel, přiměřená teplota, přiměřené osvětlení, ochrana proti zevnímu hluku, omezení nápojů obsahujících kofein

na maximálně čtyři až pět hodin před usnutím, lehká večeře místo tučných a těžko stravitelných jídel, omezení kouření a alkoholických nápojů ve večerních a nočních hodinách. Velmi důležité je také omezení fyzické aktivity řádově v hodinách před usnutím.

Po zjištění všech potřebných informací lékař zhodnotí závažnost insomnie a přistupuje k farmakoterapii. Při léčbě krátkodobé a přechodné insomnie dáváme přednost benzodiazepinům, antihistaminikům a hypnotikům III. generace.

Hypnotika jsou léky navozující spánek a uklidnění. Dělí se na krátkodobě účinné (hlavním zástupcem je Dormicum tbl.), středně dlouhodobě účinné (např. Nitrazepam nebo Rohypnol) a dlouhodobě účinné (Staurodorm). Nežádoucími účinky hypnotik jsou: únava, svalová slabost, ranní útlum či bolesti hlavy, parestézie, u starších lidí zmatenost, halucinace či paradoxní účinek jako neklid, nespavost, kožní reakce, nechutenství, zácpa, po dlouhodobém podávání možnost vzniku závislosti (10, 21).

1.4.3 Léčba chronické nespavosti

Nezbytná je léčba chronické insomnie především proto, že její komplikací může být rozvoj depresivních příznaků. V případě, že by se jednalo o sekundární insomni, musí být prioritně léčeno základní onemocnění příslušným odborníkem (psychiatrem, neurologem, internistou, somnologem, pneumologem). V dalším fázi, podobně jako u přechodné insomnie, zkontrolujeme dodržování správné spánkové hygieny. Při léčbě chronické insomnie dáváme přednost nefarmakologické medikaci, zejména kognitivně behaviorální terapii. Vzhledem k rychlému vzniku tolerance a následné závislosti při dlouhodobém použití hypnotik, volíme při terapii nejčastěji antidepresiva.

Antidepresiva jsou léky příznivě ovlivňující depresivní stavy. Vedou k odstranění špatné nálady, snižují pocity beznaděje a smutku, apatie, strachu. Dělíme je na thymoleptika (Amitriptylin, Deprex) a na thymoeretika, která se používají u některých typů depresí s výraznou úzkostí, strachem a chybějící schopností radovat se. Mezi nežádoucí účinky při užívání antidepresiv patří: sucho v ústech, zácpa, obtížné močení, sklon k ortostatické hypotenzi, závratě, dezorientace, extrapyramidové projevy – Parkinsonův syndrom, palpitace, tachykardie, poruchy akomodace čočky (10, 20, 21).

1.4.4 Alternativní způsoby léčby nespavosti

Přirozená strava. Nejvíce si ztěžují na nedostatečný spánek lidé, kteří v důsledku svého zaměstnání mají své hlavní teplé jídlo až večer doma. Důvod je dle mého názoru zcela jasný: příliš pozdní a bohaté jídlo, často velmi těžce stravitelné, téměř vždy rychle snědené při oblíbeném pořadu v televizi, leží doslova a do písmene „těžce v žaludku“ a postiženého dlouho udržuje ve velmi bdělém stavu. Náš gastrointestinální trakt není na přílišnou večerní zátěž přizpůsoben, což má za následek jeho zvýšenou funkci a tělo nemůže správně relaxovat. Tento problém je v rámci správné stravy důležité odstranit rozdělením porcí jídla na pětkrát až sedmkrát za den, hlavní teplé jídlo mít v poledne a především dodržovat pitný režim. Vysoce kalorické a organismus zatěžující potraviny nahradit zdravou, plnohodnotnou stravou obsahující výrobky mléčné, celozrnné, čerstvou zeleninu a ovoce. Současně je nutné omezovat spotřebu tuků a denaturovaných uhlovodanů (bílé mouky, čistého cukru, loupané rýže) a také dnes vysokou spotřebu masa ve prospěch rostlinných tuků, otrubové a celozrnné mouky, ovesných vloček a syrové stravy.

Výbava lůžka a uspořádání ložnice. Ložnice každého z nás by měla být našim útočištěm a místem každodenní relaxace, odpočinku a načerpávání nových sil. Dobrou třetinu života trávíme právě v posteli. Typ lůžka je jednou z podmínek kvalitního spánku. Příliš měkké lůžko se nejčastěji stává příčinou poškození meziobratlových plotének. Matrace by měla být jednodílná, z tuhého pěnového materiálu, která neprofoukne a nedojde tak k nachlazení. Pokud někdo neusne bez kratšího či delšího čtení před spaním, je vhodné si vypomoci klínem pod hlavu. Lůžkoviny a barvy ložnice by měly ladit k nábytku, neboť barvy pokoje vnímáme jako to poslední, než zhasneme světlo. Příliš pestré barvy nejsou do ložnice vhodné. Červená barva zneklidňuje, zelená bývá příliš studená. Nejvhodnější je žlutá. V ložnici dáváme přednost nábytku s hladkými povrchy, příjemné podlahové krytině, tlumenému světlu u postele a jasnému celopokojovému osvětlení. Doplnit by ho mělo velmi tiché prostředí, jedno, nejlépe vyklápěcí okno, které může zůstat otevřené i v zimě. Tím vzniká nepřetržitý přívod kyslíku a současně mohou unikat výpary vycházející z těl spících.

V ložnici nemají být květiny, kvůli jejich vůni, která často ruší spánek. Podobně nemají své místo v ložnici cigarety, vonné svíčky, tyčinky a aromatické lampy. Ideální teplota v ložnici kolísá mezi čtrnácti a šestnácti stupni (12).

„Matrace a přikrývky musíme denně dobře vyvětrat, protože tělesná vlhkost, kterou do sebe přijímají, by jinak vytvořila příznivou živnou půdu pro plísně a roztoče, častou příčinu alergických reakcí“ (Leibold, 1994).

Pro přirozený zdravý spánek doporučují odborníci v oboru spánku dodržovat zásady hygieny spánku (viz. příloha č. 4, 5, 6).

Léčivé rostliny. (příloha č. 1) Proti poruchám spánku a nervozitě používá lidové léčitelství odedávna kozlík, chmel, levanduli a meduňku. Tyto bylinky nemají tak rychlý účinek jako tablety, ale jejich dlouhodobým a pravidelným užíváním v rámci léčebné kúry lze dosáhnout uspokojivých výsledků, bez rizika vedlejších účinků nebo dokonce vzniku závislosti. Kozlík lékařský (baldrián) se nejčastěji používá u poruch psychických, spánkových a nervových, jako jsou bolesti hlavy, hysterie, deprese, křeče v podbřišku a při bolestech nervového původu. Velmi vhodný je také u nadýmání, menstruačních potíží a při průjmech.

Jako další nabízí příroda proti poruchám spánku čaje z baldriánu a fenyklu, které uklidňují a čaj z třezalky, který pomáhá při depresích. V lékárně vám příslušnou čajovou směs připraví. Nabízím vám dva typy:

Čaj při potížích s usínáním a při nočním probouzení

kořen baldriánu	20,0 g
třezalka	20,0 g
listy meduňky	10,0 g

Příprava: 2 čajové lžičky směsi přelijeme ¼ litru studené vody, 12 hodin necháme zakryté v chladné místnosti vylouhovat, pijeme 15 minut před usnutím.

Čaj proti poruchám spánku v důsledku stresu

listy meduňky	25,0 g
pomerančové květy	10,0 g
šípky	10,0 g
červený sléz	5,0 g

Příprava: polévkovou lžící čajové směsi přelijeme ¼ litru vařící vody, 10 minut necháme zakryté vylouhovat, poté scedíme; pijeme 30 minut před usnutím.

Bylinné čaje se nesmí v žádném případě kombinovat s přípravky na spaní nebo na uklidnění. Lze je ovšem užívat jako doplněk k jiným opatřením. Dobré je pro slazení používat přírodní, nekonzervovaný med.

Rady lidového léčitelství:

- Lidové léčitelství doporučuje používat syrovou stravu po dobu dvou až čtyř týdnů za účelem důkladného pročištění těla, což má za následek uklidnění a vyrovnaní nervového systému.
- Neuléhat se starostmi. Na lůžku nepřemýšlet o významných událostech, neplánovat budoucnost, pouze zavřít oči, nemyslet na nic a pomalu usínat.
- Výbornou přirozenou cestou k lepšímu spánku je autogenní trénink. Tato metoda je založená na autosugesci, která vám poskytne relaxaci a vnitřní klid. Odborný lékař nebo psycholog vede odborné kurzy, ve kterých se lze autogennímu tréninku naučit.
- Dbát na neustálý čerstvý vzduch v ložnici, přiměřené osvětlení a protihlukové bariéry.
- Před spaním vás může rozrušit napínavý film v televizi, detektivní román nebo kriminální případ.
- Matrace na které spíte by měla být rovná a napjatá nikoliv však tvrdá.
- Měli byste chodit spát nejdříve dvě hodiny po večeři, která je lehká, protože těžká jídla způsobují těžké sny.
- Krátký spánek nebo odpočinek po výborném obědě může být někdy až neobyčejně osvěžující (9, 12).

1.5 Sny

Již celá tisíciletí se snaží vědci a badatelé odpovědět na otázku co je to sen. Příběhy probíhající v průběhu našeho spánku, tedy v době, kdy sníme, jsou specifické, přičemž podobu jim dává naše minulost, zážitky, prožitky, emoce a pozorování. Co s určitostí můžeme tvrdit je, že sny zhušťují zážitky a vzpomínky do jednoho či více

symbolů, které svojí pravdivostí a plasticitou připadají spícímu člověku velice reálné a srozumitelné. Teprve po procitnutí se snažíme opětovně si vybavit, co nám ony symboly přinesly za poselství. Náš denní biorytmus, který je způsoben obíháním Země kolem Slunce a tím střídáním světla a tmy, nám umožňuje dosahovat přes den maxima výkonnosti a přes noc zpomalit tempo. Zmíněný koloběh času se projevuje na krevním tlaku, metabolismu, zažívacím systému, sekreci hormonů. Pokud dojde k jeho narušení, neodmyslitelně následuje i narušení spánkových pochodů.

Mnohé vědecké výzkumy naznačují, že obdobně jako potřebujeme spát, potřebujeme také snít. Při experimentu, kdy byli účastníci buzeni v okamžiku snění, se první den s obtížemi soustřeďovali na výkon práce. O den později si nedokázali vzpomenout, čemu novému se naučili a během dalších dvou dnů podléhali zvyšující se náladovosti a podrážděným reakcím. U několika bylo zjištěno blouznění, zatímco jiní si ztěžovali na silné chorobné pocity. Jakmile jim bylo opět dovoleno nerušeně snít, měli po následující týden více snů a probouzeli se nabiti energií.

Podle Jonathana Winsona sny zpracovávají novější vzpomínky, vyřazují zbytečná data a zanášejí data důležitá. Velmi často se dokazuje, že pro tvůrčí inspiraci představuje snění „zlatý důl“. Sny má sice každý z nás a ve spánku jsme schopni sprádat kouzelné příběhy, avšak krátce po raním probuzení se tvůrčí nit velmi rychle ztrácí (13).

1.5.1 Význam snů

Sny nám pomáhají srozumitelně utřídit a přerovnat si informace. Sny starších dětí a dospělých lidí vyjadřují určitá přání. Fantazijní sny nám umožňují uspokojit přání s minimálním pocitem viny. Klíčem k rozluštění snů bývá skutečnost, že ve skutečném životě zažíváme často nezdary a frustrace. Odedávna byla schopnost interpretovat sny přiřazována k nějaké vyšší moci a věřilo se, že ze snů se dá předpovědět budoucnost celých národů – zda hrozí nějaká živelná pohroma, či morová epidemie. Z historických knih se můžeme dočíst o mnohým velikánech, kteří se snažili vykládat sny druhých lidí (23).

Nejznámější výklad snů uskutečnil starozákonní Josef pro faraóna. Tomu se zdál velmi zvláštní sen, kterému nerozuměl. Stál na břehu Nilu, když tu náhle z řeky vystoupilo sedm krásných tučných krav. Potom faraón viděl vystoupit dalších sedm krav, ale šeredných a vyhublých. Nakonec se ty hubené pustily do těch tučných a všechny je sežraly. Následující noc se mu zdál opět divný sen, jak sedm plných a zdravých klasů vyrostlo z jednoho stébla a v zápětí za nimi vyrostlo sedm prázdných, sežehlých klasů. Vypadalo to, jako by ty prázdné klasy požíraly ty plné. Josef následně faraónovi vyjevil, co se Bůh vlastně chystá učinit. Josef pravil: „Počet krav a počet klasů značí roky, plné klasy a tlusté krávy značí sedm let bohaté úrody a sedm hubených krav a prázdných klasů značí sedm let sucha a hladu.“ Proto radí Josef faraónovi střádat úrodu na hubená léta (7).

Později však převládlo přesvědčení, že hodnota snů má mnohem konkrétnější podobu a mohou nám zjevit pravdu o životě jednotlivce (23).

Rovněž je jisté, že hezké a příjemné sny znamenají hezký začátek dne; někdy se dokonce může stát, že se ze snu probudíme s úsměvem na tváři. Špatný nebo dobrý sen ovlivňuje kvalitu spánku zrovna jako jeho délka spánku.

Navzdory všem panujícím názorům o snění či spánku samotném se všichni jednoznačně shodují na tvrzení, že spánek je důležitý (1, 3).

1.6 Spánková laboratoř

Kompletní diagnostiku syndromu spánkové apnoe a nespavosti u dospělých lidí nabízí tzv. spánková laboratoř. Jde o „normální“ nemocniční pokoj s jedním lůžkem a kompletní monitorovací technikou. Vedle lůžka je vždy nainstalován diagnostický přístroj zvaný polysomnogram. Ze skříňky nad hlavou pacienta jsou vyvedeny na drátkách přísavky na celé tělo. K nepostradatelnému monitorovacímu systému patří kamera a přes sklo i zdravotní sestra. Ta celou noc pozoruje nemocného jak spí, poslouchá zvukové fenomény a vše ráno hlásí lékaři. Pacient by měl v ideálním případě absolvovat ve spánkové laboratoři dvě za sebou následující noci. První, aby si zvykl na cizí prostředí a druhou, aby byl adekvátně pozorován a vyšetřen.

České Budějovice se po Brně a Praze staly třetím městem, které má k odhalování příčin vad spánku k dispozici moderní spánkovou laboratoř. V současné době Nemocnice České Budějovice a.s. otevřela již druhou spánkovou laboratoř. Po prvním pracovišti, které je součástí Neurofyziologické laboratoře v dolním areálu nemocnice, nyní disponuje speciálním přístrojem pro diagnostiku poruch spánku také zdejší plicní oddělení.

Lékaři se shodují, že by se na diagnostice a terapii poruch spánku měli podílet nejen neurologové, ale také psychiatr, psycholog, kardiolog, lékař plicního oddělení, lékař nosní a krční společně se stomatochirurgem.

K odbornému vyšetření ve spánkové laboratoři stačí doporučení od kteréhokoliv lékaře. Na základě doporučení pacient absolvuje krátké ambulantní vyšetření na odděleních plicním a ORL. Vlastní vyšetření je zcela bezbolestné a obnáší strávit dvě noci v nemocničním lůžku a v obklopení přístrojů (6, 18).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit nejčastější poruchy spánku, které vedou klienta k návštěvě svého praktického lékaře.

Cíl 2: Zjistit nejčastější příčiny poruch spánku, které vedou klienta k návštěvě svého praktického lékaře.

Cíl 3: Zjistit, jakým způsobem a v jakém rozsahu jsou poskytovány informace klientům v ordinaci praktického lékaře o uspokojování potřeby spánku.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Nejčastějšími poruchami spánku, které vedou klienty k praktickému lékaři, jsou insomnie.

Hypotéza 2: Nejčastějšími příčinou poruch spánku, které vedou klienta k návštěvě praktického lékaře, je působení okolního stresového prostředí.

2.3 Výzkumná otázka

Jakým způsobem a v jakém rozsahu jsou poskytovány klientům v ordinaci praktického lékaře informace o uspokojování potřeby spánku?

3. Metodika práce

Data potřebná pro testování stanovených hypotéz byla získávána pomocí kvantitativně-kvalitativního výzkumu. Kvantitativní složka umožňuje práci s větším počtem respondentů. Pro tuto formu zjišťování informací byla zvolena technika dotazníků. Jde o efektivní techniku sběru dat podle předem připraveného souboru otázek, umožňující získání informací od určitého počtu jedinců v relativně krátkém časovém horizontu a při malých nákladech. Kvalitativní část je pak zaměřena na získání podrobnějších a detailnějších informací týkajících se daného problému a dotazovaného jedince.

Zkoumání názorů a postojů dotazovaných nebývá vždy jednoduchou záležitostí. Ne zřídka jde o poměrně citlivá data. I z tohoto důvodu bylo nutné zajistit všem respondentům dostatečnou anonymitu, která by logicky zvýšila jejich ochotu odpovídat na uvedené otázky pravdivě a co nejpřesněji. Z tohoto důvodu, jak jsem již zmínila výše, jsem vybrala techniku dotazování anonymního.

Výzkum byl rozdělen do dvou částí. První z nich byl *dotazník* (příloha č. 1), který byl určen jakémukoliv respondentovi staršímu osmnácti let a druhá část byla určena pouze pro osoby, které v první části (*dotazník*) v otázce č. 6 (Myslíte si, že trpíte nějakou poruchou spánku?) zaškrtnli odpověď *ano*. Tato druhá polovina výzkumu byla vedena metodou standardizovaného *rozhovoru* (příloha č. 2) a formou uzavřených otázek.

Dotazníková část zjišťovala nejprve identitu respondentů (otázky na věk, pohlaví, rodinný stav, současné povolání) a poté údaje týkající se spánku konkrétně (průměrná délka, čas, kdy respondent chodí spát, průměrnou délku usínání, atd.). Pakliže dotazovaný odpověděl na již zmíněnou ot. č. 6 *ano*, pokračoval dále v otázkách 7-10. Z těchto respondentů bylo vybráno 15 respondentů k vypracování rozhovoru a odpovědí na 12 uzavřených otázek.

Vyhodnocení výzkumu bylo počítačově zpracováno v programu Microsoft Excel a výsledky byly znázorněny jako tabulky, grafy a přehledy odpovědí, doplněné textovým popisem.

3.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Tento zkoumaný soubor byl tvořen z respondentů starších osmnácti let. Výzkum byl realizován na zdravotním středisku Kamenný Újezd a zdravotním středisku Římov. Respondenti byli předem informováni o účelu prováděného výzkumu, anonymitě a postupu při vyplňování.

3.2 Harmonogram výzkumu

Sběr informací k mému výzkumu byl započat v listopadu roku 2007 a na konci prosince téhož roku byl ukončen. Z celkového počtu 70-ti rozdaných dotazníků bylo vráceno 100% z nich.

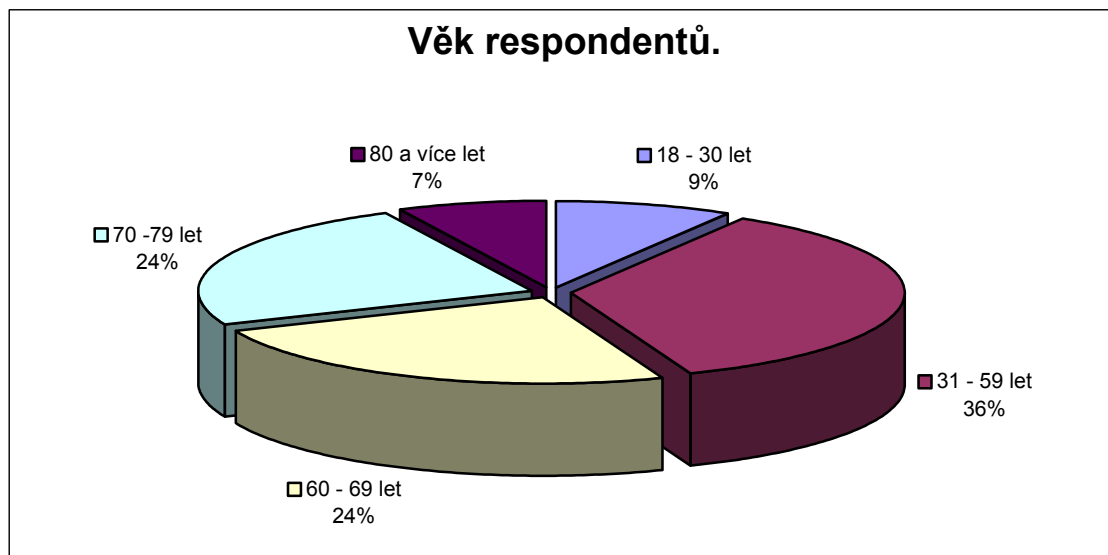
4. Výsledky

4.1. Dotazník

Na identifikační údaje (věk, pohlaví, rodinný stav, současné povolání) a otázky 1 až 6 odpovědělo 70 náhodných respondentů. Pokud odpověděli na otázku číslo 6 ano, pokračovali dále v dotazníku, byla-li odpověď ne, dotazník zde pro ně skončil.

Identifikační údaj : Věk respondentů.

Graf 1Věk respondentů. (v procentech)

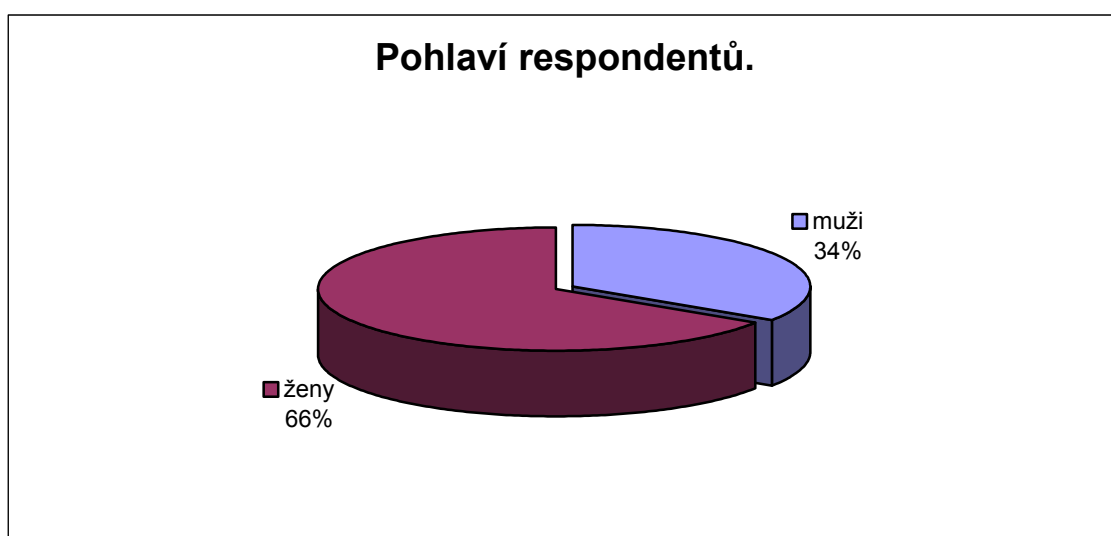


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 70 dotazovaných respondentů je 36% (25 osob) ve věku 31-59 let, 24% (17 osob) ve věku 70-79 let, 24% (17 osob) ve věku 60-69 let, 9% (6 osob) ve věku 18-30 let a 7% (5 osob) starších 80 let.

Identifikační údaj: Pohlaví respondentů.

Graf 2 Pohlaví respondentů. (v procentech)

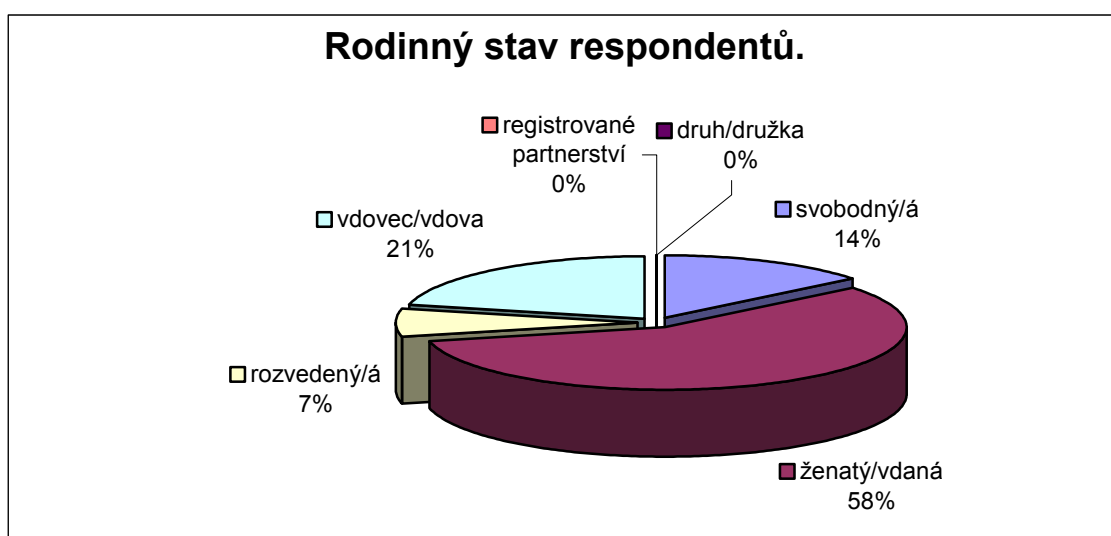


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 70 dotazovaných respondentů je 66% (46 osob) žen a 34% (24 osob) mužů.

Identifikační údaj: Rodinný stav respondentů.

Graf 3 Rodinný stav respondentů. (v procentech)

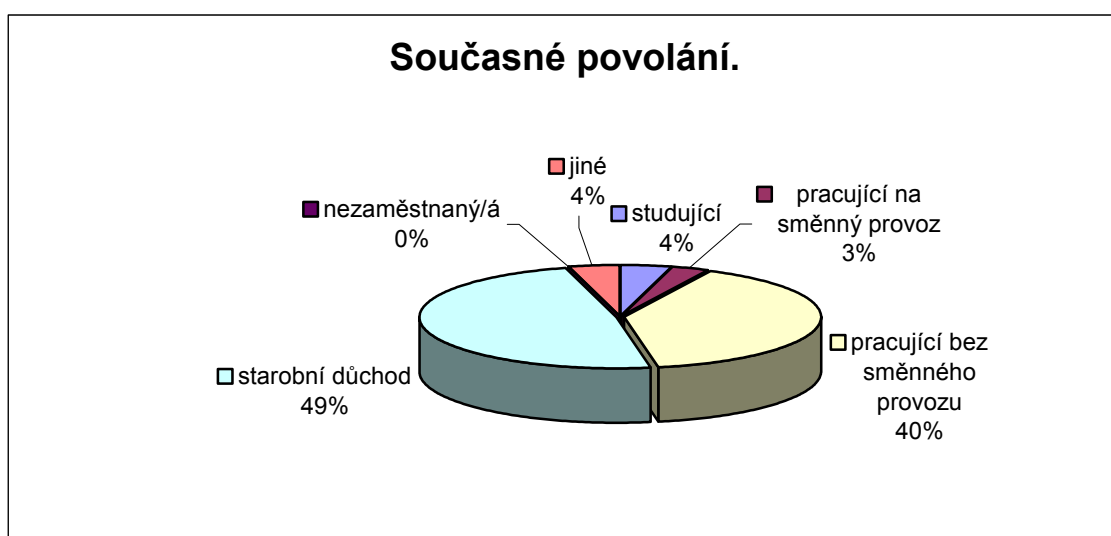


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 70 dotazovaných respondentů je 58% (40 osob) ženatých/vdaných, 21% (15 osob) vdovcem/vdovou, 14% (10 osob) svobodných, 7% (5 osob) rozvedených a žádná osoba nežije s druhem/družkou nebo v registrovaném partnerství.

Identifikační údaj: Současné povolání respondentů.

Graf 4 Současné povolání respondentů. (v procentech)

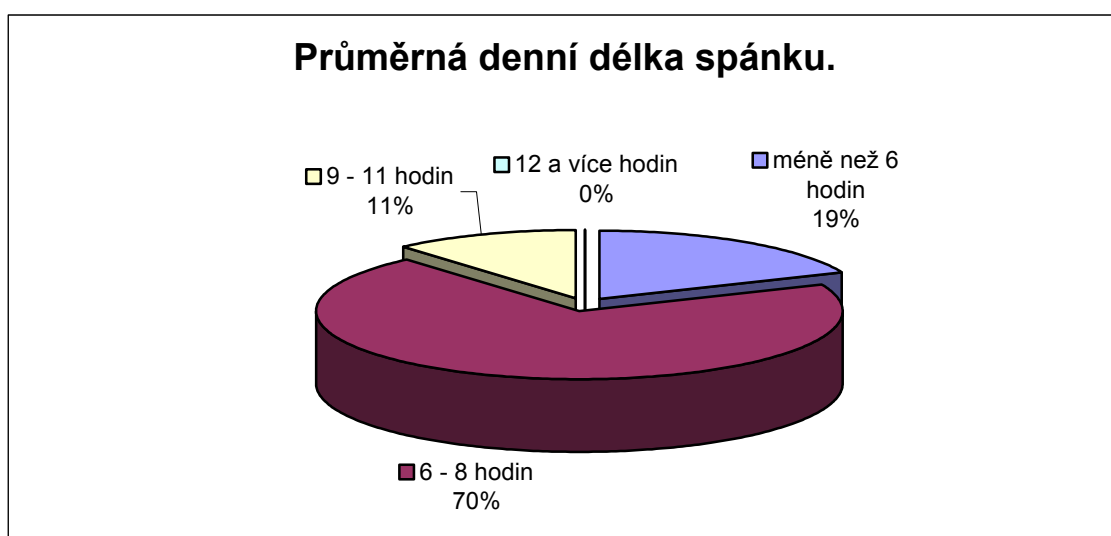


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 70 dotazovaných respondentů je 49% (34 osob) ve starobním důchodu, 40% (28 osob) pracuje bez směnného provozu, 4% (3 osoby) studují, 4% (3 osoby) odpověděli možností *jiné*, 3% (2 osoby) pracují na směnný provoz a žádný respondent není nezaměstnaný. Na možnost *jiné* odpověděli 3 lidé (1 osoba je na mateřské dovolené, 1 osoba je žena v domácnosti a 1 osoba je v invalidním důchodu).

Otázka číslo 1: Jaká je Vaše průměrná denní délka spánku?

Graf 5 Průměrná denní délka spánku. (v procentech)

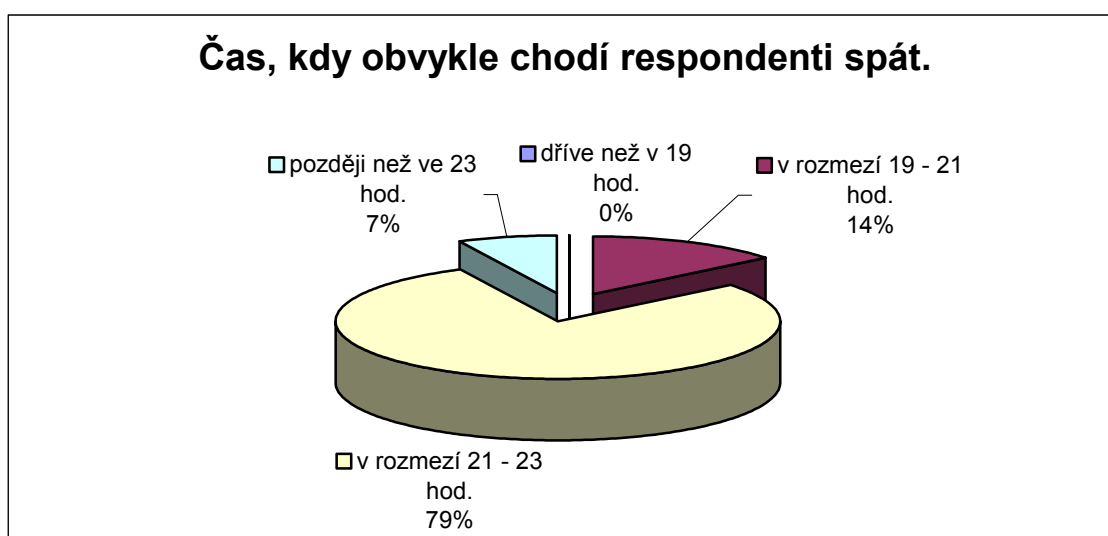


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 70 dotazovaných je u 70% (49 osob) průměrná denní délka spánku 6 - 8 hodin, u 19% (13 osob) méně než 6 hodin, u 11% (8 osob) 9 – 11 hodin a žádný respondent neodpověděl, že je jeho průměrná denní délka spánku 12 a více hodin.

Otázka číslo 2: V kolik hodin obvykle chodíte spát?

Graf 6 Čas, kdy obvykle chodí respondenti spát. (v procentech)

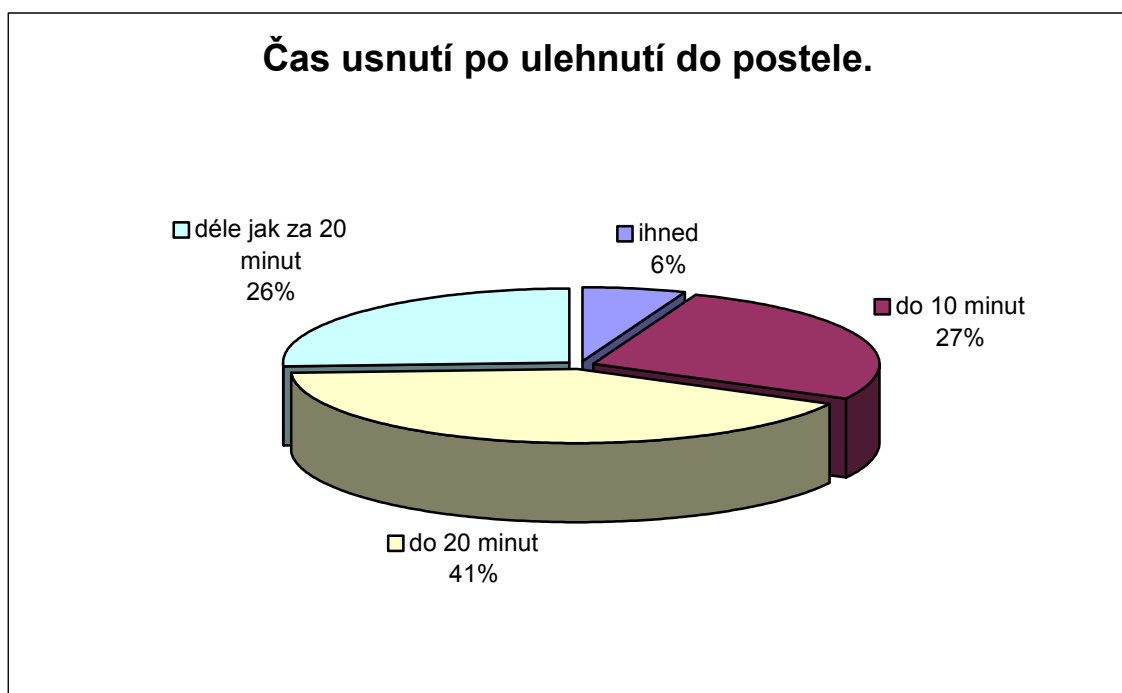


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 70 respondentů chodí spát 79% (55 osob) v rozmezí 21 - 23 hodin, 14% (10 osob) v rozmezí 19 - 21 hodin, 7% (5 osob) později než ve 23 hodin a žádný respondent nechodí spát dříve než v 19 hod.

Otázka číslo 3: Po ulehnutí do postele většinou usínáte?

Graf 7 Čas usnutí po ulehnutí do postele. (v procentech)

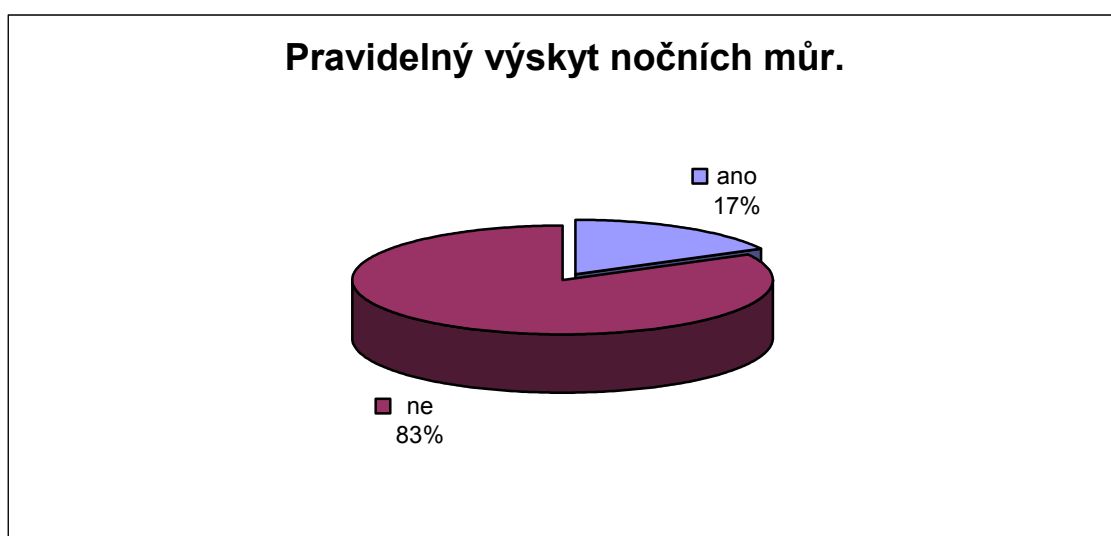


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 70 respondentů usne po ulehnutí do postele 41% (29 osob) do 20 minut, 27% (19 osob) do 10 minut, 26% (18 osob) déle jak za 20 minut a 6% (4 osoby) usnou ihned.

Otázka číslo 4: Trpíte pravidelně nočními můrami?

Graf 8 Pravidelný výskyt nočních můr. (v procentech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 70 dotazovaných trpí nočními můrami 17% (12 osob) a netrpí nočními můrami 83% (58 osob).

Otázka číslo 5: Byl porušený spánek hlavním důvodem návštěvy vašeho praktického lékaře?

Graf 9 Porušený spánek jako hlavní důvod návštěvy praktického lékaře. (v procentech)

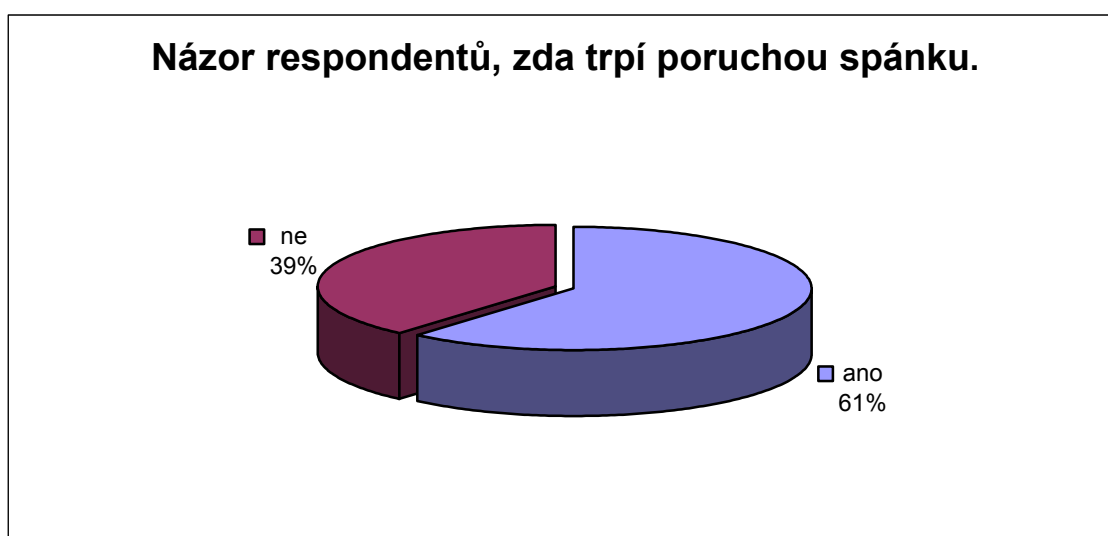


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 70 respondentů byl u 27% (19 osob) porušený spánek hlavním důvodem návštěvy praktického lékaře a u 73% (51 osob) nebyl porušený spánek hlavním důvodem návštěvy praktického lékaře.

Otázka číslo 6: Myslíte si, že trpíte nějakou poruchou spánku?

Graf 10 Názor respondentů, zda trpí poruchou spánku. (v procentech)



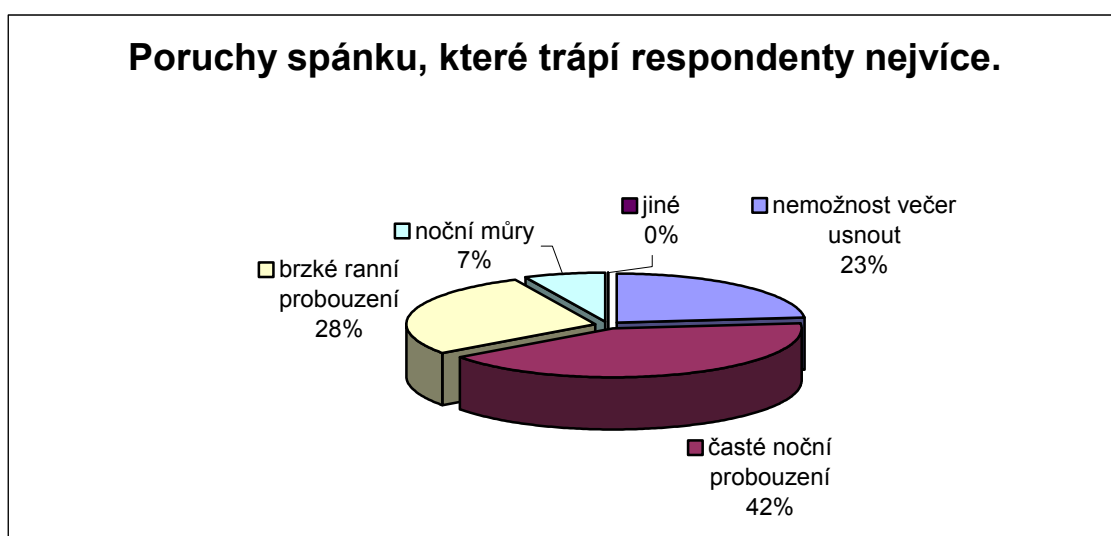
Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 70 respondentů si 61% (43 osob) myslí, že trpí nějakou poruchou spánku a 39% (27 osob) si myslí, že žádnou poruchou spánku netrpí.

Na následující 4 otázky odpovídali pouze ti respondenti, kteří na otázku číslo 6 odpověděli ano (myslí si, že trpí nějakou poruchou spánku). Zbývající respondenti (kteří odpověděli ne) dál ve vyplňování dotazníků nepokračovali. V následující části je celkový počet respondentů 43 (100%).

Otázka číslo 7: Jaká z následujících poruch spánku vás trápí nejvíce?

Graf 11 Poruchy spánku, které trápí respondenty nejvíce. (v procentech)

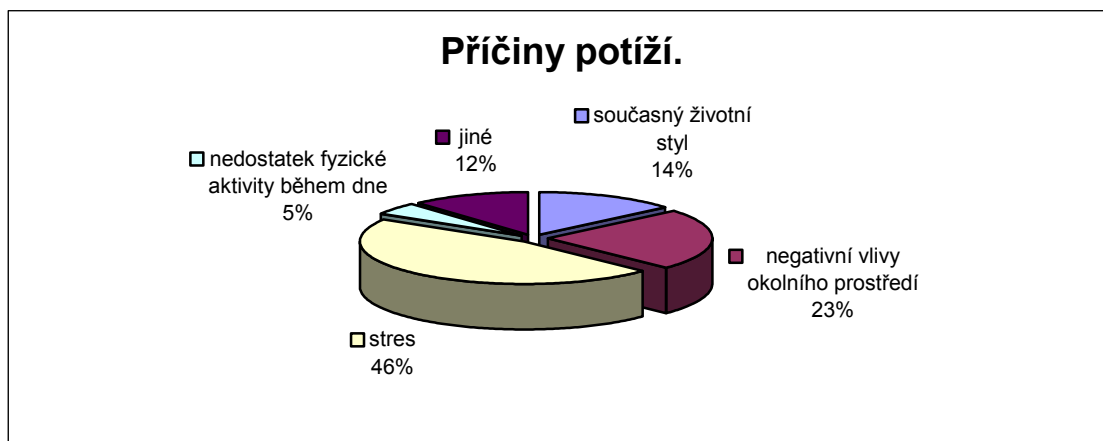


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 43 respondentů trápí 42% (18 osob) časté noční probouzení, 28% (12 osob) brzké ranní probouzení, 23% (10 osob) nemožnost večer usnout, 7% (3 osoby) trápí noční můry.

Otázka číslo 8: Co si myslíte, že tyto vaše poruchy způsobuje?

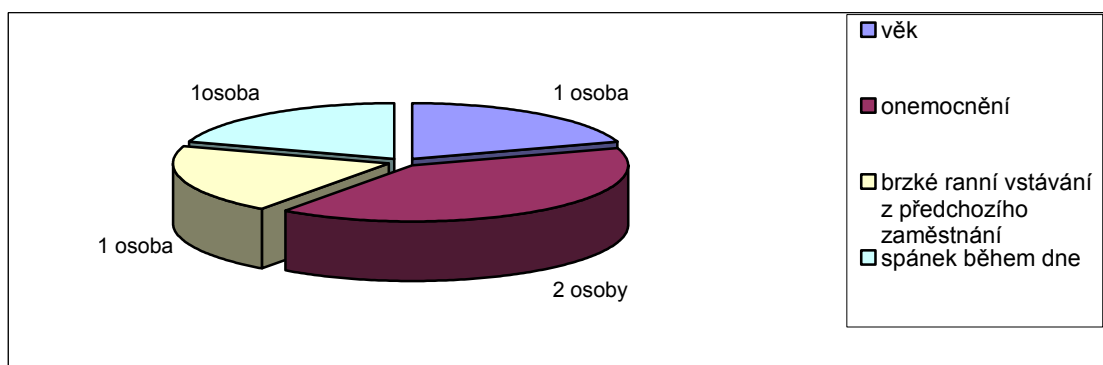
Graf 12 Příčiny potíží. (v procentech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 43 respondentů je příčinou potíží u 46% (20 osob) stres, u 23% (10 osob) negativní vlivy okolního prostředí, u 14% (6 osob) současný životní styl, u 5% (2 osoby) nedostatek fyzické aktivity během dne a u 12% (5 osob) příčiny *jiné*. O nich se dozvíme v následujícím grafu 13.

Graf 13: Další příčiny potíží se spánkem. (počet osob udávající konkrétní příčinu)



Z 5 osob 1 udává jako příčinu svůj věk, 1 onemocnění, 1 brzké vstávání z předchozího zaměstnání a 2 osoby považují za příčinu spánek během dne.

Otázka číslo 9: Léčíte se v současné době u vašeho praktického lékaře, či u specialisty na poruchy spánku?

Graf 14 Léčba poruch spánku u praktického lékaře či specialisty. (v procentech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 43 respondentů se 42% (18 osob) léčí u praktického lékaře či u specialisty na poruchy spánku a 58% (25 osob) se na poruchy spánku neléčí.

Otázka číslo 10: Užíváte v současné době nějaké léky na poruchy spánku?

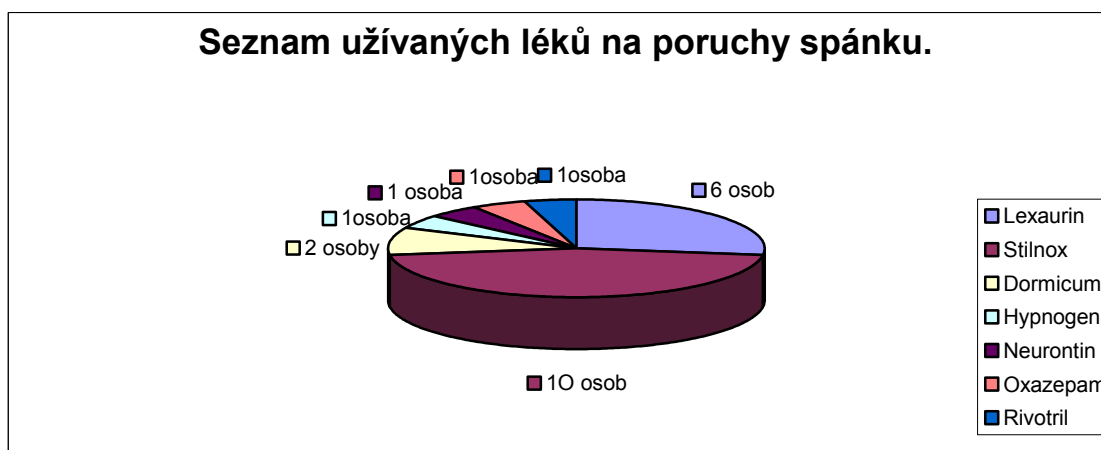
Graf 15 Užívání léků na poruchy spánku. (v procentech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 43 respondentů odpovědělo 51% (22 osob) že užívá léky a 49% (21 osob) že léky na poruchy spánku neužívá. Seznam léků na poruchy spánku, které respondenti užívají je v grafu 16.

Graf 16 Seznam počtu osob a druhů užívaných léků na poruchy spánku.



Z 22 osob jich 10 užívá Stilnox, 6 osob Lexaurin, 2 osoby Dormicum, 1 osoba Hypnogen, 1 osoba Neurontin, 1 osoba Oxazepam a 1 osoba Rivotril.

4.2. Rozhovor

Rozhovor byl uskutečněn u 15 vybraných klientů, kteří si myslí, že trpí nějakou poruchou spánku. Vybráni byli na základě kladné odpovědi na otázku číslo 6 v dotazníku.

Otázka číslo 1: Žádal/a jste někdy o radu svého praktického lékaře, která se týkala poruch spánku?

Graf 17 Žádost klienta o informaci od svého lékaře, která se týká poruch spánku.

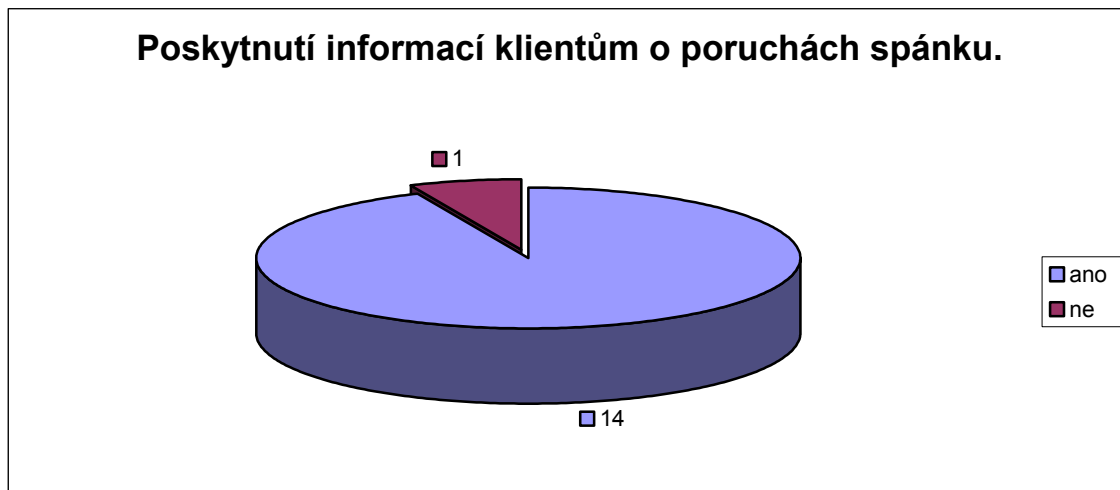


Zdroj: Vlastní výzkum

Z 15 dotazovaných osob, 4 žádaly o radu svého praktického lékaře a 11 osob svého praktického lékaře nežádaly o radu, která by se týkala poruch spánku.

Otázka číslo 2: Jakým způsobem Vám byly poskytnuty informace o poruchách spánku?

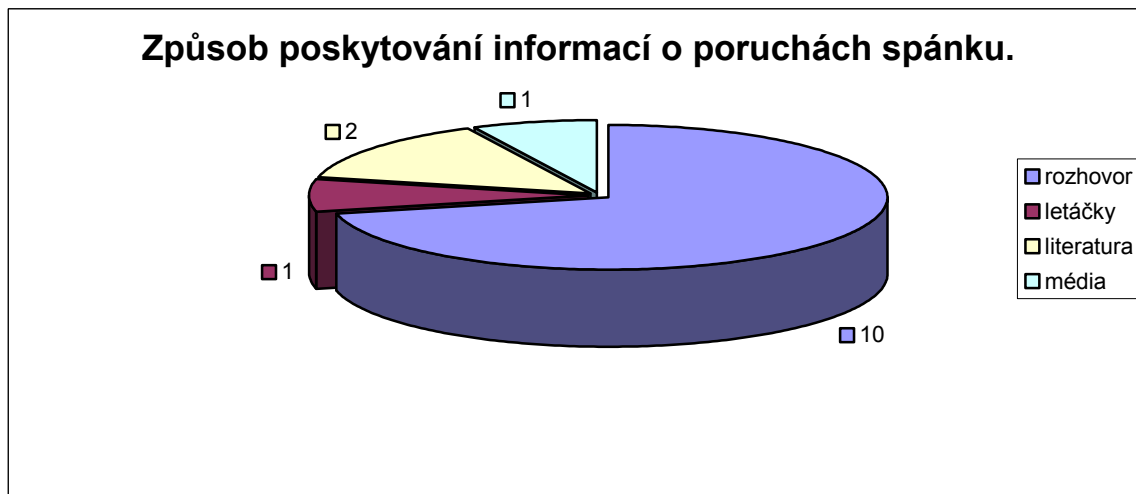
Graf 18 Poskytnutí informací klientům o poruchách spánku. (počet osob)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 15 dotazovaných osob byly 14 osobám poskytnuty informace o poruchách spánku a 1 osobě tyto informace poskytnuty nebyly.

Graf 19: Způsob poskytování informací o poruchách spánku. (počet osob)

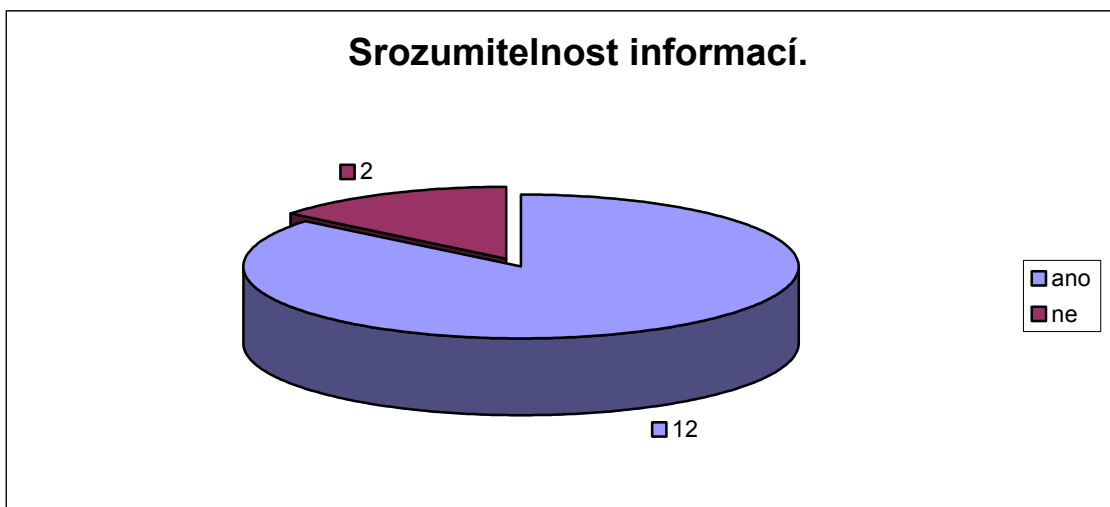


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 14 osob, kterým byly poskytovány informace o poruchách spánku, byl u 10 osob způsob poskytování informací rozhovor, u 2 osob literatura, u 1 osoby letáček a u 1 osoby to byla média.

Otázka číslo 3: Byly tyto informace pro vás srozumitelné?

Graf 20 Srozumitelnost informací. (počet osob)

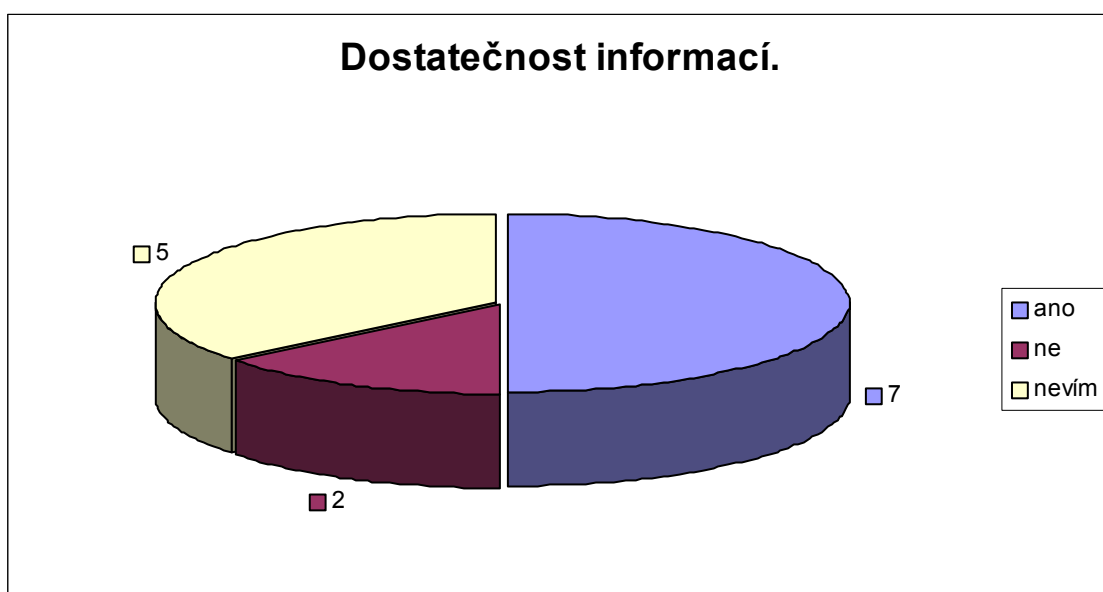


Zdroj: Vlastní výzkum

Pro 12 dotazovaných, kterým byly poskytovány informace o poruchách spánku byly tyto informace srozumitelné a pro 2 osoby byly tyto informace nesrozumitelné.

Otázka číslo 4: Byly pro vás tyto informace dostačující?

Graf 21 Dostatečnost informací. (počet osob)

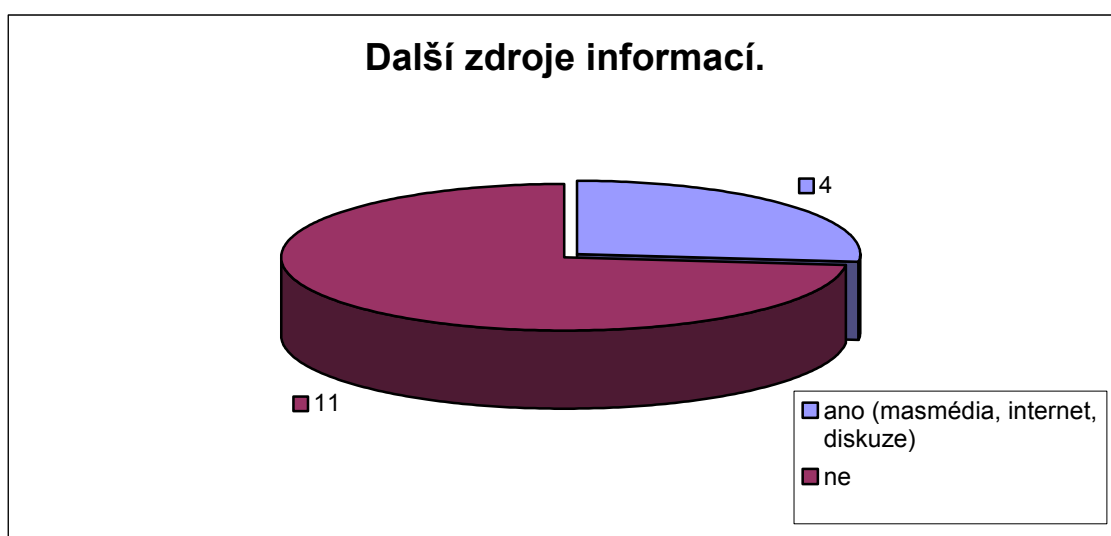


Zdroj: Vlastní výzkum

Ze 14 dotazovaných byly pro 7 osob tyto informace dostačující, pro 2 osoby nebyly tyto informace dostačující a 5 osob nevědělo.

Otázka číslo 5: Zajímáte se o poruchy spánku ještě v jiných informačních zdrojích?

Graf 22 Další zdroje informací. (počet osob)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 15 dotazovaných se 11 osob nezajímá o poruchy spánku v jiných informačních zdrojích a 4 osoby se zajímají o poruchy spánku ještě v jiných informačních zdrojích, jako je internet, masmedia, diskuse.

Otázka číslo 6: Jsou v čekárně u vašeho praktického lékaře k dispozici informační a propagační letáčky o poruchách spánku?

Graf 23 Dostupnost propagačních materiálů v čekárně praktického lékaře. (počet osob)

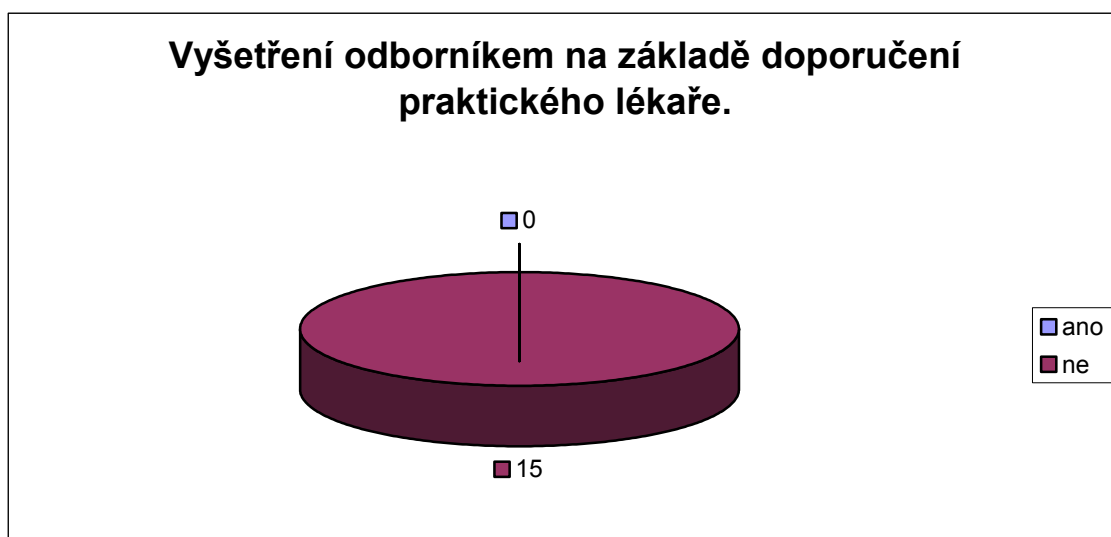


Zdroj: Vlastní výzkum

Z 15 dotazovaných tvrdí 8 osob, že jsou v čekárně k dispozici letáčky o poruchách spánku, 2 osoby tvrdí, že nejsou v čekárně k dispozici tyto letáčky a 5 osob neví.

Otázka číslo 7: Byli jste posláni vaším praktickým lékařem na vyšetření k odborníkovi?

Graf 23 Vyšetření odborníkem na základě doporučení praktického lékaře. (počet osob)

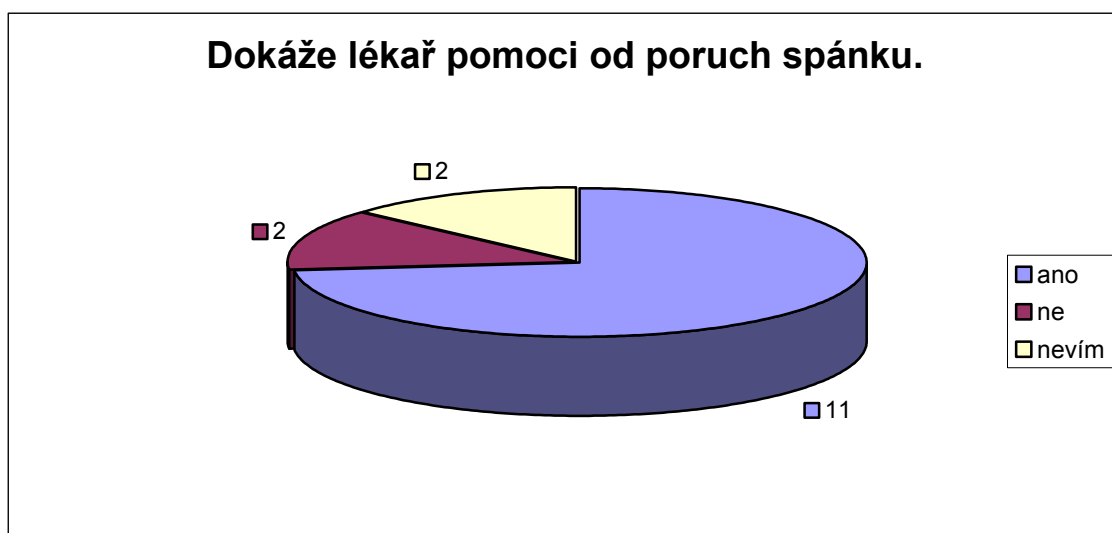


Zdroj: Vlastní výzkum

Z 15 dotazovaných nebyl nikdo odeslán na vyšetření ke specialistovi.

Otázka číslo 8: Myslíte si, že váš praktický lékař vám dokáže pomoci od vašich potíží se spánkem?

Graf 24 Dokáže lékař pomoci od poruch spánku? (počet osob)

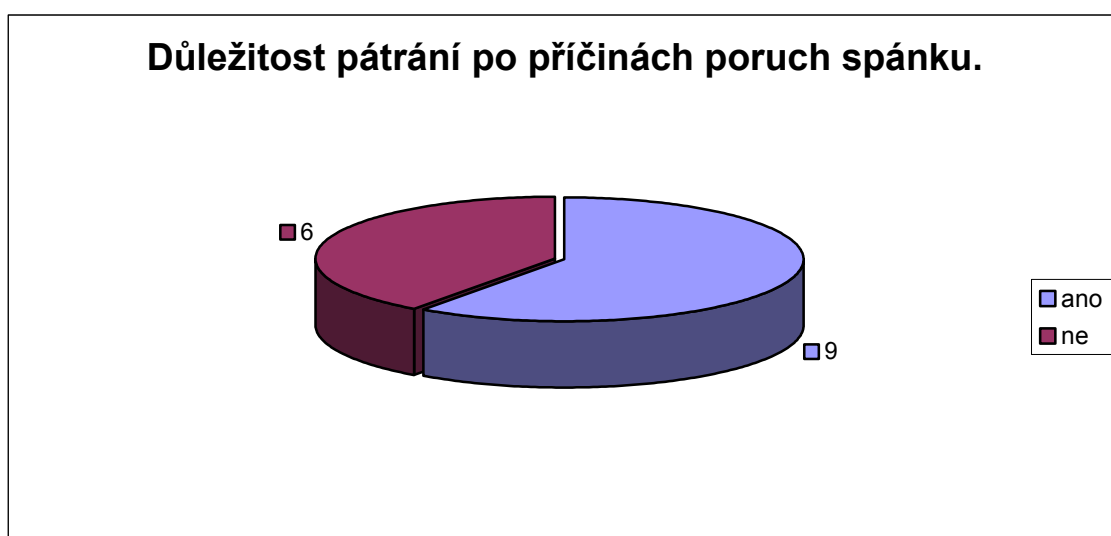


Zdroj: Vlastní výzkum

Z 15 dotazovaných si myslí 11 osob, že jim lékař dokáže od potíží pomoci, 2 osoby si myslí, že jim lékař pomoci nedokáže a 2 osoby neví.

Otázka číslo 9: Myslíte si, že je důležité pátrat po příčinách nespavosti?

Graf 25 Důležitost pátrání po příčinách poruch spánku. (počet osob)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 15 dotazovaných si 9 osob myslí, že je důležité pátrat po příčinách nespavosti a 6 osob si myslí, že to není nutné.

Otázka číslo 10: Pokládáte za důležité se dobře vyspat?

Graf 26 Důležitost se dobře vyspat. (počet osob)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 15 dotazovaných 12 osob považuje za důležité se dobře vyspat a 3 osoby nepovažují za důležité se dobře vyspat.

Otázka číslo 11: Pokládáte za důležité řešit problémy s nespavostí nebo to berete pouze jako okrajovou záležitost?

Graf 27 Důležitost řešení problémů se spánkem?



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 15 dotazovaných 8 osob považuje za důležité řešit problémy se spánkem a 7 osob považuje tyto problémy pouze jako okrajovou záležitost.

Otázka číslo 12: Cítíte se po probuzení odpočatý/á?

Graf 28 Odpočatost po probuzení. (počet osob)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z 15 dotazovaných se 4 osoby cítí po probuzení odpočatí, 7 osob se necítí být odpočato a 4 osoby se cítí odpočaté občas.

5. Diskuse

Pro tento kvalitativně kvantitativní výzkum byl sestaven dotazník a rozhovor. Dotazník obsahoval celkem 14 otázek. První čtyři se týkaly identifikačních údajů dotazované osoby a následujících deset již bylo zaměřeno na problematiku poruch spánku. Cílem dotazníku bylo zjistit nejčastější poruchy spánku, které vedou klienta k návštěvě svého praktického lékaře a zjistit nejčastější příčiny poruch spánku, které vedou klienta k návštěvě svého praktického lékaře. Dále jsem se snažila tímto výzkumem zjistit, jakým způsobem a v jakém rozsahu jsou poskytovány informace klientům v ordinaci praktického lékaře o uspokojování potřeby spánku. Rozhovor byl standardizovaný a sestaven pomocí 12 uzavřených otázek. Pomocí něho jsem se snažila odpovědět na výzkumnou otázku, jakým způsobem a v jakém rozsahu jsou poskytovány klientům v ordinaci praktického lékaře informace o uspokojování potřeby spánku.

Rozdáno bylo 70 dotazníků u praktického lékaře na zdravotním středisku Kamenný Újezd a zdravotním středisku Římov. Dotazníky byly rozdány všem klientům v čekárnách těchto ordinací a na základě výběru klientů, kteří trpí poruchou spánku, byl u 15 z nich proveden rozhovor.

Dotazník. První čtyři otázky v dotazníku se týkaly identifikačních údajů klientů. Zjišťovaly věk (Graf 1), pohlaví (Graf 2), rodinný stav (Graf 3) a současné povolání (Graf 4). Z mých výsledků vyplývá, že dotázaných bylo 66% žen a 34% mužů (Graf 1). Zajímavé zde je, zmínit se o názoru pana MUDr. Radkina Honzáka, CSc., který ve svém odborném článku píše: „*Ženy si ztěžují několikanásobně častěji než muži, což není dáno apriorním pohlavním rozdílem, ale skutečností, že ženy častěji trpí úzkostnými a depresivními stavy, do jejichž symptomatologie porucha spánku zákonitě patří.*“ (Practicus 9/2007, s. 20)

Dále jsem dotazníkem zjistila, že 58% (40 osob) je ženatých/vdaných, 21% (15 osob) je vdovcem/vdovou, 14% (10 osob) je svobodných, 7% (5 osob) je rozvedených (Graf 3). Otázka týkající se věku respondentů (Graf 1) jen potvrzuje všeobecné mínění, že nejvíce je v ordinaci praktického lékaře zastoupena skupina seniorů, což také potvrzují svým výzkumem. Zjistila jsem, že 36% (25 osob) ve věku 31-59 let, 24% (17 osob) ve věku 70 - 79 let, 24% (17 osob) ve věku 60 - 69 let, 9% (6

osob) ve věku 18 - 30 let a 7% (5 osob) starších 80 let. Z toho plyne, že svého praktického lékaře navštěvuje 45% osob pod 59 let a 55% osob starších 60 let. Dále jsem se zaměřila na současné povolání dotazovaných. Opět bylo potvrzeno všeobecné mínění, že nejčastějšími klienty praktického lékaře jsou lidé ve starobním důchodu (Graf 4).

První otázkou jsem zjišťovala průměrnou denní délku spánku (Graf 5). Došla jsem k závěru, že u 70% (49 osob) je průměrná denní délka spánku 6 - 8 hodin, u 19% (13 osob) méně než 6 hodin, u 11% (8 osob) 9 - 11 hodin. Tyto výsledky odpovídají průměrným fyziologickým hodnotám, což potvrzuje následná citace. *„Dospělý člověk potřebuje v průměru 6-8 hodin spánku denně, s pokračujícím věkem se potřeba spánku snižuje, ale objevují se spánky v průběhu dne a spánek se tak v pokročilém věku stává fyziologicky polyfázickým“* (16, s.27).

Otázka druhá se zabývala obvyklou hodinou, kdy klient chodí spát (Graf 6). Nejvíce, a to 79% (55 osob), ulehá ke spánku v rozmezí 21 - 23 hodin, 14% (10 osob) chodí spát v rozmezí 19 - 21 hodin, 7% (5 osob) chodí spát později než ve 23 hodin. *„Na začátku našeho století zavedl Stöckmann termín přirozený spánek. Domníval se, že spánek před půlnocí je nejvýznamnější a lepší než spánek nad ránem a doporučoval chodit spát nejpozději ve 22.00 hodin. Moderní výzkumy tuto hypotézu nepotvrzují. Ví se, že existují dva typy lidí, a to ti, kteří mají sklon k časnému usínání a časnému vstávání (typ ranní, neboli typ skřivana) a ti, kteří chodí spát pozdě, ale musí dospát ráno (večerní typ, neboli typ sovy)“* (17, s.12).

Třetí otázka zjišťovala čas, za který klient po ulehnutí obvykle usíná (Graf 7). Do 20 minut po ulehnutí usíná 41% (29 osob), překvapivě vyrovnané výsledky jsem zjistila u času do 10 minut 27% (19 osob) a déle jak za 20 minut 26% (18 osob). Nejméně dotazovaných, a to pouze 6% (4 osoby) usnou ihned.

Další otázka, otázka číslo čtyři se zaměřila na zkoumání přítomnosti nočních můr u dotazovaných (Graf 8). Výsledek u této otázky byl vcelku jednoznačný. Nočními můrami trpí pouze 17% (12 osob) z celkového počtu 70 dotazovaných, 83% (58 osob) se s nočními můrami pravidelně neseťkává.

Následovala velmi důležitá otázka číslo pět. V té jsem se klientů dotazovala, zda byl porušený spánek hlavním důvodem jejich návštěvy praktického lékaře (Graf 9). U 73% (51 osob) dotazovaných nebyl nikdy porušený spánek hlavním důvodem návštěvy praktického lékaře a u 27% (19 osob) dotazovaných byl porušený spánek hlavním důvodem návštěvy praktického lékaře. Navzdory jasným číselným výsledkům si myslím, že číslo 27% není malé a nemělo by se podceňovat a zanedbávat.

Šestá otázka byla v mém dotazníku rozhodující. Ptala se na subjektivní pocit dotazovaných, zda si myslí, že trpí nějakou poruchou spánku (Graf 10). Ačkoliv nebyl porušený spánek u některých respondentů hlavním důvodem návštěvy svého praktického lékaře, přesto si i tito respondenti myslí, že nějakou poruchou spánku trpí. Z mých výsledků vyplývají tato čísla: 61% (43 osob) si myslí, že trpí nějakou poruchou spánku a 39% (27 osob) si myslí, že žádnou poruchou spánku netrpí. *„Insomnie se v české populaci vyskytuje s prevalencí asi 35 - 40%. Přesné studie nebyly realizované. Postihuje každou věkovou skupinu, s věkem se prevalence zvyšuje a nabývá na organicitě.“* (MUDr. Claudia Borzová, Primární poruchy spánku, 2002, s.10)

Na otázku číslo sedm odpovídali pouze ti, kteří si myslí, že trpí poruchou spánku. Bylo to 43 respondentů z celkového počtu 70. Tato otázka se již týkala konkrétních poruch spánku, které trápí klienty nejvíce (Graf 11). 43 respondentů trápí 42% (18 osob) nejvíce časté noční probouzení, 28% (12 osob) brzké ranní probouzení, 23% (10 osob) nemožnost večer usnout, 7% (3 osoby) trápí noční můry. *„Základním popisem insomnie z hlediska hledání etiologie je rozlišení těžiště poruchy: ztížené usínání, časté probouzení, předčasné ranní probouzení“.* (14, s. 68) Tímto byla potvrzena hypotéza číslo 1, nejčastějšími poruchami spánku, které vedou klienta k návštěvě klienta jsou insomnie.

Otázka číslo osm byla zaměřena na příčiny těchto potíží (Graf 12). Tímto výsledkem byla potvrzena hypotéza číslo 2, neboť u 46% (20 osob) dotazovaných způsobuje poruchy spánku stres, u 23% (10 osob) jsou to negativní vlivy okolního prostředí, u 14% (6 osob) je to současný životní styl, u 5% (2 osob) nedostatek fyzické aktivity během dne a u 12% (5 osob) příčiny jiné. O nich se dozvíme v grafu č. 13. Insomnie je označována jako subjektivní hodnocení poruchy spánku nemocných. Je

zařazována mezi dyssomnie. „Dyssomnie – tedy nejčastěji uváděná nespavost může zahrnovat poruchy usínání, časté nebo časně probouzení a kombinaci obou stížností a také posun spánkového cyklu. Jestliže pacient nemůže usnout do 20 minut po ulehnutí, je třeba pomyslet na špatnou spánkovou hygienu, stresové okolnosti a úzkostné poruchy“. (8, s. 20)

Devátá otázka byla zaměřena na léčbu poruch spánku u praktického lékaře nebo u specialisty (Graf 14). Ze 43 respondentů se 42% (18 osob) léčí u praktického lékaře či u specialisty na poruchy spánku a 58% (25 osob) se na poruchy spánku neléčí. „Jsem přesvědčen o tom, že v mnoha případech je v kompetenci praktického lékaře řešit poruchy spánku. Pacienti budou jistě svým praktickým lékařům za řešení jejich poruch spánku vděční, protože se mnohdy ostýchají navštívit psychiatrii“. (16, MUDr. Ladislav Procházka, s. 27)

„Základem léčby insomnie je kombinace psychoterapie (hlavně kognitivně - behaviorální terapie-KBT) a farmakoterapie“. (15, s. 156)

Otázka číslo deset zkoumala užívání nějakých léků na poruchy spánku (Graf 15). Z výsledků plyne, že 51% respondentů (22 osob) užívá léky na poruchy spánku a 49% (21 osob) léky na poruchy spánku neužívá. Seznam nejčastějších léků užívaných na poruchy spánku, je uveden v grafu 16. V současné době jsou nejpoužívanější léky na poruchy spánku tyto: Stilnox, Lexaurin, Dormicum, Hypnogen, Neurontin, Oxazepam a Rivotril.

Rozhovor. Odpovědí na první otázku jsem se měla dozvědět, zda-li někdy dotazovaní žádali svého praktického lékaře o radu, týkající se problematiky poruch spánku (Graf 17). Z 15 dotazovaných, u kterých byl proveden sběr informací pomocí rozhovoru, jich 11 nežádalo o radu a 4 osoby žádaly o radu svého praktického lékaře. V další otázce jsem zjišťovala způsob poskytnutí či zisku informací týkající se poruch spánku (Graf 18, 19). 1 osobě informace poskytnuty nebyly, 10 osob se o této problematice dozvědělo z rozhovoru (který se uskutečnil v ordinaci praktického lékaře ať už se sestrou nebo s lékařem), 1 osoba získala informace z propagačního materiálu

v čekárně, 2 osoby z dostupné literatury a 1 osoba z masmedií (internet, televize, rozhlas).

Třetí otázka se zajímala o srozumitelnost obdržených informací (Graf 20). Pro 13 osob byly poskytnuté informace srozumitelné a pro 2 osoby byly tyto informace nesrozumitelné. Dále navazovala otázka číslo čtyři, která se tázala, zda poskytnuté informace byly pro klienty dostačující (Graf 21). Ukázalo se, že pro 7 klientů byly tyto informace dostačující, podle jejich představ a očekávání, pro 3 klienty byly nedostačující, nevyhovující a nepotřebné a 5 klientů nevědělo, zda jsou pro ně tyto informace přínosem či nikoliv.

Pátá otázka byla zaměřena na zjištění ještě jiných informačních zdrojů, ve kterých by se klienti zajímali o poruchy spánku (Graf 22). Překvapivé je, že 11 osob se dále o poruchách spánku a problematikou s nimi spojenou nezajímá, a pouze 4 osoby se chtějí neustále dozvídat nové informace, spojené s poruchami spánku a jejich prevencí (jako je zdravý životní styl, pohyb, vyhýbání se stresu, správná spánková hygiena, apod.)

Dostupnosti informačního a propagačního materiálu v čekárnách či ordinacích praktického lékaře se týkala otázka šestá (Graf 23). Pokud dotazovaní navštěvují jednoho praktického lékaře, předpokládá se, že v takovéto otázce by se odpovědi měly shodovat. Podle mých výsledku tvrdí 8 osob že ano, 2 osoby že ne a 5 osob neví. Tento výsledek může poukazovat na chování klientů v čekárnách u praktických lékařů a to ze dvou úhlů. Jedním je pouze čekání než klient půjde na „řadu“, a druhým je snaha a touha po nových informacích uskutečňující se prohlížením letáčků, pročítáním brožurek a možná i návod, jak vyřešit své zdravotní potíže.

Sedmá otázka se klientů ptala, zda byli odesláni svým praktickým lékařem na vyšetření poruch spánku k odborníkovi či do spánkové laboratoře (Graf 23). Zde jsem získala jednoznačný výsledek a to ten, že žádný z 15 dotazovaných nebyl odeslán svým praktickým lékařem na odborné vyšetření.

Zda praktický lékař dokáže klientům pomoci od jejich potíží se spánkem se ptala otázka číslo osm (Graf 24). Z výsledků vyplývá, že praktický lékař pracuje s klienty na jejich poruchách spánku a 11 klientů si myslí, že jim lékař dokáže od jejich potíží

pomoci (jedna klientka udala přesný způsob pomoci a to předepsání léků na spaní), 2 klienti si myslí, že jim lékař nemůže od jejich problému pomoci a 2 klienti neví.

Devátá otázka se ptala, zda si klient myslí, že je důležité pátrat po příčinách nespavosti (Graf 25). Z 15 dotázaných si 9 klientů myslí, že je důležité pátrat po příčinách nespavosti, odstranit je a tím tak zmírnit potíže a 6 klientů to za nutné nepovažuje. Myslím si, že pro tyto lidi není porucha spánku prioritní záležitostí k řešení. V té době mají mnoho jiných starostí. Vzhledem k věku a pracovnímu vyčerpání to ale může mít v budoucnu velmi neblahé následky.

Desátá otázka se ptala, zda považuje dotazovaný za důležité se vyspat (Graf 26). 12 osob to za důležité považuje (z toho poněkud kuriózní odpověď jsem obdržela od jedné staré paní, které bylo přes 80 let a ta mi pravila, že v tomto věku je ráda, když se ráno probudí) a 3 osoby to za důležité nepovažují. Tyto výsledky korespondují s tvrzením: *„Podobně jako nelze žít bez potravy, není možné žít bez spánku. Dřívější popisy osob, které údajně nespaly mnoho týdnů či měsíců, budí dnes pochybnosti. Moderní výzkumy s použitím objektivního záznamu ukazují, že lidé, kteří tvrdí, že vůbec nespí, ve skutečnosti upadají do spánku – což je zřetelně vidět na polysomnogafickém záznamu – ale neuvědomují si to“*. (17, s. 19)

Jedenáctá otázka se ptala, zda pokládá dotazovaný za důležité řešit problémy s nespavostí nebo to bere pouze jako okrajovou záležitost (Graf 27). Zde jsou výsledky překvapivě vyrovnané. 8 osob považuje za důležité řešit problémy se spánkem a 7 osob tuto skutečnost bere spíše jako okrajovou záležitost. Skutečnost, že stále více lidí podceňuje tuto problematiku zastává i MUDr. Honzák, který ve svém článku píše: *„Současně je však nutné vědět, že údaje pacientů o nespavosti jsou **nepřesné** a velice často **podceňují** závažnost problematiky, jak ukazují srovnání subjektivních výpovědí s výsledky ze spánkových laboratoří“*.

Dvanáctá otázka se dotazovaných ptala, zda se cítí po probuzení odpočatí (Graf 28). 4 osoby uvedly že ano, 4 osoby uvedly občas (jak kdy) a 7 osob uvedlo že ne, že se cítí jak zmlácení, bolí je hlava, klouby, záda. Hodnotí spánek jako neefektivní, naopak někdy by raději vůbec nešly spát, protože ráno jsou jejich potíže horší, než večer.

„ Přes znalost adekvátní léčby poruch spánku nesmíme nikdy zapomenout na to, že základní **prevencí** rozvoje poruchy spánku je zdravý životní styl, opírající se o pravidelné pracovní vytížení, dostatečný aktivní odpočinek, racionální stravování a střídmost v požívání alkoholu či jiných (samozřejmě myšleno legálních) psychoaktivních látek“. (16, s. 30)

Z položené výzkumné otázky (*Jakým způsobem a v jakém rozsahu jsou poskytovány klientům v ordinaci praktického lékaře informace o uspokojování potřeby spánku?*) vplynuly dvě hypotézy. Hypotéza první: Klientům v ordinaci praktického lékaře jsou poskytovány informace o uspokojování potřeby spánku ústně (rozhovorem). Hypotéza druhá: Pro klienty jsou poskytnuté informace dostačující a srozumitelné.

6. Závěr

Nespavost a poruchy spánku jsou velice citlivým problémem, který se týká obyvatelstva nejen staršího věku, ale čím dál tím více se projevuje i u osob mladších.

Podíváme-li se na poruchy spánku z kladného hlediska, tak zjistíme, že upozornují klienta na to, že není něco v pořádku s jeho životním stylem a s jeho způsobem života. Nabádá klienta k návštěvě lékaře, který se snaží problém spánku vyřešit. Naopak z negativního hlediska nás nespavost sužuje často i ve dne tím, že jsme unaveni a nejsme mnohdy schopni se na danou věc soustředit tak, jak bychom ve skutečnosti měli a tím samozřejmě zhoršuje kvalitu našeho života.

Prvním cílem bylo zjistit nejčastější poruchy spánku, které vedou klienta k návštěvě svého praktického lékaře. Druhým cílem bylo pátrat po příčinách poruch spánku, které vedou klienta k návštěvě praktického lékaře. Posledním cílem mé práce bylo zjistit, jakým způsobem a hlavně v jakém rozsahu jsou poskytovány informace klientům v ordinaci praktického lékaře. Cíle mnou stanovené byly splněny.

Hypotézy (nejčastějšími poruchami spánku, které vedou klienty k praktickému lékaři, jsou insomnie“ a nejčastější příčinou poruch spánku, které vedou klienta k návštěvě praktického lékaře je působení okolního stresového prostředí) byly také potvrzeny.

Zodpovězením výzkumné otázky (jakým způsobem a v jakém rozsahu jsou poskytovány klientům v ordinaci praktického lékaře informace o uspokojování potřeby spánku?) se potvrdily dvě nové hypotézy. Hypotéza první: Klientům v ordinaci praktického lékaře jsou poskytovány informace o uspokojování potřeby spánku ústně (rozhovorem). Hypotéza druhá: Pro klienty jsou poskytnuté informace dostačující a srozumitelné.

Myslím si, že propagace tohoto problému, o kterém jsem se rozhodla napsat bakalářskou práci, by si jistě zasloužil daleko větší pozornost, než jakou je jen několik málo předchozích stran. Čím více jsem se problémem zabírala, čím více jsem studovala literaturu a jiné zdroje, tím více jsem zjišťovala, jak rozsáhlé a složité téma jsem si vybrala. Pro mne osobně tato práce posloužila k tomu, abych na základě získaných informací sestavila propagační letáček (přiložený vzadu na vnitřní straně

desek), který bude na problém nespavosti a poruch spánku upozorňovat a bude nutit lidi k zamyšlení nad jejich stylem života.

I proto doufám, že tato bakalářská práce bude přínosem do oblasti zdravotnictví a ten kdo ji bude mít možnost číst si udělá alespoň nepatrnou představu o tom, jak zajímavý a hlavně aktuální problém nespavost je.

7. Seznam použité literatury a pramenů

- 1) BRUNO, F.J. *Hezky se vyspěte*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2003. 99 s. ISBN 80-7106-593-5
- 2) ČERVINKOVÁ, E. a kol *Ošetrovatelské diagnózy*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků, 2000. 56 s. ISBN 80-7013-303-1
- 3) DEEPAK, CH. *Spokojený spánek-insomnie a jak ji léčit*. 1.vyd. Praha: Pragma, 1994. 142 s. ISBN 80-7205-096-6
- 4) DEGEN, R. *Dejte si dvacet*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1997. 209 s. ISBN 80-7205-703-0
- 5) DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada, 2001, 568 s. ISBN 80-247-0242-8 PRUSÍNSKI, A. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. 3.sv. Praha: Maxdorf, 1993. 81 s. ISBN 80-85800-01-2
- 6) DOLEJŠÍ, V. *Lidem slouží spánková laboratoř*. Mladá fronta dnes 14/32 (07.02.2003), s. Jižní Čechy Dnes: [příloha], s.D/1 a D/2
- 7) HADAWAY, B., ATCHESON, J. *Bible pro děti*. 1.vyd. Bratislava: Mladé léta, 1991, 304 s. ISBN 80-06-00407-2
- 8) HONZÁK, R., Practicus-odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. *Poruchy spánku a jejich léčení*. Praha: 2007, roč. 6, č. 9, s. 20. ISSN 1213-8711.
- 9) HÜTTICH, B. *Aktivně proti poruchám spánku*. 1.vyd. Praha: Ivo Železný, nakladatelství a vydavatelství, spol.s.r.o., 1997. 93 s. ISBN 80-237-2550-5
- 10) KOCINOVÁ, S., ŠTĚRBÁKOVÁ, Z. *Přehled nejužívanějších léčiv*. 3. vyd. Praha: Informatorium, 1999. 95 s. ISBN 80-86073-47-5
- 11) KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995, 225 s. ISBN 80-217-0528-0
- 12) LEIBOLD, G. *Dobrý spánek-dobré nervy*. 1.vyd. Praha: Svoboda, 1994. 111 s. ISBN 80-205-0358-7

- 13) NESSOVÁ, C. *Tajemství snů*. 1. vyd. Praha: Svojtka & Co, 2001. 222 s. ISBN 80-7237-760-4
- 14) NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA, K. a kol. *Poruchy spánku a dbění*. 1.vyd. Praha: Maxdorf, 1997. 256 s. ISBN 80-85800-37-3
- 15) PRETL, M.: Farmakologická léčba nejčastějších poruch spánku v neurologii. Praha: 2007, roč. 6, č. 4, s.156. ISSN 1213-8711.
- 16) PROCHÁZKA, L. *Poruchy spánku v ordinaci praktického lékaře*. Sdružení praktických lékařů České republiky: Úskalí praktické medicíny 5 – soubor přednášek. 2007. str. 27
- 17) PRUSÍNSKI, A. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. 3. sv. Praha: Maxdorf, 1993. 81 s. ISBN 80-85800-01-2
- 18) ŠNOREK, V., SVÍTILOVÁ, H. *Laboratoř zkoumá chrápání*. Českobudějovické listy 13/303 (31.12.2004)
- 19) TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X
- 20) VINAŘ, O., Practicus-odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. *Deprese a spánek*. Praha: 2006, roč. 5, č. 4, s. 178-179. ISSN 1213-8711.
- 21) ZÁVĚŠICKÁ, L., Practicus-odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP. *Léčba přechodné, krátkodobé a chronické nespavosti*. Praha:2007, roč. 6, č. 3, s. 124-129. ISSN 1213-8711.

Ostatní prameny:

- 22) NEVŠÍMALOVÁ, S., PŘÍHODOVÁ, I. *Nepodceňujeme poruchy spánku u dětí*. 4.6.2007 (online) dostupné z <http://www.medical-tribune.cz/archiv/mtr/146/4267>, 1.11.2007
- 23) <http://www.spankovaporadna.cz/> 20.12.2007

8. Klíčová slova

Spánek

Nespavost

Stres

Poruchy spánku

Spánková laboratoř a sestra

Životní styl

Spánková hygiena

9. Přílohy

9.1. Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Rozhovor

Příloha č. 3: Léčivé byliny jako přísady do koupele

Příloha č. 4: Zásady hygieny spánku podle Hauriho

Příloha č. 5: Zásady hygieny spánku podle A. Borbelyho

Příloha č. 6: Zásady hygieny spánku podle Mendelsova

Příloha č. 7: Maslowova hierarchie potřeb

Příloha č. 1

Dobrý den,

jsem studentkou třetího ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. K úspěšnému zakončení tohoto studijního programu píši bakalářskou práci na téma „Poruchy spánku v ordinaci praktického lékaře“. Nedílnou součástí této práce je i sběr dat formou dotazníků a jejich pečlivé zpracování.

Tímto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění následujících otázek. Vše je zcela anonymní. Výsledky tohoto výzkumu budou použity k vědeckým účelům.

Předem děkuji za spolupráci

Kristýna Soukupová

DOTAZNÍK

(Správnou odpověď prosím zakroužkujte)

Identifikační údaje dotazované osoby:

- Věk:** a) 18 – 30 let
b) 31 – 59 let
c) 60 – 69 let
d) 70 – 79 let
e) 80 a více

Pohlaví: M Ž

- Rodinný stav:** a) svobodný/á
b) ženatý/vdaná
c) rozvedený/á
d) vdovec/vdova
e) druh/družka
f) registrované partnerství

- Současné povolání:** a) studující
b) pracující na směnný provoz
c) pracující bez směnného provozu
d) starobní důchod
e) nezaměstnaný/á
f) jiné, zde uveďte: _____
-

- 1) Jaká je Vaše průměrná denní délka spánku?**
a) méně než 6 hodin
b) 6 – 8 hodin
c) 9 – 11 hodin
d) 12 a více hodin
- 2) V kolik hodin obvykle chodíte spát?**
a) dříve než v 19 hodin
b) v rozmezí 19 – 21 hodin
c) v rozmezí 21 – 23 hodin
d) později než ve 23 hodin
- 3) Po ulehnutí do postele většinou usínáte:**
a) ihned
b) do 10 minut
c) do 20 minut
d) déle jak za 20 minut
- 4) Trpíte pravidelně nočními můrami?**
a) ano
b) ne
- 5) Byl porušený spánek hlavní důvod návštěvy Vašeho praktického lékaře?**
a) ano
b) ne
- 6) Myslíte si, že trpíte nějakou poruchou spánku?**
a) ano
b) ne

*(Pokud jste odpověděli **ano**, pokračujte prosím dále ve vyplňování, pokud jste odpověděli **ne**, zde pro Vás tento dotazník končí).*

7) Jaká z následujících poruch spánku Vás trápí nejvíce?

- a) nemožnost večer usnout
- b) časté noční probouzení
- c) brzké ranní probouzení
- d) noční můry
- e) jiné, zde uveďte: _____

8) Co si myslíte, že tyto Vaše potíže způsobuje:

- a) současný životní styl
- b) negativní vlivy okolního prostředí
- c) stres
- d) nedostatek fyzické aktivity během dne
- e) jiné, zde uveďte: _____

9) Léčíte se v současného době u Vašeho praktického lékaře, či u specialisty, na poruchy spánku?

- a) ano
- b) ne

10) Užíváte v současné době nějaké léky na poruchy spánku?

- a) ne
- b) ano, uveďte jaké: _____

Rozhovor

- 1) Žádal/a jste někdy o radu svého praktického lékaře, která se týkala poruch spánku?
- 2) Jakým způsobem Vám byly poskytnuty informace o poruchách spánku?
- 3) Byly tyto informace pro Vás srozumitelné?
- 4) Byly pro Vás tyto informace dostačující?
- 5) Zajímáte se o poruchy spánku ještě v jiných informačních zdrojích?
- 6) Jsou v čekárně u Vašeho praktického lékaře k dispozici informační a propagační letáčky o poruchách spánku?
- 7) Byli jste posláni Vaším praktickým lékařem na vyšetření k odborníkovi?
- 8) Myslíte si, že Váš praktický lékař Vám dokáže pomoci od Vašich potíží se spánkem?
- 9) Myslíte si, že je důležité pátrat po příčinách nespavosti?
- 10) Pokládáte za důležité se dobře vyspat?
- 11) Pokládáte za důležité řešit problémy s nespavostí nebo to berete pouze jako okrajovou záležitost?
- 12) Cítíte se po probuzení odpočatý/á?

Léčivé byliny jako přísady do koupele

Byliny	Léčebná indikace	Dávkování pro plnou koupel
Kozlík	Poruchy spánku, nervozita	250 ml tinktury nebo nálev ze 100g kořene na 1 litr vody
Jedlové jehličí (ne příliš často, hrozí bolest hlavy)	Poruchy spánku, nervozita, nervové bolesti	Odvar z 1 kg nakrájených jehlic a větviček nebo 3 polévkové lžíce oleje, extrakt podle návodu
Puškovec (nikdy ne večer)	Nervozita, nervové vyčerpání	Odvar ze 4 polévkových lžic nakrájených kořenů na 1 litr vody, po koupeli 1 hodinu odpočívat
Kleč	Nervozita, nervové vyčerpání	3 polévkové lžíce hotového oleje
Levandule	Poruchy spánku, nervozita, vyčerpání	Odvar ze 100 g květů na 1 litr vody nebo extrakt podle návodu
Meduňka	Poruchy spánku, nervozita, srdeční a oběhová slabost	Zápar ze 100g listů na 1 litr vody nebo hotový extrakt
Rozmarýn (nikdy ne večer)	Nervové vyčerpání, oběhová a srdeční slabost	Zápar z 50 g listů na ½ litru vody

Zásady hygieny spánku:

Zásady hygieny spánku podle Hauriho (1977)

1. Spi tak dlouho, jak potřebuješ, aby ses cítil odpočatý. Nespi příliš dlouho. Vstávej okamžitě, jak se probudíš.
2. Ukládej se k spánku a vstávej v pravidelnou dobu, podporuje to přirozené denní rytmy.
3. Nadměrná námaha je vhodná v ranních nebo odpoledních hodinách, nikoliv před usnutím.
4. Vyhýbej se nadměrnému hluku.
5. Spánek příznivě ovlivňuje správná teplota – příliš chladná nebo příliš teplá místnost spánek ruší.
6. Hlad „brzdí“ spánek. Jez pravidelně lehkou večeři a těsně před spánkem vypij sklenku mléka.
7. Pití kávy ve večerních hodinách ruší spánek.
8. Alkohol je z tohoto hlediska ještě škodlivější – usnadňuje sice usnutí, ale později činí spánek mělkým a přerušuje jej.
9. Nemůžeš –li usnout, nepřevracej se z boku na bok a nesnaž se o spánek bojovat, ale vstaň a začni něco dělat, dokud neucítíš, že můžeš usnout.

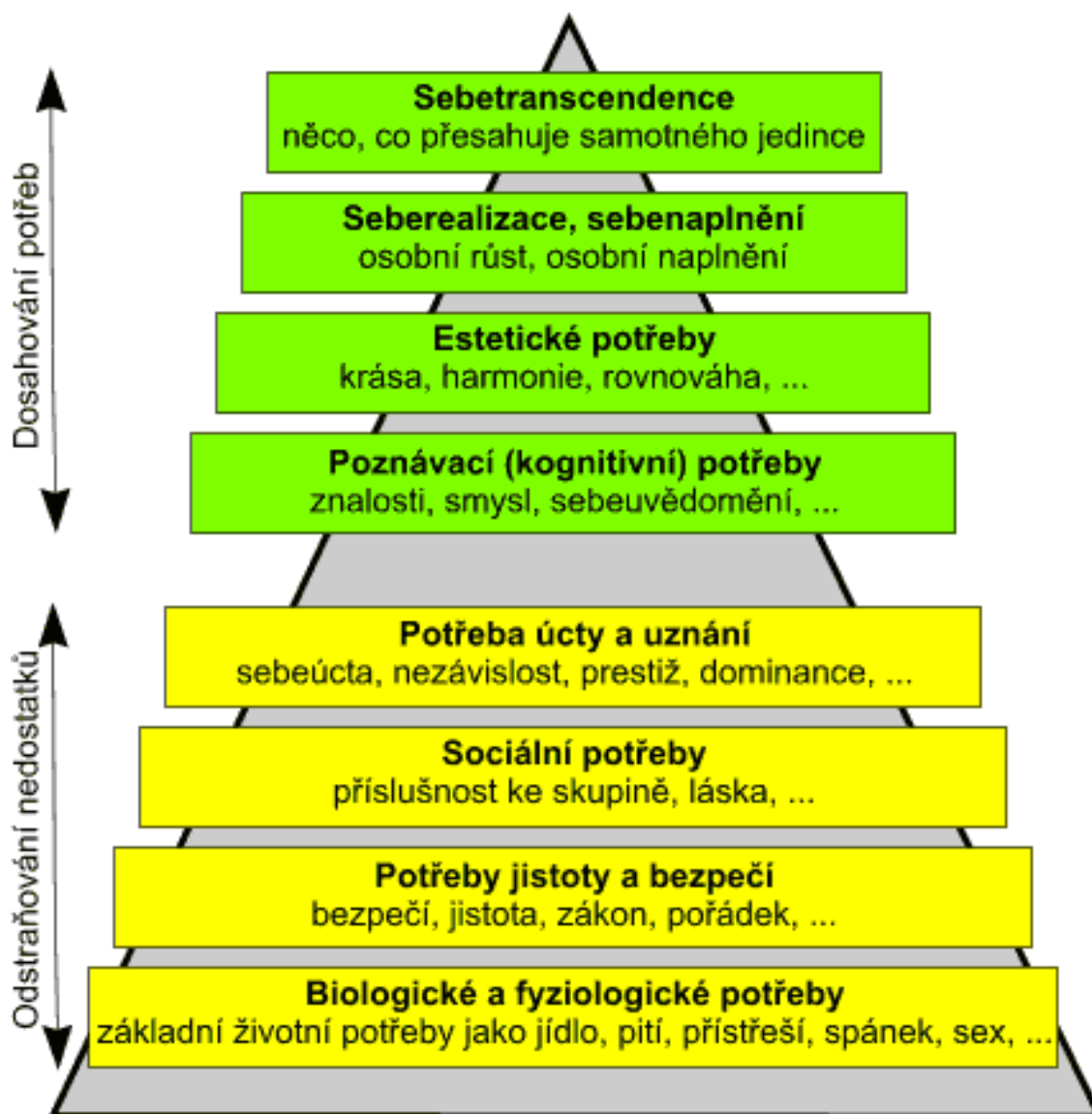
Zásady hygieny spánku podle A. Borbelyho, bývalého prezidenta Evropské společnosti pro výzkum spánku (1989)

1. Doba odpočinku musí být stálá. Spánek je jedním z biologických rytmů a měl by mít stabilní místo ve 24hodinovém cyklu. Nepravidelná doba uléhání ruší spánek.
2. Večerní hodiny je vhodné věnovat zábavě a odpočinku. Tělesná i duševní námaha působí na spánek negativně. Objemná jídla jsou pro spánek škodlivá.
3. Nesmíme spát ve dne, chceme-li se vyhnout nespavosti v noci. Je třeba se zdržet spánku po obědě.
4. Zakázány jsou kofein, nikotin a alkohol. Nápoje obsahující kofein (káva, čaj, Coca-cola apod.) stejně jako větší množství cigaret působí na nervovou soustavu povzbudivě, proto je nutné se jim před spaním vyhýbat. Sklenička alkoholu před spaním může usnadnit usnutí, ale větší množství alkoholu spánek ruší.
5. Spánku je třeba vytvořit vhodné podmínky. Místnost určená ke spaní musí být dobře větraná, nemá v ní být horko. Ticho a tma napomáhají usnutí. Lůžko má být prostorné, aby bylo možné se volně uložit a měnit polohu. Mnoho lidí dobře spí na rovném, ne měkkém lůžku.
6. Nemůžeme-li v noci spát, je třeba vstát a něco dělat, ne ležet nečinně v posteli.
7. Dlouhodobá úporná nespavost vyžaduje lékařskou radu.

Zásady hygieny spánku podle Mendelsoona (1989)

1. Dodržujte pravidelné, stále stejné hodiny spánku, a to i o víkendu.
2. Účelné je dodržování určitého rituálu před spánkem s pevně daným pořadím úkonů (stlaní postele, svlékání, mytí atd.)
3. Vyhýbejte se spánku v průběhu dne.
4. Nepožívejte látky, které mohou rušit spánek. Káva a jiné nápoje obsahující kofein (např. čaj) musí být zcela vyloučeny již od poledních hodin.
5. Vliv tělesné námahy na spánek není sice zcela vyjasněn, ale mírná námaha (procházky, gymnastika, práce na zahrádce atd.) spánek zlepšuje. Nesmí se ovšem vykonávat večer.
6. Objemná jídla ruší spánek, ale lehké jídlo nebo sklenka mléka před spaním má na spánek často příznivý vliv.
7. Ložnice má být pohodlná, musíme se v ní cítit volně a bezpečně, neměl by v ní být nábytek či předměty spojené se zaměstnáním.
8. Nespíme-li, neměli bychom zůstat v posteli. Nemůžeme-li usnout, je nejlepší vstávat, přejít do jiné místnosti a zabrat se do nějaké činnosti.
9. Večer je nutno relaxovat. Životní styl, při němž se vracíme pozdě domů, sníme objemnou večeři a jdeme brzy spát, abychom mohli ráno brzo vstát a jít do práce, je špatný. Syndrom „ztráty večera“ je pro spánek škodlivý.

Maslowova hierarchie potřeb



TRACHTOVÁ, E. a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků, 1999. 186s. ISBN 80-7013-285-X