

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Bakalářská práce**

**2008**

**Jitka Kabešová**



Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**POTŘEBA SPÁNKU U NEMOCNÝCH S KARDIOVASKULÁRNÍM  
ONEMOCNĚNÍM NA JIP**

Bakalářská práce

Vedoucí práce  
Mgr. Věra Stasková R.N.

2008

Autor práce  
Jitka Kabešová R.N.

## **Sleep needs in patients with cardiovascular disease in the Intensive Care Unit (ICU)**

Lately, attention has been focused on sleep problems. Poor quality sleep, insomnia or intentional sleep shortening are risk factors for cardiovascular disease development, overweight, diabetes and mental disorders. During hospitalization in the ICU the sleep quality in patients usually worsens not only because the disease itself but also owing to other factors, such as fear, anxiety, lack of information on the disease, unfamiliar environment or noisy monitors. The theoretical part is divided into five basic chapters as follows: sleep characteristics, the issue of sleep, cardiovascular disease, meeting sleep needs in patients in the cardiologic Intensive Care Unit and the intervention of a nurse in meeting sleep needs in the sleep laboratory.

I set two objectives in my thesis: The first objective: to learn if sleep needs in patients in the cardiologic Intensive Care Unit are met. The second objective: to identify factors influencing the fulfilment of sleep needs in patients in the cardiologic Intensive Care Unit. Two hypotheses were suggested: The hypothesis I: sleep needs in patients hospitalized in the cardiologic Intensive Care Unit are not met, The hypothesis II: the most perceived factor influencing sleep in patients in the cardiologic Intensive Care Unit was the change of environment. To achieve the objectives I used the questionnaire method. The research set included patients hospitalized in the cardiologic Intensive Care Unit in the České Budějovice hospital, Inc.

The obtained data analysis shows that sleep needs in patients hospitalized in the cardiologic Intensive Care Unit are not met. The most stressful factors are: the change of environment, monitor noisiness, lights switched on at night, uncomfortable beds and anxiety. The hypotheses were confirmed. The objectives of my thesis were accomplished. In the closing part of my thesis I suggest some solutions to improve patients' feelings and meet their sleep needs, such as dim lights at night, turned down monitoring apparatuses alarm, patients activation during the day, a calming dialogue with the patient, bed making and airing the room before night. I also enclose some attachments treating the issue of sleep needs.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Potřeba spánku u nemocných s kardiovaskulárním onemocněním na JIP vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích .....

.....

Jitka Kabešová

## **Poděkování**

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Věře Staskové, R. N. za odborné vedení, trpělivost, vstřícnost, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování mé bakalářské práce.

## Obsah

Úvod.....	2
1 Současný stav.....	4
1.1 Charakteristika spánku.....	4
1.1.1 Spánkový cyklus.....	4
1.1.2 Sny.....	6
1.2 Problematika spánku.....	9
1.2.1 Potřeba spánku.....	9
1.2.2 Některé faktory ovlivňující spánek.....	10
1.3 Kardiovaskulární onemocnění.....	16
1.4 Uspokojení potřeby spánku nemocných na kardiologické JIP.....	17
1.4.1 Charakteristika kardiologické JIP.....	17
1.4.2 Péče o nemocné na kardiologické JIP.....	18
1.4.3 Úloha sestry při sběru anamnézy.....	20
1.4.4 Intervence sestry při zajištění spánku.....	21
1.5 Intervence sestry ve spánkové laboratoři při uspokojení potřeby spánku.....	23
2 Cíle práce a hypotézy.....	26
2. 1 Cíle práce.....	26
2. 2 Hypotézy práce.....	26
3 Metodika.....	27
3. 1 Použitá metoda.....	27
3. 2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	28
4 Výsledky.....	29
5 Diskuse.....	45
6 Závěr.....	50
7 Seznam zdrojů.....	51
8 Klíčová slova.....	54
9 Přílohy.....	55
9.1 Seznam příloh.....	55

## Úvod

Spánek je charakterizován jako stav snížené mentální i pohybové aktivity, sloužící k obnově psychických i fyzických sil. Svou kvalitou citlivě reaguje jak na fyziologické, tak i na patologické změny v organismu. Fyziologický spánek je nezbytný pro kognitivní funkce, vytváření paměťových stop a také pro řadu metabolických pochodů i imunitních reakcí. Nekvalitní spánek, chronická nespavost či úmyslné zkracování spánku je rizikovým faktorem pro vznik kardiovaskulárních komplikací, nadváhy, diabetu, duševních poruch včetně deprese, kognitivních dysfunkcí i dalších změn. Včasná diagnostika a léčba spánkových poruch mají proto mimořádný význam.

Přestože zájem o spánek a sny provází lidstvo od počátků, spánková medicína je relativně mladý obor, existující pouze 40–50 let. Jako největší pokrok lze označit rozšíření spánkové medicíny jako klinického, nikoliv pouze experimentálního a výzkumného oboru a vznik spánkových laboratoří a klinik. Velké pokroky byly učiněny i ve výzkumu mechanismů spánku, kde byly využity nejmodernější zobrazovací metody, jako je pozitronová emisní tomografie (PET) a opomenout nelze ani výsledky zkoumání genetických příčin spánkových poruch.

Potížemi se spánkem trpí celá třetina naší populace. Jsou jimi zatíženi lidé nacházející se v zátěžových situacích, lidé trpící duševními poruchami, emočním vypětím, úzkostí či bolestivým onemocněním. Jelikož žijeme ve světě, kde se stresující vlivy staly součástí našeho každodenního života, měli bychom počítat s negativními následky v podobě civilizačních chorob, které na sebe většinou nenechají dlouho čekat. Jedním z nejvýznamnějších onemocnění, mající vliv na spánek člověka, je onemocnění kardiovaskulárního aparátu.

Ve zdravotnických zařízeních bývá obvykle kvalita spánku pacientů zhoršena. Zvláště pak na jednotkách intenzivní péče dochází k umocnění vlivu prostředí, které lze částečně v pozitivním směru ovlivnit. Cílem práce je zjistit, zda-li je uspokojována potřeba spánku u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním hospitalizovaných na kardiologické jednotce intenzivní péče (dále jen JIP) a dále pak identifikovat faktory, které mají vliv na uspokojování potřeby spánku u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním na JIP.



Dle organizační struktury nemocnic v České republice jsou oddělení poskytující péči nemocným s akutními srdečními příhodami vedeny jako JIP kardiologického oddělení nebo jako koronární jednotky. V nemocnici v Českých Budějovicích a.s. je neodkladná péče při akutních projevech srdečního onemocnění poskytována pacientům na koronární jednotce.

# 1 Současný stav

## 1.1 Charakteristika spánku

### 1.1.1 Spánkový cyklus

Spánek je funkční stav organismu, při němž dochází k opakovaným dějům – spánkovým cyklům. Jedná se o období spánku zahrnující stadia N-REM 1– 4 a jednu periodu spánku REM. Předpokládá se, že během fáze REM spánku se promítají a ukládají informace a události z předchozího dne. Přirozeně se člověk ráno probouzí po ukončení REM fáze, která každý spánkový cyklus uzavírá (4, 7).

Rytmus střídání bdění a spánku patří mezi cirkadiánní rytmy, mající periodu přibližně 24 hodin (přesně 24,3 hodiny). K tomu, aby „vnitřní hodiny“ neustále přesně fungovaly, pomáhá jasné světlo, které posílá (hlavně po ránu) přímý signál ze sítnice oka do mozku. Tam působí jako synchronizátor „vnitřních hodin“ s okolím. U dospělých jedinců je nejvhodnějším časem k usínání 22. hodina. Míra ospalosti organismu pravidelně stoupá a klesá, ovšem po určité době už člověk nedokáže zůstat vzhůru a usíná. Během bdění vytváří organismus tzv. „faktor S“, což je skupina látek působících jako „vnitřní hypnotikum“. Pokud je v organismu nastřádáno jeho dostatečné množství, způsobí usnutí neovladatelné vůlí. Během spánku je pak „Faktor S“ následně spotřebováván. V bdělém stavu je tento faktor vyráběn a střádán a v momentě, kdy je jeho množství dostatečné, organismus usíná a opět jej spotřebovává. Tento cyklický průběh je označován jako homeostatická regulace spánku (4, 10).

Spánkový cyklus přibližně trvá 90–120 minut a obvykle lze během noci napočítat 4–5 úplných spánkových cyklů. Přechody mezi spánkovými cykly N-REM a REM jsou většinou provázeny periodami krátkých probuzení, které jsou však spícím jedincem téměř okamžitě zapomínány a opět následuje usnutí. Člověk pak postupně prochází spánkovými stadii N-REM spánku (1–4), během nichž se aktivita mozku stále více zpomaluje. Dochází k poklesu arteriálního tlaku, k dilataci periferních cév, ke zpomalení pulzu, k relaxaci kosterního svalstva, k poklesu bazálního metabolismu a k nepravidelnému zvyšování aktivity gastrointestinálního traktu. Po 1-2 hodinách

N-REM spánku dochází ke změně mozkové aktivity v REM stadiu spánku, kdy se záznam elektroencefalogramu (EEG) velmi podobá záznamu v bdělém stavu. Srdeční tep je nepravidelný, roste spotřeba kyslíku, zrychluje se dech a dochází k rychlým očním pohybům za zavřenými víčky. Jedná se o spánek se sny. Pokud je spící probuzen v tomto stadiu, mívá v 80 % živý sen. Sny budou blíže popsány v kapitole 1.1.2 (29).

První stadium N-REM spánku subjektivně odpovídá stavu usínání a trvá přibližně 10-15 minut. Dochází k postupnému psychickému uvolnění, relaxaci svalstva, zpomalení tepu i dýchání. Jedná se o přechod mezi bdělostí a spánkem. Druhé stadium N-REM spánku znamená lehký spánek. Člověk může být probuzen slabými podněty jako je například jemný dotek či zvuk. Jedná se o přechodné stádium mezi REM a delta spánkem. Delta spánek je pomalovlnný spánek složený ze stadií 3 a 4 N-REM spánku. Třetí stadium N-REM spánku je charakterizované hlubším spánkem. Dochází k pomalé a pravidelné neuronální aktivitě. K probouzení dochází v tomto stádiu velmi obtížně (4).

Během čtvrtého stadia N-REM spánku člověk prochází nejhlubším spánkem, kdy je svalstvo úplně relaxováno a dech i tep je zpomalen. Klesá krevní tlak i teplota. Člověk nereaguje na běžné podněty. Kvalita spánku posledních dvou stádií má rozhodující vliv na pocit odpočatosti a svěžesti po probuzení. N-REM spánek má na organismus zotavovací vliv. Dále pak spánek přechází do stadia REM fáze, kdy se objevují rychlé pohyby očních bulbů za zavřenými víčky, zvyšuje se metabolismus i tělesná teplota a narůstá sekrece žaludečních šťáv. Může také docházet ke svalovým záškubům končetin i celého těla. Srdeční akce i dýchání jsou nepravidelné a někdy dochází až k apnoickým pauzám. Během této fáze spánku se vyskytují aktivní sny, promítají se události z předchozího dne a ukládají se informace. Fáze REM spánku slouží k regeneraci centrální nervové soustavy, zvláště pak psychických funkcí. Na konci této fáze se člověk fyziologicky probouzí (7, 26).

### *1.1.2 Sny*

Sny představují soubor myšlenek a představ, které během spánku utvářejí vnitřní odpověď na vnější události. Vycházejí přitom z našeho podvědomí, kde jsou smazány hranice mezi minulostí, budoucností a současností a kde logika ztrácí svůj význam. Existuje tedy svět bdění s jeho vědními zákonitostmi, logikou a sociálním chováním a svět snění, skrývající se za závojem spánku. Ve snovém světě jsou běžné fantastické události, představy a proměny, které bývají často provázeny hlubšími emocemi a působivějšími vizuálními vjemy, než jaké nám může nabídnout svět bdění. Někteří lidé si nikdy nepamatují, co se jim zdálo a většina z nich vše zapomíná krátce po probuzení (2, 21).

Zakladatelem moderní západní analýzy snů byl v Čechách narozený psycholog Sigmund Freud. Tvrdil, že přítomnost snů je způsob, jakým nevědomí hovoří k našemu vědomému já a výklad snů je pak královskou cestou k poznání nevědomých aktivit mysli. Sny tak mohou svým obsahem vypovídat o vědomých i nevědomých konfliktech, problémech a touhách, které přicházejí jako reakce nevědomí na určitou vědomou situaci. Tyto pak doplňuje či kompenzuje. Do situace se tak může přidat zcela odlišný, nevědomý aspekt, jímž vzniká vzájemné napětí a konflikt. Ve snu najdeme mnoho rysů patřících dle analytické psychologie k podstatě symbolu. Je však otázkou, zda-li je možné nějaký symbol úplně přeložit a převést do racionální roviny. Hlubinněpsychologický výklad snu je založen na významu symbolu pro člověka v konkrétní životní situaci. Celkovou souvislost pak musí pochopit právě tento člověk (2).

Sny jsou smyslově reálné. Pokud si člověk po procitnutí sen pamatuje, převládá v něm obvykle optický prvek, avšak výjimkou nejsou ani prvky chuťové, čichové, hmatové či sluchové. Probuzení v REM fázi spánku má v 80 % za následek „živý sen“. Dotyčný jedinec popisuje veškeré detaily velmi podrobně – líčí barvy, vůně nebo zvuky. Za několik minut po stadiu REM spánku se však sen ztrácí a již není možné si ho vybavit. Oproti tomu sny v N-REM spánku se prolínají s bdělými myšlenkami. Během usínání se vnímání vnějšího světa prolíná s vnitřní imaginací. Sny v tomto stadiu

zpravidla nebývají emotivně zabarvené a většinou si nelze vzpomenout ani na jejich přesný obsah. Popisovány jsou zpravidla jen jako příjemné či nepříjemné.

Snové zážitky se mohou ukládat do paměti. Mnohem výrazněji a lépe si člověk pamatuje sny, jejichž prožívání bylo spojeno s nějakou emotivně, citově velmi výraznou situací. Nejčastěji se jedná o děsivé sny, zážitky spojené s úzkostí nebo pocitem velkého štěstí. Jelikož sen žije ze vzpomínek v mozku již uložených, jejichž vybavování vyžaduje minimální čas, lze během několika vteřin či minut prožívat ve snu i děje trvající subjektivně řadu hodin i dní (2).

### ***1.1.3 Hygiena spánku***

V této kapitole budou zmíněny vhodné činnosti ke spánku, které jsou téměř nejdůležitějším aspektem ovlivňujícím klidný a nerušený spánek. K jeho kvalitě přispívá celá řada faktorů, na které je nutné brát zřetel. Tyto faktory budou blíže popsány v kapitole 1.2.2 (22).

Jednou z prvních podmínek ovlivňujících klidný a nerušený spánek je místnost, v níž člověk spí. Měla by být dostatečně prostorná a čistá. Po ránu je nutné pokoj vyvětrat a během dne pak nechat do místnosti proniknout sluneční paprsky. I když každému jedinci vyhovuje ke spánku různá teplota prostředí, je za nejvhodnější považována pokojová teplota 18°C, a to v létě i v zimě. Spící člověk si pod pokrývkou tak jako tak vytvoří svou optimální teplotu. Samotné lůžko nemá být měkké, ale také ne příliš tvrdé, a z důvodu cirkulace vzduchu by mělo mít od stěn určitou vzdálenost.

Důležitá je vhodná poloha ve spánku. Nejpřirozenější je v leže na zádech, která vytváří ideální podmínky pro dokonalý odpočinek. Při poloze na boku nebo na břicho mohou na různé orgány nepříznivě působit tlakové poměry bránící jejich normální činnosti. Absolutně nevhodný je spánek vsedě, neboť je při něm zatížený krevní oběh. Z tohoto důvodu jsou v lůžku nevhodné vysoké polštáře (8).

Velký význam pro kvalitní spánek jedince má rovněž osobní příprava a jisté individuální prvky. Před spánkem by se měl člověk vyvarovat silnějších emocí jako je radost, smutek nebo strach a rovněž i zvýšené tělesné či duševní práce. Uléhat ke

spánku je nejvhodnější dvě až tři hodiny před půlnocí, neboť právě tehdy je spánek nejzdravější. Co se týče délky spánku, je tato potřeba zcela individuální (6, 27).

Před spánkem je nezbytná hygiena těla. Vlivem různých stresů a zhoršeného zdravotního stavu nejen při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, je člověk unaven a přirozeně se potí. Je tedy nutné dbát právě na tělesnou hygienu, po níž se člověk cítí „očištěn“ v psychickém i tělesném smyslu. Do lůžka pak uléhá uvolněn a oprostěn od každodenních starostí. Tím má tělesná hygiena příznivý vliv na spánek.

Pravidelná doba usínání je také jedním z velmi důležitých faktorů. Jsou jedinci, kteří v určitou dobu pocítují velkou ospalost a pokud „přetáhnou“ svou obvyklou hodinu, nemohou poté dlouhou dobu usnout. Odpolední spánek a spánek během dne u dospělého člověka není doporučován, neboť narušuje fyziologický cirkadiánní rytmus. Výjimku tvoří jen někteří nemocní a rekonvalescenti, ovšem ani u těchto osob by tento spánek neměl přesahovat dvě hodiny (6, 16).

Nejjednodušší změnou ovlivňující spánek v pozitivním směru, je pohyb. Je přirozenou potřebou člověka a jeho nedostatek vede k tomu, že tělo chátrá a metabolismus začíná špatně fungovat. Jedinec zpravidla přibírá na váze, jeho svalstvo ochabuje, přichází únava, nespavost, ale především tělo bez pohybu prožívá stres. Díky pravidelnému pohybu člověk čerpá novou energii, lépe překonává depresivní a úzkostné stavy, ale především cvičením zvyšuje touhu po zdravém spánku. Po tělesné námaze přichází pocit vnitřní, tělesné i duševní pohody. Je samozřejmé, že pacient trpící kardiovaskulárním onemocněním nezvládne tělesnou námahu v takovém rozsahu jako člověk zdravý, avšak aktivity pod odborným dohledem fyzioterapeuta v rámci rehabilitace jsou nejlepší metodou rekonvalescence (5, 6).

Nepříznivě působí na spánek požití nadměrného množství těžkých jídel. Střídmé stravování před spaním je jednou z podmínek zdravého a klidného spánku, neboť plný žaludek je zárukou nočních můr a ranní únavy. Také nadměrné pití tekutin ve večerních hodinách není vhodné. Člověk je pak v průběhu noci probouzen nucením na močení a spánek je tím přerušen (5, 19).

Pro klidný spánek je možné využít i metod alternativní medicíny. Veškeré užívání takových přípravků je však nutné konzultovat s lékařem, neboť se jejich účinky mohou navzájem ovlivňovat s aktuálními léky, které pacient užívá (5, 12).

## **1.2 Problematika spánku**

### ***1.2.1 Potřeba spánku***

Člověk je bytost mající své potřeby v oblasti bio-psycho-sociální i spirituální. Z hlediska holistického přístupu je nutné brát zřetel na všechny tyto složky každé osobnosti, neboť narušení jedné části má negativní vliv na celý organismus. Jakákoli neuspokojená potřeba je projevem nedostatku a následné prožívání tohoto stavu vede k negativnímu ovlivnění psychiky člověka, ať již v myšlení, pozornosti, emocích nebo volných procesech. Během života se potřeby jedince mění jak z hlediska kvality, tak i kvantity (29).

Potřeby člověka jsou seřazeny podle své naléhavosti. Americký psycholog Abraham H. Maslow je hierarchicky rozdělil na nižší a vyšší. Mezi nižší, neboli základní potřeby člověka, jsou řazeny fyziologické potřeby, nezbytné pro přežití jedince. Jedná se o potřebu dýchání, spánku, pohybu, výživy, dále pak o potřebu jistoty a bezpečí, vyjadřující touhu po důvěře a stabilitě. Mezi vyšší potřeby jsou pak řazeny: potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání, ocenění a sebeúcty a potřeba seberealizace (Příloha 2). Spánek je aktivní děj. Jde o fyziologickou změnu vědomí různé úrovně, která je charakterizovaná minimální fyzickou aktivitou, změnami fyziologických funkcí a sníženou odpovědí na vnější podněty. Odpočinek i spánek jsou nezbytnými předpoklady pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví, jsou významnými obrannými mechanismy proti vyčerpání organismu a právě proto jsou řazeny mezi potřeby základní, nižší (27).

Individuální potřeba délky spánku je u každého člověka různá. Je ovlivněna nejen geneticky, ale i řadou dalších faktorů, jako je například denní aktivita člověka, fyziologický stav organismu nebo věk. O těchto faktorech bude blíže popsáno v kapitole

1.2.2. U zdravých dospělých jedinců se doba spánku pohybuje průměrně kolem 6–8 hodin denně. Některým lidem však postačí 5–6 hodin, jiným 5 hodin a 2 % dospělé populace potřebují spát déle než 9 hodin (7).

Každé somatické či psychické onemocnění bývá zpravidla provázeno zvýšenou únavou. Proto nemocný člověk potřebuje odpočívat a spát déle, než člověk zdravý. V průběhu spánku dochází v organismu k obnově sil, a tudíž je nanejvýš vhodné dopřát jej nemocným v dostatečném množství (18, 28).

Věk člověka hraje v uspokojování potřeby spánku velice významnou úlohu. Seniori věnují spánku obvykle méně času, než lidé středního věku, dospívající spí kolem osmi hodin denně a kojenci potřebují 18–20 hodin spánku v průběhu 24 hodin. V jednotlivých obdobích života se rozložení spánku v průběhu dne výrazně liší. U novorozence se jedná o polyfázický spánek, kdy dítě spí několikrát denně v pravidelných intervalech. Pro kojence je typický trifázický spánek, kdy je noční, dlouhý spánek doplněn kratším dopoledním a odpoledním. Předškolákům postačí k dlouhému nočnímu spánku jen odpolední siesta a od školního věku je spánek většinou monofázický. Oproti tomu u seniorů se odpolední siesta opět objevuje. Podstatné je však to, že nezáleží pouze na délce spánku, ale především na jeho hloubce a kvalitě, neboť jeho samotná délka není důvodem případného svěžího pocitu po probuzení. O tom, zda-li se člověk cítí odpočatý, nerozhoduje pouze zastoupení hlubokého spánku během noci, ale také počet proběhlých úplných spánkových cyklů (19).

### ***1.2.2 Některé faktory ovlivňující spánek***

Kvalitní spánek je nezbytný pro pocit pohody, zdraví a dobrou výkonnost. Oproti tomu jeho dlouhodobý nedostatek často působí jako neurotizující faktor nebo spouštěč deprese. V průběhu života se mění nejen jeho potřeba, ale i hloubka a fáze. Přirozený průběh spánku může být ovlivněn celou řadou různých faktorů. Jedná se například o věk, náladu, nepohodlí, bolest, změnu prostředí či nedostatek soukromí. Mimo jiné sem lze také zařadit nevhodné jídlo, nadměrné užívání alkoholu, léků či kofeinu nebo pocity strachu, úzkosti či nejistoty. Veškeré tyto faktory lze rozdělit do



čtyř skupin na fyziologicko-biologické, psychicko-duchovní, sociálně-kulturní a faktory životního prostředí (27).

Věk je jedním ze zásadních fyziologicko-biologických faktorů ovlivňující spánek. Zpravidla ovlivňuje kvalitu, kvantitu i jednotlivé fáze spánku, je však samozřejmé, že mezi jednotlivci v každém věkovém období existují rozdíly. Dalším faktorem, řadícím se do této skupiny, je nemoc. Lze ji vnímat jako určité omezení a to nejen z tělesného hlediska. Potíže se spánkem se totiž mohou skrývat například za různými depresivními stavy, jaterním selháním nebo za zánětlivým onemocněním. Je tedy nutné naslouchat subjektivním pocitům pacienta a současně věnovat dostatečnou pozornost příznakům, které onemocnění provázejí. Nejčastějším faktorem, ovlivňujícím spánek pacienta, je bolest. Ať již se jedná o bolest zubů, žaludku, žlučníku či bolesti na hrudi, znamená pro nemocného velmi nepříjemný pocit a je důležité co nejdříve rozpoznat její typ, charakter, intenzitu, lokalizaci, kvalitu i časový průběh. Co se týče příjmu tekutin před spaním, snad každý zná účinky kávy, zeleného čaje nebo alkoholu. Všechny tyto látky mívají za následek nejen špatné usínání, ale také nucení na močení a časté probouzení se v průběhu noci. Kofein v kombinaci s alkoholem a nikotinem jsou nejčastěji používané drogy. Nízké dávky kofeinu (30–200 mg denně) mohou zvýšit bdělost i výkon, avšak jeho nadměrná konzumace (nad 500mg denně) může vést k úzkostným až depresivním stavům, neklidu, nespavosti, pocitům bušení srdce či svírání žaludku. Vlivem těchto pocitů pak zhoršuje usínání i spánek. Ač se to zdá být na první pohled nepravděpodobné, také alkohol způsobuje nespavost. Jedinec po požití alkoholu sice lépe usne, ale ve chvíli, kdy se alkohol začíná vstřebávat a jeho hladina v krvi klesá, je spánek mělčí a člověk je velmi snadno probuditelný. Alkohol spánek zkracuje, vede k předčasnému probouzení a zhoršuje jeho kvalitu. Velice brzy (asi po týdnu) vzniká tolerance na jeho „uspávací“ účinek a k usnutí je nutné dávku zvyšovat, což vede k rozvoji závislosti. Kouření, díky nikotinu, způsobuje zvýšenou bdělost i ostražitost. Nadměrné kouření (nad 20 cigaret denně) pak způsobuje obtížné usínání, dochází k celkové podrážděnosti, vnitřnímu neklidu a napětí a velice snadno dochází k rozvoji těžké nespavosti. Podobně neblahé účinky na spánek má i konzumace velkého množství jídla před spaním. Pocity „těžkého

žaludku“ a funkční zatížení trávicí soustavy způsobí nejen mělký, ale zpravidla také přerušovaný spánek, který po probuzení nepřináší svěžest ani odpočatost. Nepravidelnost ve spánkovém režimu, způsobená nevhodnou kombinací denních a nočních aktivit, je dalším faktorem nepříznivě ovlivňujícím spánek. Intenzivní duševní soustředění ve večerních hodinách, sledování televize nebo cvičení před usnutím zcela určitě nepřispívá ke kvalitnímu spánku. Oproti tomu mírná únava, spojená s přiměřenou aktivitou (nejlépe na čerstvém vzduchu), je tím nejvhodnějším způsobem, jak usínat co nejsnadněji (21).

Negativní emoce, jako je strach, úzkost či nejistota, jsou psychicko-duchovními faktory, mající na spánek obrovský vliv. Ať již jsou způsobeny rozčlením, afektem, ztrátou někoho či něčeho blízkého anebo nedostatkem aktivit, způsobují v psychice člověka nemalé změny, které se následně odrážejí i na kvalitě spánku. Příčin v tomto směru může být celá řada. Jedná se například o problematiku mezilidských vztahů, zejména rodinných a blízkých konfliktů, dále nezaměstnanost, nedostatečnou integraci do společnosti, finanční starosti, narušenou socializaci, nenaplnění role nebo pracovní či finanční potíže. Důležité je však to, jak je člověk schopen se s danou situací vyrovnat. Například některé prognózy u nemocných pacientů mohou způsobit až ztrátu smyslu života a proto je od zdravotníků nutný citlivý a taktní přístup. S psychicko-kulturními faktory úzce souvisí faktory sociálně-kulturní, mezi něž patří i stres. V dnešní uspěchané době plné zodpovědnosti však často jeho intenzita přesahuje únosnou mez a člověk může mít pocit, že ztrácí kontrolu nad svým životem. Přitom však jeho přiměřené množství je naprosto normální a životu prospěšné, neboť v případě potřeby dokáže „vyburcovat“ organismus k rychlé reakci (20).

V neposlední řadě je zde nutné uvést faktory životního prostředí, neboť neznámé či nevyhovující podmínky mohou u citlivých jedinců narušit klidný průběh spánku. Mezi nejdůležitější faktory prostředí, ovlivňující nejen spánek, ale i odpočinek, je nutné zahrnout především vybavení a vlastnosti lůžka. Svou roli hrají zejména vlastnosti matrace a lůžkovin, které by měly splňovat určité podmínky. Matrace by měla být přiměřeně měkká, aby se na ní leželo pohodlně a přizpůsobovala se zakřivením lidského těla, zároveň však nesmí být měkká příliš, aby se pod vahou těla "nepropadala".

Opomenout nelze ani dostatečný prostor, vhodnou teplotu a vlhkost vzduchu v pokoji. Jelikož je ložnice intimní zónou, kterou člověk obvykle nesdílí s cizími osobami, je nanejvýš pochopitelné, že při hospitalizaci není možné tento standard uspokojit. Dochází k narušení intimity i soukromí člověka a tím k jisté deprivaci (3, 27).

### ***1.2.3 Některé problémy související se spánkem***

Během života se snad u každého člověka občas objevují určité potíže se spánkem. Může se jednat jak o běžné potíže spojené například s přepracovaností, tak o vážnější problémy, které je nutné řešit s odborníkem. Rozebírat spánkové poruchy není cílem práce, avšak od tématu spánkové problematiky je nelze oddělit. Proto zde budou zmíněny jen ty nejčastější, jako je: parasomnie, bruxismus (skřípání zubů), somnilogie (mluvení ze spaní), somnambulismus, spánkové obrny, syndrom neklidných nohou, syndrom spánkové apnoe (SAS), insomnie, hypnagogické záškuby, chrápání (ronchopatie) a narkolepsie.

Parasomnie lze dělit na dvě základní skupiny – parasomnie vázané na N-REM spánek (náměsíčnost, noční děsy, probuzení se zmateností) a parasomnie vázané na REM spánek (noční můry, spánková obrna). Některé parasomnie, jako je noční pomočování, se objevují bez rozdílu na fázi spánku (19).

Velmi obtěžujícím problémem, a to zejména pro okolí spícího, je bruxismus, neboli skřípání zubů. Je vyvolán rytmickými pohyby žvýkacích svalů během spánku. Může se objevit v kterémkoliv spánkovém stádiu. Při častých epizodách vzniká riziko poškození chrupu – obroušením třecích plošek zubů, záněty dásní či okostice, nebo poruchy čelistního kloubu (16).

Somnilogie je mluvení ze spaní. Vyskytuje se ve všech spánkových stádiích, jak u dětí, tak i u dospělých. K tomuto stavu může docházet spontánně, ale také jej lze navodit konverzací, kdy spící odpovídá na otázky. Dotyčný nejčastěji pronáší jen slova nebo útržky vět, avšak jeho proslov bývá nelogický a málo srozumitelný. Somnilogie obvykle závisí na stresové a emocionální zátěži člověka (26).

Somnambulismus je stav, kdy dochází k motorickému chování jedince ve spánku. Nejčastěji se objevuje v první polovině noci, kdy probíhá N-REM spánek

(stadium 3 a 4), který je blíže popsán v kapitole 1.1.1. Při somnambulismu spící vstává z lůžka, chodí po ložnici a mnohdy vychází i ven. Má otevřené oči, vyhýbá se překážkám, otevírá si dveře a iluzorně vnímá své okolí. Většinou chodí mlčky, pak se zpravidla vrací do lůžka a spí dále. Během „nočních procházek“ může však spící přijít k různým úrazům (26).

Při spánkové obrně dochází k probuzení spícího jedince do bdělého vědomí, přičemž dotyčný ví, že se probudil, je plně orientovaný, ale nemůže se pohnout. Je to stav provázený pocitem intenzivního strachu, kdy člověk vlivem atonie svalů nemůže ani křičet. Jedná se o neškodný stav, který se občas vyskytne u 40-50 % populace. Trvá většinou několik desítek vteřin a je typický pro REM spánek (26).

Syndrom neklidných nohou znamená nepříjemné pocity v dolních končetinách v době usínání. Tyto potíže jsou popisovány jako mravenčení, brnění či pálení. Periodické pohyby končetin způsobují mělký spánek a většinou opakované probouzení. Dotyčný o své poruše zpravidla neví, ráno je však unaven a budí se s pocitem bolesti v dolních končetinách (16).

Syndrom spánkové apnoe (dále jen SAS) je další poruchou spánku. Jedná se o soubor příznaků, vyvolávající momenty bezdeší - apnoické pauzy, během noci. Spánek je rušen opakovanými probuzeními, která jsou podmínkou k obnovení respirace na konci apnoické pauzy. Tato pauza může trvat deset sekund i déle. Intenzita spánkové apnoe je pak měřena dle počtu apnoických pauz během jedné hodiny spánku. K těmto probuzením dochází, aniž by si je dotyčný člověk uvědomoval. Lidé trpící tímto syndromem mívají zpravidla hypertenzi, poruchy cirkadiánní rytmicity, bývají obézní, ale především se u nich častěji vyskytuje ischemická choroba srdeční. Pro SAS je typická nadměrná denní spavost, ronchopatie a impotence (26).

Pokud si pacient stěžuje na špatnou kvalitu spánku, má potíže s usínáním, nebo se v průběhu noci probouzí, lze hovořit o nespavosti, neboli insomnii. Jedná se o subjektivní pocit nekvalitního a neosvěžujícího spánku, zahrnující obtížné usínání, přerušovaný noční spánek či předčasné ranní probouzení. Nespavost se většinou objevuje při větší zátěži – ať již v období psychické či sociální zátěže, nebo při tělesné nemoci. Pokud doba usínání trvá déle než 30 minut, nebo když se v průběhu noci objeví

čtyři probuzení, trvající déle než 3 minuty, lze hovořit o insomnii. V mnoha případech je příznakem jiné duševní nebo tělesné poruchy. Narušení spánku může vést k obavám z usínání, k osobní nepohodě, ke zhoršení výkonnosti v běžném životě a k duševní i tělesné únavě. Člověk trpící nespavostí mívá večer před usnutím často pocit napětí, úzkosti či deprese a své myšlenky směřuje na osobní problémy, zdravotní stav či smrt. Nespavost lze dělit na krátkodobou a chronickou (přetrvávající). Krátkodobá nespavost je otázkou několika dnů, maximálně tří týdnů. Příčinou bývá stres, rodinné konflikty, pracovní problémy, tělesné potíže, změny nálad, narušení denního režimu, změny okolních podmínek (hluk, světlo, horko, nevyhovující lůžko), měsíc v úplňku, posuny denního režimu a u žen i hormonální změny. Projevy krátkodobé nespavosti mohou být zcela nespecifické, jako jsou bolesti hlavy, podrážděnost, pocit únavy nebo menší výkonnost (6, 16).

Mezi problémy znemožňující spánek patří také zažívací potíže, pocit plnosti žaludku, nadýmání, nepříjemné pocity při hemoroidech, svědění kůže u kožních onemocnění, dýchací potíže při astmatu, noční pocení v menopauze nebo časté močení při onemocnění prostaty. Poruchy spánku jsou časté rovněž při plicním onemocnění, při zvýšené činnosti štítné žlázy, poruchách ledvin, jater nebo diabetu mellitu (24).

Pocit ranní „nevyspalosti“ může přijít, pokud je jedinec probuzen uprostřed spánkového cyklu. Takový člověk se cítí zpravidla méně odpočatý, než jedinec, který právě spánkový cyklus ukončil. Například člověk, který spal pouze šest hodin a probudil se po čtyřech ukončených spánkových cyklech, se cítí více odpočatý, než člověk, který spal devět hodin, ale probudil se ve druhé polovině spánkového cyklu. Pokud je však člověk probuzen dříve, nebo naopak zůstane po probuzení v lůžku, znovu usne a vzbudí se po půl hodině, dá se předpokládat, že další probuzení nastane uprostřed cyklu. V tomto případě přichází pocit nevyspalosti. Potíže se spánkem mohou být zhoršovány i obavami o spánek. Zvláště pak u pacientů s onemocněním kardiovaskulárního aparátu (blíže bude popsáno v kapitole 1.3), kdy samotný faktor stresu bývá podnětem pro zhoršení zdravotního stavu. Jsou to právě myšlenky, které velmi často fungují jako „spouštěče“ strachu a úzkosti, zvyšují napětí a brání spánku (18, 30).

### 1.3 Kardiovaskulární onemocnění

Onemocnění kardiovaskulárního aparátu je v dnešní uspěchané době velmi častým problémem naší populace. Z hlediska průběhu lze toto onemocnění rozdělit na akutní a chronická. Mezi akutní řadíme: akutní infarkt myokardu, nestabilní anginu pectoris, život ohrožující arytmie, plicní embolie či těžká srdeční selhávání. Oproti tomu chronické selhávání znamená pro pacienta zpravidla vleklý a dlouhodobý problém. Jedná se o onemocnění, jakým je například stabilní angina pectoris, chlopenní vady, ischemická choroba srdeční, chronické srdeční selhávání, srdeční arytmie na různém podkladu nebo zánětlivá onemocnění srdce. Pro potřeby této práce budou zmíněna pouze ta onemocnění a potíže, se kterými jsou nemocní nejčastěji hospitalizováni na koronární jednotce (1, 23).

Mezi nejčastější potíže, které pacient při příjmu na kardiologické oddělení udává, jsou bolesti na hrudi. Tyto jsou důvodem pro okamžitou hospitalizaci a chronická forma této bolesti je pak indikací pro kardiologické vyšetření. Charakteristickým znakem ischemické choroby srdeční je snížená koronární odezva, což vede k tomu, že nabídka kyslíku při zátěži není schopna pokrýt potřebu. Tato ischemická anoxie způsobí při rozčilení nebo tělesné námaze bolesti na hrudi, vyzařující často do levé strany - zvláště pak do paže a krku. Hlavní příčinou je zúžení velkých proximálních koronárních arterií, nejčastěji na aterosklerotickém podkladě. Uzávěr koronární cévy však nemusí vést nutně k infarktu myokardu, neboť může dojít ke kolaterálnímu oběhu, jehož zásobení pokryje potřebu dané tkáně. Trvá-li však ischemie delší dobu, dochází k ireverzibilnímu poškození buněk myokardu a přibližně po jedné hodině ischemie srdečního svalu dochází ke tkáňové nekróze, nebo-li infarktu myokardu. V 85 % případů je příčinou trombus v místě aterosklerotické koronární stenózy. Dalšími příčinami infarktu myokardu mohou být zánětlivá onemocnění cév, embolie nebo těžké koronární spasmy (11).

Plicní embolie je onemocnění, jejíž příčinou je ve většině případů hluboká žilní trombóza. Jedná se o uzavření plicního řečiště embolem, jenž je zanesen krevním proudem do plicní tepny nebo jejích větví, kde způsobí uzavěr plicního řečiště

s následným omezením ventilace. Vzniká plicní hypertenze, jež má za následek zvyšující práci pravé srdeční komory. Plicní embolizace se zpravidla projeví náhlou dušností, bolestí na hrudi a často i cyanózou. V případě, že se jedná o velký embolus, uzavírající většinu průsvitu plicnice, má plicní embolie velmi rychlý průběh, který může mít za následek náhlou smrt (1, 9).

Srdeční selhávání patří k dalším onemocněním spadajícím do specifík péče poskytované na koronární jednotce. Dle příčiny může selhávat levá, pravá nebo obě srdeční komory. Příčinou akutního selhání levé komory může být kromě infarktu myokardu také hypertenzní krize, významná srdeční vada, myokarditida nebo kardiomyopatie. Pro selhání levé komory je typické zvýšení plicního tlaku levé komory a městnání krve v malém plicním oběhu, které se projevuje dušností. Příčinou selhání pravé komory je nejčastěji plicní embolie, status astmaticsus nebo rozsáhlý pneumothorax. Dochází ke zvýšení plicního tlaku pravé srdeční komory a městnání krve ve velkém krevním oběhu. Pravostranné selhání je provázeno dušností, centrální cyanózou, zvýšenou náplní krčních žil a může se objevit i bolest na hrudi, pleurální bolest a kašel (1, 11).

## **1.4 Uspokojení potřeby spánku nemocných na kardiologické JIP**

### ***1.4.1 Charakteristika kardiologické JIP***

Jednotka intenzivní péče (dále jen JIP) poskytuje pacientovi maximum komplexní a individuální péče. Tato pracoviště jsou určena pro pacienty s probíhajícím nebo hrozícím selháváním jednoho či více orgánů. Stav pacienta je zde sledován nepřetržitě 24 hodin denně a veškerý průběh a změny zdravotního stavu sestra zaznamenává do dokumentace. Jelikož na JIP hrozí selhání základních životních funkcí pacienta, musí být dostupnost lékaře okamžitá. Pro ošetřovatelský personál je nutné znát specifika intenzivní ošetřovatelské péče, která je velmi náročná jak po psychické, tak po fyzické stránce (9, 24).

Dle organizační struktury nemocnic v České republice jsou oddělení poskytující péči nemocným s akutními srdečními příhodami vedeny jako JIP kardiologického oddělení nebo jako koronární jednotky. V nemocnici v Českých Budějovicích a.s. je neodkladná péče při akutních projevech srdečního onemocnění poskytována pacientům na koronární jednotce. Mnohé z pacientů přiváží Rychlá záchranná služba a to často v ohrožení života. Mezi diagnózy léčené na koronární jednotce patří zejména akutní infarkt myokardu a jeho komplikace, život ohrožující arytmie, nestabilní angina pectoris, těžké srdeční selhávání nebo plicní embolie, které byly blíže popsány v kapitole 1. 3.

Koronární jednotka v Českých Budějovicích má osm monitorovaných, polohovacích lůžek pro kontinuální sledování základních životních funkcí, včetně hemodynamického monitorování. Každé lůžko je vybaveno monitory, infusními pumpami a dávkovači. V případě potřeby je zde pro pacienta zajištěna umělá plicní ventilace (UPV), dočasná srdeční stimulace a monitoring s možností invazivního sledování včetně měření srdečního výdeje. Z hlediska neinvazivní kardiologie je zde možnost využití přístroje pro ultrazvukové vyšetření srdce a velkých cév, při kterém lze v případě potřeby využít i jícnovou sondu pro jícnovou echokardiografii. Koronární jednotka má k dispozici katetrizační laboratoř, vybavenou RTG zařízením, díky kterému je možné poskytovat diagnostickou i léčebnou péči nemocným s ischemickou chorobou srdeční. V případě, že u pacienta byla potvrzena diagnóza akutního infarktu myokardu, je zde zajištěna nepřetržitá dostupnost přímé koronární angioplastiky (PTCA), na plně vybaveném katetrizačním sále. Tak je maximálně zkrácen čas od přijetí pacienta do otevření infarktové tepny. Koronární jednotka zajišťuje též implantaci pacemakerů pacientům s poruchami srdečního rytmu (11).

#### ***1.4.2 Péče o nemocné na kardiologické JIP***

Během příjmu pacienta na koronární jednotku je u něj nutné zajistit především dýchací cesty a monitoraci základních životních funkcí. Sestra ve spolupráci s lékařem zajistí venózní a arteriální vstupy a odebere biologický materiál k laboratornímu vyšetření. Poté natočí záznam elektrokardiogramu (EKG), který lékař ihned vyhodnotí



a v případě prokázaného infarktu myokardu je pacient převezen na katetrizační sál k provedení koronarografie. Pokud jsou změny závažné, lze přímo při koronarografii provést angioplastiku koronární tepny (PTCA). V případech, kdy již není možné tepnu zprůchodnit, je indikována kardiologická operace – by-pass, spadající do kompetence kardiologů. Při příjmu sestra zajistí pacientovi stravu a v případě nadváhy nebo jiných onemocnění, jako je například diabetes mellitus či hypertenze, objedná adekvátní dietu (9, 25).

V prvních dnech po proběhlém infarktu myokardu je pacientovi vyšetřeno srdce pomocí ultrazvuku (echokardiografie), kdy lékař posoudí výkon srdce, rozsah poškozené oblasti a funkci srdečních chlopní. Při nekomplikovaném infarktu myokardu je od druhého dne zahájena rehabilitace a třetí den je zpravidla možné pacienta přeložit na standardní oddělení kardiologie.

Ošetrovatelská péče poskytovaná na JIP je závislá na diagnóze a aktuálním zdravotním stavu pacienta, jehož nároky a potřeby se permanentně vyvíjí. Je zde neustálý kontakt mezi pacientem a sestrou, která kontinuálně sleduje vitální funkce, srdeční činnost, kontroluje funkci ledvin, měří centrální žilní tlak. Pokud je pacient zaintubován, pečuje o dýchací cesty. Dle potřeby pacientovi poskytuje vlhčený kyslík a také věnuje pozornost jeho subjektivním pocitům. V případě alarmujících hodnot laboratorních výsledků ihned informuje lékaře, se kterým danou situaci bezodkladně řeší. Zvláštní pozornost věnuje glykemii, neboť diabetes mellitus bývá velmi častou komplikací srdečních chorob. Veškeré výsledky pak zaznamenává do dokumentace pacienta. Denně kontroluje invazivní vstupy a sterilně o ně pečuje (24).

V případě angiografického vyšetření zajistí sestru přípravu pacienta. Jedná se o výkon prováděný v místní anestezii, kdy je nejčastěji přes arteria femoralis zaveden katetr až k odstupe koronárních cév z aorty. K zobrazení koronárního řečiště je proveden nástřik kontrastní látkou a proto je před výkonem nutné podání antihistaminik (Dithiaden, Hydrocortison), jako prevence případné alergické reakce. Sestra zajistí výsledky laboratorních vyšetření jako je zejména Quickův test, APTT a srážlivost krve, zajistí oholení místa vpichu a v rámci svých kompetencí pacienta o výkonu náležitě poučí. Poté je pacient transportován do katetrizační laboratoře. Po výkonu je nutný

přísný klid na lůžku, kdy je pacient uložen do vodorovné polohy se zátěží v tříse, přes které byl katetr femorální tepnou zaveden. Sestra pravidelně kontroluje krytí a okolí vpichu, pacientovi měří krevní tlak, puls a hodnotí jeho celkový stav. V pravidelných intervalech rovněž sleduje prokrvenost a teplotu dolních končetin, zajišťuje pacientovi dostatek tekutin a zároveň sleduje stížnosti pacienta (13, 23).

Při hospitalizaci na koronární jednotce je pacient vystaven nepříjemným vlivům prostředí, jako je hluk způsobený běžným provozem JIP, různé zvuky vycházející z přístrojů, nevhodné osvětlení, nepřiměřená pokojová teplota, přítomnost spolupacientů nebo samotná činnost ošetrovatelského personálu. Tyto aspekty mohou během nočních hodin nevhodně působit na spánek pacienta. Ne každý pacient se zvládá přizpůsobovat těmto změnám a nemocničnímu režimu. Ranní vstávání v šest hodin může být pro mnohé velmi nepříjemné a radikální změna nebo dokonce absence spánkových návyků může narušovat a někdy dokonce až znemožňovat klidný spánek pacienta (18, 30).

#### ***1.4.3 Úloha sestry při sběru anamnézy***

Sestra má nenahraditelnou úlohu při zmapování potíží ohledně nespavosti pacienta, při zjišťování tělesných projevů napětí a při poskytování informací o onemocnění. Pokud má pacientovi pomoci zlepšit kvalitu spánku, musí nejprve zjistit, jakými konkrétními potížemi se spánkem trpí.

Během příjmu pacienta na kardiologickou JIP odebírá sestra podrobnou sesterskou anamnézu, kde zjišťuje současné potíže pacienta, přítomnost dušnosti, zda-li kouří, jaké léky pacient užívá nebo zda se v rodině vyskytly srdeční problémy. Z hlediska potřeby spánku pak sestra v průběhu hospitalizace doplňuje anamnézu nejen dalším rozhovorem, ale i pozorováním. Od nemocného získává informace o tom, zda-li má potíže se spánkem, kdy se tyto potíže poprvé objevily, v kolik hodin zpravidla usíná, jaké má spánkové zvyklosti nebo zda-li je pacient zvyklý pít kávu či alkohol. Velmi důležitá je rodinná anamnéza, psychický stav nemocného a stresová zátěž. Během hospitalizace sestra dále sleduje, zda-li pacient spí přes den a jaké aktivity vyvíjí, věnuje pozornost jeho náladám a stresu. Někdy opravdu postačí, aby pomohla pacientovi zamyslet se nad hygienou spánku, nebo upravila prostředí, v němž se pacient

nachází a problém tím může být značně eliminován. Po sběru anamnézy pak sestra přemýšlí, jak může pozitivně ovlivnit kvalitu usínání i samotného spánku u pacienta a následně zaintervenuje (3, 14).

Neméně důležitá je i souvislost s jinými chorobami, neboť kardiovaskulární onemocnění zpravidla bývá provázeno onemocněním jako je hypertenze, diabetes mellitus či obezita. Somatická tenze může vyvolávat představy a pocity, které vedou k potížím s usínáním, nebo mohou spánku dokonce i zabraňovat.

Vzhledem k tomu, že v průběhu hospitalizace tráví sestra s pacientem nejvíce času, může právě ona rozpoznat, zda-li mají potíže se spánkem příčinu psychickou, somatickou nebo jsou spojené se změnou prostředí (8).

#### ***1.4.4 Intervence sestry při zajištění spánku***

Veškerá sesterská péče na koronární jednotce se odvíjí od aktuálního stavu a potřeb pacienta. Při příjmu sestra zjišťuje nejen důležité informace v oblasti spánku pacienta, ale současně ve spolupráci s lékařem také pacientovi poskytuje veškeré informace týkající se jeho hospitalizace, očekávaných vyšetření a výkonů. Seznámí jej s oddělením a průběžně odpovídá na jeho dotazy. Nedostatek informací může být pro nemocného velmi stresující a často vede k nekvalitnímu spánku, nebo dokonce ke zhoršení zdravotního stavu (13).

Pacient během hospitalizace ztrácí zpravidla možnost aktivit, volnosti pohybu, mění se jeho životní rytmus i zvyklosti. Je vystaven neznámému prostředí, obavám o své zdraví či strachu z léčebného výkonu. Na tyto situace nezřídka reaguje nespavostí, úzkostí, depresí, agresí nebo zmateností. Stává se na sestře závislým a záleží na jejích znalostech a schopnostech, jakým způsobem pacientovi pomůže zvládnout a uspokojit deficit jeho potřeb, jak bude podporovat jeho soběstačnost a vyslechne starosti a potíže, které jej trápí. Aby pacient na JIP nestrádal, je nutné s ním vhodně komunikovat, minimalizovat, nebo nejlépe odstranit jeho bolesti, vytvořit pocit bezpečí, ale především zajistit dostatečný spánek a odpočinek (15, 18).

Z hlediska vhodného prostředí upravuje sestra podmínky ke spánku. Pokojová teplota by neměla být ani příliš vysoká, ale ani nízká. Podle toho pak musí eventuálně

pokoj vyvětrat, nebo teplotu v pokoji zvýšit. Pokrývka pacienta by měla být lehká a přiměřená ročnímu období, avšak tento aspekt může sestra ve zdravotnickém zařízení jen těžko ovlivnit. Zejména na koronární jednotce je nutné, aby lůžko bylo přístupné ze tří stran a to nejen z důvodu cirkulace vzduchu, ale především z hlediska ošetrovatelské činnosti sestry. Ideální prádlo na spaní by mělo být vyrobeno z přírodních látek, jako je bavlna, len či hedvábí. Mnohdy je při hospitalizaci vhodnější používat prádlo nemocniční, neboť zdravotní potíže jsou obvykle provázeny zvýšeným pocením a pro pacienta je příjemnější měnit prádlo častěji. Velmi důležitá je izolace od všech silnějších – především zvukových, světelných nebo čichových – podnětů. Úkolem sestry je tedy upravit lůžko, poučít pacienta o večerním pitném a stravovacím režimu, vhodných aktivitách během večera a o nezbytnosti vyloučení budivých látek jako je například kofein nebo nikotin (19, 25).

Ošetrovatelská péče v oblasti večerní hygieny se na koronární jednotce neobejde bez pomoci sestry. Ať již se jedná o sprchu či hygienu na lůžku, je v tomto směru nutné zajistit pacientovi veškerou asistenci. Při těžkém zdravotním stavu pacienta provádí sestra hygienu ve spolupráci s ostatním zdravotnickým personálem (25).

Kardiovaskulární onemocnění provází velmi často dušnost. V rámci ošetrovatelské péče je nezbytné, aby sestra poskytla pacientovi vlhčený kyslík nejen před spaním, ale kontinuálně během dne, pokud to jeho stav vyžaduje. Pro usnadnění dýchání sestra pomáhá nemocnému zaujímat úlevovou ortopedickou polohu.

Pokud je pacient nervózní, nebo má strach z očekávaného výkonu, je na místě uklidňující rozhovor ze strany sestry. Obavy, že člověk neusne, vyvolávají stavy úzkosti a napětí, které často vedou k užívání léků na spaní. Občasné užití těchto léků vede zpravidla k úlevě a usnutí, ovšem jejich pravidelná konzumace způsobuje rezistenci. Pokud je tedy možnost se vyhnout užívání těchto léků, je vhodné zvolit jinou alternativu. Sestra by měla umět pacientovi vysvětlit, že většina hypnotik ztrácí svůj 100 % účinek již po několika málo týdnech pravidelného užívání a potíže se spánkem se opakují. Hypnotika mají zpočátku potlačující vliv na REM spánek, který však po určité době mizí a hypnotika se stávají méně účinná. Nad zlepšením kvality spánku pomocí hypnotik by sestra měla uvažovat až po vyloučení sekundárních příčin nespavosti a po

úpravě spánkové hygieny. Pokud vyčerpá veškeré možnosti, jak zlepšit kvalitu spánku pacienta, měla by se poradit s lékařem a zvážit podání hypnotik (Příloha 1). Je zcela přirozené, že nespavost, která vznikala týdny a měsíce, nemůže odeznít během několika dní. Pokud je pacient zvyklý užívat před spaním léčivé rostliny ve formě čajů, nálevů, výtažků či kapek, měla by mu to sestra po konzultaci s lékařem umožnit. Na každém oddělení je kuchyňka, kterou lze pro přípravu těchto čajů či nálevů využít. Za nejúčinnější je považován čaj z meduňky s trochou chmele nebo výtažek z ovsa. *Humulus lupulus* neboli chmel otáčivý vyvolává spánek při nervové předrážděnosti. Ideální je jeho kombinace s kozlíkem lékařským (*Valeriana officinalis*). Meduňka lékařská (*Mellisa officinalis*) je uklidňujícím prostředkem při bušení srdce, srdečních neurózách a nespavosti. Třezalka tečkovaná (*Hypericum perforatum*) působí příznivě na látkovou výměnu, zlepšuje krevní oběh a vnitřně se užívá při neklidném spánku (5, 12, 19).

Sestra dále zajišťuje nejen nezbytnou péči při ošetřování pacienta, ale také spolupracuje s dalšími členy ošetrovatelského týmu. Pro zmírnění dušnosti pacienta je velmi vhodná dechová rehabilitace. Po konzultaci s lékařem je možné kontaktovat fyzioterapeuta, který pacientovi ukáže různé techniky dechové relaxace, které pak může využít jak při dechových obtížích provázejících kardiovaskulární onemocnění, tak i při potížích se spánkem nebo ve stresových situacích (24).

### **1.5 Intervence sestry ve spánkové laboratoři při uspokojení potřeby spánku**

Pokud potíže se spánkem u pacienta přetrvávají, spolupracuje sestra s lékařem. Ten může nemocného doporučit do spánkové laboratoře, kde se odborníci zabývají problémy týkající se spánku. Spánková laboratoř je diagnostické a částečně i léčebné pracoviště určené k přesné analýze různých spánkových poruch a podpoře jejich léčby.

Rozvoj spánkové medicíny v České republice odpovídá celosvětovému trendu. Ve spánkové laboratoři je prioritou odhalení a léčba spánkových poruch jako je například insomnie, syndrom spánkové apnoe (SAS), hypersomnie, narkolepsie,

ronchopatie, parasomnie či noční pomočování. Diagnostika a léčba se rozšířila na celé spektrum spánkových poruch a prohloubila se spolupráce s klinickými interními i chirurgickými obory. Spánková problematika se stala v posledních letech i výraznou součástí mezinárodní spolupráce světové zdravotnické organizace (WHO) (15).

Základem pro správnou diagnózu spánkové poruchy zůstává rozhovor s pacientem, ale i jeho ložnicovým partnerem, neboť některé příznaky si pacient sám neuvědomuje. Často lze stanovit diagnózu a zahájit léčbu již na základě tohoto rozhovoru, jindy je nutné další vyšetření ve spánkové laboratoři, kde je základním vyšetřením polysomnografie (15).

Jedná se o celonoční vyšetření, při kterém je sledována řada parametrů organismu. Při tomto vyšetření jsou hodnocena spánková stadia pomocí elektroencefalogramu (EEG), elektrookulogramu (EOG) a povrchního elektromyelogramu (EMG), kdy je sledována aktivita svalu brady. Pro určení diagnózy syndromu spánkové apnoe je navíc sledován proud dýchaného vzduchu před nosem a před ústy, dýchací pohyby hrudníku a břicha, nasycení krve kyslíkem pomocí pulzního oxymetru a rovněž je sledována i aktivita končetin. Během spánku je také zaznamenáváno chování pacienta digitální videokamerou (16).

Při potížích se spánkem je pacient do spánkové laboratoře objednan na doporučení praktického či odborného lékaře. Před vyšetřením je pozván do spánkové poradny, kde podrobně vysvětlí lékaři své potíže se spánkem a se sestrou se dohodne na termínu samotného vyšetření. V tento den se pak tamtéž dostaví kolem 21. hodiny, kde mu sestra vysvětlí celý postup vyšetření. S pacientem vede rozhovor za účelem zjištění podrobných informací týkajících se jeho potíží se spánkem a pracovního i rodinného zázemí. Velmi důležité je, aby sestra při rozhovoru pacienta uklidnila a důkladně mu vysvětlila, jak probíhá připojení na přístroj i samotné vyšetření. Poté se pacient nachystá ke spánku. Vlastní napojení pacienta na polysomnograf spočívá v rozmístění elektrod. Na hlavu jsou mu rozmístěny elektrody snímající ve spánku pohyb očí, proudění vzduchu a tonus bradového svalstva. Na hrudníku jsou další dvě elektrody snímající EKG záznam. Hrudní a břišní pás zaznamenává dýchací pohyby a na prst u ruky je umístěno čidlo pulzního oxymetru pro snímání krevní saturace kyslíkem.

Pro záznam pohybů dolních končetin a diagnostiku syndromu neklidných nohou jsou umístěna na dolních končetinách další dvě čidla. V místnosti, kde pacient spí, je kamera, doplňující osmihodinový záznam spánku. Ráno je pak tento záznam uložen k dalšímu zpracování. Po vyhodnocení záznamu je pacientovi při další dohodnuté schůzce sdělen výsledek vyšetření a lékařem navrhnut další terapeutický postup (26).

## **2 Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit, zda-li je uspokojována potřeba spánku u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním hospitalizovaných na JIP.

Cíl 2: Identifikovat faktory, které mají vliv na uspokojování potřeby spánku u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním na JIP.

### **2.2 Hypotézy práce**

Hypotéza 1: Pacienti s kardiovaskulárním onemocněním, hospitalizováni na JIP, mají neuspokojenou potřebu spánku.

Hypotéza 2: Nejčastěji vnímaným faktorem, ovlivňujícím spánek pacientů s kardiovaskulárním onemocněním hospitalizovaných na JIP, je změna prostředí.



## 3 Metodika

### 3.1 Použitá metoda

K dosažení cíle a ověření stanovených hypotéz byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Použitý dotazník pro pacienty byl sestaven na základě prostudované literatury. Dotazník byl anonymní a obsahoval uzavřené a polouzavřené otázky, které nabízely možnost výběru z konkrétních možností a zároveň možnost vyjádření vlastního názoru.

Dotazník obsahoval 22 otázek zaměřených na kvalitu i kontinuitu spánku a na prostředí, které na pacienta působí během hospitalizace na kardiologické jednotce intenzivní péče. 11 otázek bylo uzavřených a 11 otázek bylo polouzavřených. Otázka 1 identifikovala respondenty, ve smyslu zda-li se jedná o ženu či o muže. Otázky 2, 3 a 4 byly zaměřeny na problematiku usínání pacientů během hospitalizace na kardiologické JIP. Otázkami 5 a 6 byla zjišťována míra spokojenosti pacientů s nočním spánkem a s ranním pocitem po probuzení během hospitalizace na JIP. Otázka 7 zjišťovala, které konkrétní faktory nejvíce ruší pacienty během nočního spánku na JIP. Otázky 8 a 9 srovnávaly délku spánku pacientů v domácím prostředí a v prostředí kardiologické JIP. Cílem otázky 10 bylo zmapovat zvyklosti pacientů v oblasti užívání léků na spaní a otázka 11 pak následně zjišťovala, zda-li mají pacienti možnost užívat léky na spaní i během pobytu na JIP. Otázky 12, 13, 14 a 15 jsou zaměřeny na problematiku ranního a nočního probouzení s možností označení konkrétních příčin. Otázka 16 zjišťuje zda-li jsou pacienti v domácím prostředí zvyklí provádět nějaké aktivity vedoucí ke zlepšení spánku a otázka 17 zjišťuje, zda-li je možné tyto aktivity provádět i v nemocničním prostředí. Otázky 18 a 19 zjišťují potřebu a důvod pospávání pacientů během dne při pobytu na JIP. Otázka 20 má za úkol zmapovat problémy se spánkem, které pacienty obtěžují během pobytu na JIP. Polouzavřená otázka 21 nabízí pacientovi konkrétní možnosti při zjišťování činností, které by pomohly zkvalitnit jeho spánek během pobytu na kardiologické JIP a zároveň umožňuje vyjádření pacienta jak pozitivně ovlivnit kvalitu svého spánku během hospitalizace. Otázka 22 je zaměřena na orientaci pacientů v čase během pobytu na kardiologické JIP.

### 3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

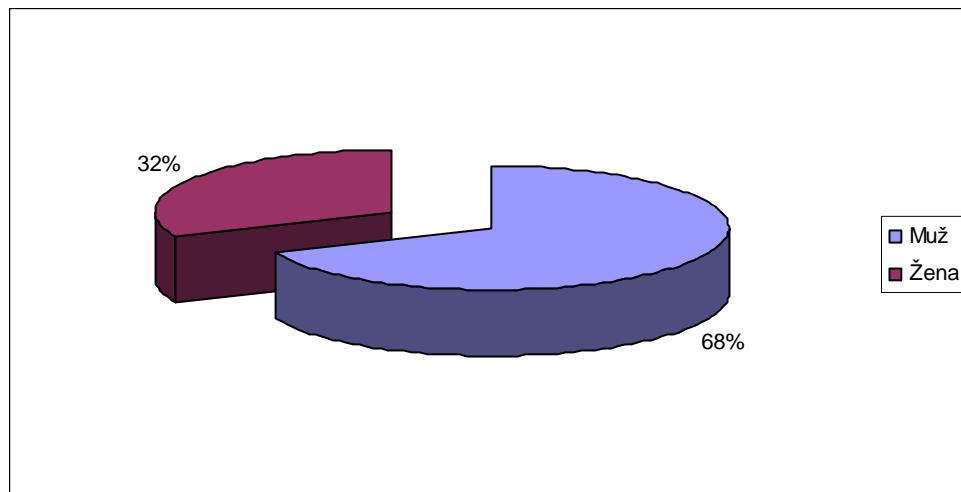
Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na jednotce intenzivní péče kardiologického oddělení nemocnice České Budějovice a.s. V průběhu tří po sobě jdoucích měsíců (leden – březen 2008) byli tito pacienti osloveni a požádáni o vyplnění anonymního dotazníku. Kontaktní osobou byla staniční sestra koronární jednotky kardiologického oddělení.

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Z tohoto celkového počtu rozdaných dotazníků se 7 vůbec nevrátilo, 10 se vrátilo prázdných a 103 vyplněných. Návratnost tedy činila 86 %. Během zpracování výsledků bylo nutné 18 dotazníků vyřadit pro neúplnost údajů. Výzkumný soubor tedy tvořilo 85 pacientů.

Pro umožnění dotazníkového šetření byla oslovena náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní sestra kardiologického oddělení a po domluvě se staniční sestrou koronární jednotky byly dotazníky rozdány pacientům na kardiologické JIP nemocnice České Budějovice a.s. Úvod dotazníku obsahoval žádost o jeho vyplnění, způsob, jakým má být vyplněn a zároveň vysvětloval účel výzkumu.

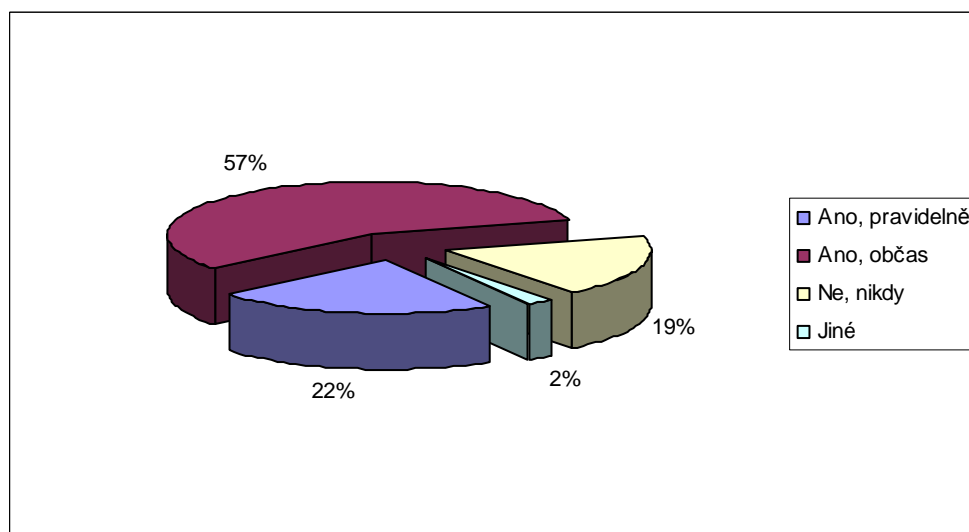
## 4 Výsledky

**Graf 1 Identifikace respondentů**



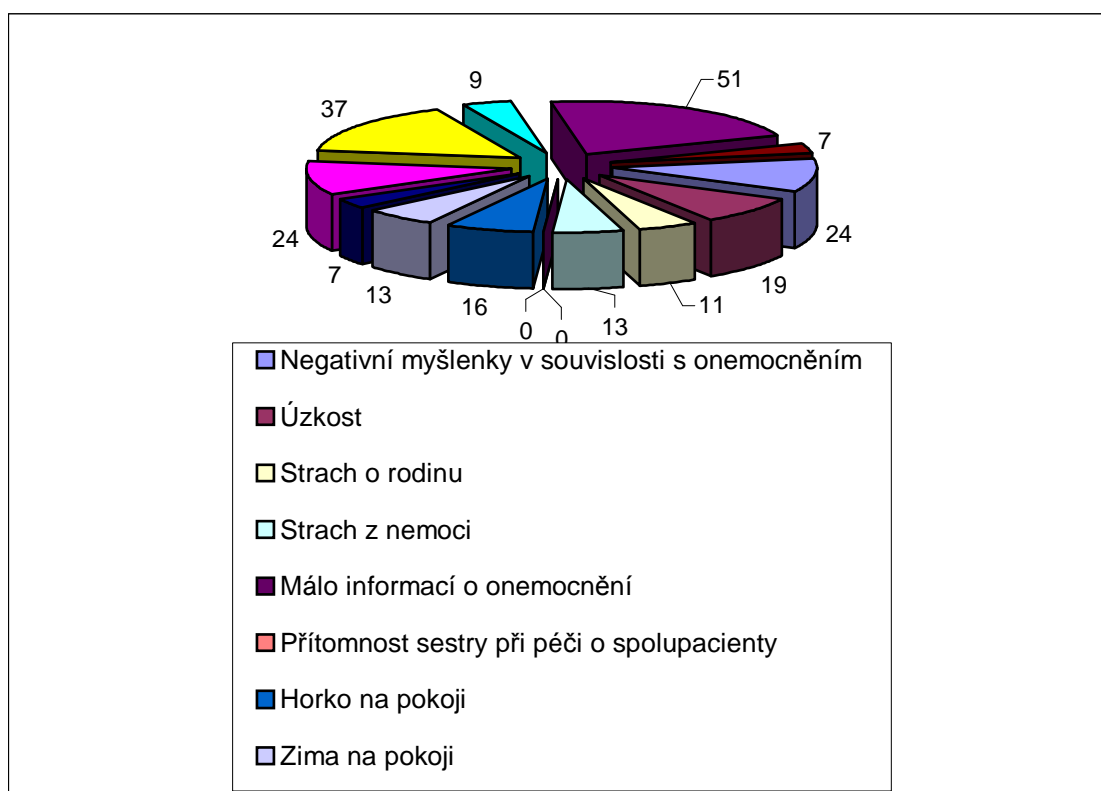
Graf znázorňuje, že ve sledovaném souboru je 27 žen (32 %) a 58 mužů (68 %).

**Graf 2 Potíže s usínáním u pacientů hospitalizovaných na JIP**



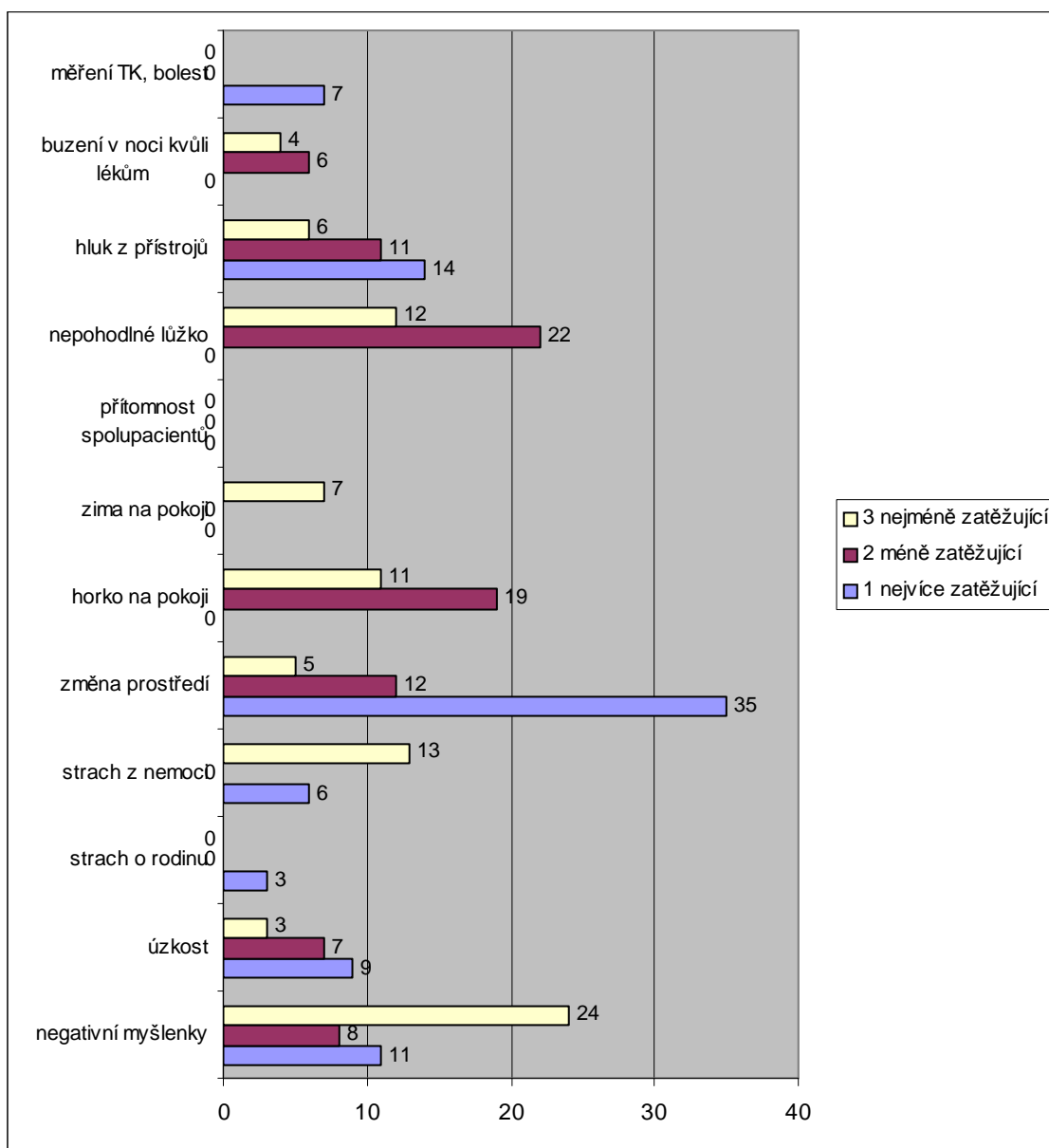
Graf popisuje přítomnost potíží s usínáním u pacientů na JIP kardiologického oddělení: 48 pacientů (57 %) trpí občasnými potížemi, 19 pacientů (22 %) má potíže s usínáním pravidelně, 16 pacientů (19 %) nemá s usínáním na JIP potíže nikdy a 2 pacienti (2 %) udávají v možnosti *jiné* nepravidelné usínání.

**Graf 3 Příčiny potíží s usínáním u pacientů hospitalizovaných na JIP**



Graf rozvíjí odpověď *ano* z grafu 2 a znázorňuje četnost odpovědí. Jako příčinu potíží s usínáním u pacientů hospitalizovaných na kardiologické JIP uvedlo 51 pacientů změnu prostředí, 37 pacientů vnímá hluk z přístrojů na JIP tak intenzivně, že nemohou usnout, 24 pacientů uvádí jako důvod potíží negativní myšlenky v souvislosti s onemocněním, 24 pacientů vnímá lůžko jako nepohodlné a proto nemohou dobře usínat, 19 pacientů pociťuje při usínání úzkost, 16 pacientů udává jako důvod horko na pokoji, 13 pacientů má strach z nemoci, 13 pacientů pociťuje při usínání na pokoji zimu, 11 pacientů udává jako důvod strach o rodinu, 9 pacientů se probouzí v souvislosti s podáváním léků a následně nemohou znovu usnout a 7 nemocným vadí přítomnost spolupacientů. V možnosti *jiné* uvedlo 5 pacientů jako důvod potíží s usínáním bolest a 2 pacienti jsou rušeni opakovaným měřením krevního tlaku. Možnosti *málo informací o onemocnění* a *přítomnost sestry při péči o spolupacienty* jako příčinu potíží s usínáním neoznačil žádný pacient.

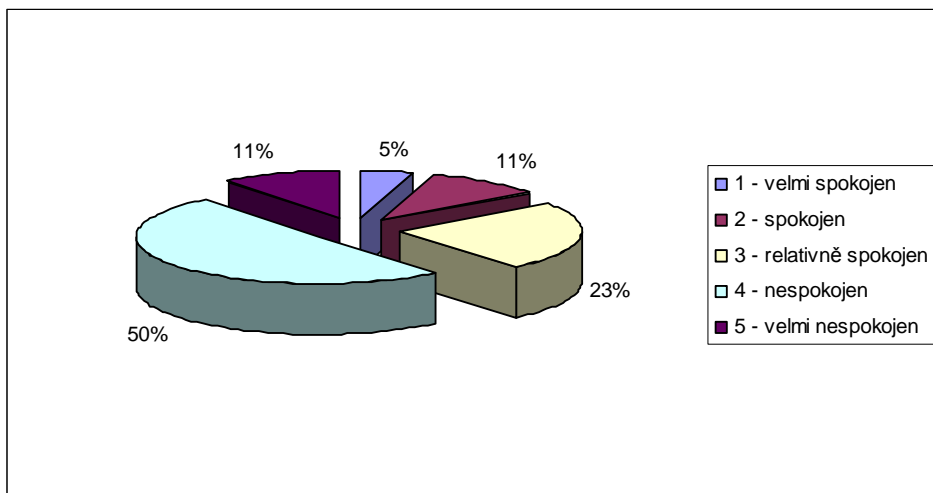
**Graf 4 Míra zátěže jednotlivých potíží s usínáním**



Graf znázorňuje potíže s usínáním, které pacienty zatěžují během hospitalizace na JIP. Tyto potíže byly rozděleny do třech skupin na nejvíce zatěžující, méně zatěžující a nejméně zatěžující. 24 pacientů označilo jako nejméně zatěžující negativní myšlenky v souvislosti s onemocněním, 13 pacientů označilo strach z nemoci, 12 pacientů označilo nepohodlné lůžko, 11 pacientů označilo jako nejméně zatěžující horko na

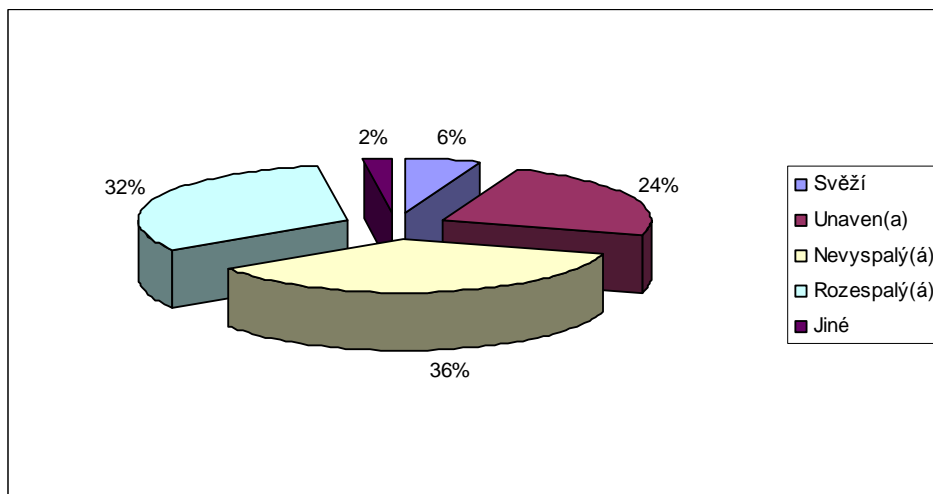
pokoji, 7 pacientů uvedlo zimu na pokoji, 6 pacientů uvedlo hluk z přístrojů, 5 pacientů označilo změnu prostředí, 4 pacienti uvedli probouzení v souvislosti s podáváním léků během noci a 3 pacienti označili za nejméně zatěžující možnost úzkosti. Varianty *strach o rodinu* a *přítomnost spolupacientů* neoznačil žádný pacient jako nejméně zatěžující potíže při usínání. Méně zatěžující potíže s usínáním vyhodnotili pacienti takto: 22 pacientů uvedlo nepohodlné lůžko, 19 pacientů označilo horko na pokoji, 12 pacientů uvedlo jako méně zatěžující změnu prostředí, 11 pacientů označilo hluk z přístrojů, 8 pacientů uvádí jako méně zatěžující negativní myšlenky v souvislosti s onemocněním, 7 pacientů označilo úzkost a 6 pacientů uvedlo jako méně zatěžující probuzení v souvislosti s podáváním léků. Možnosti *strach o rodinu*, *strach z nemoci*, *zima na pokoji*, *přítomnost spolupacientů*, či *jiné* neoznačil žádný z pacientů. Za nejvíce zatěžující při usínání považuje 35 pacientů změnu prostředí, 14 pacientů je nejvíce obtěžováno hlukem z přístrojů, 11 pacientů pokládá za nejvíce zatěžující negativní myšlenky v souvislosti s onemocněním, 9 pacientů považuje za nejvíce zatěžující úzkost a 7 pacientů uvedlo v možnosti *jiné* bolest nebo měření krevního tlaku. Pro 6 pacientů je největším problémem při usínání strach z nemoci a 3 pacienti uvedli strach o rodinu. Možnosti: *horko na pokoji*, *zima na pokoji*, *přítomnost spolupacientů*, *nepohodlné lůžko* či *probuzení v souvislosti s podáváním léků* nevedl žádný z pacientů jako nejvíce zatěžující faktor při usínání na koronární jednotce.

**Graf 5 Spokojenost pacientů s nočním spánkem na kardiologické JIP**



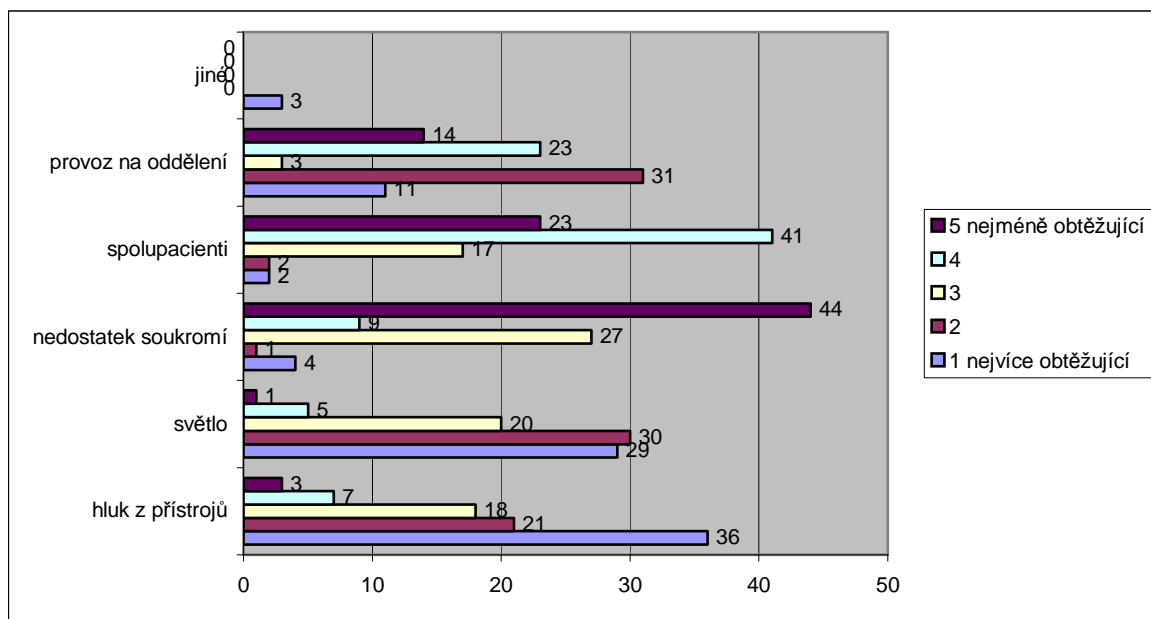
Graf znázorňuje spokojenost pacientů s nočním spánkem během hospitalizace na kardiologické JIP: nespokojeno je 43 pacientů (50%), relativně spokojeno je 20 pacientů (23 %), spokojeno je 9 pacientů (11 %), velmi nespokojeno je 9 pacientů (11 %) a velmi spokojeni jsou během hospitalizace na JIP 4 pacienti (5 %).

**Graf 6 Pocit pacientů po ranním probuzení na kardiologické JIP**



Graf znázorňuje pocit pacientů po ranním probuzení na kardiologické JIP: 31 pacientů (36 %) se cítí nevyspale, 27 pacientů (32 %) je po ránu rozespalých, 20 pacientů (24 %) má pocit únavy, 5 pacientů (6 %) se cítí po ránu svěží, a 2 pacienti (2 %) nemohou svůj pocit specifikovat, jelikož se cítí každý den jinak.

**Graf 7 Faktory nejvíce rušící noční spánek pacientů na JIP**

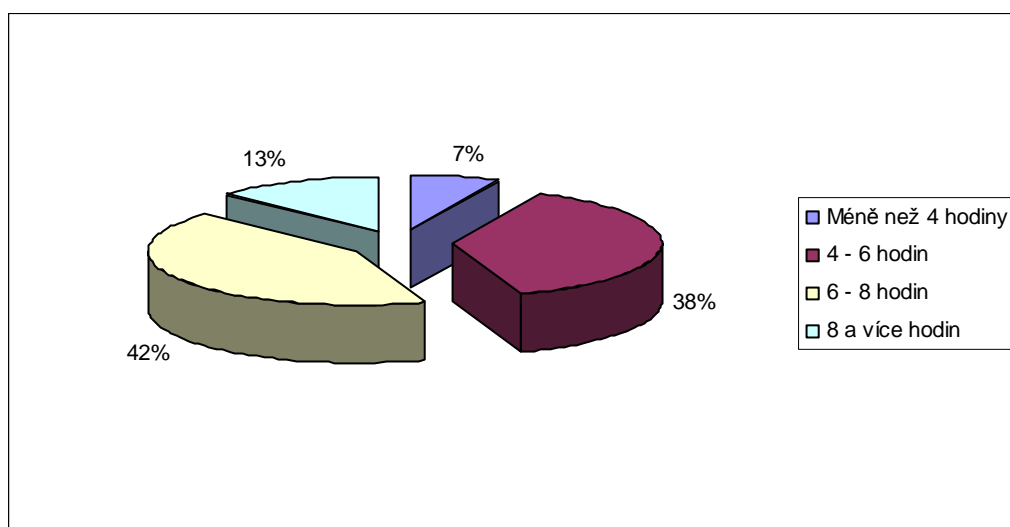


Graf znázorňuje faktory, které pacienty hospitalizované na kardiologické JIP nejvíce ruší během nočního spánku. Pacienti dle priorit označili faktory od nejvíce obtěžujících po nejméně obtěžující škálou 1-5. Hluk z přístrojů jako faktor, který nejvíce negativně ovlivňuje noční spánek, označilo 36 pacientů, 21 pacientů jej označilo za méně obtěžující, 18 pacientů za relativně obtěžující, 7 pacientů za málo obtěžující a 3 pacienti jej pokládají za nejméně obtěžující faktor. Světlo jako faktor negativně ovlivňující noční spánek pacientů na JIP označilo 29 pacientů za nejvíce obtěžující, 30 pacientů jej pokládá za méně zatěžující, 20 pacientů za relativně zatěžující, 5 pacientů za málo obtěžující a 1 pacient za nejméně obtěžující faktor během nočního spánku. Pocit nedostatku soukromí označili 4 pacienti jako nejvíce obtěžující, 1 pacient jej pokládá za méně obtěžující, 27 pacientů pokládá pocit nedostatku soukromí za relativně obtěžující faktor, 9 pacientů za málo obtěžující a 44 pacientů pokládá nedostatek soukromí na kardiologické JIP během nočního spánku za nejméně obtěžující faktor. Přítomnost spolupacientů považují 2 pacienti za nejvíce obtěžující, 2 pacienti za méně obtěžující, 17 pacientů za relativně obtěžující, 23 pacientů za málo obtěžující a 41 pacientů pokládá přítomnost ostatních spolupacientů za nejméně obtěžující faktor, který negativně ovlivňuje noční spánek na JIP. Provoz na oddělení označilo za nejvíce



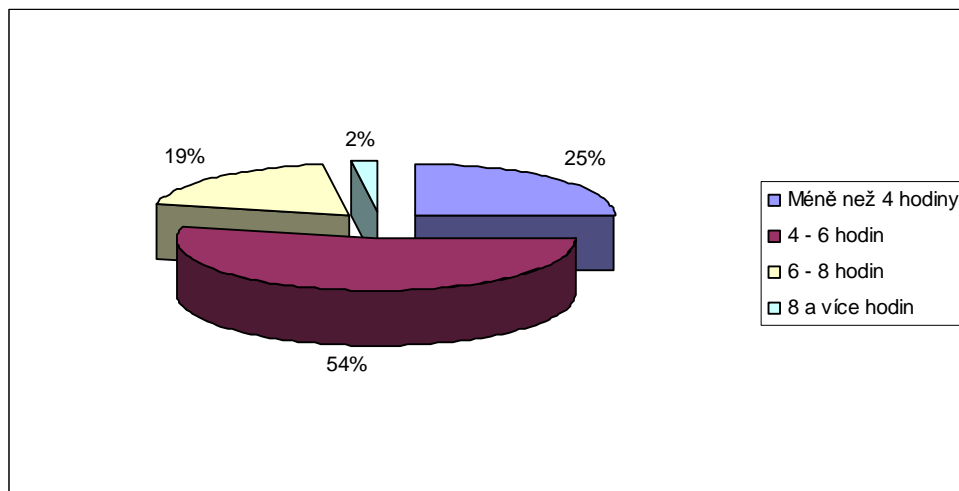
obtěžující faktor 11 pacientů, 31 pacientů za méně obtěžující, 3 pacienti za relativně obtěžující, 23 pacientů za málo obtěžující a 14 pacientů považuje provoz na oddělení za nejméně obtěžující faktor negativně ovlivňující jejich noční spánek na JIP. Pod pojmem *jiné* uvedli 3 pacienti bolest jako nejvíce obtěžující faktor, který negativně ovlivňuje jejich noční spánek během hospitalizace na kardiologické JIP.

**Graf 8** Nepřerušovaný spánek pacientů v domácím prostředí



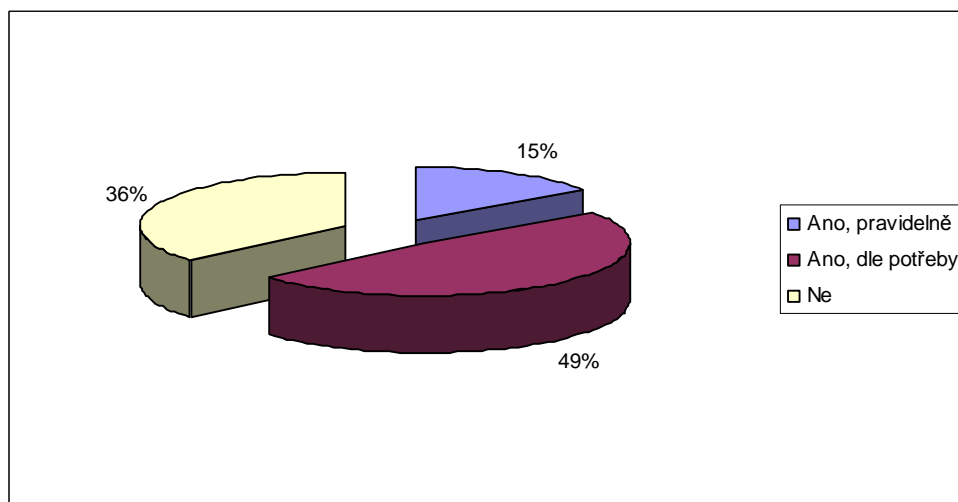
Graf znázorňuje, kolik hodin spí pacienti v průběhu noci nepřerušovaně v domácím prostředí: 36 pacientů (42 %) spí během noci v domácím prostředí 6-8 hodin, 32 pacientů (38 %) spí v noci v domácím prostředí 4-6 hodin, 11 pacientů (13 %) má noční spánek v domácím prostředí delší než 8 hodin a 6 pacientů (7 %) má noční spánek kratší než 4 hodiny.

**Graf 9** Nepřerušovaný noční spánek u pacientů na kardiologické JIP



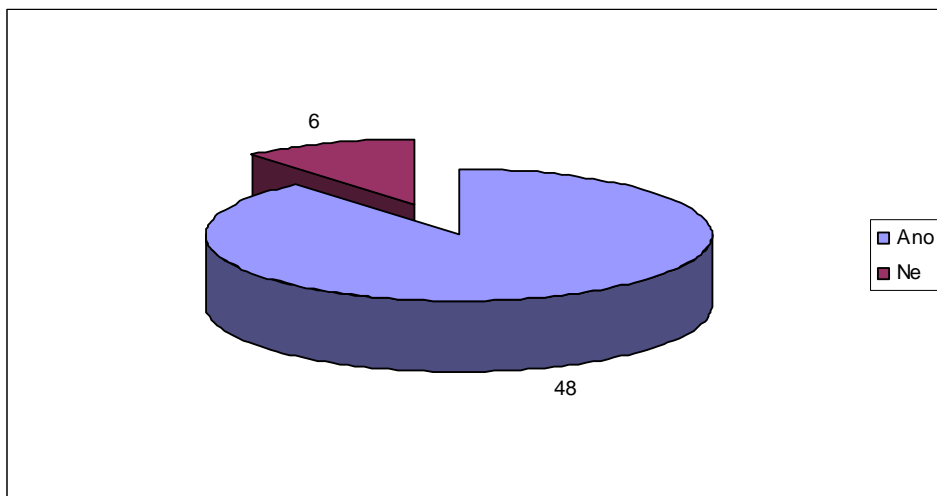
Graf znázorňuje, kolik hodin spí pacienti v průběhu noci nepřerušovaně během hospitalizace na kardiologické JIP: 46 pacientů (54 %) spí během noci nepřerušovaně 4-6 hodin, 21 pacientů (25 %) má noční spánek kratší než 4 hodiny, 16 pacientů (19 %) má noční spánek na JIP v rozmezí 6-8 hodin a 2 pacienti (2 %) spí v noci na JIP nepřerušovaně více než 8 hodin.

**Graf 10** Užívání léků na spaní u nemocných v domácím prostředí



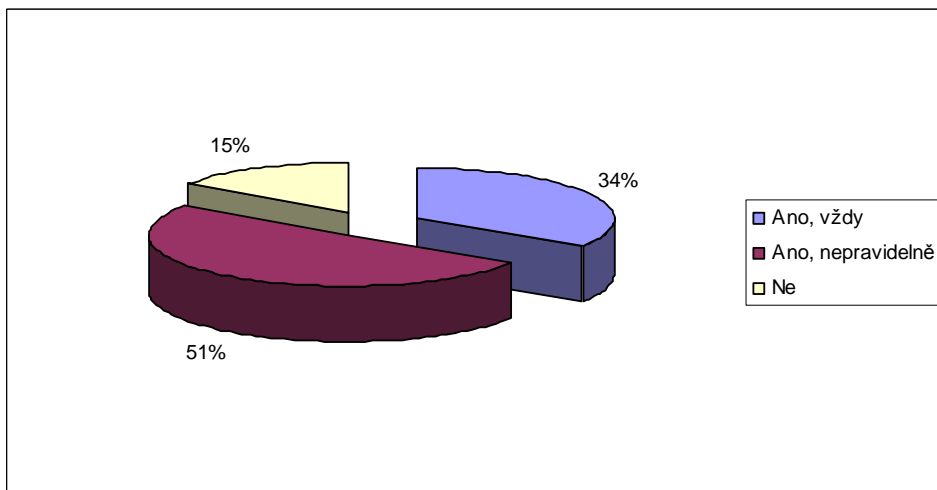
Graf udává kolik nemocných s kardiovaskulárním onemocněním užívá v domácím prostředí léky na spaní: 41 pacientů (49 %) užívá léky na spaní dle potřeby, 31 pacientů (36 %) léky na spaní neužívá a 13 pacientů (15 %) léky na spaní užívá pravidelně.

**Graf 11 Poskytnutí léků na spaní pacientům na JIP**



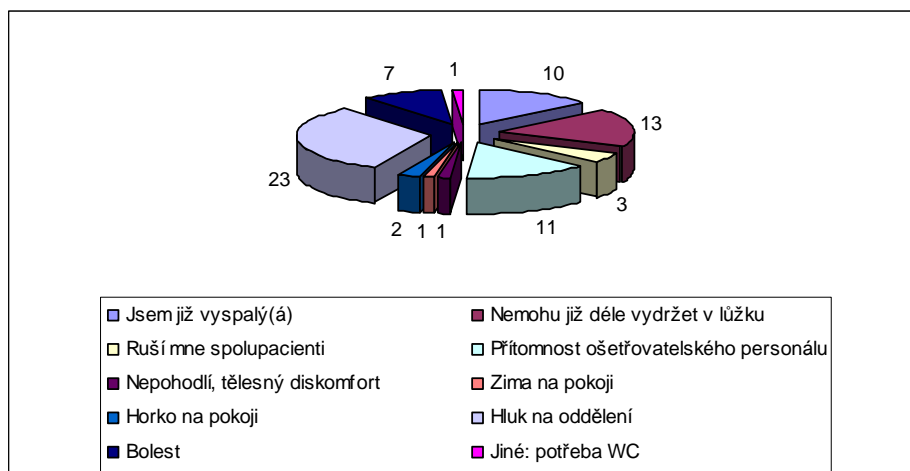
Graf rozvíjí odpověď *ano* z grafu 10 a popisuje možnost užívání léků na spaní u pacientů během hospitalizace na kardiologické JIP, kteří jsou na tyto léky zvyklí i v domácím prostředí. 48 pacientů uvedlo, že jim byly nabídnuty léky na spaní během hospitalizace a 6 pacientů uvedlo, že jim léky na spaní během hospitalizace na JIP nabídnuty nebyly.

**Graf 12 Probouzení se pacientů na JIP před ranním příchodem sestry**



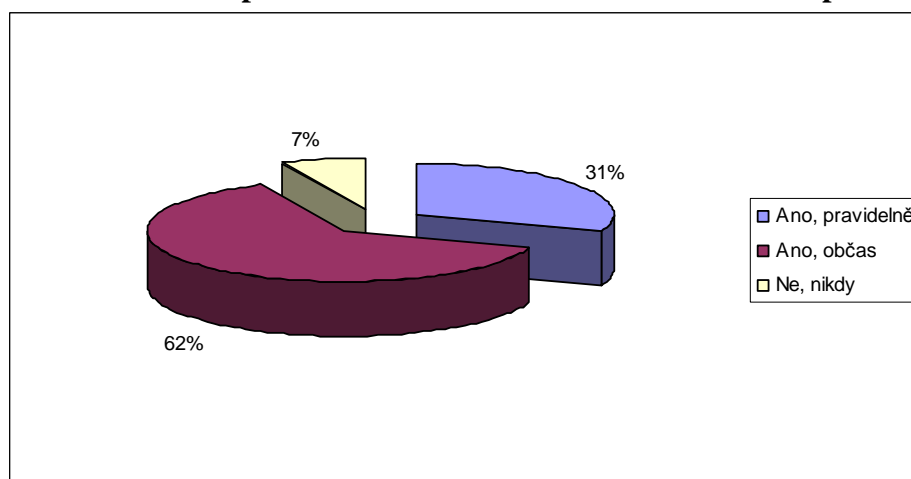
Graf znázorňuje, že 43 pacientů (51 %) je sestrou probouzeno nepravidelně, 29 pacientů (34 %) sestra vždy probudí svou přítomností a 13 pacientů (15 %) se během hospitalizace na kardiologické JIP probouzí nezávisle na přítomnosti sestry.

**Graf 13** Důvod ranního probuzení se pacientů na JIP před příchodem sestry



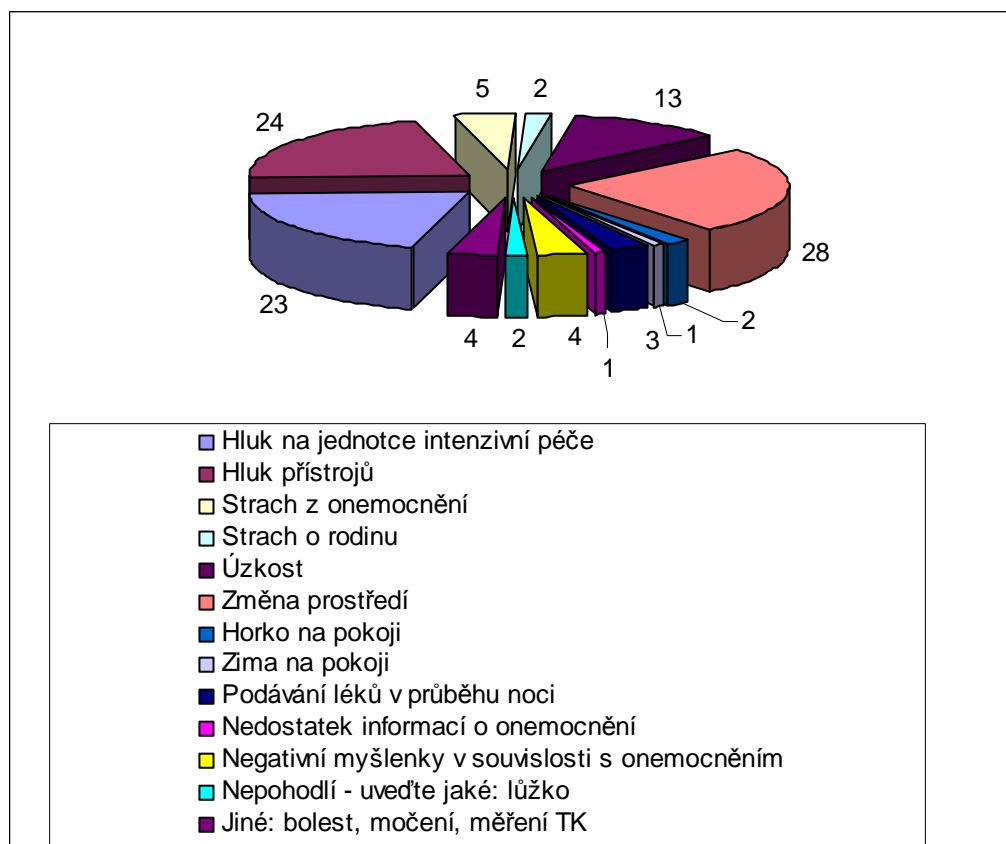
Graf rozvíjí odpověď *ano* z grafu 12 a znázorňuje četnost odpovědí. Důvodem ranního probuzení na kardiologické JIP je pro 23 pacientů hluk na oddělení, 13 pacientů již nemůže déle vydržet v lůžku, 11 pacientů je probouzeno přítomností ošetřovatelského personálu, 10 pacientů má pocit vyspalosti, 7 pacientů je probouzeno bolestí, 3 pacienti jsou rušeni svými spolupacienty, 2 pacienti mají pocit horka, 1 pacient označil tělesný diskomfort, 1 pacient má pocit zimy a 1 pacient v možnosti *jiné* uvedl potřebu WC.

**Graf 14** Probouzení se pacientů na JIP během noci a nemožnost opět usnout



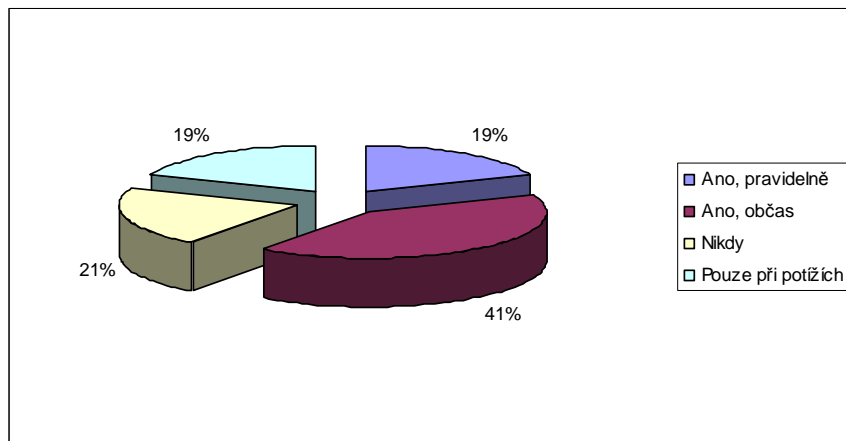
Graf popisuje probuzení se pacientů během noci při hospitalizaci na kardiologické JIP a nemožnost opět usnout: 53 pacientů (62 %) uvedlo, že občas nemůže po probuzení v noci opět usnout, 25 pacientů (31 %) označilo, že po probuzení v noci nemohou pravidelně usnout a 6 pacientů (7 %) nemá po nočním probuzení potíže opět usnout.

**Graf 15 Příčina probouzení se pacientů na JIP v průběhu noci**



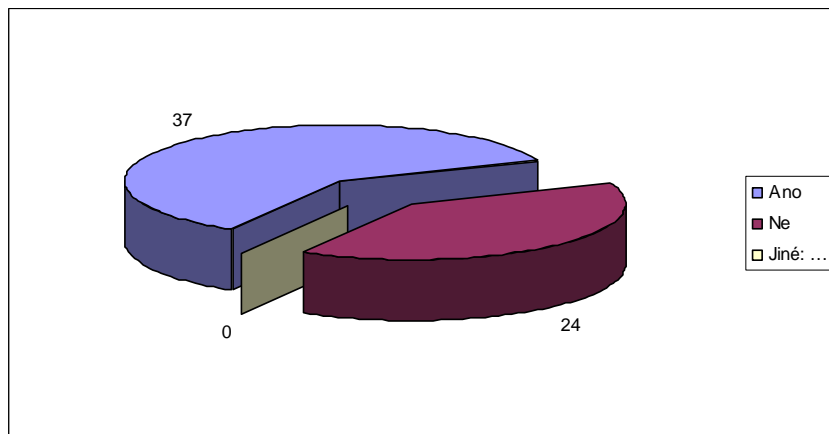
Graf rozvíjí odpověď *ano* z grafu 14 a znázorňuje četnost odpovědí. Důvodem proč jsou pacienti na kardiologické JIP během noci probouzeni a nemohou opět usnout označilo 28 pacientů změnu prostředí, 24 pacientů hluk z přístrojů, 23 pacientů hluk na jednotce intenzivní péče, 13 pacientů označilo úzkost, 5 pacientů označilo jako důvod strach z onemocnění a 4 pacienti označili negativní myšlenky v souvislosti s onemocněním, a proto nemohou opět usnout. V možnosti *jiné* uvedli 2 pacienti bolest, 1 pacient potřebu WC a 1 pacient je buzen opakovaným měřením krevního tlaku. 3 pacienty ovlivňuje podávání léků v průběhu noci, 2 pacienti označili strach o rodinu, 2 pacienti nemohou usnout pocitem horka na pokoji, 2 pacienti uvedli nepohodlné lůžko a 1 pacient označil zimu na pokoji. Variantu *nedostatek informací o onemocnění* neoznačil žádný pacient.

**Graf 16 Pravidelné provádění večerních činností pomáhající pacientům ke zlepšení spánku v domácím prostředí**



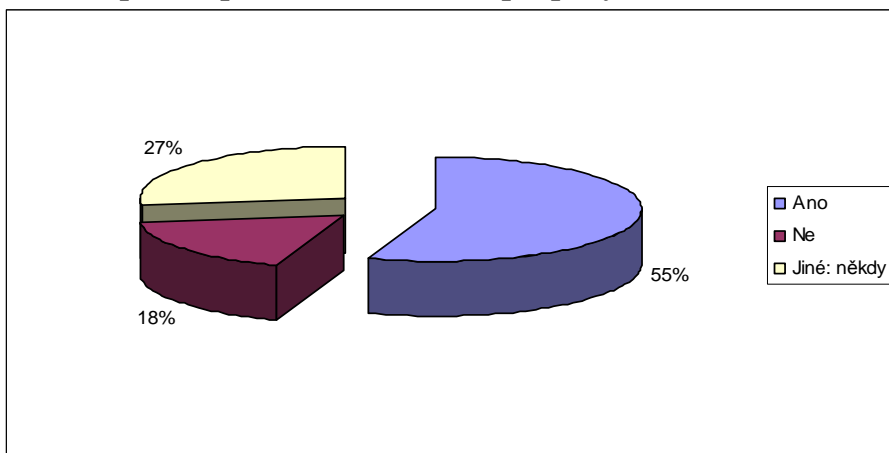
Graf znázorňuje provádění činností pomáhající pacientům ke zlepšení spánku v domácím prostředí: 35 pacientů (41 %) občas provádí činnosti pro zlepšení spánku, 18 pacientů (21 %) neprovádí nikdy žádné činnosti pro zlepšení spánku, 16 pacientů (19 %) pouze při potížích a 16 pacientů (19 %) pravidelně provádí činnosti ke zlepšení spánku v domácím prostředí.

**Graf 17 Možnost provádění večerních zvyklostí během hospitalizace pacienta na kardiologické JIP**



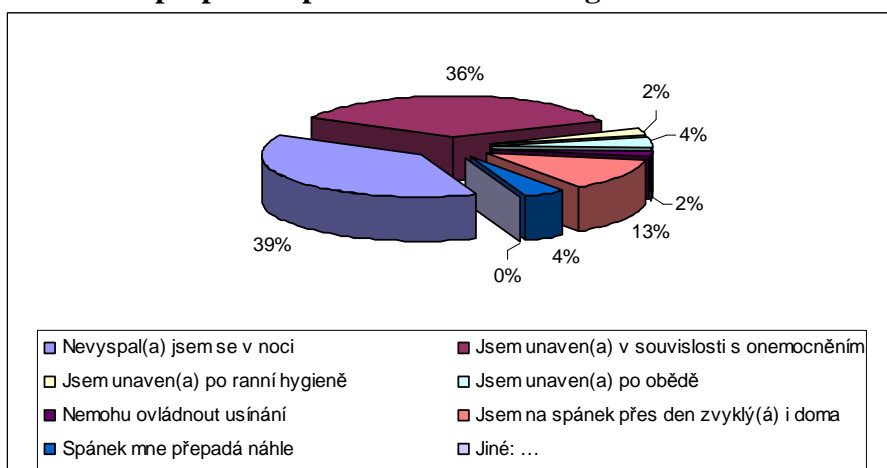
Graf rozvíjí odpověď *ano* z grafu 16 a znázorňuje četnost odpovědí. 37 pacientům je umožněno během hospitalizace na JIP provádět večerní činnosti, na které jsou zvyklí i v domácím prostředí a 14 pacientům tyto činnosti v průběhu hospitalizace na JIP umožněny nejsou. K možnosti *jiné* se nevyjádřil žádný pacient.

**Graf 18 Pospávání pacientů během dne při pobytu na JIP**



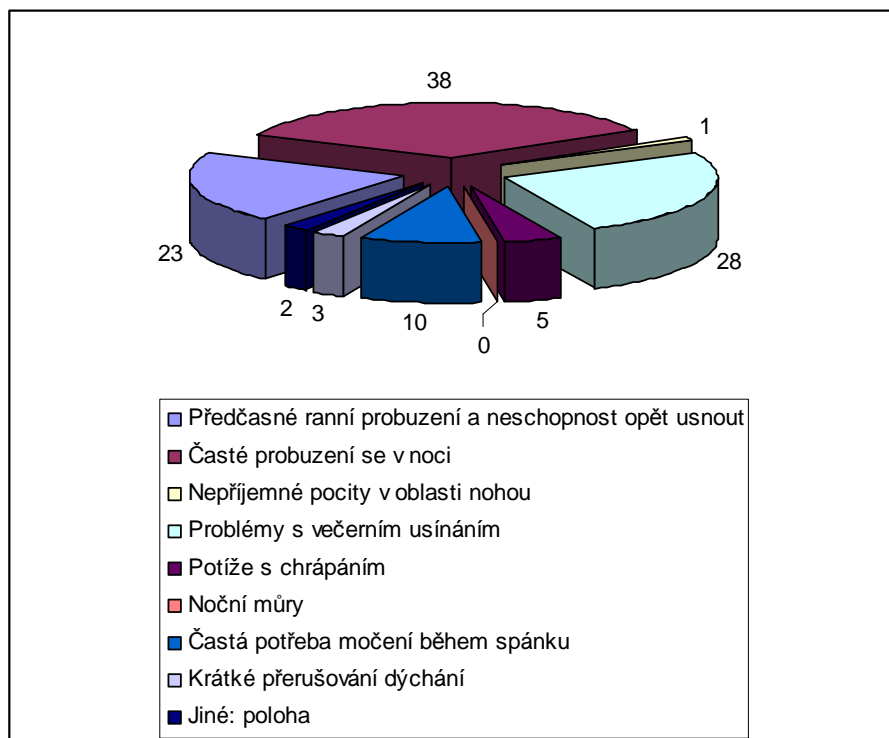
Graf znázorňuje pospávání pacientů na kardiologické JIP během dne: 47 pacientů (55 %) pospává během dne, 23 pacientů (27 %) pospává během dne jen někdy a 15 pacientů (18 %) nespává během dne.

**Graf 19 Důvod pospávání pacientů na kardiologické JIP během dne**



Graf rozvíjí odpověď *ano* z grafu 18. Znázorňuje důvody proč pacienti pospávají během dne v průběhu hospitalizace na kardiologické JIP: 18 pacientů (39 %) se nedostatečně vyspí v noci, 17 pacientů (36 %) je unaveno v souvislosti s onemocněním, 6 pacientů (13 %) je na denní pospávání zvyklých i v domácím prostředí, 2 pacienti (2 %) jsou unaveni po obědě, 2 pacienti (2 %) přepadá spánek náhle během dne, 1 pacient (1 %) nemůže ovládnout usínání a 1 pacient je unavený po ranní hygieně. K možnosti *jiné* se nevyjádřil žádný pacient. Pro tento graf je 100 % 47 respondentů.

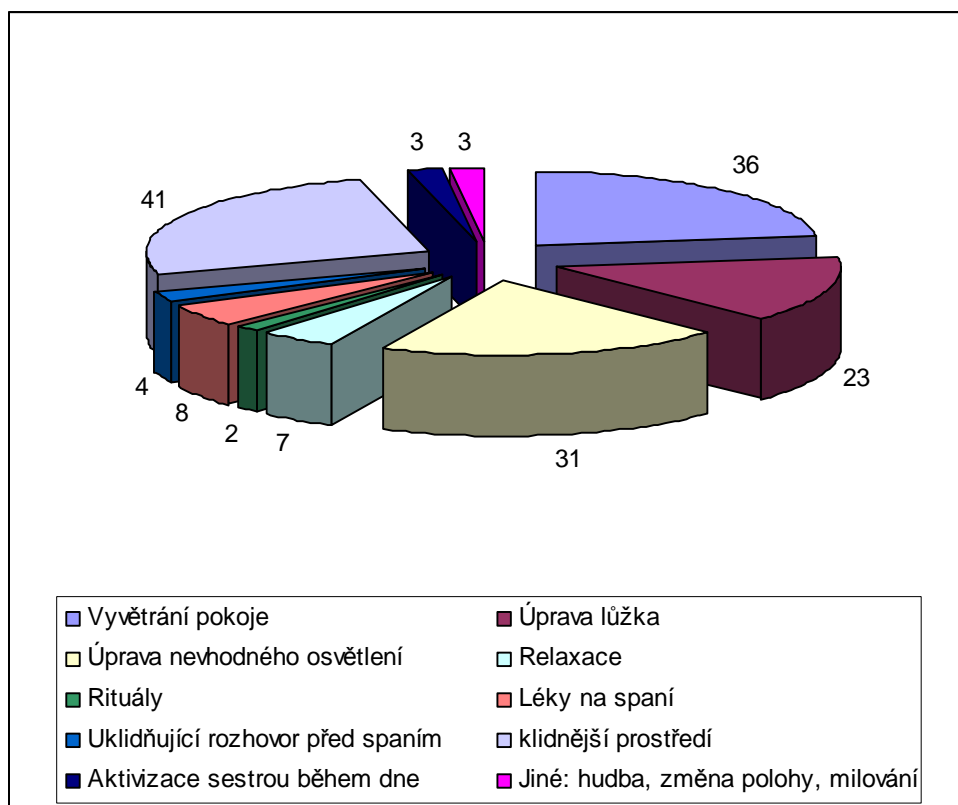
**Graf 20** Přítomnost problémů se spánkem u pacientů během pobytu na kardiologické JIP



Graf znázorňuje četnost odpovědí u pacientů trpících potížemi s nočním spánkem v průběhu hospitalizace na kardiologické JIP: 38 pacientů označilo za problém časté probouzení se v noci, 28 pacientů má potíže s večerním usínáním, 23 pacientů se ráno předčasně probouzí a následně nemůže opět usnout, 10 pacientů označilo častou potřebu močení během noci, 5 pacientů má potíže s chrápáním, 3 pacienti trpí krátkým přerušovaným dýcháním během spánku, 2 pacienti v možnosti *jiné* uvedli nepřírozenou polohu v průběhu noci a 1 pacient má nepříjemné pocity v oblasti nohou během noci. Nočními můrami netrpí žádný z pacientů.

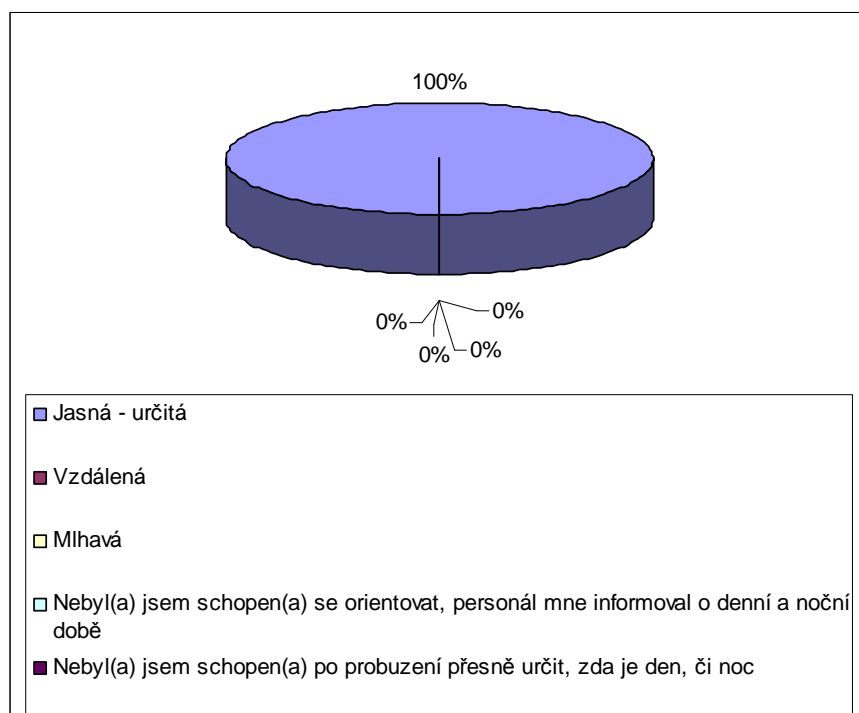


**Graf 21 Činnosti vedoucí ke zlepšení spánku na kardiologické JIP očima pacientů**



Graf znázorňuje četnost odpovědí pacientů, kde označují možnosti, kterými lze pozitivně ovlivnit jejich noční spánek během hospitalizace na kardiologické JIP. 41 pacientů označilo klidnější prostředí, 36 pacientů možnost vyvětrání pokoje před spaním, 31 pacientů by uvítalo úpravu nevhodného osvětlení, 23 pacientů označilo úpravu lůžka, 8 pacientům by pomohly léky na spaní, 7 pacientů označilo večerní relaxaci, 4 pacienti označili uklidňující rozhovor před spaním, 3 pacienti označili aktivizaci sestrou během dne, 3 pacienti v možnosti *jiné* uvedli: změnu polohy, poslech hudby a milování a 2 pacienti označili možnost provádění rituálů.

**Graf 22 Orientace pacientů v čase na JIP během hospitalizace**



Graf popisuje, že všech 85 dotázaných pacientů (100 %) bylo během hospitalizace orientováno, zda-li je denní nebo noční doba.

## 5 Diskuse

Bakalářská práce byla zaměřena na uspokojování potřeby spánku u nemocných hospitalizovaných na kardiologické jednotce intenzivní péče. Většina dotazovaných (68 %) byla mužů (Graf 1). Výsledky grafu 2 souvisí se zmapováním problematiky spánku u pacientů hospitalizovaných na kardiologické JIP. V průběhu hospitalizace udává většina pacientů (81 %) potíže s usínáním. Z uvedených potíží, které negativně ovlivňují usínání nemocných během hospitalizace na JIP, většina nemocných označila změnu prostředí, dále pak hluk z přístrojů a nepohodlné lůžko (Graf 3). Ostatní označené možnosti svědčí pro psychické faktory, ovlivňující spánek pacientů na JIP. Jedná se zejména o negativní myšlenky v souvislosti s onemocněním, strach nebo úzkost. Zde se můžeme ztotožnit s Řehořovou (23), která tuto souvislost popisuje ve své publikaci. 7 pacientů uvedlo jako příčinu svých potíží s usínáním blíže nespecifikovanou bolest a měření krevního tlaku v pravidelných intervalech, které obtěžuje nemocné během usínání.

Při dotazníkovém šetření bylo dále zjišťováno, který z faktorů ovlivňující usínání pacientů na kardiologické JIP je pro nemocné nejvíce zatěžující. Z výsledků vyplynulo, že pacientům v největší míře vadí změna prostředí – jako nejvíce zatěžující faktor ji označilo 35 pacientů (Graf 4). Menší skupiny pacientů pak označili za nejvíce zatěžující faktor během usínání: hluk z přístrojů, negativní myšlenky v souvislosti s onemocněním a úzkost. I Chopra (7) potvrzuje negativní vliv psychických faktorů na usínání a spánek. Do méně zatěžujících potíží se spánkem pacienti zařadili nepohodlné lůžko, horko na pokoji, strach z nemoci a přítomnost spolupacientů. Je překvapivé, že mezi nejméně zatěžující faktory zařadila většina pacientů negativní myšlenky v souvislosti s onemocněním (Graf 4). Touto problematikou se také zabývá Honzák (6), který klade na souvislost negativních myšlenek a onemocnění velký důraz. S problematikou působení negativních faktorů na spánek nemocných během hospitalizace na JIP, souvisí také výsledky grafu 7, kde pacienti vyhodnotili hluk z přístrojů jako nejvíce zatěžující faktor působící na jejich spánek. Z uvedených možností tedy označilo: 36 pacientů hluk z přístrojů, 29 světlo a 11 pacientů provoz na oddělení za nejvíce obtěžující faktor. Je zajímavé, že pouze 3 pacienti uvedli v možnosti

„jiné“ bolest a zároveň ji zařadili do nejvíce rušících faktorů v průběhu spánku. Zde se můžeme ztotožnit i s Trachtovou (27), která označuje bolest za velmi významný faktor negativně ovlivňující spánek.

Jelikož je před ranním příchodem sestry pravidelně či nepravidelně probouzeno 85 % pacientů (Graf 12), bylo cílem následujícího šetření specifikovat, z jakého důvodu se tak děje. Z uvedených možností označilo 23 respondentů hluk na oddělení, dalších 13 již nemůže vydržet déle v lůžku a 11ti pacientům brání ve spánku přítomnost ošetrovatelského personálu. V možnost „jiné“ označil pouze 1 pacient nutnost použít WC (Graf 13). Problematiku probouzení se během noci rozebírají také Honzák (6) a Chopra (7) ve svých publikacích. Z dotázaných pacientů označilo problém probouzení se během noci a nemožnost opět usnout celých 62 % jako občasný, 31 % jako pravidelný a 7 % tento problém neguje (Graf 14). Příčin v tomto směru může být celá řada. Jako nejčastější příčinu označilo 28 pacientů změnu prostředí, 24 hluk z přístrojů, 23 hluk na koronární jednotce a 13 pacientů označilo úzkost. Ostatní z uvedených možností jsou rozebírány Práškem (19) a Růžičkou (20), avšak označila je menšina pacientů. Jedná se zejména o strach z onemocnění, strach o rodinu, horko na pokoji, zimu na pokoji, podávání léků v průběhu noci nebo negativní myšlenky v souvislosti s onemocněním. K možnosti „jiné“ se vyjádřili 4 pacienti a to ve smyslu bolesti, potřeby WC a měření krevního tlaku v pravidelných intervalech. V možnosti „nepohodlí“ označili 2 pacienti lůžko (Graf 15).

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že *hypotéza 2: nejčastěji vnímaným faktorem, ovlivňující spánek pacientů během hospitalizace na JIP, je změna prostředí*, byla potvrzena. Na základě analýzy výsledků dále vyplynulo, že mezi další faktory, negativně ovlivňující spánek pacientů v průběhu hospitalizace na JIP patří hlučnost monitorů, přítomnost světla během nočních hodin, nepohodlné lůžko a úzkost pacientů.

Je zcela přirozené, že spánek v domácím prostředí je zpravidla kvalitnější a delší, než spánek během hospitalizace na kardiologické JIP. I Jarošová (8) uvádí, že klidné a známé prostředí má obrovský vliv nejen na kvalitu, ale i na délku spánku člověka. Překvapivé je, že 54 % pacientů spí během nočního spánku na JIP pouze 4–6 hodin (Graf 9) a to i přes to, že více jak polovina (64 %) pacientů užívá léky na spaní

(Graf 10, 11). Oproti tomu při pobytu v domácím prostředí uvádí celých 42 % dotázaných pacientů délku spánku 6-8 hodin a 38 % pacientů spánek dlouhý 4-6 hodin (Graf 8).

Ve článku *Desatero rad při potížích se spánkem* (5) jsou uvedena doporučení ke zlepšení spánku, kterými lze částečně ovlivnit kvalitu a kontinuitu spánku. Graf 16 popisuje, zda-li pacienti provádí v domácím prostředí nějaké činnosti, které by jim pomohly spánek zepšit. Jedná se například o čtení, cvičení, podávání tekutin a podobně. 19 % dotázaných uvedlo, že v domácím prostředí pravidelně provádí činnosti vedoucí ke zlepšení spánku, 21 % pacientů neprovádí v domácím prostředí nikdy žádné činnosti, 41 % uvádí, že činnost pro zlepšení spánku provádí v domácím prostředí občas a 19 % pouze při potížích (Graf 16). Zajímavé bylo zjištění, že pacienti mají ve většině případů možnost provádět činnosti vedoucí ke zlepšení kvality spánku i v průběhu hospitalizace (Graf 17).

Pokud není uspokojena potřeba spánku během noci, je nutné tento spánkový deficit doplnit spánkem během dne. Dotázaní pacienti v dotazníku na otázku týkající se pospávání během dne odpověděli z 55 % kladně, v 18 % záporně a 27 % respondentů využilo možnost vyjádřit se v možnosti „jiné“ a to ve smyslu občasného pospávání během dne na JIP (Graf 18). Pravděpodobně je to proto, že lidé s akutním onemocněním srdce jsou více unavení a potřebují dostatečný spánek. Toto potvrdily i další výsledky, kdy jako důvod tohoto pospávání, označilo 18 respondentů nevyspání se v noci a dalších 17 únavu v souvislosti s onemocněním (Graf 19). Faktory týkající se spánkové deprivace rozebírá i Doenges (3). Dalších 6 pacientů uvedlo, že je zvyklých na denní spánek i v domácím prostředí. Ostatní možnosti: únava po ranní hygieně, únava po obědě, nemožnost náhlého ovládnutí spánku označilo 7 pacientů (Graf 19).

Dále z výsledků vyplynulo, že problémy se spánkem ve smyslu častého probouzení se v noci má 38 pacientů (Graf 20). Dalších 28 označilo problémy s večerním usínáním a 23 dotázaných respondentů uvedlo jako důvod předčasně ranní probuzení a nemožnost opět usnout. Dalších 10 pacientů uvedlo jako problém častou potřebu močení během noci, kterou lze zpravidla ovlivnit úpravou pitného režimu ve večerních hodinách. I Práško (19) doporučuje dvě hodiny před spaním omezit příjem

tekutin. Problémy s chrápáním během noci, které označilo 5 dotázaných pacientů (Graf 20), je možné řešit ve spolupráci s lékařem spánkové laboratoře, nebo s lékařem krčního oddělení (ORL), jak uvádí Pavlíček ve své publikaci (17).

Výsledky šetření dále ukázaly na spokojenost pacientů s nočním spánkem během hospitalizace na JIP. Jelikož spánek nemocných hospitalizovaných na koronární jednotce ovlivňují spolupacienti, změna prostředí, hluk, světlo, provoz na oddělení, nepohodlné lůžko a mnoho dalších faktorů, vyjádřilo 61 % pacientů nespokojenost se svým spánkem na koronární jednotce (Graf 5). Také Pidrman (18) uvádí, že většina pacientů bývá se svým spánkem během pobytu ve zdravotnickém zařízení nespokojena. Na základě výše uvedených výsledků byla tedy potvrzena hypotéza 1, že: *pacienti s kardiovaskulárním onemocněním, hospitalizovaní na JIP, mají nespokojenou potřebu spánku*. Zajímavé jsou také výsledky týkající se pocitů nemocných na koronární jednotce po ranním probuzení (Graf 6). Celých 36 % pacientů se cítí nevyspale, 32 % rozespale a 24 % unavěně. I přes tento ranní pocit však v celkovém hodnocení někteří z těchto pacientů označili relativní spokojenost se svým spánkem (Graf 5).

Z uvedených možností, jaké činnosti by pacientům pomohly zkvalitnit spánek na koronární jednotce, uvedlo 41 pacientů zajištění klidnějšího prostředí (Graf 21). Tuto podmínku popisuje i Slezáková (22) ve své publikaci. Dalších 36 pacientů by uvítalo vyvětrání pokoje, 31 pacientů by nejraději upravilo osvětlení, které je v průběhu spánku ruší a 23 nemocných by chtělo lépe upravit lůžko. Avšak ne všechny tyto činnosti jsou v kompetenci a možnosti sestry. Otázkou tedy zůstává, do jaké míry je reálné zajistit větší klid na koronární jednotce. O sesterských intervencích se ve své publikaci blíže zmiňuje také Doenges (3). Z dalších výsledků vyplynulo, že nejen úprava prostředí je pro spánek pacientů nejdůležitějším faktorem ovlivňující jejich spánek. 7 pacientů by ocenilo večerní relaxaci, která může příjemně navodit spánek, 2 pacienti označili jako možnost vedoucí ke zlepšení spánku rituály a další 4 z dotázaných by uvítali uklidňující rozhovor před spaním. Na psychologický přístup a zklidnění myslí před spaním upozorňují i odborníci jako je Chopra (7) nebo Schmidt (21). V možnosti „jiné“ uvedli 3 pacienti jako činnost vedoucí ke zkvalitnění spánku poslech hudby, změnu polohy a milování (Graf 21).

Chválihodné bylo i zjištění, že se všech 100 % dotázaných pacientů v průběhu hospitalizace na koronární jednotce cítilo být plně orientováno v čase a měli přehled o denní a noční době (Graf 22).

Na základě výše uvedených výsledků vyplývá, že hypotéza 1: *pacienti s kardiovaskulárním onemocněním, hospitalizovaní na JIP, mají neuspokojenou potřebu spánku*, byla potvrzena.

## 6 Závěr

Cílem práce bylo zjistit, zda-li je uspokojována potřeba spánku u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním hospitalizovaných na JIP. Druhým cílem bylo identifikovat faktory, které mají vliv na uspokojování potřeby spánku u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním hospitalizovaných na JIP. Oba cíle práce byly splněny.

Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že pacienti hospitalizovaní na kardiologické JIP nemají uspokojenou potřebu spánku a mezi faktory, které negativně ovlivňují spánek pacientů během hospitalizace na kardiologické JIP patří především: změna prostředí, hluchnost monitorů, přítomnost světla během nočních hodin, nepohodlné lůžko a úzkost pacientů.

Byly stanoveny dvě hypotézy. H1: pacienti s kardiovaskulárním onemocněním, hospitalizováni na JIP, mají neuspokojenou potřebu spánku a H2: nejčastěji vnímaným faktorem, ovlivňující spánek pacientů s kardiovaskulárním onemocněním hospitalizovaných na JIP, je změna prostředí. Po vyhodnocení výsledků byly obě hypotézy potvrzeny.

Problematika spánku je v současné době velmi aktuálním tématem, neboť nekvalitní spánek, chronická nespavost či úmyslné zkracování spánku jsou rizikovými faktory pro vznik kardiovaskulárních onemocnění, nadváhy, diabetu a duševních poruch. Z tohoto důvodu by měla být spánkové problematice věnována daleko větší pozornost.

Výsledky práce budou poskytnuty managementu kardiologického oddělení, kde byl výzkum prováděn. Může vést pracovníky k zamyšlení nad možnými intervencemi v uspokojování potřeby spánku pacientů s kardiovaskulárním onemocněním během hospitalizace na jednotce intenzivní péče. Hlavním bodem pro snížení faktorů negativně ovlivňujících spánek pacientů na kardiologické JIP bychom viděli úpravu prostředí, ve kterém se nemocní nacházejí. Jedná se především o ztlumení hlasitosti alarmu monitorovacích přístrojů, používání tlumených světel během nočních hodin, vedení uklidňujícího rozhovoru s pacientem, aktivizace pacientů sestrou během dne, nebo úprava lůžka a řádné vyvětrání pokoje před spaním.



## 7 Seznam zdrojů

1. ADAMS, B., HEROLD, C.E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1.vydání. Praha. 1999. Dotisk 2000. 488s. ISBN 80-7169-893-8.
2. DIECKMANN, H. *Sny jako řeč duše*. 1.vydání. Praha: Portál 2004. 208s. ISBN 80-7178-858-9.
3. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vydání. Grada. 2001. 568s. ISBN 80-247-0242-8.
4. GANONG, W.F. *Přehled lékařské fyziologie*. 1.vydání. H+H 1999. 681s. ISBN 80-85787-36-9.
5. GRAZOVÁ, E. *Desatero rad při potížích se spánkem* (cit. 28.1.2008) Dostupné z: <http://filosofie-zdravi.abecedazdravi.cz/desatero-rad-pri-potizich-se-spankem>.
6. HONZÁK, R. et al. *Úzkostný pacient*. 1.vydání. Praha:Galén. 2005. 180s. ISBN 80-7262-367-2.
7. CHOPRA, DEEPAK. *Spokojený spánek: insomnie a jak ji léčit*. 1.vydání. Pragma. 2003. 142s. ISBN 80-7205-096-6.
8. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1.vydání. Praha: ISV. 2000. 133s. ISBN 80-85866-55-2.
9. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1.vydání. Grada 2007 ISBN 978-80-247-830-9.
10. KLENER, P. et al. *Vnitřní lékařství I*. 1.vydání. Praha: Informatorium. 2000. 103s. ISBN 80-86073-53-X.
11. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 2.vydání. AKCENTA 1999. 392s. ISBN 80-86232-01-8.
12. KOUKAL, M. Každý ví, že se spánkem bývají potíže. (cit. 2007-19-07). Dostupné z: [www.21stoleti.cz/view.php?cislocianku=20007071905](http://www.21stoleti.cz/view.php?cislocianku=20007071905).
13. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I*. 1.vydání. Praha: Karolinum. 2004. 184s. ISBN 80-246-0429-9.
14. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 2.vydání. Praha: Publishing. 2006. 248s. ISBN 80-247-1442-6.

15. NEVŠÍMALOVÁ, S. Rozvoj spánkové laboratoře. (cit. 2007-09-03) Dostupné z: [www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=295948](http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=295948).
16. NEVŠÍMALOVÁ, S. ŠONKA, K. a kol. *Poruchy spánku a bdění. Spánek jako nemoc neboli narkolepsie* (cit. 2004-29-10) Dostupné z: <http://www.nem-tr.cz/cze/dalsi-sluzby/spankova-laborator>.
17. PAVLÍČEK. *Léčebná novinka citlivě řeší problém chrápání*. (cit. 2005-08-04). Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/cz/page/55/Lecebna-novinka-citlive-resi-problem-chrapani.html?detail=146>.
18. PIDRMAN, V. *Deprese a kardiovaskulární onemocnění*. 3.vydání. Praha: Maxdorf. 2004. 67s. ISBN 80-7345-028-3.
19. PRÁŠKO, J. et al. *Nespavost*. 1.vydání. Praha: Potrál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.
20. RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. 1.vydání. Triton. 2006. 316s. ISBN 80-7254-750-X.
21. SCHMIDT, G. *Efektivní myšlení*. 3.vydání. Amos. 2008. 252s. ISBN 978-80-7234-912-8.
22. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1.vydání. Praha: Grada. 2007. 188s. ISBN 978-80-247-1775-3.
23. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetřovatelství* 1.vydání. Praha. 2004. 156s. ISBN 80-247-10009-9.
24. ŠAFRÁNKOVÁ, A. NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I.*, 1.vydání. Grada. 2006. 280s. ISBN 80-247-1148.
25. ŠIMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetřovatelství*. 1.vydání. Praha: Karolinum. 2006. 354s. ISBN 80-246-1091-4.
26. ŠONKA, K. *Apnoe a další poruchy dýchání ve spánku*. 1.vydání. Grada. Publishing a.s. 2004. 247 s. ISBN 80-247-0430-7.
27. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186s. ISBN 80-7013-324-8.

28. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1.vydání. Karolinum. 2004. 356s. ISBN 80-246-0841-3.
29. VELEMÍNSKÝ, M. et al. *Klinická propedeutika*. 5.vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. 2005. 144s. ISBN 80-7040-837-5.
30. ZACHAROVÁ, E et al. *Zdravotnická psychologie*. 1.vydání. Grada. 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5.

## **8 Klíčová slova**

Spánek

Sestra

Kardiologie

Nemoc

Péče

Intenzivní

## **9 Přílohy**

### **9.1 Seznam příloh**

Příloha 1 - Zásady při podávání hypnotik

Příloha 2 - Maslowova hierarchie hodnot – potřeby člověka

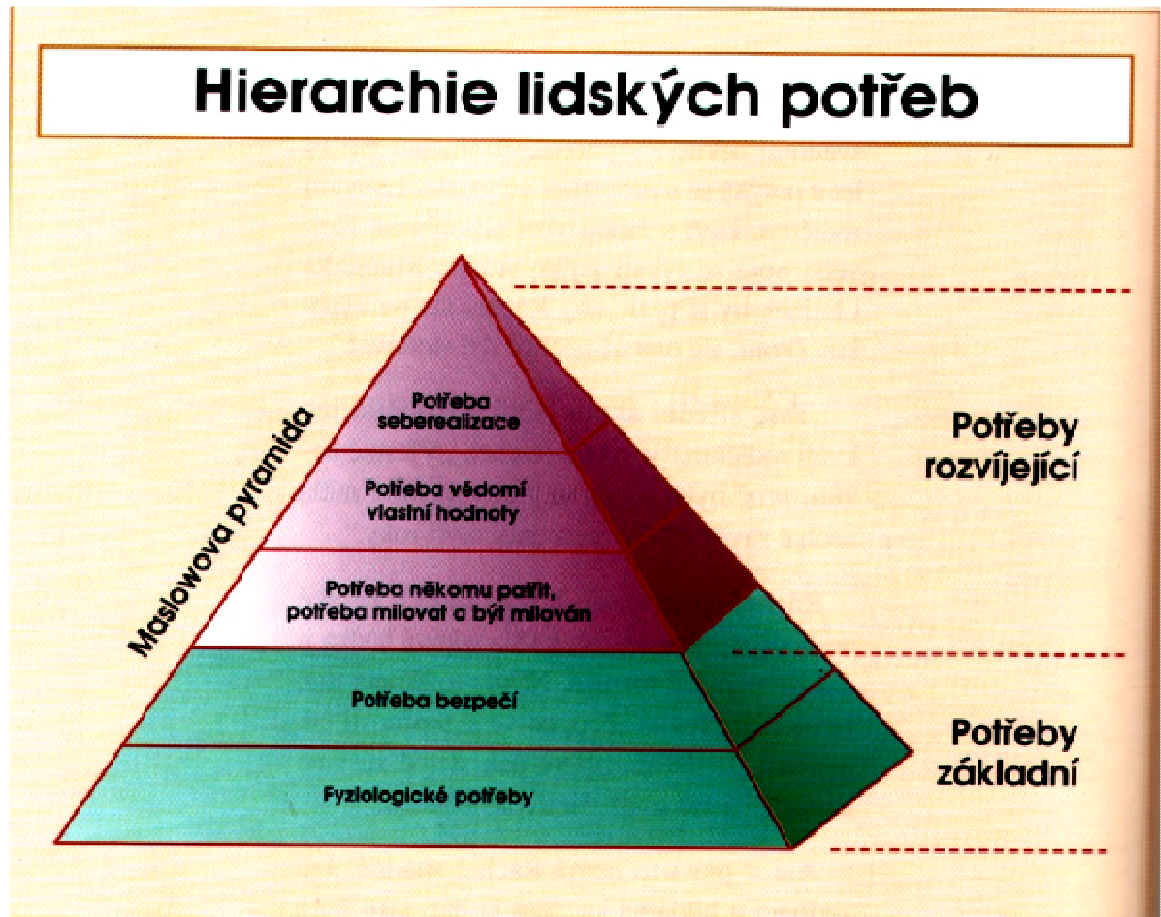
Příloha 3 - Dotazník pro nemocné

## **Příloha 1 Zásady při podávání hypnotik**

- Hypnotika mohou být předepsána pouze po pečlivém vyhodnocení stavu pacienta
- Všechna hypnotika by měla být předepsána pouze pro krátkodobé léčení insomnie (7-10 nocí)
- Dlouhodobé podávání hypnotik není nezbytné ani doporučované
- U pacientů, kteří užívají hypnotika 2 týdny, je nutné přehodnocení, zda je další pokračování potřebné
- Pokud nedojde k odeznění nespavosti po dvou týdnech, je pravděpodobné, že příčinou je psychická porucha nebo tělesná nemoc
- Delší než měsíční podávání hypnotik by se objevit nemělo
- Hypnotika by neměla být předepisována lidem se závislostí na alkoholu nebo jiných návykových látkách v anamnéze
- Pacient by měl být poučen, jak bezpečně užívat předepsaná hypnotika
- Pokud je nezbytná nová léčba hypnotiky, je možná po periodě trvající jeden nebo více týdnů bez hypnotika a je možné ji zahájit pouze po novém pečlivém vyšetření pacienta
- Pro všechny pacienty riziko psychické nebo tělesné závislosti na hypnoticích může být minimalizováno předepsáním co nejmenšího množství na co nejkratší dobu. To je důležité zejména pro starší osoby
- Hypnotika by neměla být předepisována pro nespavost související s bolestivou poruchou v době, kdy je bolest již kontrolována.
- U všech pacientů s historií záchvatů je potřebné vysvětlit, že medikaci nesmí vysadit náhle.
- Hypnotika by měla být velmi opatrně předepisována u pacientů s jakýmkoliv plicním onemocněním, chronickou obstrukční chorobou bronchopulmonální, spánkovou zástavou dechu ( apnoe ) a demencí.

Zdroj: Práško, J. et al. *Nespavost*. 1.vydání. Praha: Potrál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.

## Příloha 2 Maslowova hierarchie hodnot – potřeby člověka



Zdroj: TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vydání.Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186s ISBN 80-7013-324-8.

### **Příloha 3 Dotazník pro nemocné**

Dobrý den, jmenuji se Jitka Kabešová a jsem studentkou 3. ročníku Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích studijního programu Ošetrovatelství oboru Všeobecná sestra. Zajímám se o potřebu spánku u nemocných na jednotce intenzivní péče a z tohoto důvodu bych vás chtěla požádat o vyplnění anonymního dotazníku. Pokud nebude uvedeno jinak, vyberte pouze jednu odpověď, která se nejvíce blíží vašemu názoru.

1. Jsem :

- a) Muž
- b) Žena

2. Máte zde na jednotce intenzivní péče potíže s **usínáním**?

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, občas
- c) Ne, nikdy
- d) Jiné .....

3. Pokud jste v předchozí odpovědi uvedl(a) *ano*, co je příčinou těchto potíží? (Můžete označit více odpovědí)

- a) negativní myšlenky v souvislosti s onemocněním
- b) úzkost
- c) strach o rodinu
- d) strach z nemoci
- e) málo informací o onemocnění
- f) změna prostředí
- g) horko na pokoji
- h) zima na pokoji
- i) přítomnost spolupacientů
- j) nepohodlné lůžko
- k) hluk z přístrojů
- l) probuzení v souvislosti s podáváním léků v průběhu noci
- m) přítomnost sestry při péči o spolupacienty
- n) jiné: .....



4. Z výše označených odpovědí vyberte tři a tyto pak seřaďte na stupnici: 1 – 3:

1 – nejvíce zatěžující: .....

2 – méně zatěžující: .....

3 – nejméně zatěžující: .....

5. Jak jste spokojen(a) se svým nočním spánkem během pobytu na jednotce intenzivní péče? Hodnoťte na stupnici 1-5:

1	2	3	4	5
velmi spokojen	spokojen	relativně spokojen	nespokojen	velmi nespokojen

6. Jak se cítíte ráno po probuzení?

- a) svěží
- b) unaven(a)
- c) nevyspalý(á)
- d) rozespalý(á)
- e) jiné:.....

7. Na jednotce intenzivní péče mne **během spánku** v noci nejvíce **ruší**: (označte podle priorit od nejvíce obtěžujících – 1, po nejméně obtěžujících – 5 )

- a) hluk z přístrojů
- b) světlo
- c) pocit nedostatku soukromí
- d) spolupacienti
- e) provoz na oddělení
- f) jiné .....

8. Kolik hodin v průběhu noci nepřerušovaně spíte průměrně v domácím prostředí?

- a) Méně než 4 hodiny
- b) 4-6 hodin
- c) 6-8-hodin
- d) 8 a více hodin

9. Kolik hodin průměrně v průběhu noci nepřerušovaně spíte na jednotce intenzivní péče?

- a) Méně než 4 hodiny
- b) 4-6 hodin
- c) 6-8 hodin
- d) 8 a více hodin

10. Jste zvyklý(á) doma užívat nějaké léky na spaní?

- a) Ano, pravidelně
- b) Ano, dle potřeby
- c) Ne

11. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl(a) *ano*, byly vám nabídnuty léky na spaní na jednotce intenzivní péče?

- a) ano
- b) ne

12. Probouzíte se ráno ještě dříve, než vás probudí svou přítomností sestra?

- a) Ano, vždy
- b) Ano, nepravidelně
- c) Ne

13. Pokud jste v předchozí odpovědi uvedl(a) *ano*, z jakého důvodu se budíte?

- a) Jsem již vyspalý(á)
- b) Nemohu již déle vydržet v lůžku
- c) Ruší mne spolupacienti
- d) Přítomnost ošetrovatelského personálu
- e) Nepohodlí, tělesný diskomfort
- f) Zima na pokoji
- g) Horko na pokoji

- h) Hluk na oddělení
- i) Bolest
- j) Jiné:.....

14. Probouzíte se během noci na jednotce intenzivní péče a nemůžete opět usnout?

- a) Ano, pravidelně
- b) Ne, nikdy
- c) Ano, občas

15. Pokud jste v předchozí odpovědi uvedl(a) *ano*, co je příčinou vašich potíží? (Můžete označit více odpovědí)

- a) Hluk na jednotce intenzivní péče
- b) Hluk z přístrojů
- c) Strach z onemocnění
- d) Strach o rodinu
- e) Úzkost
- f) Změna prostředí
- g) Horko na pokoji
- h) Zima na pokoji
- i) Podávání léků v průběhu noci
- j) Nedostatek informací o onemocnění
- k) Negativní myšlenky v souvislosti s onemocněním
- l) Nepohodlí – uveďte jaké:.....
- m) Jiné.....

16. Je něco, co doma pravidelně před spaním provádíte ke zlepšení spánku (např. cvičení, čtení, tekutiny...)?

- a) Ano, pravidelně
- b) Nikdy
- c) Ano, občas
- d) Pouze při potížích

17. Pokud jste v předchozí odpovědi uvedl(a) *ano*, máte možnost je provádět i zde v nemocnici?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiné:.....

18. Pospáváte během dne při pobytu na jednotce intenzivní péče?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

19. Pokud jste v předchozí odpovědi uvedl(a) *ano*, z jakého důvodu ?

- a) nevyspal(a) jsem se v noci
- b) jsem unaven(a) v souvislosti s onemocněním
- c) jsem unaven(a) po ranní hygieně
- d) jsem unaven(a) po obědě
- e) nemohu ovládnout usínání
- f) jsem na spánek přes den zvyklý(á) i doma
- g) spánek mne přepadá náhle
- h) jiné .....

20. Máte některý z níže uvedených problémů se spánkem během pobytu na jednotce intenzivní péče? (Můžete označit více odpovědí)

- a) předčasné ranní probouzení a neschopnost opět usnout
- b) časté probouzení se v noci
- c) nepříjemné pocity v oblasti nohou
- d) problémy s večerním usínáním
- e) potíže s chrápáním
- f) noční můry
- g) častá potřeba močení během spánku
- h) krátké přerušování dýchání
- a) jiné:.....

21. Jaké z níže uvedených činností by vám pomohly ke zlepšení kvality spánku během pobytu na jednotce intenzivní péče? (Můžete označit více odpovědí)

- a) Vyvětrání pokoje
- b) Úprava lůžka
- c) Úprava nevhodného osvětlení
- d) Relaxace
- e) Rituály
- f) Léky na spaní
- g) Uklidňující rozhovor před spaním
- h) Klidnější prostředí
- i) Aktivizace sestrou během dne
- j) Jiné:.....

22. Při pobytu na jednotce intenzivní péče je má orientace o tom, zda-li je denní nebo noční doba:

- a) jasná – určitá
- b) vzdálená
- c) mlhavá
- d) nebyl(a) jsem schopen(a) se orientovat, personál mne opakovaně informoval o denní a noční době
- e) nebyl(a) jsem schopen(a) po probuzení přesně určit, zda-li je den, či noc

Děkuji vám za váš čas a spolupráci