

**Jihočeská universita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2010**

**Hana Válová**

Jihočeská universita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Poruchy spánku ve stáří**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:  
Bc. Renata Kvapilová

2010

Autor práce:  
Hana Válová

## **ABSTRACT**

The topics of the thesis are sleep disturbances concerning old age.

Sleep is the basic human need, accompanying our life from pre-natal period to death. It is a natural and essential part of our life; it is of cardinal importance for the comfort of each human being. It is a necessary condition for keeping and maintaining physical and psychological health. The absence of sleep leads to serious disturbances. The sleep and its need are individual; it develops in the course of life, but gradually the number of sleep disturbances increases. In opposition to traditional opinions that an old person needs less sleep, it was found out that the total need of sleep does not change much. The observations proved that some old people sleep more than in their young age.

In the theoretical part, sleep, its significance, the need of sleep, particular phases and factors influencing it are defined. Further, the disturbances of sleep, their causes, division and treatment are described. It deals with the sleep of the elderly and the role of a nurse supporting and making good quality sleep during the nursing process.

Three objectives were stated. The first was to find out sleep habits of the elderly hospitalized in the Hospital Písek, Inc., the second mapped the disturbances of sleep in the clients-the elderly in the Hospital Písek, Inc. The third found out whether the hospitalized clients-the elderly have good conditions for the inducing of sleep.

Three hypotheses were stated. The first: "Clients have sleep habits". The second supposed that: "The most frequents sleep disturbances in clients-the elderly is the early waking up. The third hypothesis: "Clients-the elderly have good conditions for the inducing of sleep".

Quantitative research was chosen to reach the objectives of the thesis and proving the hypotheses. The data collection was carried out by the method of a questionnaire on clients-the elderly in in-patient wards in the Hospital Písek, Inc. After the elaboration of the research part and following assessment it was found out that the first hypothesis-the presence of sleep habits, and the third hypothesis-good conditions for the inducing of sleep, were proved, but the second hypothesis-early waking up, was disproved. Although the results of the research are relatively optimistic, it is surely important to devote further attention to the problems of sleep disturbances in the elderly because

sleep is not that natural and obvious for many of them. The person who does not sleep has not enough power, energy and is not able to manage routine daily activities or resist some illnesses. Problems appear in the individual with sleep disturbances and also in the people who are in contact with this individual.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Poruchy spánku ve stáří“ vypracovala samostatně, jen s použitím pramenů a literatury, uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích.....

.....

Podpis studenta

## **Poděkování**

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí práce, Bc. Renatě Kvapilové za cenné rady, trpělivost a odborné vedení při psaní mé bakalářské práce a rodině za podporu při studiu.

## Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Charakteristika spánku.....	4
1.1.1 Definice spánku.....	4
1.1.2 Historický význam spánku .....	4
1.1.3 Jednotlivé fáze spánku .....	6
1.2 Poruchy spánku.....	7
1.2.1 Příčiny a dělení spánkového rytmu.....	7
1.2.2 Některé faktory ovlivňující spánek.....	9
1.3 Senior a stáří .....	11
1.3.1 Vliv spánku na hospitalizaci pacienta-seniora .....	11
1.3.2 Potřeba spánku seniorů .....	13
1.4 Diagnostika spánkových poruch.....	14
1.5 Terapie spánkových poruch .....	14
1.5.1 Nefarmakologická léčba spánku .....	14
1.5.2 Farmakologická léčba spánku .....	15
1.6 Ošetrovatelský proces u poruch spánku.....	16
1.7 Zásady spánkové a duševní hygieny.....	17
2. Cíle práce a hypotézy.....	21
2.1 Cíle práce .....	21
2.2 Hypotézy .....	21
3. Metodika .....	22
3.1 Použité metody .....	22
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	22
4. Výsledky .....	23
5. Diskuse.....	48
6. Závěr .....	52
7. Seznam použitých zdrojů.....	54

8. Klíčová slova .....	57
9. Přílohy.....	58
9.1 Seznam příloh .....	58



## Úvod

Spánek nás provází celým životem od prenatálního vývoje až do smrti. Pro někoho se stává samozřejmostí, pro jiného je velkým problémem. Spánková medicína prodělává na základě nově poznáných souvislostí řadu převratných změn, přesto spánková problematika zůstává jen pootevřenou knihou. Spánek je životně důležitý a bez spánku se nedá žít. Když se vysloví pojem nespavost nebo poruchy spánku mezi mladšími ročníky naší populace, téměř všichni vědí o čem je řeč. Jistě každý z nich někdy něco takového zažil, ať už při problémech v rodině, zaměstnání, v důsledku nemoci, z nenaplněné, nebo právě prožívané lásky, či z nadbytku pracovního vytížení. Probdělá noc, neustálé převalování se v lůžku nebo nekonečné množství myšlenek, které přímo pronásledují, dokáží člověka řádně potrápiti. Je důležité se zamyslet, jak nevyspalý člověk po probdělé noci vypadá, jak se cítí a jaká je jeho výkonnost. Ale pro většinu z nich to jsou problémy krátkodobé, přechodné a tudíž jim nepřikládají žádnou vážnost (5,15).

Když se ale stejné pojmy vysloví před našimi seniory, vyvstává diametrálně odlišný názor. Porucha spánku mezi staršími lidmi vyvolává vážný a stále se opakující námět k diskusi, nebo rozhovoru. Právě takový problém často a opakovaně vede k návštěvě lékaře. Pokud se sestra trvale pohybuje mezi seniory, nemůže tuto skutečnost pominout nebo ji dokonce nevnímat. Mnohdy jsou stesky na špatný, nekvalitní, krátký, nebo nedostačující spánek bagatelizovány. Jedním z mnoha důvodů je určitě fakt, že když se něco poslouchá často, stále a opakovaně, přestává se registrovat. Dalším z důvodů je všeobecně rozšířený názor, že staří lidé již tolik spánku nepotřebují. Pro spoustu lidí spánek není zdaleka tak přirozený a samozřejmý. Člověk, který se nevyspí, nemá dostatek síly, energie a není schopen plnohodnotně zvládat běžné denní činnosti, natož odolávat některým nemocem. Problémy tedy nastávají nejen pacientovi, ale také všem ostatním, se kterými je člověk postižený nespavostí v kontaktu (5,15).

Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože si myslím, že nespavosti by se mělo věnovat daleko více pozornosti. Je to téma, které bude stále aktuální, živé a sestra ho denně slyší od klientů, zejména seniorů.

## **1. Současný stav**

### **1.1 Charakteristika spánku**

#### ***1.1.1 Definice spánku***

Spánek je základní lidskou potřebou a univerzálním projevem, který je společný všem bytostem. Provází nás celým životem od prenatálního období až do smrti. Je přirozenou a neodmyslitelnou součástí našeho života. Všeobecně je spánek chápán jako snížený stav vědomí, který umožňuje zotavení těla a obnovení zásob energie v nervových buňkách. Spánek je třetinou lidského života. Jinak řečeno, spánek je „Útlum činnosti ústředního nervstva, provázený snížením intenzity většiny životních funkcí“ (Hartl, Hartlová, Psych. slovník, s.554).

Spánek je opakovaně se vyskytující stav organismu, který je charakterizovaný sníženou pohybovou aktivitou a omezenou reaktivitou na vnější podněty. Je to složitý děj a je daný výsledkem součinnosti několika oblastí mozku. Stává se nehomogéním funkčním stavem organismu s typickými rytmickými cykly, který je rozdělený do různých stádií a přechodů, charakterizovaných specifickými formami chování, změnami elektrofyziologickými, vegetativními a hormonálními. Jedná se o děj vratný, je jednou z forem vědomí, tedy opakem bdělosti (8,12,22).

#### ***1.1.2 Historický význam spánku***

Spánek je pro existenci organismu absolutně nutný. Proto je zastoupen v životě člověka v takovém rozsahu. Představuje odpočinek, regenerační pochody, dochází k posílení imunitních funkcí, má prokazatelně kladný vliv na proces ukládání informací. Spánek má zcela zásadní význam pro fyzickou, duševní i emocionální pohodu každého jedince. Je nezbytným předpokladem zachování a udržení tělesného i duševního zdraví. Svaly a vnitřní orgány odpočívají, dochází k regeneraci mozku, třídění zážitků, vzpomínek a informací. Dobrý spánek dodává energii a zajišťuje lepší výkonnost, snižuje riziko stresu, deprese, neuróz a také posiluje srdeční a imunitní systém. Spánek je základní biologickou potřebou člověka. Lze jej oprávněně srovnávat s potravou, vodou, vzduchem a teplem, tedy se základy lidské existence. Absence spánku vede

k vážným poruchám nejen v oblasti funkcí centrální nervové soustavy, což může u pacienta způsobit únavnost, nesoustředěnost, podrážděnost, chybování, nebo neadekvátní reakce, ale také v oblasti tělesné, což způsobí trávicí nebo vegetativní poruchy (12,24).

Ve starověku je spánek považován za dar bohů. Již Shakespeare vypovídá v Mackbethovi o významu spánku. Spánkem se lidé zabývají již odedávna. Mnoho názorů na spánek a hypotéz, na jeho původ a význam má již starověk. Staří Řekové odvozují spánek od spojení bohyně noci, jménem Nyx a boha temnoty, jménem Erebos. Řeckým bohem spánku byl Hypnos, římským Somnus. V 19. století jsou učiněna jednotlivá a nesouvislá pozorování. V roce 1868 Greisinger popisuje pohyby očních bulbů u spících a přisuzuje je snům. V roce 1895 Freud zaznamenává pokles svalového napětí ve spánku. Na počátku 20. století vyvstávají systematictější studie, kdy rakouský neurolog von Economo dospívá k závěru, že v mozku existují centra řídící spánek a bdění. V roce 1920 MacWilliam popisuje periodické změny tepu, dýchání a krevního oběhu. Vyslovuje hypotézu, že existují dva druhy spánku. Jedná se o spánek klidný a neklidný.

Moderní výzkum spánku se datuje od použití elektroencefalografu (dále jen EEG). V roce 1937 Loomis a jeho spolupracovníci na celonočním zápise EEG, rozdělují spánek na čtyři stádia. Rok 1953 doktor Aserinski a Kleitman z Univerzity v Chicagu pozorují fáze spánku s rychlými pohyby očních bulbů a také bez nich. Jejich studie rozvíjí profesor Jouvert z Lyonu, který nazývá spánek paradoxním a synchronním. Rozvoj výzkumu spánku vede ke vzniku nové specializace v rámci neurologie. Jedná se o specializaci somnologie a hypnologie.

Velký význam má vytvoření Společnosti center poruch spánku (Association of Sleep Disorders Center) v USA roku 1977. Společnost začíná koordinovat výzkum spánku a vypracovávat první jednotnou klasifikaci poruch spánku. Také v Evropě pracuje Evropská společnost pro výzkum spánku (European Sleep Research Society). Veškeré existující společnosti zastřešuje Světová federace společností výzkumu spánku (World Federation of Sleep Research Societies), ustanovená roku 1991 v Cannes. Na podporu léčení poruch spánku a zdůraznění problematiky spánku vzniká

celosvětový globální projekt o spánku a zdraví (Worldwide Project on Sleep and Health), který souvisí s duševním i tělesným zdravím člověka a poukazuje na celkovou kvalitu života. Součástí se stává Mezinárodní den zdravého spánku, který symbolicky připadá na 21. března, což je první jarní den (12,21,24).

### ***1.1.3 Jednotlivé fáze spánku***

Spánek je cyklický děj, který je řízený dvěma speciálními oblastmi mozku kmene. Má dvě hlavní fáze, které se během spánku střídají. První fází je Non-Rem fáze. Jedná se o spánek bez rychlých očních pohybů. Druhou fází, Rem-fází, se rozumí spánek, který je doprovázený rychlými očními pohyby. Jednotlivé fáze se odlišují charakteristikami na polysomnografu, především rozdílnými elektrickými impulsy, pohybem očí a svalovým napětím. Tyto fáze se také cyklicky střídají a během noci může proběhnout čtyři až šest těchto cyklů. Poměr Non-Rem a Rem spánku se v průběhu života mění. Čím je člověk starší, tím více převládá Non-Rem fáze. V dospělosti je zastoupena přibližně v osmdesáti procentech celkového objemu (20).

*Non-Rem* fáze je rozdělena do čtyř stádií a trvá přibližně sedmdesát pět procent celkové doby spánku. První stádium je stádium počáteční, které je charakteristické velmi lehkým spánkem a usínáním, snižuje se svalové napětí a klesají víčka. Ve stáří se objevuje častěji než u mladých lidí. Ve druhém stádium je spánek lehký, kde se ztrácí kontakt s okolím a pohyby očí nejsou již přítomny. K jeho úbytku dochází například při depresích. Třetí stádium charakterizuje spánek středně hluboký a čtvrté stádium se vyznačuje hlubokým spánkem s pomalou aktivitou. V tomto stádiu se tělo zotavuje po fyzické stránce. Pokud se člověk probudí v Non-Rem fázi spánku, není to fyziologické, a tudíž se cítí ospalý a unavený. Rem fáze tvoří asi dvacetpět procent veškerého spánku, kde se pozorují somatovegetativní projevy. Příkladem je úplná ztráta svalového napětí, zrychlený tep, nepravidelná akce srdeční, zrychlený, nepravidelný dech, svalové záškuby, mírně zvýšený metabolismus, tělesná teplota a hlavně rychlé pohyby očních bulbů, které této fázi daly název. Tato fáze je příhodná pro lidské snění (27).

## 1.2 Poruchy spánku

### 1.2.1 Příčiny a dělení spánkového rytmu

Běžné poruchy spánku se rozdělují do různých skupin. Podle času a doby, po kterou člověka provázejí, podle vlastní příčiny, která je vyvolává, nebo také podle věku skupin lidí, které postihuje. Svoje členění také určuje mezinárodní klasifikace. Současná mezinárodní klasifikace dělí poruchy spánku do šesti základních kategorií. Insomnie (nespavost), poruchy dýchání vázané na spánek (spánkové apnoe, záněty dýchacích cest), hypersomnie (nadměrná spavost), poruchy cirkadiálního rytmu (odlišné načasování vlastní biologické rytmicity), parasomnie (somniaambulismus, pavor nocturnus) a abnormální pohyby vázané na spánek (pohybová aktivita narušující spánek) (33,35,14).

Podle vyvolávající příčiny se poruchy spánku dělí na poruchy primární, nebo také neorganicky podmíněné a poruchy sekundární, podmíněné organicky. Primární poruchou spánku se rozumí všechny poruchy, které přímo souvisí se samotným spánkem. Do primárních poruch patří insomnie, hypersomnie, narkolepsie, spánkové apnoe a parasomnie (22,30,31).

*Insomnie* je nejčastější poruchou spánku. Jedná se o nedostatečnou délku nebo kvalitu spánku. S přechodnou nespavostí se v životě setká téměř každý člověk, neboť se váže na běžné životní situace. Příkladem je stres, konflikty v rodině, úmrtí, hospitalizace v nemocnici, pracovní přetížení, rozvod, nebo akutní onemocnění. Trvá několik dní, maximálně dva až tři týdny. Pacienti v nemocnici se po probuzení necítí odpočinutí. Kromě osobní nepohody, ale nepředstavuje vážnější problém. U chronické nespavosti se porucha vyskytuje nejméně třikrát za týden po dobu delší než jeden měsíc. Chronická nespavost se může také vyskytovat primárně nebo sekundárně. Primární nespavost je často podmíněna kombinací mnoha faktorů. Příkladem je špatná spánková hygiena, chronický stres nebo špatná životospráva. Sekundární nespavost se vyskytuje jako následek jiného onemocnění. Vyskytuje se u pacientů s depresemi, u neurologických onemocnění, nebo také u onemocnění, která jsou spojena s nepříjemnými příznaky jako je bolest, svědění nebo dušnost. Pacienti s insomnií mají potíže při usínání, s častým buzením se v průběhu noci a předčasným probouzením (33).

*Hypersomnie* je vlastně opakem insomnie. Takový pacient spí velmi dlouho, déle než dvanáct hodin, přesto se probouzí nevyspalý a unavený. Objevuje se zvýšená spavost během dne. Provází většinou poškození centrálně nervové soustavy, metabolické poruchy a poruchy psychické (22,24).

*Narkolepsie* znamená, že pacient náhle upadá do krátkodobého, ale intenzivního spánku během dne. Může a nemusí být provázena kataplexií, což je ochabnutí antigravitačního svalstva, které je spojeno s pády. Narkolepsie je někdy spojena se záchvaty a vznikem částečné nebo úplné paralýzy. Při léčbě je proto velmi důležitá změna denních aktivit. Z léků se podávají amfetaminy, stimulancia a nootropika (22).

*Spánkové apnoe* u pacienta představuje opakované zastavení dýchání v průběhu spánku. Má dvě formy, centrální a obstrukční spánkové apnoe. Centrální forma se ve stáří vyskytuje častěji a zjistí se náhodně při vyšetření. Obstrukční forma může způsobit závažnější problémy, jelikož dochází vlivem hypoxie ke ztrátě svalového tonu horních cest dýchacích během noci. Takový stav vede k častému probouzení pacientů, kteří během dne pospávají a cítí se unavení. Pacienti se projevují hlasitým chrápáním a apnoickými pauzami během noci. Takový pacienti musí co nejdříve navštívit otolaryngologa a specializované pracoviště, jako je například spánková laboratoř. Spánkové apnoe značně ovlivňuje denní pracovní výkony (22).

*Parasomnie* zahrnuje rozličné projevy v průběhu spánku, nebo při jeho přerušení. Mezi takovou poruchu patří *somnambulismus*, což znamená náměsíčnost a zahrnuje především nebezpečí úrazů, jelikož pacient není zcela probuzen. Do parasomnie dále patří *noční můry*, *noční děsy*, *noční křik* a *pocity hrůzy*, u kterých si pacient nedokáže vybavit o co vlastně jde. V rámci parasomnie se také může objevit noční jedení, na které může mít pacient amnézii, dále *mluvení ze spaní*, *bruxismus*, neboli skřípání zubů, rytmické pohyby hlavy a končetin. Všechny tyto projevy jsou ale charakteristické spíše pro dětský a mladší věk než u seniorů (28).

Poruchy sekundární jsou poruchy způsobené jinou chorobou organismu. Jedná se o poruchy dýchání, srdeční onemocnění, časté nykturie, syndrom neklidných nohou, různé typy bolestí nebo psychiatrická onemocnění. Sekundární poruchy spánku provází pacienti seniory, kteří vzhledem ke svému věku trpí polymorbiditou. Porucha spánku

může pacienta postihnout jak přechodně, tak i na krátkou dobu. Přejde a zase odezní, ať už s léčbou nebo bez ní. Takové poruchy se nazývají krátkodobými, nebo akutními. Jiné poruchy trvají týdny a měsíce. Nazývají se poruchami dlouhodobými, chronickými. Důsledkem dlouhodobé nespavosti je únava, zhoršené soustředění, úzkost, neklid, depresivní nálada, nižší výkonnost, bolest hlavy, nebo vyšší výskyt úrazů. Neléčená porucha spánku může vést až k úmrtí jedince. Poruchy spánku seniorů, lidí starších 65 let, mají zejména příčiny, které se týkají změn degenerativního původu, které přináší čas, tělesná onemocnění, zhoršující, nebo jen narušující spánek, užívání léků, sociální role a její změna po odchodu dětí z domova, odchod ze zaměstnání, změna pohybové i duševní aktivity a měnící se životní styl (1,8,19,29,34).

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

Spánek a jeho potřeba je u každého z nás individuální. Délka a kvalita závisí na mnoha faktorech, které se dělí do čtyř skupin. Faktory biologicko-fyziologické, psychicko-duchovní faktory, sociálně-kulturní a faktory životního prostředí (35).

Faktory biologicko-fyziologické představují věk, nemoc, bolest, jídlo, pití, pohyb, aktivitu, nebo změnu způsobu života. Psychicko-duchovní faktory zahrnují úzkost, strach, nejistotu, nedostatek činnosti, nudu nebo ztrátu smyslu života. Sociálně-kulturní faktory tvoří mezilidské vztahy, disharmonie v rodině, pracovní a finanční problémy. Do faktorů životního prostředí se řadí především nadměrný hluk, světlo, stav ovzduší, tlak vzduchu, nevyhovující prostředí, nebo zařízení místnosti na spaní (35).

*Nepřiměřená spánková hygiena* znamená, že chování a životní návyky pacienta jsou v rozporu s kvalitním nočním spánkem a bdělostí ve dne. Příkladem je špatná životospráva a různé zlovyky, jako je pravidelná konzumace kofeinu, alkoholu, nikotinu a jiných povzbuzovacích prostředků. Spánku také neprospívá plný nebo naopak prázdný žaludek, dále stres nebo intenzivní cvičení těsně před spaním. Také pacient, jehož životním stylem je nuda a nečinnost, může mít potíže se spánkem. Za zmínku stojí také narušená pravidelnost biorytmů. Taková nepravidelnost může být způsobena oddalováním doby usínání. Příkladem je sledování televize, pracovní činnosti v noční době, nebo častý spánek přes den (5).

*Psychika pacienta* také zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu spánku. Psychické faktory jsou považovány za nejčastější příčiny nespavosti. V případě, že pacient při usínání řeší osobní konflikty, rozebírá nepříjemné zážitky, je rozrušen, nebo je v očekávání něčeho špatného, stává se spánek nekvalitním. V takovém případě se pacienti přesvědčují, že neusnou. Takový pacient již od rána myslí na spánek a potíže s ním spojené. Potřebuje se vyspat, ale spánek se nedostaví. Večer uléhá plný obav a s velkým napětím. Usilovně se nutí do spánku a snaží se usnout, ale spánek nepřichází, jelikož snaha mobilizuje energii a potřeba spánku klesá (17).

*Rušivé vlivy prostředí* jistě naruší spokojený spánek. Příkladem je ostré světlo, velké teplotní změny, pohyby nebo zvuky spolupacienta, neznámé změny prostředí, hluk, ale především samotná hospitalizace v nemocnici. Teplota v místnosti, která je vyšší než 24°C, značně zhoršuje spánek a působí u pacienta časné probuzení. Stejný vliv na pacienta má naopak příliš chladná místnost, která má méně než 12°C. Ideální teplota se musí pohybovat mezi 18-22°C. Negativně na spánek také působí nízký a vysoký atmosférický tlak. Také na lůžko mají pacienti různé nároky. Některým pacientům se spí lépe na tvrdých lůžkách, jiní vyžadují lůžko měkké. Přesto měkké lůžko napomáhá spánku mnohem více než lůžko tvrdé. Hluk patří k vlivům, které značně zhoršují spánek, ale citlivost na hluk je u různých pacientů odlišná, jelikož citlivost na hluk se zvyšuje s věkem (18).

*Onemocnění pacienta* také značně působí na spánek. Nespavost je typická pro řadu psychiatrických onemocnění. Nejčastěji se vyskytuje u deprese, úzkostných stavů, poruch příjmu potravy, mánie a schizofrenie. Pacient svou emoční poruchu nevidí a následně se zabývá pouze chronickými potížemi se spánkem. Také neurologická onemocnění mají vliv na spánek. Příkladem je degenerativní onemocnění mozku, nebo poškození řídících struktur mozku zánětem, nádorem a úrazem. Ze somatických onemocnění, které se významně podílejí na kvalitu spánku, patří například onemocnění gastrointestinálního traktu, dále metabolické, endokrinní a respirační potíže. Také syndrom neklidných nohou vyvolává u pacientů nepříjemné pocity, které značně ovlivňují spánek. Objevují se v dolních končetinách v době usínání pacienta. Jsou to svědivé, pálivé až hřejivé parestázie, které přicházejí v době



po přikrytí dolních končetin. Pacienti se snaží tyto nepříjemné pocity odstranit třením nohou o sebe, nebo pohybováním končetin. K takové poruše dochází při polyneuropatii, anémii, leukémii, nebo revmatoidní artritidě. Periodické pohyby končetin, kdy se jedná o rytmické pohyby většinou dolních končetin, také mají svůj podíl na kvalitu spánku. Pohyb je krátkého trvání. Doba se odhaduje kolem jedné sekundy a rytmicky se opakuje. Takový stav může trvat až několik hodin a je čtenější v první polovině noci. Pacient si často stěžuje na nekvalitní spánek s častým probouzením, ráno se cítí nevyspalý a přes den je nadměrně spavý (13).

*Léky* se také svými vedlejšími účinky podílejí na příčině nespavosti. Takový stav způsobují kortikosteroidy, anorektika, psychostimulancia, antihypertenziva, bronchodilatancia, ale také některé volně prodejné léky, které obsahují kofein. Dlouhodobé užívání hypnotik může mít nepochybně vliv na vznik některé z poruch spánku, jelikož dochází k rychlému rozvoji tolerance na tyto léky, nebo v opačném případě jejich vysazení v rámci odvykacího syndromu (19).

### **1.3 Senior a stáří**

#### ***1.3.1 Vliv spánku na hospitalizaci pacienta-seniora***

Stáří a stárnutí, jsou relativní pojmy a jejich nástup je čistě individuální. Světová zdravotnická organizace rozlišuje stáří na několik kategorií. Mladší stáří se datuje v rozmezí 65-74 let, vlastní stáří 75-84 let, velmi staří 85-94 let a dlouhověkost 95 a více let. Průběh stárnutí závisí na genetických dispozicích, pohlaví, způsobu života, různých nemocech a sociálních okolnostech. Stárnutí je fyziologický proces, který postihuje každou část těla jiným způsobem. Na kůži se dělají vrásky a šediví vlasy. Klouby ztrácejí ohebnost, svaly pružnost, kosti řídnou, slábne zrak, zhoršuje se sluch a snižuje se imunita. Doprovodným znakem je zhoršování paměti a zpomalování poznávacích procesů. Rovněž spánek podléhá mnohým změnám, jelikož v této době odchází většina lidí do důchodu, dochází ke ztrátě životních partnerů, nastává pocit neužitečnosti, sociální izolovanosti a velkého množství volného času. Mnozí mají narušen režim dne a tím také režim spánku (9,16).

Spánek je biologický proces, který se v průběhu života vyvíjí. Ve stáří dochází ke změnám spánku. Noční spánek se často přesunuje do časnějších hodin, pacienti dříve usínají a ráno se dříve probouzejí. Kvalita a délka spánku se může ve stáří měnit také v průběhu roku. Střídají se týdny nebo měsíce spánku kvalitního a období spaní narušeného. Oproti tradičním názorům, že starý člověk potřebuje spánek méně, se zjišťuje, že celková potřeba spánku se tolik nemění. Pozorování potvrzují, že někteří staří lidé spí dokonce více než v mládí. Lidé kolem sedmdesáti let a starší, mají potřebu několika spánkových úseků i během dne. Tím vlastně nahrazují nedostatečný, nebo nekvalitní spánek během noci. Staří lidé tráví v lůžku většinou více času než mladí, prodlužuje se doba jejich usínání, dochází k častějšímu probouzení, které je způsobené nucením na močení, dechovými potížemi, syndromem neklidných nohou, bolestí, nebo jinými tělesnými potížemi. Pro hodnotnější noční spánek seniorů je důležité znát správnou spánkovou hygienu a dobré spánkové návyky. Mezi nejčastější poruchy spánku u seniorů, tedy lidí starších 65 let, patří zejména změny degenerativního původu, které přináší čas, tělesná onemocnění, užívání léků na základní onemocnění, daná sociální role a její změna po odchodu dětí z domova, nebo po odchodu ze zaměstnání, změna pohybové a duševní aktivity, nebo mění se životní styl (5).

Hospitalizace znamená pro pacienta vždy velký zásah do způsobu života a do jeho zvyklostí. Je všeobecně známo, že starý strom se špatně přesazuje. Proto i senior má značné problémy se změnou prostředí. Poruchy spánku u seniorů jsou velmi časté a hospitalizace je většinou ještě prohlubuje a umocňuje. Změna prostředí, ošetřující personál, noví spolubydlící, nedostatek soukromí, to vše se stává velkou zátěží pro pacienta, který si už vzhledem k věku přináší zhoršenou adaptabilitu. Na nespavost může mít vliv bolest, svědění, nykturie, dušnost, kašel, pálení žáhy, parestezie, křeče v lýtkách, bušení srdce a nepřírozená, vynucená poloha. K momentům poruch spánku se také řadí stres, úzkost, strach z neznámého, z budoucnosti, nebo samotná osamělost. Další příčinou se stává nezvyklé lůžko, jiná teplota místnosti a nepřiměřené osvětlení. Přítomnost dalších spolupacientů a jejich tělesné projevy, jako je například sténání, pláč nebo chrápání, mohou spánek odhánět. V neposlední řadě také

nemocniční hluk představovaný přístroji, zvonění telefonů, zavírání dveří nebo hlučné chování personálu, se významně podílí na kvalitu spánků seniorů (1,2,14,26,27).

### ***1.3.2 Potřeba spánku seniorů***

Každý pacient je bytost, který má své potřeby v oblasti biopsychosocální a spirituální. Proto každá neuspokojená potřeba je projevem nedostatku, což vede k negativnímu ovlivnění člověka nejen v jeho emocích, myšlení a prožívání, ale také v jeho pozornosti. V průběhu života se tyto potřeby mění, ať už z hlediska kvality, tak z hlediska kvantity. Podle amerického psychologa Maslowa je spánek základní lidskou potřebou (Příloha 3). Spánek a jeho potřeba, podobně jako u odpočinku, jsou u každého individuální. Potřeba spánku se mění s věkem a vlivem vnitřních i vnějších změn. Stárnutím se potřeba spánku relativně zkracuje a současně přibývá spánkových poruch (1,35).

Spánek je aktivní děj. Jedná se o fyziologickou změnu vědomí, která je charakterizována změnami fyziologických funkcí, minimální fyzickou aktivitou a sníženou reakcí na různé podněty. Proto je spánek nezbytným předpokladem pro zachování duševního a tělesného zdraví. Právě z tohoto důvodu jsou řazeny mezi potřeby základní, tedy nižší. Člověk prospí přibližně jednu třetinu života. Zdravý člověk spí denně asi sedm až devět hodin, někdo spí déle, někomu stačí i méně. Existuje ale vztah mezi spánkem a nemocí. Každé fyzické i psychické onemocnění je provázeno zvýšenou únavou. Potřeba energie na zvládnutí denních činností a boj s onemocněním v sobě nesou i zvýšenou potřebu spánku. Nemusí se vždy jednat jen o délku spánku, ale je důležité, zda je člověk po probuzení dostatečně odpočínutý a čilý. Jedná se také o spánkovou kvalitu. Dnes již o tom, kdy jde člověk spát nerozhoduje střídání světla a tmy. Když přijde tma, rozsvítí se jednoduše světlo a pokračuje se v dalších činnostech. Tím se ovšem navodí nepravidelnost, odklonění života od přírody, která takovou vymoženost moderní doby vrátí v podobě různých poruch (2,33,35).

## **1.4 Diagnostika spánkových poruch**

Anamnéza spánku je pro diagnostiku velmi významná. Součástí diagnostiky je důležité zjistit, v kolik hodin chodí pacient spát, jak se ráno probouzí a jak se po probuzení cítí. Jaká je kvalita nočního spánku, nebo jak dlouho trvá než usne. Vždy se musí přihlídnout k tomu, jak pacient žije a jaká je jeho denní aktivita. Další možností je celá řada dotazníků a spánkových diářů. Příkladem dotazníku je Morinův spánkový dotazník, nebo také test latence mnohočetného usnutí (Příloha 2). Cílem dotazníků je zjistit, v jaké míře pacient trpí některou z poruch spánku. Vedení spánkového diáře vyžaduje vést pravidelně záznamy o spánku po dobu jednoho, nebo dvou týdnů. Po uplynutí stanovené doby se záznamy prostudují a následně zhodnotí. Tímto faktem se zjistí, zda je spánek opravdu narušen. Charakter poruchy spánku může pomoci stanovit příčinu poruchy a diagnózu. V případě, že se objeví intenzivní příznaky, které ukazují na poruchu spánku, je nutností provést podrobnější vyšetření. Pomocí elektroencefalogramu, který snímá elektrické potenciály v mozku, elektrookulogramu, který snímání oční pohyby a elektromyogramu, který snímá elektrické potenciály svalu. Další záznamy se týkají elektrických potenciálů srdečního svalu, krevního tlaku, dýchání, srdeční frekvence, celkových pohybů těla, sycení krve kyslíkem a pozorování frekvence vln. Všechny metody vyšetří spánek ve spánkové laboratoři. Hovoří se o polysomnografii (23,25,14).

## **1.5 Terapie spánkových poruch**

### ***1.5.1 Nefarmakologická léčba spánku***

Léčba nespavosti souvisí s její příčinou, délkou, dalším onemocněním a možnostmi, které má pacient i současná medicína. Předpokladem zahájení léčby je podrobný rozbor konkrétního případu nespavosti. Léčba se rozděluje na dvě základní skupiny. Jedná se o farmakoterapii a nefarmakologické postupy bez léků. U seniorů s chronickou insomnií se preferují postupy bez farmak, tedy bez podávání léků. Někdy stačí pouze upravit režim pacientů a spánek se může zlepšit. Sestra společně s lékařem musí pacienta seznámit s principy spánkové hygieny a motivovat ho ke spolupráci.

K zlepšení spánku napomáhají všechny psychoterapeutické techniky, které vedou k lepšímu zvládnání stresu a jeho redukci. Při poruchách spánku se také využívá akupunktura, akupresura, aromaterapie, fytoterapie, hydroterapie, hypnoterapie, muzikoterapie, dietoterapie a jiné dostupné alternativy (1,17).

Mezi jednu z alternativ patří fytoterapie. Jedná se o tradici užívání bylin v léčbě nespavosti. Tato alternativa je velice stará, ale v současné době prožívá svoje znovuoobjevení. Byliny se používají ve formě čajů, nálevů, výluhů, nebo tinktur. K nejznámějším patří kozlík lékařský, máta peprná, meduňka lékařská, třezalka tečkovaná, nebo chmel otáčivý. Rostliny lze použít samostatně, nebo v různých směsích. Další možnou variantou pro dobré spaní je dodržování vhodného denního režimu, ke kterému patří pravidelné vstávání a uléhání, nespát během dne a dostatečná fyzická aktivita. Velkou roli určitě také má správné stravování. Nejíst těžká jídla bezprostředně před spaním, omezit kofein, alkohol, nikotin, fyzickou aktivitu a relaxovat. Pro navození klidného, osvěžujícího spánku jsou nezbytně nutné optimální podmínky pro spánek, které zahrnují klid, tmu, vhodné lůžko, vhodnou teplotu místnosti a pohodlné oblečení. Důležitá je rovněž léčba symptomů u sekundární nespavosti, jako je například bolest, dušnost, poruchy srdečního rytmu, nebo různé urologické potíže (8,18,36).

### ***1.5.2 Farmakologická léčba spánku***

V případě, kdy selžou všechny nefarmakologické postupy, následují léčiva farmakologická. Prvním hypnotikem bylo již kdysi dávno Opium. Později, počátkem dvacátého století, se začínají používat barbituráty a hypnotika první generace. Šedesátá léta dvacátého století charakterizují benzodiazepiny a hypnotika druhé generace. V poslední době nastupují hypnotika třetí generace, nebenzodiazepiny. Dále se uplatňují anxiolytika, antidepresiva, antipsychotika, antihistaminika a preparáty melatoninu (1,11,34).

Je však nutné brát na zřetel, že hypnotika můžou měnit fyziologickou architekturu spánku a vytvořit návyk. Proto je důležité hypnotika podávat uvážlivě a vždy pacienta řádně edukovat, jak o užívání, tak i o možných interakcích s ostatními

léčivý a nežádoucích účincích. Ideální hypnotikum je takové, které rychle navozuje spánek, respektuje přirozený sled jednotlivých spánkových fází, působí přiměřeně na trvání kvalitního spánku a nemá žádné stopy po působení následující den (3).

## 1.6 Ošetrovatelský proces u poruch spánku

Spánek je základní potřebou člověka. Oproti zdravému, má pacient potřebu spánku změněnou. Nejčastěji se sestra setkává se skutečností, že senior v noci nespí, ale během dne se jeho potřeba spánku zvyšuje. Spánek je pro úspěšnou léčbu nezbytný, proto je v zájmu sestry, zajistit spánek co nejkvalitněji a dostačujícím způsobem. Záleží na kompetenci sestry naslouchat pacientovi, řešit jeho problémy a být tu pro něho (32).

Zjistit, zda je spánek v pořádku, napomáhá sestře sám pacient, který s potížemi přichází. Již jeho vzhled a chování mnoho napovídá. Sestra může informace získat také od nejbližších hospitalizovaného pacienta. Nutností je provedení vyšetření, získání podrobné anamnézy a rovněž zjištění spánkové životosprávy. Při přijetí se sestra musí seznámit se zvyklostmi nového pacienta, čímž zjistí, co nejvíce informací. Pokud to jeho stav vědomí dovolí, je velmi důležité vytvořit si anamnézu, která se týká spánku. Na jejím podkladě pak může pomoci pacientovi, seniorovi, ke kvalitnímu spánku. Současně si doplní údaje od členů rodiny ve společné domácnosti, kteří jeho návyky znají. Při zjišťování spánkových návyků klade sestra různé otázky. Příkladem otázek je jaký je způsob usínání (světlo, tma), doba usínání a délka spánku. V případě, že pacient spí přerušovaně, zjišťuje z jakého důvodu, jelikož pacient může mít bolesti, chodí často močit, nebo má žízeň. Sestra dále může zjistit, jak se pacient po proběhlém spánku cítí, jakou užívá medikaci a jaké má návyky. Důležité je také zjistit, zda spí pacient ve dne, zda usíná v klidu, při televizi, u knihy, nebo po nějaké jiné aktivitě (13,27).

Mezi základní intervence sestry se řadí podpora obvyklých rituálů pacienta, udržování rovnováhy mezi denní aktivitou a odpočinkem, zajištění hygienické péče před ulehnutím, péče o lůžko, o čistotu prádla, eliminace rušivých podnětů, zajištění klidného, tichého prostředí, vhodné teploty místnosti, sledování účinku podaných léků, monitorování bolesti a nepohodlí, které narušuje klidný spánek, a poskytnutí nočního osvětlení. Důležitá je také edukace o možných alternativách zvládnání bolesti a stresu.

Při setkání sestry s pacientem, který trpí nespavostí je vhodné zahájit edukaci okamžitě. Většinou zahrnuje obecné poznatky o spánku a také skutečnost, že spánek je záležitost individuální, že délka spánku se v průběhu života mění a jeho poruchy nemusí být nutně příznakem nemoci. Specifickou částí se stává kontrola spánkových stimulů, spánkové hygieny a poukázání na různé spánkové návyky, nebo rituály. Důležité je utvrdit pacienta, že na lůžko se odchází za odpočinkem a spánkem. Úkolem sestry je navodit asociační vazbu, kde lůžko rovná se spánek (26,37).

Téměř každý pacient má nějaká ustálená pravidla, která předcházejí ulehnutí do lůžka, nebo samotnému spánku. Každý pacient je osobnost, individualita, a proto každému vyhovují jiná opatření. Mezi činnostmi může patřit večerní procházka, lehké cvičení, poslech hudby, čtení knihy, modlitba, pití šálku bylinného čaje, teplého mléka, kakaa, vyprazdňování, teplá koupel, čištění zubů, oblečení pohodlného nočního prádla, vyvětrání a zatemnění místnosti, nařízení budíku, vypnutí telefonu, nebo třeba úprava lůžkovin. Pokud pacient žádné spánkové návyky nemá vybudované, je úkolem sestry na ně upozornit (30).

Sestra na základě své ošetrovatelské činnosti pracuje s ošetrovatelskými diagnózami, které nastiňují ošetrovatelský problém a jeho následné řešení. Stanovuje základní ošetrovatelské diagnózy, které přímo souvisí s problematikou spánku. Příkladem takových diagnóz může být porušený spánek, spánková deprivace, nebo ochota ke zlepšení spánku, dále se jedná o diagnózy, které s problematikou úzce souvisí. Příkladem je únava, porušená energie, úzkost, strach, deficitní znalost spánkových návyků, riziko pádů, akutní bolest, nebo bolest chronická (6,10,37).

### **1.7 Zásady spánkové a duševní hygieny**

Ve večerních hodinách je pacientům doporučeno vyhnout se kofeinu, který je obsažen nejen v kávě, ale také v černém a zeleném čaji, čokoládě, coca-cole, kakau a energetických nápojích. Pro své povzbuzující účinky rozhodně nejsou vhodným nápojem na dobrou noc. Pacient musí omezit příjem kávy také během svého dne. Tři a více šálků kávy dokáží narušit spánek bez ohledu na dobu, kdy je káva požívána. Někteří pacienti, kuřáci, si musí dát poslední cigaretu před spaním. Nikotin však působí

povzbudivě, zvyšuje pozornost, bdělost, a tím snižuje schopnost usnout. Spánek také často narušují dýchací potíže silných kuřáků. Proto se doporučuje nekouřit a vyvarovat se alkoholu. Sklenička alkoholu sice pomůže navodit spánek, protože působí jako sedativum, ale na druhé straně činí spánek, zvláště ve druhé polovině noci, přerušovaným, nekvalitním a málo hlubokým. Proto se ráno, i když pacient spí dostatečně dlouho, necítí dostatečně odpočínutý. Nehledě na bolesti hlavy, nevolnost, nebo častější noční močení. K večeři je vhodné volit jídla co nejlehčí a nikdy nejíst na noc. Do lůžka není vhodné chodit s prázdným žaludkem, předejde se tím probouzení se pacienta z hladu. Během dne se doporučuje požívat pestrou a vyváženou stravu. Tím se zajistí dostatečný přísun vitamínu skupiny B, vápníku, železa a hořčičku, jejichž nedostatek se často spojuje s nespavostí a zvýšenou únavou během dne. Těsně před spaním si pacient může dopřát potraviny, které pomáhají uvolnit svalstvo a utišit mysl. Takovým zázračným pokrmem může být například banán, mandle, nebo lžička medu. Své divy dokáže také teplé mléko. A to nejen pro svůj obsah vápníku a tryptofanu, ale také s čistě psychologického hlediska. Je všeobecně známé, že teplé mléko připomíná dětství a už jenom tato skutečnost může působit uklidňujícím dojmem(2).

Pravidelné klidné odpolední cvičení je také doporučováno. Výjimku představuje pouze intenzivní a vysilující cvičení těsně před spaním. To, že je pohyb pro dobrý spánek nezbytný, má své logické vysvětlení. Lidé, kteří fyzicky pracují, nemají na konci dne jinou potřebu, než jít spát. Zatímco lidé, kteří tráví celý den v sedě, nejsou večer dostatečně unavení spánek se tak navozuje obtížněji. Proto se doporučuje dopřát si po večeři pravidelnou procházku, která pomůže setřást napětí dne, zklidnit mysl a zlepšit tak spánek. Večer rozhodně nesmí být zkracován tím, že se po příchodu z práce usíná. Čas strávený ulehnutím do lůžka, má pro spánek zásadní význam (5,15,21).

Lůžko musí patřit pouze k odpočinku a relaxaci. Ve večerních hodinách se proto doporučuje věnovat se příjemným činnostem, které potěší a dokáží odpoutat od každodenních starostí. Příkladem je číst, nebo poslouchat příjemnou hudbu, luštit křížovky, besedovat s přáteli, nebo spolupacienty. Co je často velmi obtížné a nemožné, je přestat myslet na pracovní, nebo jiné problémy a nebrat si je s sebou do lůžka. Nedoporučuje se také sledování napínavých televizních programů, čtení detektivek



a provádět psychicky náročnou činnost, která může způsobit napětí a narušení spánku. Příjemnou atmosféru může navodit horká koupel, alespoň dvě hodiny před spaním. Nejen, že příjemně naladí a uvolní, ale smyje všechny starosti všedního dne, zvýší tělesnou teplotu, jejíž pokles v následujících hodinách přivodí přirozenou a příjemnou ospalost. Každý večer se doporučuje pravidelně dodržovat své spánkové rituály. Rituály signalizují, že je čas jít spát a vědomě připravují ke spánku. Jsou to nejrůznější rutinní činnosti, které jsou vykonávány těsně před uleháním. Příkladem je čištění zubů, oblékání pyžama, sprchování, stlaní lůžka, čtení v knize. O potíže se spánkem si člověk říká v případě, když své lůžko používá ke čtení, sledování televize, telefonování, povalování se, nebo dokonce jako jídelnu a kancelář. Lůžko se stává azylem, útočištěm a ne místem k řešení problémů nebo sporů. Pravidelný a pevný čas uléhání a vstávání podporuje a stabilizuje pravidelnost vnitřních biologických hodin, což má pro spánek obrovský význam. Do lůžka se uléhá v okamžiku, kdy se člověk cítí unavený a ospalý, nejlépe každý den ve stejnou dobu. Je velice důležité umět naslouchat svému tělu a neodkládat spánek. Další důležitostí je vstávání každé ráno ve stejnou dobu a nepodléhat pokušení dlouhému vyspávání. Spánek se tak rozhodně nedožene. Místo toho je lépe si vychutnat klid, který se s probuzením zbylého dne postupně vytratí. V klidu se nasnídat, jít na procházku, zacvičit si, utřídit si myšlenky a naplánovat si den je jistě důležitým okamžikem (17,22,35).

Do lůžka se také nesmí chodit spát se strachem a obavami, nesledovat hodinky ani sebe, nesoustředit se na spánek a nenutit se do něj. Tímto krokem se člověk pouze udržuje v trvalém napětí a zvýšené bdělosti. Doporučením je proto ležet se zavřenýma očima a na nic nemyslet. Jestliže se také pacient dokáže soustředit na něco jiného dostatečně dlouho, celý organismus se „přeladí“ do klidu a spánek se sám nepozorovaně vplíží do mysli. Pokud člověk neusne do dvaceti minut, doporučením se vstát, přejít do jiné místnosti a věnovat se nějaké nudné a nezáživné činnosti, která se již dlouho odkládá. Do lůžka se pak následně vrátit v případě ospalosti. Spát se také doporučuje v tmavé, klidné, dobře větrané, spíše chladnější místnosti a udržovat v ní čisto a pořádek, dále odstranit z místnosti hlučné hodiny, počítač, telefon, ale také další elektronická zařízení, která významně narušují spánek. Spánková hygiena spočívá také

ve spaní v pohodlném oděvu, nejlépe z materiálu, který dobře saje pot. Pozornost se také musí věnovat ve výběru dostatečně prostorného lůžka a vhodné matraci. A hlavně nezoufat v případě, že se nedaří usnout. Existují přece metody, které mohou pomoci, pokud si pacient přeje (1,2,5).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

- C1 Zjistit spánkové návyky u hospitalizovaných klientů seniorů v Nemocnici Písek, a.s.
- C2 Zmapovat poruchy spánku u klientů seniorů v Nemocnici Písek, a.s.
- C3 Zjistit, zda hospitalizovaní klienti senioři, mají zajištěné vhodné prostředí pro navození spánku

### **2. 2 Hypotézy**

- H1 Klienti mají spánkové návyky
- H2 Nejčastější poruchou spánku u klientů, seniorů je časně probouzení
- H3 Klienti senioři mají zajištěné vhodné prostředí pro navození spánku

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody**

Pro výzkumné šetření byla použita metoda kvantitativního sběru dat, formou anonymního dotazníku (Příloha 1). Dotazník pro pacienty byl určen na základě prostudované literatury. Zařazovacím kritériem pro výběr pacientů byl věk. Dotazník byl proto určen pacientům, kteří dovršili 65 a více let. Dotazník obsahoval 25 otázek, které byly uzavřené a polootevřené. Polootevřené otázky nabízely možnost výběru stručné odpovědi. Otázky se týkaly problematiky spánku a zjišťovaly spánkové poruchy a spánkové návyky pacientů seniorů hospitalizovaných v Nemocnici Písek, a.s. Otázky se zaměřovaly také na prostředí, které na pacienta působí během hospitalizace v uvedeném nemocničním zařízení.

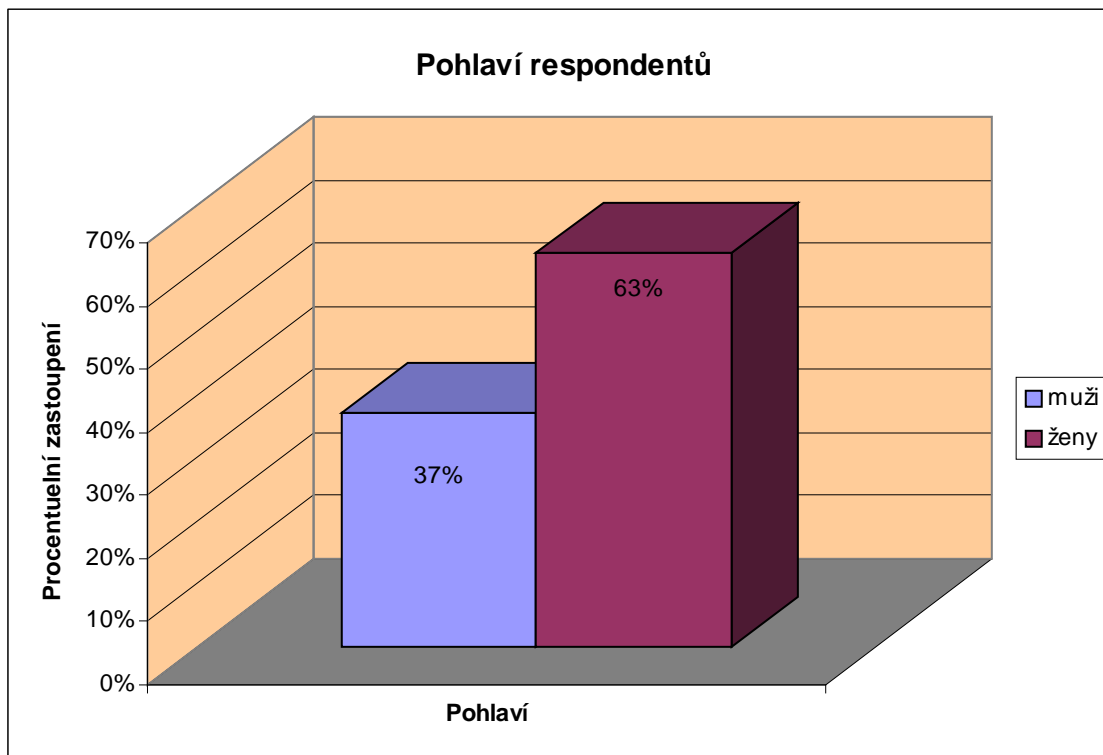
#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na interním, chirurgickém, gynekologickém, ortopedickém, urologickém a neurologickém oddělení, dále pacienti na oddělení následné péče. Pro umožnění dotazníkového šetření byla oslovena hlavní sestra Nemocnice Písek, a.s., a po jejím souhlasu následně vrchní sestry uvedených oddělení.

Celkem bylo rozdáno 97 dotazníků. Návratnost vyplněných dotazníků byla 77. Pro neúplnost a nesprávnost údajů vyplnění bylo 5 dotazníků vyřazeno. Z toho plyne, že výzkumný soubor tvořilo 72 respondentů.

#### 4. Výsledky

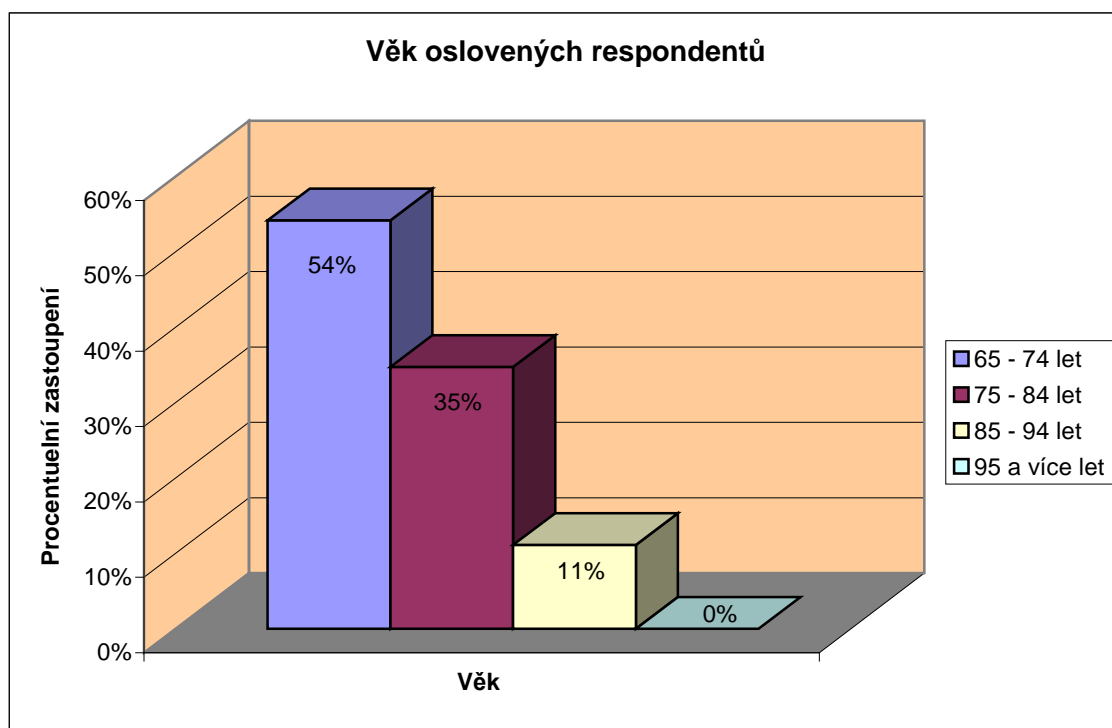
**Graf č. 1 Pohlaví respondentů ( graf k otázce č. 1)**



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf ukazuje rozložení respondentů dle jejich pohlaví. Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů bylo 45 (63 %) žen a 27 (37 %) mužů.

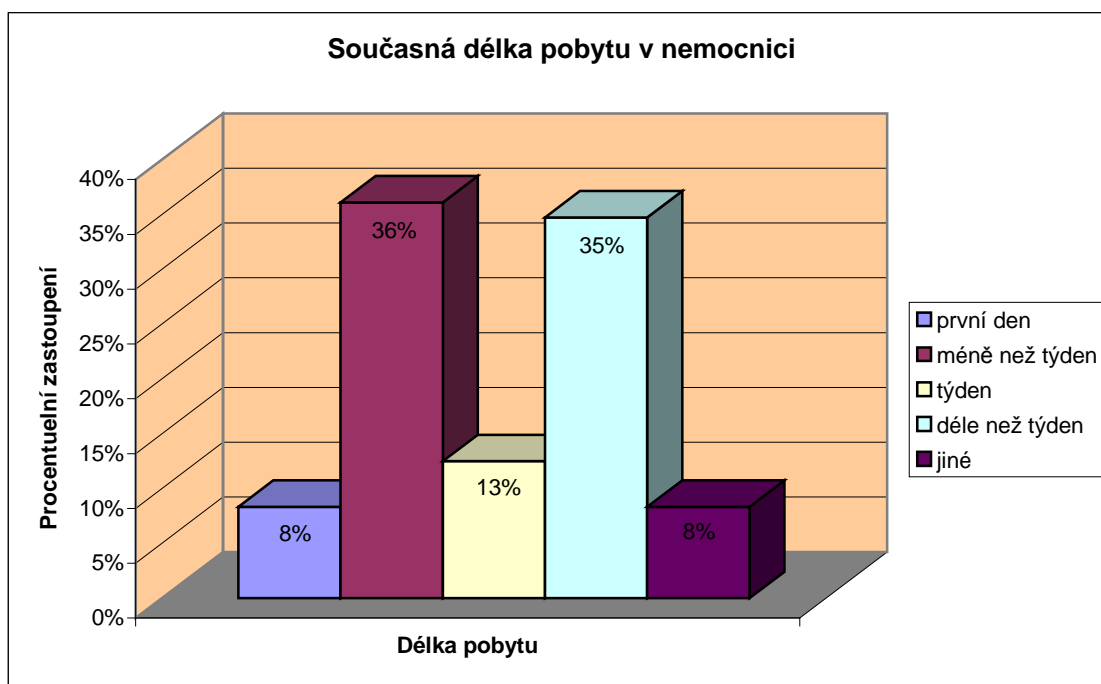
**Graf č. 2 Věk oslovených respondentů ( graf k otázce č. 2)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf reaguje na věkové rozložení respondentů. Z celkového počtu 72 (100 %) respondentů bylo 39 (54 %) ve věku 65 – 74 let, 25 (35 %) respondentů ve věku 75 – 84 let a 8 (11 %) respondentů ve věku 85 – 94 let. Poslední věková kategorie 95 a více let zastoupena nebyla.

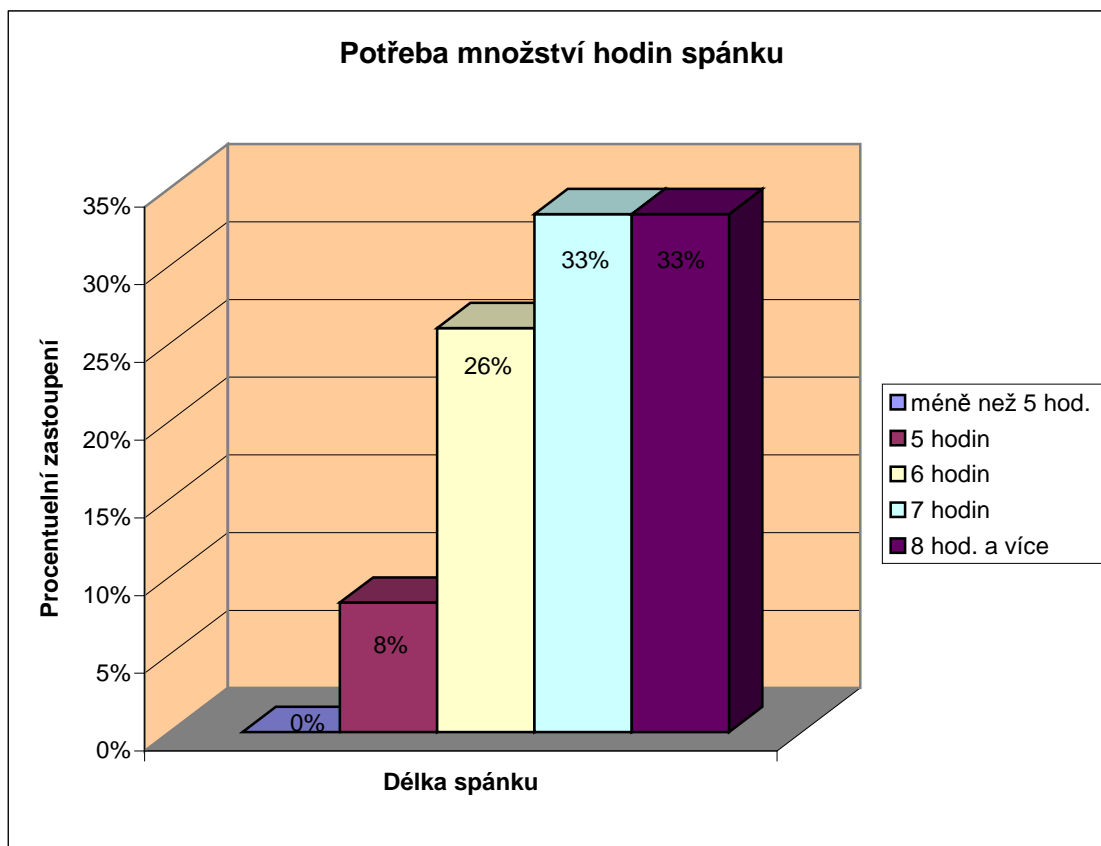
**Graf č. 3 Současná délka pobytu v nemocnici ( graf k otázce č. 3)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje délku pobytu v nemocnici u dotazovaných respondentů. 26 (36 %) respondentů pobývalo v nemocnici méně než týden, 25 (35 %) respondentů se týkal pobyt v nemocnici delší než týden, 9 (13 %) respondentů bylo v nemocnici týden, první den hospitalizace uvádělo 6 (8 %) respondentů a 6 (8 %) respondentů zaznamenalo dobu hospitalizace ještě delší (různé délky: 5 týdnů, 2 měsíce, 4 měsíce a j.).

**Graf č. 4 Délka spánku potřebná k odpočínutí ( graf k otázce č. 4)**

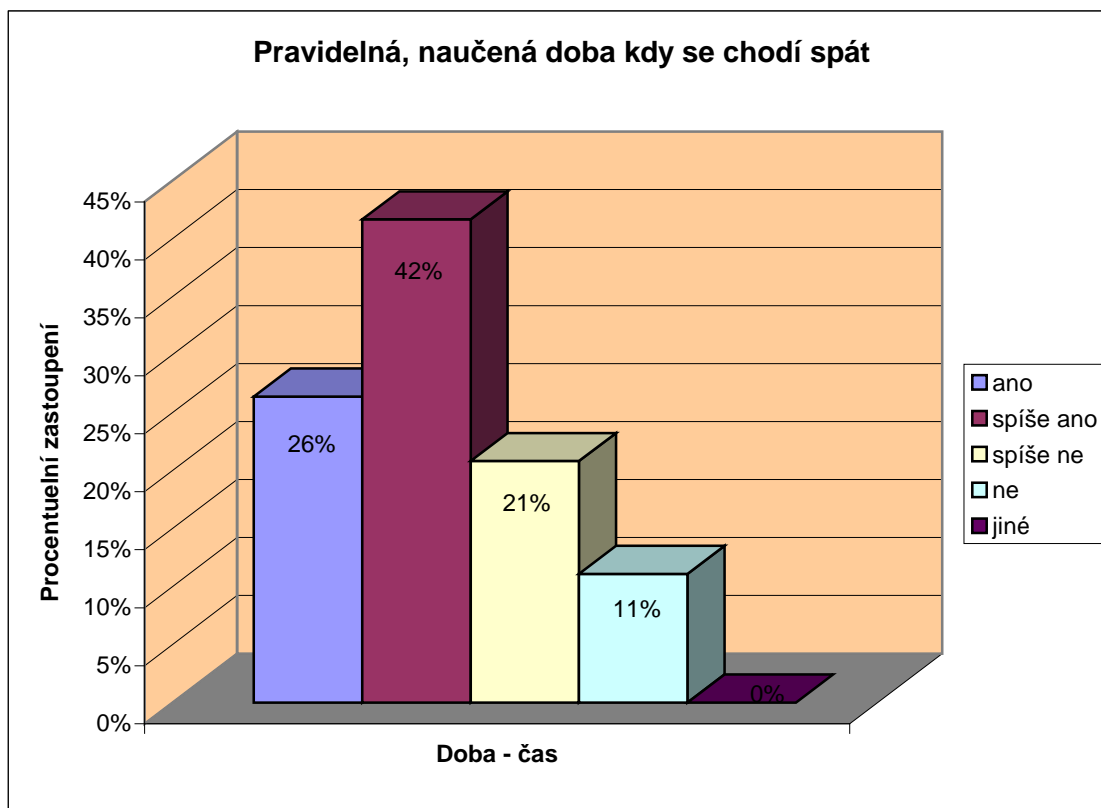


Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje počet hodin potřebných ke spánku. 24 (33 %) respondentů vyžaduje k odpočínutí 8 a více hodin spánku. Stejnému množství respondentů 24 (33 %), ale vyhovuje 7 hodin spánku. 6 hodin stačí 18 (26 %) respondentům, 5 hodin spánku k odpočínutí potřebuje 6 (8 %) respondentů. Nabídka na méně než 5 hodin spánku však nikomu nevyhovovala.



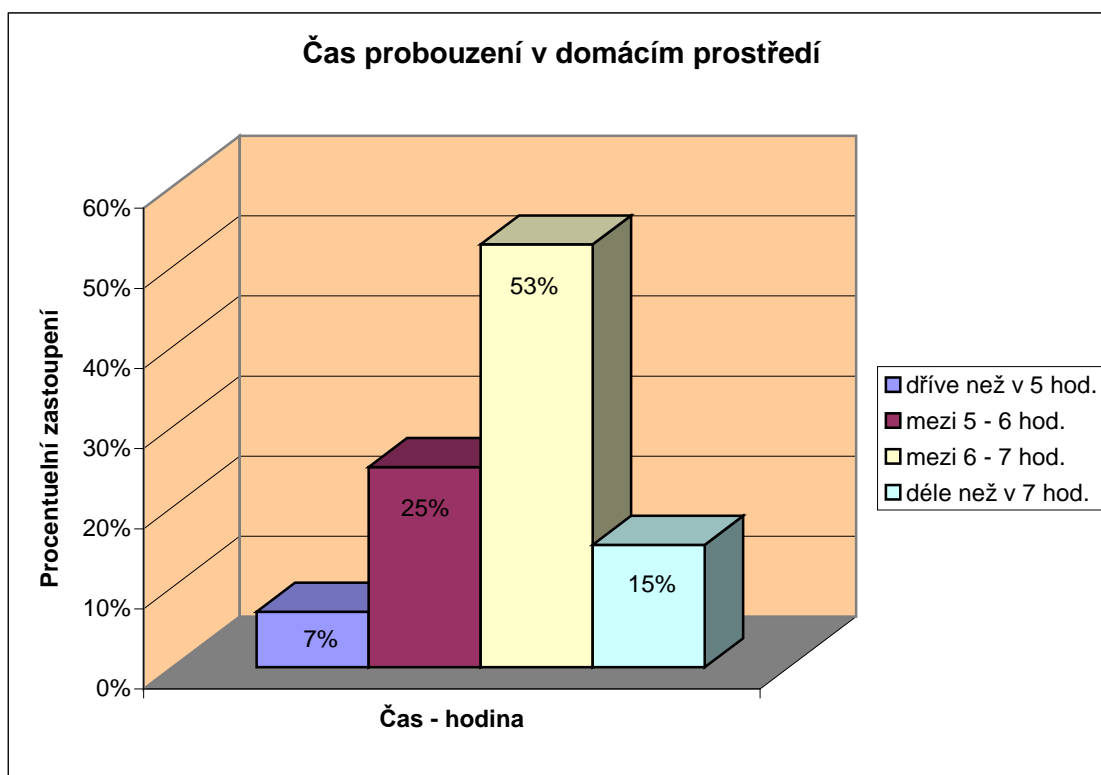
**Graf č. 5 Pravidelná doba určená ke spánku ( graf k otázce č. 5)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf osvětluje, zda mají respondenti naučenu pravidelnou dobu, kdy chodí spát. 30 (42 %) respondentů zvolilo možnost spíše ano, 19 (26 %) respondentů chodí spát pravidelně, ale již 15 (21 %) respondentů spíše ne, a 8 (11 %) respondentů nemá pravidelnou dobu vůbec naučenou. K „jiné“ možnosti se nepřiklonil nikdo.

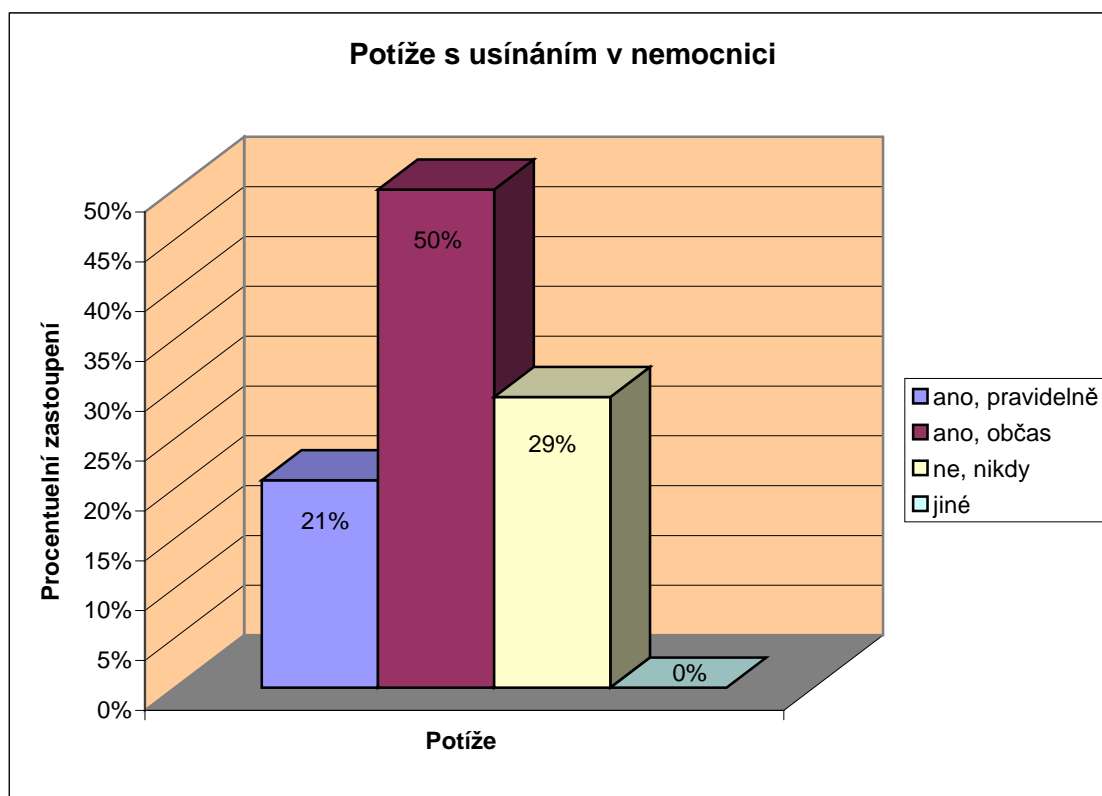
**Graf č. 6 Čas probouzení v domácím prostředí ( graf k otázce č. 6)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje, že nejčetnější skupinou byli respondenti probouzející se v domácím prostředí v čase mezi 6 – 7 hodinou, počtem 38 (53 %) respondentů, mezi 5 – 6 hodinou je to 18 (25 %) respondentů, po 7 hodině ranní pak 11 (15 %) respondentů a pouze 5 (7 %) se jich probouzí před 5. hodinou.

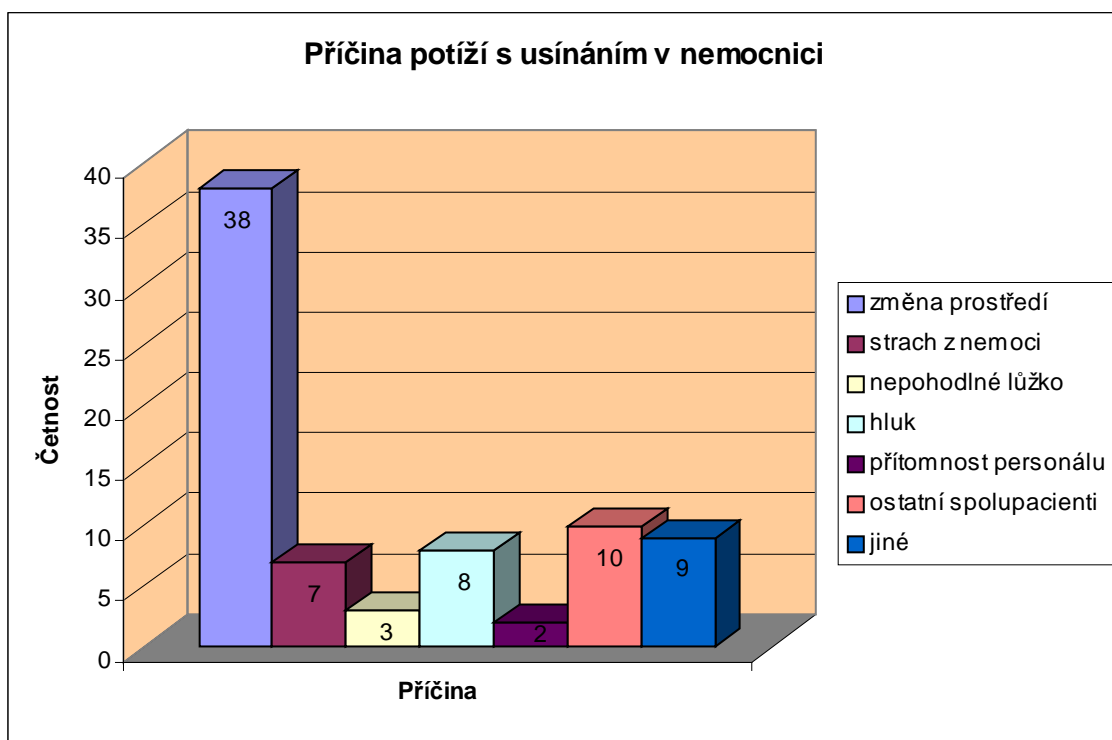
**Graf č. 7 Potíže s usínáním v nemocnici ( graf k otázce č. 7)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf říká, že většina respondentů potíže s usínáním v nemocnici vykazuje. 36 (50 %) respondentů má potíže občas, u 21 (29 %) respondentů se potíže s usínáním nevyskytly nikdy a 15 (21 %) respondentů nemůže usnout pravidelně. Možnost „jiné“ nikdo nevyužil.

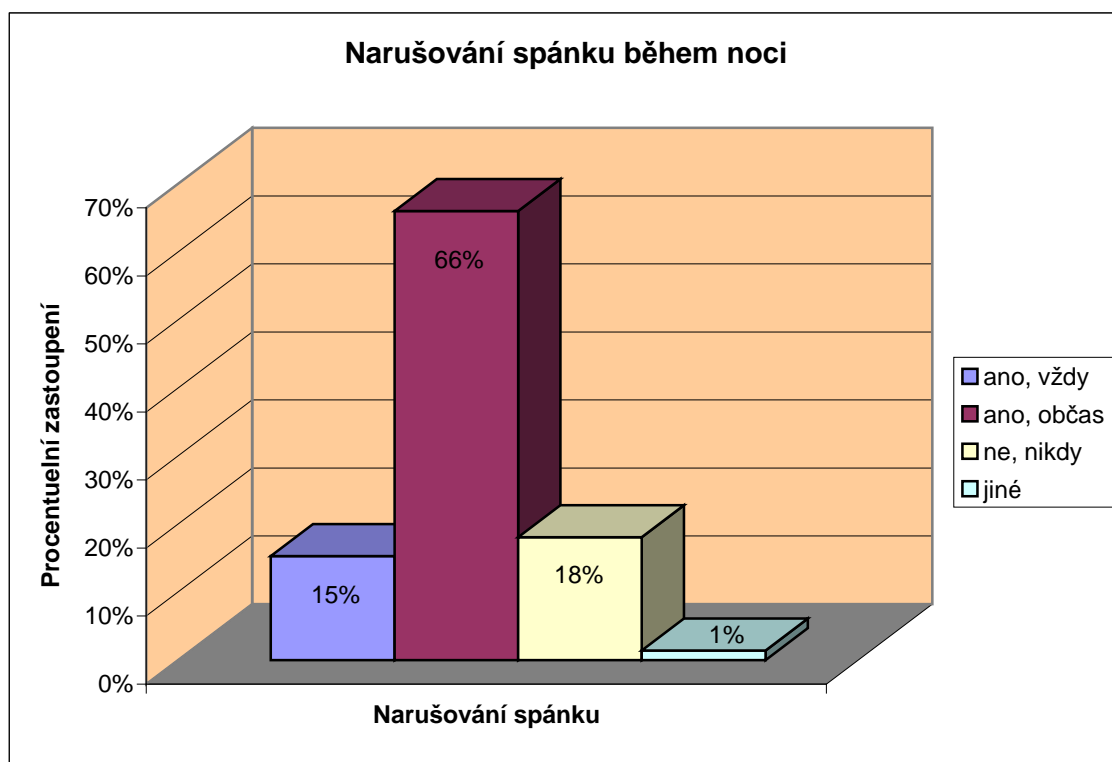
**Graf č. 8 Příčina potíží s usínáním v nemocnici ( graf k otázce č. 8)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje na příčinu potíží při usínání. Na otázku odpovídalo pouze 51 respondentů. Z nich ve 38 případech je příčinou potíží s usínáním v nemocnici změna prostředí, 10 respondentů ruší ostatní spolupacienti a 9 jich má ještě „jiné“ příčiny (horko, úmrtí manžela, vlastní zdravotní stav...). 8 respondentů ruší hluk, v 7 případech je to strach z nemoci, 3 respondenti pociťují nepohodlí lůžka a 2 respondentům vadí přítomnost ošetřujícího personálu.

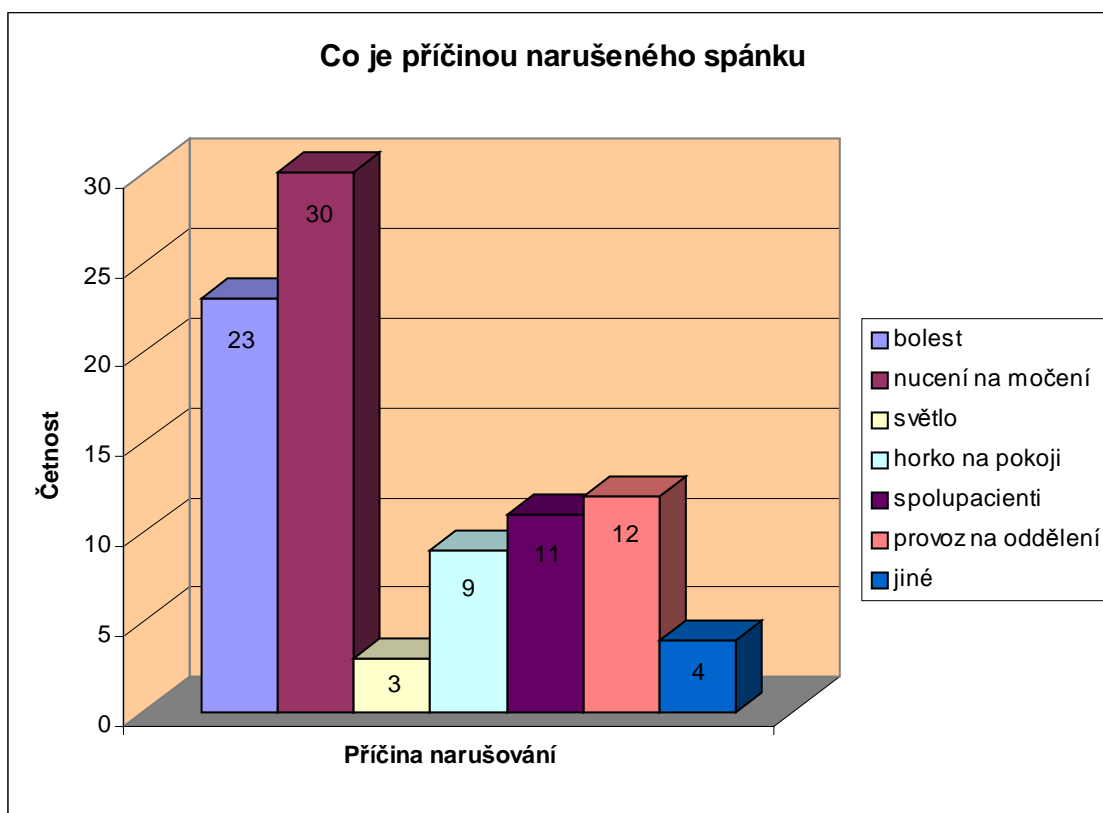
**Graf č. 9** Narušování spánku během noci ( graf k otázce č. 9)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že většina respondentů narušení spánku během noci připouští. 47 (66 %) respondentů pociťuje narušení spánku občas, 13 (18 %) respondentů o narušování spánku nemá ani zdání, 11 (15 %) respondentů má spánek narušený vždy, 1 (1 %) respondent připouští „jinou“ možnost.

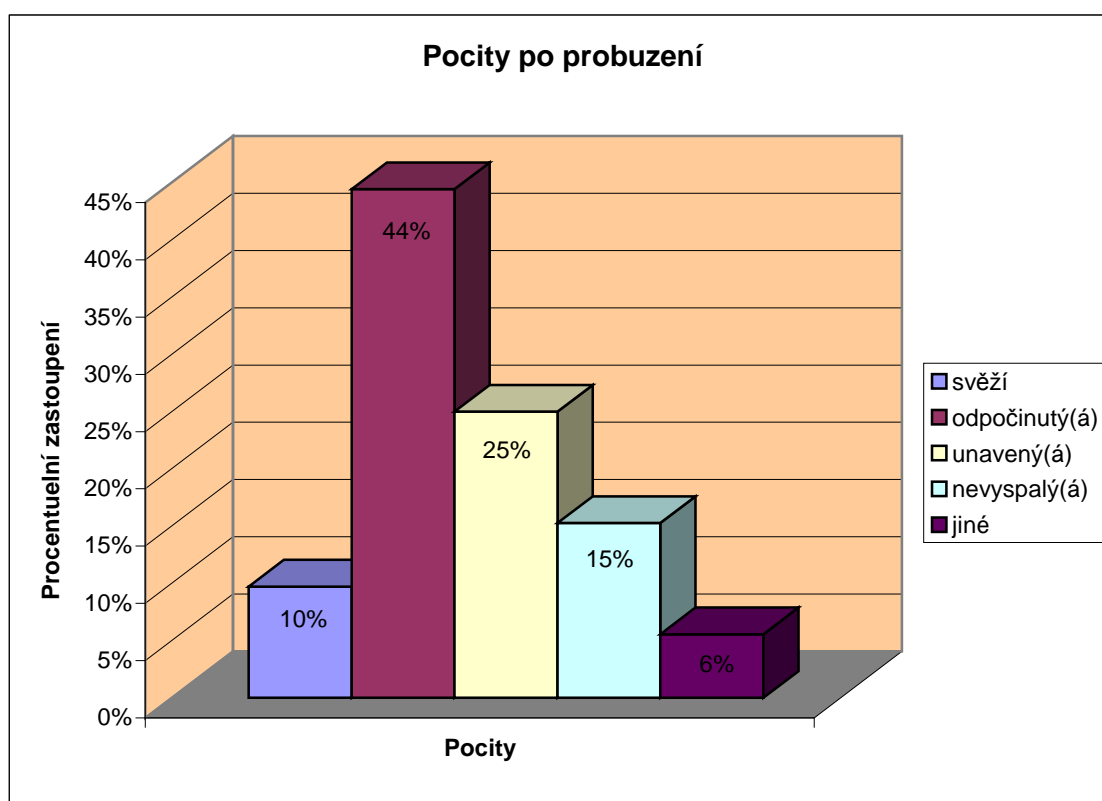
**Graf č. 10** Příčina narušeného spánku ( graf k otázce č. 10)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf poukazuje na příčiny, které ruší respondenty ze spánku. Nejčetnější skupinu, 30 respondentů, omezuje nucení na močení, u 23 respondentů narušuje spánek bolest, 12 respondentům vadí provoz na oddělení. Spolupacienti a jejich projevy (chrápání, sténání) ruší spánek 11 respondentům, 9 respondentům je horko na pokoji a 4 respondenti mají ještě další příčiny (nepohodlí, infuze), 3 respondenty ruší světlo.

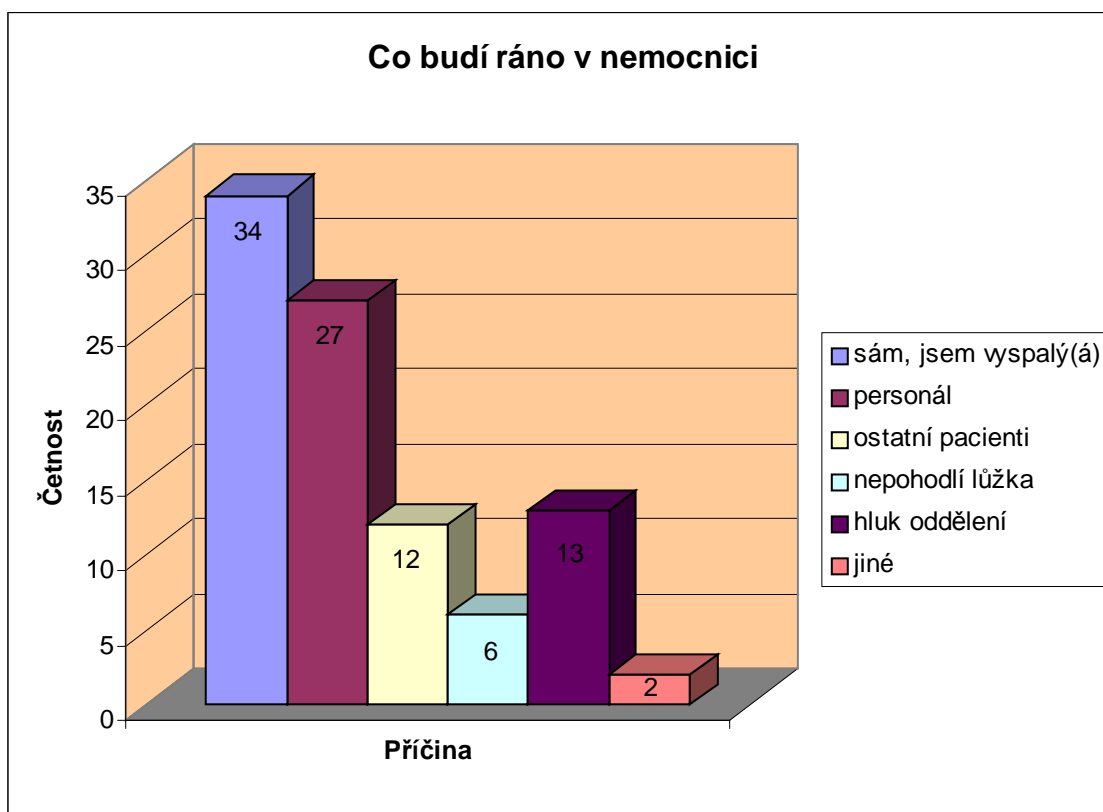
**Graf č. 11 Pocity respondentů po probuzení ( graf k otázce č. 11)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf zde seznamuje s pocity respondentů po probuzení. 32 (44 %) respondenti jsou ráno po probuzení odpočínutí, ale již 18 (25 %) respondentů je unavených a 11 (15 %) respondentů dokonce nevyspalých. Jen 7 (10 %) respondentů se po probuzení cítí být čilými. U 4 (6 %) respondentů se ještě projevují „jiné“ známky ( slabost ...).

**Graf č. 12 Faktory raního probouzení v nemocnici ( graf k otázce č. 12)**

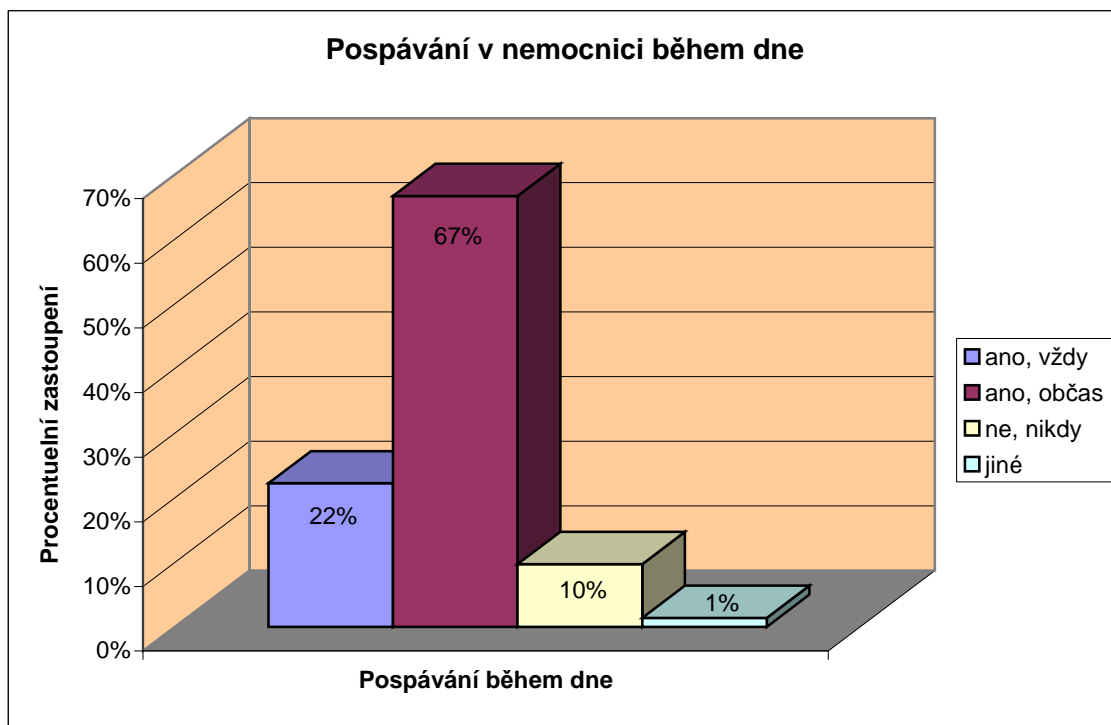


Zdroj: vlastní výzkum

Graf sleduje, co ráno budí klienty v nemocnici. 34 respondentů je ráno vyspalých a budí se samo, 27 respondentů budí personál. Hluk způsobený provozem oddělení je budíčkem pro 13 respondentů, přítomností ostatních pacientů a jejich projevy se budí 12 respondentů, nepohodlím lůžka 6 respondentů a 2 respondenti uvádějí „jiné“ důvody (světlo).



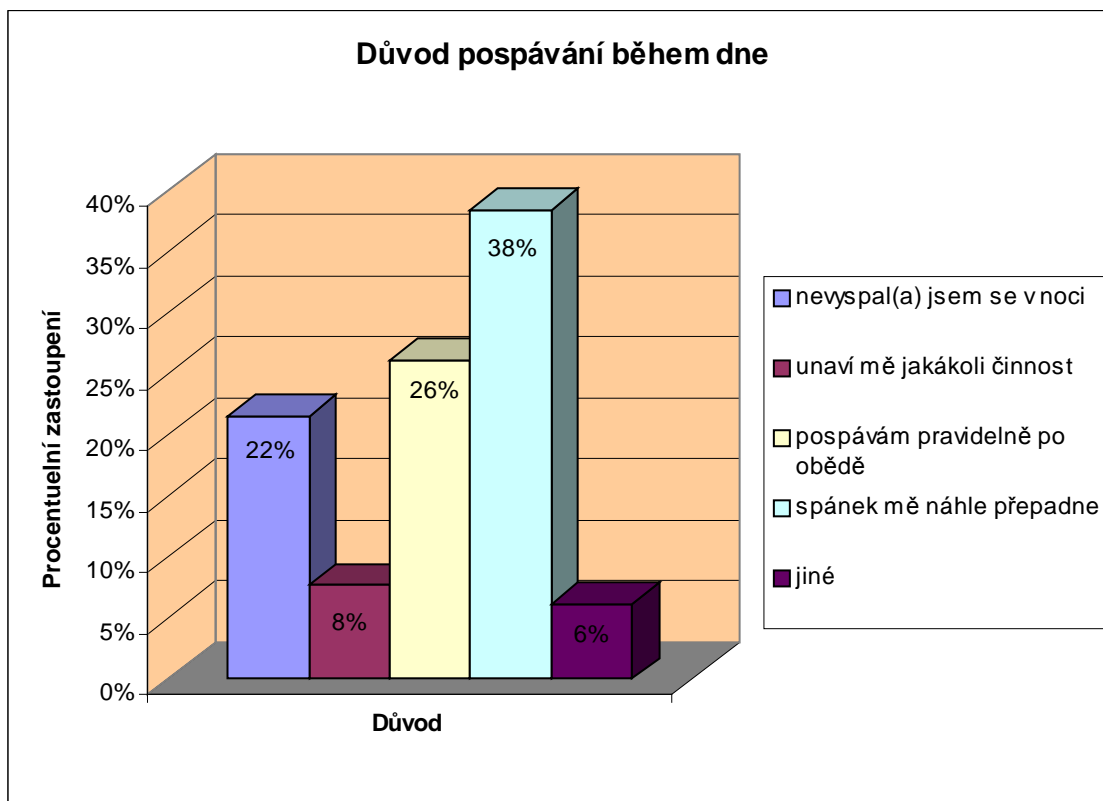
**Graf č. 13 Pospívání klientů v nemocnici během dne ( graf k otázce č. 13)**



Zdroj: vlastní výzkum

Grafů znázorňuje pospívání respondentů v nemocnici během dne. Většina respondentů udává, že opravdu pospívá. Ano občas, uvádí 48 (67 %) respondentů. Vždy je to u 16 (22 %) respondentů, přes den v nemocnici nespí jen 7 (10 %) respondentů. Odpověď „jiné“ uvedli 4 (1 %) respondenti.

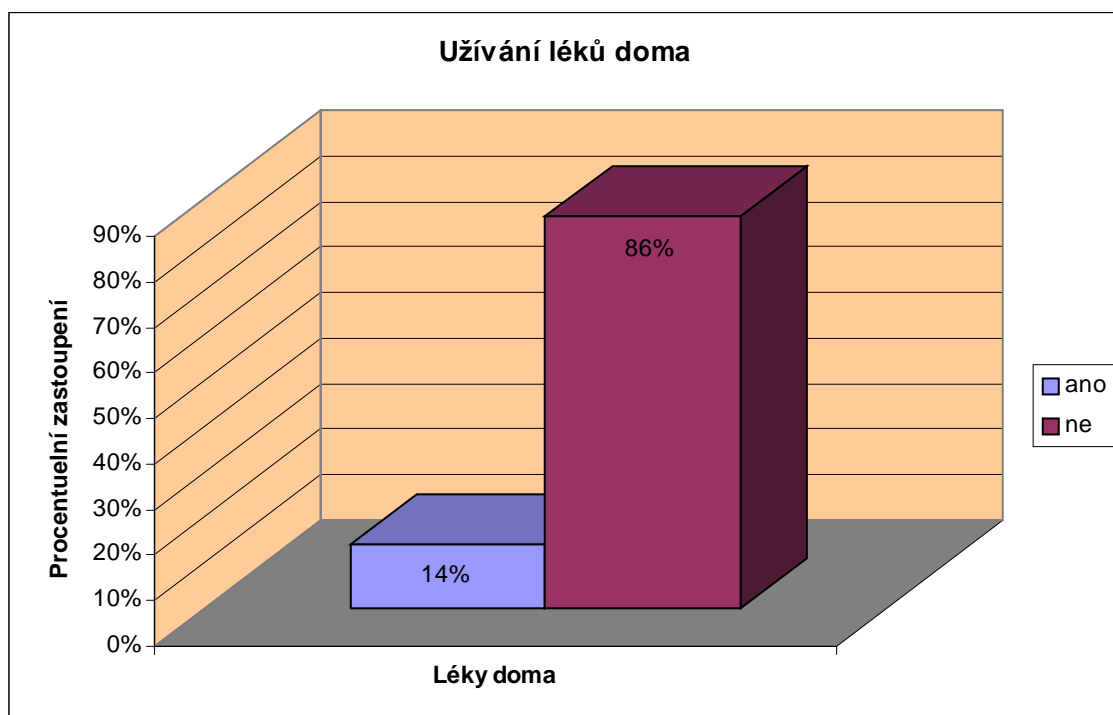
**Graf č. 14** Důvod pospávání během dne ( graf k otázce č. 14)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že když respondenti ve dne pospávají mají k tomu určité důvody. Náhlé přepadnutí spánkem je pozorováno u 25 (38 %) respondentů, 17 (26 %) respondentů pospává pravidelně po obědě. Z důvodu nevyspání se v noci je to 14 (22 %) respondentů, únavu z jakékoli činnosti udává 5 (8 %) respondentů, 4 (6 %) další mají ještě „jiné“ důvody (nedostatek činnosti).

**Graf č. 15 Užívání léků na spaní v domácím prostředí ( graf k otázce č. 15)**

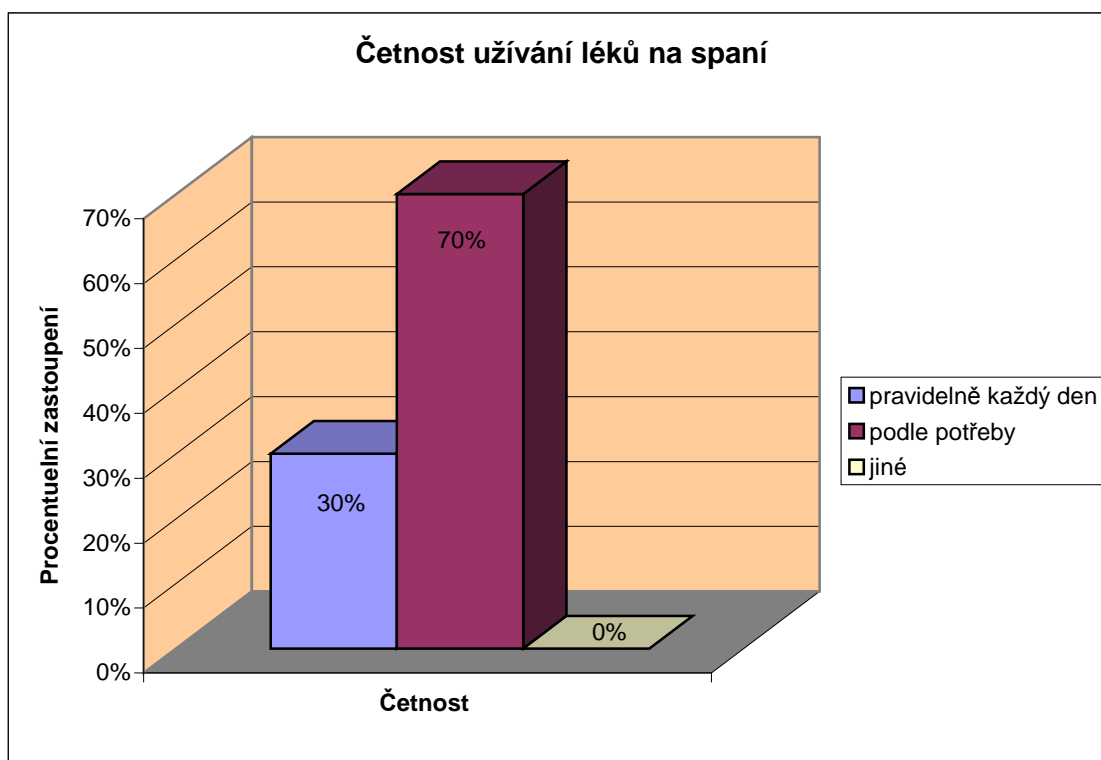


Zdroj: vlastní výzkum

Graf ozřejmuje, že v domácím prostředí mnoho lidí léky na spaní neužívá.

62 (86 %) respondenti léky doma neužívají. Odpověď ano, uvedlo pouze 10 (14 %) respondentů.

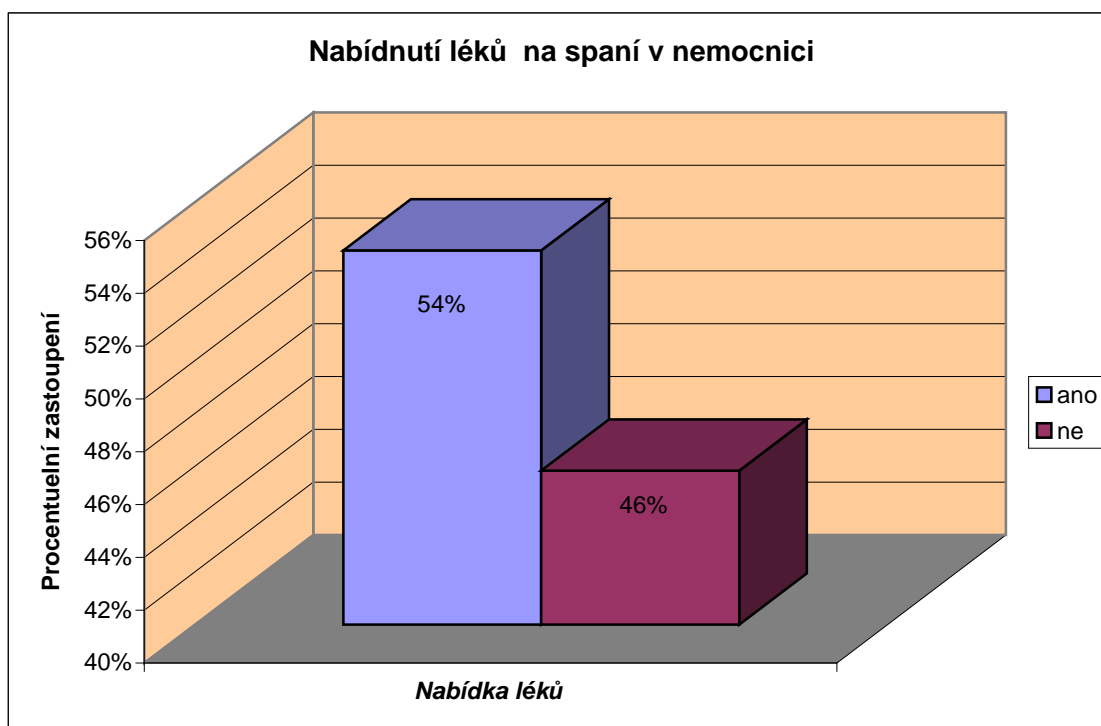
**Graf č. 16 Četnost užívání léků na spaní ( graf k otázce č. 16)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf sleduje, že z množství 10 respondentů, užívajících léky na spaní, je 7 (70 %) respondentů, co je užívá jen když potřebují, další 3 (30 %) jsou ti, kteří je berou pravidelně. „Jiné“ možnosti nikdo nevyužil.

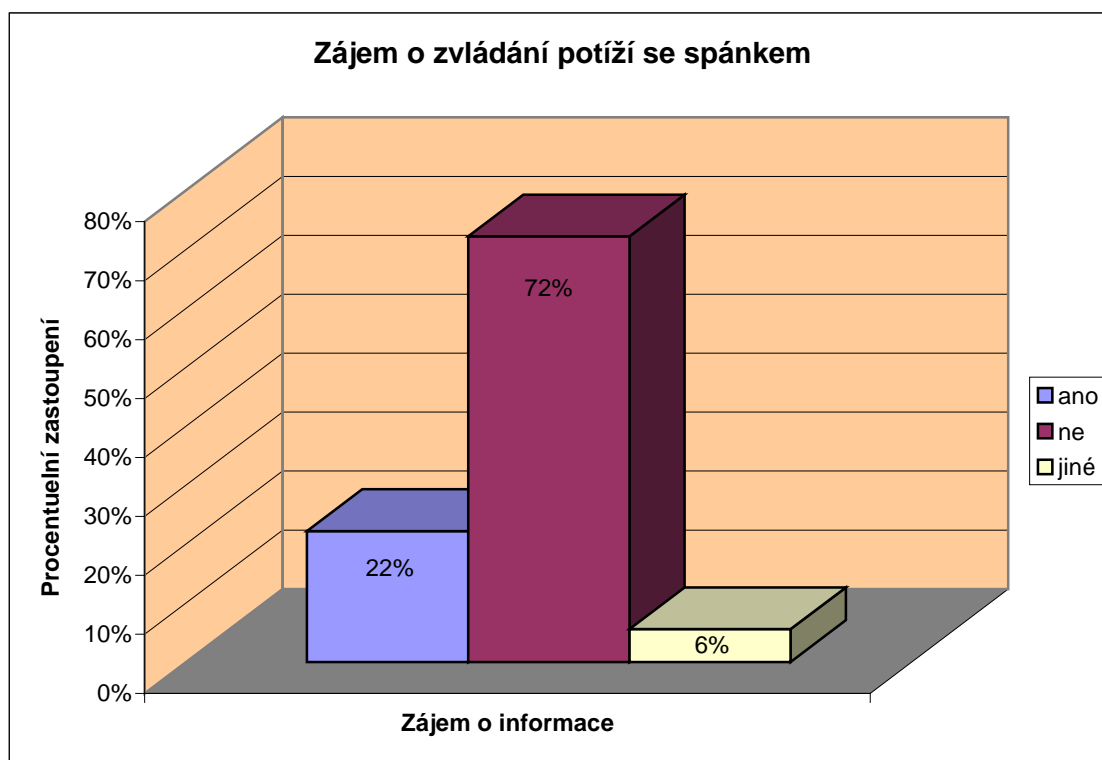
**Graf č. 17 Nabídnutí léků na spaní v nemocnici ( graf k otázce č. 17)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf postihuje nabídnutí léků respondentům v nemocnici. 39 (54 %) respondentů uvádí, že jim byly léky na spaní nabídnuty, ve 33 (46 %) případech nikoli.

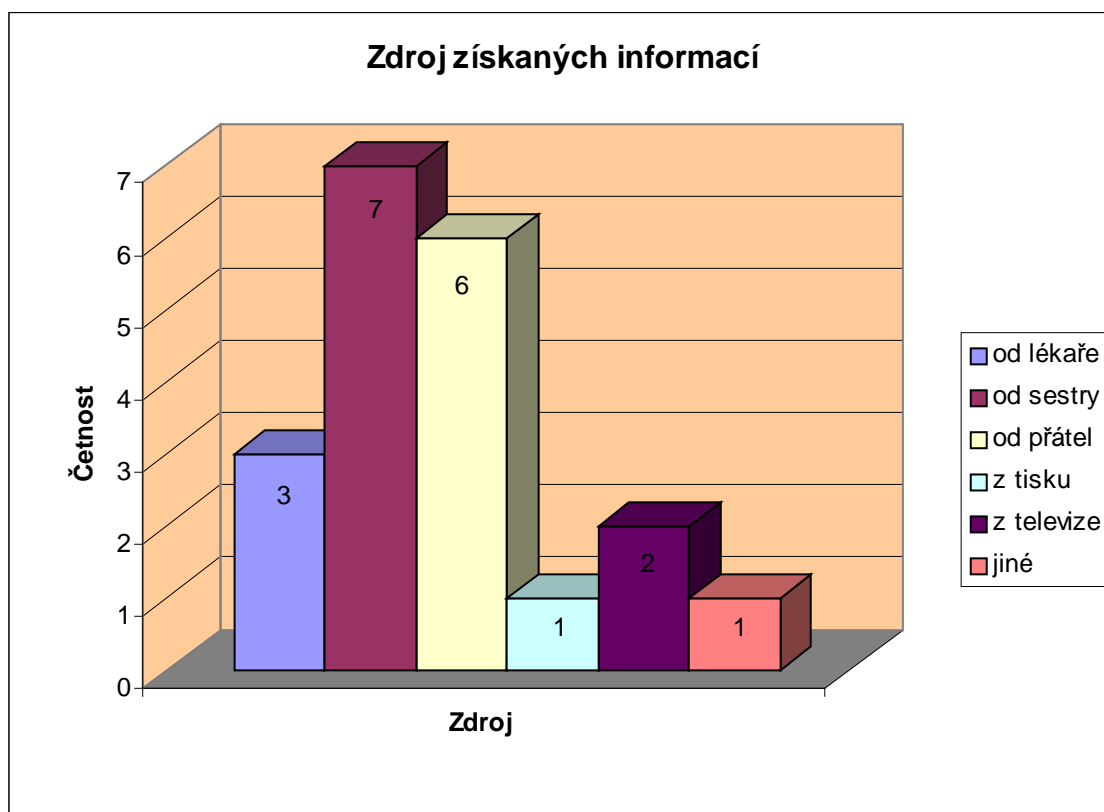
**Graf č 18 Zájem o zvládání vlastních potíží se spánkem ( graf k otázce č. 18)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že mnoho respondentů se samo o zvládnutí potíží se spánkem nezajímalo. 52 (72 %) respondentů odpovědělo ne. Jen 14 (22 %) respondentů odpovědělo ano. Odpověď jiné využili 4(6 %) respondenti.

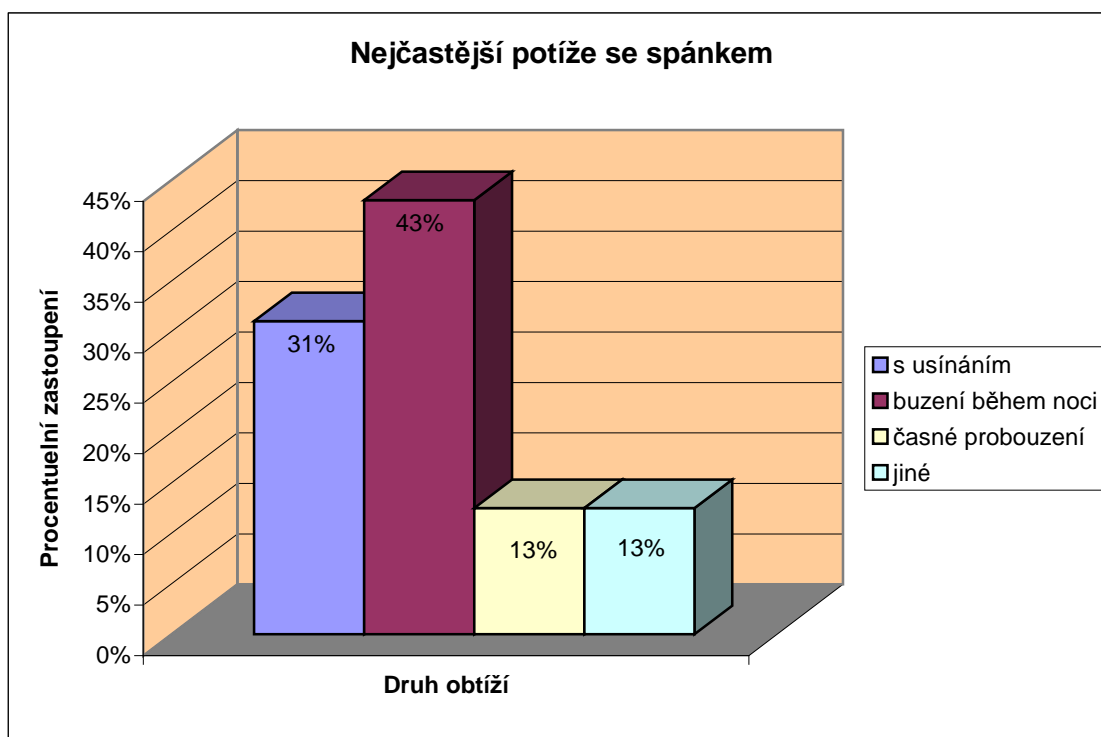
**Graf č. 19 Zdroj získaných informací o potížích spánku ( graf k otázce č. 19)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf uvádí, že respondenti, kteří se sami zajímali o potíže se spánkem, čerpali znalosti v 7 případech od všeobecných sester, 6 respondentů od přátel, ve 3 případech od lékaře, 2 respondenti z televize, 1 respondent z tisku a rovněž jeden využil „jinou“ možnost (internet).

**Graf č. 20 Nejčastější potíže se spánkem ( graf k otázce č. 20)**

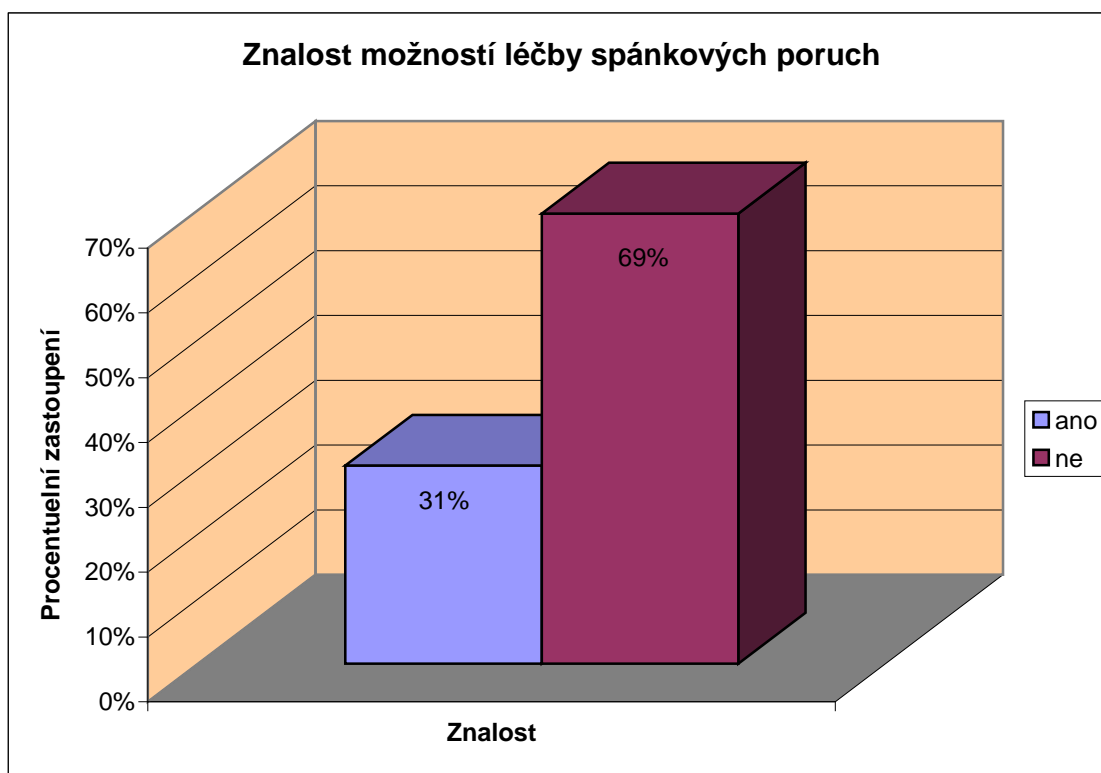


Zdroj: vlastní výzkum

Graf vystihuje jaké nejčastější spánkové potíže se u respondentů vyskytují. 31 (43 %) respondentů se často budí během noci, 23 (31 %) respondentů má potíže s usínáním a 9 (13 %) respondentů se velmi časně probouzí. Dalších 9 (13 %) respondentů má ještě „jiné“ obtíže („spím jako na vodě“).



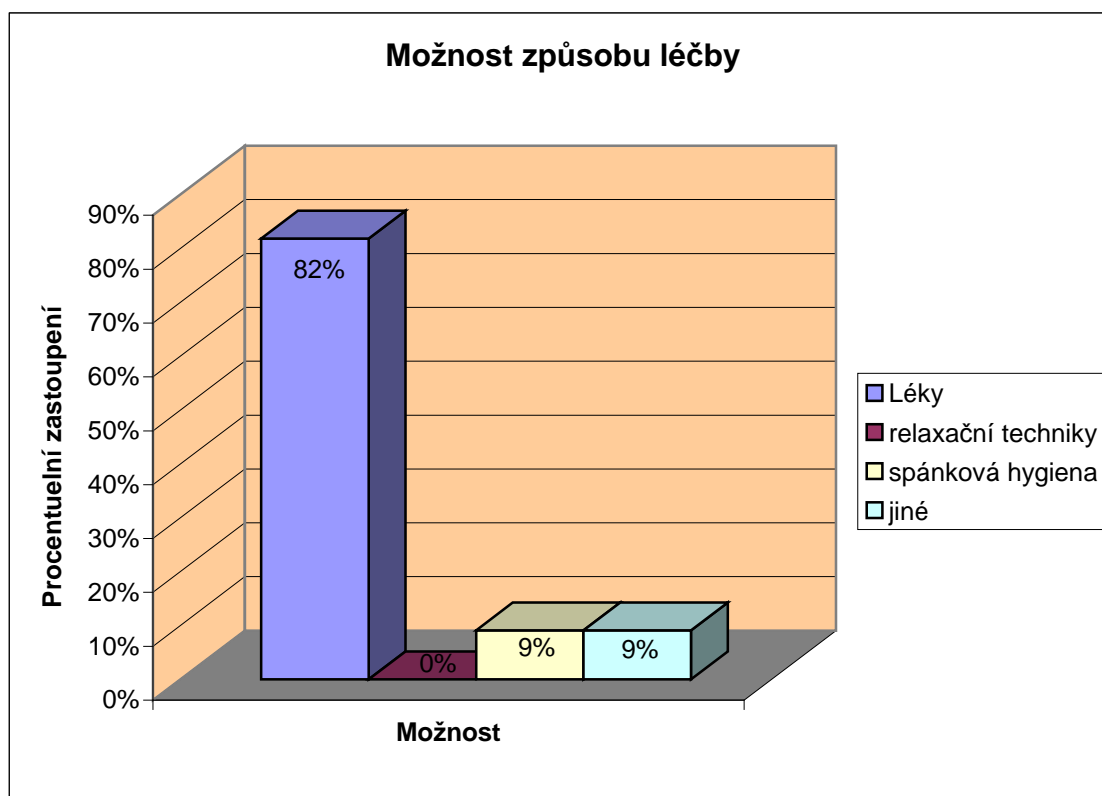
**Graf č. 21 Znalost možností léčby spánkových poruch ( graf k otázce č. 21)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf zobrazuje, že poměrně málo respondentů zná možnosti léčby poruch spánku. 50 (69 %) respondentů žádné možnosti nezná. Jen ve 22 (31 %) případech respondenti odpověděli ano.

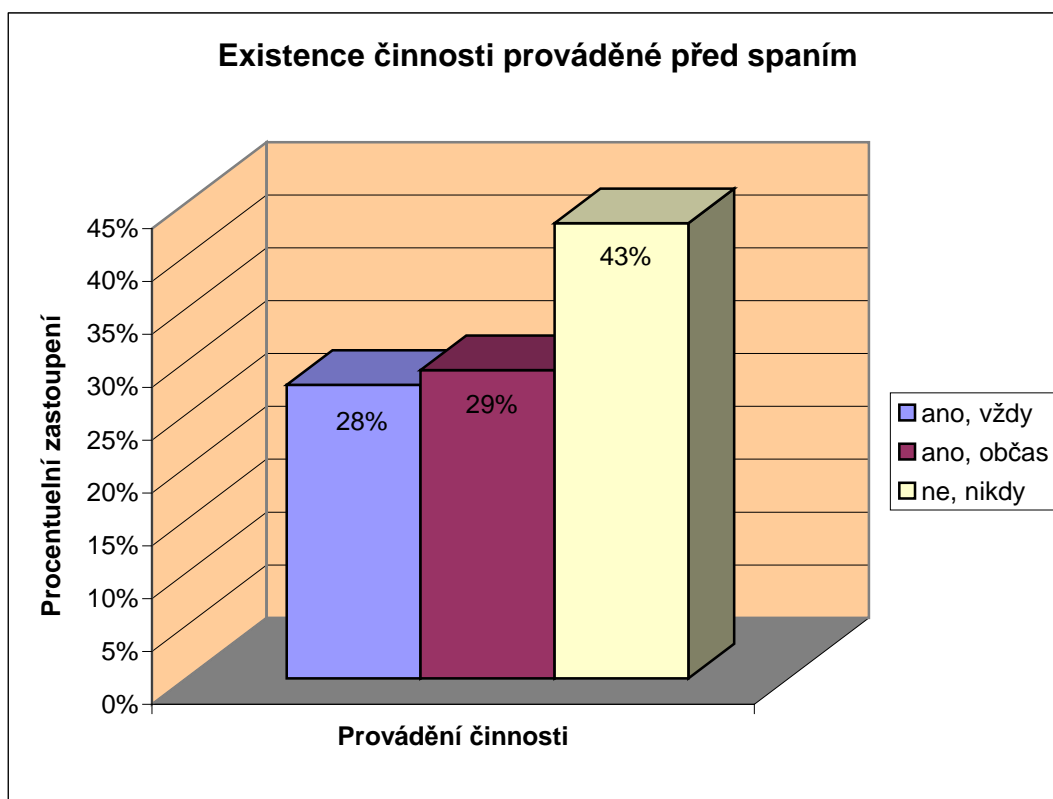
**Graf č. 22** Možnosti způsobu léčby spánkových poruch ( graf k otázce č. 22)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf ukazuje nejznámější možnou léčbou spánkových poruch. Dle respondentů, jsou to léky. Byly označeny v 18 (82 %) případech, spánková hygiena jen ve 2 (9 %) případech. „Jiné“ možnosti uvedli 2 (9 %) respondenti. Relaxační techniky nikdo z respondentů nezná.

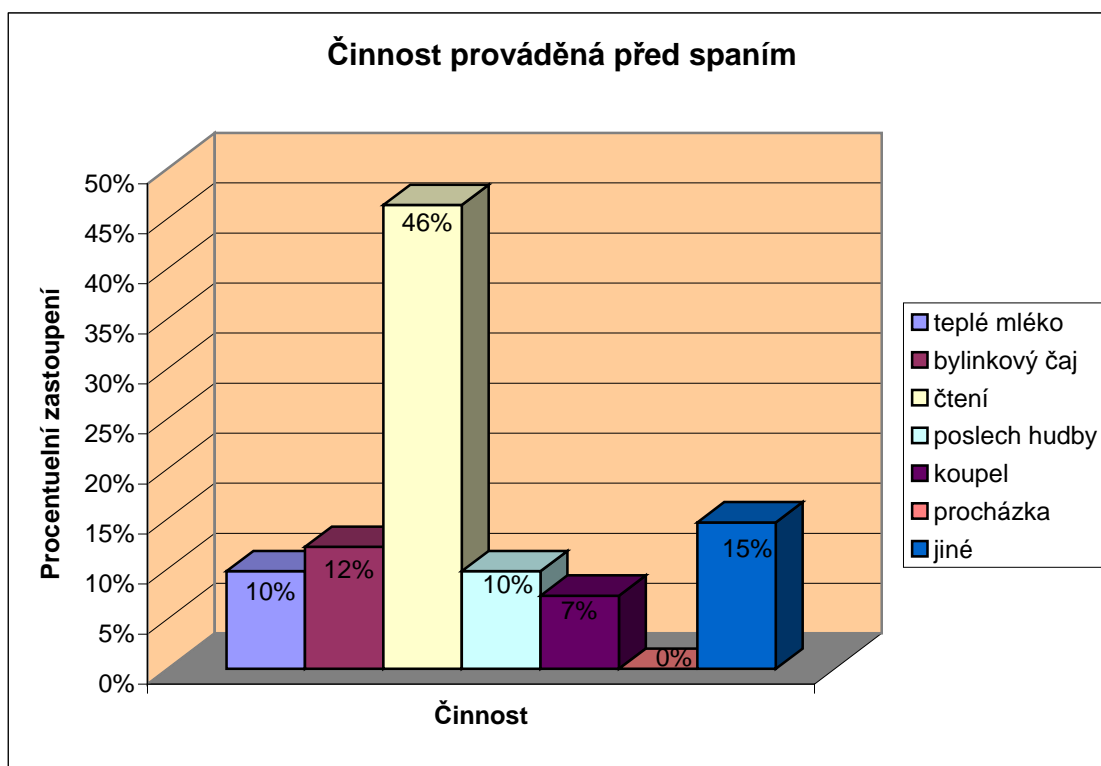
**Graf č. 23 Existence činnosti prováděné doma před spaním ( graf k otázce č. 23)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje pravidelné činnosti před spaním. 31 (43 %) respondentů neprovádí pravidelné činnosti nikdy. 21 (29 %) respondentů je provádí občas, ano vždy, uvádí 20 (28 %) respondentů.

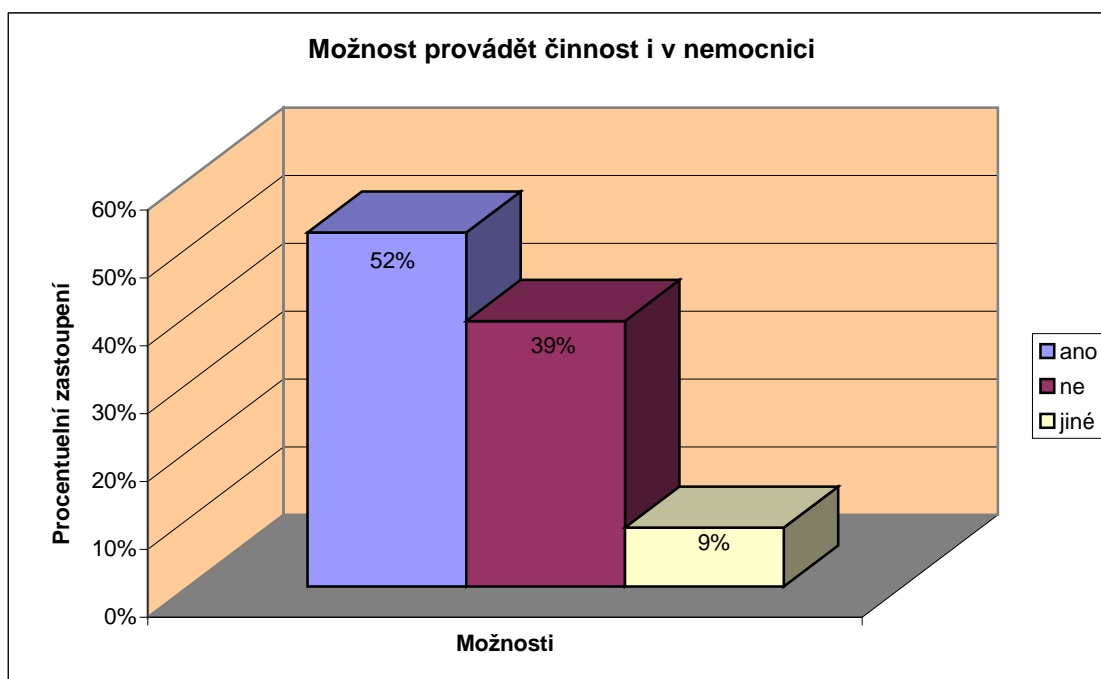
**Graf č. 24 Činnosti prováděné doma před spaním ( graf k otázce č. 24)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje domácí činnosti prováděné před spaním, pokud jsou prováděny, tak se různí. Nejčastější činností je četba, uváděna v 19 (46 %) případech. Dále možnost „jiné“ 6 (15 %) respondentů ( koukání z okna, luštění křížovek, pivo, televize), bylinkový čaj uvádí 5 (12 %) respondentů, teplé mléko ve 4 (10 %) případech, poslech hudby 4 (10 %) respondenti, koupel 3 (7 %) respondenti. Procházku jako činnost před spaním nevedl nikdo.

**Graf č. 25** Možnosti provádění činností v nemocnici ( graf k otázce č. 25)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf se zabýval možností provádět pravidelné činnosti před spaním také v nemocnici. Větší část respondentů 24 (52 %) odpověděla ano, tedy může je provádět. 18 (39 %) respondentů odpovědělo záporně a možnost „jiné“ uvedli 4 (9 %) respondenti (nechci obtěžovat...).

## 5. Diskuse

Bakalářská práce se zabývala problematikou spánku klientů, seniorů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení Nemocnice Písek a. s. Respondenti byli muži a ženy starší 65 let, přičemž ženy převažovaly (63 %) (graf 1). Nejčetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 65 – 74 let (54 %), věk 75 – 84 let zastupovalo 35 % respondentů a nejmenší skupinu tvořili respondenti od 85 do 94 let. Poslední věková kategorie 95 a více let zastoupena nebyla vůbec (graf 2). Délka pobytu v nemocnici (graf 3) byla různorodá, od jednoho dne do několika měsíců, a ničím zvláštním se nevyznačovala. Svědíková, Menclová ve svém článku „Poruchy spánku ve stáří“ uvádí, že délka spánku klesá od dětství ke stáří (27). Graf 4 ale potvrzuje spíše názor Franka Bruna, že potřeba spánku ve stáří se příliš nemění (2). Také Praško hovoří o tom, že starší lidé spí většinou stejnou dobu jako lidé mladšího či středního věku, ale spánek bývá rozdělen do několika úseků během dne (18). 8 hodin spánku a více potřebuje celých 24 (33 %) respondentů, stejné množství respondentů spí 7 hodin, 6 hodin stačí 18 (26 %) respondentům a jen 8 % respondentů spí pouze 5 hodin. Nabídka na méně než 5 hodin spánku nikomu nevyhovovala. Na délku spánku poukazuje i Nevšímalová tvrzením, že nejnižší nemocnost a úmrtnost je u jedinců s délkou nočního spánku 6 – 7, maximálně 8 hodin (14).

Ukázalo se, že většina dotázaných chodí spát v pravidelnou dobu, celých 68 % (graf 5), 30 (42 %) respondentů zvolilo možnost spíše ano, 19 (26 %) respondentů chodí spát pravidelně, 15 (21 %) respondentů , spíše ne, a pouze 8 (11 %) respondentů nemá pravidelnou dobu vůbec naučenou. Pokud jsou senioři v domácím prostředí, prokazuje se, že nejčetnější skupinou jsou respondenti probouzející se v čase mezi 6 – 7 hodinou, počtem 38 (53 %) , mezi 5 – 6 hodinou je to 18 (25 %) respondentů , po 7 hodině ranní pak 11 (15 %) respondentů a pouze 5 (7 %) se jich probouzí před 5. hodinou (graf 6). Dále se práce zabývala potížemi spánku v nemocničním prostředí. Jak uvádí Sládková, v nemocnici se setkáváme s pacienty trpícími poruchou spánku (26). Respondenti často uváděli potíže se svým usínáním během hospitalizace, 36 (50 %) respondentů má potíže občas, 15 (21 %) respondentů nemůže usnout pravidelně a jen přibližně třetina 21 (29 %) respondentů o žádných potížích neví (graf 7). Že je usínání v nemocnici odlišné

od usínání ve vlastním prostředí domova, asi nikdo nepochybuje. Nemocniční prostředí vykazuje takové množství změn, že je senior jen velmi obtížně vstřebává. I Chopra potvrzuje negativní vliv psychických faktorů na usínání a spánek (5). Usínání klientů seniorů negativně ovlivňuje především změna prostředí v 38 případech, ostatní spolupacienti jsou příčinou špatného usínání u 10 respondentů, 9 jich má ještě „jiné“ příčiny (horko, úmrtí manžela, vlastní zdravotní stav...), hluk u 8 respondentů a strach z nemoci v 7 případech, 3 respondenti pocítují nepohodlí lůžka a 2 respondentům vadí přítomnost ošetřujícího personálu (graf 8). Většina respondentů narušení spánku během noci připouští. 47 (66 %) respondentů pocítuje narušení spánku občas, 13 (18%) respondentů o narušování spánku nemá ani zdání, 11 (15%) respondentů má spánek narušený vždy, 1 (1%) dotázavý připouští jinou možnost ( graf 9). Během noci spánek narušuje nejvíce nucení na močení (ve 30 případech), tento poznatek se shoduje s názorem Topinkové, že až 65 % starších osob udalo jako důvod špatného spánku nutnost jít se vymočit (34). Bolest (zde se můžeme ztotožnit i s Trachtovou, která označuje bolest za velmi významný faktor, negativně ovlivňující spánek), uvádí 23 respondentů a provoz oddělení budí 12 respondentů seniorů (35). Spolupacienti a jejich projevy (chrápání, sténání) ruší spánek 11 respondentům, 9 respondentům je horko na pokoji, 4 respondenti mají ještě další příčiny (nepohodlí, infuze) a 3 respondenty ruší světlo (graf 10). Bylo vcelku překvapivé, vzhledem k předešlým potížím, že ráno po probuzení se mnoho respondentů cítí odpočinitými (44 %), 25 % respondentů je unavených a 15 % respondentů dokonce nevyspalých, jen 10 % respondentů jsou svěží lidé (graf 11). Je tedy důležité závěrem poznamenat, jak popisuje Praško, že nezáleží jen na délce spánku, ale také na jeho kvalitě a hloubce (18). S tímto poznatkem koresponduje graf 12, který vyčísluje odpověď na otázku „co Vás ráno probouzí“. Sám jsem vyspalý, uvádí 34 respondentů, 27 respondentů budí příchozí personál, hluk způsobený provozem oddělení je budíčkem pro 13 respondentů, přítomností ostatních pacientů a jejich projevy se budí 12 respondentů, nepohodlím lůžka 6 respondentů a 2 respondenti uvádějí jiné důvody.

Jaké jsou tedy nejčastější potíže seniorů se spánkem? To bylo obsahem druhé hypotézy. Předpokládala, že senioři mají problémy s časným probouzením, tak jak to

popisuje Nevšimalová, jedinci dříve večer usínají a ráno se dříve probouzejí (14). Výzkumné šetření ale hypotézu vyvrátilo, jelikož respondenti jako nejčastější problém uvedli buzení během noci. 31 (43 %) respondentů se často budí během noci, 23 (31 %) respondentů má potíže s usínáním a jen 9 (13 %) respondentů se velmi časně probouzí. Dalších 9 (13 %) respondentů má ještě jiné potíže („spím jako na vodě“) (graf 20).

Ten kdo pocítuje nějaký deficit nočního spánku, ho většinou nahrazuje během dne. Jak uvádí Sládková, nemocný člověk má oproti zdravému potřebu spánku změněnou (26). Výzkum ukázal, že v většině lidí je v cirkadiálním rytmu přirozený útlum mezi 13. – 16. hodinou. Když si v této době zdřímnete deset až dvacet minut, může vás to velmi osvěžit, to doporučuje Bruno (2). Naopak Praško říká, že spánek po obědě není pro lidi s poruchou spánku dobrým řešením, neboť zhoršuje noční spánek (18). Denní pospávání při hospitalizaci připustilo již celých 89 % dotázaných (graf 13). Ano občas, uvádí 48 (67 %) respondentů, vždy je to u 16 (22 %) respondentů, přes den v nemocnici nespí jen 7 (10 %) respondentů. Někteří uvádějí, že je spánek náhle přepadne, další pospávají po obědě pravidelně, ale možnost „nevyspal jsem se v noci“ uvedlo jen 14 (22 %) respondentů, únavu z jakékoli činnosti udává 5 (8 %) respondentů, 4 (6%) další mají ještě „jiné“ důvody (graf 14).

Léčba spánku v dnešní době již značně pokročila, je to patrné z mnoha publikací Praško, Topinková a další (18,33). Výzkum přesto ukázal, že mezi seniory laiky zatím ještě mnoho povědomí není. Jak ukazuje graf 18., aktivně se o zvládnutí obtíží zajímalo samo jen 16 (22 %) respondentů, zato 52 (72 %) respondenti nikoli. Nejvíce informací stále senioři získávají od zdravotníků, 35 % respondentů seniorů od sester a 15 % respondentů od lékařů, teprve pak z televize (10 %) a tisku (5 %), větší množství ještě spoléhá na informace od přátel (graf 19). Léčebné možnosti většinou neznají, 50 respondentů (69 %) odpovědělo na „znalost některé možnosti léčby spánkových poruch“ ne, pouze ve 22 (31 %) případech odpověděli ano (graf 21). Pokud znají nějakou možnost, převážná většina respondentů uvádí léky, v 82 % a jen 9 % spánkovou hygienu (graf 22). Dále se práce zabývala spánkovými návyky klientů seniorů. Jak uvádí Pidrman (17) nejsou-li poruchy spánku významné, mělo by se začít při léčbě nefarmakologickými postupy. Výzkum prokázal, že v domácím prostředí



skutečně senioři léky zbytečně neužívají. Jen 10 (14 %) respondentů léky užívá a 62 (86 %) nikoli (graf 15). Pravidelně dokonce jen 3 respondenti a 7 respondentů pouze tehdy, pokud to situace vyžaduje (graf 16). Zároveň (v 57 %) před ulehnutím provádějí pravidelně některé činnosti navozující spánek (graf 23). Nejčastější činností (48 %) je čtení knih a časopisů. Dále respondenti pijí teplé nápoje, bylinkový čaj (12 %), teplé mléko (10 %), poslouchají hudbu (10 %), provádějí relaxační či očištnou koupel (7 %) a v menší míře pak „jiné“ činnosti: sledují televizi, dění za oknem, či si dají před spaním sklenici piva (graf 24).

Léky při hospitalizaci je nutné nabízet uvážlivě, dle stavu a potřeby klienta seniora. Jak píše Topinková, při podávání hypnotik je třeba zvažovat i jejich rizika, zejména závislost (34). Bruno říká: užíváním léků nevyлéčíte chronickou nespavost, ale může pomoci při přechodných poruchách spánku (2). Šetření ukázalo, že 39 (54 %) respondentům léky nabídnuty byly, ale 32 (46%) respondentů uvedlo, že nikoli (graf 17). Zároveň se výzkumná činnost zabývala skutečností, zda klienti senioři, naučení na nějaké pravidelné činnosti je mohou také uplatňovat i při svém pobytu v nemocničním zařízení. Sládková radí, že člověk by měl dodržovat stále stejné rituály a návyky (26). Hypotézu 3. výzkumné šetření potvrdilo. 24 (52 %) respondentů uvádí, že své činnosti bez obtíží provádět může, 18 (39 %) se přiklonilo k možnosti nikoli. Jak však vyplývá z možnosti „jiné“, někteří respondenti jen nechtějí svými zvyky rušit ostatní, či chod oddělení, nebo se ostýchají o tuto možnost požádat (graf 25).

## 6. Závěr

Cílem práce bylo přiblížit poruchy spánku ve stáří a děje s nimi spojené. Konkrétní cíle byly stanoveny celkem tři. První cíl měl zjistit spánkové návyky seniorů hospitalizovaných v Nemocnici Písek, a.s., druhý cíl měl mapovat poruchy spánku klientů seniorů v Nemocnici Písek, a.s. Třetí a poslední cíl zjišťoval, zda hospitalizovaní klienti, senioři, mají zajištěné vhodné prostředí pro navození spánku. Cíle bakalářské práce byly splněny.

Předpokládané hypotézy vztahující se k daným cílům byly opět tři. První hypotéza zněla: „Klienti mají spánkové návyky“. Druhá hypotéza předpokládala že: „Nejčastější poruchou spánku u klientů, seniorů, je časné probouzení“. Třetí hypotéza zněla: „Klienti senioři mají zajištěné vhodné prostředí pro navození spánku“.

Kvantitativní výzkum, anonymní dotazník, použitý k dosažení cílů, ověřoval hypotézy stanovené a předpokládané na počátku práce. Po sběru, zpracování a konečném vyhodnocení dotazníkových dat bylo zjištěno, že většina klientů, seniorů spánkové návyky opravdu má, chodí pravidelně spát a někteří provádějí i činnosti, které jim spánek pomohou navodit. Tím byla potvrzena hypotéza číslo jedna. Větší část respondentů připustila, že pokud mají určité spánkové návyky a chtějí je provádět i při pobytu v nemocnici, je jim to zpravidla umožněno. Tím se potvrdila i hypotéza číslo tři, zajištění vhodného prostředí pro navození spánku při hospitalizaci. Druhá hypotéza práce předpokládala, že klienti senioři mají největší potíže s tím, že se po ránu probudí velmi časně a již nemohou usnout. Odpovědi respondentů ovšem k tomuto předpokladu nesměřovaly. Časné ranní buzení uvádí jen malá část respondentů. Daleko častějším problémem se jevíly problémy s usínáním a vůbec nejčetnějším problémem je buzení klientů, seniorů během noci, ať už z jakýchkoli důvodů. Hypotéza číslo dvě byla výzkumem vyvrácena.

Přestože výsledky výzkumu jsou poměrně optimistické, je určitě důležité se problematice poruch spánku u seniorů dále věnovat, neboť pro spoustu z nich spánek není zdaleka tak samozřejmý. Člověk, který se nevyspí, nemá dostatek síly, energie a není schopen plnohodnotně zvládat běžné denní činnosti, natož odolávat některým nemocem. Problémy tedy nastávají nejen jemu, ale i všem ostatním, se kterými je

člověk postižený nespavostí v kontaktu. Zároveň výzkum ukázal i na skutečnost, že klient senior si často o určitou věc neumí, nechce, nebo se ostýchá požádat, aby neobtěžoval jak personál, tak i ostatní spolupacienty.

Výsledky této práce budou poskytnuty managementu Nemocnice Písek a. s. Mohou jistě posloužit jako zpětná vazba k dobré komunikaci pacient, zdravotnický personál, k lepšímu povědomí o poruchách spánku, jeho léčbě a možnostech, které potíže se spánkem mohou odstranit, či alespoň zmírnit.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BORZOVÁ, C. a kol. *Nespavost a jiné poruchy spánku*, 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 141 s., IBSN 978-80-247-2978-7
2. BRUNO, F. J. *Hezky se vyspěte*, NLN , 2003, 96 s., ISBN 80-7106-593-5
3. ČERNÁ-ŠÍPKOVÁ, H. *O nespavosti podle nejnovějších poznatků*, in *Sestra*, 2003, č. 4, str.34, ISSN-1210-0404
4. ČERŇANSKÁ, R. *Spánek a sny-poslové noci*, in *Diagnoza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 10, str 389, ISSN-1801-1349
5. CHOPRA, D. *Spokojený spánek-insomnie a jak ji léčit*, Praha: Pragma1994, ISBN 80-7205-096-6
6. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, 2. vyd., Praha: Grada , 2001, 568 s., ISBN 80-247-0242-8
7. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, 1. vyd.,Praha: Portál, 2000, 776 s., ISBN 80-7178-303-X
8. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatelstvo*,1. vyd. Martin: Osveta, 1995, 1474 s., IBSN80-217-0528-0
9. KRAFTOVÁ, J. CIKÁNKOVÁ, K. *Společnými silami ke spokojenému stáří*, in *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 2, str. 34, ISSN-1210-0404
10. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*, 1.vyd., Praha:Grada, 2006, 264 s., ISBN 80-247-1399-3
11. MATOULKOVÁ, P. *Zhodnocení přínosů a rizik sedativních hypnotik u starších osob*, in *Remedia*, 2005, roč. 15, č. 6, str. 548-549, ISSN-0862-8947
12. MOUREK, J. *Fyziologie*, 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 204 s. ISBN 80-247-1190-7
13. NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA, K. et al., *Poruchy spánku a bdění*, 2. vyd., Praha: Galén 2007, 339 s., ISBN 978-80-7262-500-0
14. NEVŠÍMALOVÁ, S. *Poruchy spánku*, in *Postgraduální medicína*, 2008, roč. 10, č. 7, str. 778-785, ISSN-12124184
15. PALAZZOLO, J. *Nespavost-zbavte se jí navždy!*, 1. vyd., Praha: Grada, 2007, 123 s., ISBN 978-80-247-2286-3

16. PETERKOVÁ, M. *Období stárnutí a stáří*, [online], 2008-20XX [2009 12 04]  
Dostupné z [www.psychotesty.psych.cz/období -stáří.htm](http://www.psychotesty.psych.cz/období-stáří.htm)
17. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny jednání seniorů*, 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 189 s., ISBN-80-7262-363-X
18. PRAŠKO, J. a kol., *Nespavost*, 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 101 s. ISBN 80-7178-919-4
19. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie pro SZŠ*, 1. vyd., Informatorium 2003, 192 s., ISBN 80-7333-002-4
20. PRINKE, V. *Mozek jako nástroj-jak pracuje a jak ho trénovat*, 1. vyd., Olomouc: Rubico, 2003, 103 s., ISBN 80-7346-009-2
21. PRUSIŇSKI, A. *Nespavost a jiné poruchy spánku*, Praha: Maxdorf, 1993, 81 s., ISBN 80-85800-01-2
22. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol. *Psychiatrie*, 1. vyd., Praha: Galén, 2001, 622 s., ISBN 80-7262-140-8
23. SADOVSKÝ, P. *Analýza spánkového EEG*, Vysoké učení technické Brno: 2007, ISBN 978- 80-214-3605-3
24. SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské obory*, 1. vyd., Praha: Grada , 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2
25. SILBERNAGL, S., LANG, F. *Atlas patofyziologie člověka*, 1. vyd., Praha: Grada, Avicenum 2001, 404 s., ISBN 80-7169-968-3
26. SLÁDKOVÁ, R. *Problematika spánku u hospitalizovaných pacientů*, in *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 10, str. 387-388, ISSN-1801-1349
27. SVĚDÍKOVÁ, M., MENCLOVÁ, K. *Poruchy spánku ve stáří*, in *Sestra*, 2008 roč. 18, č. 2, str. 35, ISSN-1210-0404
28. SVOBODA, M. et. al. *Psychopatologie a psychiatrie*, 1.vyd., Praha: Portál, 2006, 320 s., ISBN 80-7367-154-9
29. SÝKOROVÁ, A. *Vliv nemocí CNS na spánek a bdělost*, in *Sestra*, 2007, č. 3, str. 45 ISSN-1210-0404
30. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství 1*, 1. vyd., Praha: Grada, 2006, 280 s., ISBN 80-247-1148-6

31. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství 2*, 1. vyd., Praha: Grada, 2006, 212 s., ISBN, 80-247-1777-8
32. ŠIKOVÁ, M. *Saturace potřeby spánku a odpočinku u klientů v domovech důchodců a v sociálních zařízeních*, in *Diagnoza v ošetřovatelství*, 2006, roč. 2, č. 10, str. 395, ISSN-1801-1349
33. TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*, 1 vyd., Praha: Galén, 2005, ISBN 80-7262-365-6
34. TOPINKOVÁ, E. *Management insomnie u geriatrických pacientů*, in *Zdravotnické noviny*, 2007, roč. 56, Lékařské listy č. 12, str. 24-27, ISSN-0044-1996
35. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání prac. ve zdrav., 2001, 186 s., ISBN 80-7013-324-8
36. VAŠUTOVÁ, K. *Nespavost-Přírodní cesta za zdravým spánkem*, in *Medical tribune* 2009, roč. 1, č. 2, str. 25. ISSN-1214-8911
37. VRÁNOVÁ, L. *Ošetřovatelský proces u poruch spánku*, in *Sestra* 2007, č. 3, str. 46, ISSN- 1210-0404

## **8. Klíčová slova**

Spánek

Spánkové poruchy

Léčba spánku

Usínání

Probouzení

Stárnutí

Stáří

Senior

## **9. Přílohy**

### **9.1 Seznam příloh**

**Příloha 1** Dotazník pro klienty

**Příloha 2** Morinův spánkový dotazník

**Příloha 3** Maslowova pyramida lidských potřeb



## Příloha 1 Dotazník pro klienty

Vážená paní, vážený pane,

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor „Všeobecná sestra“. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce. Veškeré informace, které mi poskytnete jsou důvěrné a budou použity pouze pro mou práci na téma: „Poruchy spánku ve stáří“. Při vyplňování označte vždy jednu variantu, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji za Vaši spolupráci

Válová Hana

### 1. Jaké je vaše pohlaví ?

- a) muž
- b) žena

### 2. Kolik je Vám let ?

- a) 65 – 74 let
- b) 75 – 84 let
- c) 85 – 94 let
- d) 95 a více let

### 3. Jaká je současná délka Vašeho pobytu v nemocnici ?

- a) první den
- b) méně než týden
- c) týden
- d) déle než týden
- e) jiné.....

### 4. Kolik hodin spánku potřebujete, abyste se cítil(a) odpočinitý(á) ?

- a) méně než 5 hodin
- b) 5 hodin
- c) 6 hodin
- d) 7 hodin
- e) 8 hodin a více

**5. Máte naučenou pravidelnou dobu, kdy chodíte spát ?**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) jiné.....

**6. V kolik hodin se probouzíte v domácím prostředí ?**

- a) dříve než v 5 hodin
- b) mezi 5 – 6 hodinou
- c) mezi 6 – 7 hodinou
- d) déle než po 7 hodině

**7. Máte nějaké potíže s usínáním v nemocnici ?**

- a) ano, pravidelně
- b) ano, občas
- c) ne, nikdy
- d) jiné

**8. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, co je příčinou těchto potíží (můžete označit více možností) ?**

- a) změna prostředí
- b) strach z nemoci
- c) nepohodlné lůžko
- d) hluk
- e) přítomnost pečujícího personálu
- f) ostatní spolupacienti
- g) jiné.....

**9. Je Váš spánek narušován během noci ?**

- a) ano, vždy
- b) ano, občas
- c) ne, nikdy
- d) jiné.....

**10. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, co je příčinou Vašeho narušeného spánku (můžete označit více možností) ?**

- a) bolest
- b) nucení na močení
- c) světlo
- d) horko na pokoji
- e) spolupacienti
- f) provoz na oddělení
- g) jiné.....

**11. Ráno po probuzení se cítíte ?**

- a) svěží
- b) odpočínutý(á)
- c) unavený(á)
- d) nevyspalý(á)
- e) jiné.....

**12. Co Vás ráno v nemocnici probouzí ( můžete označit více možností ) ?**

- a) sám, jsem vyspalý(á)
- b) personál
- c) ostatní pacienti
- d) nepohodlí lůžka
- e) hluk oddělení
- f) jiné.....

**13. Pospíváte v nemocnici během dne ?**

- a) ano, vždy
- b) ano, občas
- c) ne, nikdy
- d) jiné.....

**14. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, z jakého důvodu pospíváte ?**

- a) nevyspal(a) jsem se v noci
- b) unaví mě jakákoli činnost
- c) pospívám pravidelně po obědě
- d) spánek mě náhle přepadne
- e) jiné.....

**15. Jste doma zvyklý(á) užívat léky na spaní ?**

- a) ano
- b) ne

**16. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, jak často léky na spaní užíváte ?**

- a) pravidelně každý den
- b) podle potřeby
- c) jiné.....

**17. Byly Vám v nemocnici nabídnuty léky na spaní ?**

- a) ano
- b) ne

**18. Zajím(a) jste se sám(a), jak své potíže se spánkem zvládnout ?**

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

**19. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, odkud jste informace získal(a) (můžete označit více možností) ?**

- a) od lékaře
- b) od sestry
- c) od přátel
- d) z tisku
- e) z televize
- f) jiné.....

**20. Jaké nejčastější potíže se spánkem máte ?**

- a) s usínáním
- b) buzení během noci
- c)časné probouzení
- d) jiné.....

**21. Znáte některou z možností léčby spánkových poruch ?**

- a) ano
- b) ne

**22. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, označte jakou z možností znáte (můžete označit více možností) ?**

- a) léky
- b) relaxační techniky
- c) spánková hygiena
- d) jiné.....

**23. Existuje nějaká činnost, kterou doma pravidelně provádíte před spaním ?**

- a) ano, vždy
- b) ano, občas
- c) ne, nikdy

**24. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl(a) ANO, jakou činnost provádíte (můžete označit více možností) ?**

- a) teplé mléko
- b) bylinkový čaj
- c) čtení
- d) poslech hudby
- e) koupel
- f) procházka
- g) jiné.....

**25. Pokud nějakou činnost provádíte, můžete ji dělat také v nemocnici ?**

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

## **Příloha 2 Morinův spánkový dotazník**

### **POTÍŽE S USÍNÁNÍM**

vůbec - lehce - středně - významně - extrémně

### **ČASTÉ NEBO DLOUHOTRVAJÍCÍ NOČNÍ BUZENÍ**

vůbec - lehce - středně - významně - extrémně

### **PŘÍLIŠ ČASNÉ RANNÍ BUZENÍ**

vůbec - lehce - středně - významně - extrémně

### **DO JAKÉ MÍRY JSTE SPOKOJENÝ/NESPOKOJENÝ S VAŠÍM SPÁNKEM V POSLEDNÍ DOBĚ?**

velmi spokojený - spokojený - spíše spokojený - nespokojený - velmi nespokojený

### **DO JAKÉ MÍRY PODLE VÁS OBTÍŽE SE SPÁNKEM NARUŠUJÍ VAŠI BĚŽNOU VÝKONNOST (NAPŘ. UNAVITELNOST, SOUSTŘEDĚNÍ, PAMĚŤ, NÁLADU)?**

vůbec - lehce - středně - významně - extrémně

### **DO JAKÉ MÍRY PODLE VÁS JSOU VAŠE OBTÍŽE SE SPÁNKEM ZAZNAMENÁNY OKOLÍM – VE SMYSLU SNÍŽENÍ KVALITY VAŠEHO ŽIVOTA?**

vůbec - lehce - středně - významně - extrémně

### **DO JAKÉ MÍRY JSTE ZNEKLIDNĚN/ZABÝVÁTE SE VAŠIMI OBTÍŽEMI SE SPÁNKEM?**

vůbec - lehce - středně - významně - extrémně

### **KOLIK HODIN OBVYKLE POTŘEBUJETE K DOBRÉMU VYSPÁNÍ?**

**V KOLIK HODIN OBVYKLE CHODÍTE SPÁT:** hod.

**A VSTÁVÁTE:** hod.

### **KDYBYSTE MOHL, SPÁVAL BYSTE I ODPOLEDNE**

určitě - někdy - ne

### **BÝVÁTE BĚHEM DNE OSPALÝ?**

ne - někdy - často - pravidelně

Zdroj: PRAŠKO, J. a kol., *Nespavost*, 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 101 s. ISBN 80-7178-919-4

### **Příloha 3 Maslowova pyramida lidských potřeb**

Maslowova pyramida (potřeb) je hierarchie lidských potřeb, kterou definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow v roce 1943. Podle této teorie má člověk pět základních potřeb (od nejnižších po nejvyšší - společně pak tvoří jakousi pomyslnou „pyramidu“):

1. potřeba seberealizace (naplnit své možnosti růstu a rozvoje)
2. potřeba uznání, úcty (být vážený, mít úspěch v očích jiných lidí a na tomto základě být sám sebou kladně hodnocen)
3. potřeba lásky, sounáležitosti (vedou k touze někam a k někomu patřit, být přijímán a milován)
4. potřeba bezpečí, jistoty (projevuje se především vyhýbáním se všemu neznámému, neobvyklému či hrozivému)
5. fyziologické potřeby (potřeba potravy, tepla, vyměšování, spánku)

Zdroj: TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*, 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání prac. ve zdrav., 2001, 186 s., IBSN 80-7013-324-8