

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Spánková laboratoř z pohledu pacienta a role sestry
Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PhDr. et Mgr. Andrea Hudáčková 2011

Autor práce:

Adéla Machová

Abstrakt

The topic of the thesis is called „The sleep laboratory from the patient's point of view and the nurse's role“. A sleep laboratory is a medical facility which is adjusted to sleep disorders diagnosis.

The aim of the thesis was to determine the level of patients' awareness when coming to the sleep laboratory. We want to find out to which extent the examinations are uncomfortable for clients. The last goal of the thesis is aimed at nurses and deals with their overall role as for the clients' care in the sleep laboratory.

The thesis comprises the theoretical and research parts. The theoretical part consists mainly of the expert text, whose aim is to describe sleep, its disorders as well as individual disorder examinations. These notions and definitions are crucial for understanding the existence and significance of the sleep laboratory.

The research part focuses mainly on clients of the sleep laboratory of the Neurophysical laboratory in the lower part of the České Budějovice Hospital, Corp., but also on nurses who carry out the nursing treatment there. The research was performed through the qualitative examination using interviews. 7 clients and 7 nurses were questioned. Casuistry was created from the answered questions for a better review. The research was carried out in the period from February to April 2011. The interviews with clients were held always after the examination so that they were able to assess their stay in the sleep laboratory on the whole. All interviews are anonymous.

It can be concluded from the research part that a sleep laboratory was an unknown notion for the clients before the suspicion of sleep disorders arose. Mostly they are informed about this facility by a doctor who recommends the visit to the sleep laboratory. According to research outcomes, the majority of clients regard the examination in the sleep laboratory as very uncomfortable. The nurses' role is described in individual casuistries. There is an important finding that a full-value care and the right education of the clients in these facilities depends fully on the nurse's knowledge. However, nurses' knowledge in this branch is not always sufficient.

In this case, the theoretical part of the thesis can serve as an educational material for both nurses and patients, who this topic concerns.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: „Spánková laboratoř z pohledu pacienta a role sestry“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č.111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování

Velice děkuji vedoucí mé práce PhDr. et Mgr. Andree Hudáčkové za cenné rady a odborné konzultace při psaní bakalářské práce. Další poděkování patří panu primáři ONP2 v Nemocnici České Budějovice a. s. MUDr. Pavlu Dohnalovi a také sestřám a pacientům, kteří byli ochotni poskytnout mi rozhovory.

OBSAH

ÚVOD	4
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Historie spánkové medicíny.....	5
1.1.1 Významné osobnosti a objevy v oblasti výzkumu spánku	5
1.1.2 Klasifikace spánku	6
1.1.3 Výzkum spánku v současnosti	7
1.2 Potřeby člověka.....	7
1.2.1 Definice.....	7
1.2.2 Dělení lidských potřeb	7
1.2.3 Dělení lidských potřeb dle Maslowa	8
1.3 Spánek.....	9
1.3.1 Definice.....	9
1.3.2 Význam spánku.....	9
1.3.3 Fáze spánku.....	10
1.3.3.1 <i>NREM fáze</i>	10
1.3.3.2 <i>REM fáze</i>	11
1.3.4 Bdělost	11
1.3.5 Biorytmy a jejich řízení	12
1.4 Spánek a sny	12
1.4.1 Význam snů	12
1.4.2 Interpretace snů	13
1.5 Poruchy spánku.....	13
1.5.1 Dělení poruch spánku	13
1.5.1.1 <i>Insomnie</i>	14
1.5.1.2 <i>Poruchy dýchání vázané na spánek</i>	14
1.5.1.3 <i>Nadměrná denní spavost</i>	15
1.5.1.4 <i>Poruchy cirkadiálního rytmu</i>	16
1.5.1.5 <i>Parasomnie</i>	16

1.5.1.6	<i>Abnormální pohyby související se spánkem</i>	17
1.5.1.7	<i>Další spánkové poruchy</i>	17
1.6	Spánková hygiena	18
1.6.1	Doporučení pro kvalitní spánek.....	18
1.7	Vyšetřovací metody ve spánkové laboratoři.....	20
1.7.1	Spánková laboratoř	20
1.7.2	Vyšetřovací metody	20
1.7.2.1	<i>Anamnéza</i>	20
1.7.2.2	<i>Dotazníky a škály</i>	21
1.7.2.3	<i>Polysomnografické vyšetření</i>	21
1.8	Sestra ve spánkové laboratoři	22
1.8.1	Sestra a ošetrovatelský proces ve spánkové laboratoři.....	23
1.9	Terapie ve spánkové medicíně.....	24
1.9.1	Medikamentózní terapie	24
1.9.2	CPAP	25
1.9.3	BiPAP	26
1.9.4	Ostatní způsoby terapie spánkových poruch	26
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	27
2.1	Cíle výzkumu	27
2.2	Výzkumné otázky	27
3	METODIKA	29
3.1	Použitá metodika.....	29
3.2	Charakteristika výzkumných souborů	29
4	VÝSLEDKY	31
4.1	Rozhovory s klienty ve spánkové laboratoři.....	31
4.2	Rozhovory se sestrami ve spánkové laboratoři.....	39
4.3	Souhrnné tabulky	48
4.4	Souhrnné grafy.....	58
5	DISKUZE	60
6	ZÁVĚR	65

7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	67
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	70
9	PŘÍLOHY	71
9.1	Příloha 1	71
9.2	Příloha 2	72

ÚVOD

Spánková laboratoř je zdravotnické zařízení, které je uzpůsobené k diagnostice poruch spánku. V České Republice se v současné době nachází asi 10 akreditovaných pracovišť pro diagnostiku spánkových poruch.

Pacienti s podezřením na spánkovou poruchu do těchto zařízení přicházejí přes spánkovou poradnu, kam byli doporučeni svým obvodním lékařem, internistou, neurologem či psychologem. Vzhledem k tomu, že se jedná o poruchy vzniklé v souvislosti s problematikou života v civilizované společnosti, nutno říci, že nárůst těchto onemocnění stále stoupá.

Stejně jako v ostatních nemocničních zařízeních i ve spánkové laboratoři je vyžadována základní, ale také speciální ošetrovatelská péče typická pro toto odvětví. Cílem vzdělávání sester v oboru spánkové medicíny proto není nic jiného než plnohodnotně poskytnutá péče, spokojený a (v rámci možností) zdravý pacient.

Bakalářskou práci na téma „Spánková laboratoř z pohledu pacienta a role sestry“ jsem si vybrala především z důvodu získání nových poznatků o spánkových poruchách, jejichž výskyt se v naší populaci stále zvyšuje a o jejich diagnostice.

Cílem této práce je zjistit v jaké míře jsou klienti z řad laické veřejnosti o spánkové laboratoři informováni a jaký je jejich názor na vyšetření poruch spánku. Dalším cílem je také zjistit jaká je role sester ve spánkové laboratoři a zvláštnosti ošetrovatelské péče, kterou poskytují.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie spánkové medicíny

Historie studia spánku a snění zasahuje do dob dávno minulých – do dob před Kristem. Největší rozvoj však toto medicínské odvětví prodělalo v uplynulých cca padesáti letech. Významem a podstatou spánku se zabývali již staří Řekové a Egypťané. Egypťané například hledali prostřednictvím symbolů zobrazených ve snu božská proroctví. Vzhledem k víře měl právě i spánek ve většině kultur svého boha. Tehdejší vědci považovali tento pasivní, pro organismus přirozený a potřebný děj, za stav blízký smrti. (10)

1.1.1 Významné osobnosti a objevy v oblasti výzkumu spánku

Otázku, zdali jsou spánek a smrt založeny na stejném podkladě mozkové nečinnosti, začal úspěšně zjišťovat až v 19. století italský lékař a fyzik Luigi Galvani. Přišel na fakt, že neurony (u zvířat) během spánku produkují elektrické impulzy. Tuto teorii ve 30. letech minulého století rozvinul německý lékař Hans Berger. Ten vkládáním stříbrných drátů pod skalp pacienta snímal elektrickou aktivitu mozku prostřednictvím kapilárního elektroměru a zasloužil se tak o vznik elektroencefalografie – EEG. (10)

Dalším podstatným vědcem té doby ve stejném oboru byl Dr. Hans Bremer, který díky svým experimentům s kočkami představil světu anatomické struktury mozku a jejich funkce související se spánkem a bděním. (10)

Zabýváme – li se významnými vědci v oboru spánkové medicíny, musíme zmínit též jednoho z nejpodstatnějších průkopníků Dr. Nathaniela Kleitmana a jeho žáka Eugena Aserinského, kteří jako první popsali pohyby očních bulbů ve spánku a prokázali, že souvisí se sněním a mozkovou aktivitou. Postupem času se tito vědci začali zabývat i elektrickou aktivitou při očních pohybech – elektrookulografií (EOG) a sloučili ji se snímáním elektroencefalografie. V roce 1957 oznámili světu, že se během

spánku střídají procesy spojené se změnou očních pohybů a nazvali je REM (rapid eye movements) a NREM (non-REM). (7, 11)

Objev REM spánku se stal zlomovým pro výzkum spánku a spánkovou medicínu a rozpoutal tak prudký vývoj těchto věd. Rychle se rozvíjely metody registrace spánku – polysomnografie, a to především v 50. a 60. letech. Stvořitelem polysomnografie byl jmenován Dr. Michel Jouvet. Prováděla se i studia spánku např. u pacientů trpících psychickými poruchami, kterými se zabýval Sigmund Freud. Na podkladě nových poznatků v oblasti anatomie a fyziologie spánku a bdění získali vědci možnost nově identifikovat jejich poruchy a dát tak vznik novým klasifikacím těchto poruch. (10)

V naší zemi se o rozvoj spánkové medicíny v 60. letech minulého století nejvíce zasloužil MUDr. Bedřich Roth, který je zakladatelem první spánkové laboratoře u nás a také v celé střední Evropě. MUDr. Roth se zabýval především nadměrnou denní spavostí a je také proslulý tím, že sestavil ve své době největší soubor pacientů s narkolepsií a hypersomnií na světě. (10)

Zkoumání spánku v 80. letech minulého století (v r. 1981) přineslo mimo jiné i objev přístroje k tvorbě trvalého přetlaku v horních dýchacích cestách (continuous positive airway pressure – CPAP), který učinil australský lékař Colin Sullivan na podkladě výzkumu spánkové apnoe. (10)

V těchto dobách také vzniká řada organizací podporujících výzkum spánku. V Evropě je to například Evropská společnost pro výzkum spánku a v Americe Asociace profesionálních spánkových společností. Po vzoru těchto organizací vzniká mnoho dalších, z těch významnějších zmíníme např. Světovou federaci společností pro výzkum spánku. (10)

1.1.2 Klasifikace spánku

V uplynulých čtyřiceti letech spatřují světlo světa i první (výše zmíněné) klasifikace spánku. Tyto klasifikace jsou samozřejmě postupem času v závislosti na nových poznacích měněny a zdokonalovány. Nejnovějším a v současné době používaným klasifikačním dělením je Mezinárodní klasifikace poruch spánku – ICSD 2, z roku 2005. (10)

1.1.3 Výzkum spánku v současnosti

V současné době jsou již pojmy jako spánek, bdění či spánkové poruchy a jejich významy probádány a popsány. Avšak mnoho oblastí souvisejících s těmito tématy se důkladným výzkumům musejí stále podrobovat. Nyní je zaměřeno mnoho pozornosti na rozvoj diagnostiky a terapie poruch spánku. Současní lékaři také lpí na včasné diagnostice těchto onemocnění, která usnadní terapii. Právě proto se spánková medicína stává stále častějším tématem na různých konferencích či seminářích u nás i ve světě. Široká veřejnost, tudíž i pacienti samotní, by tak měli mít možnost snadno čerpat informace o této problematice.

1.2 Potřeby člověka

1.2.1 Definice

Během lidského života jsou neustále uspokojovány různé potřeby mající pro dotyčného různý význam. „Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož chybění je nežádoucí.“ (22, s. 10) Některé potřeby jsou chápány jako nezbytné a základní a jsou automaticky uspokojovány, další skupiny pak tvoří životní cíle, tužby a přání. (22)

1.2.2 Dělení lidských potřeb

Vědci se zabývají řadou aspektů v souvislosti s potřebami člověka. Z pohledu biologie je vnímáme jako reflexy, pudy a neuvědomělé činnosti, které jsou automaticky řízeny organismem samotným. Především se jedná o dýchání, vyprazdňování a podobně. Z hlediska psychologie jsou potřeby brány jako motivační - hnací síla pro zdravý vývoj organismu. Zde hovoříme o potřebách jako o nedostatku něčeho, čímž většinou bývá nedostatek životních jistot, důvěry, lásky a jiné. V souvislosti se sociologií potřeby vycházejí z požadavků společnosti, v souvislosti s ekonomikou jsou to potřeby využívat a používat dané prostředky, a to zejména finanční. (22)

Potřeby můžeme jako aktivačně motivačního činitele dělit do tří skupin. Jedná se o skupinu tělesných potřeb, kam zahrnujeme jídlo, pití, spánek, vylučování, ale také potřebu sexuální. Další skupinou mohou být potřeby sociální, které velmi úzce souvisejí

s tím, že člověk žije ve společnosti, a týkají se vztahů k ostatním lidem i sama k sobě. Sem zahrnujeme například potřebu uznání, lásky, bezpečí, seberealizace či štěstí. Poslední skupinu tvoří potřeby kulturní, které většinou tvoří náplň volného času dotyčného. (22)

Budeme – li se zabývat oblastí lidských potřeb, nalezneme mnohá rozdělení a členění. Nejpodstatnější je však hierarchie dle Maslowa. Americký psycholog Abraham Herbert Maslow (1908 – 1970) zformuloval hierarchii lidských potřeb v roce 1943 a většina autorů a vědců jí ve svých spisech věnuje poměrně velký prostor. Tyto potřeby seřadil vzestupně dle jejich významu pro lidský život – od těch nejpodstatnějších po ty méně podstatné. (22)

1.2.3 Dělení lidských potřeb dle Maslowa

Maslow se hlavně zabývá pěti úrovněmi lidských potřeb. Na první, v pomyslné pyramidě nejnižší uložené a tedy základní úrovni, zaujímají své místo potřeby fyziologické, neboli primární (dýchání, spánek, jídlo, pití, pohyb, vylučování, atd.) . Pokud nedojde k uspokojení těchto potřeb, může nastat i smrt. Ve většině případů ale dochází „jen“ k funkčním poruchám organismu. Neuspokojení těchto potřeb nemotivuje člověka k dalším potřebám, ovšem jejich uspokojení vede k potřebám dalším – k těm, které jsou v pyramidě uloženy na vyšších úrovních. (22)

„Další úroveň je potřeba jistoty a bezpečí, je potřebou vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti, potřebu ekonomického zajištění apod. Kde chybí v životě pořádek a řád, stojí potřeba jistoty na prvním místě.“ (22, s. 14)

Potřeba lásky a sounáležitosti je, co se týče důležitosti, na třetím místě. „Někdy je také nazývána jako afiliační, je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti a sounáležitosti. Objevuje se v situacích osamocení a opuštění.“ (22, s. 14)

Na čtvrtém místě je dle Maslowa potřeba uznání, ocenění a sebeúcty a uspokojení těchto potřeb vede k sebedůvěře. Poslední, čili pátou potřebou v Maslowově pyramidě, je potřeba seberealizace a sebeaktualizace. „Vystupuje jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, člověk chce být tím, čím podle svého mínění může být.“ (22, s.

14) Bylo také zjištěno, že potřeby fyziologické a potřeba jistoty a bezpečí jsou pro všechny živé organismy společné. Ostatní – výše uložené potřeby jsou charakteristické pouze pro člověka. (22)

Naše přirozené chování je zaměřeno na uspokojování potřeb. Cílem uspokojování potřeb je zejména udržení homeostázy. Pokud nenastane rovnováha, odrazí se to na psychice a nastává frustrace, což znamená krátkodobé neuspokojování potřeb. Dlouhodobé neuspokojování potřeb potom nazýváme deprivací. (22)

1.3 Spánek

1.3.1 Definice

Spánek a bdělost jsou dva neustále se opakující procesy, bez kterých se žádný organismus neobejde. „Spánek je rytmicky se vyskytující stav organismu charakterizovaný sníženou reaktivitou na vnější podněty, sníženou pohybovou aktivitou a většinou druhově specifickou polohou, typickými změnami aktivity mozku zjistitelnými encefalografií a u člověka sníženou, resp. změněnou kognitivní činností.“ (10, s. 27)

1.3.2 Význam spánku

Spánek je pro lidský organismus významný stejně jako například příjem potravy a jeho podstatou je především regenerace mimo jiné i nervového systému. Hovoříme také o aktivním procesu mozku, který se každodenně opakuje, nebo by se alespoň každodenně opakovat měl. (13)

Během spánku se obnovují rozumové funkce, které potřebujeme k myšlení a řízení organismu. Dalším významem je i obnova a tvorba paměti, a to jak dlouhodobé, tak i krátkodobé. Dá se tedy říci, že pokud není spánek kvalitní, člověk se pak hůře učí. Se spánkem souvisí také vylučování hormonů, přičemž například pohlavní hormony a hormony kůry nadledvinek jsou na rozdíl od růstového hormonu vylučovány v bdělém stavu. Vědci také uvádějí u seniorů spojitost mezi nekvalitním spánkem a změnou

hormonálního řízení. Mimo jiné spánek také ovlivňuje obranyschopnost organismu. Při dlouhodobém deficitu spánku je imunita nižší a člověk tak snadno onemocní. (24)

Plnohodnotný spánek závisí na řadě podnětů jako je fyziologie organismu, psychika, zdraví apod. Jeho ochranný a regenerační význam nám pomáhá udržovat rovnováhu těla i mysli. Během lidského života se potřeba spánku mění. Zatímco novorozenec potřebuje ke svému zdravému vývoji a celkovému prospívání cca. 18 hodin denně, ve stáří stačí organismu kolem šesti hodin spánku. (10, 13, 22)

Dojde-li k nedostatku spánku – spánkové deprivaci, dochází současně k otupení mysli, poruchám nálad a chování, snížení obranyschopnosti a mnoha dalším nepříznivým reakcím organismu. Dospělému člověku je doporučováno spát denně 6 – 8 hodin, málo lidí však toto doporučení v dnešní době respektuje. Řekneme-li 6 – 8 hodin spánku, myslíme tím samozřejmě spánek nepřerušovaný, protože časté probouzení během noci ho naruší natolik, že se stává pro regeneraci nervového systému takřka bezcenným. (10, 13, 24)

1.3.3 Fáze spánku

Během spánku dochází mimo jiné k mnoha změnám, které jsou samozřejmě vratné. Např. TK je nižší stejně jako pulzy, periferní cévy jsou dilatované, aktivita trávicího traktu je nepravidelná, kosterní svalstvo je relaxované, bazální metabolismus klesá na minimum atd. Pokud bychom chtěli pátrat po jednotlivých střídajících se procesech v mozku během spánku a rozlišit je, museli bychom použít nejlépe EEG či jiné vyšetřovací metody používané v této oblasti. Tyto základní procesy jsou v podstatě dvě, a sice NREM a REM. (3, 10)

1.3.3.1 NREM fáze

NREM fáze – z anglického non Rapid Eye Movement, vyplňuje asi 75% spánku a sny jsou v této fázi výjimkou. „Probuzení z non – REM fáze je nefyziologické, člověk nedosáhne dokonalé regenerace sil, cítí se unavený.“ (10, s. 72) NREM spánek je charakterizován jako hluboký, umožňuje metabolickou a strukturální regeneraci a dělíme ho do čtyř stádií. (3, 10, 17)

První stádium trvá jen několik málo minut, je překlenutím z bdění do začátku spánku – jedná se v podstatě o usínání, kdy může být člověk snadno probuzen. Zaznamenáme zde pomalé pohyby očí a nepravidelnou aktivitu kosterního svalstva. (3, 10, 22)

Druhá fáze probíhá bez očních pohybů a jedná se o lehký spánek, některé zdroje udávají, že tato fáze trvá asi 50% z celkové doby spánku. Třetí fáze zaručuje obtížné probouzení a fáze čtvrtá je spánkem velmi hlubokým. Tyto fáze se neustále střídají, po uplynutí těchto čtyř fází vše nabírá „zpětný chod“, tedy následuje fáze třetí, po ní druhá a poté REM spánek. (3, 10, 22)

1.3.3.2 REM fáze

Název fáze REM pochází z anglického Rapid Eye Movement, přeloženo do češtiny – rychlé pohyby očí. Tato fáze zaujímá asi 20 – 25 % z celkové doby spánku, jedná se tedy o přibližně 90 minut. REM spánek umožňuje vytváření paměti, rušení nepodstatných informací nebo také umožňuje kontrolu regenerace probíhající v NREM stadiu. Synonymem pro REM spánek je paradoxní spánek, jedná se o fázi velmi podobnou bdění díky vysoké mozkové aktivitě doprovázené mimo jiné (jak název sám napovídá) rychlým mihotáním očí pod zavřenými víčky. Tato fáze se dále vyznačuje nízkým svalovým napětím, nepravidelnou srdeční činností a dechovou frekvencí. Důležitým znakem je i přítomnost snů, které si často po probuzení pamatujeme. (2, 6, 10, 22)

1.3.4 Bdělost

Se spánkem úzce souvisí stav bdělosti, který je ve své podstatě opakem, ale má pro organismus stejný význam. Být bdělý znamená vědomě prožívat a vnímat. Dostáváme se k faktu, že spánek – jak jsem již uvedla, je zdravý a potřebný, ale dalo by se říci, že všeho moc škodí. Pokud tělu nedopřejeme také bdělý stav a neprocvičujeme kognitivní nebo jiné funkce, intelektové schopnosti nebo neuspokojujeme bio-psycho-sociální potřeby, může dojít i k destrukci osobnosti stejně jako u nedostatku spánku. (16, 17)

1.3.5 Biorytmy a jejich řízení

Jedním z nejpodstatnějších regulátorů spánku a bdění je hormon melatonin produkovaný epifýzou, který je závislý na střídání denního světla a tmy. Přes den je jeho tvorba snížena, v noci však stoupá. Tvorba tohoto hormonu je závislá i na věku – s narůstajícím věkem jeho množství v těle klesá a s ním i potřeba spánku. (20)

Melatonin hraje klíčovou roli v synchronizaci takzvaných biorytmů organismu. U lidí stejně jako u jiných živočichů dochází k mnohým cyklickým změnám, které se neustále opakují, a proto je nazýváme biologické rytmy – např. spánek a bdělost. Tyto rytmy mohou být různě dlouhé, například menstruační cyklus u žen. Nejpodstatnější pro nás v souvislosti s touto prací je rytmus cirkadiánní, jehož perioda trvá cca. 24 – 25 hodin a určí tak denní časový program organismu. (20)

Tímto rytmem jsou řízeny mimo spánku a bdělosti například i výkyvy tělesné teploty, rytmus tvorby a uvolňování hormonů, příjem potravy aj. Cirkadiánní rytmus jako takový je řízen vnitřním mechanismem v mozku, který se řídí vnějšími podněty, a to především střídáním světla a tmy. (10, 21)

1.4 Spánek a sny

1.4.1 Význam snů

Od dob, kdy se objevily první výzkumy související se spánkem (viz 1. kapitola), vědci spekulovali i o významu snění. Věřili, že sny mají pro naše bytí či pro budoucnost nějaký význam, a považovali je i za jakási proroctví. V dnešní době víme, že jsou ve své podstatě souhrnem představ a myšlenek uloženým v podvědomí. Také můžeme tvrdit, že často postrádají logiku a jsou nepravděpodobné, schopnost člověka si sny pamatovat je zcela individuální. Sen také částečně slouží jako ochrana před probuzením. Zajišťuje totiž člověku prožitky, které do jisté míry překryjí negativní vnější vlivy, jako je například chlad. Do nedávné doby se snění přisuzovalo pouze fázi REM, avšak pravdou je, že sny se zdají i v NREM fázi spánku – i když méně. Neustále se zkoumají různé závislosti mezi fyziologií či patologií mozku a druhy snů nebo jejich podmíněnost psychickým poruchám. (10, 17)

1.4.2 Interpretace snů

Nejpodstatnější interpretaci snů vytvořil významný psycholog narozený v Čechách – Sigmund Freud. Ten v souvislosti se spánkem a sny mimo jiné rozlišil a popsal tzv. sekundární proces, kdy člověk reálně prožívá přítomnost (bdění) a primární proces, kdy naopak dotyčný prožívá minulost či budoucnost v naprosto nelogických návaznostech (snění). Dospěl také k názoru, že sny jsou vyvolány a ovlivněny jak duševními, tak i tělesnými podněty. Tím prokázal, že jsou velmi důležité pro život jedince, kterého podvědomě motivují k charakteristickému vystupování. Freud se samozřejmě sny zabývá podrobně a jeho tvrzení jsou do dnešní doby považována za kmenová pro tuto oblast výzkumu. Jeho tvrzení získaná výzkumem, související s tímto tématem, jsou velice rozsáhlá, a proto zmíníme pouze několik podstatných. (10)

1.5 Poruchy spánku

Do popředí zájmu odborníků, zabývajících se oblastí spánku, patří i jeho poruchy. Je tomu tak hlavně pro velký zájem laické veřejnosti. Mnoho lidí těmito poruchami trpí, aniž by si to uvědomovali, a tak je pro ně diagnostika těchto problémů obrovským přínosem. Dle Slezákové v její publikaci Neurologické ošetrovatelstvo: „se v podstatě jedná o objektivní anebo subjektivní změny normálního průběhu spánku, které mohou omezovat a narušovat život člověka. Vyznačují se oslabením spánkových stádií a narušením jejich průběhu. Rytmičtý průběh spánku se rozpadává, přičemž se zvyšuje množství bdělých fází a zkracuje se celková doba spánku.“ (18, s. 137) V této kapitole se budeme jednotlivými poruchami zabývat velmi stručně. Jejich popis a jiné důležité informace dále naleznete v použité literatuře. (18)

1.5.1 Dělení poruch spánku

Poruchy spánku dělíme dle ICSD – 2 do těchto skupin:

- Insomnie
- Poruchy dýchání vázané na spánek

- Nadměrná denní spavost
 - Poruchy cirkadiálního rytmu
 - Parasomnie
 - Abnormální pohyby související se spánkem
 - Izolované příznaky poruch spánku
 - Jiné poruchy (v souvislosti s onemocněním interním, neurologickým, ...)
- (10)

1.5.1.1 Insomnie

Insomnie, do češtiny překládána jako nespavost, má za důsledek únavu, ale také organické poruchy. Patří sem například poruchy trávení, poruchy chování a jiné závažné změny. Jedná se především o potíže s usínáním nebo o časté probouzení během spánku. Spánek bývá nekvalitní, člověk je po probuzení nevyspalý. Potíže se mohou objevit buď samostatně, nebo všechny najednou. Nespavost náleží v dnešní populaci asi 15% lidí. Její příčiny jsou zejména shon, psychické vyčerpání, a to dlouhodobé i krátkodobé a samozřejmě spousta dalších faktorů. Insomnii dělíme na akutní a chronickou a to v případě, že se u dotyčného vyskytuje déle než 3 měsíce. Terapie je založena na dvou základních faktorech ovlivňujících - psychoterapii a farmakoterapii. Nejčastěji podávanými léky jsou nebenzodiazepinová hypnotika a do této skupiny patří např. Zolpidem. (10, 21)

1.5.1.2 Poruchy dýchání vázané na spánek

Další část kapitoly pojednává o poruchách dýchání vázaných na spánek. V této části jsou podstatné tyto termíny - apnoe, hypopnoe a alveolární ventilace. „Apnoe znamená přerušení ventilace o trvání 10 sec. a více a dělíme ji podle přítomnosti dýchacího úsilí na obstrukční, centrální a smíšenou.“ (Nevšímalová, Šonka, Poruchy spánku a bdění, s. 117) Pro REM fázi spánku je nepravidelnost dechu charakteristická, objeví-li se však apnoická pauza pětkrát a vícekrát za hodinu, jedná se vždy o syndrom spánkové apnoe. Tyto apnoe dále dělíme na centrální a obstrukční. Typickým

průvodním jevem je hlasité chrápání, nemocní také mohou po ránu trpět bolestmi hlavy. K léčbě spánkové apnoe se užívá CPAP (viz dále). (3, 10)

Řekneme-li termín hypopnoe, měli bychom také vědět, že hovoříme dle Nevšimalové a Šonky „o přechodném omezení dechových objemů nejméně o 50% po dobu 10s a více.“ (10, s. 117) Kromě dechových objemů je také zaznamenáván pokles saturace hemoglobinu kyslíkem. Alveolární hypoventilace je oproti hypopnoi chorobný stav, který vede ke zvýšení parciálního tlaku oxidu uhličitého v arteriální krvi, což znamená vznik hyperkapnie. Terapie těchto onemocnění spočívá v podávání určitých druhů farmak, oxygenoterapii a také v odstraňování nepříznivě působících faktorů jako je obezita či kouření. (10, 17)

1.5.1.3 Nadměrná denní spavost

V knize Poruchy spánku a bdění uvádí kolektiv autorů, že „nadměrná denní spavost, neboli EDS z anglického excessive daytime sleepiness, je definována neschopností udržet kontinuální bdělost během dne. Patologická ospalost s usínáním kolísají v průběhu dne, u některých klinických jednotek je EDS spojena i s prodlouženým nočním spánkem.“ (10, s. 167)

Odborně ji nazýváme hypersomnie. Jedná se o onemocnění, které je velmi závažné, a to z toho důvodu, že značně omezuje člověka v jeho denních činnostech. U takovýchto pacientů se shledáváme často se stížnostmi na své pozdní příchody např. do zaměstnání. Důvodem je prodloužený ranní spánek a ospalost. Nemocný má obtíže se vstáváním a dá se říci, že po probuzení je v polospánku, všechny ranní činnosti (oblékání, ranní hygiena, ...) dělá automaticky a později si na ně nepamatuje. Kromě ranní spavosti a ospalosti je tu také denní somnolence a spavost. (21)

K této skupině spánkových poruch (EDS) patří také narkolepsie a kataplexie. Při narkolepsii trpí pacienti záchvaty několikaminutového spánku, které na sebe nijak neupozorní, a nemocný usíná okamžitě za jakékoli situace. Velké nebezpečí nemocnému hrozí, pokud je tento druh hypersomnie ve spojení s tzv. kataplexií. Ta má za důsledek okamžité ochabnutí svalstva a následný pád nemocného. Ten se probouzí po sekundách či minutách. Často se takto nemocný člověk před záchvatem může

nacházet v situaci, která vyžaduje zvýšenou pozornost a dojde-li pak k záchvatu, může být ohrožen nejen on. Velký podíl na vzniku tohoto onemocnění mají spánkové poruchy projevující se během noci, kdy se dotyčný kvalitně nevyspí. (10, 12, 18, 23)

Při podezření na hypersomnii je vždy nutno provést neurologické vyšetření, provádějí se také speciální testy k prokázání typu této poruchy. Onemocnění je totiž považováno za sekundární, a to z toho důvodu, že doprovází jiné organické poruchy. Pokud budeme hovořit o terapii, na prvním místě zmíníme úpravu denního režimu. Na místo druhé zařadíme medikamenty (Ritalin, Vigil, aj.). (10, 13)

1.5.1.4 Poruchy cirkadiánního rytmu

Velmi vážné jsou také poruchy cirkadiánního rytmu. V souvislosti s porušením našich endogenních mechanismů dochází k rozvratu denního režimu. Tedy k nerovnováze mezi časem vyhrazeným pro spánek a bdění. Důsledky poruchy biorytmů se často projeví v podobě insomnie či hypersomnie a dochází tak i k narušení sociálních potřeb člověka. (10, 21)

Nejpodstatnějším podnětem pro synchronizaci biorytmů v lidském těle je střídání dne a noci (světla a tmy). K posílení souhry mezi vnějšími podněty a činností mozku je také důležitá fyzická aktivita během dne a svůj význam má také režim příjmu potravy. K terapii poruch cirkadiánního rytmu slouží melatonin podávaný medikamentózně. (10, 21)

1.5.1.5 Parasomnie

Další poruchou spánku dle ICSD-2 je parasomnie. Jedná se o abnormální projevy během spánku. Jde v podstatě o určitý typ insomnie, kdy se člověk často probouzí. Probouzení může být podmíněno nočními děsy, častá je také náměsíčnost (somniaambulismus) či probouzení se zmateností. Příznaky onemocnění se objevují také jako poruchy chování ve spánku – motorickým prožíváním snu a zde je velké nebezpečí úrazů. Mimo jiné do této skupiny onemocnění patří ještě například izolovaná spánková obrna, noční děsy, noční pomočování (enuresis nocturna), spánkové halucinace,

skřípání zuby (bruxizmus) aj. Dle těchto typů parasomnie také dále rozlišujeme diagnostické a terapeutické postupy. (3)

1.5.1.6 Abnormální pohyby související se spánkem

Spánek bývá obdobím nečinnosti svalů. I když je naprosto fyziologické, že člověk několikrát za noc změni svou polohu. Abnormální pohyby související se spánkem jsou poruchou, která činí spánek nekvalitním a často budí pacienta samotného nebo jeho „spolunocležníka“. Diagnostika a terapie tohoto onemocnění jsou velice různorodé dle jeho typu. Opět se zde shledáváme s klasifikací dle ICSD-2. (10)

„Nemoci s abnormálními pohyby souvisejícími se spánkem

1. Syndrom neklidných nohou
2. Porucha spánku s periodickými pohyby končetin
3. Křeče v dolních končetinách související se spánkem
4. Bruxismus (skřípání zuby ve spánku) související se spánkem
5. Porucha spánku s rytmickými pohyby souvisejícími se spánkem
6. Nespecifikovaná porucha s abnormálními pohyby
7. Porucha s abnormálními pohyby souvisejícími se spánkem ze závislosti nebo intoxikace
8. Porucha s abnormálními pohyby souvisejícími se spánkem při jiné nemoci“

(10, s. 244)

1.5.1.7 Další spánkové poruchy

Do další skupiny řadíme tzv. hraniční varianty a izolované příznaky poruch spánku. Jedná se o skupinu poruch, které tvoří jakousi hranici – přechod mezi spánkem fyziologickým a patologickým. Můžeme sem zařadit již zmíněné pohyby a záškuby například dolních končetin, podobné syndromu neklidných nohou (restless legs) a časté je i chrápání. Jsou to projevy, které ke spánku patří, ale mohou být i patologické. (6, 10)

Poslední druh spánkových poruch dle ICSD-2 tvoří „jiné poruchy“, kam spadají zejména ty, které jsou podmíněné jiným onemocněním. Onemocnění, která jsou podkladem pro poruchy spánku, dělíme na neurologická, interní, psychiatrická aj. (10)

1.6 Spánková hygiena

Pokud nebudeme hovořit o jedincích s prokázanou patologickou poruchou spánku, můžeme tvrdit, že kvalitu spánku ovlivňujeme do jisté míry sami. Mnoho z nás má osvojené návyky a rituály, bez kterých nelze usnout. Jedná se například o čištění zubů před ulehnutím na lůžko, větrání v místnosti, čtení, atd. Na druhou stranu jsou i tací, kteří usnou jen co „dolehnou na polštář“ – těmto lidem může spousta z nás směle gratulovat.

Právě již zmiňované návyky a rituály mohou být součástí tzv. spánkové hygieny. Můžeme říci, že spánková hygiena je souhrn obecných doporučení pro kvalitní spánek. Například jsou to opatření, zajišťující příjemné prostředí v místnosti, kde spíme, nebo také osobní hygiena, která nám dodá pocit čistoty a uvolněnosti aj. Každý z nás je individuum, a tudíž není možno striktně určit pro všechny stejné zásady. Důležité je také vědět, že kvalita i kvantita bdění záleží na kvalitě i kvantitě spánku a naopak. (3, 10, 24)

Faktory ovlivňující spánek:

1. Biologicko–fyziologické faktory: věk, nemoc a bolest, jídlo a pití, pohyb a aktivita, změna způsobu života.
2. Psychicko-duchovní: úzkost, strach, nejistota, nedostatek činnosti, ztráta smyslu života.
3. Sociálně kulturní: mezilidské vztahy, pracovní problémy, finanční problémy.
4. Faktory prostředí: hluk, světlo, stav ovzduší, nevyhovující prostředí.

(8, s. 125)

1.6.1 Doporučení pro kvalitní spánek

Abychom mohli pro svůj spánek něco udělat nebo se alespoň ujistit, že již činíme správně či nikoliv, uvedu zde několik pravidel pro kvalitní spánek. Mnoho zdrojů i lékařů doporučuje svým pacientům pravidelnost, co se týče ukládání ke spánku a probouzení se. Tato pravidelnost jde ruku v ruce s cirkadiánním rytmem, o kterém píše v jedné z předcházejících kapitol. Jedná se o naučený 24 hodinový režim, na který si po určité době organismus zvykne a bude jej vyžadovat. Pravidelný spánek je jedním ze základních stavebních kamenů našeho zdraví. (9, 24)

Dalším podílejícím se faktorem je spánek během dne, který se v případě problémů s nočním spánkem nedoporučuje. Narušuje totiž rovnováhu mezi výdejem a regenerací sil či mozkových funkcí. Dotyčný, který spí během dne, je po probuzení nevyspalý a unavený a večer zpravidla nemůže usnout. Také naše postel by měla být využívána pouze ke spánku či sexuálním aktivitám, protože pokud v ní během dne kupříkladu sledujeme televizní pořady a konzumujeme při tom popcorn, ztrácí pro nás jako místo určené ke spánku svůj význam. Měli bychom zde tedy také trávit pouze dobu určenou ke spánku. (9, 24)

Všichni bychom měli do postele uléhat přiměřeně unavení a přiměřeně najedení. Pokud si půjdeme lehnout bez pocitu sebemenší únavy a přejedení či naopak hladově, může se nám stát, že se pár hodin budeme pouze převalovat z boku na bok a ze spánku nebude nic. To samé se nám může přihodit také v případě, budeme-li bezprostředně před spaním pít kávu, alkoholické či energetické nápoje. Také pokud užíváme jakékoli léky, měli bychom je užívat v dobu určenou lékařem, a to ať už jde o hypnotika nebo jiné medikamenty. Za nepříznivý faktor je považováno také kouření před usnutím nebo v noci při probuzení. Během dne, kdy se věnujeme všedním povinnostem, bychom si také měli najít čas pro organizaci svých plánů, aby pak plánování neznemožňovalo usínání. Znamená to v podstatě vyhnout se myšlenkám o prožitcích, ze kterých máme strach nebo na které se těšíme (cesta na dovolenou, aj.). (9, 13)

Také jsem již hovořila o vhodném prostředí k usínání. Co se týče ložnice, měla by být vyvětraná s teplotou kolem osmnácti stupňů. Mělo by to být prostředí klidné a nerušené hlukem nebo světlem přicházejícím z ulice a okolních místností. V dnešní době se také v různé literatuře můžeme dočíst, jaké jsou vhodné barvy pro náš klidný

spánek a podle těchto rad si pokoj esteticky zařídit. Všechny tyto rady mohou být do jisté míry nebo zcela užitečné pro každého z nás. (9, 13)

1.7 Vyšetřovací metody ve spánkové laboratoři

1.7.1 Spánková laboratoř

Spánková laboratoř je zdravotnické zařízení, které je uzpůsobené k diagnostice poruch spánku. V České Republice se v současné době nachází asi 10 akreditovaných pracovišť pro diagnostiku spánkových poruch. Patří sem například Centrum pro poruchy biorytmů ve FN Hradec Králové, Centrum pro dýchání a spánek ve FN v Plzni, Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch spánku a bdění ve FN v Brně, Centrum pro poruchy spánku a bdění ve FN v Ostravě, Centrum pro poruchy spánku a bdění ve VFN v Praze, Centrum pro poruchy spánku v Nemocnici České Budějovice a. s. a několik dalších. (7)

Pacienti do těchto zařízení přicházejí přes spánkovou poradnu, kam byli doporučení svým obvodním lékařem, internistou, neurologem či psychologem. Vzhledem k tomu, že se jedná o poruchy vzniklé v souvislosti s problematikou života v civilizované společnosti, nutno říci, že nárůst těchto onemocnění stále stoupá. Stejně tak stoupá i počet nově vzniklých zařízení, jejichž cílem je konkrétní poruchy včas diagnostikovat. Ruku v ruce se vznikem nových spánkových laboratoří a celkovým pokrokem vědy vznikají a stále se zdokonalují přístroje, které diagnostiku poruch spánku usnadňují. (7, 10, 21)

1.7.2 Vyšetřovací metody

1.7.2.1 Anamnéza

Základem pro správný postup v diagnostice a léčbě je odběr anamnézy. Zvláštním druhem anamnézy typickým pro tuto oblast medicíny jsou dotazy zaměřené konkrétně na údaje o spánku a bdění. Lékař i sestra se co nejpodrobněji snaží zjistit, jaké má vůbec

pacient potíže, jak se tyto potíže dále projevují, jaké mají důsledky a mnoho dalších (více v kapitole Sestra ve spánkové laboratoři). (7, 14)

1.7.2.2 Dotazníky a škály

Dlouhodobé a pravidelné pozorování pacienta s poruchami spánku nám zajišťují dotazníky a škály. Tyto prostředky také umožňují monitorovat změny během terapie, případně zlepšování či zhoršování stavu. Formuláře jsou zaměřené na jednotlivé parametry. Šonka uvádí, že například Epworthská škála spavosti se užívá: „k subjektivní kvantifikaci denní spavosti a je celosvětově nejvíce využívána. Tato škála zachycuje za poslední týden tendenci spát v denní době v osmi situacích. Za známku nadměrné denní spavosti většina pracovišť uznává hodnotu 10 a vyšší. Pro narkolepsii je senzitivní hodnota 14 a vyšší. Další dvě škály zaměřené na denní spavost Standfordská škála spavosti a Karolinská škála spavosti, se v rutinní medicíně spíše nepoužívají.“ (10, s. 61 – 62)

Škála, kterou posuzujeme kvalitu a kvantitu nočního spánku, se nazývá Pittsburgh Slep Duality Index (PSQI). Tento dotazník je také časově limitován a pacient ho vyplňuje během jednoho měsíce. Dalším důležitým záznamem je spánkový deník, kam pacient zaznamenává spánek, stav bdělosti a různé aktivity během 24 hodin. Tyto informace jsou zaznamenávány po dobu 1 – 4 týdnů. Je důležité uvádět také užívané léky, které mohou nějakým způsobem ovlivnit spánek. Lékaři považují za velice vhodné, aby spánkový deník spolu s pacientem vyplňoval i jeho partner, který dokáže potíže objektivně posoudit a popsat. (10, 13)

1.7.2.3 Polysomnografické vyšetření

Nedílnou součástí diagnostických postupů ve spánkové laboratoři je polysomnografické vyšetření. Jedná se o vyšetření přístrojem – polysomnografem, který dokáže rozeznat fyziologický nebo patologický spánek, jeho jednotlivé fáze či bdělost. Nejdůležitějšími a nejzákladnějšími parametry pro získání polysomnografického záznamu jsou EEG (elektroencefalogram), EMG (elektromyelogram) a EOG (elektrookulogram). Soubor těchto tří parametrů v podstatě tvoří polysomnogram.

(10, 21)

Šonka se svými kolegy popisují význam termínu polysomnografické vyšetření takto: „Při vyšetřování poruch spánku se zaznamenávají souběžně i další parametry. Polysomnografické vyšetření zahrnuje tedy nejen tři základní parametry, ale také registraci proudu vzduchu při dýchání, dýchacích pohybů, dýchacích zvuků, saturaci hemoglobinu kyslíkem, pohybů dolními končetinami, EKG a polohy těla. Pokud je současně pořizován i videozáznam, vyšetření se někdy pojmenovává videopolysomnografie.“ (10, s. 63)

Budeme-li hovořit o EEG, musíme vědět, že se jedná o snímání elektrických potenciálů mozku z povrchu hlavy. Výsledkem tohoto pomocného neurologického vyšetření je elektroencefalogram, čili záznam křivek. Jednotlivé křivky jsou charakteristické pro různá období spánku a lze podle nich určit i další onemocnění, kterým je například epilepsie. (2, 12, 15)

EMG snímá elektrické svalové potenciály především kosterních svalů, a to zejména v oblasti brady, ale také dolních končetin. Elektromyelogram pak slouží k přesnějším stanovením fáze spánku. EOG pak snímá pohyby očních bulbů pod víčky. Záznam dýchání, který předešlá vyšetření často provází, se zaznamenává pomocí čidla citlivého na změnu teploty vzduchu. Toto čidlo bývá umístěno před ústy či nosními průduchy pacienta, nebo přímo v jeho nose. (12, 15)

Záznam dýchání je doplněn oxymetrií, což je měření, které nám udává množství kyslíku v krvi, a my tak zjišťujeme, trpí-li pacient poruchou spánku vázanou na dýchání. V souvislosti s dýcháním ve spánku hodnotíme ještě tzv. dýchací úsilí. Měříme jej pomocí roztažitelných pásů, které obepínají pacientův trup a břicho a dle inspiračních a expiračních pohybů mění své napětí. Mimo jiné registrujeme i dýchací zvuky, a to čidlem umístěným na přední straně krku. Kromě EKG záznamu je dále při polysomnografii snímána také poloha trupu čidlem umístěným nad hrudní kostí. (3, 10, 19)

1.8 Sestra ve spánkové laboratoři

Stejně jako v ostatních nemocničních zařízeních i ve spánkové laboratoři je vyžadována základní, ale také speciální ošetrovatelská péče typická pro toto odvětví. Sestra ve spánkové laboratoři by měla mít mimo vzdělání v oboru ošetrovatelství také kvalifikační studium či kurzy v souvislosti s akreditací pracovišť. Cílem vzdělávání sester v oboru spánkové medicíny není nic jiného než plnohodnotně poskytnutá péče a spokojený a (v rámci možností) zdravý pacient. (7)

V péči o pacienty s poruchami spánku je pro sestru základem znát, rozumět a ovládat všechny složky specializované péče. Jedná se o postupy při odběru cílené anamnézy, při diagnostice i terapii. Důležitá je také schopnost správně manipulovat s vyšetřovací přístrojovou technikou.(7)

1.8.1 Sestra a ošetrovatelský proces ve spánkové laboratoři

Při sběru dat sestra nejprve zkompletuje lékařskou dokumentaci, a poté sama hovoří s nemocným o jeho potížích. Získává tak základní informace, které mohou být doplněny o jinou prokázanou diagnózu, či chorobu uvedenou v dokumentaci nemocného z předchozích hospitalizací v nemocničním zařízení. Důležité je také získávání anamnestických dat od osoby, která spolu s pacientem sdílí ložnici. Získání těchto údajů tvoří základ pro včasnou a co nejpřesnější diagnostiku spánkových poruch. (3, 14)

Dělení dotazů při odběru anamnézy je obdobné jako u všech ostatních onemocnění, avšak v oboru spánkové medicíny má i svá specifika. Sestra tedy odebírá anamnézu rodinnou, kdy zjišťuje výskyt potíží se spánkem u rodinných příslušníků a snaží se tak zjistit souvislosti s genetickou dispozicí. Dále je zde anamnéza osobní, v níž pacient sděluje své osobní potíže a subjektivní pocity vázané k problematice poruch spánku. Musíme se zmínit i o anamnéze farmakologické, kdy sestra zjišťuje, jaké medikamenty dotyčný užívá. Jednat se může o léky k léčbě základní choroby, či o léky podávané cíleně ke změně režimu spánku. Sestra se také ptá na návyky týkající se pití kávy, alkoholu, kouření a jiné závislosti. Důležitá je dále anamnéza pracovní, na jejím základě se zjišťuje ne/pravidelnost pracovní doby a tím i ne/pravidelnost spánku. Sestra

zjišťuje, je-li práce fyzicky či psychicky náročná, zda ji dotyčný vnímá jako zátěž, zda si rozumí s kolektivem aj. (10)

Zvláštním druhem anamnézy typickým pro tuto oblast medicíny jsou dotazy zaměřené konkrétně na údaje o spánku a bdění. Lékař i sestra se co nejpodrobněji snaží zjistit, jaké má vůbec pacient potíže, jak se tyto potíže dále projevují, jaké mají důsledky a mnoho dalších. (10)

Při stanovování cílů a sestavování realizačního plánu musí sestra hodnotit pacienta z mnoha aspektů. Jde především o to, aby způsoby realizace plánu byly pro konkrétního pacienta vhodné. Správně zvolené cíle i způsoby realizace ošetrovatelského plánu a jejich účinnost sestra nakonec zhodnotí.

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je také podávání hypnotik, či jiných medikamentů, a to vždy dle ordinace lékaře. (6, 14)

1.9 Terapie ve spánkové medicíně

Pokud byl problém diagnostikován, lékař může přistoupit k terapii pacienta. Základem léčby často bývá změna denního režimu dotyčného a dodržování spánkové hygieny. Častá jsou také dietní opatření jako například snížený obsah soli ve stravě. (4)

Lékař dále pomocí spánkového deníku či jiné škály může hodnotit, co přispívá k nekvalitě spánku, a snaží se tyto faktory odstranit nebo omezit. Něco jiného je, když dotyčný trpí jinou chorobou, která je příčinou spánkové poruchy. V takovýchto případech lékař ze spánkové laboratoře konzultuje pacientův stav i následnou medikaci či úpravu současné medikace s odborným lékařem (neurologem, internistou, psychologem, atd.). Častá bývá spolupráce s psychologem, protože jak je již výše uvedeno - nedostatek spánku podlamuje i psychické zdraví a často vznikají deprese aj. (10)

1.9.1 Medikamentózní terapie

Medikamentózní léčba v této oblasti má více jak tisíciletou historii. Je velmi častá a podstatná, je však také jedním z posledních řešení spánkových poruch. Odborníci se

vždy snaží najít nejdříve jinou vyhovující variantu léčby. Až když všechny způsoby terapie selžou, nebo žádný nevyhovuje, nastává pro lékaře čas předepsat pacientovi hypnotika. V dnešní době existuje tolik konkrétních výrobků, že není možné je zde všechny vyjmenovat. Problematikou velké části těchto přípravků je, že jsou bohužel často návykové a mívají vedlejší či nežádoucí účinky. Cílem je tedy mimo jiné zlepšit spánek pacienta, ale také nevypěstovat prohlubující se závislost. (6)

„Hypnotika dělíme do tří generací:

1. generace – barbituráty
2. generace – benzodiazepiny
3. generace – zopiclon, zolpidem a zaleplon“ (6, s. 626)

Pro chronickou insomni (delší než 3 měsíce) bývá podávání hypnotik problematické vzhledem k augmentaci na tyto léky. Augmentací nazýváme situaci, kdy dřívější léčba ve stejném složení i dávkování přestává být účinná. Bylo by nesprávné dávkování hypnotik navyšovat, léčba by se tím jen ještě více komplikovala. V takové situaci je vhodnější podat vhodné antidepresivum. Insomnie často bývá s depresemi spojena, ačkoli jednoznačné projevy deprese nejsou přítomny. Někdy v takové situaci hovoříme o tzv. larvované depresi. Léčbu je nutno poskytovat po dobu minimálně 3 měsíců, ale často i déle. K léčbě jsou nejvhodnější tato antidepresiva – Mirtazapin (Mirzaten, Esprital) a Trazodon (Trittico). (6, 13)

1.9.2 CPAP

Kromě režimových opatření a medikamentózní léčby je zde ještě léčba přístrojová, zaváděná přímo ve spánkových laboratořích. Jedná se o tzv. CPAP a BiPAP. CPAP je anglická zkratka continuous positive airway pressure, čili kontinuální přetlak v dýchacích cestách, který je zajištěn prostřednictvím kyslíkové přístroje vhanícího do kyslíkové masky přetlačený vzduch. Podstatou je, že přetlak roztáhne plicní alveoly a tak vzniká větší prostor pro výměnu krevních plynů, což je důležité při léčbě například spánkové apnoe. (10, 19)

1.9.3 BiPAP

BiPAP, z anglického bilevel positive airway pressure se od CPAP liší tím, že přetlak vzduchu je sice kontinuální (tedy trvalý), ale probíhá zde střídání dvou hladin. Vyšší hladina je při nádechu - inspiriu a nižší při výdechu - expiriu, což brání kolapsu bronchiolů při výdechu. Tato druhá metoda využívání přetlaku v dýchacích cestách je indikována zejména u pacientů, u nichž je v inspiriu třeba vysokých hladin přetlaku, což by bylo komplikovaně tolerovatelné při výdechu, nebo s chronickou obstrukční plicní nemocí, kteří mají potíže s dýcháním i ve spánku a často u nich proto vzniká hypoxie. (10, 21)

1.9.4 Ostatní způsoby terapie spánkových poruch

K dalším metodám léčení spánkových poruch především při poruše cirkadiánního rytmu je léčba osvitem - zdrojem světla nad 8000 luxů. Při individuálně zkráceném cirkadiánním biorytmu (typ skřivana) poskytujeme osvit ve večerních hodinách, kdežto při prodlouženém cyklu (typ sovy) je vhodný ranní osvit. Poruchy circadinní rytmicky je možno řešit i medikamentózně, pomocí melatoninu. Ten umožní taktéž urovnání spánkového rytmu.

Můžeme zmínit také akupunkturu a akupresuru. Nesmíme zapomenout zmínit nejstarší způsob léčby – fytoterapii. Léčba bylinami (meduňka, chmel, ...) je ale i dnes používanou metodou... (4, 13)

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle výzkumu

1. Zjistit, v jaké míře je P/K informován o významu spánkové laboratoře
2. Zjistit, v jaké míře je pobyt na lůžku během vyšetření ve spánkové laboratoři pro P/K dyskomfortní
3. Zjistit, jaká je role sestry v péči o P/K v rámci spánkové laboratoře

2.2 Výzkumné otázky

Ad cíl 1.

1. Jaké informace mají pacienti o spánkové laboratoři, kterou navštěvují?
2. Kde se pacienti poprvé setkali s informacemi o spánkové laboratoři?
3. Jaké informace o spánkové laboratoři pacient ještě potřebuje?
4. Co přimělo pacienta k návštěvě spánkové laboratoře?
5. Navštěvoval pacient spánkovou laboratoř již v minulosti?

Ad cíl 2.

1. Jak se pacient cítil během vyšetření ve spánkové laboratoři?
2. Spal pacient během tohoto vyšetření kvalitním spánkem?
3. Co pacientovi nejvíce vadilo během tohoto vyšetření?
4. Jaký byl přístup sestry k pacientovi během tohoto vyšetření?
5. Cítí se pacient po tomto vyšetření odpočinutý?

Ad cíl 3.

1. Jaký je úkol sestry při přijímání pacienta k vyšetření ve spánkové laboratoři?
2. Jaká je úloha sestry při vyšetření pacienta polysomnografem?
3. Jakou odbornou péčí sestra u pacienta ve spánkové laboratoři provádí?

4. Potřebují sestry pro vykonávání ošetrovatelské péče o pacienty ve pánkové laboratoři odborné znalosti či vzdělání?
5. S jakou přístrojovou technikou sestra pracuje ve spánkové laboratoři?

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Se souhlasem pana primáře MUDr. Pavla Dohnala, byl výzkum k této bakalářské práci proveden ve spánkové laboratoři na ONP2 a ONP2 JIP v Nemocnici České Budějovice a. s. Šetření probíhalo od února do dubna 2011.

Ke sběru dat bylo použito kvalitativního šetření - tedy rozhovorů, které jsou zcela anonymní. V tomto případě se jedná o rozhovory nestandardizované. Jednotlivé dotazy byly sestaveny jen rámcově, ale pokládány byly tak, aby respondent mohl své odpovědi více rozvádět.

Otázky byly předem připraveny tak, aby byly srozumitelné pro dotazovanou stranu, což se potvrdilo i zpětnou vazbou. Dotazovaných bylo celkem 14, z toho 7 náhodně vybraných pacientů a 7 cíleně zvolených sester.

Otázky pro pacienty (příloha 1), kteří podstoupili vyšetření ve spánkové laboratoři, byly zaměřeny především na míru jejich informovanosti. Dále pak bylo cílem zjistit, jak moc jsou tato vyšetření pro klienty nepohodlná a jak se v jejich průběhu cítí. (viz příloha)

Při dotazování sester (příloha 2) bylo hlavním úkolem zjistit jejich roli ve spánkové laboratoři. Dotazy byly tudíž zaměřeny na jejich činnosti v péči o klienta před vyšetřením, během vyšetření i po vyšetření, dále na jejich schopnost manipulovat s přístrojovou technikou aj. (viz příloha)

Odpovědi respondentů byly písemně zaznamenávány a zkompletovány formou kasuistik.

3.2 Charakteristika výzkumných souborů

První výzkumný soubor tvořilo 7 klientů, kteří se podrobily vyšetření ve spánkové laboratoři na ONP2 nebo ONP2 JIP v Nemocnici České Budějovice a. s. Jednalo se o 4 muže a 3 ženy. Všichni dotazovaní klienti podstoupili polysomnografické vyšetření,

které bylo u dvou z nich doplněno ještě videomonitorací. Nejmladší klientce je 21 let a nejstaršímu klientovi 75 let. Ze sedmi klientů se jich k vyšetření poruch spánku dostavilo 6 poprvé. Pacientka č. 4 byla vyšetřována opakovaně.

Rozhovory, které byly realizovány od února do dubna 2011, poskytli pacienti dobrovolně.

Druhým výzkumným souborem byly sestry pracující na ONP2, ONP2 JIP a ve spánkové poradně při neurologické ambulanci na ONP2, kde je pod vedením pana primáře MUDr. Dohnala provozována spánková laboratoř. Všech 7 sester s rozhovorem souhlasilo. Cíleně byly vybrány sestry pracující s klienty, kteří přišli do spánkové laboratoře za účelem diagnostiky spánkové poruchy. Tyto rozhovory byly též realizovány v rozmezí měsíců únor – duben 2011.

4 VÝSLEDKY

4.1 Rozhovory s klienty ve spánkové laboratoři

Pacient 1

Muž 57 let - vdovec, žije sám v bytě panelového domu na městském sídlišti. Má přítelkyni, se kterou se často navštěvují. Pacient nekouří, nyní je v invalidním důchodu, ale pracoval 32 let jako technický kontrolor.

V dětství prodělal mozkovou obrnu, díky níž je téměř ochrnut na dolní polovinu těla. Jako dítě také prodělal asi 2 ortopedické operace dolních končetin. Pacient má také glaukom a kataraktu v obou očích. Na operaci s kataraktou byl v letech 2005 a 2008. Při žádné z hospitalizací nepociťoval zhoršení kvality spánku. Dokáže se dobře adaptovat na prostředí. K dalšímu onemocnění, kterým pacient trpí patří primární hypertenze. K léčbě hypertenze dlouhodobě užívá Prestarium NEO a Tenaxum.

Dotyčný si neuvědomuje, že by v nedávné době prošel významným stresovým obdobím. Denně se ukládá ke spánku okolo půlnoci. Doslova udává „+ - půl hodiny“. Klient je zvyklý pročítat si před spaním internet, což mu trvá pokaždé asi hodinu.

Po uložení ke spánku má téměř vždy potíže s usnutím. Největším problémem je však chrápání, které ho trápí již od puberty.

Medikamenty ovlivňující kvalitu spánku pacient užívat odmítá. Má strach ze závislosti na nich. Udává také, že s ním současná partnerka pro jeho hlasité chrápání odmítá spát v jedné místnosti.

Když se pacient rozhodl poprvé problém s chrápáním řešit, navštívil ORL oddělení, kde byl odkázán na spánkovou laboratoř. Nikdy před tím o těchto nemocničních zařízeních neslyšel a ani žádné podobné vyšetření nepodstoupil. Začal si tedy sám aktivně doplňovat informace prostřednictvím internetu.

Po návštěvě spánkové poradny přichází na doporučení lékaře k vyšetření polysomnografem, které prokáže nebo vyvrátí přítomnost některé poruchy vázané na spánek. Pacient udává, že ho sestry přišly napojit na přístroj ve 22:15 a prvně usnul asi v jednu hodinu v noci. S přístupem sester byl velmi spokojen.

Během vyšetření se asi po hodinách opakovaně probouzel, protože měl strach, aby si neodpojil některý ze svodů. Vyšetření pro něj bylo velice nepohodlné, na stupnici od 1 do 10 (příčemž 10 značí největší nepohodlí) označil bod 8. Nejvíce mu vadila poloha na zádech, na kterou není zvyklý. Kvalitu spánku během vyšetření pak posoudil na stejné stupnici číslem 9.

Po vyšetření se pacient cítí velmi unavený.

Pacient 2

Muž 49 let ženatý, žije v malém městě v rodinném domku. Bydlí zde společně s manželkou a dospělou dcerou. Udává, že již 6 let nekouří. Je podnikatelem v oblasti stavebnictví.

Pacientův zdravotní stav je dobrý, netrpí žádnou podstatnou chorobou, má jen trochu vyšší krevní tlak. Žádné léky dlouhodobě neužívá. Hospitalizován byl naposledy v roce 1992 na chirurgickém oddělení po apendektomii. Žádnou jinou operaci neprodělal.

Během posledních dvou let si prošel velmi náročným obdobím. Problémy byly pracovního rázu. Mnohokrát pracoval do noci, měl nepravidelný režim i v příjmu potravy.

Denně se ukládá ke spánku přibližně kolem třiadvacáté hodiny. Neudává žádné rituály před spaním. Problémem, který tohoto klienta přivedl do spánkové laboratoře je, že nemůže usnout. Po několikahodinovém převalování na lůžku usíná brzy k ránu – asi ve 3 hodiny. Ráno tedy vstává nevyspalý, celý den je bez nálady, nemá chuť k jídlu, usíná v práci aj.

Praktického lékaře vyhledal, protože chtěl předepsat léky na spaní. Pacient nyní užívá denně před spaním Frontin 0,25 mg. Stěžuje si, že se v souvislosti s užíváním léku kvalita spánku o mnoho nezlepšila.

O spánkové laboratoři se pacient dozvěděl až prostřednictvím psychologa, který jej vyšetřoval v souvislosti se změnami nálad, které jeho současný stav doprovázejí. Poté se informoval u kamaráda, který vyšetření ve spánkové laboratoři také podstoupil. Informace zjišťoval také prostřednictvím internetových stránek. Další informace získal

ve spánkové poradně, kterou navštívil. Pacient bude pro poruchu spánku vyšetřován polysomnografem poprvé a má představu o tom, co ho ve spánkové laboratoři čeká.

Pacient se dle instrukcí dostavil na ONP2 v Nemocnici Č. B. a. s. ve dvacet hodin. Sestra přišla zahájit vyšetření ve 21:45. Udává, že byl blíže poučen o průběhu vyšetření a sestra mu ochotně zodpověděla všechny dotazy.

S polohou na zádech neměl pacient ze začátku problém. Opět nemohl dlouhou dobu usnout, také proto, že neužil tabletku na kterou je zvyklý. Vzpomíná si, že se naposledy díval na hodiny v půl druhé v noci – poté zřejmě usnul. Ve třičtvrtě na 4 ráno se pacient vzbudil. Poloha na zádech už mu nevyhovovala a tak se snažil nepatrně otočit. Po chvíli musel přivolat sestru, protože zjistil, že při otáčení shodil jeden ze svodů. Od té doby nemohl pacient znovu usnout. Poloha na zádech začala být vynucenou a velmi nepříjemnou. V 6 hodin ráno přivolał sestru znovu, aby ukončila vyšetření.

Na stupnici od 1 do 10, přičemž bod 10 značí největší nepohodlí, označil toto vyšetření číslem 7. Kvalita spánku na téže stupnici byla pacientem ohodnocena číslem 9.

Po ukončení vyšetření se pacient cítí velmi unavený.

Pacient 3

Muž 65 let, žije se svou manželkou v bytě činžovního domu v klidné části města. Nyní je v důchodu ale celý život pracoval jako učitel tělocviku na základní škole. Pacient udává, že je pouze příležitostným kuřákem.

Pacient má od roku 2006 totální endoprotézu kolenního kloubu, v pohybu není ale nijak omezen, hmotnost je přiměřená, problémy srdečního původu nejsou prokázány. Klient také uvádí, že má mírně zvýšený krevní tlak, užívá proto denně Egilok 25 mg a jiné léky zatím neužívá. Často pociťuje dušnost při námaze. Rád jezdí například na kole, ale posledních pár let se po této činnosti cítí unavený a velmi zadýchaný.

Pacient vyhledal praktického lékaře, protože se během posledního roku občas budí ze spaní s pocitem, že se nemůže nadechnout. Pacientova manželka prý udává, že pacient během posledního roku začal hlasitě chrápat.

Jiné potíže se spaním neudává. Žádnou psychicky náročnou situaci v uplynulých letech neprodělal. Chodí spát denně mezi dvaadvacátou hodinou a půlnocí. Před spaním si každý večer čte nebo sleduje TV. Usíná bez problémů a spí asi 7 hodin v průměru, léky na spaní neužívá.

Pacient byl vyšetřován na kardiologii, kde nebyla nalezena žádná patologie. Dále byl prý praktickým lékařem odkázán na spánkovou laboratoř v Nemocnici České Budějovice a. s. Ve spánkové poradně se od lékařky dozvěděl potřebné informace o následujících postupech. O vyšetření poruch spánku slyšel prvně a informace od lékařky se mu zdáli dostatečné.

K samotnému vyšetření na ONP2 přišel pacient v půl deváté večer. Udává, že se ho sestra ihned ujala a odvedla ho na pokoj, kde ho instruovala o tom aby provedl obvyklou večerní hygienu a uložil se na lůžko.

Ve 22 hodin přišla sestra u pacienta zahájit vyšetření polysomnografem. Nejprve mu sdělila celý průběh vyšetření a upozornila ho, že se nesmí v noci mnoho pohybovat. U postele měl pacient připravenou močovou láhev.

Udává, že se mu podařilo usnout asi kolem jedné hodiny v noci. Od té doby se prý jednou probudil s pocitem dušnosti, ale poté znovu usnul. Poloha na zádech mu výrazně nevadila – musel však mít pod hlavou 2 polštáře. Klient dále udává, že na stupnici od 1 do 10, přičemž bod 10 značí největší nepohodlí, hodnotí toto vyšetření stupněm 4. Na stejné stupnici, na otázku o kvalitě spánku během vyšetření, udává také číslo 4.

Pacient se po vyšetření cítí standardně odpočínutý není unavený.

Pacient 4

Žena 49 let, rozvedená. Má 2 dospělé děti, žije se synem v městském bytě v Českých Budějovicích a pracuje jako úřednice. Je kuřačka a udává, že vykouří asi 5 cigaret denně.

Pacientka trpí vertebrogenním algickým syndromem a je léčena pro depresivní poruchu. Pro bolesti zad byla hospitalizována na ONP2 a z důvodu depresivních stavů byla také v roce 2010 hospitalizována na psychiatrickém oddělení. Pacientka v současnosti užívá tyto medikamenty: Miabene 30mg, Chlorprothixen 50mg, Citalec 20 mg, Rispen 2 mg a Amprilan H.

Do spánkové poradny byla odeslána psychiatrem a to z důvodu nelepšící se spánkové poruchy. Tyto potíže trvají asi dva roky. Pacientka tvrdí, že chodí spát kolem dvaadvacáté hodiny, ale někdy i více hodin nemůže usnout. Často se prý převaluje na lůžku, většinou se po dvou hodinách spánku budí a nemůže usnout.

Za noc nespí asi jen 4 hodiny, přes den nespí. Během dne se vždy cítí velmi unavená a má bolesti zad. Jiné potíže se spánkem neudává.

K vyšetření videopolysomnografem přichází pacientka po devatenácté hodině na ONP2 JIP. O vyšetření slyšela prvně od psychiatra, který jí ho doporučil a více nových informací nevyhledávala. Vyšetření nyní podstoupila po druhé.

Po příchodu byla klientka uvedena na pokoj a byly jí sděleny potřebné informace. Klientka udává, že sestra přišla po jednadvacáté hodině, aby zahájila vyšetření.

Dlouho po zahájení vyšetření nemohla pacientka usnout a převalovala se na posteli. Prvně usnula asi v půl druhé v noci, ale po hodině se opět probudila. Po druhé usíná asi ve čtyři hodiny. Po šesté ránní, když sestra přijde ukončit vyšetření je již vzhůru.

Pacientka tvrdí, že kvalita spánku nebyla v souvislosti s pobytem v nemocničním zařízení nijak ovlivněna. Na stupnici od 1 do 10, přičemž stupeň 10 znamená nejhorší kvalitu spánku během vyšetření, označila číslo 9. Na stejné stupnici hodnotící nepohodlí při vyšetření označila stupeň 5.

Po vyšetření se klientka cítí velmi unavená. Dodává však také, že únavu po probuzení pociťuje ve stejné míře jako doma.

Pacient 5

Muž 75 let, ženatý. S manželkou žije ve městě v panelákovém bytě. Pacient je v důchodu, ale celý život byl vojákem z povolání. Udává, že již 15 let nekouří.

Klient má mírnou nadváhu, je léčen pro vysoký krevní tlak a často bývá dušný. Před několika lety mu byla také zjištěna vyšší hladina cukru v krvi, diabetickou dietu však nedrží, inzulín také nemá indikovaný. Letos v únoru prodělal CMP, byl hospitalizován v nemocnici v Táboře. Stav po CMP je dobrý – bez následků.

Pacient užívá tyto léky: Furon 40 mg, Hipres 5 mg, Euphyllin CRN 200, Glimeperid, Aggrenox, Atrovent, Atoris 20 mg. Léky ovlivňující kvalitu spánku neužívá.

Klient uvádí, že se ukládá ke spánku okolo jednadvacáté hodiny. Před spaním často sleduje televizní pořady. Stává se prý také, že u televize usíná. Posledních pár let bývá hodně unavený a tak pospává i během dne. Pacient má také problémy s chrápáním, které jeho spánek doprovází již od mládí.

Do spánkové poradny byl doporučen svým obvodním lékařem, který ho předtím podrobil některým vyšetřením (spirometrie, zátěžové EKG, ...). Ve spánkové poradně mu bylo doporučeno polysomnografické vyšetření .

Pacient získal informace od obvodního lékaře a následně od lékaře ve spánkové poradně na ONP2 v Nemocnici České Budějovice a. s. Více informací nevyhledával.

Na ONP2 za účelem vyšetření přichází před dvacátou hodinou. Sestra ho ihned doprovodila na pokoj. Klient se převlékl a uložil na lůžko. Ve 21:45 hod. přichází opět sestra a napojuje ho na přístroje. Pacient udává, že mu sestra poskytla potřebné informace.

Několik desítek minut po zahájení vyšetření pacient usíná. Tvrdí, že se asi čtyřikrát za noc vzbudil, ale vždy opět usnul. Nejvíce nepříjemné mu byly svody umístěné na obličejí a nebylo mu příjemné ani cizí prostředí.

Na stupnici od 1 do 10, přičemž stupeň 10 znamená největší nepohodlí během vyšetření, označil číslo 8. Na stejné stupnici hodnotící kvalitu spánku během vyšetření označil stupeň 7.

Ráno v 6:15 hodin přichází sestra, aby vyšetření ukončila a pacienta musí budít. Pacient říká, že se cítí vyspalý a odpočínutý – momentálně nejeví známky únavy.

Pacient 6

Žena 52 let, je zaměstnána jako státní zástupkyně. Je rozvedená a žije se svým druhem v rodinném domě na okraji města. Pacientka udává, že nekouří.

Pacientka dále udává alergii na Biseptol. Asi v roce 2006 podstoupila gynekologickou operaci – konizace čípku a o několik let dříve odstranění cyst z vaječníků, v obou případech byla hospitalizována několik dní. Jiné zdravotní potíže neudává a léky neužívá.

Pacientka se během dne cítí velmi unavená. Udává, že spí asi 4 hodiny za noc. Na lůžko uléhá vždy okolo dvaadvacáté hodiny a rituály přes usnutím nemá. Žádný větší stres v posledních letech neprodělala. Do spánkové poradny přichází na doporučení plicního lékaře a následně je odeslána k vyšetření polysomnografem. O tomto vyšetření si dále klientka zjišťovala informace prostřednictvím internetu.

Klientka uvádí že se podrobila plicnímu vyšetření, které bylo bez nálezu. Již několik let ji trápí stahy hrdla a horních cest dýchacích. Potíže se během uplynulých let zhoršovaly a zhoršují se také v souvislosti s polohou v leže. V noci často nemohla dýchat – a to i v bdělém stavu.

Spánek se neustále zhoršuje, s usínáním velké potíže nemá, ale v noci se často budí. Chrápání si prý není vědoma. Navíc se v současné době objevila bolest očí. Občas má také pocit selhání hlasu.

Na vyšetření do spánkové laboratoře na ONP2 JIP přichází v dohodnutou hodinu. V 19:30 byla uvedena na pokoj, kde dostala instrukce od sestry – aby vykonala hygienu a uložila se. Ve 21 hodin přichází sestra zpět a připojuje klientce svody. Po celou dobu sestra pacientce vysvětlovala co ji během vyšetření čeká a na co si musí dávat pozor.

Pacientka udává, že se po zahájení vyšetření nemohla dlouho usnout, protože měla strach, aby neshodila svody. Udává, že usnula kolem půlnoci. Během vyšetření se však opakovaně budila. Klientku několikrát vzbudil pocit, že nemůže dýchat. Udává, že během vyšetření spala dohromady asi 3 hodiny.

Nejvíce pacientce vadila vynucená poloha na zádech a také měla strach, aby neshodila některý ze svodů. Kvalita spánku byla tedy v souvislosti

s polysomnografickým vyšetřením velmi špatná. Na stupnici od 1 do 10, přičemž stupeň 10 značí největší nepohodlí během vyšetření, označila číslo 8. Na též stupnici hodnotící kvalitu spánku během vyšetření udává stupeň 10.

Vyšetření bylo ukončeno sestrou v půl sedmé ráno. V té době byla již pacientka vzhůru. Po vyšetření se cítí unavená více než obvykle.

Pacient 7

Žena 21 let, svobodná, žije u rodičů v rodinném domku na okraji Českých Budějovic. Momentálně je pacientka zaměstnána jako dělnice a pracuje na třísměnný provoz. Udává, že nekouří, drogy nebere a alkohol pije jen příležitostně. Alergii má na srst, pyl a prach.

Nikdy ještě nebyla hospitalizována v nemocničním zařízení. Netrpí žádnou chorobou ani dlouhodobě neužívá žádné medikamenty.

Chodí spát nepravidelně, v závislosti na směnném pracovním provozu. Pokud vstává na ranní směnu – chodí prý spát kolem dvacáté hodiny. Dále spí před noční i po noční směně, pokaždé několik hodin. Rituály před spaním nemá, léky na spaní ani antidepresiva neužívá stres také neprodělala.

Pacientka si častěji všimla zvláštních stavů, kdy například myje v noci nádoby nebo je probuzena zvukem pračky, když během spánku pere prádlo. Tyto stavy mívá hlavně po odpolední směně, kdy se cítí velmi unavená a nestíhá.

Stav se rozhodla řešit ze strachu z úrazu po té, co se probudila stojící u okna. Rodiče pacientky prý tvrdí že byla náměsíčná i jako malá, ale postupem času tyto stavy vymizely. Objevily se opět až v souvislosti s třísměnným pracovním provozem v zaměstnání. Nikdo z rodiny prý tyto potíže neměl.

Pacientka nejprve vyhledala praktického lékaře, který ji doporučil spánkovou poradnu na ONP2 v Nemocnici České Budějovice a. s. Na doporučení lékaře ve spánkové poradně pak přichází pacientka k vyšetření videopolysomnografem. Nikdy ještě o vyšetření poruch spánku neslyšela. Informace poskytnuté lékařem byly dostačující, ale klientka si je prý ještě pro zajímavost sháněla prostřednictvím internetu.

Pacientka udává, že se na ONP2 JIP dostavila k vyšetření poruch spánku po půl osmé večerní. Sestra ji prý ihned odvedla na jednolůžkový pokoj a ala jí instrukce. Ve 21:15 přišla sestra opět za klientkou a napojila ji na přístroj. Popsala také pacientce průběh vyšetření.

Klientka udává, že usnula bez obtíží asi ve 22 hodin jelikož prý byla unavená. Vzbudila se však chvilku po půlnoci a od té doby pouze „pospávala“. Velmi jí vadila kamera, která je v tomto případě součástí vyšetřovacího přístroje. Klientka udává, že si přišla: „jakoby ji někdo pozoroval“.

Na stupnici od 1 do 10, přičemž stupeň 10 znamená největší nepohodlí během vyšetření, označila stupeň 4. Na té samé stupnici, která hodnotí kvalitu spánku během vyšetření označila číslo 8.

Vyšetření bylo ukončeno v 6:15 ráno, jak udává pacientka. Nyní po vyšetření se cítí velmi nevyspalá a unavená.

4.2 Rozhovory se sestrami ve spánkové laboratoři

Sestra 1

Všeobecná sestra 23 let, má maturitu na střední zdravotnické škole. Ve zdravotnictví pracuje jako sestra 4 roky a stejně tak dlouho pracuje i s pacienty s poruchami spánku a bdění. Nejprve pracovala na ARO v Nemocnici České Budějovice a. s., kde jsou hospitalizováni především pacienti v bezvědomí – tedy s poruchou bdění. Nyní již třetím rokem pracuje na ONP2 v téže nemocnici, kde je mimo jiné pod vedením MUDr. Prim. Pavla Dohnala provozována spánková laboratoř.

V roce 2009 se sestra 1 zúčastnila konference v Hrotovicích u Brna, která se zabývala spánkovou medicínou a poruchami spánku. Získala zde nové poznatky ohledně poruch spánku a jejich vztahu k jiným chorobám.

Ve spánkové laboratoři na ONP2 má sestra možnost provádět polysomnografické vyšetření a pracovat s přístroji pro léčbu pomocí CPAP. Dále je zde často využíván přístroj zvaný Embletta. K provádění těchto vyšetření se na oddělení nacházejí manuály a postupy pro správnou manipulaci s přístroji.

Sestra dále uvádí, že pacienti určení pro spánkovou laboratoř, kteří jsou 3 – 4 za týden, přicházejí na oddělení (ONP2) kolem dvacáté hodiny. Pro tyto pacienty je na oddělení vyhrazen jednolůžkový pokoj s příslušnou přístrojovou technikou. Na tento pokoj sestra pacienty odvede a pobídne k tomu, aby vykonali večerní hygienu dle svých zvyklostí.

Mezi 21:30 a 22:00 hodinou se sestra vrací k pacientovi, který je připraven k zahájení vyšetření, zopakuje mu celý postup vyšetření a zodpoví případné dotazy. Dále připraví do blízkosti pacienta pomůcky – například močovou láhev. K pacientovi také umístí signalizační zařízení. Sestra ví, že pacienti před tímto vyšetřením by neměli užít žádné léky ovlivňující spánek. Pokud je to však nutné, podá medikamenty dle ordinace lékaře.

Pokud jsou zajištěny podmínky pro pacientovo pohodlí během vyšetření, začíná sestra s aplikací svodů, čidel, kyslíkové masky aj. Po připojení přístroje k pacientovi zapíná přístroj samotný a počítač, který průběh vyšetření zaznamenává.

Po celou dobu vyšetření sestra provádí náhodné kontroly pacienta a funkce přístrojů. Občas se stane, že pacient sestru během vyšetření přivolá. Většinou se tak stane z důvodu odpojení některého z čidel či elektrod, jindy potřebuje pacientka podat podložní mísu... Udává také, že v některých případech pacient sestru přivolá, aby ho z přístrojů odpojila. Stane se tak když pacient již nemůže vydržet v leže například z důvodu bolesti zad...

Sestra ukončuje vyšetření v 6:30 pokud se dotyčný sám neprobudí dříve a nevyžaduje ukončení sám. Nejprve se provede ukončení zaznamenávání grafu na počítači a data se uloží. Poté sestra odpojí elektrody z těla pacienta a poskytne mu čas pro vykonání ranní hygieny.

Data se přefiltrují do centrálního počítače na neurologické ambulanci ONP2, kde je zhodnotí lékař, ten následně odešle zprávu praktickému lékaři, kterého nemocný navštěvuje.

Nakonec sestra pacientovi předá fakturu o zaplacení, čímž je ukončen jeho pobyt ve spánkové laboratoři.

Sestra 2

Všeobecná sestra 54 let, studium na střední zdravotnické škole zakončené maturitou. Ve zdravotnictví pracuje 25 let a s pacienty přicházejícími do spánkové laboratoře přišla poprvé do kontaktu před pěti lety. Posledních 5 let pracuje na ONP2 v Nemocnici České Budějovice a. s.

Možnost zúčastnit se konference o spánkové medicíně měla, ale přenechala prý účast mladším sestřám. Dosud se žádné konference či školení, vztahujícího se ke spánkové laboratoři nezúčastnila. Dovednosti při manipulaci s vyšetřovacími přístroji získala praxí a často se řídí příručkami – manuály, které jsou na oddělení k dispozici.

Sestra je zvyklá manipulovat s polysomnografem, přístrojem zvaným Embletta a s přístrojem vytvářející CPAP. Přístroje dokáže popsat a zná důvod k jejich použití.

Každý týden se na ONP2 přijímají asi 4 pacienti přicházející do spánkové laboratoře k vyšetření a asi 5 pacientů měsíčně je prý přijato pro léčbu CPAP.

Sestra uvádí, že pacienti přicházejí s hotovým administrativním příjmem asi kolem dvacáté hodiny. Poté jsou uvedeni na pokoj, který je na oddělení zvlášť vyhrazen k těmto účelům a je vybaven polysomnografem. Povinností sestry je také pacientovy sdělit jak bude vyšetření probíhat, co smí a nesmí dělat během tohoto vyšetření.

Kolem dvaadvacáté hodiny sestra přichází zpět k pacientovi, který je připraven k uložení ke spánku a připojuje svody přístroje na tělo pacienta. Zapne přístroj, naposledy se ujistí, že nemocný momentálně nic nepotřebuje a odchází zadat data do počítače, který bude nahrávat průběh celého vyšetření. Léky ovlivňující kvalitu spánku podává sestra pouze, když tak nařídí lékař.

Pokud pacient sestru přivolá, je schopná a ochotná poskytnout mu v případě potřeby pomoc, přičemž se nejčastěji jedná o nechtěné odpojení svodů. Dále sestra uvádí, že cca. 3x v průběhu vyšetření pacienta i přístroje kontroluje.

Ráno kolem půl sedmé je pacient vzbuzen z důvodu ukončení vyšetření. Sestra nejprve vypne počítač a pak přístroj, z kterého pacienta následně odpojí. Pacient je pobídnut k vykonání ranní hygieny, je mu předána faktura a může opustit oddělení. Po celou dobu přítomnosti pacient, mu sestra zodpoví všechny případné dotazy.

Výsledky vyšetření jsou zaslány lékaři do spánkové laboratoře, který z nich vyvodí závěr a pošle zprávu pacientovu praktickému lékaři.

Sestra 3

Všeobecná sestra 41 let, SZŠ vystudovala před třemi lety a od té doby pracuje na ONP2 v Nemocnici České Budějovice a. s. , kde se také setkává s pacienty přicházejícími do spánkové laboratoře. Sestra také tvrdí, že účast na kvalifikačním kurzu či školení ohledně spánkové laboratoře jí dosud nebyla nabídnuta a aktivně ji sama nevyhledává.

V oblasti péče o klienty s poruchami spánku a manipulace s vyšetřovacími přístroji byla proškolená staniční sestrou a ostatními sestrami. V mnohém jí prý také poslouží manuály pro zacházení s přístroji, které má možnost použít.

Sestra 3 nezná přesný počet pacientů ve spánkové laboratoři za týden, ale udává, že v průměru jsou asi 3. Pacientů se prý většinou ujímá zkušenější sestra, se kterou právě slouží.

Dále udává, že je na oddělení pokoj vyhrazený čistě k vyšetřování spánkových poruch, který se od standardních pokojů na ONP2 liší v tom, že je pouze jednolůžkový a nachází se zde polysomnograf. Polysomnograf je také jediný přístroj užívaný k diagnostice spánkových poruch, se kterým měla možnost pracovat.

Na otázku: „V kolik hodin obvykle přicházejí pacienti k vyšetření spánku na oddělení?“ odpovídá sestra, že přicházejí kolem dvacáté až jednadvacáté hodiny. Poté jsou dovedeni na pokoj, kde dle jejich zvyků vykonají večerní očistu apod.

Sestra také vždy ukládala pacienty před dvaadvacátou hodinou nebo dle jejich přání. Před vyšetřením jim vždy obstará pití, močovou láhev či podložní mísu a signalizační zařízení – to všechno na dosah ruky. Pacienti jsou sestrou poučeni, že je nevhodné se během vyšetření obracet na boky či břicho, protože správná poloha pro kvalitní výsledek vyšetření je v leže na zádech.

Sestře se ještě nestalo, že by musela některému z klientů podat léky na spaní. Uloženého pacienta tak napojí na přístroj a ten zapne. Poté zapne počítač a dle manuálu postupuje při nastavení nahrávání dat.

Několikrát byla přivolána pacientem během vyšetření. Jednalo se většinou o shozené svody. Během vyšetření také občas provádí kontroly – jak vyšetření probíhá či nemá-li pacient nějaké potíže.

Budit pacienty ve spánkové laboratoři chodí v 6:30 ráno dle instrukcí staniční sestry. Jedná se o vypnutí přístroje i počítače a odpojení svodů. Nesmí však zapomenout data v počítači uložit a přefiltrovat je do centrálního počítače, což se jí prý jednou stalo.

Pacient pak od sestry 3 obdrží fakturu a informace o následných postupech. Sestra poskytne klientovi čas na ranní očistu a pacient může opustit oddělení...

Sestra 4

Sestře je 41 let, od maturity na SZŠ pracuje ve zdravotnictví. Nejprve byla zaměstnána na psychiatrickém oddělení a na ONP2 v Nemocnici Č. Budějovice a. s. pracuje 12 let. Nevzpomíná si přesně, kdy se prvně setkala s pacientem trpícím spánkovou poruchou a to z důvodu toho, že se s nimi setkávala již na psychiatrii.

Dosud se nezúčastnila žádné konference s tématem spánková laboratoř, v této problematice byla proškolená staniční sestrou a primářem. Byla také přítomna na dni otevřených dveří ve spánkové laboratoři, kde si doplnila některé chybějící znalosti.

Za dobu své praxe sestra obsluhovala polysomnograf, přístroj k tvorbě CPAP a přístroj zvaný Embletta stejně jako mnohé její kolegyně. S přístroji je již zvyklá manipulovat, tudíž nemá potřebu používat návody přítomné na oddělení.

Uvádí, že spánkovou laboratoř na ONP2 navštíví asi 4 klienti týdně. Pokoj pro ně je vždy nachystaný říká sestra. Jedná se o jednolůžkový pokoj na konci chodby – aby pacient nebyl ze spánku rušen nočním provozem. Na tomto pokoji je také přítomen přístroj zvaný polysomnograf. Přístroj Embletta je přenosný a je uložen jinde.

Sestra nám sděluje, že pacienti jsou na ONP2 posíláni s hotovým administrativním příjmem z ONP2 JIP v prvním patře budovy ve dvacet hodin. Tyto pacienty sestra doprovodí na pokoj a dá jim pokyny týkající se hygieny a následujícího vyšetření. Sestra se s klientem také domlouvá na době, kdy ho uloží – většinou se jedná o dvaadvacátou hodinu.

Sestra se v době na které se dohodla s pacientem vrací do spánkové laboratoře a napojuje ho na přístroj, pomocí kterého bude vyšetřen. Její povinností je také upozornit pacienta na opatření, která zabrání nekvalitním výsledkům vyšetření (poloha na zádech, ...). Sestra dále připraví do pacientovi blízkosti signalizační zařízení a ostatní potřebné věci. Poté co zapne přístroj, zprovozní i počítač, který zaznamenává graf a ostatní údaje o spánku pacienta.

Během celého vyšetření je dle sestry potřeba nemocného několikrát zkontrolovat zdali něco nepotřebuje (pokud si sám nezazvoní). Sestra prý také věnuje pozornost ne/připojeným svodům a záznamu na počítači.

Ráno kolem 6:30, jak stanovil vyšetřující lékař, jde sestra vyšetření ukončit. Nejprve vypne počítač a přístroj, poté sejme svody z těla pacienta. Data nahraná do počítače uloží a zašle k analýze vyšetřujícímu lékaři.

Pacient obdrží od sestry fakturu a opouští oddělení.

Sestra 5

Sestra 48 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a má specializaci ARO – JIP. Ve zdravotnictví pracuje jako sestra 29 let. Nyní je jejím pracovištěm ONP2 JIP v Nemocnici České Budějovice a. s. , kde se také od roku 2002 shledává s klienty, kteří trpí poruchami spánku.

Sestra potvrzuje účast na seminářích, jejichž tématem byla spánková laboratoř. Před třemi lety byla na semináři v Praze a před dvěma lety na konferenci na Slovensku. Tyto akce hodnotí jako velmi přínosné pro praxi ve spánkové laboratoři.

Sestra během svého působení ve spánkové laboratoři měla možnost obsluhovat videopolysomnograf, přístroj k tvorbě CPAP a také přístroj Embletta. Udává, že na oddělení jsou k dispozici manuály pro manipulaci s těmito přístroji.

Týdně prý spánkovou laboratoř na ONP2 JIP navštíví asi 12 pacientů. Větší počet pacientů týdně, v porovnání s lůžkovou stanicí ONP2, je dán větším počtem pokojů určených pro vyšetřování spánkových poruch. Tyto pokoje jsou zde tři, jak uvádí sestra. Jeden pokoj je určen pro videopolysomnografické vyšetření a ostatní dva pro vyšetření Emblettou.

Sestra tvrdí, že pacienti, kteří přicházejí na doporučení lékaře ve spánkové poradně, se dostavují na oddělení vždy okolo 19:30 hodin. Po té je sestra uvede na pokoj a vyčká, než lékař napíše příjmovou zprávu.

Dále uvádí, že je vyšetření zahajováno většinou ve 21 hodin nebo dle domluvy s klientem – nejpozději však ve 22 hodin. Medikamenty ovlivňující spánek prý sestra pacientovi podává pouze naordinoval-li tak lékař, ale také na žádost pacienta, který je léky zvyklý užívat a neobejde se bez nich.

Při zahajování vyšetření sestra pacienta napojí na přístroje, které uvede do provozu. Sestra říká, že je velmi důležité pacientům zopakovat jak bude vyšetření probíhat a čeho by se měli vyvarovat. Dále pak připraví pacientovi na dosah močovou láhev či podložní mísu a signalizační zařízení. Během vyšetření je prý vhodné pacienta a činnost přístrojů kontrolovat – vždy však tak, aby se pacient neprobudil.

Sestra dále udává, že vyšetření je ukončováno před půl sedmou hodinou ranní, pokud si ho však pacient sám předčasně nevyžádá. Při ukončování vyšetření ve spánkové laboratoři na ONP2 JIP sestra postupuje takto - vypne PC, přičemž data přefiltruje do centrálního počítače na neurologickou ambulanci a sejme svody z pacienta.

Pacient je sestrou dále pobídnut k ranní hygieně a je mu předána faktura – poté může opustit oddělení.

Sestra 6

Sestře je 44 let a absolvovala střední zdravotnickou školu. Ve zdravotnictví pracuje již 25 let a nemá žádnou další specializaci. Jejím pracovištěm je spánková poradna a laboratoř při neurologické ambulanci na ONP2 v Nemocnici České Budějovice a. s., kde působí jako zdravotní sestra pod vedením pana primáře MUDr. Dohnala.

Sestra se zúčastnila zatím všech seminářů a konferencí pořádaných v souvislosti se spánkovou laboratoří. Z některých udává například konferenci v Hradci Králové, v Praze, v Hrotovicích u Brna. Na konferenci v Českých Budějovicích v roce 2007 se dokonce aktivně podílela – vystupovala jako přednášející.

Spánková laboratoř na ONP2 funguje od roku 2002 a od té doby má sestra také možnost setkávat se s klienty s poruchou spánku. Uvádí, že počet těchto pacientů je asi 10 až 12 během jednoho týdne. Dále potvrzuje, že na lůžkovém oddělení ONP2 je jeden pokoj pro tyto účely a na ONP2 JIP jsou pokoje celkem tři.

Udává také, že byla proškolená v oblasti manipulace s přístroji sloužícími k vyšetření spánkových poruch. Sestra tedy umí pracovat s polysomnografem, videopolysomnografem, Emblettou, přístrojem k tvorbě CPAP a přístrojem Apnea-link, který slouží k diagnostice spánkové apnoe. Popisuje také funkce jednotlivých přístrojů a jejich využití.

Sestra dále uvádí, že pacienti odesláni k vyšetření spánkových poruch, se v daný termín dostaví na ONP2 JIP před dvacátou hodinou. Sestra je uvede na pokoj, který je zde pro ně připraven.

Po té co lékař napíše příjmovou zprávu, přichází sestra opět k pacientovi a popisuje mu průběh vyšetření. Povinností sestry také je zajistit klientovi veškerý komfort – samozřejmě v rámci možností. Sestra prý musí být také vždy připravena zodpovědět pacientovi dotazy, vztahující se k jeho pobytu ve spánkové laboratoři.

Sestra udává že vyšetření je zahajováno přibližně okolo jednadvacáté hodiny. Medikamenty ovlivňující spánek by pacientovi neměly být před vyšetřením podány. Při manipulaci s již zmíněnými přístroji a v komunikaci s klientem sestra využívá svých znalostí a dovedností. Dozvídáme se také že povinností sestry během vyšetření je pacienty i průběh vyšetření kontrolovat.

Vyšetření sestra ukončuje vždy nejpozději v půl sedmé ráno. Nejprve uloží data získaná při vyšetření, poté vypne daný přístroj a sejme svody z těla klienta. Klient je pobídnut k ranní hygieně, je mu předána propouštěcí zpráva spolu s fakturou a poté opouští oddělení.

Sestra ještě uvádí, že zpracovaná data jsou analyzována lékařem působícím ve spánkové laboratoři a následně odeslána praktickému lékaři, kterého klient navštěvuje...

Sestra 7

Sestra 36 let, ve zdravotnictví pracuje 17 let - od maturity na střední zdravotnické škole. Ve spánkové poradně a spánkové laboratoři při neurologické ambulanci na ONP2 je zaměstnána od roku 2009. V roce 2010 absolvovala specializační kurz EEG.

Udává, že se zúčastnila školení o spánkových vyšetřeních a poruchách spánku v Hrotovicích u Brna v roce 2009. Na tomto školení si doplnila poznatky specifických projevech poruch spánku a jejich diagnostice.

Sestra tedy potvrzuje, že s klienty trpícími poruchou spánku pracuje 2 roky. Dohromady prý na ONP2 přijde za účelem vyšetření poruchy spánku asi 12 pacientů týdně. Z toho jsou prý většinou 4 pacienti určeni pro vyšetření polysomnogramem z důvodu podezření na spánkovou apnoei. Tito pacienti jsou vyšetřováni na lůžkovém oddělení ONP2, kde je pro vyšetření poruch spánku k dispozici jeden pokoj. Další část pacientů, u kterých se předpokládá onemocnění typu insomnie, hypersomnie aj., jsou odkazováni na ONP2 JIP. Zde se provádí zejména videopolysomnografická vyšetření. Sestra dále udává, že na ONP2 JIP jsou celkem 3 pokoje k těmto účelům.

Od sestry se také dozvídáme, že klienti přicházejí k vyšetření po devatenácté hodině. Úkolem sestry je doprovodit klienta na pokoj a edukovat ho o tom, co bude následovat. Pacient by prý také měl dostat prostor k vykonání večerní toalety.

Mezitím lékař zajistí administrativní příjem pacienta. Dle sestry je vyšetření u pacienta zahájeno po jednadvacáté hodině. Sestra postupuje dle standardů na oddělení. Napojí tedy klienta na přístroj, který zapne spolu s počítačem zaznamenávajícím průběh vyšetření. Sestra dále přizpůsobí okolí pacienta tak, aby se mohl bez komplikací obsloužit například při potřebě na WC.

Sestra udává, že kontrola pacienta a funkčnosti přístroje je během vyšetření také důležitá. Většinou však pacient pomocí signalizačního zařízení sestru přivolá a sám ji na problém upozorní.

Vyšetření je dle sestry ukončováno přibližně v 6:30 ráno. Nyní je povinností sestry nechat klientovi čas na ranní očistu a dále zajistit administrativní propuštění pacienta. Je-li toto hotovo, předává sestra klientovi fakturu o uhrazení a klient opouští oddělení.

Sestra ví, že výsledky vyšetření, které přefiltrovala do centrálního počítače na ONP2 jsou zhodnoceny vyšetřujícím lékařem a dále odeslány pacientovu praktickému lékaři.

4.3 Souhrnné tabulky

Tabulka 1 zobrazuje základní – identifikační údaje o pacientech, přicházejících do spánkové laboratoře za účelem vyšetření poruch spánku. Z tabulky vyplývá, že dotazováni byli 4 muži a 3 ženy. Věkové rozmezí respondentů se pohybuje od 21 let (P7) do 75 let (P5). U dotazovaných mužů zaznamenáváme věk od 49 let (P4) do 75 let (P5). U žen se pak věk pohybuje od 21 let (P7) do 52 let (P6).

Dále zjišťujeme, jaká je profese respondentů. Mezi důchodce tedy patří dva pacienti (P3, P5). Invalidním důchodcem je jeden pacient (P1). Dále jsme zjistili, že P2 vykonává podnikatelskou činnost. P4 pracuje jako úřednice. P6 je zaměstnána jako státní zástupkyně a P7 je dělnicí.

Ze všech sedmi dotazovaných klientů jich pět (P1, P2, P5, P6, P7) udává, že jsou nekuřáci. P3 se považuje za příležitostného kuřáka a P4 kouří.

P1 v bodě „základní onemocnění“ uvádí, že je po dětské mozkové obrně ochrnutý na dolní polovinu těla a má primární hypertenzi. Potíže s vysokým krevním tlakem mají dohromady tři pacienti – P1, P3 a P5. P4 dále trpí vertebrogenním algickým syndromem a depresivní poruchou. U P5 zjišťujeme, že prodělal CMP, která je nyní bez následků a má prokázaný DM. Ostatní tři pacienti (P2, P6, P7) neudávají žádná onemocnění.

Tabulka 1 – Identifikační údaje dotazovaných pacientů ve spánkové laboratoři

Identifikační údaje dotazovaných pacientů ve spánkové laboratoři							
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Pohlaví	Muž	Muž	Muž	Žena	Muž	Žena	Žena
Věk	57	49	65	49	75	52	21
Profese	Invalidní důchodce	Podnikatel	Důchodce	Úřednice	Důchodce	Státní zástupkyně	Dělnice
Kuřák/ačka	Ne	Ne	Příležitostný	Ano	Ne	Ne	Ne
Základní onemocnění	st. p. dětské obrně, primární hypertenze	---	Primární hypertenze	VAS, depresivní porucha	st. p. CMP, hypertenze, DM kompenzovaný PAD	---	---

Tabulka 2 zobrazuje údaje o potížích se spánkem u tázaných pacientů. Tři pacienti (P1, P3, P5) udávají jako problém hlasité chrápání. P3 udává jako své další potíže (mimo chrápání) pocity dušnosti během spánku, které vedou k probuzení. P2 trpí poruchami nálad v souvislosti s únavou a špatným usínáním. U P4 jsme zjistili, že trpí obtížemi s usínáním a často se budí. P5 udává nadměrnou spavost. Stahy hrdla a dýchacích cest spolu s únavou trápí během spánku P6. U posledního pacienta (P7) zjistíme prostřednictvím tabulky somnambulismus - náměsíčnost.

Dva klienti (P2, P4) pociťují potíže přibližně 2 roky. P1 udává trvání potíží již od dospívání. P3 pociťuje problémy asi rok. P5 dobu trvání potíží neudává – nevzpomene si. U P6 je doba trvání problémů několik let a u P7 od září 2010.

P1 medikamenty ovlivňující kvalitu spánku odmítá. Dva dotazovaní (P2, P4) léky užívají. Ostatní pacienti (P3, P5, P6, P7) podle výsledků výzkumu ne užívají podobné preparáty. Oba respondenti užívající tyto léky (P2, P4) tvrdí, že se kvalita spánku nezlepšila.

Tabulka 2 – Dotazování pacienti ve spánkové laboratoři a jejich spánek

Dotazování pacienti ve spánkové laboratoři a jejich spánek							
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Současné potíže pacientů se spánkem	Potíže s chrápáním	Potíže s usínáním, únava, poruchy nálad	Buzení se v souvislosti s pocitem dušnosti, chrápání	Potíže s usínáním, časté buzení, depresivní stavy	Nadměrná spavost, chrápání	Stahy hrdla a dýchacích cest v souvislosti s polohou v leže, únava	Náměšičnost (somnambulismus)
Doba trvání potíží	Od dospívání, stále se stupňuje	Asi 2 roky	Asi rok	2 roky	neudává	„několik let“ a stále se stupňují	Od září 2010 – v souvislosti s novým zaměstnáním
Užívané léky ovlivňující kvalitu spánku	Odmítá	Ano	Ne	Ano	Ne	Ne	Ne
Kvalita spánku v souvislosti s užíváním těchto medikamentů	---	Nezlepšil a se	---	O mnoho se nezlepšila	---	---	---

Tabulka 3 zobrazuje údaje o tom, od koho pacienti získali první informace o spánkové laboratoři. P1 byl s tímto pojmem seznámen prostřednictvím lékaře na ORL, P2 prostřednictvím psychologa, P4 prostřednictvím psychiatra a P6 prostřednictvím lékaře na plicním oddělení. Zbylí tři pacienti (P3, P5, P7) byli o spánkové laboratoři informováni svým praktickým lékařem. Na otázku, zdali měli klienti informace o spánkové laboratoři již dříve, odpovídá všech sedm dotazovaných záporně.

Při zjišťování dalších informací svou aktivitu projevili čtyři pacienti (P1, P2, P6, P7) a zbylí tři (P3, P4, P5) nové informace nevyhledávali. Dále P1, P6 a P7 dle výsledků v tabulce udávají, že doplňující informace získali prostřednictvím internetových stránek. P2 také zjišťoval informace na internetu, dále pak prostřednictvím přátel, kteří spánkovou laboratoř již navštívili.

Všech sedm klientů tvrdí, že byli blíže edukováni sestrou. Dostatek informací před vyšetřením pak udává šest pacientů. P1, P4, P6 odpovídají – ano – měl/a jsem dostatek informací. P2, P3, P7 říkají „spíše ano“ a P5 udává, že edukaci příliš nerozuměl a ptát se dále nechtěl.

Tabulka 3 – Míra informovanosti dotazovaných pacientů o spánkové laboratoři

Míra informovanosti dotazovaných pacientů o spánkové laboratoři							
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Kdo poskytl informace	Lékař na ORL	Psycholog	Praktický lékař	Psychiatr	Praktický lékař	Lékař na plicním oddělení	Praktický lékař
Informovanost o spánkové laboratoři již dříve	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne
Zjišťování dalších informací	Ano	Ano	Ne	Ne	Ne	Ano	Ano
Zdroje dalších informací	Internet	Internet, přátelé	---	---	---	Internet	Internet
Edukace sestrou před vyšetřením	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Dostatek informací před vyšetřením	Ano	Spíše ano	Spíše ano	Ano	Příliš nerozuměl, dále se neptal	Ano	Spíše ano

Tabulka 4 je zaměřena na míru nepohodlí klientů a kvalitu jejich spánku při vyšetření. Nejprve zjišťujeme druh podstoupeného vyšetření. Pět pacientů (P1, P2, P3, P5, P6) ze sedmi dotazovaných podstoupilo polysomnografické vyšetření a dva pacienti (P4, P6) vyšetření videopolysomnografické.

Šest klientů podstoupilo vyšetření poprvé a P4 již podruhé. Dále Šest dotazovaných udává horší kvalitu spánku v souvislosti s vyšetřením. P3 tvrdí, že kvalita spánku byla během vyšetření stejná jako obvykle.

Nejvíce vadila P1 poloha na zádech. Totéž tvrdí i P2, ale udává ještě, že neužil své léky na spaní. P5 nejvíce vadilo cizí prostředí a svody na obličej. P6 měl strach, že během spánku shodí svody. P7 nejvíce vadil kamerový systém – pocit, že je sledována. Dva zbylí klienti (P3, P4) neuvádějí co jim nejvíce vadilo. Vyšetření předčasně ukončil pouze P2.

Čtyři pacienti (P1, P2, P6, P7) se po vyšetření cítí velmi unavení, P4 únavu také udává. Zbývající dva dotazovaní (P3, P5) nejsou unaveni.

Tabulka 4 – Míra nepohodlí a kvalita spánku u pacientů ve spánkové laboratoři

Míra nepohodlí a kvalita spánku u pacientů během vyšetření ve spánkové laboratoři							
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Jaké vyšetření jste podstoupil/a?	Polysomno- o-grafické	Polysomno- o-grafické	Polysomno- o-grafické	Videopoly- sommnografické	Polysomno- o-grafické	Polysomno- o-grafické	Videopoly- sommnografické
Kolikáté vyšetření jste podstoupil/a?	1.	1.	1.	2.	1.	1.	1.
Spalo se Vám během vyšetření hůře než obvykle?	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Ano	Ano
Co Vám během vyšetření nejvíce vadilo?	Poloha na zádech	Poloha na zádech, neužil lék ovlivňující spánek	---	Neudává	Svody na obličej, cizí prostředí	Strach, že shodí svody	Kamerový systém – pocit, že je sledována
Ukončil/jste vyšetření předčasně?	Ne	Ano	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne
Cítíte se po vyšetření unavený/á?	Ano, velmi	Ano, velmi	Ne	Ano	Ne	Ano, velmi	Ano, velmi

Tabulka 5 znázorňuje identifikační údaje dotazovaných sester. Věk sester se pohybuje v rozmezí 23 až 54 let. Čtyři sestry (S1, S2, S3, S4) jako své pracoviště udávají ONP2 Nemocnice Č. B. a. s., S5 pracuje na ONP2 JIP v téže nemocnici a zbylé dvě sestry (S6, S7) pracují ve spánkové poradně při neurologické ambulanci na ONP2 také v Nemocnici Č. B. a. s.

Sestrou nejdéle se pohybující ve zdravotnictví – 29 let, je S5. Dvě sestry (S2, S6) pracují ve zdravotnictví 25 let, S4 20 let a S7 17 let. Čtyři roky působí jako zdravotní sestra S1 a S3 teprve tři roky. Délka praxe sester ve spánkové laboratoři je následující: S4, S5, S6 – devět let, S2 – pět let, S1 a S3 tři roky a S7 dva roky.

Tabulka 5 – Identifikační údaje sester ve spánkové laboratoři

Identifikační údaje o sestrách pracujících s pacienty ve spánkové laboratoři							
Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Věk	23 let	54 let	41 let	41 let	48 let	44 let	36
Pracoviště	ONP2	ONP2	ONP2	ONP2	ONP2 JIP	Spánková poradna a laboratoř při neurologické ambulanci na ONP2	Spánková poradna a laboratoř při neurologické ambulanci na ONP2
Délka praxe ve zdravotnictví	4 roky	25 let	3 roky	20 let	29 let	25 let	17 let
Délka praxe ve spánkové laboratoři	3 roky	5 let	3 roky	9 let	9 let	9 let	2 roky

Tabulka 6 popisuje míru vzdělání dotazovaných sester. Všechny sedm sester udává za své nejvyšší dosažené vzdělání střední zdravotnickou školu. Specializační studium absolvovaly pouze 2 sestry. S5 má specializaci ARO – JIP a S7 má specializaci EEG.

Kvalifikačních kurzů či školení se tři sestry (S2, S3, S4) nezúčastnily vůbec. Tři sestry (S1, S5, S7) dále udávají pasivní účast na seminářích. Aktivní účast udává pouze S6.

Tabulka 6 – Míra vzdělání sester v oblasti spánkové medicíny

Vzdělání sester pracujících ve spánkové laboratoři							
Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Nejvyšší dosažené vzdělání	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ	SZŠ
Specializační studium	---	---	---	---	Specializace ARO - JIP	---	Specializace EEG
Účast na kvalifikačních kurzech či školeních	Ano - pasivní	Ne	Ne	Ne	Ano - pasivní	Ano - aktivní	Ano - pasivní

Tabulka 7 se udává údaje o péči sestry o pacienta ve spánkové laboratoři před samotným vyšetřením. Šest sester vždy uvede pacienta na pokoj S3 pouze někdy. Čas na adaptaci s prostředím před vyšetřením poskytuje pacientovi všech sedm dotazovaných sester.

Šest sester také uvádí, že vždy edukují pacienta o vyšetření a jeho průběhu samy. S3 uvádí, že edukuje občas a pomocí manuálů k vyšetření či za pomoci zkušenější sestry.

Medikamenty ovlivňující spánek podává šest sester výjimečně – občas, pouze dle ordinace lékaře. S3 udává, že léky pacientům ve spánkové laboratoři ještě nepodávala.

Tabulka 7 – Sestra v péči o pacienty ve spánkové laboratoři před vyšetřením

Sestra v péči o pacienta ve spánkové laboratoři před vyšetřením							
Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Uvedení pacienta na pokoj	Ano	Ano	Ano někdy	Ano	Ano	Ano	Ano
Poskytnutí času pacientovi před vyšetřením	Ano, vždy	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Edukace pacienta o vyšetření a jeho průběhu	Ano	Ano	Ano, občas	Ano	Ano	Ano	Ano
Sestra edukuje sama	Ano	Ano	Ne, pomocí manuálu nebo zkušenější sestry	Ano	Ano	Ano	Ano
Podání léků ovlivňujících spánek	Ne, výjimečně dle ordinace lékaře	Občas, dle ordinace lékaře	Ne	Ne, výjimečně dle ordinace lékaře	Ano, občas dle ordinace lékaře	Většinou ne, pouze výjimečně dle ordinace lékaře	Většinou ne, pouze výjimečně dle ordinace lékaře

Tabulka 8 se zabývá prací sester s přístrojovou technikou ve spánkové laboratoři. Všechny sedm sester uvádí, že pracují s Polysomnografem, přístrojem zvaným Embletta a s přístrojem k tvorbě CPAP. Tři sestry (S5, S6, S7) dále pracují i s videopolysomnografem a S6 má navíc možnost používat přístroj zvaný Apnealink.

Všechny tázané sestry umí s přístroji manipulovat a manuály k jejich obsluze mají k dispozici. Tyto manuály a návody občas používá S2. S3 je využije vždy a ostatní sestry tvrdí, že tyto pomůcky k práci s přístroji již nepotřebují.

Manipulace sester s vyšetřovacími přístroji ve spánkové laboratoři

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Používané přístroje	Polysomograf, Embletta, Přístroj k tvorbě CPAP	Polysomograf, Embletta, Přístroj k tvorbě CPAP	Polysomograf, Embletta, Přístroj k tvorbě CPAP	Polysomograf, Embletta, Přístroj k tvorbě CPAP	Polysomograf, videopoly - somnograf, Embletta, Přístroj k tvorbě CPAP	Polysomograf, videopoly - somnograf, Embletta, Přístroj k tvorbě CPAP, Apnea-link	Polysomograf, videopoly - somnograf, Embletta, Přístroj k tvorbě CPAP
Schopnost manipulace s přístroji	Ano	Ano	Spíše ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Manuály a návody pro práci s přístroji k dispozici	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Používání těchto manuálů	Ne	Ano občas	Ano vždy	Ne	Ne	Ne	Ne

Tabulka 8 – Práce sestry s přístrojovou technikou ve spánkové laboratoři

Tabulka 9 popisuje práci sester během vyšetření klienta ve spánkové laboratoři. Schopnost sama zahájit vyšetření udává šest sester. S3 se podaří vyšetření zahájit jen občas. Všechny sestry dále uvádějí, že má klient u lůžka vždy zajištěné potřebné pomůcky (podložní mísa, močová láhev, signalizační zařízení, ...).

Čtyři sestry (S4, S5, S6, S7) jsou si vždy jisté, že pacient pochopil edukaci. S1 a S2 udávají jako odpověď „spíše ano“ a S3 je si jistá tím, že ji pacient pochopil jen občas. Dále všech sedm respondentek udává, že klienta a funkci přístrojů během vyšetření kontrolují.

Tabulka 9 – Sestra v péči o pacienta ve spánkové laboratoři během vyšetření

Sestra v péči o pacienta ve spánkové laboratoři během vyšetření							
Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Schopnost sama zahájit vyšetření	Ano	Ano	Občas	Ano	Ano	Ano	Ano
Zajištění potřebných pomůcek u lůžka pacienta	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Pochopení edukace pacientem	Spíše ano	Spíše ano	Občas	Ano	Ano	Ano	Ano
Kontrola pacienta a přístrojů sestrou	Ano náhodně	Ano	Většinou ano	Ano	Ano	Ano	Ano

Tabulka 10 – Sestra v péči o pacienta ve spánkové laboratoři při ukončování vyšetření
 Tabulka 10 zaznamenává činnosti sester při ukončování vyšetření ve spánkové

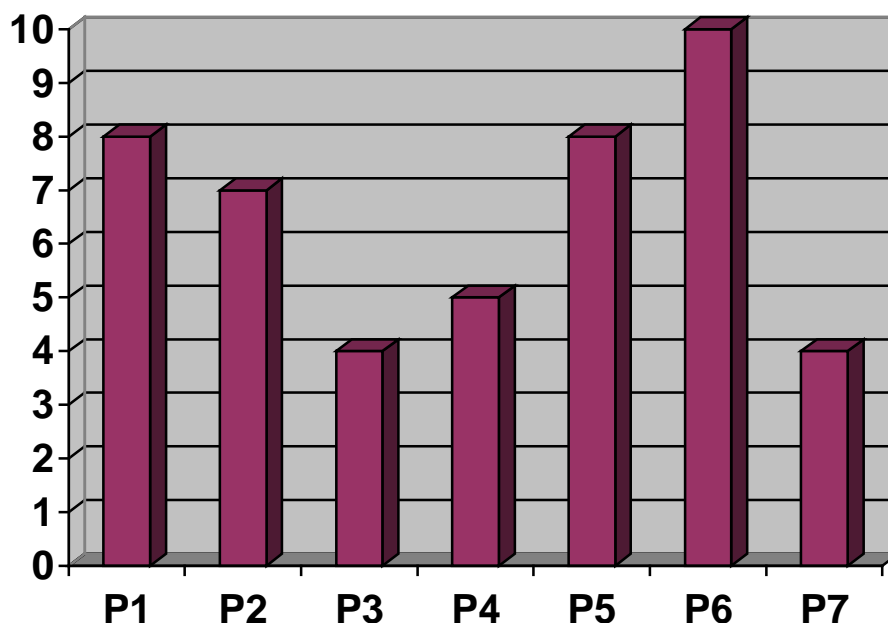
Sestra v péči o pacienta ve spánkové laboratoři při ukončování vyšetření							
Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7
Schopnost sama ukončit vyšetření	Ano	Ano	Spíše ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Znalost postupů při ukončování vyšetření	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Znalost důvodu k předčasnému ukončení vyšetření samotným pacientem	Ano, vždy	Ano, vždy	Nesetkala se	Ano, vždy	Ano, vždy	Ano, vždy	Ano, vždy
Ukončení vyšetření	V 6:30	V 6:30	V 6:30	V 6:30	V 6:15 – 6:30	V 6:15 – 6:30	V 6:15 – 6:30

laboratoři. Šest sester uvádí, že jsou schopny samy ukončit vyšetření. S3 udává „spíše ano“. Všechny sestry znají postupy při ukončování vyšetření.

Pokud klient předčasně ukončí sám vyšetření, šest sester ze sedmi zná důvod tohoto ukončení. S3 se s tímto ještě nesetkala. Čas ukončení vyšetření v 6:30 hodin udávají čtyři sestry (S1, S2, S3, S4). Zbylé tři sestry (S5, S6, S7) ukončují vyšetření mezi 6:15 a 6:30 hodin.

4.4 Souhrnné grafy

Graf 1 – Nepohodlí pacientů ve spánkové laboratoři během vyšetření



Graf 1 zobrazuje míru nepohodlí pacientů během vyšetření ve spánkové laboratoři. Pacienti měli na stupnici od 1 do 10 (přičemž stupeň 10 značí největší možné nepohodlí) určit, jak moc jim bylo vyšetření nepohodlné.

Ve spodní části grafu jsou znázorněni dotazovaní pacienti a v části levé potom stupnice od 1 do 10.

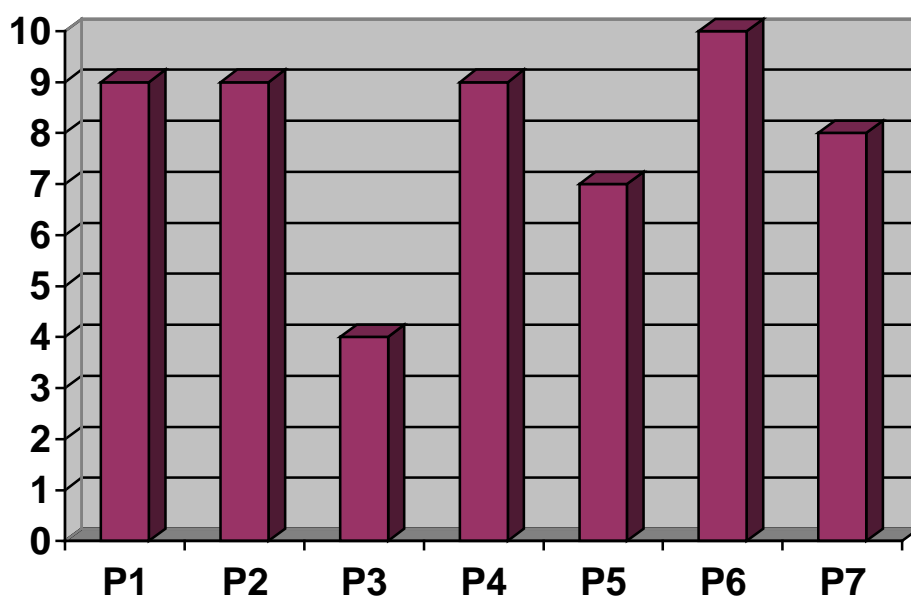
Nejvíce nepohodlné bylo vyšetření P6, který na stupnici označil číslo 10. Stupeň 8 pak udávají dva klienti (P1, P5). P2 uvedl číslo 7, P4 číslo 5 a zbývající dva dotazovaní (P3, P7) udávají číslo 4.

Graf 2 zobrazuje kvalitu spánku pacientů během vyšetření ve spánkové laboratoři na stupnici od 1 do 10 (příčemž stupeň 10 značí nejhorší kvalitu spánku během vyšetření).

Ve spodní části grafu jsou znázorněni dotazovaní pacienti a v části levé potom stupnice od 1 do 10.

Nejhorší kvalitu spánku udává P6, který na stupnici označil číslo 10. Tři další pacienti (P1, P2, P4) udávají číslo 9. P7 hodnotí kvalitu spánku číslem 8. P5 udal číslo 7 a P3 číslo 4.

Graf 2 – Kvalita spánku pacientů ve spánkové laboratoři během vyšetření



5 DISKUZE

Cíle bakalářské práce na téma „Spánková laboratoř z pohledu pacienta a role sestry“ byly stanoveny celkem tři.

První dva cíle byly zaměřeny na pacienty, kteří navštívili spánkovou laboratoř z důvodu podezření na spánkovou poruchu, za účelem její diagnostiky. Cíl 1 měl za úkol zjistit, v jaké míře jsou pacienti informováni o významu spánkové laboratoře. Cílem 2 bylo zjistit, v jaké míře je pobyt na lůžku během vyšetření ve spánkové laboratoři pro pacienty dyskomfortní. Poslední cíl – cíl 3 zjišťuje, jaká je role sestry v péči o pacienty v rámci spánkové laboratoře.

K výzkumnému šetření byly použity kasuistiky, zpracované na základě výpovědí při rozhovorech. Dotazováno bylo 7 pacientů a 7 sester.

K přiblížení zkoumaných souborů – tedy pacientů a sester nám poslouží tabulka 1 s názvem „Identifikační údaje dotazovaných pacientů ve spánkové laboratoři“ a tabulka 2, ve které se ptáme mimo jiné na to, *co přimělo pacienty k návštěvě spánkové laboratoře*. V neposlední řadě je zde tabulka 5 nazvaná „Identifikační údaje dotazovaných sester ve spánkové laboratoři“.

Dle prvního cíle je jasné, že část výzkumného šetření musí být zaměřena na míru informovanosti tázaných pacientů (tabulka 3). *Kde se pacienti poprvé setkali s informacemi o spánkové laboratoři?* Z výzkumu vyšlo, že u všech respondentů byly první informace získány prostřednictvím doporučujícího lékaře. Doporučujícím lékařem může být dle Nevšimalové a Šonky (2007) obvodní lékař, internista, neurolog či psycholog. S tímto tvrzením tedy můžeme souhlasit. V těchto případech se totiž jednalo se o lékaře na ORL (u P1), o psychologa (u P2), psychiatra (u P4), lékaře na plicním oddělení (u P6) a ve zbylých třech případech (u P3, P5, P7) se jednalo o praktického lékaře (tabulka 3). Všichni klienti během rozhovorů také potvrdili, že se dříve s definicí pojmu spánková laboratoř nesetkali. (10)

Doporučující lékaři odkazují pacienty na spánkovou poradnu. Lékař ve spánkové poradně zhodnotí potíže klientů a poté většinou indikuje vyšetření. Spolu s indikací vyšetření podává lékař pacientům také další informace o vyšetření, které jsou občas

poměrně stručné. Dostáváme se tedy na další okruh výzkumných otázek, a sice: *Jaké informace mají pacienti o spánkové laboratoři, kterou navštěvují?*

Z důvodu stručnosti těchto informací si je někteří dotazovaní dále doplňovali. *Jaké informace pacienti o spánkové laboratoři ještě potřebují?* Doplnující informace o spánkové laboratoři zjišťovali celkem čtyři pacienti a to hlavně prostřednictvím internetových stránek (tabulka 3). Jednalo se především o informace popisující vyšetření. Tímto šetřením se tedy také dostáváme k závěru, že informace o těchto zařízeních a postupech jsou pro veřejnost snadno dostupné a pacienti v případě svého zájmu nemají problém je získat.

Jaký je úkol sestry při přijímání pacienta k vyšetření ve spánkové laboratoři? Sestra tvoří další neméně podstatný článek v řetězci poskytování informací o spánkové laboratoři a o následném vyšetření poruch spánku. Informace získané bezprostředně před vyšetřením edukací sestry, dokonce šest klientů ze sedmi dotazovaných považuje za dostatečné (tabulka 3). Nutno tedy konstatovat, že pacienti ve většině případů podstupují vyšetření ve spánkové laboratoři řádně informováni. Poučení sestrou je pro klienty velmi podstatné, je tedy třeba, aby sestra dbala na jeho správnost.

Schopností sestry správně edukovat pak vycházejí z jejích znalostí v oblasti vyšetřování poruch spánku. Dle České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu (2011), jsou tyto znalosti sester získané samozřejmě praxí, ale také prostřednictvím vzdělávacích programů určených pro toto odvětví (tabulka 6). (7)

Následující oblast výzkumu je zaměřená na ne/pohodlí pacientů při vyšetření poruch spánku. Nejprve zjišťujeme jaké vyšetření respondenti podstoupili. Z šetření je zřejmé, že pět pacientů se podrobilo vyšetření polysomnografem a dva pacienti vyšetření videopolysomnografem (tabulka 4). *Navštívil-li pacienti spánkovou laboratoř již v minulosti?* Šest pacientů podstoupilo vyšetření prvně a jeden opakovaně. *Spali P/K během tohoto vyšetření kvalitním spánkem,* šest pacientů shledává kvalitu spánku v souvislosti s tímto vyšetřením jako horší než obvykle. *Co nejvíce vadilo P/K během vyšetření ve spánkové laboratoři?* Většinou vznikl problém z důvodu vynucené polohy na zádech a svodů připevněných na těle klienta. Tyto podmínky jsou podle

Nevšímalové a Šonky (2007) a dále pak podle Tomoriho (1999) podstatné pro zajištění kvalitního výsledku vyšetření polysomnografickými přístroji. (10, 21)

Jak se pacienti cítili během vyšetření? Všechny tyto informace vycházejí z tabulky 4. Celé šetření míry ne/pohodlí u klientů během vyšetření tedy spěje k jedinému cíli. A sice, že vyšetření je pro pacienty velmi nepohodlné a často je tak velmi nepříznivě ovlivněna kvalita jejich spánku (graf 1, graf 2). *Cítí se pacienti po tomto vyšetření odpočatí?* Tato otázka také souvisí s otázkou předešlou. Pacienti se v pěti případech ze sedmi cítili unavení (tabulka 3). Důvodem je samozřejmě špatná kvalita spánku způsobená z velké části již zmiňovaným dyskomfortem při vyšetření.

Třetím – posledním cílem práce je zjistit jakou roli vykonává sestra ve spánkové laboratoři. Získané poznatky jsou shrnuty v tabulce 7, v tabulce 8, 9 i 10. V průběhu výzkumného šetření formou rozhovorů byla také možnost pozorovat počínání sester v práci s klientem a přístrojovou technikou.

Můžeme tvrdit, že velmi podstatnou roli plní sestra bezprostředně po přijetí pacienta na oddělení. Jejím úkolem je uvést klienta na pokoj určený k vyšetřování poruch spánku a seznámit ho s tímto prostředím. Dle Kozierové, Erbové a Olivieriové (1995) by prostředí určené ke spánku klienta mělo vytvářet pocit jistoty a pohody, aby se pacient mohl uvolnit (4). Prostředí a správný přístup sestry jsou tedy také důležitými prvky v ovlivnění pohodlí klienta – zde se ztotožňujeme s tvrzením Trachtové v její publikaci *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* (2006). Pacientovi by dále po uvedení na pokoj měla sestra poskytnut čas na adaptaci s nemocničním prostředím (tabulka 7). (3, 22)

Jaký byl přístup sestry k pacientům během vyšetření? Profesionální přístup sestry k pacientovi a příjemné vystupování může dle Richasde a Edwardse (2004) snížit počet komplikací během prováděného výkonu. V našem případě se tedy jedná o vyšetření poruch spánku. Toto jednání je důležité zejména při edukaci klientů, která je dalším úkolem sestry ve spánkové laboratoři. Dotazovaní pacienti byly s jednáním sester spokojeni. (14)

Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že schopnost sestry správně edukovat pacienta je ovlivněna jejími zkušenostmi a mírou vzdělání v této oblasti. *Potřebuji*

sestry pro vykonávání ošetrovatelské péče ve spánkové laboratoři odborné znalosti či vzdělání? Tabulka 6 uvádí, že pouze jedna sestra ze sedmi dotazovaných má kvalifikační kurz zaměřený na vyšetřování spánkových poruch. Více znalostí při rozhovorech ale projevíly také sestry, které se účastnily seminářů a školení na toto téma. Sestry, které získaly zkušenosti a vědomosti pouze praxí, většinou podávají klientům jen rámcové informace. I přes to, že pacienti hodnotí informace získané od sestry jako dostačující, můžeme konstatovat, že na komplikacích během vyšetření, jako je nepohodlí a špatná kvalita spánku, může mít podíl i špatná edukace sestrou způsobená jejími deficitními znalostmi.

Jakou odbornou péči sestra u pacientů ve spánkové laboratoři provádí? Mimo jiné (edukace, manipulace s přístrojovou technikou, aj.) se tedy jedná i o podávání medikamentů ovlivňujících kvalitu spánku. Marek ve své knize Farmakoterapie vnitřních nemocí (2005) říká, že hypnotika podáváme až po vyčerpání všech nefarmakologických pokusů o úpravu spánku. Tuto skutečnost potvrdilo všech sedm tázaných sester, které podávají tyto léky pouze dle ordinace lékaře (tabulka 7). (6)

S jakou přístrojovou technikou sestra pracuje ve spánkové laboratoři? Součástí práce sestry v tomto odvětví, je také schopnost manipulovat s přístrojovou technikou (tabulka 8). Sestry udávají, s jakými druhy přístrojů k vyšetření poruch spánku pracují, což je blíže znázorněno v tabulce 8. Některé z nich uvádějí také přístroje k léčbě již prokázaných chorob. Nyní se opět dostáváme k otázce vzdělání sester v oboru, jímž jsou ovlivněny jejich dovednosti při zacházení s přístrojovou technikou. Dvě ze sedmi sester potvrzují, že pro práci s přístroji při provádění vyšetření, používají manuály a návody (tabulka 8). *Jaká je úloha sestry při vyšetření pacientů polysomnografem?* Správná edukace klienta, správná aplikace svodů a elektrod na tělo pacienta, správná obsluha vyšetřovacích přístrojů a sledování průběhu vyšetření - kontroly klienta a funkce přístrojů (tabulka 9), jsou základní parametry pro kvalitní výsledek vyšetření. Toto tvrzení se také shoduje s tvrzením Nevšimalové a Šonky v publikaci Poruchy spánku a bdění (2007). (10)

Při ukončování vyšetření ve spánkové laboratoři znovu přicházejí na řadu již diskutované složky ošetrovatelské péče, jako je komunikace s klientem a práce

s diagnostickými přístroji. Mimo jiné však sestra také manipuluje s výsledky vyšetření, které jsou po celou dobu zaznamenávány do počítače.

Ze závěrečného shrnutí zjištěných informací tedy plyne, že pro klienty před podezřením na poruchu spánku, je spánková laboratoř cizím pojmem. Dále, že většina klientů hodnotí vyšetření ve spánkové laboratoři jako velmi dyskomfortní. Role sester je pak popsána v jednotlivých kasuistikách. Důležitým zjištěním je, že plnohodnotná péče a správná edukace klientů v těchto zařízeních, je zcela závislá na množství vědomostí sestry. Vědomosti sester potřebné pro toto odvětví však nejsou vždy dostačující...

6 ZÁVĚR

Tématem práce je „Spánková laboratoř z pohledu pacienta a role sestry“. Abychom se přiblížili problematice tohoto medicínského odvětví, museli jsme postupně rozvést jednotlivé pojmy, jako je spánek, poruchy spánku a jiné. Tyto pojmy a jejich definice v teoretické části dále odkrývají význam spánkové laboratoře.

Cíle této práce byly celkem tři. Cílem č. 1 bylo zjistit míru informovanosti pacientů přicházejících k vyšetření poruch spánku. Cíl druhý byl zaměřen na míru nepohodlí pacientů během vyšetření poruch spánku a třetí cíl se vztahuje na roli sestry ve spánkové laboratoři a tedy i v péči o pacienta ve spánkové laboratoři. Pomocí rozhovorů, z nich následně vypracovaných kasuistik, tabulek a grafů, se podařilo cíle výzkumu naplnit.

Získali jsme informace o tom, že pacienti často nemají ponětí o existenci spánkové laboratoře, dokud na ni nejsou odkázáni. V našem případě se všech sedm dotazovaných pacientů o vyšetření spánku dovídá až prostřednictvím lékaře. Někteří klienti si dále informace doplňovali pomocí internetových stránek. Kromě doporučujícího lékaře a lékaře ve spánkové poradně, získávají klienti základní informace také díky sestře, která je edukuje před vyšetřením.

Výzkumné šetření také potvrdilo, že pro žádného z klientů nebylo vyšetření ve spánkové laboratoři pohodlné. Jeden z respondentů ho dokonce z důvodu nepohodlí předčasně ukončil. S nepohodlím při vyšetření tedy také souvisí zhoršená kvalita spánku, kterou klienti ve většině případů potvrdili.

Dále byly od sester prostřednictvím rozhovorů získány jakési harmonogramy práce, dle nichž se řídí a z nichž vyplývá, jaké jsou jejich činnosti v této oblasti. Z tohoto zkoumání vyplývá, že role sestry ve spánkové laboratoři je založena především na správné komunikaci s klienty, na schopnostech manipulovat s přístroji k vyšetření poruch spánku a na vědomostech o tomto odvětví. Vědomosti sester však nejsou vždy plnohodnotné...

Cíle výzkumu byly splněny a výzkumné otázky zodpovězeny. Výzkumným šetřením se tedy dobíráme k závěru, že míra nepohodlí pacientů při vyšetření poruch spánku a tím i zhoršená kvalita spánku, mohou být mnohdy ovlivněny nedostatkem

informací. Nedostatek informací bývá následkem špatné edukace a ta bývá často způsobena nedostačujícími vědomostmi edukujících sester.

Ze získaných poznatků bude sestavena prezentace, jejíž náplň poslouží k edukaci sester pracujících na ONP2 v Nemocnici České Budějovice.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2005. 146 s. ISBN 80 – 7013 – 416 – X.
2. BARTŮŇKOVÁ, S. *Fyziologie člověka a tělesných cvičení, učební texty pro studenta fyzioterapie a studia tělesná a pracovní výchova zdravotně postižených*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. 275 s. ISBN 978 – 80 – 246 – 1171 – 6.
3. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995, 225 s. ISBN 80-217-0528-0.
4. KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. 1. vydání. České Budějovice: Zemědělská fakulta JU v Českých Budějovicích, 2008. 176 s. ISBN 978 – 80 – 7394 – 105 – 5.
5. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80 – 247 – 1399 – 3.
6. MAREK, J. A KOL. *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 776 s. ISBN 80 – 247 – 0839 – 6.
7. Medimarket s.r.o. *Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu* [online]. 2002, 22. 2. 2011 [cit. 2011-03-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.sleep-society.cz/>>. ISSN neuvedeno.
8. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., HERNOVÁ, R. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80 – 247 – 1442 – 6.

9. NÁHLOVSKÝ, Jiří MUDr.; ŠEBEK, Tomáš MUDr.; VÁPENÍKOVÁ, Jana MUDr. *Dobrý spánek* [online]. 1. 9. 2008, 1. 3. 2011 [cit. 2011-03-06]. Desatero spánkové hygieny. Dostupné z WWW: <<http://www.dobry-spanek.cz/desatero>>. ISSN neuvedeno.
10. NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA, K. A KOL. *Poruchy spánku a bdění*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. 345 s. ISBN 978 – 80 – 7262 – 500 – 0.
11. OREL, M., FACOVÁ, V. A KOL. *Člověk, jeho mozek a svět*. 1. vydání. Praha: Grada Publisching, 2009. 256 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2617 – 5.
12. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publisching, 2007. 352 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1135 – 5.
13. PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L. *Nespavost*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 102 s. ISBN 80 – 7178 – 919 – 4.
14. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repertorium pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publisching, 2004. 376 s. ISBN 80 – 247 – 0932 – 5.
15. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium a praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publisching, 2004. 364 s. ISBN 80 – 247 – 0623 – 7.
16. SCHREIBER, M. A KOL. *Funkční somatologie*. 1. vydání. Praha: H&H, 1998. 466 s. ISBN 80 – 86022 – 28 – 5.
17. SILBERNAGL, S., DESPOPOULOS, A. *Atlas fyziologie člověka*. 6. vydání. Praha: Grada Publisching, 2004. 448 s. ISBN 80 – 247 – 0630 – X.

18. SLEZÁKOVÁ Z. *Neurologické ošetrovatelstvo*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2006. 165 s. ISBN 80 – 8063 – 218 – 9.
19. STAUFČÍKOVÁ, H. Co nabízí Centrum pro poruchy spánku a bdění a video EEG laboratoř. *Florence : Časopis moderního ošetrovatelství*. 2010, ročník VI, č. 1, s. 36. Dostupný také z WWW: <www.florence.cz>. ISSN 1801-464X.
20. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství 2*, 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 212 s. ISBN 80-247-1777-8.
21. TOMORI, Z., REDHAMMER, R., DONIČ, V. A KOL. *Základy spánkové medicíny, poruchy spánku, poruchy životných funkcí v spánku*. Košice: Vojenská akadémia generála Milana Rastislava Štefánka, 1999. 368 s. ISBN 80 – 7166 – 033 – 7.
22. TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80 – 7013 – 324 – 4.
23. TYRLÍKOVÁ, I. A KOL. *Neurologie pro sestry*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2003. 287 s. ISBN 80 – 7013 – 287 – 6.
24. *U lékaře: medicínský vyhledávač tvořený lékaři* [online]. 2. 10. 2009. Meditorial, 2.10.2009, 1. 2. 2011 [cit. 2011 - 02 - 01]. Spánek. Dostupné z WWW: <<http://www.ulekare.cz/clanek/spanek-11333>>. ISSN 1802-5544.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Spánek

Spánková laboratoř

9 PŘÍLOHY

9.1 Příloha 1

Otázky k rozhovoru pro pacienty ve spánkové laboratoři:

1. Pohlaví
2. Kolik je Vám let?
3. Jaká je Vaše profese? (v případě, že je P/K důchodce – bývalá profese)
4. Jste kuřák/kuřačka?
5. Trpíte nějakým onemocněním? (interní, neurologické, ...)
6. Užíváte dlouhodobě nějaké léky?
7. Jaké léky užíváte?
8. Byl/a jste někdy hospitalizován/a v nemocničním zařízení, znáte důvod hospitalizace?
9. Procházel/a jste v nedávné době stresovým obdobím?
10. V kolik hodin chodíte spát?
11. Máte nějaké rituály před usnutím? (větrání v pokoji, četba, ...)
12. Co Vás přivedlo k lékaři v souvislosti se spánkovou poruchou – jaké jste měl/a potíže?
13. Kdy jste začal/a pociťovat potíže se spánkem?
14. Užíváte léky ovlivňující kvalitu spánku?
15. Od koho jste se dozvěděl/a o spánkové laboratoři?
16. Z jakých jiných zdrojů jste získal/a informace o spánkové laboratoři?
17. Po kolikáté jste se podrobil/a tomuto vyšetření?
18. V kolik hodin jste se při vyšetření uložil/a ke spánku?
19. Dozvěděl/a jste se od sestry potřebné informace v případě vašich dotazů?
20. Jaký byl přístup sestry k Vám jako pacientovi?
21. Leželo se Vám během vyšetření pohodlně?
22. Jakým číslem na stupnici od 1 do 10 označíte nepohodlí při tomto vyšetření?
(příčemž stupeň 10 značí největší nepohodlí)
23. Co Vám během vyšetření nejvíce vadilo?

24. Spal/a jste během vyšetření?

9.2 Příloha 2

Otázky k rozhovoru se sestrami pracujícími ve spánkové laboratoři:

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Měla jste možnost se zúčastnit školení nebo kvalifikačních kurzů souvisejících se spánkovou laboratoří?
4. Jak dlouhá je vaše praxe v péči o klienty ve spánkové laboratoři?
5. Využíváte standardy či manuály k manipulaci s přístroji určenými k vyšetřování poruch spánku?
6. Umíte manipulovat s přístroji určenými k vyšetřování spánkových poruch?
7. S jakými přístroji ve spánkové laboratoři pracujete?
8. Máte na oddělení pro tyto pacienty vyhrazené zvláštní pokoje?
9. Zahajovala jste již vyšetření klienta ve spánkové laboratoři?
10. Edukujete pacienta ve spánkové laboratoři o průběhu vyšetření?
11. Podáváte pacientům ve spánkové laboratoři také medikamenty ovlivňující kvalitu spánku?
12. Má pacient během tohoto vyšetření po ruce signalizační zařízení pro přivolání sestry v případě potřeby?
13. Jaké jsou nejčastější požadavky pacientů na sestru během vyšetření ve spánkové laboratoři?
14. Budíte ráno pacienta ve spánkové laboratoři z důvodu ukončení vyšetření?
15. Ukončovala jste již vyšetření u klienta ve spánkové laboratoři?