



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Problematika spánku v seniorském věku

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Jana Krejčířková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci s názvem „*Problematika spánku v seniorském věku*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, že toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2021

.....

Jana Krejčířková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D., za vedení práce, cenné rady a připomínky. Zejména ale za ochotu, trpělivost a strávený čas nad mou prací.

Problematika spánku v seniorském věku

Abstrakt: Bakalářská práce se věnuje problematice spánku v seniorském věku.

Cíle práce: Zmapovat, jaké nefarmakologické intervence jsou sestrami prováděny v rámci ošetrovatelské péče u seniorů nad 65 let v oblasti spánku. Zjistit, jaké činnosti vykonávají osoby ve věku nad 65 let v oblasti spánkové hygieny. Určit, jaké problémy se vykytují u osob ve věku nad 65 let v oblasti spánku.

Metodika a výzkumný soubor: Na základě cílů byly vytvořeny výzkumné otázky. Jaké nefarmakologické intervence jsou sestrami prováděny v rámci poskytované péče u osob nad 65 let v oblasti spánku? Jaké činnosti vykonávají osoby nad 65 let v oblasti spánkové hygieny? Jaké problémy se vyskytují u osob nad 65 let v oblasti spánku? Pro výzkumné šetření jsme si vybrali kvalitativní výzkumnou strategii, kde byla použita metoda dotazování. Technikou sběru dat byly polostrukturované rozhovory, které byly realizovány u seniorů nad 65 let na jimi zvoleném místě, v nemocnici a domovech pro seniory. Výzkumné šetření probíhalo i u sester na oddělení následné péče a sester, které pracovaly v domově pro seniory. Pro výzkumné šetření byly použity dva výzkumné soubory – „sestry“ a „senioři“. Výzkumný soubor „sestry“ byl tvořen dohromady 6 sestrami. Byl použit záměrný výběr sester, kdy základním kritériem byla celková délka praxe minimálně deset let. Výzkumný soubor „senioři“ tvořilo celkem 9 seniorů. Základním kritériem pro výběr seniorů, bylo plné zachování kognitivních funkcí. Získaná data byla zpracována otevřeným kódováním – metodou tužka a papír.

Výsledky: Na základě analýzy získaných dat jsme vytvořili kategorie a podkategorie. Ve výzkumném souboru „sestry“ jsme si stanovili 4 kategorie a 10 podkategorií a ve výzkumném souboru „senioři“ jsme si stanovili 7 kategorií a 13 podkategorií. Z výsledků výzkumného šetření plyne, že sestry mají s problematikou spánku u seniorů bohaté zkušenosti. Většina z nich, řeší tuto problematiku aktivizací seniora během dne, medikací dle ordinací lékaře nebo se snaží vyhovět jejich spánkovým návykům. U většiny seniorů jsme zjistili, že se snaží dodržovat spánkovou hygienu, ale mnohdy jim to jejich zdravotní stav nedovolí. Tyto problémy řeší v mnoha případech farmakoterapií.

Doporučení pro praxi: Doporučujeme zahrnout do vzdělávání sester i problematiku spánkové hygieny v péči o seniory. Také doporučujeme využívat spolupráce sestry s rodinou seniora v oblasti spánkové hygieny.

Klíčová slova: problematika spánku; spánková hygiena; senior; sestra

Sleep problems in older adults

Abstract: The bachelor thesis deals with the issue of sleeping in senior age.

Objectives: To map what non-pharmacological interventions are performed by nurses in nursing care for seniors over 65 years in the field of sleeping. Then, to find out what activities are performed by people over the age of 65 in the field of sleep hygiene. And at last, to find out what problems occur in people over the age of 65 in the field of sleeping.

Methodology and research set: Based on the objectives, research questions were created. What non-pharmacological interventions are performed by nurses as part of the provided care for people over 65 in the field of sleep? What activities do people over 65 perform in the field of sleep hygiene? What problems occur in people over 65 in the field of sleep? For the research survey, we have chosen a qualitative research strategy, where the method of questioning was used. The data collection technique was based on semi-structured interviews, which were conducted with seniors over 65 at their chosen location, in hospital and retirement homes. The research was also conducted with nurses in the aftercare department and nurses who worked in a retirement home. Two research sets were used for the research survey - "nurses" and "seniors". The "nurses" research group consisted of a total of 6 nurses. Deliberate selection of nurses was used, where the basic criterion was the total practice length of at least ten years. The research group "seniors" consisted of a total of 9 seniors. The basic criterion for the selection of seniors was the full preservation of cognitive functions. The obtained data were processed by open coding - pencil and paper method.

Results: Based on the analysis of the obtained data, we created categories and subcategories. In the research group "nurses", we set 4 categories and 10 subcategories and in the research group "seniors", we set 7 categories and 13 subcategories. The results of the research survey have shown that nurses have extensive experience with the issue of sleeping in seniors. Most of them solve this problem by activating the senior during the day, medication according to the doctor's prescription or trying to satisfy their sleep habits. We have found that most seniors try to maintain sleep hygiene, but often their health does not allow it. Many problems are solved by pharmacotherapy in many cases.

Recommendations for practice: We recommend including the issue of sleep hygiene in the care of the elderly in the education of nurses. We also recommend using the cooperation of the nurse with the senior's family in the field of sleep hygiene.

Key words: sleep issues; sleep hygiene; senior; nurse

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Charakteristika spánku	11
1.2 Spánkové rytmy	12
1.2.1 Fáze spánku.....	12
1.2.2 Optimální trvání a význam spánku	13
1.3 Vliv stárnutí na spánek a jeho problematika	14
1.4 Úloha sestry u spánkové hygieny.....	16
1.5 Poruchy spánku – obecná klasifikace	17
1.6 Diagnostika poruch spánku	18
1.7 Insomnie.....	19
1.8 Nadměrná denní spavost	21
1.9 Respirační poruchy ve spánku	22
1.10 Ošetrovatelský přístup k seniorům s poruchami spánku.....	23
1.11 Farmakologická léčba a její nežádoucí účinky	25
1.12 Nefarmakologická opatření.....	27
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	29
2.1 Cíle práce	29
2.2 Výzkumné otázky.....	29
2.3 Operacionalizace pojmů.....	29
3 Metodika.....	30
3.1 Metody	30
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku – rozhovory	31
3.3 Charakteristika výzkumného souboru „sestry“	31
3.4 Charakteristika výzkumného soboru „senioři“	31
4 Výsledky.....	32

4.1	Kategorizace výsledků (výzkumný soubor „sestry“)	32
4.1.1	Identifikace sester, pracoviště	33
4.1.2	Zkušenosti sester s problematikou spánku u osob nad 65 let na oddělení	35
4.1.3	Nefarmakologické intervence	36
4.1.4	Práce s ošetrovatelskou dokumentací a pacientovou/klientovou rodina	40
4.2	Kategorizace výsledků (výzkumný soubor „senioři“)	42
4.3	Identifikace osob nad 65 let	43
4.4	Spánková hygiena seniorů	44
4.5	Problematika spánku u seniorů	46
4.6	Denní činnosti seniorů	46
4.7	Problémy se spánkem	48
4.8	Rušivé faktory během usínání a farmakoterapie	48
4.9	Vliv problematiky spánku na kvalitu života	49
5	Diskuse	51
6	Závěr	59
7	Seznam použité literatury	61
8	Seznam příloh	67
9	Přílohy	68
9.1	Seznam použitých zkratk	71

Úvod

Tématem této bakalářské práce je problematika spánku u seniorů. Spánek je důležitou součástí našeho života, a proto jakákoliv porucha spánku se může odrazit jak na fyzickém, tak i psychickém stavu člověka. U osob v seniorském věku dochází k fyziologickým změnám spánkového cyklu.

Starší lidé se poměrně často setkávají s poruchami spánku. Někteří mívají většinou omezené sociální kontakty, neustále sledují televizi a málo se pohybují na čerstvém vzduchu, což nepříspěvá ke kvalitě jejich spánku. Všeobecným problémem je to, že většina seniorů problematiku spánku neřeší a považuje ji za přirozenou součást života.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že pracuji na oddělení následné péče a z praxe vím, že problémy se spánkem u starších lidí jsou časté. Příčinou vždy nemusí být vysoký věk, ale nemoci a tělesné obtíže spojené s věkem. Doba, kterou starší lidé stráví v posteli, aniž by spali, se odráží na kvalitě spánku v noci. Proto se v noci častěji budí, trvá jim delší dobu, než usnou a v brzkých ranních hodinách jsou vzhůru. Dalším závažným problémem je závislost starších lidí na hypnotikách. Role sestry v problematice spánku u seniorů je klíčová a spočívá především v plnění nefarmakologických intervencí v oblasti spánkové hygieny.

Tato bakalářská práce by měla objasnit problematiku spánku u seniorů. Chceme zmapovat, jaké problémy mají senioři v oblasti spánku, zjistit, jaké činnosti vykonávají senioři v oblasti spánkové hygieny a také jaké ošetrovatelské intervence vykonávají sestry u seniorů v oblasti spánku.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika spánku

Spánek lze definovat několika způsoby, ale v první řadě ho lze charakterizovat jako součást života, při které dochází k regeneraci organismu. Snižuje se sice jeho pohybová a mentální aktivita, ale naše tělo je i během spánku spojeno s okolním světem a je schopno se přizpůsobit podmínkám, které pro danou chvíli na tělo působí (Borzová, 2009).

„Dochází k jakému si „odpojení“ mozku a psychického dění od vnější reality“ (Plháková, 2013, s. 87). Dochází k úplnému snížení aktivity, a to jak fyzické, tak i psychické. V neposlední řadě v něm probíhají mentální aktivity, zejména snění. Přestože se doposud vědcům nepodařilo zcela objasnit podstatu procesů, jež regulují průběh spánku, můžeme říct, že přináší tělesný, psychický a duševní odpočinek lidského organismu. Nedostatek spánku může naopak vést k celkovému tělesnému vyčerpání, schvácenosti, bolesti svalů a kloubů a podobně. Spánek má mnoho dalších vlastností. Podílí se například na imunitních dějích v těle, již v dětství napomáhá v růstu organismu a v neposlední řadě se díky kvalitnímu spánku dotváří paměť. Je to díky hormonu melatoninu, který se začne produkovat ve tmě a má velmi pozitivní účinky na organismus. Další důležitou funkcí spánku je jeho reverzibilita, což znamená, že organismus má po určité době, díky podnětu, který přichází zvenčí, potřebu se probudit (Plháková, 2013). Je také úzce spjat se zdravím a zdravým životním stylem. V nedávné době se zjistilo, že příliš krátká doba spánku zvyšuje riziko civilizačních onemocnění, jako například obezitu, hypertenzi nebo diabetes mellitus 2. typu (Pizinger et al., 2018).

Celková potřeba a doba spánku se pohybuje v rozmezí 6-8 hodin denně, ale postupem věku klesá přiměřeně k věku, zejména u seniorů 75+. Ve vyšším věku okolo 60 let, eventuelně 65 let, můžeme rozdělit osoby na 2 věkové kategorie tzv. „spáči“, kteří se pohybují okolo 9 hodin spánku a „krátcí spáči“, kteří mají dobu spánku okolo 5 hodin. Ve stáří se zvyšuje doba strávená na lůžku, a to bez ohledu na spánek (Nevšímalová et al., 2020).

1.2 Spánkové rytmy

Organismus má vnitřní hodiny, tzv. „pacemaker“, který řídí veškeré fyziologické děje v těle. Byl lokalizován v mozku, konkrétně v hypotalamu a je tvořen shlukem nervových buněk. Pro spánkový rytmus je velice důležitý, jelikož bylo dokázáno, že u lidí s poškozeným jádrem dochází k nepravidelnosti spánku (Nevšimalová et al., 2020). Plháková (2013) ve své knize zmiňuje vrozené biologické rytmy, které se střídají během celého života. Patří mezi ně cirkadiální, ultradiální, infradiální a cirkamuální rytmy.

Nejpodstatnějším rytmem pro lidský organismus je cirkadiální rytmus. Tendencí cirkadiálního rytmu je sklon k pravidelným výkyvům fyziologické, psychické a behaviorální aktivity během dne za 24 hodin. V průběhu jednoho tohoto rytmu se u člověka většinou vystřídají dva základní stavy vědomí, kterými jsou spánek a bdění. Na regulaci cirkadiálních rytmů tedy můžeme říci, že na regulaci spánku a bdění se podílí vzestupný systém retikulární formace mozku, talamus a hypotalamus. Rytmičnou činnost biologických hodin mozek reguluje prostřednictvím změn již výše zmiňovaného hormonu melatoninu, který je synchronizován se světelným režimem a prostředím. Hladina melatoninu je přes noc vysoká a přes den nízká, jejichž rozdíl může být až desetinásobný (pg/ml v plazmatické hladině) (Mattis a Sehgal, 2016).

Intenzivní výzkum, který probíhal v druhé polovině minulého století, nás vede k závěru, že pravidelným výkyvům při 24hodinovém cyklu nepodléhá jen spánek, ale také senzorké procesy, pozornost a veškeré další tělesné a duševní projevy. Perioda cirkadiálního rytmu trvá pouze přibližně 24 hodin, naopak kratší než 24 hodin jsou ultradiální rytmy. Posledními rytmy jsou infradiální a mají periodu delší než 24 hodin (Plháková, 2013).

1.2.1 Fáze spánku

Nevšimalová et al. (2020) udávají dva typy spánku REM a NREM, který se navíc podle své hloubky rozděluje do čtyř dalších stádií. Pro hodnocení jednotlivých spánkových stádií je nutné vyšetření encefalogramu (EEG), elektrookulogramu (EOG) a elektromyogramu (EMG) svalů brady.

Plháková (2013) dělí NREM fázi spánku na 1., 2., 3. a 4. stádium. V prvním stádiu dochází k velkým tělesným pohybům a změnám polohy těla, poté následuje prohloubené dýchání a pokles svalové aktivity. Stadium 1 je možno popsat jako stav usínání. Uvádí, že v této fázi spánku se objevují také výrazné svalové křeče, jež jsou provázeny záškuby celého těla. Trachtová (2013) zmiňuje, že se většinou jedná o přechod mezi bdělostí a spánkem a trvá jen několik minut. Zajímavé je, že toto stádium může probíhat i při otevřených očích. Stadium 2 trvá přibližně 20 minut a je charakterizováno tím, že se z něj dá probudit za mírně působících podnětů jako je například zvuk, dotek nebo rušivé vlivy z ulice, štěkot psa a podobně. Oční bulby se již nepohybují a dochází k celkovému zpomalení organismu. Ze 3. a 4. stadia bývá obtížné jedince vzbudit. Oční bulby nevykazují žádný pohyb, klesá dechová i srdeční frekvence a svaly jsou v naprosté relaxaci. Organismus toto stádium využívá k regeneraci.

Nevšímalová et al. (2020) zmiňují Aserinksima a Kleitmanema, kteří v roce 1953 popsali REM fázi spánku jako rychlý pohyb očních bulbů. Kdežto francouzský badatel Michael Jouvet nazval REM fázi paradoxním spánkem lišícím se od ostatních, jež jsou označovány jako ortodoxní neboli pravé spánky. Při REM spánku nemají například kosterní svaly tonus, není termoregulace, krevní tlak, srdeční a dechová frekvence nejsou stabilní. Tělo je zcela uvolněné, svaly hlavy a krku natolik ochabují, že neudrží hlavu ani bradu. U mužů se objevuje erekce.

Tato fáze spánku trvá u dospělého člověka 5-30 minut. V tomto stádiu se zdá většina našich snů. Sny bývají zpravidla nelogické a mimořádně živé. Také v NREM spánku se zdají sny, jsou ale o poznání kratší, je jich podstatně méně a neobsahují tolik emocí (Plháková, 2013).

1.2.2 Optimální trvání a význam spánku

Optimální doba spánku u dospělého se udává 7-9 hodin denně. Říká se, že člověk prospí až 1/3 života. Ovšem v poslední uspěchané době dochází ke zkracování spánku až o 2 hodiny. Epidemiologické studie opakovaně potvrdily významný výskyt nemocí způsobený chronicky zkráceným spánkem. American Academy of Sleep v roce 2015 vydala společné stanovisko, a to, že dospělý člověk by měl za noc spát minimálně 7 hodin a více (Nešímalová et al., 2020).

Z pohledu individuálních potřeb spánku se lidé mohou dělit na krátké a dlouhé spáče. Tyto charakteristiky se však během života nemění. Musíme však brát ohledy na věk člověka. Mezi nejdéle spící patří kojenci, ti potřebují až 20 hodin spánku denně. Předškoláci spí přibližně 12 hodin a dospívající okolo 8 hodin denně. Senioři spí většinou kratší dobu, ale nemusí to být pravidlem (Plháková, 2013). Výzkumy dokládají, že délka spánku jako taková není rozhodující, ale především se klade důraz na hloubku a kvalitu. Pokud organismus trpí nedostatkem spánku, dochází ke spánkové deprivaci, kdy se objevuje větší tendence nutkání k spánku. Pravidelný kratší spánek je spojen s nárůstem hmotnosti, diabetem mellitem, hypertenzí nebo dokonce až s cévní mozkovou příhodou, depresemi a podobně (Nevšimalová, et al., 2020).

To, co se přes den naučíme, se nám uloží během spánku do paměti. Také naše nálada a výkonnost organismu je podmíněna spánkem. Zdravý růst spolu s hojením je také ovlivňován spánkem, stejně tak naše nálada a výkonnost. V dospělosti neslouží spánek jako prostředek k ukládání tělesné energie, protože většina obyvatelstva z rozvinutých států má vysoký příjem energie, který je však velice významný pro správnou funkci mozku (Praško et al., 2004).

Přestože je pro náš život spánek nezbytný, doposud se nenašlo jednoznačné vysvětlení pro jeho nepostradatelnost. Význam spánku má vliv především na odvádění metabolitů nervových buněk, je důležitý pro fungování dobré psychické rovnováhy (myšlení, paměť, rozhodování, učení apod.) a šetření energie (Borzová, 2009). Starší lidé spí (jak je výše zmiňováno) v noci zpravidla méně, ale mnoho z nich si však dopřává odpolední odpočinek či zdřímnutí. Častěji se také budí, přičemž může jít o vyšší potřebu močení v noci, psychické nebo somatické obtíže, může se jednat o bolest, pocit neklidných nohou nebo různá metabolická a neurologická onemocnění (Suchá, et al., 2019). Po delší době zkráceného spánku se zhoršuje soustředění, nastává točení hlavy nebo žaludeční nevolnosti (Borzová, 2009).

1.3 Vliv stárnutí na spánek a jeho problematika

Změny spánku, které provázejí stárnutí mají charakter především postupných procesů, jež zobrazují posuny potřeb spánku (Haškovcová, 2010). Starší lidé se poměrně často setkávají s poruchami spánku. Výzkumy, které se doposud uskutečnily ukázaly, že hlavní příčinou není vysoký věk, ale tělesné obtíže a nemoci spojené s věkem. Někteří starší lidé mívají většinou omezené sociální kontakty, neustále sledují televizi

a málo se pohybují na čerstvém vzduchu, což nepříspěvá ke kvalitě jejich spánku (Plháková, 2013).

Efektivita spánku je poměrem délky spánku a doby, kterou starší lidé stráví v posteli, kde jsou většinu času, aniž by spali. Proto se v noci častěji budí, trvá jim delší doba, než usnou a v brzkých ranních hodinách jsou již vzhůru. U starších lidí je obecně známá nižší efektivita spánku a delší časový úsek usnutí než u mladých a dospělých lidí. (Plháková, 2013). S kvalitou spánku příliš spokojeni nejsou a ve dne bývají unavení a ospalí (Haškovcová, 2010). Bubeník a Konturek (2011) udávají, že u starších osob se snižuje noční sekrece melatoninu, která je nejvyšší v době dospívání. Zmenšuje se denní a noční vylučování tohoto hormonu. Jde o antioxidant, který nám zaručuje kvalitní spánek, ale také údajně zpomaluje stárnutí nebo preventivně brání vzniku onemocnění.

Výsledky výzkumů též prokázaly, že u starších lidí se výrazně snižuje produkce růstového hormonu, ale oproti tomu se zvyšuje sekrece kortizolu, a to zejména ve večerních hodinách a v první polovině noci. Starším lidem se snižuje senzitivita oční sítnice na světlo, s čímž souvisí změny v cirkadiálních cyklech. Také trpí každodenními výkyvy tělesné teploty, což se projevuje na vylučování melatoninu ve dne a v noci (Nevšimalová et al., 2020).

Nemoc může spánek ovlivňovat tak, že nemocný dokonce cítí větší potřebu spát. Důvodů v době nemoci může být mnoho, pro příklad může jít o dušnost nebo bolest, ale i strach nebo úzkosti. Některé nemoci přímo ovlivňují určité fáze spánku. Ve stáří to mohou být deprese, jaterní selhání nebo zánět mozku atd (Walker, 2018). Také onemocnění COVID-19 má významný vliv na poruchy spánku. Ze zdravotnických záznamů z Al-Raghy Isolation Hospital Assuit University lze uvést údaje u 49leté pacientky s onemocněním COVID-19, u které se projevila významná nespavost (Tony et al., 2020). Autor Partinen (2021) udává, že v roce 2020 se zvýšila prevalence poruch spánku hned v několika různých zemích. Tyto studie zkoumaly vliv infekce na spánek, související izolaci, karanténu, úzkost, stres nebo finanční ztráty. Došli k závěru, že většina souvisí s psychosociálními faktory a jejich omezeními. Například průzkum z Itálie uvádí, že úzkost související s COVID-19 byla vysoce spojena s narušeným spánkem, a to až u 57 % zkoumaných Italů.

Když je nemocný hospitalizován, změna prostředí a nemocniční harmonogram mu mnohdy naruší veškeré spánkové rituály, jelikož jsou jiné, než je zvyklý, tím pádem i hůře spí. Především jídlo a tekutiny mají na kvalitu spánku velký význam. Přijímá-li pacient stravu nevhodným způsobem – zvýšený příjem či naopak hladovění před ulehnutím, přibírání na váze či hubnutí má také na spánek vliv (Walker, 2018).

1.4 Úloha sestry u spánkové hygieny

Hospitalizací ve zdravotnickém zařízení dochází najednou u člověka vyššího věku ke změně sociálního prostředí. Nemoc je pro člověka náročnou životní událostí, která narušuje jeho základní potřeby, je doprovázena mnohdy pocity strachu a beznaděje. Vlivem těchto faktorů dochází k fyziologickým reakcím organismu jako například k vysokému krevnímu tlaku, tachypnoi a psychomotorickému neklidu. Nemocný poté nemůže usnout a spánek bývá mnohdy nekvalitní a často dochází ke stupňování negativních myšlenek. Změna prostředí vede k narušení stereotypů, na které jsou senioři zvyklí celý život, a najednou jejich podspánkové rituály nejsou uspokojeny. Následkem je nekvalitní spánek. Staří lidé mají většinou větší problémy s adaptací na nové prostředí než člověk, kterému je 20 let. Změna prostředí jim nedovoluje dělat rituály jako například čtení, sledování televize, poslouchání hudby, pití svého oblíbeného nápoje nebo večerní hygienu (Zrubáková et al., 2019). V nemocničním prostředí se mohou stydět před spolupacienty si vyndat zubní protézu, obléct si své noční prádlo nebo poprosit sestru o otevření okna, načechrání ložního prádla a podobně. Seniorovy návyky jsou narušeny a je ve stresu, tudíž hůře usíná a často se v noci budí. V nemocnicích bývají lůžka úzká, s tvrdou nebo naopak měkkou matrací, u dlouhodobě ležících se používají gumové podložky k ochraně matrací a ty vyvolávají mnohdy pálení a nepříjemný diskomfort (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

Sestra by měla být empatická a soucítit s pacienty. Měla by působit dojemem, kdy se jí pacient nebude bát poprosit o vyvětrání pokoje před uložením ke spánku nebo požádat o lékařem předepsaný lék na spaní. Úlohou sestry je každého pacienta se před uložením ke spánku ptát, zda nechce pustit televizi, pokud je to možné, natřepat polštář, pokud to pacient bude vyžadovat, uložit ho do komfortní polohy, podat knihu, na kterou nemůže z důvodu nemoci dosáhnout, obléct noční prádlo nebo provést večerní hygienu. Sestra by měla zaujímat tzv. psychoterapeutický přístup k pacientům.

Jde o takové chování zdravotníka, které přispívá k záměru léčby a je založeno především na porozumění (Dušek a Minibergerová, 2006). Na vícelůžkovém pokoji nemá nemocný zajištěné dostatečné soukromí, a tak je velice složité, aby sestra zajistila dostatečnou intimitu k spánkovým rituálům každého pacienta, a tak i kvalitní a ničím nerušený spánek (Šamánková et al., 2011). Nemocní staří lidé jsou velmi citliví na chování zdravotníků. Jedná se zejména o hlučné rozhovory, bouchání dveřmi nebo bezohledné rozsvěcení na pokoji. V průběhu noční služby by se veškerý zdravotnický personál měl chovat ohleduplně, tiše a měl by minimalizovat pohyb na chodbách (Velnglářová a Mahrová, 2006). Co se týče denní služby sester, měly by pacienty „zaměstnat“. Například Morita et al. (2017) uvádí výzkum účinků ranního a večerního cvičení pro seniory na kvalitu spánku u starších lidí s nespavostí. Z výsledků studie vyšlo, že ranní cvičení může zlepšit kvalitu spánku během noci.

Ať už je to tělocvik na lůžku, rehabilitace, chůze po chodbě nebo po schodech, čtení knihy nebo pokud to jen situace na oddělení dovolí (a pacient bude mít zájem), není nad to se projít na čerstvém vzduchu po areálu nemocnice. To vše se podepisuje na lepší délce i kvalitě spánku (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

1.5 Poruchy spánku – obecná klasifikace

Poruchami spánku dnes trpí většina populace včetně starších lidí (Neuschlová, 2018). Plháková (2013) udává, že o poruchách spánku mluvíme tehdy, když se liší představa pacienta o průběhu spánku od jeho normálního průběhu. Z hlediska sestry je za normální spánek pokládán ten, že senior spí klidně, má klidný dech a občas změnil svou tělesnou polohu. O poruše spánku začínáme uvažovat tehdy, když má pacient během spánku záškuby, pochoduje po pokoji, má zástavu dechu nebo poruchy dýchání, mluví, křičí ze spaní nebo se probouzí opocení s vytřeštěnými očima. Za problematikou těchto objektivních poruch může stát nechtěné či náhlé usínání během dne. Incidence nespavosti ve vyšším věku je vysoká. Poruchy spánku a zhoršené denní funkce jsou častokrát doprovázeny i změnami v duševní pohodě pacienta (Schiel a Spiegelhalder, 2020).

Základní podmínky pro vhodné stanovení léčby zahrnují správné stanovení diagnóz. Pro veškeré poruchy spánku existuje několik různých klasifikačních manuálů. Klasifikace je nezbytná pro rozlišení mezi poruchami a pro pochopení symptomů a patofyziologie, které lékařům umožní vhodnou léčbu pro danou poruchu. Nejdříve

nemohly být klasifikační systémy podle hlavních příznaků, jako je například nadměrná ospalost nebo nespavost, založeny na patofyziologii, protože příčiny u většiny poruch nebyly známy (Thorpy, 2012).

Pro Evropu lékaři a psychologové používají nejčastěji Mezinárodní klasifikaci nemocí – 10. revize z roku 1990, zkratkou se značí jako MKN-10. Podle ní se poruchy spánku dělí na organické a neorganické. Odborníci upřednostňují především Mezinárodní klasifikaci poruch spánku z roku 2005 a podle ní se poruchy dělí do osmi kategorií:

- I. Insomnie
- II. Poruchy dýchání související se spánkem
- III. Hypersomnie
- IV. Poruchy cirkadiálního rytmu
- V. Parasomnie
- VI. Pohybové poruchy ve spánku
- VII. Izolované symptomy
- VIII. Jiné poruchy spánku (Plháková, 2013).

Americká akademie spánkové medicíny vydala třetí verzi Mezinárodní klasifikace poruch spánku, označenou jako ICSD-3 (Šonka a Šusta, 2013).

1.6 *Diagnostika poruch spánku*

Diagnostika poruch spánku probíhá dle struktury stejně jako u jiných onemocnění. Patří sem anamnéza, objektivní vyšetření a pomocné vyšetřovací metody. Anamnéza hraje nezastupitelnou roli v diagnostice poruch spánku (Slezáková, 2014). Dělí se na rodinnou, kde se upozorňuje nejen na genetickou predispozici, ale také na familiární zvyklosti. Dále je osobní anamnéza, která by měla být zaměřena na kardiovaskulární nemoci, plicní onemocnění, metabolická a endokrinní nebo také na neurologická a psychiatrická onemocnění. Dále sem patří významné úbytky hmotnosti, operace dýchacích cest, případně přítomnost chronické bolesti. Do anamnézy se neodmyslitelně řadí také gynekologická anamnéza, farmakologická anamnéza, abúzus a zvyklosti ovlivňující spánek, pracovní a sociální anamnéza a nynější onemocnění (Nevšímalová et al., 2020).

Borzová (2009) zmiňuje spánkovou laboratoř a poradnu. Vyšetření ve spánkové poradně může být přínosem pro pacienta pouze v tom případě, kdy se stanoví vhodná

diagnóza. Toto vyšetření provádějí specializovaní lékaři jako například neurolog, psychiatr nebo psycholog. Do spánkové laboratoře se pacient objednává na doporučení praktického lékaře. V České republice je těchto specializovaných pracovišť velký nedostatek, a proto je běžné, že klienti čekají na vyšetření v řádech měsíců.

Nevšímalová et al. (2020) uvádí dotazníky a škály k hodnocení kvality spánku. Nejčastěji používanou škálou je Epworthská (Příloha 1), která lékařům napomáhá zjistit stupeň ospalosti při denních činnostech. Adamczyk (2019) udává patologické škály od 10 do 24, fyziologická je 0-9. Ovšem k podrobnému zkoumání kvality spánku slouží spánkový deník, do kterého si sám pacient zapisuje informace týkající se spánku a ospalosti během 24 hodin po dobu 1-4 týdnů. Také si do něj zapisuje činnosti, jež během dne dělal, a které mohou ovlivnit kvalitu jeho spánku.

K rozlišení stavu bdění, spánku, non-REM a REM spánku přispívá polysomnografické vyšetření. Polysomnografický přístroj se skládá z elektrod, které se připojí na pacienta a dále z počítače a ze zesilovačů (Nevšímalová et al., 2020). Dále následuje aktigrafie, ve které pomocí snímače náramkových hodinek lze zaznamenat pohybovou aktivitu (Bakštein, 2016). Také následuje test mnohočetné latence usnutí (MSLT), který se řadí k základním laboratorním vyšetřením narkolepsie a nadměrné denní spavosti (Nevšímalová et al., 2020).

1.7 Insomnie

Insomnie neboli nespavost je poruchou spánku, jež je definovaná jako subjektivní stížnost na poruchu nočního spánku. Zpravidla se jedná o nespavost, která je charakteristická úbytkem délky nebo kvality spánku člověka. U chronické nespavosti to bývá zpravidla nejméně 3x týdně po dobu několika týdnů (Topinková, 2005). Poruchy mají především negativní dopad na denní aktivity seniora, jsou doprovázeny sníženou psychickou a fyzickou aktivitou seniora přes den (Jarošová, 2006).

Plháková (2013) odhaduje, že nespavostí trpí 10-20 % populace. Někdy například člověk nemůže usnout z důvodu nepříjemné zprávy, která ho zasáhne, ovšem tyto krátkodobé potíže se spánkem nejsou důvodem, aby se určovala diagnóza – insomnie. V Mezinárodní klasifikaci nemocí jsou uvedena některá vodítka – nemocný si může stěžovat na poruchu spánku z důvodu obtížného usínání a častého probouzení

během noci. Také pokud se vyskytne porucha spánku vícekrát, než 3x týdně nebo když se pacient příliš zabývá nespavostí během dne i noci. Posledním vodítkem je nedostatečná kvalita a množství spánku, které mohou vyvolat buď tíseň, nebo narušují sociální a profesionální funkci člověka.

Existuje několik typů nespavosti, při níž hrají významnou roli psychické faktory. Například akutní insomnie se vyznačuje jako subjektivní obtíž zvládnutelné zátěže v zaměstnání, rodině či přírodních katastrofách. Trvá krátkou dobu a obvykle mizí po skočení zátěže. Psychofyziologická insomnie je nejběžnější formou nespavosti a bývá označena jako primární, chronická nespavost, která je u seniorů častější než akutní (primární insomnie) (Kalvach, 2004). Nemocní popisují, že večer jsou ospalí, ale po ulehnutí do postele zesílí jejich obavy, že neusnou a celou noc probdívají, tudíž celý den bývají nevykonní a ospalí. Tento druh insomnie se vyskytuje obvykle u citlivých osob. Další příčinou bývají nevhodné spánkové návyky jako například pravidelné užívání alkoholu, nikotinu a kávy, duševní nerovnováha, časté používání lůžka i pro jiné činnosti, než je spánek nebo nepravidelný režim spánku a bdění. Posledním typem je paradoxní insomnie, která se projevuje u postižených osob, kteří jsou přesvědčení, že probdělí celou noc (Nevšímalová et al., 2020).

Naopak Topinková (2005) uvádí somatické, psychosomatické, environmentální a farmakologické příčiny nespavosti. Mezi somatické řadíme například kašel, bolest, dušnost nebo svědění. Mezi psychogenní úzkosti patří deprese a demence. K environmentálním příčinám se řadí fyzická aktivita během dne, opakovaný, krátký spánek přes den a nevhodné prostředí ke spánku (hluk, chlad, přílišné teplo, neznámé prostředí pro seniora). Alkohol, kofein, nikotin, bronchodilatancia, diuretika nebo kortikoidy se řadí do farmakologických příčin.

Léčbu insomnie lze rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Lékaři upřednostňují především nefarmakologickou léčbu, kde se klade důraz na kognitivně behaviorální terapii insomnie nebo meditační metody. U farmakologické léčby je nutné pacienta seznámit se základy správné spánkové hygieny a doporučit pravidelný spánkový rytmus. Mezi farmaka řadíme například GABA_A antagonisty, sedativní antidepresiva, antihistaminika nebo antipsychotika (Nevšímalová et al., 2020).

1.8 Nadměrná denní spavost

Nadměrná denní spavost neboli hypersomnie se vyskytuje asi u 5 % populace. Popisuje stav, kdy tendence k usnutí je tak velká, že jedinec není schopen udržet bdělost a dochází ke spánku. Tuto tendenci ovlivňují dva významné faktory – homeostatický tlak usnout, který většinou přechází do bdělosti a cirkadiánní rytmus, který je narušený a člověk má potřebu spát přes den, a ne v noci (Šonka a Šusta, 2013).

Kalvach (2004) uvádí, že hypersomnie se může objevit jako součást demencí a dále také u některých somatických poruch jako je například Pickwickův syndrom. Může být ovšem navozena nadměrným množstvím medikace. Někteří lidé reagují hypersomnií na nepříjemné zážitky.

Dalším vodítkem pro určení hypersomnie může být denní výskyt potíží, který trvá déle než měsíc. Dalším indikátorem je nepříznivé ovlivňování psychického stavu nebo sociálního a denního fungování nebo nepřítomnost přidružených příznaků jako je například narkolepsie nebo spánková apnoe (Plháková, 2013).

Nevšímalová et al. (2020) popisují hypersomnie podle Mezinárodní klasifikace na I. a II. typ. První typ je charakterizován jako zvýšená denní spavost, která se projevuje opakovaně během dne – označuje se také jako stavy náhlé svalové atonie. Obvykle trvají 5-10 minut a podle okolností může být spánek provázen i sny. Účinnou terapií pro tento typ se rozumí především úprava denního režimu, ale u většiny nemocných je nutná medikamentózní léčba. Kdežto II. typ je charakterizován sice také jako zvýšená denní spavost, ale může být doprovázen halucinacemi. Noční a denní spánek je nekvalitní a je doprovázen až bizarními a děsivými sny. Jako terapie se doporučuje běžné užívání stimulačních prostředků jako jsou káva a čaj. Farmakologickou léčbu je vhodné zvážit dle přání pacienta.

Trotti (2017) dodává idiopatickou hypersomnii, která je definovaná jako chronická neurologická porucha denní ospalosti. Nemocný má potíže při probouzení a trpí neobnovujícím spánkem. Celková doba spánku může za 24 hodin přesáhnout i 12 a více hodin. Oproti hypersomnii I a II. typu je obtížnější na terapii, kde se klade důraz na úpravu denního režimu s plánovanými odpočinky.

Parasomnie představuje poruchu spánku, která zahrnuje veškeré poruchy vyskytující se během spaní a ruší jeho průběh. Patří sem náměsíčnost (somnambulismus), noční

můry (pavor nocturnus) a noční děsy. Může se sem řadit také skřípání zubů nebo mluvení ze spaní, ale tyto projevy parasomnie jsou charakteristické spíše pro dětství než pro seniory (Kalvach, 2004).

1.9 Respirační poruchy ve spánku

Poruchy dýchání ve spánku se vyznačují abnormálním dechem během spánku, u některých nemocných i během bdění. Poslední mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění rozlišuje pět typů poruch dýchání spojených se spánkem. První je obstrukční spánková apnoe, poté centrální apnoe, nemoci s hypoventilací a hypoxemií a samostatné spánkové syndromy (Nevšimalová et al., 2020). Potíže s dýcháním během spánku patří mezi nejčastější poruchy spánku a bdění. Nepříznivě se odráží na kvalitě lidského života (Pretl et al., 2013).

Nejvýznamnější je obstrukční spánková apnoe, zkratkou OSA. Postihuje až 3x častěji muže než ženy ve středním nebo vyšším věku. Během apnoe se důsledkem zúžení nebo uzavření dýchacích cest přeruší proudění vzduchu do plic. Zapříčiněné to může být obezitou, která způsobuje zbytnění měkkých tkání. Tato porucha postihuje až 10 % populace (Plháková, 2013). Naopak Miletínová a Bušková (2018) uvádějí prevalenci až 21 % u mužů a 9 % u žen a v geriatrické populaci se výskyt pohybuje okolo 25 %. Moráň (2008) zmiňuje, že u nemocných trpících tímto syndromem můžeme pozorovat záškuby celým tělem, vyskakují do sedu, mnohdy až do stoje. Lidé během dne trpí mikrospánky, nadměrnou denní spavostí a jsou neustále unavení. Pro úspěšnou léčbu je dobré dodržovat vhodnou spánkovou hygienu, snížit hmotnost a podstoupit chirurgickou léčbu.

K syndromům s centrální apnoí se řadí CSA (centrální spánková apnoe) s Cheyneovým-Stokesovým dýcháním. Tato porucha je charakterizována apnoemi, jež se střídají s prodlouženými hyperpnoemi. Trvání toho cyklu je obvykle 45-90 sekund. Aby tato porucha mohla být diagnostikována, musí být přítomna například nadměrná denní spavost, obtížné usínání, časté probouzení v noci, probuzení se s dušností, chrápání nebo apnoe pozorované partnerem. (Nevšimalová et al., 2020) Tato porucha se objevuje u lidí se srdečním selháním, a proto je dobré nejprve zahájit vhodnou léčbu srdečního selhání (Plháková, 2013).

Hypoventilace vázaná na spánek je chorobný stav, který je definovaný vzestupem parciálního tlaku v arteriální krvi oproti hodnotám v bdělém stavu. Mezi příznaky se řadí především cyanóza a nadměrná denní spavost. Terapií se doporučuje redukce hmotnosti, poté se normalizuje citlivost na hypoxii. Dále je v průběhu spánku přítomna hypoxémie většinou v důsledku jiného onemocnění – při onemocnění dýchacích cest nebo při onemocnění plicního parenchymu. Pacienti jsou v noci dušní, mají narušenou kvalitu spánku, tíži na hrudi či únavu. K léčbě je doporučena dlouhodobá domácí oxygenoterapie ve spánku. Posledními samostatnými syndromy ve spánku se rozumí například chrápání nebo katathernie (sténání ve spánku) (Nevšimalová et al., 2020).

1.10 Ošetrovatelský přístup k seniorům s poruchami spánku

V současné době se na péči o nemocného člověka – seniora podílí nové zdravotnické technologie a léčebné postupy. Sestry používají k práci modely pro ošetrovatelskou péči, dokumentaci a provádějí vlastní výzkumy. Při poskytování ošetrovatelské péče by se nemělo zapomínat na člověka jako takového, ale sestra by měla brát seniora jako holistickou bytost, která má svou důstojnost, jež je třeba zachovávat. (Heřmanová et al., 2012) Kvalita spánku ve zdravotnických zařízeních je u každého člověka individuální. Mezi nejčastější problémy usínání u seniorů v průběhu hospitalizace patří obtížné usínání, přerušovaný nebo mělký spánek, časté noční buzení (Šamánková et al., 2011).

Stanovení diagnózy jako takové musí vždy vycházet z anamnézy pacienta. Pojetí systému NANDA domén (Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku) pohlíží na člověka jako na holistickou bytost a sleduje jedince ve všech oblastech osobnosti (Marečková, 2006). Jde o diagnostický systém, který nabízí názvy, definice a prvky dysfunkčních poruch spánku, potencionálně dysfunkčních a edukačních potřeb. Taxonomie je sestavena ze třinácti diagnostických domén, které vycházejí z jedenácti funkčních vzorců zdraví dle Majory Gordon. Patří sem podpora zdraví, výživa, vylučování a výměna, aktivita a odpočinek, vnímání/pozorování, vnímání sebe sama, vztahy mezi rolemi, sexualita, zvládání/tolerance zátěže, životní principy, bezpečnost/ochrana, komfort a poslední růst a vývoj (Plevová et al., 2018). Diagnóza poruchy spánku není pouze záležitostí lékařů, ale i ošetrovatelskou záležitostí. Je charakterizována tedy ve čtvrté NANDA doméně. Herdman a Kamitsura (2018-2020) uvádějí, že sestra může u pacientů s poruchami

spánku použít tyto ošetrovatelské diagnózy – 00095 Porušený spánek, 00096 Spánková deprivace, 00165 Ochota ke zlepšení spánku, 00050 Porušená vnitřní energie, 00093 Únava nebo také 00097 Nedostatek zájmových aktivit.

K NANDA taxonomii neodmyslitelně patří ošetrovatelské intervence. Těmi se rozumí realizace cílů stanovených sestrou při zpracovávání ošetrovatelského procesu. Na problémech se spánkem u hospitalizovaných pacientů/seniorů se podílí nejenom současné onemocnění, ale také samotné nemocniční prostředí (Vörösová et al., 2015). Při posuzování jsou zjištěny problémy s kvalitou spánku, únavou a problémy, jež s tím souvisí (Mastiliaková, 2014). Nesmí se opomínat ani ošetrovatelský proces, což je systematický algoritmus, podle kterého sestry pracují. Jeho cílem je zlepšení zdravotního stavu seniora podle předem stanovených cílů. Obsahuje šest oddílů, a to posouzení, diagnostiku, stanovení cílů, plánování, realizaci a vyhodnocení (Trachtová, 2013). Cílem první fáze ošetrovatelského procesu je sběr informací o pacientovi a jeho nynějším onemocnění – problémech. Při příjmu k hospitalizaci sestra u nemocného zjišťuje ošetrovatelské anamnézy, mezi které neodmyslitelně patří i spánek. Zjišťuje délku spánku v domácím prostředí, a naopak v nemocničním prostředí, kolik hodin denně spí, aktivitu a odpočinek seniora, jaké má spánkové rituály, zda užívá nějaké léky na spaní, soběstačnost a podobně (Vörösová et al., 2015).

Druhou fází ošetrovatelského procesu je diagnostika, ve které dochází ke stanovení diagnóz na podkladě sběru informací od nemocného z ošetrovatelské anamnézy (Marečková, 2006). Pro správné zvolení ošetrovatelské diagnózy se používají dva typy hodnocení, a to cílené a souhrnné. Souhrnné zahrnují celou složku jedenácti domén funkčního zdraví, kdežto cílené se soustředí pouze na jeden problém – spánek a odpočinek (Mastiliaková, 2014).

Třetí fází procesu je plánování, které je pevně spjato s ošetrovatelskými intervencemi a cíli. Sestra během procesu stanoví očekávané výsledky, které navazují na ošetrovatelské diagnózy. Plánování probíhá spolu s pacientem a cíle by měly být reálné a obsahovat časové ohraničení, například – pacient chápe příčiny poruch spánku do jednoho dne nebo pacient chápe optimální rovnováhu mezi aktivitou a odpočinkem do 2 hodin (Slezáková, 2014).

Čtvrtou fází je realizace. Sestra v této fázi pracuje podle předem vypracovaného ošetrovatelského plánu a vše důkladně zapisuje do dokumentace (Poledníková et al.,

2006). V této fázi je vhodné do péče o seniora zapojit i rodinu. Ošetrovatelské intervence u seniora zahrnují veškeré činnosti potřebné k vytvoření vhodného prostředí pro spánek, spánkovou hygienu atd. Například sledovat délku spánku pacienta do jednoho dne nebo pacienta informovat o rovnováze mezi odpočinkem a aktivitou během dne (Slezáková, 2014).

Poslední fází je vyhodnocení výsledků ošetrovatelského cíle. Sestra může plán vyhodnotit trojím typem: cíle bylo dosaženo, cíle bylo dosaženo částečně, cíle nebylo dosaženo. Pokud bylo dosaženo cíle jen částečně nebo nebylo dosaženo vůbec, sestra by měla zhodnotit celý plán podle stavu pacienta a začít od začátku znovu (Mastiliáková, 2014).

Sestra by se měla snažit v souvislosti se spánkem vytvářet takové intervence, aby byl spánek pacienta co nejkvalitnější. Zbytečně neruší seniora během spánku, násilně ho nebudí a nenutí ho brzy vstávat. Sestra vytváří vhodné podmínky v nemocničním prostředí – například při příjmu ho uloží na vhodný pokoj, pokud je to možné, v noci se snaží omezit hluchost, pokud to pacient bude vyžadovat, zatemní na noc žaluzie. Také upraví lůžko před spaním, pomůže s večerní hygienou, doporučuje nekonzumovat sladkosti nebo tekutiny s kofeinem a dělá vše pro to, aby seniorovy spánkové návyky byly splněny. Intervencí sestry v této oblasti je vytvořit pro seniora klidné a pro něj příjemné prostředí ke spánku (Trachtová, 2013). Vymětal (2003) dodává, že starší lidé si spojují nemocniční prostředí s místem, kde se umírá. Seniori se hůře adaptují v novém prostředí, a tak u většiny hospitalizovaných pacientů dochází k nejistotě, strachu, nedostatku lidské blízkosti a k s tím také spojeným poruchám spánku.

1.11 Farmakologická léčba a její nežádoucí účinky

Terapie poruch spánku by měla být komplexní. Hlavním cílem léčby je to, aby pacient spal klidně, kvalitním spánkem po celou noc. K vhodné léčbě lze přiřadit hledání příčin, které by měly být podrobně prozkoumány (Pokorná, 2013). Lékař by měl informovat nemocného o jeho nynějším stavu tak, aby ovlivnil jeho chování i myšlení. Seniori jsou v tomto ohledu velice citliví. V souvislosti s touto skutečností mohou trpět depresemi (Miletínová a Bušková, 2018). Obvykle diagnózu ve stáří znesnadňuje nespecifický klinický obraz. Psychiatři udávají, že deprese u starších lidí bývají závažnější než v mladším věku (Vrzalová, 2016). Studie udávají, že deprese patří u seniorů

mezi hlavní rizikový faktor nespavosti a může být i důvodem, proč lidé s depresiemi a úzkostnými poruchami vyhledávají léčbu (Townsend-Roccichelli et al., 2010). V určení této diagnózy hrají klíčovou roli praktičtí lékaři v primární péči. Poskytují péči jak v ambulantní, tak i v domácí péči a účastní se zdravotní výchovy obyvatelstva. Určují, kdo ze seniorů je schopen se léčit sám a kdo z nich potřebuje konziliární vyšetření nebo pobyt v nemocnici (Seifert a Čeledová, 2012). Úloha sestry při diagnostice může být zásadní, protože s pacientem tráví nejvíce času a může dříve rozpoznat jeho problémy se spánkem, myšlenkami a emocemi (Vrzalová, 2016).

Léčba poruch spánku se rozděluje na farmakologickou a nefarmakologickou. K farmakologické léčbě se přechází tehdy, pokud je nefarmakologická terapie neúčinná. Mezi nejčastěji používaná farmaka patří hypnotika. Užívají se například při obtížném usínání, brzkém ranním probouzení, při celodenní únavě, poruchách pozornosti a podobně. Ideální hypnotikum by mělo mít rychlý nástup účinku a mělo by přinést pacientovi klidný a nerušený spánek (Martínková, 2018). Výběr hypnotik by se měl řídit konkrétním typem nespavosti u nemocného, protože každého pacienta je potřeba brát jako holistický celek a každý je individuální. Není možné, aby jeden typ hypnotika působil na všechny nemocné stejně. Dále by měl lékař brát ohledy na rozdíly jednotlivých farmakologických preparátů (Závěšická, 2014). Nejčastějšími farmaky na léčbu insomnie jsou hypnotika III. generace, která navozují spánek, jenž je podobný spánku fyziologickému. Při dlouhodobém užívání může vzniknout závislost (lidé 65 let a více). Mezi takto farmaka patří Zolpidem nebo Zopiklom (Lattová, 2009).

Další skupinou jsou benzodiazepiny, které na jednu stranu snižují latenci usnutí, prodlužují dobu spánku, ale zároveň narušují spánkovou architekturu. Tato hypnotika by se měla užívat maximálně 3 týdny a řadí se sem například Neurol, Oxazepam nebo Rivotril. U insomnie kombinované s psychiatrickými nebo neurologickými chorobami, které jsou ve stáří časté, se používají antipsychotika Quetiapin, Tiapridal, Gabapentin a Pregabalin, která mohou zlepšovat spánek u bolestivých stavů (Příhodová, 2017). U hypersomnií zařizují farmakologickou léčbu především psychostimulanty. Mezi nežádoucí účinky může patřit naopak nespavost, poruchy pozornosti, bolesti hlavy, zvracení nebo nechutenství, jde například o Ritalin (Novák a Kunčíková, 2011).

1.12 Nefarmakologická opatření

Nefarmakologická léčba by měla být první možností předcházející léčbě farmakologické. Pokud se u seniora vyskytne nějaká z poruch spánku, lékař by měl vyhodnotit její významnost. Jedna z nejčastěji využívaných nefarmakologických metod je zaměřena především na kognitivně behaviorální psychoterapii. Zaměřuje se na chování jedince, který by se měl naučit ovlivnit své chování a návyky spojené se spánkem a zlepšit své usínání a spánek (Mellanová, 2005).

Kognitivně behaviorální terapie se řadí mezi nejrozšířenější nefarmakologická opatření vůbec. Mezi kognitivně behaviorální techniky patří například spánková restrikce (omezení času, stráveného v lůžku a omezení spánku během dne), kontrola stimulů, spánková hygiena, relaxační a přírodní techniky (Kubišová, 2010). Kontrola stimulů je založena především na regulaci spánku a bdění. Jedná se o určitá doporučení jako například nechodit spát, pokud není člověk unavený, používat ložnici pouze ke spánku, vstávat každé ráno ve stejnou dobu a podobně (Vašutová, 2009).

U spánkové hygieny platí určitý soubor pravidel, který by měli dodržovat lidé, kteří jsou vystaveni riziku poruch spánku. Řadí se sem například omezit čas v posteli maximálně na 7-8 hodin denně nebo vstávat každý den ve stejnou dobu (včetně víkendů). U seniorů by sestra měla aktivně edukovat o spánku přes den – měl by spát maximálně 30-45 minut nebo vůbec. Důležitá je i vyvětraná místnost nebo pravidelnost uléhání ke spánku vždy ve stejnou dobu. Senior by neměl spát během dne a uléhat na lůžko by měl vždy fyzicky a psychicky unavený. Podstatné je také používat postel pouze pro spánek, a ne pro jiné aktivity, nepřejídat se před spaním, nekonzumovat alkohol, kofein, sladké potraviny nebo nesledovat z lůžka televizi (Kalvach, 2011). V domácím prostředí může senior do své pohybové aktivity také zařadit plavání, pravidelné procházky, může se zapojit do kulturních, rekreačních a vzdělávacích aktivit (univerzity třetího věku), pomáhá také dělat takové koníčky, které provozovali doposud (Janiš a Skopalová, 2016).

Mezi další nefarmakologické alternativy patří i přírodní léčba, homeopatická léčba, jež vyvolává posílení organismu a akupunktura a akupresura, která spočívá v dráždění přesně vyznačených míst v těle jehlou (Kubišová, 2010). K přírodním metodám léčby poruch spánku se řadí různé čajové směsi. Bylinné polštářky se směsí meduňky, jetele, chmele, heřmánku nebo levandule nebo kozlíku mohou také pomoci k lepšímu usínání.

Jednou z možností může být hořčík, který je součástí přípravků jako je Magne B6, Magnesii lactici, Magnosolv a podobně. Pokud tedy senior v nemocničním prostředí sestru požádá o některou z těchto metod, sestra by měla jeho přáním vyhovět, samozřejmě dle ordinací lékaře (Neuschlová, 2018).

Co se týče pobytu v domovech pro seniory nebo pobytu v nemocničním prostředí, sestra by aktivně měla pobízet seniora k omezení času na lůžku. V první řadě by se měl vyvarovat nadměrnému spánku přes den. Během dne je vhodné, aby měl dostatek přirozené pohybové i duševní aktivity (Špatenková a Smékalová, 2015). Pokud se senior bude snažit cvičit každý den, například bude provozovat cvičení s hudbou, dechová cvičení nebo samotné cvičení chodidel, posílí se jeho imunitní systém, neohrozí žilní systém a posílí aktivitu během dne, tudíž by měl mít lepší kvalitu spánku v noci (Klevetová a Dlabalová, 2008). Senior by měl mít vhodnou postel, v místnosti by měla být tma a teplota by se měla pohybovat od 18 do 21 °C (Topinková, 2005).

Nedostatek spánku může u seniora následující den vyvolat mrzutost, únavu nebo může být podrážděný. Spánek sestra může podpořit úpravou lůžka či vyvětráním pokoje (Mlýnková, 2011). Aby veškeré tyto činnosti proběhly, je důležitá komunikace mezi sestrou pacientem/seniorem. Důležité je, aby byli senioři dostatečně informovaní. Když je dostatečně informován o problémech, které ho zajímají nebo mu působí starost, dochází k určitému uklidnění – tedy i k lepšímu usínání (Zacharová, 2016). Sestra by se měla vyhýbat komunikačním zlovykům, mezi které například patří přehnané emoční reagování, únik od tématu, překrucování skutečnosti, přehánění nebo zobecňování. Zkrátka senior by měl nabýt dojmu, že sestře se nemusí bát se s čímkoli svěřit. Ať už to bude z oblasti spánku a spánkové hygieny nebo z jiného problému, který ho v tu danou chvíli tíží, měl by vědět, že sestra je tu vždy pro něj (Vymětal, 2009).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1) Zmapovat, jaké nefarmakologické intervence jsou sestrami prováděny v rámci poskytované ošetrovatelské péče u osob ve věku nad 65 let v oblasti spánku.
- 2) Zjistit, jaké činnosti vykonávají osoby ve věku nad 65 let v oblasti spánkové hygieny.
- 3) Zjistit, jaké problémy se vykytují u osob ve věku nad 65 let v oblasti spánku.

2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaké nefarmakologické intervence jsou sestrami prováděny v rámci poskytované péče u osob nad 65 let v oblasti spánku?
- 2) Jaké činnosti vykonávají osoby nad 65 let v oblasti spánkové hygieny?
- 3) Jaké problémy se vyskytují u osob nad 65 let v oblasti spánku?

2.3 Operacionalizace pojmů

Senior - „Dle Světové zdravotnické organizace je základní klasifikace vyššího věku následující: 45-59 let střední nebo též zralý věk, 60-74 let vyšší věk nebo také rané stáří, 75-89 let stařecký věk a 90 let a výše dlouhověkost“ (Dvořáčková, 2012, s. 11).

Spánek - „Spánek je aktivní děj a k jeho uskutečnění je nutná aktivita mnoha mozkových oblastí, přiměřený stav celého organismu a vhodné vnější podmínky“ (Nevšimalová et al., 2020).

3 Metodika

3.1 Metody

Pro naši bakalářskou práci jsme si vybrali kvalitativní výzkumnou strategii, kde byla použita metoda dotazování. Technikou sběru dat byly polostrukturované rozhovory. Podle Hendla (2016) se rozhovor vyznačuje tím, že jeho tazatel má připravený návod neboli kostru témat a otázek, které chce během rozhovoru probrat.

Rozhovory byly realizovány u seniorů nad 65 let na jimi zvoleném místě, v nemocnici a domovech pro seniory v Jihočeském kraji, okres České Budějovice. Výzkumné šetření probíhalo i u sester na oddělení následné péče jihočeské nemocnice a sester, které pracovaly v domově pro seniory.

Před samotným výzkumným šetřením byl získán předchozí souhlas od hlavní sestry, vrchních sester a seniorů. Na začátku rozhovoru byli všichni dotazovaní seznámeni s tématem bakalářské práce a od každého byl předem získán ústní souhlas s rozhovorem. Také byla zmíněna anonymita a potvrzení, že výsledky šetření budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Otázky byly také doplněny zpětnou vazbou, kde jsme se dotazovaných ptali, jestli otázkám rozumí, popřípadě byly položeny doplňující otázky. Rozhovory byly rozděleny na „sestry“ a „senioři“. Rozhovor „sestry“ (Příloha 2) se týkal sester, u kterých bylo úkolem především zjistit, jaké ošetrovatelské intervence provádějí u pacientů/klientů v oblasti problematiky spánku. Rozhovor „senioři“ (Příloha 3) se týkal seniorů nad 65 let, kde jsme si dali za úkol zjistit, jaké mají problémy se spánkem.

Pro tuto práci byly stanoveny tři cíle a tři výzkumné otázky. Ve výzkumném souboru „sestry“ bylo sestrám položeno 14 otázek, kdy rozhovor trval od 10 do 15 minut. Některé odpovědi byly jednoslovné, a tak bylo třeba otázku rozvést, aby sestra lépe porozuměla šetření. Ve výzkumném souboru „senioři“ bylo pacientům/klientům a seniorům v domácím prostředí nad 65 let položeno 19 otázek, kdy rozhovor trval od 15 do 20 minut. Šetření bylo prováděno vždy v soukromí a klidném prostředí, kdy byl navozen příjemný rozhovor, případně z mé strany porozumění a vyslechnutí jejich problémů se spánkem. Většina seniorů otázkám k polostrukturovanému rozhovoru porozuměla dobře, a tak nebylo třeba otázky dále rozvádět. Získaná data byla zpracována otevřeným kódováním. Hendl (2016) uvádí, že je to část analýzy,

kteřá se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí podrobného studia údajů. Data jsme tedy zpracovali metodou tužka a papír a následně rozdělili do jednotlivých kategorií a podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku – rozhovory

Pro výzkumné šetření byly požity dva výzkumné soubory. Výzkumné šetření bylo prováděno ve vybrané jihočeské nemocnici, v domově pro seniory a u seniorů v domácím prostředí. Šetření proběhlo dohromady u šesti sester a devíti seniorů nad 65 let, a to z nemocnice, domova pro seniory a v domácím prostředí.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru „sestry“

Výzkumný soubor byl tvořen dohromady šesti sestrami, a to třemi sestrami z lůžkové části oddělení následná péče a tří sester z domova pro seniory. Byl použit záměrný výběr sester, kdy základním kritériem k výzkumnému šetření byla celková délka praxe minimálně deset let. Tato oddělení byla záměrně vybrána s ohledem na cílenou skupinu lidí nad 65 let. Soubor tvořilo pět žen a jeden muž. V rámci výzkumné části jsou sestry označovány jako S1-S6.

3.4 Charakteristika výzkumného souboru „senioři“

Výzkumný soubor byl tvořen dohromady devíti osobami nad 65 let, a to třemi pacienty z lůžkové části oddělení následné péče, třemi klienty z domova pro seniory a třemi seniory z domácího prostředí. Byl použit záměrný výběr, kdy základním kritériem pro výběr seniorů bylo plné zachování kognitivních funkcí. Výzkumného šetření se zúčastnilo šest žen a tři muži. Senioři jsou ve výzkumné části práce označovány jako P1-P9.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků (výzkumný soubor „sestry“)

V této kapitole jsou analyzovány výsledky výzkumného šetření „sestry“. Na základě analýzy výsledků šetření u sester z nemocnice a domova pro seniory (S1-S6) byly rozděleny výsledky do 4 kategorií a 10 podkategorií.

1 Identifikační údaje sester

- pohlaví, věk
- nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe, pracoviště

2 Zkušenosti sester s problematikou spánku u pacientů/klientů na oddělení

- nejčastější problémy se spánkem
- ošetrovatelské intervence
- řešení problematiky spánku

3 Nefarmakologické intervence

- nefarmakologické intervence
- zkušenosti s nefarmakologickými intervencemi
- aktivizace pacienta/klienta
- zajištění prostředí ke spánku

4 Záznamy sester a pacientovo/klientovo rodina

- záznamy o problémech se spánkem
- spolupráce s rodinou pacienta/klienta

4.1.1 Identifikace sester, pracoviště

V této kategorii uvádíme identifikaci sester – pohlaví, věk (Tabulka 1), nejvyšší dosažené vzdělání, celkovou délku praxe a na jakém pracovišti sestra pracuje (Tabulka 2). Výzkumného šetření se zúčastnilo pět žen a jeden muž. Jejich věk se pohyboval od 30 do 46 let. Průměrná délka věku byla 39 let. Středoškolsky vzdělané byly tři sestry, z toho jedna sestra se specializací ARIP a tři vysokoškolsky vzdělané sestry, z toho jedna sestra dále studující magisterské studium. Sestra S3 řekla: „Dostudovala jsem bakaláře a teď si dodělávám magistra, v červnu bych měla ráda hotovo.“ Jedna ze šesti sester má specializaci ARIP. Sestra S2 uvedla: „Mám zdrávku, a když jsem nastoupila do práce na JIPku, nemocnice po mně chtěla ARIP, tak jsem si ho teda dodělala, ale bylo to spíš z donucení.“ Sestra S4 řekla: „Před osmi lety jsem končil bakaláře.“ Délka praxe se pohybovala od 12 do 26 let. Průměrná délka praxe byla 20 let. Sestra S1 zmínila: „Je to děsivý, ale v praxi už jsem 23 let.“ Sestry S1, S2 a S3 pracují v nemocnici na lůžkové části oddělení následné péče. Sestry S4, S5 a S6 pracují v domově pro seniory.

Tabulka 1 obsahuje identifikační údaje sester, jež se účastnily výzkumu.

Tabulka 1 – Identifikační údaje sester

SESTRA	POHLAVÍ	VĚK
S1	Žena	42 let
S2	Žena	43 let
S3	Žena	46 let
S4	Muž	30 let
S5	Žena	35 let
S6	Žena	42 let

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Tabulka 2 obsahuje informace o nejvyšším dosaženém vzdělání sester, popřípadě o dalším probíhajícím studiu. Dále je uvedena celková délka praxe a pracoviště, na kterém dotazované sestry pracují. Výzkumné šetření bylo prováděno záměrně

na dvou pracovištích, kde je velká pravděpodobnost hospitalizace osob nad 65 let, a to v jihočeské nemocnici na oddělení následné péče a v domově pro seniory. Tři sestry byly z oddělení následné péče a tři z domova pro seniory.

Tabulka 2 – Profesní charakteristika

SESTRA	VZDĚLÁNÍ	PRAXE	PRACOVISŤE
S1	Vysokoškolské	23 let	Oddělení následná péče
S2	Středoškolské se specializací	25 let	Oddělení následná péče
S3	Vysokoškolské, studující vysokou školu	26 let	Oddělení následná péče
S4	Vysokoškolské	12 let	Domov pro seniory
S5	Středoškolské	15 let	Domov pro seniory
S6	Středoškolské	20 let	Domov pro seniory

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

4.1.2 Zkušenosti sester s problematikou spánku u osob nad 65 let na oddělení

V této kategorii jsme se zaměřili na to, jaké problémy se spánkem pacienti/klienti nad 65 let na jejich oddělení nejčastěji mají. Zajímalo nás také to, jaké ošetrovatelské intervence sestry provádí u pacientů/klientů nad 65 let (Tabulka 3), kteří mají problémy se spánkem a jak tuto problematiku nejčastěji řeší.

První zkoumaná podkategorie se zaměřovala na to, jaké problémy se spánkem pacienti/klienti nad 65 let na jejich oddělení nejčastěji mají. Nejčastější odpovědí bylo spaní během dne a poté navazující nespavost v noci. Takto odpověděly sestry S2, S4 a S6. Sestra S2 řekla: „*Nejčastěji spí přes den a v noci jsou vzhůru, prostě nemají činnost.*“ Sestra S4 uvedla: „*Spíš v noci nespí, a že jich není málo.*“ Další odpověď uvedla sestra S1: „*Mají potíže s usínáním, také se často budí v noci.*“ Podobné odpovědi uvedly sestry S3 a S5, které odpověděly, že nejčastějším problémem je nespavost kvůli častému nucení na močení. Sestra S3 zmínila: „*Často se budí v noci kvůli čůrání, to je u nás asi nejčastější.*“

V následující podkategorii nás zajímalo, jaké ošetrovatelské intervence sestry používají u osob nad 65 let, které mají problémy se spánkem. Všech šest sester se shodlo na vyvětrání pokoje. Kromě sestry S1 se sestry také shodovaly na podání medikace dle ordinace lékaře, poté byly jejich odpovědi rozdílné. Sestra S5 odpověděla: „*Podám*

hlavně tabletu na spaní podle ordinací.“ Sestra S1 řekla: „Většinou vyvětrám pokoj, upravím lůžko, někdy zařadím i uklidnění, dám pusinku na čelíčko a tak.“ Sestra S4 vysvětlila: „Asi podám hlavně tabletku na spaní, možná to i kolikrát působí jako placebo, ale když si o to řeknou, ráda jim tabletu podám, a ještě vypínám televizi.“ Sestra S2 kromě vyvětrání pokoje a tablety na spaní dodala: „Dám jim hlavně tu tabletku na spinkání, vyvětrám a v deset hodin bez kompromisů vypínám televizi, aby nerušila ostatní pacienty.“ Poslední otázka, která nás v této kategorii zajímala, byla podkategorie, jak problematiku spánku u seniorů sestry řeší. Všechny odpovědi sester se shodovaly v podání medikace dle ordinace lékaře.

Tabulka 3 obsahuje ošetrovatelské intervence, které sestry používají u pacientů/klientů nad 65 let, jež trpí problémy se spánkem.

Tabulka 3 – Ošetrovatelské intervence u problematiky spánku

OŠETŘOVATELSKÁ INTERVENCE	SESTRA
Vyvětrání pokoje	S1, S2, S3, S4, S5, S6
Medikace dle ordinace lékaře	S2, S3, S4, S5, S6
Vypnutí TV nebo rádia	S4, S2
Uklidnění	S1

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

4.1.3 Nefarmakologické intervence

V této kategorii nás zajímalo, jaké nefarmakologické intervence sestry realizují u pacientů/klientů nad 65 let před samotným spánkem (Tabulka 4), zda se budou shodovat s ošetrovatelskými intervencemi, které jsme uvedli v předchozí kategorii. Také nás zajímala zkušenost s nefarmakologickými intervencemi, jakým způsobem aktivizují pacienta během dne a jaké zajišťují sestry prostředí pro pacienty/klienty pro spánek (Tabulka 5).

V první podkategorii jsem se zajímala, jaké nefarmakologické intervence sestry realizují u pacientů/klientů před samotným spánkem. Nutno podotknout, že kromě podání

medikací dle ordinací lékaře byly odpovědi velice podobné jako u otázky se zaměřením na ošetrovatelské intervence. Vypnutí televize zmínila sestra S1, S2, S4, S5 a S6. Sestra S6 řekla: *„Někteří mají rádio, které před spaním poslouchají, tak jim ho ráda pustím. Pak teda vždycky vypínám televizi a vyvětrám pokoj.“* Sestry se také snaží zajistit pohodlí ke spokojenému spánku pacientů/klientů. Pohodlí zmiňují sestry S1, S3, S4 a S5. Sestra S4 odpověděla: *„Vypínám televizi, vyvětrám, poupravím lůžko.“* Sestra S3 řekla: *„Ptám se, jestli se jim leží dobře, jestli nechtějí vypodložit a pak vyvětrám.“* Všech šest sester opět zmiňuje vyvětrání pokoje. Sestra S1 uvedla: *„Určitě vyvětrám pokoj a poupravím lůžko. Nic jiného už mě asi nenapadá.“* Jedna sestra S2 se kromě všech výše zmíněných intervencí ptá i na rituály. Sestra S2 odpověděla: *„Vyvětrám pokoj, vypnu televizi, a ještě se zeptám, jestli něco před spaním nechtějí. Víím, že každý má své rituály, proto se občas zeptám.“*

Tabulka 4 obsahuje nefarmakologické intervence, které sestry realizují před samotným spánkem u pacientů/klientů nad 65 let.

Tabulka 4 – Nefarmakologické intervence u problematiky spánku

NEFARMAKOLOGICKÉ INTERVENCE U PROBLEMATIKY SPÁNKU	SESTRA
Vypnutí televize	S1, S2, S4, S5, S6
Vyvětrání pokoje	S1, S2, S3, S4, S5, S6
Zajištění pohodlí	S1, S3, S4, S5
Zajištění spánkových rituálů	S2
Rádio	S6

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Další podkategorií jsou zkušenosti sester s nefarmakologickými intervencemi u pacientů/klientů nad 65 let. Z výzkumného šetření sestry S1, S2, S4 a S5 vypověděly, že nemají spíše žádné zkušenosti s nefarmakologickými intervencemi nebo si je nevybavují. Sestra S5 řekla: *„Spíše žádné, dělám to, co by mně bylo před spaním příjemné, případně co si sami vyžádají.“* Sestra S2 odpověděla: *„Nevím, asi žádné, nic se mi teď nevybaví.“* Naopak sestra S3 vyjmenovala hned několik

zkušeností a uvedla: „Vím, že je dobrá vyvětraná místnost, klidně i namažu záda a hlavně, aby neměli bolesti.“ Sestra S6 dodala: „Nevím, ale dělám, co mohu a co by mně samotné bylo příjemné.“

Následná podkategorie byla zaměřena na aktivizaci pacienta/klienta během dne (Tabulka 5). Ve výzkumném šetření jsme se zeptali sester, jak seniory aktivizují a odpovědi se výrazně lišily. Sestry (S1), (S3) a (S4) se shodly na odpovědi, že lidem pustí televizi. Sestra S1 řekla: „Většinou pustím televizi, která je trochu probere, pak je taky pobízím k pohybu.“ Odlišná odpověď přišla od sestry S2, jež zmínila: „Intenzivně je přes den budím a říkám jim, ať nespí jak šípková Růženka, že v noci pak nespí.“ Sestra S3 kromě zapnutí televize a buzení ze spánku během dne ještě dodává: „Nu, pustím jim televizi, snažím se je probat a posadím je v posteli.“ Sestry z domova pro seniory se řídí programy, které domov několikrát do týdne nabízí. Sestra S4 včetně puštění televize ještě zmiňuje: „Aktivity mají u nás senioři několikrát do týdne, záleží na tom, jak jim to zdravotní stav dovolí nebo jim pouštím televizi.“ Program k aktivizaci uvedly sestry i S5 a S6. Sestra S5 pobízí seniory k nespání přes den stejně jako sestra S2. Sestra S5 řekla: „Podle toho, jaký je zrovna v ten den program, když žádný není, snažím se jim říkat, aby přes den tolik nespali.“ Sestra S6 kromě různých terapií v domově ještě dodává povídání si s lidmi. Ve své výpovědi uvedla: „U nás mají různé aktivity přes den, arteterapie, různé vyrábění, muzikoterapie, někdy si třeba jen povídáme, je to různé.“ Sestry S1, S2, a S3 z nemocničního prostředí se denním programem pro seniory liší od sester S4, S5 a S6 z domova pro seniory. V domově pro seniory mají několikrát do týdne různé programy, které aktivizují klienty přes den, kdežto v nemocničním prostředí aktivizace pro pacienty nejsou tak časté.

Tabulka 5 – Aktivizace pacienta

AKTIVITA	SESTRA
Zapnutí televize	S1, S3, S4
Buzení během dne	S2, S5
Arteterapie, muzikoterapie	S4, S5, S6
Povídání	S6
Sezení v lůžku	S3
Pobízení k pohybu	S1

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Poslední podkategorie v kategorii nefarmakologických intervencí se týká zajištění prostředí pacienta/klienta pro spánek (Tabulka 6). U dotazovaných sester nás zajímalo, jakým způsobem prostředí zajistí a co všechno pro to dělají. Sestry S1, S2, S3, S4 a S5 odpověděly zhasnutím světla, zapnutím nočního světla nebo tmou. Sestra S3 řekla: *„Ztlumíme světlo, vypneme televizi, zavřeme dveře, aby nešel hluk z chodby a snažíme se, aby měli klid.“* Sestra S1 uvedla podobnou odpověď: *„Zhasnu světlo, vyvětrám místnost, zapnu noční světlo, vypnu televizi, minimalizuji rušivé vlivy.“* Omezení rušivých faktorů zmiňuje i sestra S3 a S4, která řekla: *„Hlavně ztlumím světla a omezím hluk třeba z chodby, dávám si pozor, aby nebouchaly dveře.“* Sestry S1 a S6 uvedly kromě vypnutí televize ještě další věc. Sestra S6 dodala: *„Musí se v místnosti, které spí, cítit dobře, pak ještě teda vyvětrám a vypnu telku.“* Naopak sestra S2 pouze odpověděla: *„Asi tma a ticho.“*

Tabulka 6 – Zajištění prostředí ke spánku

ZAJIŠTĚNÍ PROSTŘEDÍ	SESTRA
Tma, noční světlo, zhasnutí světla	S1, S2, S3, S4, S5
Minimalizace rušivých vlivů	S1, S3, S4
Otevření okna	S1, S6
Vypnutí televize	S1, S3
Ticho	S2

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

4.1.4 Práce s ošetrovatelskou dokumentací a pacientovou/klientovou rodinou

Poslední podkategorií ve výzkumném šetření byla práce sester s ošetrovatelskou dokumentací a pacientovou/klientovou rodinou. Zajímalo nás, jak zaznamenávají problémy se spánkem na svém oddělení do ošetrovatelské dokumentace. Nejčastěji bylo zmiňováno ústní předání služby a zápis do ošetrovatelské dokumentace. Odpovědi dotazovaných sester z nemocničního prostředí se od sester z domova pro seniory výrazně nelišily. Sestry S2, S3, S5 a S6 odpověděly, že záznam o problémech se spánkem předávají ústní formou. Sestra S2 řekla: *„Nijak to nezapisuju, předám to holkám, aby to vyřídily ošetřujícímu lékaři.“* Sestra S3 zmínila také zápis do ošetrovatelské dokumentace stejně tak jako sestry S1, S4, S5 a S6. Sestra S3 odpověděla: *„Nezaznamenáváme si to asi nijak, předáme si to hlavě při předávání služby, případně provedu záznam do dokumentace.“* Pouze sestra S1 odpověděla, že vede záznam do ošetrovatelské anamnézy a do denního hlášení. Odpověděla slovy: *„Většinou to zapíšu do ošetrovatelské anamnézy, kde si to doktoři přečtou a pak i do denního hlášení.“*

Poslední otázkou bylo, jestli využívají spolupráce s pacientovou/klientovou rodinou, který má problémy se spánkem. Více jak polovina sester odpověděla, že spolupráce s pacientovou/klientovou rodinou nevyužívají nebo si toho nejsou vědomy. Takto odpověděly sestry S1, S2, S4 a S5. Sestra S2 řekla: *„Ne, nevyužívám, pokud teda nemá nějaký spešl návyky.“* Sestra S4 odpověděla: *„Nevím, spíš ne.“* A sestra S5: *„Nejsem si vůbec vědoma, že bych někdy spolupracovala.“* Opakem

byly sestry S3 a S6. Sestra S3 řekla: „*Určitě, pokud mají nějaké zvyklosti z domova, tak ano, dokážeme jim zajistit třeba jejich oblíbený polštářek a tak.*“ Sestra S6 dodala: „*Ano, většinou u nového klienta zajišťujeme zvyklosti z domova, ale není to pravidlem.*“

4.2 Kategorizace výsledků (výzkumný soubor „senioři“)

V této kapitole jsou analyzovány výsledky z výzkumného šetření „senioři“. Na základě analýzy z výsledků šetření u osob nad 65 let z nemocnice, domova pro seniory a domácího prostředí (P1-P9) si rozdělujeme výsledky do 7 kategorií a 13 podkategorií.

1 Identifikační údaje seniorů

- pohlaví a věk
- prostředí

2 Spánková hygiena seniorů

- spánkové rituály
- celková doba spánku a usínání
- uléhání ke spánku

3 Problematika spánku seniorů

- buzení se v noci
- spaní během dne

4 Denní činnosti seniorů

- činnosti během dne
- únava ve večerních hodinách

5 Problémy se spánkem

6 Rušivé faktory během usínání a farmakoterapie

7 Vliv problematiky spánku na kvalitu života

- míra spokojenosti se spánkem
- jak senioři řeší problematiku spánku
- možnost svěřit se s problematikou spánku svým blízkým

4.3 Identifikace osob nad 65 let

V této kategorii uvádíme identifikaci osob nad 65 let – pohlaví, věk (Tabulka 7) a v jakém prostředí se osoba v době výzkumného šetření nacházela (jedná se o nemocnici, domov pro seniory nebo domácí prostředí) (Tabulka 8). Dotazováno bylo celkem devět seniorů, z toho sedm žen a dva muži. Jejich věk se pohyboval od 65 do 92 let věku. Průměrná délka věku byla 73 let.

Tabulka 7 obsahuje přehled věku a pohlaví dotazovaných osob.

Tabulka 7- Identifikace osob

OSOBA	POHLAVÍ	VĚK
P1	Žena	69 let
P2	Žena	80 let
P3	Žena	70 let
P4	Žena	92 let
P5	Žena	65 let
P6	Žena	73 let
P7	Muž	74 let
P8	Žena	66 let
P9	Muž	70 let

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Do této kategorie jsme zařadili i rozdělení seniorů do prostředí, ve kterém se nacházeli. Senioři P1, P5 a P6 byli v nemocnici. Senioři P2, P7 a P9 byli v domově pro seniory. A zbývající senioři P3, P4 a P8 se nacházeli v domácím prostředí.

V Tabulce 8 uvádíme přehled prostředí, ve kterém se v době výzkumného šetření senioři nacházeli.

Tabulka 8 – Prostředí

PROSTŘEDÍ	SENIOR
Nemocnice	P1, P5, P6
Domov pro seniory	P2, P7, P9
Domácí prostředí	P3, P4, P8

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

4.4 Spánková hygiena seniorů

V této kategorii uvádíme spánkovou hygienu. Zajímalo nás, jaké jsou jejich spánkové rituály, dále jsme se dotazovali, v kolik hodin chodí spát a jak dlouho trvá, než usnou. Dále nesměla chybět celková délka spánku, zajímal nás i spánek přes den, buzení se v noci, popřípadě jaká byla jeho příčina a v neposlední řadě jsme se dotazovali, jestli spí přes den.

První podkategorie zahrnuje spánkové rituály. Ve výzkumném šetření jsme se seniorů ptali, jaké mají spánkové rituály. V dnešní době se senioři před spaním neobjedou bez rádia nebo televize. Celkem sedm seniorů odpovědělo, že do svých spánkových rituálů před spánkem řadí televizi nebo rádio. Pouze senioři P3 a P7 odpověděli, že žádné spánkové rituály nemají. Senior P7 řekl: *„Žádný rituály nemám, prostě lehnu a spím.“* Senior P9 zmínil jen sledování televize a senioři P6 a P5 přidali ještě hygienu a čtení oblíbené knihy. Senior P6 řekl: *„Občas si čtu svoji oblíbenou knížku, umyju se a pak koukám na televizi, u který většinou usnu.“* Senior P1 řadí k televizi vždy vyvětrání pokoje, svou odpověď komentuje slovy: *„Vždycky vyvětrám, pak si pustím televizi a u tý usínám.“* Senioři P1 a P8 zahrnuli do svých odpovědí i večerní úklid. Senior P3 odpověděl pouze umytí nádobí a televizi, kdežto senior P8 řekl: *„Většinou s dědou koukáme na telku, u který on mimochodem vždycky usne. Já nejdu spát, dokud nemám uklizeno, jinak nejsem schopná usnout. Pak se umyju a jdu spát.“* Senior P4 nacházející se v domácím prostředí uvedl daleko širší odpověď ke spánkovým rituálům. Svou odpověď rozvedl slovy: *„Ano, půl hodiny před spaním si zapnu elektrickou dečku v posteli, abych měla teplo. V 10 hodin si jdu lehnout a do půl 11 poslouchám čtení na pokračování – teď je tam Švejk, vezmu si Zolpidem a jdu spát.“*

Následující podkategorie řeší uléhání ke spánku. Zeptali jsme se, v kolik hodin chodí senioři spát. Doba uléhání ke spánku se pohybovala od 8 hodin večer až do 2 hodin v noci. Již okolo 8 hodiny večerní chodí spát senior P6, který řekl: *„Někdy spím už v 8 hodin, ale někdy ne a usnu i dýl.“* Odpovědi se shodovali senioři P3, P8 a P9, kteří řekli, že chodí spát okolo 11-12. hodiny večer. Dalo by se říci, že podobně odpověděl i senior P5, který řekl, že chodí spát okolo půl 12. Senior P4 chodí spát v půl 11 a senior P1 o půl hodiny dříve. Senior P1 řekl: *„Je to různý, podle toho, jak jsem unavená, ale většinou kolem 10 už ležím.“* Po půlnoci usínají senioři P3 a P7, kteří ve svých odpovědích zmiňují bolest. Senior P3 řekl: *„Až tak okolo 1 hodiny, na večer mám bolesti, který mě nenechají usnout dřív.“* Senior P7 odpověděl: *„Usínám až okolo 2 hodiny v noci. Spasmus a bolest nohou mě prostě nenechají.“*

V následující podkategorii bylo zjišťováno, jak dlouho seniorům trvá, než usnou. Během pár minut usnou senioři P1 a P9. Senioři P4 a P5 usínají cca půl hodiny a okolo hodiny usíná senior P8. Odpovědi se lišily u seniorů P2, P3, P6 a P7. Po námaze nebo únavě usnou hned senioři P2 a P3. Senior P2 řekl: *„Když jsem unavená, tak usnu hned a jinak to nepočítám na hodiny nebo minuty.“* Senior P3 uvedl: *„Když jsem po námaze, tak usnu dobře, někdy usnu i přes den, jak jsem unavená.“* Senior P6 zmiňuje i psychickou rovnováhu, bolesti a počasí: *„Podle toho, jestli mám bolesti, podle psychiky, a i počasí hraje velkou roli.“* Tento senior se nacházel v době rozhovoru v nemocnici. Poslední senior P7 uvádí: *„Jakmile je mi chvilku dobře, tak usnu hned.“*

V následující podkategorii jsme se zjišťovali, kolik hodin přibližně senioři spí. Jejich odpovědi byly velice rozdílné. Z analýzy výzkumného šetření by se dalo říci, že senioři nacházející se v době rozhovoru v nemocničním prostředí spali daleko hůře než senioři v domácím prostředí nebo v domově pro seniory. V nemocničním prostředí byli senioři P1, P5 a P6. Doba jejich spánku se pohybovala od 2 do 5 hodin. Senior P1 uvedl, že spí okolo 5 hodin, někdy i méně, senior P5 řekl, že spí dokonce jen 2-3 hodiny a senior P6: *„Podle bolestí, někdy mi stačí 4 hodiny, někdy spím i okolo 5 hodin, ale to už musí být, abych se konečně vyspala.“* Ti, kteří byli z domova pro seniory spali od 5 do 6 hodin. Senioři P2 a P9 se shodli na 6 hodinách spánku a senior P7 uvedl 5 hodin. Nejlépe spali senioři, kteří se nacházeli v domácím prostředí. Uvedli 6 až 8 hodin spánku. Senior P3 řekl: *„Tak 6 hodin, někdy i 8, když se zadaří.“* Senior P4 uvedl: *„Asi 8 hodin, je to různý.“* A senior P8 spí podle své výpovědi 7 hodin.

4.5 Problematika spánku u seniorů

V této kategorii nás zajímal spánek přes den, buzení se v noci, popřípadě jaká byla jeho příčina. V následující podkategorii jsme zjišťovali, zda senioři spí přes den, případně kolik hodin. Senioři P1 a P3 se shodovali a odpověděli, že většinou přes den nespí. Jednoznačně odpověděli P2, P4, P5, P8 a P9, kdy se shodli, že přes den nespí, jen senior P4 dodal: *„Ne vůbec, ale někdy si klímnu v křesle.“* K tomu senior P5 upřesnil: *„V nemocnici spím tak hodinu denně a doma nespím přes den vůbec.“* Odlišně odpověděl senior P6, který přes den spí i několik hodin, řekl: *„Jo někdy přes den spím několik hodin, a čím víc spím, tím víc se mi chce spát a takhle je to kolikrát celý den.“* Senior P7 odpověděl: *„Spím úryvkovitě, po půl hodinách několikrát denně a dost mě to kolikrát štve.“*

Poslední podkategorií této kategorie bylo buzení v noci. Zajímalo nás, jestli se v noci budí, případně aby nám uvedli příčinu. Jediní senioři P2 a P5 uvedli, že se v noci nebudí. Jen senior P5 dodává: *„Ne nebudím se, jen občas, když se mi chce na záchod a změna prostředí mi taky nedělá dobře.“* Noční buzení a nucení na močení zmiňují také senioři P1, P4 a P9. Senior P1 řekl: *„Jo, budím se. Mám naučené, že jdu ve 2 a pak v 5 na záchod.“* Senioři P4 a P9 uvádějí nucení na močení 2 - 3x za noc. Senior z domácího prostředí P3 odpověděl: *„Budím se bolestí, pak začnu mít negativní myšlenky, který se většinou nějak snažím zahnat, tak si pustím televizi nebo jsem na telefonu. Taky nemůžu spát, když mám druhý den jet do města nebo mám před sebou nějakou starost. I blbej oběd s vnoučatama mě rozhodí a nemůžu spát.“* Bolest jako příčinu nočního buzení udává i senior P6 z nemocničního prostředí a senior P7 z domova pro seniory. Jen senior P8 se v noci budí kvůli chrápání svého manžela: *„No jo, jak bych v noci mohla spát, když děda chrápe.“*

4.6 Denní činnosti seniorů

V následující kategorii jsme se zaměřili na to, jakou aktivitu vykonávají senioři nad 65 let během dne. Zajímalo nás, jestli jsou na konci dne unavení i podle aktivit, které během dne vykonávají.

V první podkategorii nás zajímala samotná aktivita seniorů během dne. Rozsah odpovědí byl poměrně velký, a tak pro lepší přehlednost uvádíme tabulku, kde jsou všechny aktivity zobrazeny (Tabulka 9). Opět většina dotazovaných do svých odpovědí

zahrnula sledování televize. Takto odpověděly senioři P1, P2, P4, P7, P8 a P9. Senior P9 řekl: „*Najím se, dívám se na televizi, když je tady nějaký program, tak se občas zúčastním, jinak když nebyla korona, vyzvedával mě syn a jezdili jsme do cukrárny nebo na malý výlety.*“ Senior P1 ještě dodává: „*Ráda luštím křížovky, dívám se na televizi a obsluhuju si svojí stomii.*“ Senioři P3 a P8, kteří se v době rozhovoru nacházeli v domácím prostředí, zmínili ve svých odpovědích i práci na zahradě a domácí práce. Senior P3 uvedl: „*Ráda vařím, pečů, starám se o zahradu, dávám si kávičku s cigaretou, luštím sudoku a uklízím.*“ Senior P8 odpověděl: „*Jezdíme na zahradu, uklízím, vařím a dívám se na televizi. Když není počasí a dávají zrovna cyklistiku, to je něco pro mě.*“ Třetí senior z domácího prostředí kromě vaření, starosti o domácnost a dívání se na televizi, přidává ještě četbu a poslech rádia. Čtení knihy nebo časopisu zmínili i senioři P5 a P7. Senior P5 řekl: „*Čtu časopisy, chodím na procházky a taky chodím na rehabilitace.*“ Senior z nemocničního prostředí P6 pouze odvětil: „*Nic, jen spím, ležím a jím.*“ Ležení do své odpovědi zahrnul i senior P2: „*Ráda mlsám, poslouchám televizi, spíš jen ležím.*“ Tento senior se nacházel v době rozhovoru v domově pro seniory.

Pro lepší přehlednost uvádíme Tabulku 9, která obsahuje přehled aktivit seniorů během dne.

Tabulka 9 – Aktivita během dne

AKTIVITA	SENIOR
Televize, rádio	P1, P2, P4, P7, P8, P9
Ležení	P2, P6
Práce na zahradě	P3, P8
Domácí práce	P3, P4, P8
Vaření	P3, P4, P8
Čtení, křížovky, sudoku	P1, P3, P4, P5, P7
Procházky, rehabilitace	P5

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

V této podkategorii jsme zjišťovali, jestli jsou senioři po zmiňovaných denních aktivitách na konci dne unavení. Senioři P1, P2, P7 a P9 odpověděli, že na konci dne

jsou unavení. Takto odpověděl senior P2: „*Jo to teda jsem, vždyť už taky nejsem nejmladší.*“ Opakem byli senioři P3, P4 a P6, kteří odvětili, že nejsou na konci dne unavení. Senior P3 odpověděl: „*Ne, spíš večer ožívám a ráno jsem unavená.*“ A takto odpověděl senior P4: „*Ani ne, ale bolí mě na konci dne nohy.*“ Senior P6, který pobýval v době rozhovoru v nemocnici, odpověděl jednoznačně: „*Ne.*“ Kolísavou únavou na konci dne trpěl senior P5, který jen odvětil: „*Jak kdy.*“ Podobnou odpověď měl i senior P8: „*Někdy jo, někdy ne, je to taky hodně podle počasí.*“

4.7 Problémy se spánkem

V této kategorii jsme se zaměřili na jednotlivé problémy se spánkem. Zajímalo nás, jaké poruchy spánku senioři konkrétně mají. V době rozhovoru jsme postupovali tak, že jsme nejdříve přečetli otázku, ve které jsme jednotlivé problémy se spánkem vyjmenovali. Senior nám poté odpověděl, jestli se s některým z jmenovaných problémů spánku setkal. Zajímalo nás, jestli mají problémy s usínáním, probouzením se v noci, častým probouzením v ranních hodinách a kratším zdřímnutím během dne. Senior P6 z nemocničního prostředí odpověděl, že má všechny ze jmenovaných problémů se spánkem. Naopak senior P5 též z nemocničního prostředí odpověděl: „*Nic z toho.*“ Kratší zdřímnutí během dne uvedli senioři P1 a P7. Senior P1 odpověděl: „*Když si zapnu televizi nebo si začnu číst knížku, tak se přistihnu, jak si občas zdřímnu.*“ Probouzení se v noci zmínili senioři P3, P4 a P8. Senior P4 řekl: „*Jak jsem říkala, budím se 2 - 3x v noci na záchod.*“ Problémy s usínáním mají senioři P2 a P9. Senior P2 odvětil: „*No, určitě problémy s usínáním, to je můj jeden velkej problém, jednou se mi povedlo usínat snad 3 hodiny.*“ Ve druhé otázce této kategorie jsme se ptali, jestli trpí senioři náměsíčností, skřípáním zubů, chrápáním, krátkodobou zástavou dechu, mluvením ze spaní a nočními děsy. Problémy s chrápáním mají senioři P1, P3 a P9. Senior P1 odpověděl: „*Vím, že chrápu, chvilčkama se mi zdá, jako když sahám po nějakých věcech, jinak nic.*“ Senior P9 řekl: „*Občas prej chrápu, ale jinak nic z toho, co jste jmenovala.*“ Zlé sny mají senioři P2 a P6. Senior P2 řekl: „*Ty děsy, občas se mi zdá fakt něco ošklivýho.*“ Senioři P4, P7 a P8 netrpí na žádnou z výše jmenovaných kvalitativních poruch spánku.

4.8 Rušivé faktory během usínání a farmakoterapie

V kategorii 6 jsme se věnovali tomu, jaké faktory seniory ruší v době usínání. Zajímalo nás také, jaké léky na spaní berou, o jaké léky se konkrétně jedná a jaký je jejich počet.

Dokonce 6 z 9 dotazovaných seniorů odpovědělo, že žádné faktory jejich spánek v době usínání neruší. Seniori P2 a P6 odpověděli podobně, zmínili štěkot psů. Senior P2 řekl: *„Akorát psi, když večer štěkají.“* A senior P6 odpověděl: *„To nevím asi nic, jen někdy slyším psy štěkat, a to mě rozčiluje.“* Senior P3 ve své odpovědi zmínil psychické rozpoložení: *„Když si lehnu, kolikrát začnu přemýšlet, co by bylo, kdyby. Když mám před sebou nějakou starost nebo povinnosti, nemůžu zkrátka usnout.“*

Dále nás zajímala farmakoterapie. Ptali jsme se, jaké léky na spaní seniori užívají a jejich počet. Seniori P1, P5 a P9 odpověděli, že žádné léky na spaní neužívají. Na léku Zolpidem, se shodovali seniori P4 a P8. Senior P8 řekl: *„Jo, něco беру, myslím, že Zolpidem se to jmenuje, jen jednu tabletu vždycky před spaním si zobnu.“* Senior P4 odvětil: *„Ano, Zolpidem před spaním.“* Dále seniori P1, P5 a P7 zmínili ve svých odpovědích tablety proti bolesti. Senior P1 odpověděl: *„Ne, akorát něco na bolest.“* Senior P5 řekl: *„Ne, asi ne, akorát občas na bolest si vezmu.“* Kdežto senior P7 zahrnul do své odpovědi i opiátové tablety: *„Jo, Oxykodon na bolest a pak Baclofen. Ale hlavně na tu bolest.“* Senior P2 odpověděl jednoslovně, že užívá Tiapridal. Senior P3 pobývajícím v domácím prostředí odpověděl: *„Jak jsem říkala, když mám před sebou starost, zobnu si Lexaurin 1,5 mg, ale maximálně 3x do měsíce.“* Jediný senior P6 se vydal přírodní cestou a užívá při problémech se spánkem kozlíkové kapky.

4.9 Vliv problematiky spánku na kvalitu života

V této kategorii jsme se zaměřili na to, jak jsou seniori spokojeni se svým spánkem. Také nás zajímalo, jakým způsobem ovlivňují problémy se spánkem jejich životy a jak tuto problematiku spánku řeší. Ptali jsme se, komu se se svými problémy seniori svěřují, případně jestli problematiku spánku řeší se svým praktickým lékařem.

První podkategorií byla míra spokojenosti se spánkem. Zajímalo nás, jestli jsou seniori se svým spánkem spokojeni. Seniori P2, P3, P5, P6, P7 a P9 nejsou se svým spánkem spokojeni. Což je většina dotazovaných. Senior P2 odpověděl: *„No to teda nejsem, mohlo by to být daleko lepší. Víím, že chodím dlouho ležet.“* Senior P5 pouze odvětil: *„Mohlo by to být lepší.“* Senior P7 řekl: *„Moc ne, mohlo by to být daleko lepší, mám hodně bolesti.“* Seniori P3, P6 a P9 shodně jednoslovně odpověděli, že spokojeni nejsou. Ale seniori P1, P4 a P8 odpověděli, že se svým spánkem naopak spokojeni jsou. Senior P4 odvětil: *„Zaplat'pánbůh za to!“*

V další podkategorii jsme se ptali, jakým způsobem ovlivňují problémy se spánkem jejich životy. Osm z devíti dotazovaných seniorů odpovědělo, že problémy se spánkem nijak jejich životy neovlivňují. Pouze senior P6 odpověděl: „*Občas se mi stává, že usnu u stolu a muž do mě vždycky musí drknout, abych nespala.*“ Dále nás zajímalo, jak se snaží vypořádat s problémy v oblasti spánku. Ale u této otázky byly odpovědi již rozdílné. Shodovali se senioři P2, P5 a P8. Senioři P2 a P8 odpověděli jednoslovně: „*Nijak.*“ Ale senior P5 svou odpověď rozvedl: „*Asi nijak, dopiju si večerní kafe a jdu prostě spát.*“ Dále byly odpovědi dotazovaných rozdílné. Senior P1 řekl: „*Myslím si, že moje spaní je běžný.*“ Senior P3 zahrnul do své odpovědi tabletu na spaní: „*Vezmu si tabletu, a když neusnu, tak se nic neděje. Vždyť jsem v důchodu, kdyžtak to dospím přes den, no.*“ Senior P4 odpověděl: „*Usnu a tím to končí. Když se vzbudím, nesmím nikam chodit. Kdybych začala něco dělat, tak už pak neusnu.*“ Stejně jako senior P3 zahrnul tabletu do své odpovědi i senior P6, který řekl: „*Vezmu tabletu na spaní a ty kozlíkovy kapky a zalehnu.*“ Senior P7 odpověděl: „*Podle toho, jak mi je, kdyžtak zavolám sestřám přes telefon.*“ A poslední senior P9 se vyjádřil slovy: „*Zapnu si televizi. Někdy u ní usnu, dělá mi dobře.*“

V poslední podkategorii této bakalářské práce nás zajímalo, jestli se senioři mají se svými problémy v oblasti spánku komu svěřit. Pak nás zajímala konzultace problematiky s jejich praktickým lékařem. O problémech se spánkem se nikomu nesvěřují senioři P5, P7, P8 a P9. Senior P5 odpověděl: „*Když nemám problémy, tak se nikomu nesvěřuju.*“ Senior P7 řekl: „*S nikým se o tom nebavím.*“ Senior P6 odpověděl, že se svěří jen své manželce, naopak senior P4 svou odpověď rozvedl: „*Dceru to nezajímá, syna taky ne. Jediný zájem má vnučka.*“ Senior P1 preferuje rodinu: „*Spíše dcerám, ty mě vždycky vyslechnou.*“ Svěření rodině se svými problémy odpověděl i senior P3. A senior P2 odpověděl: „*No, asi kamarádka z práce.*“ Poslední otázka výzkumného šetření řešila, jestli senioři konzultují problematiku spánku se svým praktickým lékařem. Všechny devět dotazovaných seniorů odpovědělo, že tuto problematiku s praktickým lékařem neřeší.

5 Diskuse

Spánek se považuje za fyziologický stav vědomí, jehož hlavní funkcí je energetická úspora a regenerace. U osob vyššího věku dochází k fyziologickým změnám spánkového cyklu. Problémem je, že většina seniorů nebere obtíže se spánkem příliš vážně a tuto problematiku se svým praktickým lékařem neřeší. Dalším závažným problémem je závislost na hypnotikách. Role sestry je v problematice spánku u seniorů klíčová a spočívá především v plnění nefarmakologických intervencí v oblasti spánkové hygieny.

V překládané bakalářské práci s názvem *Problematika spánku v seniorském věku* byly stanoveny 3 cíle. Prvním bylo zmapovat, jaké nefarmakologické intervence byly sestrami prováděny v rámci poskytované ošetrovatelské péče u osob nad 65 let v oblasti spánku. Druhým cílem bylo zjistit, jaké problémy se vyskytují u osob nad 65 let v oblasti spánku. Třetí cíl se zaměřil na to, jaké činnosti vykonávají osoby ve věku nad 65 let v oblasti spánkové hygieny.

K těmto cílům jsme si stanovili tři výzkumné otázky. Pro výzkumné šetření byly vybrány dva výzkumné soubory. Rozhovory byly uskutečněny se sestrami a seniory.

Výzkumný soubor „sestry“ tvořily sestry z nemocnice a domova pro seniory. Sestry z nemocnice odpovídaly velice ochotně, některé otevřeně. Sestry z domova pro seniory odpovídaly spíše nesměle a opatrně a některé otázky jsme museli zopakovat, aby lépe porozuměly tomu, na co se přesně ptáme. Rozhovory se sestrami byly pro naši práci zajímavé a velice přínosné. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 6 sester. Následně jsme po analýze výsledků výzkumného šetření vytvořili 4 kategorie a 10 podkategorií.

První kategorie s názvem „*Identifikační údaje sester*“ obsahuje údaje o dotazovaných sestrách, jejich pohlaví a věku (Tabulka 1). Dále uvádíme nejvyšší dosažené vzdělání, celkovou délku praxe a na jakém pracovišti sestra pracuje (Tabulka 2). Byly osloveny sestry z nemocnice a z domova pro seniory. Výzkumné šetření bylo realizováno celkem u 6 sester. Středoškolsky vzdělané sestry byly 3, z toho jedna sestra se specializací ARIP a 3 sestry měly vysokoškolské vzdělání, kdy jedna ze sester dále pokračovala navazujícím magisterským studiem.

Ve druhé kategorii s názvem „*Zkušenosti sester s problematikou spánku u osob nad 65 let na oddělení*“ se zabýváme tím, jaké problémy se spánkem sestry řeší na svých odděleních u pacientů/klientů nad 65 let. Nejčastějším problémem byla nadměrná spavost během dne a nespavost v noci. Walker (2018) uvádí, že ve stáří může spánkový rytmus narušit demence, jaterní selhání nebo zánět mozku. Tony et al. (2020) zmiňují také onemocnění COVID-19, které má významný vliv na poruchy spánku. Domníváme se, že senioři se hůře adaptují na nové prostředí, proto u většiny hospitalizovaných pacientů dochází k nejistotě nebo strachu. V souvislosti se strachem a nejistotou dochází k insomni. Insomnie neboli nespavost je definovaná jako subjektivní stížnost na poruchu nočního spánku. Zpravidla se jedná o nespavost, která je charakteristická jako úbytek délky nebo kvality spánku člověka (Topinková, 2005). Odhaduje se, že nespavostí trpí 10-20 % populace (Plháková, 2013). Hypersomnie (nadměrná denní spavost) se vyskytuje asi u 5 % populace (Šonka a Šusta, 2013).

Jedním z cílů naší bakalářské práce bylo zmapovat, jaké ošetrovatelské intervence sestry provádí u pacientů/klientů nad 65 let v oblasti spánku. Vyvětrání pokoje zmínily všechny sestry. Téměř všechny sestry mluvily o podání medikace dle ordinací lékaře. Také zmínily vypnutí televize nebo rádia. Jedna ze sester uvedla, že je důležité pacienty před spaním uklidnit. Trachtová (2013) udává, že by sestra měla provádět takové intervence, aby byl spánek pacienta co nejkvalitnější. Měla by vytvořit klidné a příjemné prostředí ke spánku.

Ve třetí kategorii, která nese název „*Nefarmakologické intervence*“ jsme zjišťovali, jaké nefarmakologické intervence dělají sestry u seniorů před samotným spánkem (Tabulka 4). Nutno podotknout, že se odpovědi sester opakovaly stejně jako u předchozí kategorie týkající se ošetrovatelské intervence k problematice spánku. Myslíme si, že by sestry pro kvalitu spánku měly vytvářet takové prostředí, které je pro pacienta/klienta nejvhodnější.

V následující kategorii s názvem „*Zkušenosti sester s nefarmakologickými intervencemi*“ odpověděla více než polovina sester tak, že spíše nemá žádné zkušenosti nebo, že si zkušenosti nevybavují. Domníváme se, že sestry nemají mnoho zkušeností, protože intervence uváděné v rozhovorech v praxi neaplikují. Dále se sestry snaží

zajistit pro pacienta/klienta takový komfort, který by byl příjemný samotným sestřám. Sestra z nemocnice uvedla, že má dobrou zkušenost s masáží zad a podáním analgetik.

Dále jsme se zaměřili na aktivizaci pacienta/klienta během dne (Tabulka 5) – podkategorie s názvem „*Aktivizace pacienta/klienta*“. Nejčastější odpovědi sester z domova pro seniory byly terapie – muzikoterapie, arteterapie. Sestry ještě zmínily vypnutí televize. Z odpovědí sester vyplynulo, že denní aktivity v nemocnici a v domově pro seniory se liší. Dále sestry zmínily verbální komunikaci se seniory, buzení během dne, v rámci polohování pacienty/klienty posazují a také je pobízí k pohybu. Jak uvádějí Klevetová a Dlabalová (2008), pokud se senior bude snažit cvičit každý den, například cviky při hudbě, dechová cvičení, nebo cvičení chodidel, posílí se jeho imunitní systém. Cvičením zvýší senior aktivitu během dne a více se unaví, tudíž by měl mít lepší kvalitu spánku v noci.

V podkategorii „*Zajištění prostředí ke spánku*“ jsme se zajímali, jak sestry zajišťují prostředí pacienta/klienta pro spánek. Trachtová (2013) zmiňuje, že sestra by měla vytvářet vhodné podmínky v nemocničním prostředí – například při příjmu ho uloží na vhodný pokoj dle možností oddělení. V noci se snaží omezit hlučnost, na přání pacienta zatemní okna žaluziemi, upraví lůžko před spaním nebo pomůže s večerní hygienou. Sestry také uvedly, že vždy zhasnou centrální světlo a po domluvě s pacientem případně rozsvítí noční světlo. Další nejčastější odpovědí bylo odstranění rušivých vlivů, například omezení hluku z chodby, bouchání dveří nebo vypnutí televize na pokoji. Jako další intervenci sestry uvedly vyvětrání pokoje před spaním. Pro přehlednost vše shrnujeme v Tabulce 6. Dle našich zkušeností je pro pacienty/klienty vhodné takové prostředí, kde je ticho a tma. Vhodná pokojová teplota a minimalizace rušivých vlivů je výhodou.

Poslední kategorií, která byla stanovena na základě rozhovoru se sestrami je „*Práce s ošetrovatelskou dokumentací a pacientovou/klientovou rodinou*“. Zajímalo nás, jak sestry pracují s ošetrovatelskou dokumentací, konkrétně jsme se zajímali o to, jakým způsobem zaznamenávají sestry problematiku spánku. Dále jsme zjišťovali, jaká je spolupráce sestry s rodinou P/K v oblasti problematiky spánku. Odpovědi sester z nemocnice i sester z domova pro seniory ohledně záznamu problematiky spánku byly téměř totožné. V nemocnici si sestry informace o problematice spánku u pacientů předávají ústně při předání služby, případně provedou zápis do ošetrovatelské

dokumentace nebo do hlášení sester. Dle našeho názoru by měl být preferován především zápis o problematice spánku do ošetrovatelské dokumentace, aby ošetřující lékař věděl vše potřebné a případně mohl změnit ordinace. Vörösová et al. (2015) uvádějí, že k práci sestry s ošetrovatelskou dokumentací patří plnění ošetrovatelských intervencí, které se vážou na NANDA taxonomii – realizaci cílů stanovených sestrou při zpracovávání ošetrovatelského procesu. Trachtová (2013) ještě dodává, že ošetrovatelský proces je systematický algoritmus, podle kterého sestry pracují. Jeho cílem je zlepšení zdravotního stavu seniora, podle předem stanovených cílů. Fáze ošetrovatelského procesu jsou posouzení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

Více, než polovina sester uvedla, že s rodinou P/K nespolupracují. Naopak jedna sestra z nemocnice a jedna sestra z domova pro seniory odpověděly, že s rodinou spolupracují. Myslíme si, že spolupráce sestry s rodinou je velice důležitá. Mnoho hospitalizovaných seniorů trpí demencí a nejsou schopni sestře říct, jaké spánkové rituály doma praktikovali. Rituály pacienta/klienta před spaním nebo oblíbené lůžkoviny by měla sestra konzultovat s rodinou.

Našeho výzkumného šetření se zúčastnili senioři, kteří žijí v domácím prostředí nebo domově pro seniory, ale také senioři, kteří byli hospitalizováni. Všichni senioři odpovídali velice ochotně a jejich odpovědi byly velkým přínosem pro naši bakalářskou práci. Některé otázky bylo nutné zopakovat, aby jim senioři lépe porozuměli. Na základě výsledků jsme vytvořili 7 kategorií a 13 podkategorií.

První kategorie seniorů vznikla analýzou dat a její součástí bylo celkem devět seniorů, z toho sedm žen a dva muži. Jejich věk se pohyboval od 65 do 92 let a průměrná délka jejich věku byla 73 let. V Tabulce 7 uvádíme pohlaví a věk dotazovaných osob. Do této kategorie jsme zařadili i prostředí, ve kterém se senioři během rozhovoru nacházeli. Tři senioři byly v nemocnici, tři v domově pro seniory a tři v domácím prostředí. Identifikaci osob jsme uvedli v Tabulce 7 a přehled prostředí, ve kterém se senioři v době rozhovoru nacházeli, uvádíme v Tabulce 8.

Jedním z našich cílů bylo zjistit, jaké činnosti vykonávají osoby ve věku nad 65 let v oblasti spánkové hygieny. Ve druhé kategorii s názvem „*Spánková hygiena seniorů*“ nás zajímalo, jaké mají senioři spánkové rituály, dále nás zajímal čas, kdy chodí spát a jak dlouho usínají. Zajímala nás také délka spánku v noci a přes den, zda se v noci

budí, popřípadě jaká byla příčina probuzení. Kalvach (2011) o spánkové hygieně mluví jako o určitém souboru pravidel, který by měli dodržovat lidé, kteří jsou vystavení riziku poruch spánku. Radí sem například omezit čas v posteli maximálně na 7-8 hodin denně nebo vstávat každý den ve stejnou dobu (včetně víkendů). Sestra by měla seniory aktivně edukovat o spánku přes den. P/K by neměl spát déle než 30-45 minut nebo by neměl spát vůbec. Zjistili jsme, že celkem sedm seniorů se neobejde bez televize nebo rádia. Do spánkových rituálů zahrnovali také večerní hygienu, čtení knihy, vyvětrání pokoje, zapnutí zahřívací elektrické deky nebo farmaka na spaní. V další podkategorii jsme zjišťovali, jaká je doba uléhání ke spánku. Zjistili jsme, že se doba pohybovala mezi 20. a 2. hodinou v noci. V následující podkategorii jsme se zajímali, jak dlouho seniorům trvá, než usnou. Dva senioři odpověděli, že usnou během pár minut, jeden uvedl, že během hodiny a ostatní odpovědi byly rozdílné. V následující podkategorii jsme se dotazovali, kolik hodin přibližně senioři spí. Jejich odpovědi se velice lišily. Z výzkumného šetření vyplynulo, že senioři nacházející se v době rozhovoru v nemocničním prostředí spali daleko hůře než senioři v domácím prostředí anebo v domově pro seniory. V nemocnici se doba spánku seniorů pohybovala od 2 do 5 hodin. Senioři z domova pro seniory spali 5-6 hodin. Nejlépe spali senioři v domácím prostředí, a to v průměru 6-8 hodin. Waston et al. (2015) vydali ve svém výzkumu společné stanovisko, že dospělý člověk by měl spát minimálně 7 hodin a více. Plháková (2013) doplňuje, že hlavní příčinou kratší doby spánku (méně než 7 hodin) u seniorů není vysoký věk, ale tělesné obtíže a nemoci spojené s věkem. Někteří starší lidé mají často omezené sociální kontakty, často sledují televizi a málo se pohybují na čerstvém vzduchu, to k dobré kvalitě spánku nepřispívá.

V následující kategorii „*Problematika spánku u seniorů*“ jsme se dotazovali na spánek přes den, buzení se v noci, popřípadě jaká byla jeho příčina. Zjistili jsme, že tři senioři přes den nespí. Jeden senior odpověděl, že usne občas v křesle a jeden senior spí v nemocnici přibližně hodinu. Kalvach (2004) dodává, že někteří lidé mohou reagovat hypersomnií na nepříjemné zážitky. V následující kategorii jsme se dotazovali seniorů, zda se budí v noci, případně jaká byla příčina probuzení. Pouze dva senioři uvedli, že se v noci nebudí. Nykturii jako příčinu buzení uvedlo celkem pět seniorů. Dále zmiňovali bolest, negativní myšlenky nebo chrápajícího manžela. Jak uvádí Jarošová (2006), poruchy mají především negativní dopad na denní aktivity seniora, které jsou doprovázeny sníženou psychickou a fyzickou aktivitou seniora přes den.

Ve čtvrté kategorii „*Denní činnosti seniorů*“ jsme se zaměřili na to, jaké činnosti dělají seniori přes den (Tabulka 9). Následně jsme se zajímali, zda jsou seniori na konci dne unavení. Šest seniorů do svých denních činností opět zahrnuje sledování televize nebo poslech rádia. Další nejčastější odpovědí byla četba knihy, luštění křížovek nebo sudoku. U seniorů z domácího prostředí bylo zmíněno vaření, domácí práce a práce na zahradě. Z analýzy dat jsme zjistili, že seniori v domácím prostředí mají větší pohybovou aktivitu než seniori v nemocnici a v domově pro seniory. Při dotazování na únavu ke konci dne čtyři seniori odpověděli, že na konci dne unavení nejsou, tři seniori sdělili, že únavu pociťují. Janiš a Skopalová (2016) dodávají, že v domácím prostředí do své pohybové aktivity může senior také zařadit plavání, pravidelné procházky anebo se může zapojit do kulturních, rekreačních a vzdělávacích aktivit (univerzita třetího věku). Nejlepší je, aby prováděli takové koníčky, které provozovali doposud. Je zřejmé, že seniori v nemocnici nebo domově pro seniory mohou mít bolesti způsobené přidruženým onemocněním. Seniori jsou upoutáni na lůžko a nemají tolik pohybové aktivity jako seniori v domácím prostředí. Domníváme se, že únava u seniorů na konci dne má mnoho příčin, ale nejčastěji je způsobena bolestí nebo denní činností seniora.

Dalším z našich cílů bylo zjistit, jaké problémy mají osoby ve věku nad 65 let v oblasti spánku. V páté kategorii s názvem „*Problémy se spánkem*“ jsme se zaměřili na jednotlivé problémy týkající se spánku. Při rozhovorech jsme postupovali tak, že jsme nejdříve přečetli otázku, ve které jsme jednotlivé problémy se spánkem vyjmenovali. Senior nám poté sdělil, zda se s nějakým jmenovaným problémem spánku setkal. Zajímalo nás, zda mají problémy s usínáním, zda se v noci budí nebo se probouzí v časných ranních hodinách. Také jsme se zajímali o spánek (zdřímnutí) během dne. Jeden senior odpověděl, že má všechny jmenované problémy se spánkem a druhý naopak, že nemá žádné problémy. Dále seniori odpověděli, že si přes den krátce zdřímnou, někteří večer obtížně usínají a v noci se probouzí. Kalvach (2011) doporučuje, že by senior neměl během dne spát a uléhat na lůžko by měl vždy fyzicky a psychicky unavený. Také by měl používat postel pouze pro spánek, a ne pro jiné aktivity a neměl by se před spaním přejídat. Jak jsme již zmínili, podstatné je nekonzumovat alkohol, kofein, sladké potraviny nebo nesledovat televizi z lůžka. Ve druhé otázce této kategorie jsme se ptali, zda trpí seniori náměsíčností, skřípáním zubů, chrápáním, krátkodobou zástavou dechu, mluvením ze spaní a nočními děsy.

Tři senioři mají problémy s chrápáním, zlé sny mají dva senioři a tři senioři nemají žádný ze jmenovaných problémů. V roce 2019 se objevila celosvětová pandemie nemoci COVID-19. Partinen (2021) udává, že v roce 2020 se zvýšila prevalence poruch spánku hned v několika různých zemích. Vliv infekce COVID-19 na spánek spolu s izolací, karanténou, úzkostí, stresem nebo finančními ztrátami souvisí s psychosociálními faktory a jejich omezením. Altena et al. (2020) dodávají informace o průzkumu z Itálie, kde uvádějí, že úzkost související s COVID-19 byla vysoce spojena s narušeným spánkem až u 57 % dotazovaných Italů.

V šesté kategorii „*Rušivé faktory během usínání a farmakoterapie*“ jsme zjišťovali, jaké jsou rušivé faktory u seniorů během usínání a zajímali jsme se o farmakoterapii. Šest z dotazovaných seniorů odpovědělo, že je při usínání nic neruší. Jiní senioři zmínili venkovní štěkot psů nebo psychické rozpoložení. Dále jsme se dotazovali, jaké léky na spaní senioři užívají, a také nás zajímal počet léků. Pokorná (2013) uvádí, že hlavním cílem léčby farmaky je to, aby pacient spal klidně, kvalitním spánkem po celou noc. K vhodné léčbě lze přiřadit hledání příčin, které by měly být podrobně prozkoumány. Jedna třetina seniorů odpověděla, že žádné léky na spaní neužívá. Lék Zolpidem uvedli dva senioři. Lattová (2009) zmiňuje, že Zolpidem se řadí do hypnotik III. generace, používá se k léčbě insomnie a při dlouhodobém užívání je vysoce návykový. Tři senioři odpověděli, že před spaním užívají léky proti bolesti, z toho jeden senior zmínil i silné opioidy. Také byl zmíněn Tiapridal, který se řadí mezi antipsychotika a Lexaurin, který se řadí mezi anxiolytika. Příhodová (2017) dodává, že tato farmaka mohou ve stáří zlepšovat spánek u bolestivých stavů. Také zmiňuje nežádoucí účinky jako například poruchy pozornosti, bolesti hlavy, zvracení nebo nechutenství. Jeden senior uvedl, že užívá před spaním přírodní kozlíkové kapky.

Poslední kategorie našeho výzkumného souboru „senioři“ má název „*Vliv problematiky spánku na kvalitu života*“. Zajímalo nás, jak jsou senioři spokojeni se svým spánkem, jakým způsobem ovlivňují problémy se spánkem jejich život a jak tuto problematiku spánku řeší. Dotazovali jsme se seniorů, komu se se svými problémy svěřují, případně jestli problematiku spánku řeší se svým praktickým lékařem. Zjistili jsme, že dvě třetiny seniorů nejsou se svým spánkem spokojeny a ostatní senioři spokojeni jsou. V další podkategorii jsme se ptali, jakým způsobem ovlivňují problémy se spánkem jejich život. Osm dotazovaných seniorů odpovědělo, že problémy se spánkem jejich životy neovlivňují. Pouze jeden senior zmínil, že občas usne u stolu. Nevšímalová et al. (2020)

řadí tuto hypersomnii mezi typ I., který je charakterizován jako zvýšená denní spavost, která se projevuje během dne opakovaně – označuje se také jako stavy náhlé svalové atonie. Tyto stavy trvají obvykle 5-10 minut. Trotti (2017) ještě dodává idiopatický typ hypersomnie, který definuje jako chronickou neurologickou poruchu denní ospalosti. Nemocný má potíže při probouzení a trpí neobnovujícím spánkem.

Dále jsme zjišťovali, jak senioři řeší problémy se spánkem. Odpovědi seniorů byly rozdílné. Tři senioři tuto problematiku nijak neřeší a tři senioři užívají farmaka na spaní. Jeden z dotazovaných seniorů uvedl, že při nespavosti volá sestře a jiný senior si případně zapne televizi. V poslední podkategorii této bakalářské práce jsme zjišťovali, zda se mají senioři se svými problémy v oblasti spánku komu svěřit. Dále nás zajímalo, zda senioři insomnii konzultují se svými praktickými lékaři. Dvě třetiny z dotazovaných seniorů se se svými problémy se spánkem nikomu nesvěřují. Rodinným příslušníkům se svěřují čtyři senioři a jeden senior zavolá své kamarádce. Problematiku spánku se svým praktickým lékařem neřeší nikdo z dotazovaných seniorů. Domníváme se, že by senioři tuto problematiku se svým lékařem řešit měli, mohlo by se tím předejít komplikacím způsobeným poruchami spánku. Myslíme si, že by senioři měli mít pevný denní režim a dodržovat určitou spánkovou hygienu, která by vedla ke zkvalitnění jejich spánku.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou spánku v seniorském věku. Jak již bylo zmiňováno výše, problematika spánku je u seniorů častým problémem. Ne vždy je způsobena věkem, ale také onemocněním nebo problémy, jež způsobuje stáří. Závažným problémem je, že většina seniorů problémy se spánkem nebere příliš důsledně, neřeší je se svým praktickým lékařem a je závislá na medikaci.

Byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat, jaké nefarmakologické intervence jsou sestrami prováděny u osob nad 65 let v oblasti spánku. Druhý cíl se zaměřoval na to, jaké činnosti vykonávají osoby nad 65 let věku v oblasti spánkové hygieny. Třetím cílem bylo zjistit, jaké problémy se vyskytují u osob nad 65 let věku v oblasti spánku. Ke zjištění těchto cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky. První otázka byla, jaké nefarmakologické intervence jsou sestrami prováděny u osob ve věku nad 65 let v oblasti spánku. Druhá otázka zjišťovala, jaké činnosti vykonávají osoby nad 65 let věku v oblasti spánkové hygieny. Třetí otázka sledovala problémy vyskytující se u osob nad 65 let věku v oblasti spánku. Tyto cíle byly splněny.

Výsledky z výzkumného šetření ukázaly, že sestry se s problematikou spánku u seniorů setkávají denně. Sestry řeší problémy se spánkem ve většině případů aktivizací seniora během dne, medikací nebo se snaží vyhovět jejich spánkovým návykům. Z výzkumného šetření vyplynulo, že minimum sester využívá spolupráce s rodinou. Domníváme se, že spolupráce sestry se seniorovou rodinou je v oblasti spánku důležitá a sestry by ji měly více využívat. Zjistili jsme, že senioři se snaží dodržovat svoji spánkovou hygienu, ale mnohdy jim to jejich zdravotní stav nedovolí a problémy se spánkem řeší nejčastěji medikací. Dále jsme zjistili, že minimum z nich řeší problémy se spánkem se svým praktickým lékařem. Myslíme si, že by bylo vhodné edukovat seniory o nutnosti řešení této problematiky se svým praktickým lékařem. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že senioři nejčastěji trpí nespavostí z důvodu nykturie. Také jsme zjistili, že senioři z domácího prostředí spí v noci 7-8 hodin a senioři v nemocnici nebo domově pro seniory spí 2-5 hodin. Domníváme se, delší doba spánku seniorů v domácím prostředí je způsobena větší aktivitou seniora během dne.

Poznatky a výsledky z výzkumného šetření mohou být použity pro zlepšení problematiky spánku u seniorů. Zároveň mohou sloužit lékařským i nelékařským

zdravotnickým pracovníkům k prevenci vzniku možných problémů se spánkem u seniorů. Nejen senioři, ale i samotní zdravotníci by si měli být vědomi toho, že problémy se spánkem jsou závažným problémem, který ovlivňuje fyzický i psychický stav člověka. Myslíme si, že problematika spánku by neměla být zanedbávána jak odborníky, tak i laickou veřejností.

7 Seznam použité literatury

1. ADAMCZYK, R., 2019. Nadměrná spavost v kontextu neurologických a psychiatrických onemocnění. *Psychiatr. pro praxi.* 20(3), 114–119. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2019/03/04.pdf>.
2. BAKŠTEIN, E., 2016. *Aktiografie: pohybová aktivita jako odraz stavu pacienta* [online]. Praha: NÚDZ / FEL [cit. 2021-01-07]. Dostupné z: <http://www.eacr.cz/miranda2/export/sitesavcr/inzenyrska-akademie/dokumenty/Bakstein.pdf>.
3. ALTENA, E. et al., 2020. Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *The Lancet.* 20(1), 15–17. Dostupné z: [http://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30456-7](http://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30456-7).
4. BORZOVÁ, C., 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
5. BUBENIK, GA., KONTUREK, SJ., 2011. *Melatonin and aging: prospects for human treatment* [online]. University of Guelph, Ontario, Kanada. [cit. 2020-09-11]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21451205/>.
6. DUŠEK, J., MINIBERGEROVÁ, L., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 67 s. ISBN 80-7013436-4.
7. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory.* Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
8. HERDMAN, T. H., KAMITSURU, S., 2018-2020. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2018-2020.* Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-271-0710-0.
9. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 410 s. ISBN 9788026209829.
10. HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
11. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory.* Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
12. JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J., 2016. *Volný čas seniorů.* Praha: Grada. 156 s. ISBN 978-80-247-5535-9.

13. KALVACH, Z., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
14. KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN 9788024740263.
15. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 244 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
16. KUBIŠOVÁ, J., 2010. Doporučené postupy v péči o chronické pacienty – poradenství při nespavosti. *Med. Pro Praxi*. 7(8 a 9), 335–341. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2010/07/09.pdf>.
17. LATTOVÁ, Z., 2009. Hypnotika. *Psychiatr. pro praxi*. 10(3), 125–129. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200903-0005_Hypnotika.php.
18. MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
19. MARTÍNKOVÁ, J., 2018. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 2. zcela přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-4157-4.
20. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
21. MATTIS, J., SEHGAL, A., 2016. *Cirkadiánní rytmus a narušení spánku: příčiny, metabolické důsledky a protipatření*[online]. National Center for Biotechnology Information, Rockville Pike, USA. [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: 10.1016/j.tem.2016.02.003.
22. MELLANOVÁ, A., 2005. *Základy ošetrování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005. 146 s. ISBN 80-246-0845-6.
23. MILETÍNOVÁ, E., BUŠKOVÁ, J., 2018. *Poruchy spánku u seniorů a možnosti jejich léčby* [online]. Národní ústav duševního zdraví, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha. [cit. 2020-11-30]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2018/03/06.pdf>.
24. MLÝNKOVÁ J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

25. MORÁŇ, M., 2008. Syndrom spánkové apnoe a pohybová aktivita ve spánku. *Solen, Neurologie pro praxi.* 9(5), 294–296. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200805-0006_Syndrom_spankove_apnoe_a_pohybova_aktivita_ve_spanku.php.
26. MORITA, Y. et al., 2017. Účinky akutního ranního a večerního cvičení na subjektivní a objektivní kvalitu spánku u starších jedinců s nespavostí [online]. *Sleep Medicine.* [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: doi:10.1016/j.sleep.2017.03.014.
27. NEUSCHLOVÁ, L., 2018. Nespavost u seniorov z pohľadu klinického farmaceuta. *Geriatric a gerontologie, Česká lékařská společnost J.E. Purkyně.* 2(7), 79–81. ISSN 1805-4684.
28. NEVŠÍMALOVÁ, S. et al., 2020. *Poruchy spánku a bdění.* 3. Doplněné a přepracované vydání, Praha: Galén. 318 s. ISBN 978-80-7492-478-1.
29. NOVÁK, V., KUNČÍKOVÁ, M., 2011. Nadměrná denní spavost a její léčba. *Psychiatr. pro praxi.* 12(2), 114–119. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/02/10.pdf>.
30. PARTINEN, M., 2021. Sleep research in 2020: COVID-19-related sleep disorders. *The Lancet.* 20(1), 15–17. Dostupné z: [http://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30456-7](http://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30456-7).
31. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E., 2005. *Změny jednání seniorů.* Praha: Galén. 288 s. ISBN 807262363x.
32. PIZINGER, T. et al., 2018. A pilot study of sleep and meal timing effects, independent of sleep and food intake, on insulin sensitivity in healthy individuals. *Sleep Health.* 4(1), 33–39. ISBN 299332677. Dostupné z: 10.1016/j.sleh.2017.10.005.
33. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I.* 2. přepracované a doplněné vydání, Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
34. PLHÁKOVÁ, A., 2013. *Spánek a snění: vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití.* Praha: Portál. 258 s. ISBN 978-80-262-0365-0.
35. POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v geriatricii: hodnotící nástroj.* Praha: Grada. 158 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
36. POLEDNÍKOVÁ, E. et al., 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo.* Martin: Osveta. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

37. PRETL, M. et al., 2013. *Indikační kritéria pro léčbu poruch dýchání ve spánku pomocí přetlaku v dýchacích cestách u dospělých* [online]. Dokument České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu, Solen. [cit. 2020-11-30]. Dostupné z: https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201301-0009_Indikacni_kriteria_pro_lecibu_poruch_dychani_ve_spanku_pomoci_pretlaku_v_dychacich_cestach_u_dospely.php.
38. PŘÍHODOVÁ, I., 2017. *Farmakoterapie poruch spánku* [online]. Praha: Remedia [cit. 2020-12-09]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Okruh-temat/Psychiatrie/Farmakoterapie-poruch-spanku/8-1n-2hw.magarticle.aspx>.
39. SEIFERT, B., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 978-80-246-2082-4.
40. SCHIEL, J., SPIEGELHALDER, K., 2020. *Interakce nespavosti ve stáří a souvisejících nemocích* [online]. Klinika pro psychiatrii a psychoterapii, University Medical Center Freiburg, Německo. [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01694-6>.
41. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-9475-4.
42. SMOLÍK, P., 2007. *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* [online]. Praha [cit. 2021-01-07]. Dostupné z: <http://www.dobry-spanek.cz/dokumenty/doporucene-postupy.pdf>.
43. SUCHÁ, J. et al., 2019. *Praktický rádce pro život seniora: Trénink paměti, cvičení, aktivity, prevence nemocí ...*. Brno: Albatros Media. 164 s. ISBN 978-80-264-2709-4.
44. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
45. ŠONKA, K., ŠUSTA, M., 2013. *Nadměrná denní spavost*. Med. pro praxi. 10(4), 154–156. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201304-0006_Nadmerna_denni_spavost.php.
46. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
47. THORPY, M., J., 2012. *Klasifikace poruch spánku* [online]. Neuroterapeutika. [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: <http://doi:10.1007/s13311-012-0145-6>.

48. TONY, A. A. et al., 2020. *COVID-19-associated sleep disorders: A case report* [online]. Science Direct. [cit. 2021-01-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nbscr.2020.100057>
49. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7282365-6.
50. TOWNSEND-ROCCICHELLI, J. et al., 2010. Managing sleep disorders in the elderly. *The Nurse Practitioner*. 35(5), 30-37. ISSN 0361-1817. Dostupné z: doi: 10.1097/01.NPR.0000371296.98371.7e.
51. TRACHTOVÁ, E., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 186 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
52. TROTTI, LM., 2017. Idiopathic Hypersomnia. *Sleep Med Clin*. 12(3), 331–344. Dostupné z: doi: 10.1016/j.jsmc.2017.03.009.
53. VAŠUTOVÁ, K., 2009. Léčba nespavosti. *Medicína pro praxi*. 6(2), 90–95. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/med-200902-0009_Lecba_nespavosti.php.
54. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 114 s. ISBN 80-247-1262-8.
55. VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. 435 s. ISBN 978-80-7345-464-7.
56. VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2015. *Ošetrovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
57. VRZALOVÁ, V., 2016. *Role sestry ve screeningu deprese u seniorů*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JČU.
58. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. 3. Vydání, Praha: Portál. 396 s. ISBN 80-7178-740-X.
59. VYMĚTAL, Š., 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
60. WALKER, M. P., 2018. *Proč spíme: odhalte sílu spánku a snění*. Brno: Jan Melvil. 1088 s. ISBN 978-80-7555-050-7.
61. WASTON, NF. et al., 2015. Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and

- Sleep Research Societ. *Sleep*. 38(6), 843–844. Dostupné z: <https://doi.org/10.5664/jcsm.4758>.
62. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
63. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 288 s. ISBN 9788024740621.
64. ZÁVĚŠICKÁ, L., 2014. Chronická nespavost. *Psychiatr. pro praxi*. 15(1), 9–14. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201401-0003_Chronicka_nespavost.php.
65. ZRUBÁKOVÁ, K. et al., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2207-3.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Epworthská škála spavosti

Příloha 2: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro nelékařský zdravotnický personál

Příloha 3: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro seniory (nad 65 let)

9 Přílohy

Příloha 1 – Epworthská škála spavosti

<p><i>„Dřímáte nebo usínáte v situacích popsanych níže? Nejde o pocit únavy. Tato otázka se týká Vašeho běžného života v poslední době. Jestliže jste následující situace neprožil, zkuste si uvědomit, jak by Vás mohly ovlivnit.</i></p>
<p><i>0 – nikdy bych nedřímával, neusínával</i></p> <p><i>1 – slabá pravděpodobnost dřímoty, spánku</i></p> <p><i>2 – střední pravděpodobnost dřímoty, spánku</i></p> <p><i>3- silná pravděpodobnost dřímoty, spánku</i></p>
<p><i>Situace</i></p> <p><i>Četba v sedě</i></p> <p><i>Sledování televize</i></p> <p><i>Nečinné sezení na veřejném místě</i></p> <p><i>Při hodinové jízdě v autě jako spolujezdec</i></p> <p><i>Při odpoledním ležení, když to okolnosti dovolují</i></p> <p><i>Při hovoru vsedě</i></p> <p><i>V sedě, v klidu, po jídle, bez alkoholu</i></p> <p><i>V automobilu stojícím několik minut v dopravní zácpě.“</i></p>

Zdroj: Nevšímalová, et al., 2020

Příloha 2: Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro nelékařský zdravotnický personál

- 1) Jaké je Vaše pohlaví?
- 2) Kolik je Vám let?
- 3) Jaké je Vaše nevyšší dosažené vzdělání?
- 4) Na jakém oddělení v současné době pracujete?
- 5) Jaká je délka Vaší praxe?
- 6) Jaké problémy se spánkem mají pacienti/ klienti nad 65 let na Vašem oddělení nejčastěji?
- 7) Jaké ošetrovatelské intervence používáte u pacientů/klientů nad 65 let, kteří mají problémy se spánkem?
- 8) Jaké nefarmakologické intervence realizujete u pacientů/klientů nad 65 let s problémy se spánkem před samotným spánkem?
- 9) Jaké máte zkušenosti s nefarmakologickými intervencemi u pacientů/klientů nad 65 let s problémy v oblasti spánku?
- 10) Jakým způsobem aktivizujete pacienta/klienta nad 65 let s problémy v oblasti spánku během dne?
- 11) Jakým způsobem zajišťujete prostředí pacienta/klienta nad 65 let pro spánek?
- 12) Jak řešíte problematiku spánku u pacientů/klientů nad 65 let na Vašem oddělení?
- 13) Jak zaznamenáváte do ošetrovatelské dokumentace na Vašem oddělení problémy v oblasti spánku u pacientů/klientů nad 65 let?
- 14) Využíváte spolupráce s pacientovo/klientovo rodinou? Pokud ano, jak?

Zdroj: *Vlastní výzkum, 2021*

Příloha 3 – Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru se seniory (nad 65 let)

- 1) Jakého jste pohlaví?
- 2) Kolik je Vám let?
- 3) Mate nějaké spánkové rituály?
- 4) V kolik hodin chodíte spát?
- 5) Jak dlouho Vám trvá, než usnete?
- 6) Kolik hodin přibližně spíte?
- 7) Jste spokojen/a se svým spánkem?
- 8) Spíte přes den? Pokud ANO – kolik hodin?
- 9) Budíte se v noci? (popř. jaká je příčina)
- 10) Jakým činnostem se věnujete během dne?
- 11) Cítíte se na konci dne unavený?
- 12) Existují určité problémy se spánkem (např. problémy s usínáním, probouzení se v noci, časté probouzení ráno, kratší zdřímnutí během dne). Máte některý z těchto problémů?
- 13) Existují kvalitativní poruchy spánku (např. náměsíčnost, skřípání zubů, chrápání, krátkodobá zástava dechu, mluvení ze spaní, noční děsy). Máte nějakou z těchto poruch spánku?
- 14) Jaké faktory ruší váš spánek v době usínání?
- 15) Berete léky na spaní? O jaké léky se jedná? Kolik jich je?
- 16) Jakým způsobem problémy se spánkem ovlivňují Váš život?
- 17) Jakým způsobem se snažíte vypořádat s problémy v oblasti spánku?
- 18) Máte možnost se někomu se svými pocity (souvisejícími s problémy v oblasti spánku) svěřit? Popř. komu?
- 19) Jakým způsobem řešíte problémy v oblasti spánku s Vaším praktickým lékařem?

Zdroj: *Vlastní výzkum, 2021*

9.1 Seznam použitých zkratek

Atd – a tak dále

Tzv – tak zvaný

Apod – a podobně