



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Potřeba odpočinku a spánku u pacientů hospitalizovaných  
na odděleních chirurgického typu**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Kristýna Kočárníková

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Kimmerová, Ph.D.

**České Budějovice 2021**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Potřeba odpočinku a spánku u pacientů hospitalizovaných na odděleních chirurgického typu“ 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, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9. 8. 2021 .....

*Kristýna Kočárníková*

## **Poděkování**

Tímto způsobem bych ráda poděkovala paní Mgr. Janě Kimmerové, Ph.D. za vzácné rady, připomínky a trpělivost, kterou se mnou měla po celou dobu vedení této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem sestrám, díky nimž se mohlo uskutečnit výzkumné šetření této práce a v neposlední řadě děkuji své rodině a blízkým za podporu a toleranci.

# **Potřeba odpočinku a spánku u pacientů hospitalizovaných na odděleních chirurgického typu**

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou odpočinku a spánku u pacientů hospitalizovaných na odděleních chirurgického typu. Každý pacient má své potřeby dle Maslowovy pyramidy. Během hospitalizace se mu žebříček hodnot pozměňuje. Na odděleních chirurgického typu jsou jedny z hlavních potřeb právě dostatečný odpočinek a spánek. Pacient vyžaduje klid na lůžku a dostatek sil k uzdravení po určitém výkonu, či operaci, a v nemocnici je mnoho faktorů, které tyto potřeby ovlivňují. Pro dodržování těchto potřeb by měla být každá sestra o problematice informována a měla by dodržovat určité zásady pro zajištění klidu a komfortu pacienta. Stejně tak by měla informovat ostatní pacienty a vyzvat je k dodržování nemocničních zásad. Podstatou zkoumání je zmapovat potřebu odpočinku a spánku jak celkově, tak v období nemoci během hospitalizace a zmapovat role sestry během ošetrovatelské péče v uspokojování potřeb odpočinku a spánku.

V teoretické části se práce zabývá charakteristikou spánku a odpočinku, popisuje ošetrovatelský proces jako takový a ošetrovatelský proces zaměřený konkrétně na uspokojování potřeb spánku a odpočinku. Dále práce krátce popisuje charakteristiku chirurgických oddělení.

V praktické části práce předkládá výzkum z chirurgických oddělení nemocnice krajského typu. Praktická část bakalářské práce začíná stanovením cílů a výzkumných otázek. Pokračuje charakteristikou výzkumné metodiky, zpracováním výzkumných dat a jejich vyhodnocením v diskuzní části. Výsledky výzkumu ukazují, jaké jsou odpočinkové a spánkové rituály u hospitalizovaných pacientů, jaké jsou role sestry při uspokojování potřeby odpočinku a spánku u hospitalizovaných pacientů, jaké jsou důsledky neuspokojování potřeby odpočinku a spánku a jaký je rozdíl mezi potřebou odpočinku a spánku ve zdraví a v období nemoci.

## **Klíčová slova**

Ošetrovatelská péče; potřeba; spánek; odpočinek; chirurgie



# **The need of rest and sleep of patients hospitalized in surgical wards**

## **Abstract**

This thesis is focused on the topic of sleep and rest of hospitalised patients in surgical wards. Every patient has his own needs according to Maslow's pyramid. His priorities of needs change during hospitalisation. In surgical wards one of the main needs is the need of enough sleep and rest. Patient needs to rest on the hospital bed and get strong enough to recover after some effort or surgery, and in the hospital, there is a lot of factors which may change his needs. To satisfy these needs every nurse should be informed about this topic and should keep the principles for keeping the patient calm and relaxed. The nurse should also inform other patients and demand them to respect the rules of hospital principles. The meaning of research is to map the need of rest and sleep in overall and with illness during hospitalisation and map the role of the nurse during nursing care in satisfying the patients needs of rest and sleep.

In theoretical part, the thesis focus on sleep and rest characteristic, describes nursing process as it is and nursing process focused on satisfying needs of sleep and rest. Thesis continues by shortly describing characteristics of surgical wards.

In practical part, the thesis shows research from surgical wards from regional hospital. Practical part of thesis starts with setting up goals and research questions. Continues with characteristic of research methods, evaluating of research data and its results in discuss part. The results show what the rest and sleep rituals are for hospitalised patients, what the results of not satisfying the needs of rest and sleep are and what is the difference of the need of rest and sleep while being healthy or ill.

## **Key words**

Nursing care, need, sleep, rest, surgery

<b>Obsah</b>	
<b>Úvod</b> .....	<b>8</b>
<b>1 Současný stav</b> .....	<b>9</b>
1.1 Spánek .....	9
1.1.1 Fyziologie spánku .....	9
1.1.2 Fáze spánku .....	11
1.1.3 Spánkové poruchy .....	12
1.1.4 Spánková hygiena .....	15
1.1.5 Aplikace léků na spaní .....	16
1.2 Odpočinek.....	16
1.2.1 Charakteristika odpočinku.....	16
1.2.2 Únava .....	17
1.3 Ošetrovatelství .....	18
1.3.1 Charakteristika ošetrovatelství .....	18
1.3.2 Ošetrovatelský proces .....	19
1.3.3 Kroky ošetrovatelského procesu .....	19
1.3.4 Potřeby člověka ve zdraví i nemoci .....	20
1.3.5 Maslowova hierarchie potřeb .....	21
1.3.6 Ošetrovatelský proces zaměřený na potřebu spánku a odpočinku .....	22
1.4 Ošetrovatelské modely zaměřené na potřebu spánku a odpočinku .....	25
1.4.1 Konceptní model Virginie Hendersonové .....	25
1.4.2 Konceptní model Marjory Gordonové .....	27
1.5 Chirurgické ošetrovatelství .....	27
1.5.1 Charakteristika chirurgického ošetrovatelství .....	27
1.5.2 Členění chirurgického oddělení.....	28
1.5.3 Chirurgické obory .....	30
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky</b> .....	<b>31</b>
2.1 Cíle práce.....	31
2.2 Výzkumné otázky .....	31
2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cílech práce a výzkumných otázkách.....	31
<b>3 Metodika práce</b> .....	<b>32</b>
3.1 Použitá metoda .....	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	32
<b>4 Výsledky</b> .....	<b>34</b>
4.1 Soubor A – pacienti .....	34

4.2	Soubor B – sestry .....	36
4.3	Výsledky kvalitativního výzkumu .....	37
<b>5</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>61</b>
<b>7</b>	<b>Seznam literatury .....</b>	<b>62</b>
<b>8</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>66</b>

## Úvod

Téma bakalářské práce pojednává o spánku, ale i odpočinku, který je nedílnou součástí našeho života. Volba tématu byla ovlivněna tím, že spánek a jeho fyziologie mě vždy fascinoval. V mém oboru jsem měla možnost dozvědět se o něm více a zároveň zmapovat potřebu spánku i odpočinku u hospitalizovaných pacientů na vybraných odděleních a zjistit příčiny i důsledky neuspokojení těchto potřeb. Dalším cílem naší práce je zmapovat role sester v uspokojování těchto potřeb u pacientů.

Odpočinek i spánek jsou velmi důležité procesy k udržení našeho tělesného i duševního zdraví. Každý z nás pravidelně uléhá dennodenně do postele s následným utlumením mozkové aktivity a doufá, že se ráno probudí vyspalý, plný energie a odhodlaný plnit své úkoly v následujícím dni. Odpočinek má obdobně důležitý význam, ovšem s tím, že forma relaxace u každého jedince je individuální, a to i v tom ohledu, že nemusí odpočívat pouze pasivní formou. Pro někoho má aktivní odpočinek daleko větší přínos pro psychickou, ale i fyzickou stránku. Spánek má poněkud hlubší význam, než je pouhý odpočinek pro své tělo i myšlenky, a to ochranný i regenerační. Ovšem obě potřeby v rámci krátkodobého i dlouhodobého neuspokojování přinášejí své záporné, jako každá neuspokojená lidská potřeba.

Následující text se nejprve zabývá teoretickou částí, v níž shrnuje charakteristiku spánku, odpočinku, ošetrovatelství obecně i vztažené na konkrétní ošetrovatelský proces v péči o potřebu spánku a odpočinku a charakteristiku chirurgických oddělení. V praktické části se zabýváme informacemi získanými z výzkumného šetření, které dodává informace o analýze potřeby odpočinku a spánku u hospitalizovaných pacientů na odděleních chirurgického typu a o rolích sestry v ošetrovatelské péči o potřebu odpočinku a spánku.

# 1 Současný stav

## 1.1 Spánek

### 1.1.1 Fyziologie spánku

Charakteristika spánku je v současné době definována jako stav s minimální fyzickou aktivitou a změnami fyziologických funkcí. Vědomí nabývá různé úrovně a tělo odpovídá se sníženou reakcí na podněty (Trachtová et al., 2013). Spánek je pro člověka a všechny savce nezbytný. Jedná se o stav organismu s pro něj typickými rytmickými cykly, které se rozdělují do různých stadií a přechodů. Ty se vyznačují specifickými formami chování. Dále změnami elektrofyziologickými, vegetativními, ale i hormonálními (Mourek, 2012). Pro hodnocení stadií spánku se využívají polysomnografická vyšetření. Patří k nim monitorování elektroencefalografické (EEG), elektromyografické (EMG) a elektrookulografické (EOG). Studie ukazují, že spánková deprivace vede ke zhoršení všech funkcí organismu. Klesá jeho výkonnost, schopnost učit se a k dalším jevům se přidávají neurologické obtíže, jako jsou únava, podrážděnost, nesoustředěnost a další (Praktické lékařství, © 2009).

Pravidelný, především dostatečný spánek má největší význam v udržování normální funkce centrálního nervového systému. Díky spánku si udržujeme tělesné i duševní zdraví. Pro organismus má především regenerační a ochranný mechanismus, který funguje jako reakce proti vyčerpání organismu (Trachtová et al., 2013). Nejvýznamnější úloha spánku tedy spočívá v regeneraci tkání organismu a k obnově energetických zdrojů (Praktické lékařství, © 2009). Dále má spánek význam pro psychický stav jedince. Během spánku se fixuje paměťová stopa a posiluje se paměť, což má největší význam (až z 50 %) u dětí. Díky tomu je efektivnější, pokud se člověk učí před spaním, jelikož si člověk po probuzení z kvalitního spánku dokáže lépe vybavit informace a udrží si je déle v paměti, než kdyby se učil například během dopoledních hodin (Mourek, 2012). Studie ukázaly, že spánek má pozitivní účinek na paměť, protože poskytuje takzvaný „dočasný přístřešek“ pro nově nabyté znalosti a chrání je tak před vyrušením, nebo dokonce vymazáním nově nabytými vědomostmi, které by je v paměti mohly nahradit. Zapomínání není až tak zánikem starých vědomostí jako takových, ale nahrazením starých informací těmi novými. Spánek podle studie oddaluje faktory, které by mohly nově získané informace ohrozit a způsobit jejich ztrátu (Physiological reviews, © 2013). Mezi další významy spánku se řadí posílení imunitní funkce, obnova neuronů a svalových buněk a také odplavování katabolitů během nízké metabolické aktivity. Nezátěžováním neuronů veškerým tokem impulzů se dá spánek definovat také jako odpočinek pro nervovou soustavu (Mourek, 2012).

Člověk prospí celkově zhruba třetinu svého života. Potřeba spánku se v závislosti na věku mění. Bereme v potaz kvantitu i kvalitu spánku a frekvence střídání jednotlivých spánkových fází. Kromě potřeby a délky spánku se mění rovněž jeho hloubka a fáze (Trachtová et al., 2013). Čím je dítě mladší, tím více spánku potřebuje. Novorozenec prospí kolem 20 až 22 hodin denně (Mourek, 2012). Kojenec naspí průměrně kolem 12 až 18 hodin denně, batole už jen 10 až 12. Postupně se doba spánku zkracuje, až se ustálí na 8 až 10 hodinách spánku denně (Trachtová et al., 2013). Potřeba této délky spánku je ovšem individuální a většinou daná geneticky. Jak jsem již zmínila, s narůstajícím věkem potřeba spánku klesá. Kvůli tomu ovšem na druhou stranu narůstají spánkové poruchy. Spánek je kratší a lehčí, spánkové cykly jsou nepravidelnější a zrychluje se přechod z jednoho stadia spánku do druhého (Borzová et al., 2009). Opačný stav spánku se nazývá bdění, během kterého je organizmus schopný přijímat a zpracovávat veškeré informace a vhodným způsobem na ně také odpovídat (Mourek, 2012). Je to funkční stav těla se senzoryckými a motorickými vztahy v normě se zevním prostředím. Během bdění neprobíhá žádná snová aktivita (Praktické lékařství, © 2009).

Kvalita spánku má nepochybně vliv na jednání člověka. Předpokládáme, že během spánku probíhají zotavovací pochody. Nedostatek spánku má za příčiny změny chování osobnosti, a to i v období, kdy člověk neprochází obdobím nemoci. V průběhu onemocnění jsou tyto změny intenzivnější. Non-REM fáze spánku má vliv na zotavení těla, zatímco fáze REM podporuje regeneraci psychické stránky (Trachtová et al., 2013). Dlouhodobé strádání spánku má za příčinu tělesné změny podobné stárnutí. Spánkový deficit je spojován s chronickou únavou a obecně s vyšším procentem nemocnosti. Během nekvalitního nebo nedostatečného spánku také narůstá počet psychických poruch (Borzová et al., 2009). Člověk v období nemoci vyžaduje větší míru spánku a odpočinku, jelikož každé somatické i psychické onemocnění je doprovázeno vyšší únavností. Je potřeba respektovat zvýšené nároky na kvalitu i kvantitu spánku za podobných stavů (Trachtová et al., 2013).

Medicína spánkových poruch se zabývá diagnózou a léčbou pacientů, kteří si stěžují na nespavost nebo naopak zvýšenou ospalost během dne a další problémy spojené se spaním a usínáním. Množství poruch a problémů se spánkem je však velice široké a rozmanité. Od málo významných, jako je jet lag syndrom, až k těm velmi závažným, jako jsou například syndrom náhlého úmrtí dítěte, fatální familiární insomnie, nebo i nehoda způsobená spánkovou apnoí. Porucha může být primární, zahrnující základní nervové mechanismy spánku, nebo sekundární, v souvislosti s fyzickými, nervovými, nebo psychickými nemocemi, poruchami či poraněními (Chokroverty, 2017).

### 1.1.2 Fáze spánku

Rozlišujeme dvě fáze, se kterými se každý z nás potýká během spánku. Tyto cykly se zjišťují pomocí EEG monitorování. Jako první nastupuje non-REM fáze, která je pomalá a synchronizovaná. Má několik stádií (Mourek, 2012). Stadium 0: bdělost. Stadium 1: fáze mezi bdělostí a spánkem. Člověk pociťuje ospalost, ale stále reaguje na oslovení (Borzová et al., 2009). Trvá jen několik minut. Během toho se zpomaluje dech a klesá srdeční frekvence. Oční bulby se pohybují ze strany na stranu (Trachtová et al., 2013). Stadium 2: lehký spánek, jedinec se snadno probudí. Oční bulby se přestávají hýbat. Toto stadium tvoří 40–45 % z celkového spánku (Trachtová et al., 2013). Člověk již nemusí reagovat na oslovení, ale stále ještě reaguje na jiné podněty, jako například na bolestivý podnět (Borzová et al., 2009). Stadium 3: středně hluboký spánek, probuzení je již obtížnější (Trachtová et al., 2013). Probíhá střední množství delta aktivity (SWS = slow wave sleep). Klesá krevní tlak, teplota a dechová frekvence (Mourek, 2012). Stadium 4: probíhá velmi hluboký delta spánek (Borzová et al., 2009). Dechová a tepová frekvence klesá až o 30 % oproti bdělému stavu, svaly se úplně uvolní, probuzení velmi obtížné. Zároveň probíhá obnovení sil celého organismu (Trachtová et al., 2013).

Non-REM fázi střídá REM fáze, což je rychlý, desynchronizovaný a paradoní spánek. Paradoxní se nazývá kvůli záznamu rychlých a nízkých vln na EEG monitoringu, což je stav podobný aktivnímu bdění. REM znamená rapid eye movement = rychlý pohyb očí. Tato fáze nastává zhruba po 90 minutách spánku a trvá přibližně 20 minut během prvního spánkového cyklu. Ovšem ke konci spánku se časové zastoupení REM fáze zrychluje (Mourek, 2012). Hloubka spánku se pohybuje mezi stadiem 2 a 3 během non-REM fáze. Pro tento spánek je typická snová aktivita. Dá se říct, že sny jsou pro naše zdraví nezbytné. Během nich totiž člověk třídí svoje zkušenosti z předchozího období, zabývá se minulostí i budoucností, což se všechno mísí s naší představivostí. Na základě toho naše sny také vypadají. Sny také odrážejí momentální nepohodu, ať už fyzickou (stav močového měchýře, dýchacího ústrojí, trávicího traktu aj.), tak psychickou (např. úzkostné nebo depresivní stavy) (Borzová et al., 2009). REM fáze představuje danou část spánku, během které se ukládají informace z předchozího dne a promítají se všechny uplynulé události (Trachtová et al., 2013). Během spánku probíhají v organismu různé fyziologické změny. Trachtová et al. (2013) dále udává, že dochází k poklesu arteriálního tlaku v krvi, dále se zpomaluje pulz, dilatují periferní cévy, kosterní svalstvo relaxuje. Také dochází k nepravidelnému zvyšování aktivity gastrointestinálního traktu a bazální metabolismus klesá o 10 – 30 %. Borzová et al. (2009) dodává, že rovněž stoupá spotřeba kyslíku a dokonce se mění i hladiny hormonů v těle, jako jsou například hormony štítné žlázy, somatotropní hormon, kortizon, THS (thyreotropní hormon) a LH (luteinizační hormon).

Zástupnou roli pro navození spánku hrají humorální faktory. Serotonin má pro nervovou soustavu hypnotické účinky. Noradrenalin má zase vliv na REM fázi spánku (Trachtová et al., 2013). Jako další má velký význam melatonin, přezdívaný jako hormon spánku. Produkce melatoninu, stejně jako serotoninu, je poměrně závislá na denním rytmu (cirkadiánní rytmus) (Mourek, 2012). Mezi další faktory navozující spánek bych zmínila kromě psychicko-duchovních (stres, nenaplnění cíle, ztráta hodnoty aj.) a sociálně-kulturních (finanční starosti, konflikty s blízkými, na pracovišti aj.) dle Trachtové et al. (2013) především faktory životního prostředí. Mezi nimi hraje významnou roli typ lůžka, úroveň světla, hluk, teplota prostředí a vlhkost vzduchu.

### **1.1.3 Spánkové poruchy**

Naprosto v jakémkoliv věku se můžeme setkat s různorodými poruchami spánku. Od útlého věku je kvalita spánku ovlivněna především matkou a rodinou dítěte. Od jednoho roku věku dítěte se objevují potíže v celých 20 % výskytu a od čtvrtého až pátého roku života se problémy pohybují kolem 10 % případů. Co se týče celého spektra dětského věku, více než třetina trpí různými poruchami spánku. Může to být způsobeno různými faktory od nočního pocení, před dřívější probuzení, probouzení během noci, až po dýchací obtíže (Borzová et al., 2009). Ve věkové oblasti mezi dospělými se pohybujeme kolem 40 % zastoupení spánkových obtíží. Přibližně 25 % dospělých trpí pouze příležitostnými poruchami spánku. Poruchy spánku lze rozdělit do několika následujících kategorií (Sestra, © 2007).

#### *Insomnie*

Nespavost je stav, kdy se jedinci nedostává kvalitního a dostačujícího spánku, přestože jsou pro spánek zajištěny podmínky kvalitního prostředí (Seidl, 2008). Je to jedna z nejčastějších poruch. Dle WHO je definována jako obtížné usínání (déle jak 30 minut), opakované buzení (více jak 3x za noc), předčasné ranní probuzení a nemožnost opětovně usnout, a to 3x do týdne, trvající déle jak jeden měsíc (Interní medicína pro praxi, © 2009). Důsledkem nespavosti bývá únava až stav ospalosti přes den, porucha paměti a snížená koncentrace, z toho důvodu i vyšší úrazovost (např. dopravní nehody). Psychické projevy jsou zvýšené napětí, celková podrážděnost, častější změny nálad, snížená motivace k denním činnostem, bolesti hlavy a příznaky zažívacího traktu (Sestra, © 2007). Nespavost lze rozdělit na 6 základních typů. Psychofyziologická insomnie je způsobena naučenými patologickými vzorci chování zabraňujícími usnutí, které byly uplatněny během zátěžových situací. Paradoxní insomnie souvisí s vyšším prahem probuditelnosti během noci. Doba spánku je běžná, ale jedinec má pocit, že je celou noc vzhůru. Akutní insomnie je spojená se specifickým stresorem, který vyvolává nespavost v rádech dnů,



maximálně týdnů, přičemž postupně mizí s ubývajícím mírou stresu. Příčinou insomnie z nesprávné spánkové hygieny je provozování běžných denních aktivit, které jsou provozovány v nesprávnou denní dobu (viz kapitola Spánková hygiena). Idiopatická insomnie je z neznámé příčiny. Behaviorální insomnie souvisí s chováním v dětském věku (Interní medicína pro praxi, © 2005)

### *Hypersomnie*

Hypersomnie znamená nadměrná denní spavost. Je charakterizována sklonem k usínání během dne a jedná se také o chorobný stav. Nemocný spí déle než 12 hodin a necítí se po probuzení svěže nebo odpočatě. Může usnout i několikrát za den, ovšem během denního spánku únava stoupá (Seidl, 2015). Hypersomnie může být idiopatická (prodloužený noční spánek a denní spavost), periodická (střídavě krátký a dlouhý cyklus), nebo sekundární (po zánětech a traumatech mozku) (Interní medicína pro praxi, © 2009). Kromě prodlouženého nočního spánku, který může trvat někdy až 16 hodin, je charakteristická nevěle k rannímu vstávání, spavost při monotónní činnosti, používání aktivizačních mechanismů (např. větrání, sprcha), frekventovaná bolest hlavy, nízký tlak a pocit studených končetin (Borzová et al., 2009).

### *Narkolepsie*

Objevuje se mezi 15. až 35. rokem života. Nemocný trpí zvýšenou spavostí během dne a záchvatovitými stavy spánku vyskytujícími se několikrát za den. Stavy trvají kolem 15 minut a po samovolném probuzení se nemocný cítí odpočatě. Okolnosti ovlivňují čas, kdy nemocný usíná. Může to být například sezení na přednášce, v hromadném dopravním prostředku, nebo jen obyčejné sezení u televize. Závažnější jsou stavy, kdy spánek nastává během jízdy na kole, při jiných fyzických aktivitách nebo při rozhovoru (Seidl, 2015). Po atakách je nemocný plně aktivní. Záchvatovité stavy přicházejí během dne nejčastěji v cyklech po 4 hodinách. Celková doba nočního spánku není prodloužena, avšak spánek je nedostatečný, přerušovaný a neklidný. S narkolepsií někdy bývá spojována kataplexie. Během ní dochází k poklesu svalového napětí a postiženému hrozí pád bez současné poruchy vědomí (Interní medicína pro praxi, © 2009). Kataplexie vzniká díky vlivu určité emoce (např. smích, leknutí), během které dochází na až na několik vteřin k momentálnímu snížení až k úplné ztrátě napětí antigravitačního svalstva (Seidl, 2008).

### *Poruchy cirkadiánní rytmicity*

Vznikají, když má dotyčný porušené načasování rytmu střídání dne a noci. Zástupce těchto poruch je známý jet lag syndrom, kdy je porucha rytmicity spojena se změnou časových pásem kvůli cestování. Jako další nastává porucha z převrácené rytmicity díky směnnému režimu

(Sestra, © 2007). Mezi další můžeme zařadit nepravidelný cyklus spánku a bdění, předsunutá nebo zpožděná fáze spánku a jako poslední rytmus odlišný od 24hodinové cirkadinární rytmi-  
city (Borzová et al., 2009).

### *Parasomnie*

Parasomnie je souhrnný název poruch, které se týkají přímo spánku, nikoli jeho kvality a problémů zapříčiňující nespavost nebo zvýšenou denní spavost či únavu. Typické pro parasomnie jsou poruchy chování během spánku, abnormální pohyby, vegetativní příznaky (palpitace, zrychlené dýchání, zvýšený tlak krve aj.) a ztráta paměti po těchto stavech (Borzová et al., 2009). Nejčastějším typem parasomnie bývá somnambulismus neboli náměsíčnost. Typičtější je pro dětský věk než pro dospělost. V dětském věku se vyskytuje společně s enurézou a obvykle ustává do 15 let věku (Interní medicína pro praxi, © 2009). Během spánku se náměsíčné dítě obvykle jen posadí na posteli, nebo chodí po místnosti a po domě. Kontakt s ním nelze navázat, obvykle se to ani nedoporučuje. Dítě se během své „noční exkurze“ může zranit a ráno si nic nepamatuje (Seidl, 2008). Jako další se lze setkat se spánkovou obrnou. Začíná buď těsně před usnutím, častěji však po probuzení. Nemocný se ani za plného vědomí nemůže pohnout po dobu zhruba 2–3 minut. Obrnu však lze okamžitě přerušit promluvením, popř. dotykem jiného člověka (Seidl, 2015). Bruxismus je skřípání zubů a váže se k procesu usínání. Z více jak poloviny případů se vyskytuje u kojenců (Borzová et al., 2009). Syndrom neklidných nohou tíží především mužskou populaci, a to večer před usnutím. Ruší proces usínání a spánek. Je způsoben zahřátím dolních končetin přikrývkou. Poté následují nepříjemné záškuby dolních končetin, které nemocného nutí do pochodu (Seidl, 2015). Potíže nejvíce zmírní krátká procházka, nepříkrytí dolních končetin, nebo různé derivační masti (Interní medicína pro praxi, © 2009). Během spánkové opilosti je stav nemocného podobný klasické opilosti. Dotyčný je popletený a dezorientovaný. Někdy neví, jaký je den nebo kde se nachází. Stav může trvat pár až desítky minut. Mohou se vyskytovat poruchy motoriky a řeč může být zpomalená a nesrozumitelná. Tento stav se může objevit po deficitu spánku, či po psychickém nebo fyzickém vyčerpání psychickém nebo fyzickém (Borzová et al., 2009). Jako poslední příklad parasomnie zde uvedu noční můry a noční děsy (*pavor nocturnus*). Společným jevem bývá nepříjemný zážitek ze snu, který má vliv na chování a náladu člověka. Opět se vyskytují nejčastěji u dětí, a to až v 75 % případů (Borzová et al., 2009). Dítě s mûrami a děsy se probouzí a křičí. Navázat kontakt bývá stejně jako u náměsíčnosti obtížné, až nemožné (Seidl, 2008). Mezi děsy a mûrami je rozdíl v tom, že s noční mûrou se dotyčný probouzí ve fázi REM, tudíž si do rána sen zapamatuje. Oproti tomu noční děs probíhá během non-REM fáze spánku, takže poškozený si sen

ráno nezapamatuje, přestože během cyklu děsu křičí a brečí a může mít dokonce i otevřené oči (Borzová et al., 2009).

Parasomnie lze dále rozdělit na dvě skupiny, a to na poruchy vázané na rozdílné fáze spánku. Zatím jsem již rozdělila noční běsy a noční můry. K nočním děsům se dále řadí také náměšičnost. Oproti tomu k REM fázi lze připsat kromě nočních můr spánkovou obrnu. Ovšem ne vždy porucha závisí na spánkové fázi. Do poslední nejmenované skupiny tedy patří výskyt poruchy bez rozdílu na REM nebo non-REM fázi, a to noční pomočování (Sestra, © 2007).

### *Spánková apnoe*

Poruchy dýchání ve spánku můžeme rozdělit na poruchy nezávislé na plicním onemocnění, následky plicního onemocnění a kombinace obojího. Já se zaměřím na spánkový apnoický syndrom (SAS). Jedná se o soubor příznaků a chorobných stavů. Ty vznikají na základě apnoických pauz nebo hypopnoí během spánku (Interní medicína pro praxi, © 2005). Trpí jím asi 3–8 % populace převážně středního a vyššího věku. Nejvyšší prevalence je u mužů ve věku od 40 do 59 let. Typický pro syndrom spánkové apnoe je fragmentovaný noční spánek s nedostatečnou hloubkou REM i non-REM fáze spánku, četná noční probuzení, přerušované specifické chrápání, paradoxní neprobuditelnost, nadměrná denní spavost a bolest hlavy (Interní medicína pro praxi, © 2009). U dětí jako nejčastější následky poruch dýchání ve spánku studie prokázaly neurobehaviorální poruchy, kterými jsou hyperaktivita, ADHD, hypersomnolence, deprese, agrese a abnormální sociální chování (Pediatrics, © 2012). Za patologickou je považována apnoická pauza trvající déle než 20 vteřin a více jak pět apnoických pauz za hodinu poukazuje na syndrom spánkové apnoe. SAS lze rozdělit na obstrukční a na centrální. Obstrukční se vyznačuje především spojitostí s obezitou a je doprovázen hypersomnií během dne. Centrální syndrom je vzácný a doprovází ho většinou pouze poruchy nočního spánku či nespavost (Seidl, 2015). V terapii musí dojít ke změnám denního režimu, což zahrnuje pravidelnou životosprávu a dostatek spánku. Dále také redukci hmotnosti, zástavu kouření, omezení alkoholu ve večerních hodinách, ale především vyloučení večerní aplikace hypnotik a sedativ s myorelaxačním účinkem, které mají za následek útlum dýchacího centra, což je pro SAS značně nežádoucí (Interní medicína pro praxi, © 2005). Následek apnoe je hypoxie, hyperkapnie a postupná desaturace hemoglobinu, také sinusová bradykardie a jiné arytmie a vzestup tlaku krve a tlaku v plicnici. Neléčený SAS může vést až ke srdečnímu selhání (Seidl, 2015).

#### **1.1.4 Spánková hygiena**

Spánková hygiena je přehled obecných doporučení všem, kteří mají problémy s nedostatečným a nekvalitním spánkem. Rady zní následovně: pravidelně uléhat ke spánku i vstávat, nespát

během dne, používat postel pouze ke spánkové a sexuální aktivitě, jít spát přiměřeně fyzicky i psychicky unavený, nepřejídat se před spánkem, zůstat na lůžku pouze po dobu spánku, zajistit přiměřenou pohybovou aktivitu během dne, nikoliv těsně před spaním, vstát a dělat nezáživnou a monotónní práci při neusnutí do 30 minut, nekouřit a nepožívat pravidelně kofein a alkohol před spaním, střídavě používat hypnotika, během dne zařadit do programu chvílku, ve které je možno zorganizovat své plány tak, aby plánování nerušilo usínání a spánek, zajistit pokud možno nehlukné a klidné prostředí, spát ve vyvětrané místnosti temperované na 17–21°C, zajistit barevně, esteticky a prakticky příjemnou ložnici a lůžko a vyhnout se alergickým materiálům a při poruše usínání potlačit negativní myšlenky rušící spánek a usínání samostatně či s pomocí psychologa (Interní medicína pro praxi, © 2009).

### **1.1.5 Aplikace léků na spaní**

Farmakoterapie nespavosti má jako všechny léky řadu nežádoucích účinků. Mezi ty hlavní patří vznik závislosti, což je v současné ošetrovatelské praxi poměrně značný problém. Za další považujeme vznik tolerance, rizika spojená s užíváním alkoholu, rizika v graviditě, změny chování a myšlení, vliv na paměť a problémy s vysazením léků (Interní medicína pro praxi, © 2008). Prvním problémem je budování závislosti na těchto lécích. Před samotnou aplikací musí sestra umět poučit nemocného o vedlejších efektech a o případném riziku při dlouhodobějším používání (Trachtová et al., 2013). Všechna hypnotika mají za společné zkracování spánkové REM fáze. Po čase se poměr mezi spánkovými fázemi opět normalizuje. Po vysazení občas nastane rebound REM fáze, což znamená prodloužení a častější frekvence fáze spánku podobné bdění. To má za následek opět nekvalitní spánek. Účinky hypnotik a alkoholu se sčítají a dochází k následné snížené koncentrační schopnosti a prodloužení reakčního času. Můžeme určit tři různé typy nespavosti podle času trvání, a to krátkodobou (v rámci několika dní), přechodnou (1–3 týdny) a chronickou (déle než 3 týdny). Farmakoterapie nespavosti by měla být určena zejména pro krátkodobou a přechodnou formu, kdy je nutno zahájit léčbu v co nejkratším čase společně s kognitivní složkou a eliminací primární příčiny nespavosti. Chronická nespavost bývá často spojena s psychiatrickou poruchou, tudíž by léčba měla zahrnovat specifická psychofarmaka určená pro daný psychický problém. Jako další forma léčby je možná terapie spánkovým hormonem melatoninem (Interní medicína pro praxi, © 2008).

## **1.2 Odpočinek**

### **1.2.1 Charakteristika odpočinku**

Stejně jako spánek, i odpočinek patří k nezbytným předpokladům pro zachování a udržení fyzického i psychického zdraví. Během každého tělesného i duševního onemocnění má tělo zvýšené nároky na spánek i na odpočinek. Nemocný člověk vyžaduje více energie pro zvládnutí

běžných denních aktivit, které se týkají sebepečce a návratu k normálnímu zdravotnímu stavu (Trachtová et al., 2013). Odpočinek je stav, při kterém je umožněna obnova energie a uvolnění napětí. Aktivní odpočinek se pokládá za účinnější formu odpočinku, než běžné „nicnedělání“. Výběr jeho formy závisí na pohlaví, věku, zájmech, finančních možnostech a zdravotním stavu. Do činností aktivního odpočinku spadá pohybová aktivita a ruční práce, ale stejně tak čtení, poslech hudby, hraní společenských her a řešení různých hlavolamů (Tomagová et al., 2008).

### 1.2.2 Únava

Únava je považována za obranný mechanismus zabraňující úplnému vyčerpání. Fyziologicky vzniká svalová únava hlavně v důsledku nadměrného fyzického výkonu. Oproti tomu vedou různé chorobné stavy ke svalové únavě bez přiměřené námahy. V únavě jsou klíčové stavy, jako je snížení až vyčerpání energetických zásob a ztráta tělesných tekutin a s tím související změny objemu a osmolality krve (Kittnar et al., 2020). Běžná únava signalizuje, že tělu dochází energie. Po aktivním či pasivním odpočinku únava mizí. Lidé se syndromem chronické únavy pocítují svou únavu jinak, než je přirozená únava a nejsou schopni obnovit energii po odpočinku, ani po delším spánku a nedostavuje se u nich pocit osvěžení (Poněšický, Kačinetzová, 2003). Syndrom chronické únavy je charakterizovaný jako stav s náhle vzniklou neadekvátní únavou, která přetrvává déle než 6 měsíců. Často nastupuje po chřipkovém onemocnění, u žen po porodu a u některých pacientů po operaci. Chronická únava dává najevo neschopnost imunitního systému vyrovnat se se stresem, kterým bývá nemoc, chirurgický zákrok či psychické trauma (Kačinetzová et al., 2003). Abychom správně určili chronickou únavu, musíme vyloučit dotyčného ze známých chorobných stavů, které se vyznačují nadměrnou únavou, jako jsou nádorová onemocnění, anémie, chronické infekce, *diabetes mellitus*, roztroušená skleróza, snížená činnost štítné žlázy, onemocnění nadledvinek a hypofýzy, zánětlivá onemocnění pohybové soustavy, chronické postižení jater a ledvin, postižení srdce a plic, krevní choroby, psychiatrické nemoci a lékové závislosti. Mezi nejčastěji postižené osoby spadají vzdělané ženy středního věku, ale únavou mohou onemocnět i muži a děti. Převážně se jedná o ambiciózní a pracovně vytížené jedince. Únavový syndrom je doprovázen poruchami v oblasti psychiky, ale stejně tak jimi může být způsoben. Syndrom rovněž způsobuje nadměrný stres, depresivní stavy a psychická nepohoda (Poněšický, Kačinetzová, 2003). Z časového hlediska můžeme syndrom chronické únavy rozdělit dle průběhu onemocnění na tři formy. Nejlehčí formu s mírnými obtížemi a zvladatelnou únavou, kdy onemocnění při dobré léčbě mizí do pěti let, středně těžkou formu trvající pět let a více a nejtěžší formu, která může nemocného odkázat na pomoc druhé osoby (Kačinetzová et al., 2003).

## **1.3 Ošetřovatelství**

### **1.3.1 Charakteristika ošetřovatelství**

Ošetřovatelství je samostatný vědní obor, který se zabývá péčí o člověka. Zaměřuje se na aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb člověka v biologické, sociální, psychické a spirituální oblasti jak u zdravého, tak u nemocného jedince. U jedinců, kteří o sebe nemohou, neumí nebo nechtějí pečovat, poskytujeme profesionální péči (Burda, Šolcová, 2015). Dle Špirudové (2015) je definovaným kvalifikovaným personálem ten, který je kompetentní nastavovat, koordinovat a řídit, vykonávat i vyhodnocovat ošetřovatelskou péči. Je to registrovaná sestra (všeobecná či se specializací), jelikož ona je jediným plně kvalifikovaným praktikujícím personálem v oboru ošetřovatelství. Během ošetřovatelské péče sestra sama hodnotí priority během ošetřovatelského procesu, posuzuje měnící se potřeby, vyjadřuje empatii, napomáhá nemocnému a jeho rodině zorientovat se v situaci a pochopit podstatu léčby nemoci a především pomáhá nemocnému při hledání způsobu přijetí faktu stavu nemoci (Šamánková, 2011).

Kelnarová et al. (2015) uvádí, že předmětem ošetřovatelství je zkoumání aspektů péče o člověka a skupiny. Jedná se o interakce a determinace mezi člověkem, zdravím a prostředím vzniklé z požadavků uspokojování potřeb. Základní myšlenkou ošetřovatelství je pomoc nemocným či ohroženým při těch činnostech, které by mohli, v případě, že by měli dostatečnou sílu, vůli a potřebné vědomosti a dovednosti, vykonávat sám. Bez kvalitní komunikace se ošetřovatelský personál neobejde. Sestra by především měla zvládnout získat si důvěru pacienta (Šamánková, 2011). Kvalifikovaná sestra musí umět porozumět kromě znalostí biologie člověka a dalších medicínských aspektů také psychosociálnímu zdraví. To můžeme chápat jako etnické, kulturní a spirituální faktory ovlivňující zdraví. Mezi další faktory se řadí také například zvládání stresových situací, smutek, vyrovnávání se se ztrátou, smrtí apod. (Mastiliáková, 2002).

Ošetřovatelství má formu, obsah i cíl. Formou je systém zaměřený na prevenci nemocí, podporu zdraví, navrácení zdraví a zmírnění utrpení. Obsahem je veškerá činnost směřující ku prospěchu jedince a k uspokojování jeho potřeb. Předpokladem pro splnění cílů je aktivní činnost klienta či pacienta v celém procesu uzdravení. Cílem je dosažení jeho spokojenosti a pohody (Kelnarová et al., 2015).

Cíle můžeme rozdělit na zaměření na zdraví a zaměření na nemoc. Prvně jmenované obsahuje pomoc jednotlivci, skupinám, nebo rodině k dosažení fyzické psychosociální pohody a zdraví v souladu s ekologickým a sociálním prostředím, podporu člověka v péči o jeho zdraví, maximalizaci lidského potenciálu v péči o sebe sama a provádění prevence onemocnění. Zaměření

na nemoc se soustředí na snižování negativního dopadu onemocnění na celkový stav člověka a uspokojování potřeb nemocných, zdravotně postižených a nevyléčitelně nemocných jedinců (Kelnarová et al., 2015).

### **1.3.2 Ošetrovatelský proces**

Ošetrovatelský proces vychází převážně z potřeb nemocných a můžeme ho chápat jako způsob organizace ošetrovatelské péče. Spočívá v plánování a realizaci uspokojování těchto potřeb. Jedná se o logický, systematický přístup ke komplexní péči o pacienty. Cílem ošetrovatelského procesu je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacienta (Kelnarová et al., 2015). Dle Tóthové et al. (2014) se jedná o systémovou teorii aplikovanou na postup z teoretického hlediska. Z toho praktického jde o systematickou a racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče, přičemž cílem je stanovená změna zdravotního stavu pacienta. Základní důvod vzniku ošetrovatelského procesu je fakt, že ošetrovatelský proces je účinnou metodou, která usnadňuje klinické rozhodování a řešení problematických situací (Šamánková, 2011). Během procesu se pacient přímo podílí na plánování a vykonávání ošetrovatelských činností. Nemusí být realizován pouze v nemocničních zařízeních, ale i v domácí ošetrovatelské péči. V průběhu celého procesu dochází mezi ošetřovatelem a pacientem k interakci. Fáze ošetrovatelského procesu se skládá z pěti kroků. Jednotlivé kroky plánuje a realizuje všeobecná sestra (Burda, Šolcová, 2015).

### **1.3.3 Kroky ošetrovatelského procesu**

#### *Ošetrovatelská anamnéza*

Anamnéza je souhrn informací, které vedou ke zjištění aktuálních nebo potenciálních ošetrovatelských problémů. Realizuje se pozorováním a rozhovorem. Není-li pacient schopen komunikace, zjišťují se údaje z předchozí dokumentace, od rodiny, záchranné služby apod. (Burda, Šolcová, 2015). Sepisování informací se vždy orientuje na bio-psycho-sociální a duchovní potřeby pacienta. Tento první krok se dá nazývat také „posouzení pacienta“, je tedy třeba jej rozdělit na sepsání ošetrovatelské anamnézy a posouzení aktuálního stavu potřeb pacienta (Jarošová, Marečková, 2005).

#### *Ošetrovatelská diagnóza*

Dle získaných dat sestra provádí analýzu, která stanovuje aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy (Tóthová et al., 2014). Dále se sestra snaží pojmenovat problém pomocí odborné sesterské terminologie (ošetrovatelské diagnózy) s využitím mezinárodního diagnostického názvu s číselným kódem (Burda, Šolcová, 2015).

### *Ošetrovatelský plán*

V ošetrovatelském plánu probíhá plánování jednotlivých ošetrovatelských činností. Obsahuje přehled zákroků vedoucích k dosažení cíle pacienta společně se zdravotníky. Cíl je během plánování stanoven. Všechny intervence musí být splnitelné a reálné (Burda, Šolcová, 2015). Ošetrovatelský plán se z hlediska času dělí na dlouhodobý, střednědobý a krátkodobý (Jarošová, Marečková, 2005).

### *Realizace ošetrovatelského plánu*

V tomto kroku by sestra měla pacienta seznámit s ošetrovatelským plánem a jeho cílem. Pacient by se měl aktivně podílet na jednotlivých ošetrovatelských intervencích. Veškeré provedené ošetrovatelské intervence se musí zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace (Burda, Šolcová, 2015). Ošetrovatelská péče by měla sloužit jako prevence vzniku ošetrovatelských problémů, dále jako odstranění ošetrovatelských problémů, nebo přinejmenším jejich zmírnění (Jarošová, Marečková, 2005).

### *Zhodnocení realizace ošetrovatelského plánu*

Posuzování veškerých ošetrovatelských postupů a intervencí se provádí z hlediska úspěšnosti a splnění stanovených cílů. Pokud nebyly intervence úspěšné a nebyl splněný stanovený cíl, musí se ošetrovatelský plán přehodnotit a změnit (Burda, Šolcová, 2015).

#### **1.3.4 Potřeby člověka ve zdraví i nemoci**

Ošetrovatelský proces vychází z pacientových potřeb a plánování jejich uspokojování. Potřeba může být definována jako pocit nedostatku, anebo naopak nadbytku. Prožívání těchto potřeb ovlivňuje naše chování. Uvědomění si určité potřeby vede k motivačnímu myšlení, tím má jedinec snahu uspokojit danou potřebu (Kelnarová et al., 2015). Potřeby spadají opět do biologické, psychické, sociální a spirituální sféry. Pokud nejsou potřeby uspokojeny, dochází k rozladění rovnováhy organismu (Burda, Šolcová, 2015). Společným zájmem zdravotníků i pacienta je návrat ke zdraví. Kromě farmakoterapie a variabilních léčebných zákroků je také stejně důležitý dostatek spánku, přiměřená výživa, dobré podmínky pro hygienu a vyprazdňování. Proces uzdravení podporuje i zdravá psychika (Trachtová et al., 2013). Každý jedinec prožívá své potřeby individuálně. V některých případech se můžeme setkat s nežádoucími způsoby uspokojování našich potřeb, jako jsou například pití alkoholu, užívání drog či sebepoškozování. Oproti tomu za zdravé uspokojování považujeme například spánek (únava) nebo jídlo (hlad). Faktory ovlivňující uspokojování potřeb jsou např. individualita jedince, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka, nemoc nebo okolnosti, za kterých onemocnění vzniklo (Kelnarová



et al., 2015). Moderní ošetřovatelství rovněž přihlíží k filozofickému směru, který pojednává o holistické teorii. Tato teorie totiž považuje veškeré živé organizmy jako jednotný celek, který je ve vzájemné interakci se svým okolím. Člověk jako celek se sám skládá z pěti součástí, a to z biologické, kognitivní, společenské, emocionální a duchovní. V případě, že je porušena jedna část, dochází z hlediska holismu k poruše celého systému (Mastiliáková, 2002).

Lidské potřeby můžeme rozdělit na určité stupně v hierarchii potřeb. V polovině 20. století tyto potřeby uspořádal dle priorit americký psycholog Abraham Harold Maslow do tzv. Maslowovy pyramidy potřeb. Její princip spočívá v nemožnosti uspokojit potřeby vyšší, pakliže nejsou uspokojeny potřeby nižší (Burda, Šolcová, 2015). Pyramida potřeb vychází z takzvané teorie motivace. V hierarchické teorii potřeb lze nalézt těsné propojení psychologie a filozofie (Trachtová et al., 2013). Potřeby se dále rozlišují dle subjektivních a objektivních příznaků. Mezi subjektivní příznaky patří ty, které je schopen pacient udat sám nebo na vyžádání zhodnotit. Objektivní příznaky můžeme pozorovat na pacientovi sami. V některých případech s námi pacient odmítá komunikovat, nebo dokonce zastírá některé příznaky, proto není na škodu mít dobré pozorovací schopnosti. Někdy objektivní příznaky nesouhlasí s těmi subjektivními, a tak zvláště záleží na komunikačních schopnostech sestry a schopnostech empatie, aby byla schopna posoudit a diagnostikovat potřebu (Kelnarová et al., 2015).

### **1.3.5 Maslowova hierarchie potřeb**

Maslowova pyramida začíná nejspodnější příčkou, ve které se nacházejí *fyziologické potřeby*, které vyjadřují potřeby organismu k zajištění homeostázy (Kelnarová et al., 2015). Řadíme sem dýchání, vylučování, příjem potravy a tekutin, potřebu spánku a odpočinku, být bez bolesti, potřebu sexu aj. V době nemoci se tyto potřeby stávají pro člověka prioritními (Burda, Šolcová, 2015). Člověk se obvykle snaží vyhnout nedostatku potřeby ještě dříve, než se stane potřebou aktuální (Trachtová et al., 2013). Dále definovaná je *potřeba bezpečí a jistoty*. V této potřebě jedinec touží po vyhnutí se nebezpečí a ohrožení. Důležitá je pro něj tedy důvěra, stabilita, ekonomické zabezpečení a bydlení. Během nemoci jedinec často vyjadřuje potřebu soběstačnosti a rozhodování sama o sobě. *Potřeba lásky a souměřitosti* vyjadřuje potřebu milovat a být milován. Důležité je navázání vztahu, osobního kontaktu. (Burda, Šolcová, 2015). Jedinec také touží po sociální integraci. *Potřeba vystupuje do popředí*, cítí-li se jedinec osamocně a opuštěně. *Potřeba uznání a sebeúcty* vyjadřuje spojení dvou potřeb dohromady. První vyjadřuje spíše touhu po důvěře od druhých. Ve druhé vyjadřuje jedinec především potřebu respektu. Jedná se také o projevení snahy získání ztracené sociální hodnoty (Trachtová et al., 2013). Jedinec potřebuje uznání a ocenění od druhých. Touží po kladném přijetí od svého okolí (Burda,

Šolcová, 2015). V *potřebě seberealizace* je jedinec vedený myšlenkou dosáhnout toho, čeho dosáhnout může. Všechny potřeby pod touto potřebou, která je na vrcholu pyramidy, pomyslně směřují k této nejvyšší potřebě. Člověk má od přírody nastavenou touhu stát se dobrým a mít radost z dobře odvedené práce (Kelnarová et al., 2015). Můžeme sem dále zařadit potřeby kognitivní a estetické. V kognitivních potřebách se rozvíjí touha po vzdělání, rozšiřování intelektuálních schopností a vědění, poznávání nových míst apod. Do estetických potřeb řadíme touhu po kráse kolem sebe, ale také být atraktivní pro své okolí (Burda, Šolcová, 2015).

### **1.3.6 Ošetřovatelský proces zaměřený na potřebu spánku a odpočinku**

V období nemoci má dotýčný vyšší nároky na spánek a odpočinek. Děje se tak z důvodů, jako je narušení spánkového rytmu nemocí, vyšší potřeba energie v procesu uzdravování, nebo také z bolesti, dušnosti, či obav před operačním zákrokem. Podávání antibiotik rovněž ovlivňuje potřebu spánku a odpočinku. Harmonogram práce na oddělení, ale i samotné nemocniční prostředí mohou ovlivňovat a narušovat kvalitní odpočinek a spánek nemocného. Je tedy poněkud v rozporu dodržování nemocniční večerky ve 21 hodin a ranní vstávání v 6 hodin bez možnosti provedení spánkových rituálů s individuálními potřebami jedince k uspokojování potřeby spánku. Kvalitu spánku stejně tak ovlivňuje také přiměřená pohybová aktivita a pobyt na čerstvém vzduchu a nesprávné stravovací návyky. Příčinou častého probouzení může být zvýšený příjem tekutin před spaním a konzumace kávy či alkoholu (Trachtová et al., 2013). V období nemoci se člověk ocitá v situaci, kdy sám není plně schopen uspokojovat své potřeby. V případě, že se naplnění potřeby neuspokojí, dochází k nějakým potížím, které se posléze objeví. Nespavost může být samotná příčina potíží, ale také jejich důsledek (Šamánková et al., 2011).

Ošetřovatelská anamnéza spánku je součástí anamnestického formuláře a vyplňuje se s každým nemocným přijímaným do zdravotnického zařízení. Zahrnuje informace o spánku (délka spánku a bdění, typ spánku, kvalitu spánku a čas a trvání spánku během dne), o rituálech napomáhajících nemocnému usnout, o užívání léků na spaní či jiných léků ovlivňujících spánek a usínání, o prostředí, ve kterém je člověk zvyklý usínat a o současných problémech, změnách spánku a obtížích (Trachtová et al., 2013). Anamnestické údaje dále obsahují projevy únavy během dne, diagnostikované poruchy spánku a jejich terapii, způsob řešení problémů se spánkem v předchozím období a jejich vyvolávající příčiny a pocit odpočinutí po nočním spánku. Je třeba zmapovat individuální spánkové rituály jedince, které mohou podporovat, ale i ztěžovat proces usínání. Mezi ně můžeme zařadit čtení, povídání si s jinou osobou, poslech hudby, sledování televize, pití oblíbeného nápoje před spaním, ale i spoustu dalších aktivit. U dětí lze za spánkové rituály považovat například vyprávění pohádky od rodiče, pohlazení na dobrou noc,

uložení ke spánku s oblíbenou hračkou nebo v oblíbeném pyžamu a další. Negativními vlivy na spánek a jeho kvalitu jsou požívání alkoholu a kouření cigaret před spaním, sledování televize do noci, pozření těžko stravitelných jídel před spaním, uložení se do postele bez pocitu únavy a pasivní čekání na spánek, nadměrná pohybová aktivita před spaním a jiné (Tomagová et al., 2008). Ošetřovatelská anamnéza dále obsahuje pozorování nemocného a klinická vyšetření. Fyzikální vyšetření zahrnuje pozorování výrazu tváře. Zaměřujeme se na stopy poukazující na nedostatek spánku, jako jsou kruhy pod očima červené spojivky a lesklé, nepřítomné oči. Mezi další znaky nevyspání řadíme podrážděné chování, zívání, nepozornost, třes rukou, nekoordinované pohyby, nedostatek energie obecně, fyzickou slabost a malou výkonnost (Trachtová et al., 2013). Další diagnostická vyšetření zmiňuji v kapitole *Fyziologie spánku*. K současnému onemocnění se lékařem diagnostikují poruchy spánku jako jsou dyssomie, parasomie, poruchy cirkadiálního rytmu, poruchy spánku související s tělesnou, anebo duševní poruchou (Tomagová et al., 2008).

V ošetřovatelské diagnostice se při poruše spánku a odpočinku určují diagnózy, jako jsou porušený spánek, únava, spánková deprivace, ochota ke zlepšení spánku, riziko úrazu, porušená výměna plynů, úzkost, strach a další. Jako důsledek neuspokojení potřeby spánku a odpočinku je také třeba identifikovat projevy únavy. Tvoří je především pocit únavy, snížená koncentrace, zhoršená koordinace, pokles tělesné i duševní výkonnosti, snížená svalová síla, snížený pracovní výkon, zhoršená nálada, podrážděnost, úzkost, strach, zvýšená citlivost pro bolest, bolest očí, hlavy, zad, nechůť k jídlu, nespokojenost s kvalitou a kvantitou spánku, apatie (Tomagová et al., 2008). Vzhledem k tomu, že se jedná o potřeby zaměřené na chirurgická oddělení, mají tato oddělení i svá specifika. Mezi ně se řadí především zmíněné obavy před samotným operačním zákrokem, ale rovněž je hlavním faktorem bolest, na kterou by se zdravotníci v rámci uspokojování potřeb odpočinku a spánku měli zaměřit. Pokud se bolest žádným způsobem v pooperační fázi neřeší, může to nepříznivě narušit spoustu dalších faktorů pro pacienta během pobytu v nemocnici, od nevyspání, až po závažnější tělesné změny. Bolest by se měla řešit primárně v prvních 48 hodinách po operaci (UI Proceedings on Health and Medicine, © 2019).

Související problémy se spánkem a odpočinkem mají co dočinění nejen s vlastním onemocněním, ale rovněž se zdravotnickým prostředím. Po identifikaci a vyhodnocení spánkových problémů a ošetřovatelských diagnóz sestra následně napomáhá prostřednictvím ošetřovatelského procesu k jejich vyřešení (Trachtová et al., 2013). Plánování ošetřovatelských intervencí se odvíjí od individuality každého jedince. Záleží na jeho možnostech, schopnostech, a především na jeho samotných zvyklostech. Sestra pacientovi pomáhá zajišťovat prostředí vhodné pro

spánek a odpočinek. K vytváření vhodného prostředí obvykle patří zabezpečení, aby nebyl pacient během spánku a odpočinku rušený, a to od hluku, zápachu, světla a dalších faktorů negativně ovlivňujících tyto potřeby (Tomagová et al., 2008). Sestra má tedy za úkol plnit intervence, kterými bývají například zavření dveří v pokoji nemocného, zatažení žaluzií, opatření příjemné, tiché hudby, ztlumení nebo zhasnutí světla, umístění na pokoj s vhodnými pacienty, snížení množství stimulů, jako jsou rozhovory personálu, televize a další, nastavení lůžka do vhodné polohy, umístění zvonku na snadno dosažitelné místo, vysvětlení nemocnému se zavedenou flexilou, jak se může pohybovat, zabezpečení dostatečné délky spojovacích hadiček u infuzí, aby se nemocný mohl pohybovat apod. (Trachtová et al., 2013). K dalším opatřením potřebných k vytvoření vhodných podmínek pro spánek a odpočinek patří napomáhání při dodržování spánkové hygieny. O těchto radách a doporučeních se blíže zmiňuji v kapitole *Spánková hygiena*.

Další pomoc může být vyžadována při podpoře individuálních spánkových návyků jedince. U dětí se může jednat o pouhé podání oblíbené hračky, u dospělých různé hygienické úkony, kde by sestra měla být připravena k dopomoci. Mezi další činnosti před spaním mohou spadat večerní procházka, čtení, poslech oblíbené hudby a další zvyklosti. Vynechání nebo narušení těchto návyků může nepříznivě ovlivnit pacientův spánek nebo odpočinek. K zabezpečení pohody a relaxace sestra také provádí vhodné rozvržení podávání léků, zajišťuje pohodlné oblečení, perfektně upravené lůžko, může provádět masáž či hydrataci chodidel nebo zad, doporučuje nemocnému vyprázdnit se před spaním, podává analgetika půl hodiny před spaním, podává předepsané léky nemocným s dechovými problémy a vhodně je polohuje, a především za příznivých časových podmínek naslouchá pacientovým problémům a snaží se je mírnit (Trachtová et al., 2013). Dalším řešením je podání léků na spaní, o kterých se zmiňuji v kapitole *Aplikace léků na spaní*. Léky bývají podány často na žádost pacienta, avšak hlavním problémem bývá snadné vytvoření závislosti, jelikož léky výhradně snižují pocit úzkosti a navozují pocit sníženého napětí. Je důležité informovat pacienta před podáváním léků na spaní o vedlejších účincích a vytvoření možné závislosti. Při neuspokojené potřebě odpočinku a spánku je důležité poučení nemocného. Nefarmakologická forma terapie spánkových poruch spočívá v doporučení relaxačních metod a kognitivně-behaviorální psychoterapii. Samostatně, anebo pod vedením psychoterapeuta si jedinec osvojuje různé relaxační techniky navozující uvolnění a mající pozitivní vliv na spánek a usínání. Relaxační techniky mohou jednotlivci se spánkovými problémy vyzkoušet od řízeného dýchání, přes jógu až k progresivní svalové relaxaci (Tomagová et al., 2008).

## **1.4 Ošetrovatelské modely zaměřené na potřebu spánku a odpočinku**

### **1.4.1 Koncepční model Virginie Hendersonové**

Komplementární model Hendersonové uplatňuje poznatky z fyziologie, psychologie a sociologie. Hlavní předpoklad ošetrovatelství je podle autorky nastolen tak, že péče o nemocné pouze dle služebních předpisů je nedostačující a ošetrovatelství jako samostatná disciplína by nemělo být podřízeno medicíně. Mnoho základních potřeb není dle Hendersonové v nemocnicích uspokojeno a citová rovnováha je neoddělitelná od rovnováhy ve fyzické oblasti (Pavlíková, 2006).

Ošetrovatelským cílem je nezávislost v uspokojování a dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti (Archalousová, 2003). Pacient či klient představuje jedince dožadujícího se pomoci během procesu dosahování zdraví a nezávislosti nebo klidného umírání. Duše a tělo jsou dle Hendersonové neoddělitelné a pacient a jeho rodina tvoří dohromady jeden celek. Zdroj potíží během ošetrovatelského procesu je nedostatek síly, vůle nebo vědomostí. Péče je vždy ovlivňována vedlejšími faktory, jako jsou věk nemocného, kultura, emocionální rovnováha, fyzické a psychické schopnosti jedince a patologický stav. Tyto faktory se musí vždy zohlednit v závislosti na úpravě plánu ošetrovatelské péče (Pavlíková, 2006). Role sestry při ošetrovatelské činnosti je udržování či navrácení nezávislosti, pomoc v situacích, kdy si dotyčný nemůže zajistit základní lidské potřeby sám, dodržovat terapeutický plán lékaře a spolupracovat se zdravotnickým týmem v zájmu uzdravení klienta (Archalousová, 2003).

Metaparadigmatická teorie koncepčního modelu Virginie Hendersonové se skládá ze čtyř odvětví, a to osoby, prostředí, zdraví a ošetrovatelství. Osoba je nezávislá bytost, která je tvořena čtyřmi základními složkami, jimiž jsou biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby. Ty se dále rozvíjejí do čtrnácti elementárních potřeb, které uspokojuje jedinec individuálním způsobem. Prostor nebylo blíže definováno, avšak autorkou Hendersonovou vnímáno jako souhrn všech vnějších vlivů a podmínek životního prostředí působících na vývoj a život jedince. Složku zdraví Hendersonová blíže nedefinovala. Zdraví ztotožnila se samostatností, soběstačností a nezávislostí jedince. Ošetrovatelství je v modelu definováno jako proces řešení problémů pacienta či klienta spojených s potřebami prostřednictvím poskytování pomoci. Pakliže není jedinec schopný soběstačně, nezávisle a hodnotně žít, je mu k dispozici sestra pro nahrazení úbytku soběstačnosti (Pavlíková, 2006). Model Hendersonové patří k modelům humanistickým. To znamená, že základní ošetrovatelská péče by měla probíhat způsobem, že sestra nejprve zhodnotí čtrnáct oblastí pacienta, na které se v ošetrovatelství zaměřuje a sama řekne, ve kterých oblastech je pacientovi třeba dopomoci. Následně proběhne plánování a poskytnutí adekvátní pomoci, což se projevuje zlepšením narušeného zdravotního stavu a soběstačnosti

pacienta. Každou změnu by sestra měla zaznamenat do dokumentace. V poslední fázi se sestra zaměřuje na edukaci pacienta a jeho rodiny (Monographs of the Society for Research in Child Development, © 1996).

Čtrnáct elementárních potřeb kromě spánku a odpočinku dle definice z Pavlíkové (2006) dále tvoří normální dýchání, dostatečný příjem potravy a tekutin, vylučování, pohyb a udržování příjemné polohy, vhodné oblečení, oblékání a svlékání, udržování fyziologické tělesné teploty, udržování upravenosti a čistoty těla, odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých, komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů, vyznávání vlastní víry, smysluplná práce, hry nebo účast na různých formách odpočinku a rekreace a jako poslední učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení.

Hlavními rysy modelu Hendersonové jsou soucit, empatie, respektování lidských práv, úcta ke člověku a akceptování individuality každého jedince (Monographs of the Society for Research in Child Development, © 1996). Čtrnáct komponentů základní ošetrovatelské péče dle Pavlíkové (2006) zahrnuje vždy dopomoc pacientovi či klientovi při vykonávané činnosti, jako je například pomoc při vylučování či pomoc při příjmu potravy a tekutin. Vzhledem k dopomoci při spánku a odpočinku je podle definice třeba zohlednit několik podmínek, jako je již zmíněný věk, kultura, emocionální rovnováha, fyzické a psychické schopnosti dotyčného a patologický stav nemocného. To znamená, že v ošetrovatelském procesu k dopomoci při spánku a odpočinku nesmíme opomenout věk dotyčného, protože potřeba doby spánku se v závislosti na věku mění. Dále příslušnost k určité kultuře vzhledem například ke spánkovým rituálům, časovému hledisku spánku a rituálům v době aktivního či pasivního odpočinku. Emocionální nerovnováhu se můžeme pokusit zvládnout vyřešit sami vyslechnutím, popřípadě podpůrným rozhovorem, nebo s pomocí psychologa. Fyzické schopnosti můžeme řešit například v rámci dopomoci při vhodné poloze ke spánku či odpočinku a psychickou nepohodu bych řešila pomocí individuálních potřeb nemocného a pomocí spánkových rituálů, anebo podobně jako emocionální nerovnováhu. Patologický stav nemocného je rozhodně třeba zohlednit v narušení potřeby spánku a odpočinku.

Myšlenky a definice podle Hendersonové jsou aktuální i dnes a její koncepční model lze využít v posouzení potřeb jedince v domácí i v nemocniční ošetrovatelské péči (Archalousová, 2003).

### **1.4.2 Konceptní model Marjory Gordonové**

Zdraví člověka je dle Gordonové vyjádřením bio-psycho-sociální pohody. Je ovlivňováno na základě vývojových, kulturních, duchovních a dalších faktorů. Sestra identifikuje při kontaktu s nemocným funkční nebo dysfunkční vzorce zdraví. V dysfunkčním typu je třeba stanovit ošetřovatelské diagnózy. Ty se stanovují nejen v sekundární a terciální prevenci u chorobných stavů, ale i u relativně zdravých jedinců v prevenci primární (Archalousová, 2003).

Cílem ošetřovatelství je zdraví, rovnováha bio-psycho-sociálních potřeb a zodpovědnost jedince za své zdraví. Role sestry spočívá v systematickém získávání informací v jednotlivých oblastech vzorců zdraví. Získávání informací probíhá standardními metodami, jako jsou pozorování, rozhovor nebo fyzikální vyšetření (Pavlíková, 2006). Sestra dále posuzuje funkční a dysfunkční typ zdraví, analyzuje informace a provádí diagnostiku problémů s použitím odborné terminologie. Po provedení diagnostiky plánuje a vyhodnocuje ošetřovatelskou péči u zdravého i nemocného, dítěte i dospělého (Archalousová, 2003).

Gordonová reprezentuje dvanáct vzorců zdraví, kde každý vzorec udává určitou část zdraví, která je buď funkční nebo dysfunkční. Vzorce představují úseky chování jedince v určitém čase. Reprezentují základní ošetřovatelské údaje v objektivní i subjektivní podobě. Vzorce zdraví dle Gordonové opět obsahují spánek – odpočinek, který zahrnuje způsob spánku, oddechu a relaxace. Dále se vzorce skládají z vnímání zdraví – udržování zdraví, výživy – metabolismu, vylučování, aktivity – cvičení, citlivost (vnímání) – poznávání, sebepojetí – sebeúctu, role – vztahy, reprodukci – sexualitu, stres, zátěžové situace – zvládání, toleranci, víru – životní hodnoty a jiné (Pavlíková, 2006).

Koncepční model Gordonové splňuje dle odborníků požadavek pro rámcový standard k systematickému ošetřovatelskému zhodnocení zdravotního stavu pacienta/klienta. Model považují za nejkompexnější pojetí člověka z hlediska holistické filozofie. Sestrám a porodním asistentkám vyhovuje model v rámci kritického myšlení a profesní kompetence během realizace jednotlivých fází ošetřovatelského procesu. Studentům poskytuje potřebný obecný rámec obsahu studia na vysokých školách (Archalousová, 2003).

## **1.5 Chirurgické ošetřovatelství**

### **1.5.1 Charakteristika chirurgického ošetřovatelství**

Chirurgie je základní lékařský obor, z něj dále vychází aplikovaný ošetřovatelský obor chirurgické ošetřovatelství, které se zaměřuje na poskytování ošetřovatelské péče u pacientů hospitalizovaných na odděleních chirurgického typu, tzn. pacientů s onemocněním vyžadující chirurgickou léčbu (Janíková, Zeleníková, 2013). Ošetřovatelská péče není orientovaná pouze na

osoby s chirurgickým onemocněním v perioperačním období, ale také na osoby s úrazem a náhlým stavem ve všech chirurgických oborech. Úlohou sestry je včasné rozpoznání jakékoliv změny od běžného průběhu a umět zahájit včasnou intervenci ve spolupráci s ostatními členy, kteří tvoří na každém oddělení multidisciplinární tým (Libová et al., 2019). Kromě sledování stavu pacienta v předoperačním, perioperačním a pooperačním období sestra dále vyhledává aktuální potřeby u pacienta, který podstupuje chirurgický zákrok. Stanovuje aktuální a potenciální diagnózy a realizuje ošetrovatelský proces. Vede ošetrovatelskou dokumentaci, edukuje pacienta i jeho rodinu o prevenci komplikací a ošetřování a v neposlední řadě podporuje pacienta a jeho rodinu (Janíková, Zeleníková, 2013).

Chirurgické ošetrovatelství lze rozdělit na dva základní obory. Již zmíněná chirurgie, která se zabývá prevencí, diagnostikou i operační léčbou nemocí různých orgánů a orgánových soustav, včetně poranění. Chirurgii můžeme specifikovat jako jednu z nejstarších odvětví lékařství vůbec. Během léčby se využívají především manuální výkony, proto je název odvozen z řeckého *cheirurgia* (*cheir* – ruka, *ergein* – pracovat). Operátor tedy do těla zasahuje rukou, různými nástroji a přístroji a díky pokroku moderní doby se setkáme i s robotickými zařízeními využívanými při operacích (Burda, Šolcová, 2016). Druhým oborem je ošetrovatelství, které je samostatně definovanou vědeckou disciplínou. Zaměřuje se především na aktivní vyhledávání a uspokojování ošetrovatelských potřeb. Do těchto potřeb můžeme zařadit biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby jednotlivce (Janíková, Zeleníková, 2013). Cílem ošetrovatelství je pečovat jak o nemocného, tak o zdravého jedince. Dále se zaměřuje na péči o různé skupiny a rodiny, kdy cílem je, aby byli jednotlivci schopni co nejdéle samostatně uspokojovat své potřeby (Burda, Šolcová, 2015).

Během poskytování ošetrovatelské péče v chirurgii se bezesporu uplatňují ošetrovatelské, medicínské, manažerské a humanitní znalosti a dovednosti. Ty se uplatňují jak v prevenci, tak především v klinice chorob na chirurgických odděleních (Libová et al., 2019).

### **1.5.2 Členění chirurgického oddělení**

Chirurgické oddělení lze rozdělit na ambulantní, lůžkovou a operační část. Ambulantní část je nejčastěji složená z následujících úseků. Urgentní příjem, kde probíhá příjem všech pacientů v akutním stadiu chirurgického onemocnění či s úrazy (Burda, Šolcová, 2016). Na centrálním příjmu – recepci dochází k zaregistrování všech klientů, u kterých se následovně bude provádět ambulantní vyšetření či ošetření. Také se zde evidují klienti určení k hospitalizaci. Ordinance specialistů jsou přizpůsobeny pro ošetření a převazy drobných chirurgických onemocnění (Slezáková et al., 2010). Dále slouží k dispenzarizaci pacientů po chirurgické léčbě (např cévní



poradna, ambulance po onemocnění prsu, stomatoporadna, proktologie aj.) a provádí se zde vyšetření klientů před hospitalizací na lůžkovém oddělení (Burda, Šolcová, 2016). Ambulance bolesti také bývá součástí ambulantní části. Dochází sem klienti s chronickou bolestí, kteří jsou v péči anesteziologů (Slezáková et al., 2012). Mezi další části oddělení se řadí sádrovna, kde se přikládají, nebo naopak snímají sádrové obvazy. Sádrovna může být také pouze součástí chirurgické ambulance. Zámkový sál slouží k ambulantnímu provedení výkonu. Jedná se o drobné operační výkony a ošetření menších poranění. Lékař zde také může poskytnout odbornou první pomoc. Jako poslední spadá pod ambulantní část RTG pracoviště, kde se provádí rentgenologická diagnostika. Bývá poblíž chirurgické ambulance, jelikož jde o hlavní diagnostickou metodu, bez níž se chirurgická péče neobejde (Burda, Šolcová, 2016).

Operační úsek zahrnuje různé zóny podle funkce. Předšálí spadá do zóny ochranné. Slouží jako skladový prostor pro některé přístroje a vybavení pro anestezii (Slezáková et al., 2012). Do téže zóny spadá také vstupní filtr sloužící k převlečení personálu, než vstoupí do zóny aseptické. Tato zóna přiléhá k operačnímu sálu (Burda, Šolcová, 2016). Vyznačuje se aseptickými postupy, do nichž spadají umývárny pro lékaře a perioperační sestry (instrumentářky). Dále místnosti pro mytí nástrojů. Septické a aseptické operační sály náleží zóně sterilní. Operační tým je složen z chirurgů, anesteziologů, instrumentárek a sálových sanitářů. Každý člen týmu je seznámen s provozním řádem oddělení a podle něho odvádí svou práci na sále. Všechny výkony jsou zaznamenány do operačního protokolu, který vyplňuje lékař. Sestry mají na starosti operační sesterskou dokumentaci (Slezáková et al., 2012).

Lůžková část obsahuje standardní ošetrovací jednotky, které bývají rozděleny nejčastěji podle pohlaví, ale také na aseptické a septické. V aseptické části se setkáme s pacienty s konzervativním a chirurgickým způsobem léčby (např. po operaci štítné žlázy, žlučníku aj.). U chirurgických výkonů na tomto oddělení probíhá hojení *per primam*. Na septickém oddělení probíhá léčba a ošetrovatelská péče pro pacienty s hnisavým onemocněním. Probíhá zde tedy hojení *per secundam* (Slezáková et al., 2012). Spadají sem tedy pacienti s komplikovaným pooperačním hojením ran, pacienti se stomií a pacienti po amputacích. Pod další část anesteziologicko resuscitačního oddělení spadá dospávací pokoj, který poskytuje intenzivnější formu péče pacientům po operaci. Na JIP (jednotce intenzivní péče) je intenzivní péče určena pacientům po operačních výkonech. Je zde nezbytné zvýšení celkového monitorování pacienta. (Burda, Šolcová, 2016). ARO funguje jako součást pooperačního oddělení. Je určeno pacientům po těžkých operacích a po úrazech s polytraumatem ohrožujícím pacienta na životě (Slezáková et al., 2010).

### 1.5.3 Chirurgické obory

Chirurgii lze rozdělit na všeobecnou a speciální. Základními poznatky nezbytnými pro chirurgickou činnost v praxi se zabývá chirurgie všeobecná. Speciální chirurgie se zabývá diagnostikou a léčbou patologických stavů jednotlivých orgánů s přihlédnutím k lokalizaci a příčinám (Michalský, Volfová, 2008). Podstatou chirurgie nadále zůstává maximální multidisciplinární týmová spolupráce. Neustálý rozvoj chirurgie měl dopad na rozdělení a vznik dalších oborů, u nichž nadále zůstává nedílnou součástí operační činnost (Slezáková et al., 2012).

Chirurgické obory a z nich odvozené obory dělíme následovně. Všeobecná chirurgie obsahuje chirurgické operace krku, hrudní stěny, břicha a končetin. Pod ní spadá hepatobiliární chirurgie (játra, žlučové cesty, pankreas), kolorektální chirurgie (tlusté střevo a konečník) a proktologická chirurgie (konečník). Onkochirurgie se věnuje chirurgické léčbě onkologických onemocnění. Hrudní chirurgie se vyznačuje léčbou chirurgických onemocnění plic a mediastina. Kardiiovaskulární chirurgie se dělí na kardiochirurgii, která se zabývá operativní léčbou onemocnění srdce, a cévní chirurgii, která se věnuje operativní léčbě cév. Dětská chirurgie nabízí diagnostickou a léčebně preventivní péči a posudkovou činnost u chirurgicky nemocných dětí do 18 let věku. Plastická chirurgie provádí operace vrozených vad a onemocnění obličeje a povrchových částí těla. V rekonstrukční chirurgii je cílem úprava a obnova různých částí těla společně s jejich funkcí s uplatněním zejména u některých vrozených vad a různých poranění. Transplantační chirurgie se zabývá transplantacemi orgánů. Neurochirurgie provádí operace onemocnění centrálního nervového systému a periferních nervů. Traumatologie je obor zabývající se komplexní léčbou poranění. Popáleninová medicína se věnuje léčbě rozsáhlých popálenin v popáleninových centrech. Urologie se zabývá onemocněními močové soustavy a mužských pohlavních orgánů. Ortopedie je obor, který se věnuje vrozeným a získaným vadám a úrazům pohybového aparátu. Mezi chirurgické obory také spadá otorinolaringologie, která se zabývá výzkumem, diagnostikou a léčbou ušních, nosních a krčních onemocnění. Oftamologie, která se věnuje výzkumu, diagnostice a léčbě očních chorob. Stomatochirurgie poskytuje chirurgickou léčbu onemocnění a úrazů obličeje, zubů, čelistí apod. Péči o ženu se věnují obory gynekologie a porodnictví, které jsou konkrétněji zaměřené např. na výzkum, diagnostiku, léčbu a prevenci onemocnění ženských pohlavních orgánů. Anesteziologie a resuscitace poskytuje, organizuje a zkoumá anesteziologickou, resuscitační a intenzivní péči (Janíková, Zeleníková, 2013).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cílem práce bylo zmapovat potřebu odpočinku a spánku u pacientů hospitalizovaných na odděleních chirurgického typu, a to z hlediska kvantity i kvality. Druhým výzkumným cílem bylo zmapovat role sestry v potřebě odpočinku a spánku u pacientů hospitalizovaných na odděleních chirurgického typu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou odpočinkové a spánkové rituály u hospitalizovaných pacientů?
2. Jaké jsou role sestry při uspokojování potřeby odpočinku a spánku u hospitalizovaných pacientů?
3. Jaké jsou důsledky neuspokojování potřeby odpočinku a spánku?
4. Jaký je rozdíl mezi potřebou odpočinku a spánku ve zdraví a v období nemoci?

### **2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cílech práce a výzkumných otázkách**

V následující kapitole budou vysvětleny pojmy vyskytující se v cílech práce a výzkumných otázkách. Spánek je stav, který je pro člověka nezbytně nutný v rámci zachování fyzického i psychického zdraví a v rámci udržování normální funkce centrálního nervového systému (Trachtová et al., 2013). Odpočinek je stav, během kterého je umožněna obnova energie a uvolnění napětí (Tomagová et al., 2008). Role sestry jsou v tomto případě chápány jako ošetřovatelství, což je samostatná vědecká disciplína, která se zabývá péčí o člověka. Zaměřuje se na aktivní vyhledávání potřeb a jejich uspokojování v biologické, psychické, sociální a spirituální sféře (Burda, Šolcová 2015). Dle laické veřejnosti je zdraví chápáno jako stav, kdy dotyčný netrpí žádnou chorobou. Podle světové zdravotnické organizace je ovšem definice zdraví jako stav tělesné, duševní, sociální a spirituální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci či vady. K činitelům utvářející a ovlivňující zdraví patří především způsob života, kvalita mezilidských vztahů, životního prostředí a zdravotně preventivní chování. Oproti zdraví je nemoc chápána jako stav, kdy působení vnějších nebo vnitřních okolností narušily jeho správné fungování a rovnováhu (Zacharová, 2017).

### **3 Metodika práce**

#### **3.1 Použitá metoda**

Ke zpracování empirické části této bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl realizován formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory probíhaly anonymní formou. Ze záznamu byla provedena analýza dat pomocí otevřeného kódování. Prezentovaná byla získaná data z vybraných chirurgických oddělení z nemocnice krajského typu. O povolení výzkumného šetření byla písemně požádána hlavní sestra nemocnice. Žádost o výzkum byl hlavní sestrou schválen, ale s ohledem na GDPR se v práci nenachází jeho schválená podoba. Na všech odděleních bylo svoleno provádět výzkum se sestrami i pacienty vrchní sestrou.

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

Předem byla připravena jednotlivá témata rozhovoru a stanoveny výzkumné otázky. Rozhovor pro sestry obsahoval 11 základních uzavřených i otevřených otázek (viz příloha 2), které byly během dotazování rozšířeny o další otázky, nebo bylo pořadí otázek upravováno. Rozhovor pro pacienty obsahoval 12 základních otázek, které byly stejně jako pro sestry uzavřené, otevřené i doplňující (viz příloha 1). Otázky byly stanoveny tak, aby umožnily zhodnotit potřebu odpočinku a spánku po kvalitativní i kvantitativní stránce. Rozhovory se sestrami měly za úkol zmapovat roli sestry v ošetrovatelském procesu v potřebě odpočinku a spánku u pacientů hospitalizovaných na odděleních chirurgického typu. Rozhovory byly po domluvě s informanty nahrávány na diktafon, současně přepisovány do předem připraveného záznamového archu metodou tužka a papír a následně přepsány do doslovného přepisu, který je k dispozici u autora práce. Z výsledků byly následně vytvořeny kategorie, podkategorie a kódy. S nahráváním rozhovorů na diktafon všichni vyjádřili ústní souhlas. Pro výzkumný soubor byly ze zdravotnického personálu zvoleny praktické a všeobecné sestry, které se starají o pacienty na svém chirurgickém oddělení. Soubor tvoří 5 sester z oddělení chirurgického typu. Oslovena byla 1 sestra z chirurgického oddělení, 1 sestra z urologického oddělení, 2 sestry z traumatologického oddělení a 1 sestra z ortopedického oddělení. Rozhovory byly realizovány se sestrami z uvedených oddělení, které byly ochotny spolupracovat. Všechny vybrané sestry s výzkumnými rozhovory souhlasily. Následně byli dotazováni vybraní pacienti z příslušného oddělení s hůře uspokojenou potřebou odpočinku a spánku. Byli dotazováni vždy po jednom z chirurgického, urologického a ortopedického oddělení. Na traumatologickém oddělení byli dotazováni 2 pacienti. Celkem bylo osloveno 5 pacientů ke sběru dat. V rámci metodologických limitů kvalitativního výzkumného šetření bylo celkem dotazováno pouze 5 praktických a všeobecných sester z chirurgických oddělení a 5 pacientů hospitalizovaných na chirurgických odděleních. Počet byl stanoven na

základě opakujících se odpovědí a limitovaného počtu probandů vrchními sestrami. Kvůli současné epidemiologické situace covid-19 a režimovým opatřením nebyly povoleny ani příliš dlouhé návštěvy a počet zpovídaných probandů byl omezen. Šetření probíhalo v červenci roku 2021.

## 4 Výsledky

Data, která byla získána formou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami a pacienty z vybraných chirurgických oddělení, jsou přepsána do jednotlivých kazuistik a následně zpracována do kategorií.

### 4.1 Soubor A – pacienti

**Tabulka 1** Identifikační údaje pacientů

Informanti	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Lékařská diagnóza
Pacient 1	Žena	79	Středoškolské	Fraktura pánve a acetabula
Pacient 2	Muž	37	Vysokoškolské	Fraktura corpus vertebrae L2
Pacient 3	Žena	45	Středoškolské	Mastektomie
Pacient 4	Muž	50	SOU	Nefrektomie
Pacient 5	Muž	75	SOU	TEP kolene

Tabulka 1 znázorňuje identifikační údaje spolupracujících pacientů. Lze zde vyčíst číslo informanta, označení informanta, pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, které je učňovské, středoškolské, nebo vysokoškolské a lékařskou diagnózu.

Pacientka 1 je 79letá žena, se středoškolským vzděláním. Je hospitalizovaná na traumatologickém oddělení po pádu ze schodů na zahradě s lékařskou diagnózou fraktura pánve a acetabula. Pacientka vypadala trochu smutně, ale neměla problém s komunikací a s odpovídáním na otázky. Pacientovi 2 je 37 let a vzdělání má vysokoškolské. Je hospitalizovaný na traumatologickém oddělení po pádu z kola. Lékařská diagnóza je fraktura *corpus vertebrae L2*. Pacient leží na pokoji vedle stavby. Pacient byl poměrně podrážděný, ale na otázky odpovídal. Pacientka 3 je 44letá pacientka, hospitalizována na chirurgickém oddělení po mastektomii. Měla diagnostikovaný nález bez metastáz na prsu. Vzdělání má středoškolské. Odpovídala bez výraznějších odchylek, působila však celkově poněkud znuděně. Pacient 4 je 50letý pán, vyučený strojař. Tři týdny před hospitalizací na urologickém oddělení měl úraz na motorce. Když ho přivezli do nemocnice, zjistili, že má zhoubný nález na ledvině bez metastáz. Byla mu provedena nefrektomie a nyní je hospitalizovaný na urologickém oddělení po operaci. Bez vyšetření by o nálezech sám subjektivně nevěděl. Pacient byl poměrně komunikativní, na otázky

odpovídal hned a bez velkého rozmyslu. Pacientovi 5 je 75 let, vzdělání má ze středního odborného učiliště. Pacient je hospitalizovaný na ortopedickém oddělení po totální endoprotéze kolenního kloubu. Po psychické stránce vypadal poměrně v pořádku, možná lehce rozmrzelý.

## 4.2 Soubor B – sestry

**Tabulka 2** Identifikační údaje sester

Informantky	Věk	Vzdělání	Oddělení	Délka praxe na oddělení
Sestra 1	42	Bc. – VS	Traumatologické	6 let
Sestra 2	21	SZŠ – PS	Traumatologické	8 měsíců
Sestra 3	39	Bc. – VS	Chirurgické	20 let
Sestra 4	50	SZŠ – VS	Urologické	33 let
Sestra 5	44	SZŠ – VS	Ortopedické	17 let

Pro přehled informantek tvořených sestrami byla vytvořena i tabulka 2, která znázorňuje číslo informantky, označení, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, kterými je střední zdravotnická škola s ukončením v závislosti na roku ukončení studia jako praktická sestra (PS), nebo všeobecná sestra (VS) a vysokoškolské bakalářské vzdělání (Bc.) ukončené jako všeobecná sestra (VS). Dále je v tabulce znázorněno oddělení, na kterém sestra pracuje a délka praxe v oboru na příslušném oddělení.

Sestra 1 ve věku 42 let má praxi 20 let v oboru všeobecná sestra. Na samotném oddělení 6 let. Pracuje na traumatologickém oddělení v nemocnici krajského typu. Je vysokoškolsky vzdělaná, má bakalářský titul v oboru všeobecná sestra. Sestra 2 je 21letá informantka s praxí na oddělení 8 měsíců. Pracuje také na traumatologickém oddělení nemocnice krajského typu. Vzdělání má na rozdíl od sestry 1 prozatím pouze středoškolské s maturitou, tudíž pracuje na oddělení jako praktická sestra. Sestra 3 je ve věku 39 let, pracuje na chirurgickém oddělení nemocnice krajského typu. Její praxe v oboru na oddělení trvá již 20 let. Je to vysokoškolsky vzdělaná všeobecná sestra s bakalářským titulem. Sestra 4 je 50letá, vzdělání má středoškolské s maturitou. Na urologickém oddělení v nemocnici krajského typu pracuje již 33 let, takže má ze všech informantek na svém oddělení nejdélší praxi. Sestře 5 je 44 let, má středoškolské vzdělání s maturitou, pracuje na ortopedickém oddělení krajské nemocnice a v oboru všeobecná sestra, na oddělení působí od roku 2004, tudíž 17 let.



### **4.3 Výsledky kvalitativního výzkumu**

#### **Kategorie:**

1. kategorie: Péče o potřebu spánku a odpočinku
2. kategorie: Potřeba spánku a odpočinku u hospitalizovaných pacientů
3. kategorie: Význam spánku a odpočinku z pohledu sestry

### Schéma 1 Péče o potřebu spánku a odpočinku



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021.

Kategorie 1 je složená z informací týkajících se péče o potřebu spánku a odpočinku. Vypovídá o sestřích a jejich ošetrovatelské péči při uspokojování potřeby spánku a odpočinku, zda se stanovuje na konkrétních vybraných odděleních porucha spánku a únava jako ošetrovatelská diagnostika a o tom, jaké jsou důsledky neuspokojení spánku a odpočinku z pohledu sester i pacientů. Kategorie obsahuje 3 podkategorie: *sestra ošetrovatelka*, *ošetrovatelská diagnostika*, *důsledky neuspokojení spánku a odpočinku*.

### **Sestra ošetrovatelka**

V první podkategorii *Sestra ošetrovatelka* bylo zjištěno, jakými způsoby se sestry na svých odděleních starají o potřebu spánku a odpočinku u hospitalizovaných pacientů. S tím jsou spojené 4 kódy: *úprava prostředí*, *dopomoc při činnostech*, *farmakoterapie*, *edukace*.

Informantky uváděly při otázce, jakým způsobem se starají o potřebu odpočinku a spánku u hospitalizovaných pacientů, podobné výpovědi. První kód se týká úpravy prostředí sestrou. Sestry se víceméně shodly na pravidelné ranní a večerní úpravě lůžka. Sestra 2 sdělila: „*Tak samozřejmě je důležitý pro ně příjemný prostředí, aby se vyspali, [...] večer jdeme stlát, každý den je to vlastně stejný. Když je tu někdo dýl, tak aby si na to zvyknul.*“ Sestra 5 dodala ke stlání navíc úpravu polohy lůžka: „*No tak hlavně lůžko, aby měli upravený, aby se jim nepřeleželo, potom polohu, aby měli správně, protože třeba když jsou tu s kyčlema, tak musí být jenom na zádech.*“ Sestra 4 uvedla, že se dále snaží o úpravu teploty prostředí: „*No, tak kromě medikamentózní léčby se tady o pacienty taky snažíme starat v tom smyslu, že jim podle potřeby upravíme klimatizaci, když je jim moc zima nebo horko podle toho určitě zavřeme nebo otevřeme okno, peřiny se taky upraví podle tepla, jak moc ho cítí pacient.*“ Sestra 3 rovněž vypověděla, že v případě potřeby otevírají pacientům okna. Sestra 3 také udává, že se snaží vyřešit problém s hlukem v místnosti: „*Když teda trpí nějakým problematickým spánkem, budí se, tak se snažíme problém vyřešit špuntíkama.*“ Pacient 4 shrnul péči slovy: „*Staraly se o mě dobře, jako co jsem potřeboval, to jsem vždycky měl.*“ Sestra 4 uvedla, že se opravdu snaží starat o konkrétní individuální potřeby pacientů: „*Potom se zaměřujeme na bio-psycho-socio-spirituální potřeby, jestli si to pamatuju správně, takže prostě individuálně u každého pacienta. Máme tady na to si myslím větší prostor v rámci času.*“ Sestry 3 jsme se ptali, jestli se sestry snaží zaměřovat u pacientů také na jejich psychické problémy, na což odpověděla: „*My tady na to jako nemáme skoro čas, ale hlavně záleží na tom, jak si získáme jejich důvěru, jestli nám to vůbec sdělí a tady je poslední dobou spíše taková ta jednodenní chirurgie, takže je to opravdu chvat na všechno, takže na to není úplně čas.*“

Pacient 5 svou výpovědí potvrdil, že sestry se starají o příjemné prostředí pro pacienty: „*Tam na tej JIPce mi tam sestrička chtěla rozsvítit světlo, japam sestri nechci. Tam spala nějaká pani vedle mě, byli jsme tam dva a ta furt, aby se zavíraly okna a ona ji nevadila zima, ale že je hluk. Ono to bylo na druhou stranu nemocnice, tam na ulici, takže jí tam daly větrák.*“

Další kód obsahoval dopomoc pacientům sestrou při činnostech. Sestra 1 i sestra 5 vypověděly, že také pacientům před spaním mažou záda, dolévají čaje a snaží se vyhovět jejich. Pacient 5 dolévání čaje potvrdil. Ptali jsme se sestry 5, zda pacienti vyžadují dopomoc do koupelny. Odpověď zněla: „*Když jsou lidi už chodící, tak je doprovodíme na záchod, udělají si hygienu rovnou, asi nechtějí nic speciálního, chtějí domu spíš no.*“ Sestra 2 uvedla: „*snažíme se dodržovat ten režim, co mají zavedenej doma, samozřejmě to jde jen v určitých mezích, v určitý míře.*“

Nejdůležitějším kódem v této podkategorii je *farmakoterapie*. Sestry se shodly na podávání analgetik a některé ze sester na tom, že se chodí pacientů ptát, zda se dožadují hypnotik na spaní. Sestra 1 uvedla: „*Dostávají analgetika, který mají teda předepsaný od lékaře podle toho, jak je silná bolest samozřejmě buď per os tabletky, nebo intravenózně, nebo intramuskulárně. A jsou samozřejmě pacienti, kteří mají problémy s tím spánkem, tak si řeknou lékaři, jestli by jim dal něco na spaní. Samozřejmě záleží na diagnóze, pokud je pacient komoční, nebo má kontuze mozku nebo něco prostě s hlavou, tak ty hypnotika nedostávají. Takže ty jsou opravdu jenom na předpis, když je lékař napíše jinak, bohužel mají smůlu.*“ Sestra 3 vypověděla: *Tak většinou ty lidi sem přijdou a mají po operaci nasazený nějaký hypnotika na zklidnění, to mají ten první den, aby se vyspali, pak vlastně mají následující dny analgetika. Jsou to analgetika, který jsou silný, takže to jim většinou stačí. Když se potom vysadí ty opiáty, tak už buď jdou domu, ... anebo když to jde, tak jim potom pan doktor napíše na spaní nějaký hypnotika.*“ Sestra 4 také uvedla, že se chodí ptát individuálně každého pacienta, zda chce nějaká analgetika nebo hypnotika. Sestra 2 potvrdila dobrovolnost volby: „*Samozřejmě je tam možnost volby, když mají napsáno na spaní, tak si řeknou, když se jim zdá, že to jako dneska bude dobrý, tak si neberou.*“ Sestra 5 jako jediná uvedla, že pacientům hypnotika nabízí nerada: „*No a potom nabídka, když mají od lékaře napsaný hypnotika, tak jim nabídneme, ale těm mladším lidem většinou ne a ani nechceme moc těm starším, protože pak jsou zmatený, nebo spí až moc, ale někdo má i opačnej efekt, že po tý tabletce ani nespí. Já jim je na spaní ani jako nenabízím, protože spíš nespí kvůli tomu, že je to hlavně bolí, takže nabízím spíš analgetika. Na to spaní pak, když si to vyloženě ty lidi vyžádají, tak jim dám tabletku, ale jinak jim je nějak jako nemu-  
tim.*“ Sestra 2 se rozovídala o jednom z vedlejších účinků nesprávně zvolené medikace: *Když se zvolí špatná medikace, tak to se taky musí samozřejmě zkusit, nikdo nikdy neví, jakou dát*

tabletku a gramáž, co se potom stane. Někdy se stane, že je pacient zmatený, vylejzá z postele, takže se pak stěhuje na pokoj vedle sesterny, aby byl pod kontrolou. Potom když vylejzaj z tý postele, tak se kurtujou, musí se volat doktor, musí se dělat záznam, tlaky po hodině, monitor, protože nějaký ty lidi když jsou přivázaný takhle a jako důvod se uvádí, že se sebepoškozují.“ Dále o stejné problematice pokračovala na konkrétním pacientovi: „Máme tu teď třeba pacientku, ta vlastně má problémy se spánkem, má frakturu ramínek a acetabula, tak ta večer dostala Stilnox na spaní a má problémy se spaním, jak psychický, tak prostě osobní problémy. Dostala ty hypnotika, byla hodně zmatená, tak teď je z toho ještě víc taková hotová.“ Sestra 2 další výpovědi potvrdila, že psychické problémy se také řeší také farmakoterapií: „Když má někdo psychický problémy nebo problémy se spánkem, tak se dávají léky.“ Sestra 1 uvádí, že chodí podávat medikaci pravidelně: „Taky v noci, když je obcházíme, protože mají u nás časovaný léky, žejo, tak můžeme analgetika podávat i nadále“. Dále sdělila, že pokud mají pacienti již předepsaná hypnotika, tak je v případě příznivých podmínek podávají automaticky, v případě příznivých podmínek: „Máme pacienty z domovů pro seniory a je to jejich chronická medikace, takže to dáváme automaticky. Samozřejmě opakuju, že když ten pacient má komoci, tak určitě od nás nedostane hypnotikum, ale pokud má něco zlomenýho, nebo prostě pokud je to možné, tak je dostane v chronické medikaci ty léky.“ V rámci řešení nespavosti se sestry shodly na tom, že se vždy snaží nejprve vyřešit primární faktory nespavosti a snaží se zaměřit na individuální potřeby pacientů, a až poté se ptají, zda pacient vyžaduje hypnotika, či sedativa. Sestra 1 se shodla se sestrou 4 na podávání placebo po konzultaci s ošetřujícím lékařem, pokud už není jiná cesta. Sestra 4 řekla: „Občas se teda pak už dožadujou těch hypnotik, ale hlavně pořád léků na bolest, z čeho pak samozřejmě vznikají často závislosti, takže kolikrát se s lékařem shodneme, že nasadíme nějaký placebo, když už není jiná cesta“. Sestra 1 v rámci tématu uvedla: „Samozřejmě tu máme někdy i těžší stavy, můžou být psychicky nestabilní ty pacienti, těm můžeme dávat i haló efekt, jako placebo, cokoliv potom zkoušíme.“ Co se týče chronické medikace pacientů, žádný pacient léky na spaní pravidelně neužívá. Pouze pacient 4 a pacient 5 uvedli, že užívají léky, které by mohly ovlivňovat samotný spánek nebo odpočinek.

Jako méně častý kód se v rozhovorech objevila sesterská edukace. V žádné z výpovědí jsem od sestry nezaznamenala, že by pacienta poučovaly při nabízení analgetik nebo hypnotik o možném vzniku závislosti. Pouze sestra 3 v rozhovoru uváděla, že se pacienty na oddělení snaží popudit k pohybovému režimu přes den: „Aby celou tu dobu jenom neprospali, žejo, protože když budou spát přes den, nebudou spát v noci.“

## Ošetrovatelská diagnostika

Druhá podkategorie nese název *Ošetrovatelská diagnostika*. V této podkategorii jsme se zaměřovali na otázku, zda se na vybraných chirurgických odděleních stanovuje ošetrovatelská diagnóza dle NANDA domén porucha spánku a únava. Dospěli jsme ke 2 kódům: *stanovuje, nestanovuje*.

Pouze v jedné výpovědi zaznělo, že sestry na oddělení stanovují poruchu spánku a únavu jako ošetrovatelskou diagnózu dle NANDA taxonomie. Sestra 1 uvedla, že na jejich oddělení se diagnózy stanovují. Na otázku, v jakých souvislostech se objevují nejčastěji, sestra odpověděla: „*Tak u nás je to samozřejmě po těch úrazech, ty lidi můžou mít trauma, takže se můžou budít a pak jsou tu samozřejmě i starší pacienti, a ti mají výhradně problém se spánkem.*“

Všechny ostatní sestry uvedly, že se na oddělení podle nich porucha spánku a únava jako ošetrovatelská diagnóza nestanovuje. Když sestra 2, která je ze stejného oddělení jako sestra 1, také odpověděla, že se ošetrovatelské diagnózy u nich nestanovují, dodali jsme v rozhovoru, že sestra 1 během výzkumného šetření stanovení diagnóz na oddělení potvrdila, na což sestra 2 odpověděla: „*No, tohle tady u nás moc si myslím, že jsem neviděla zatím za tu dobu, co tu jsem.*“ Sestra 3 také uvedla, že se ošetrovatelské diagnózy u nich nestanovují převážně z důvodu vytíženosti oddělení a v rámci časového harmonogramu. Také řekla, že stanovení ošetrovatelských diagnóz nemají v podmínkách.

## Důsledky neuspokojení spánku a odpočinku

V poslední podkategorii se zabýváme důsledky, které tvoří neuspokojená potřeba spánku a odpočinku. Podkategorie se rozděluje na kódy: *psychické důsledky, fyzické důsledky*.

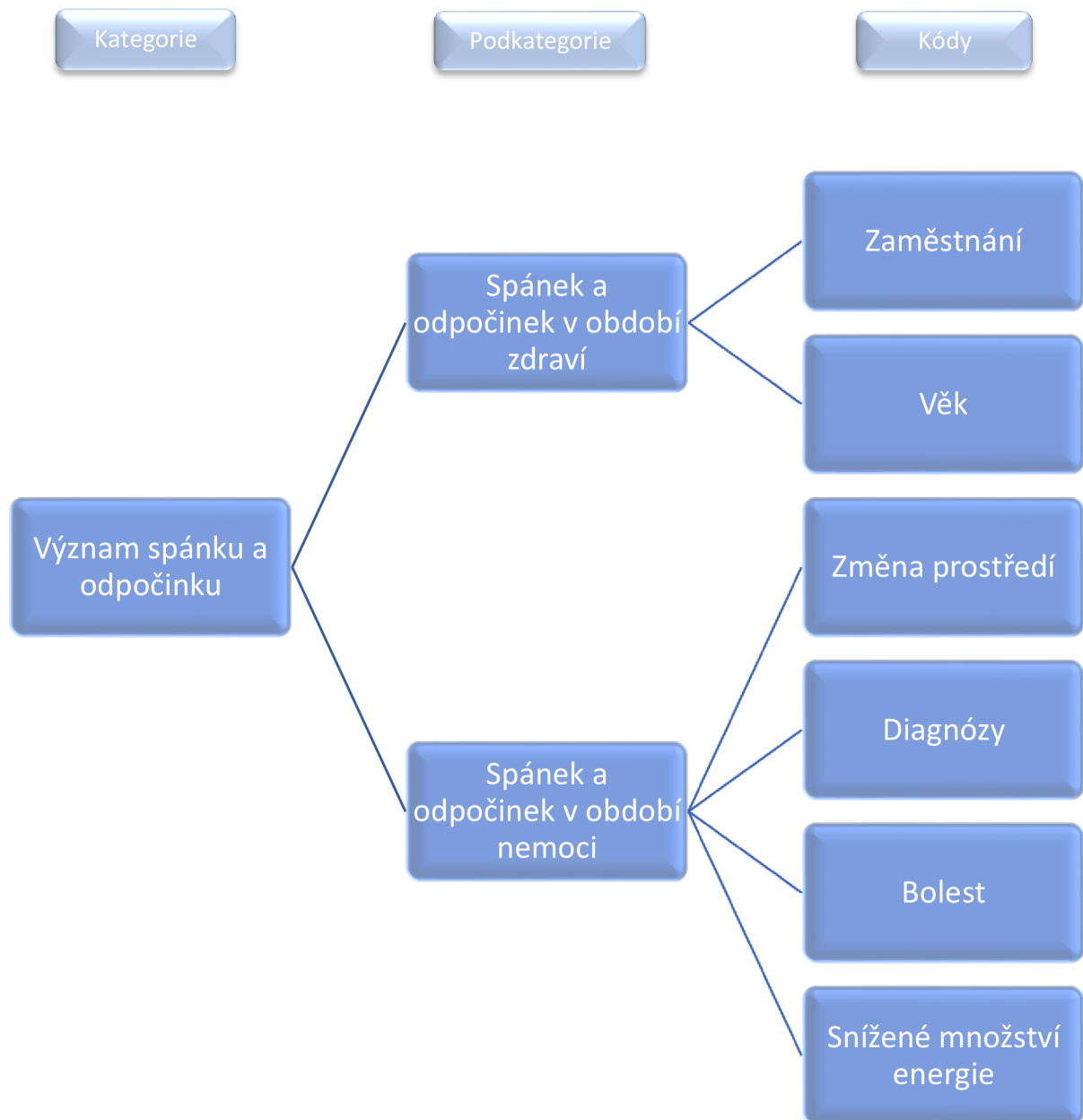
Nejčastější kód, se kterým jsme se setkali, byly *psychické důsledky* neuspokojené potřeby spánku a odpočinku. Na otázku, jaké jsou podle sester následky neuspokojení daných potřeb směřované na pacienty, sestra 1 uvedla jako příklad, že bývají pacienti protivní a agresivní: „*Agrese, taková ta spíš jako slovní, [...] takový to, co k tomu patří asi i v normálním životě, když se blbě vyspíte, tak je člověk protivnej no.*“ Sestra 2 odpověděla: „*Takže jsou nepříjemný, podrážděný, někdy agresivní*“, sestra 5 podrážděnost potvrdila. Sestra 3 jako důsledek uvedla psychickou nepohodu. Sestra 4 dále uváděla nepříjemnost a zhoršenou komunikaci. Jako důsledek nevyspalosti také označila potenciální závislost na analgetikách či hypnotikách: „*Občas se teda pak už dožadujou těch hypnotik, ale hlavně pořád léků na bolest, z čeho pak samozřejmě vznikají často závislosti.*“ Sestra 5 podotkla, že si pacienti také stěžují, že jim analgetika nebo

hypnotika nezabírají. Sestra 5 agresivitu nebo nepříjemnost z neuspokojených potřeb spánku a odpočinku vyvrátila.

Z výpovědí pacientů uvedla důsledky neuspokojených potřeb pacientka 1: *„Jsem rozzlobená sama na sebe, že prostě nespím. Nejvíc jsem rozzlobená, když třeba nedělám nic celej den, že jsem nic neudělala a že večer nemůžu ještě spát.“* Podrážděnost jako důsledek, stejně jako sestry, jmenoval i pacient 2. Pacientka 3 bývá vzteklá a frustrovaná a prý se potřebuje ze své frustrace nějakým způsobem vybit. Pacienti 4 a 5 bývají při nedostatku spánku a odpočinku mrzutí.

Druhým kódem jsme stanovili *fyzické důsledky* neuspokojení potřeby spánku a odpočinku. Sestra 1 během rozhovoru uvedla: *„Samozřejmě přes den to pak dohánějí. Je to takovej ten trhavej spánek, nejsou kvalitně vyspaný, jsou unavený.“* Sestra 5 podotkla, že si pacienti spíše stěžují na bolest z nekvalitní matrace. Dále samozřejmě na bolest po chirurgických výkonech, na čemž se některé ze sester shodly. Sestra 4 řekla: *„Někdy mívají i snížený apetit, takže večeri třeba vynechají, ale i ze snídaně nebo oběda toho pak moc nesní“*, což znamená, že nedostatek spánku a odpočinku ovlivňuje i chuť k jídlu. Sestra 3 podotkla: *„Ten člověk, když se nevyspí, tak mu není asi úplně dobře, odpočívat taky potřebuje, což si myslím, že v nemocnici není až takovej problém, jako spíš ten spánek no.“*

## Schéma 2 Význam spánku a odpočinku



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021.



Kategorie 2 s názvem *Význam spánku a odpočinku* se zaměřuje na potřebu spánku a odpočinku v období zdraví a v období nemoci. Tato kategorie je utvořena převážně z pohledu sester. Je složena z podkategorií: *spánek a odpočinek v období zdraví, spánek a odpočinek v období nemoci*.

### **Spánek a odpočinek v období zdraví**

Podkategorie spánek a odpočinek v období zdraví studuje význam spánku a odpočinku za normálního, nenarušeného zdravotního stavu. Do této kategorie jsou náležitě dle výpovědí vytvořeny kódy: *zaměstnání, věk*.

První kód obsahuje téma zaměstnání, o kterém sestry vypovídaly následující. Všechny sestry se shodly na tom, že v rámci vykonávání povolání praktické, nebo všeobecné sestry je spánek i odpočinek velmi důležitý z hlediska kvality i kvantity. Sestra 1 vypověděla: *„Vyspat se potřebuju stran služeb, takže když jedu služby a jedu noční, tak samozřejmě třetí den už bych byla schopna přejít na noční režim a fungovat jenom v noci, takže se potřebuju vyspat.“* Sestra 2 tvrzení opět potvrdila: *„Tak pro mě určitě, protože v týhle práci je spánek hodně důležitěj, protože třeba sama vim, že když nejsem vyspaná, mám několik denních za sebou, tak potom děláte chyby prostě. Ať se snažíte jak chcete, tak je prostě potom milion odchodů, milion příjmů, teď se mi třeba minulej týden stalo, že jsem měla už třetí denní, měla jsem asi šest odchodů a k tomu šest příjmů, takže ty, co jsem propustila zase přišli, připravovala jsem na sál několik lidí a fakt ta pozornost je důležitá, takže určitě spánek pro pozornost je pro mě důležitěj. Samozřejmě potom odpočinek a tak určitě taky.“* Sestry 3 i 4 uvedly podobné výpovědi o důležitosti kvantity spánku kvůli svému povolání. Sestra 5 podotýká důležitost pravidelnosti: *„Pro mě potřeba odpočinku a spánku, no abych pravidelně spala, když chodím na směny, což je zřídkakdy, takže většinou se tolik nevyspim.“*

O důležitosti vyspalosti a dostatečného odpočinku vypovídá i pacient 4: *„No, já dělám rukama, takže když jsem odpočimutej, tak to jde všechno lepší, [...] když si opravdu člověk chvíli odpočine, pro mě stačí ta půl hodinka, nebo dvacet minut, tak už je úplně takovej jinej, že fakt to potřebuje. Když teda nejste odpočatá, tak jste mrzutá, leccos se vám nepovede při tý práci.“*

Druhý kód v rámci spánku a odpočinku v období zdraví se týká věku. Sestra 1 uvedla: *„Pak jsou tu samozřejmě i starší pacienti, a ti mají výhradně problém se spánkem“*. Dále uvedla, že starší pacienti mají většinou předepsaná hypnotika jako chronickou medikaci. Také podotkla, že potřeba spánku a odpočinku se v rámci věku mění. To potvrdila i sestra 4.

Pacientka 1 udává, že má problémy se spánkem i doma posledních pár let, takže opět potvrzuje zhoršenou potřebu s narůstajícím věkem. Pacient 5 výpověď také potvrdil: „*Co já jezdím na oběd, tak po obědě si zdřímnu, to jo. Nedělal jsem to, ale unavovalo mě to, jako jsem unavenej už, od rána toho má člověk dost*“.

### **Spánek a odpočinek v období nemoci**

Druhá podkategorie se věnuje potřebě spánku a odpočinku v období nemoci. V této části byly stanoveny kódy: *změna prostředí, diagnózy, bolest, snížené množství energie*.

Kód *změna prostředí* zkoumá vliv jiného prostředí na nemoc z pohledu sester. Sestra 1 vypověděla, že si myslí, že rozdíl období nemoci v rámci domova a během hospitalizace není příliš velký. Sestra 2 uvedla, že příjemné prostředí je důležitý faktor ke kvalitnímu spánku a odpočinku. Dále řekla: „*Když je člověk nemocnej, spí v nemocnici, není to prostě jeho postel, pak jiný faktory jsou, že tam člověk nespí sám jako třeba v ložnici. Tam když spí ve třech, nebo když máte ještě přistýlky, tak jsou tři až čtyři lidi na pokojí, ostatní chrápou, probíhají různý rozbroje tam, takže tak.*“ Sestra 3 potvrdila, že se na pokojích pro pacienty vyskytují rušivé faktory. Sestry 3 i 4 zmínily občasnou nutnost úpravy teploty na pokojích. Sestra 5 se zmínila o potřebě klidu pro spánek a odpočinek. Vzhledem k oddělení chirurgického typu sestra 5 dále dodala: „*Hlavně tady ty lidi neleží ani tak dlouho, takže se tu nemůže vytvořit nějaký vyloženě velký problém.*“

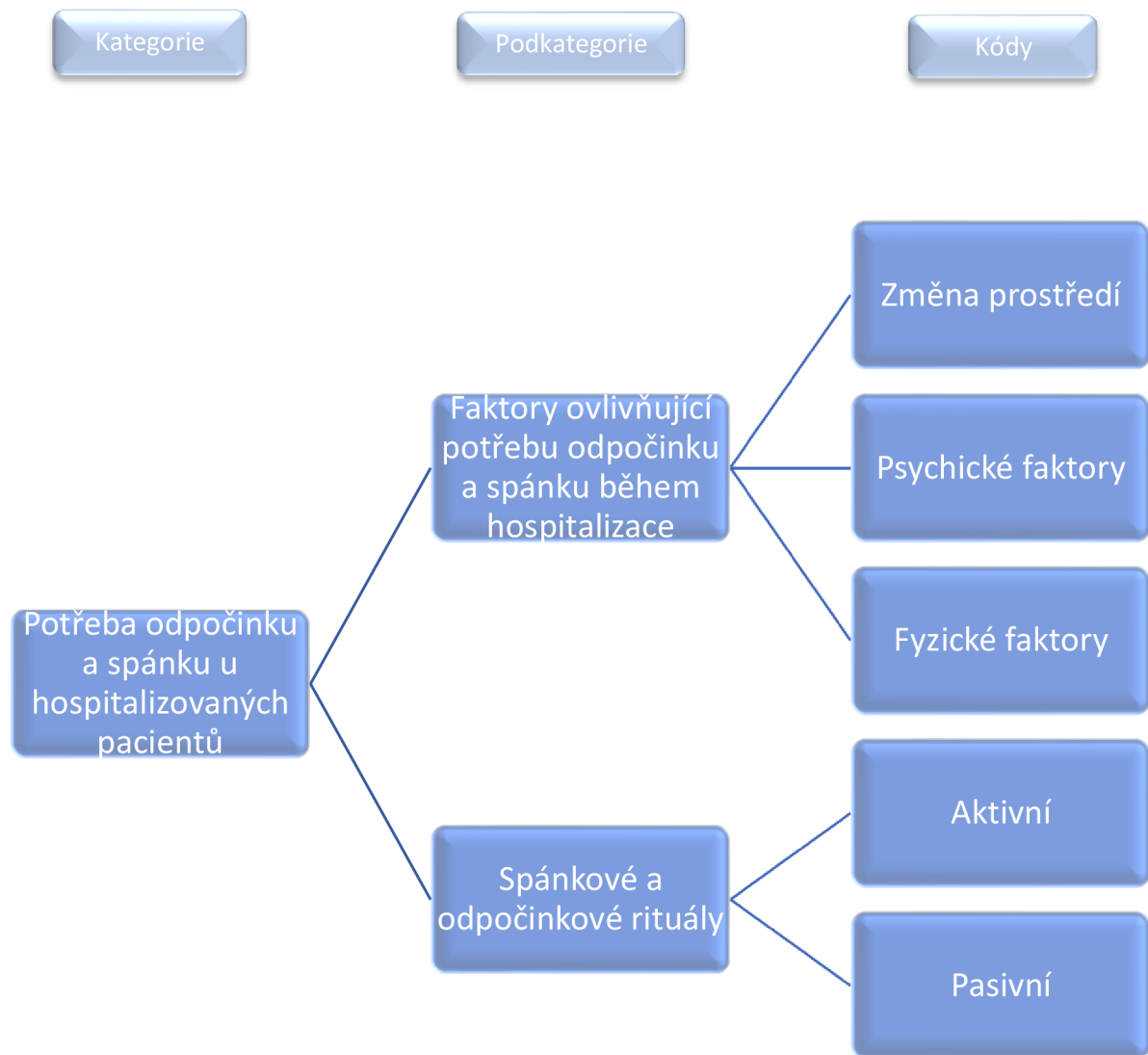
Dalším kódem jsou *lékařské diagnózy*, které bezpochyby také ovlivňují potřebu spánku a odpočinku. Sestra 1 nám sdělila: „*Tak u nás je to samozřejmě po těch úrazech, ty lidi můžou mít trauma, takže se můžou budít.*“ V rámci diagnózy sestra 5 také podotýká nutnost úpravy lůžka: „*Polohu, aby měli správně, protože třeba když jsou tu s kyčlema, tak musí bejt jenom na zádech.*“ Sestra 2 podotkla, že diagnóza, respektive diagnózy, se řadí mezi hlavní faktory narušující spánek a odpočinek v období nemoci. Také dodala: „*Máme tu teď třeba pacientku, ta vlastně má problémy se spánkem, má frakturu ramínek a acetabula, tak ta večer dostala stilnox na spaní.*“ Sestra 3 sdělila: „*Tak většinou ty lidi sem přijdou a mají po operaci nasazený nějaký hypnotika na zklidnění, to mají ten první den, aby se vyspali, pak vlastně mají následující dny analgetika.*“

S lékařskou diagnózou souvisí další faktor, kterým je *bolest* jako další kód. Na bolesti se shodly sestry všech vybraných oddělení. Zvláště sestry 3, 4 a 5 podotkly, že bolest v období nemoci je faktor stěžejní na chirurgických odděleních. Z výpovědi sestry 5 je jednoznačné, že bolest nemusí být vždy způsobena pouze onemocněním nebo druhem chirurgického výkonu. Sestra 5

řekla: „*Někdo spí a někoho budí pořád ta bolest i přes ty analgetika, prostě záleží tady hlavně na bolesti.*“

Jako jeden z hlavních uvádíme poslední kód, kterým je *snížené množství energie*. Sestra 1 uvádí: „*Když je člověk nemocnej, tak má tu potřebu mnohem větší, je větší ta únava a určitě je to velkej rozdíl. Lidi potřebujou samozřejmě víc spát i odpočívat, [ ... ] Když se pacient nevyspí, tak mu není asi úplně dobře, odpočívat taky potřebuje, což si myslím, že v nemocnici není až takovej problém, jako spíš ten spánek no.*“ Sestra 4 vypověděla: „*Ve zdraví nemají většinou problém se spánkem, ale jakmile se dostaví stav nemoci, tak většinou dospívají to, že jim přes to období často nebývá dobře.*“ Sestra 5 řekla: „*Speciálně teda tady, když jsou ty lidi po narkóze, tak spí ještě celej druhý den, a pak když začnou už chodit, tak mají tu aktivitu větší a potom třeba spí, ale zase je to jak kdo.*“

**Schéma 3 Potřeba odpočinku a spánku u hospitalizovaných pacientů**



Zdroj: Vlastní výzkum, 2021.

Poslední kategorie zkoumá potřebu odpočinku a spánku u konkrétně hospitalizovaných pacientů na vybraných odděleních. Kódy se rozdělují na: *faktory ovlivňující potřebu odpočinku a spánku během hospitalizace, spánkové a odpočinkové rituály*.

### **Faktory ovlivňující potřebu odpočinku a spánku během hospitalizace**

Podkategorie pojednávající o faktorech, které ovlivňují potřebu odpočinku a spánku během hospitalizace se tentokrát zaměřuje na výpovědi pacientů. Z rozhovorů byly následně analyzovány 3 kódy: *změna prostředí, psychické faktory, fyzické faktory*.

Kód *změna prostředí* se zaměřuje na pocity pacientů, které v nich vyvolává nemocniční prostředí v průběhu hospitalizace. Pacient 2 vypověděl: „*Moc toho nenaspím. Je tady hluk vedle té stavby, [...] navíc přes léto je vedro, to všechno dohromady prostě nejde, to vidíte sama.*“ O teplotě se zmiňoval i pacient 4: „*Akorát je mi tu horko no, já nejsem zvyklej, ale to už asi nikdo neovlivní.*“ Pacient 2 se také zmínil o sestřičkách, které díky výměně infuzí narušují spánek pacientů: „*Sestřičky chodí měnit ty kapačky, tak se prostě nevyspím.*“ Pacient 4 se s ním ve výpovědi víceméně shodl: „*V pondělí jsem byl spíš unavenej, to mi kapačky kapaly do půlnoci a v úterý už to tak nějak šlo, každý den už je to lepší. Už bych vyrazil i domu pomalu.*“ Pacient 2 posléze ještě dodal: „*Tady se necítím odpočatě, přece jenom prostě ten stres i ze změny prostředí, to znáte, a k tomu ten hluk tady vedle, no, ale беру to tak, že teď to budu muset zkousnout a doma do pak asi dospím, když to půjde.*“ Pacientka 3 vypovídala: „*Spíš to tu neutiká, no. Je tu nuda.*“ Na otázku, jaké faktory ovlivňují pacientovu potřebu spánku a odpočinku v průběhu hospitalizace mimo jiné pacient 5 odpověděl: „*Určitě to prostředí. Doma je doma*“, čímž potvrdil, že faktor prostředí má vliv na potřebu spánku a odpočinku.

Další vyhrazený kód se nazývá *psychické faktory*, které rovněž hrají velkou roli v ovlivňování spánku a odpočinku v domácím i v nemocničním prostředí. Z výzkumu vyplývá, že psychické faktory, které nevznikly z příčiny hospitalizace a ovlivňují spánek a odpočinek v průběhu hospitalizace, byly zaznamenány pouze u pacienta 2. Ptali jsme se pacienta, jak se celkově cítí mimo hospitalizaci, odpověděl: „*Nic moc, jelikož mám osobní problémy. Doma se ženou a ještě ta nehoda prostě teď do toho. Mně se o tom moc mluvit prostě nechce popravdě, ale vypadá to prostě na rozvod.*“ Dále jsme se zeptali, zda má pacient problémy se spánkem i za normálních okolností, na což nám řekl: „*Vždycky mě něco vzbudí, já nevím jestli myšlenky, starosti, ale pak už prostě těžko usínám.*“ Ostatní pacienti vypovídají, že kromě hospitalizace jsou jinak v celkové psychické pohodě. V rámci psychické pohody během hospitalizace jsme se mohli setkat s několika shodnými výpověďmi, které pojednávají o strachu při hospitalizaci. Pacientka 1

zmínila obavy a nepříjemné pocity, při pomýšlení na to, že nebude soběstačná a bude odkázaná na pomoc druhých. Také měla strach z pomočení: „*Akorát jsem měla strach, abych se nepočurala, tak jsem si říkala o plínku, ale taky abych tady nikoho neobtěžovala. Protože já jsem byla vždycky soběstačná a teď je mi to strašně nepříjemný jakoby aby o mě někdo musel pečovat.*“ Pacient 4 mluvil o strachu z operačního výkonu: „*Z neděle na pondělí před operací jsem teda moc nespál, tak mi teda dali prášek na spaní, to jsem taky nevěděl, co mě čeká. Ale teď už spím dobře, [...] Akorát fakt ten tejden před tou operací, to mi šrotovalo v hlavě. Tak když je něco poprvé, no, teď už bych se tak nebál. Jak mi manželka říkala: „Ono mu nevadí, že mu vezmou ledviny, ale největší strach má, jestli se probudí z narkózy.“ Zrovna včera to tu sestře vyprávěla. Tak říkám, no to už mi řekli tady, jak jsem tu byl, že víme, že už je to tak velký, že už se prostě musí vzít celá.*“ Na to jsem v průběhu rozhovoru odpověděla, že to snad bude v pořádku, obzvláště, když má ještě druhou, na což řekl: „*Jo, to když jsem se dozvěděl tady, kolik lidí jí nemá a fungujou normálně*“, což ho před operací trochu uklidňovalo. Pacient 5 také uvedl také zkušenost s obavami: „*Ze začátku, když jsem na to šel, tak jsem byl prakticky nervově rozhozenej, no, bral jsem si to hodně. Měl jsem strach.*“ Pacientka 3 udávala psychický diskomfort vzhledem k tělesným změnám po operačním výkonu: „*No, tak po psychické stránce vzhledem k tomu, že jsem teď po operaci prsu, tak nic moc, ale musí se to vydržet. Jinak celkově doma asi dobrý.*“ Dále také vypověděla: „*Tak hlavně myslím, že je to tou psychikou, že člověk jak chce domu a já nevím, přemejšlí a různěch věcech, a hlavně spíte přes den, tak je to večer pak třeba horší.*“

*Fyzické faktory* jsou posledním kódem k této podkategorii. Jedná se o tělesné změny spojené s nedostatkem spánku a odpočinku. Pacienti se v zásadě shodli na pocitu tělesné vyčerpanosti v případě nedostatku spánku a odpočinku. Pacient 5 udává bolest jako fyzický faktor ovlivňující spánek a odpočinek: „*No, tak v noci jsem moc nespál, ale já to dospím přes den. Kor ze začátku ty dva dni, to když to bolí, tak to nejde, ani to cvičení moc. Je to ucházející.*“ Pacientka 3 udává informace o únavě a snaze dohnat potřebu spánku: „*Tak je pravda, že tady jak člověk spí přes den, tak pak v noci spíš kouká. Pak to chce zase dospat přes den, je to takovej nekonečnej kruh trošku tady.*“ Pacientka 1 se necítila poslední dobou tak odpočatá, takže si vždycky po obědě na hodinu lehne. Uvědomovala si, že to asi není dobře, protože večer potom nemůže usnout. Pacient 5 ještě dodal: „*Je třeba, aby si člověk odpočinul, protože tady nespím, tak mě to unavuje i ve dne. Jsem takovej unavenej, protože jak nejsem vyspanej třebas, tak mě to unaví.*“

## Spánkové a odpočinkové rituály

Podkategorie o spánkových a odpočinkových rituálech pojednává o individuálních zvycích jedince před spaním a v rámci relaxace. Rozděluje se na kódy: *aktivní, pasivní*.

Sestra 2 vypověděla, že zvyky každého jedince jsou individuální, tudíž je těžké obecně stanovit spánkové a odpočinkové rituály, ale některé ze sester se z aktivních rituálů shodly především na tom, že pacienti jsou zvyklí chodit kouřit, nebo chodit na procházky, jak potvrdila například sestra 3: „*Projít se, mít nějaký ten režim pohybovej, aby celou tu dobu jenom neprospali, žejo, protože když budou spát přes den, nebudou spát v noci.*“ V rámci současné epidemiologické situace a jejich opatření sestra 2 uvedla: „*Hodně lidí se i teď během covidu snažilo jít projít, pokud to bylo v jejich možnostech, kdo kouří, tak šel kouřit.*“ Sestra 3 i sestra 5 také uvedla jako příklad aktivní formy odpočinku procházky. Sestra 2 ještě zmínila, že mají někteří pacienti ve zvyku provádění večerní hygieny a návštěvu koupelny, ačkoliv na oddělení se provádí hygiena až ráno.

Co se týče pacientů, někteří rozvinuli aktivní formu odpočinku rozvinuli ještě více. Pacientka 1 sděluje: „*Já chovám slepice, tak ráno jdu ke slepicím, tam si je nakrmím, všechno vyřídím, a pak obejdu zahrádku a kde je třeba, tak něco vytrhám, okopám a pro mě tohleto trvá vždycky tak dvě hodiny, a to je můj největší odpočinek. Teď už se těším, až ráno půjdu na tu zahrádku a budu zase dělat kolem té zahrádky.*“ O zahradě se také zmiňuje pacientka 3 a pacient 5: „*Já mám sportu dost. Kolem baráku rodinnýho, to se nezastavíte. Ještě než jsem šel, tak jsem posik dvě zahrady, usušili jsme to, v úterý uklidili a jel jsem sem do nemocnice. Teď to udržovat všechno, okolo všechno posíct, sekačka malá.*“ Pacient 4 se zmiňuje o práci na chalupě. Pacient 2 také uvádí: „*Mám rád i turistiku, víte to je spíš odpočinek pro duši. Občas se projedu i na kole, což teď po zotavení dost pravděpodobně na nějakou dobu asi vynechám.*“

Pasivní způsoby odpočinku a zvyky před spaním jsou podobně časté jako ty aktivní, možná o něco častější. Sestra 1 se zmiňuje, že pacienti bývají zvyklí na požádání o analgetika před spaním. Také uvedla, že někteří pacienti požadují otevření okna a vyvětrání, což potvrzuje sestra 3. Sestra 1 pověděla, že ženy mají více ve zvyku si číst, pánové koukat na televizi a mladí koukají do mobilních telefonů. Podobnou výpověď měla sestra 4 i sestra 5. Sestra 2 také postřehla, že někdo provádí i telefonní hovory: „*Někdo často volá s rodinou před spaním, hlavně starší lidi, když jdou spát, tak je pro ně důležitý popřát vnoučatům, příbuznejm dobrou noc podle toho jak kdo kde s kým bydlí a tak.*“ Sestra 4 uvádí: „*Taky jsem se setkala s tím, že tu byli hospitalizovaní dva známí, tak si šli na chodbu nebo na jídelnu občas popovídat.*“

Výpověď pacienta 2 zněla: „*Koukám na ten sport třeba, ale nespím u toho. To si pak nechávám na večer. Každopádně když je třeba hmusně a já nemůžu ven, tak si vyčistím hlavu i u toho sledování sportu. Teď jsem chtěl koukat na olympiádu, ale zase nejde kanál nebo co, tak si to občas pustím aspoň na mobilu.*“ Pacientka 1, pacient 4 a pacient 5 se shodují v tom, že po obědě si chodí zhruba na hodinu lehnout. Pacient 4 říká: „*Stačí mi dvacet minut, a potom třeba můžu dělat zase do sedmi do večera. Tak mně spíš stačí teda půl hodiny, dvacet minut, a už jenom ten pocit, že když si chvíli lehnu, tak jsem prostě pak odpočatej od všeho.*“ Pacientka 1 jako osobní spánkový zvyk uvedla: „*No prostě si lehnu, modlim se tři otčenáše a pak usnu nebo neusnu no.*“ Ke klidnému spaní potřebuje ticho a přiměřené světlo, aby si bez problému mohla dojít na toaletu. Pacient 4 odpočívá především o víkendu, kdy nemusí vstávat do práce. Pacientka 3 zmiňuje, že během hospitalizace odpočívá téměř neustále. Pacient 2 a pacientka 4 se shodli, že pokud nemůžou usnout, pustí si televizi. Pacient 2 si v případě nespavosti občas dá sklenici teplého mléka. Pacient 5 sdělil: „*Doma, když nemůžu usnout, já si vezmu knížku do postele a za chvíli spím.*“ Zeptala jsem se, jestli má nějakou knížku s sebou v nemocnici, odpověděl: „*Mám. Jenže tady je blbě vidět a já jsem si vzal jiný brejle ještě k tomu, ty jsou starý asi patnáct, dvacet let. Já jsem myslel, že budou dobrý, ale nejsou. Ale myslím, že do dvou dnů půjdu domu.*“



## 5 Diskuze

Jako cíl této kapitoly slouží spojení výsledků z empirické části s odbornou literaturou. Bylo stěžejní získat data o potřebě odpočinku a spánku u hospitalizovaných pacientů na odděleních chirurgického typu od sester jako zdravotnického personálu provádějícího ošetrovatelskou péči, ale i od samotných pacientů z vybraných oddělení. Předpokladem problematiky neuspokojené potřeby odpočinku a spánku je fakt, že potřeba odpočinku a spánku je důležitým společným tématem a oblastí zájmu mnoha hospitalizovaných pacientů na odděleních jakéhokoli typu, nejen chirurgického, ale i zdravotnických pracovníků pečujících o své pacienty. Na nemocničních odděleních chirurgického typu hraje roli mnoho faktorů, které mohou ovlivňovat, či dokonce narušovat samotnou potřebu spánku a odpočinku. Neuspokojená potřeba může mít za následek mnoho somatických i psychických projevů (Tomagová et al., 2008). Cílem samotného výzkumného šetření bylo zmapovat potřebu odpočinku a spánku u hospitalizovaných pacientů na odděleních chirurgického typu a role sestry při ošetrovatelské péči o spánek a odpočinek. Rozhovory byly vedeny s informanty ze dvou kategorií, kterými byli ošetrovatelský personál a pacienti. Z ošetrovatelského personálu informanty představovaly sestry. Všichni informanti byli vybráni z oddělení chirurgického typu. Předem byly stanoveny 4 výzkumné otázky, a to jaké jsou odpočinkové a spánkové rituály u hospitalizovaných pacientů, jaké jsou role sestry při uspokojování potřeby odpočinku a spánku u hospitalizovaných pacientů, jaké jsou důsledky neuspokojování potřeby odpočinku a spánku a jaký je rozdíl mezi potřebou odpočinku a spánku ve zdraví a v období nemoci.

Výzkum byl proveden metodou polostrukturovaného rozhovoru, abychom se dozvěděli více o rolích sestry během uspokojování spánku a odpočinku, o spánkových a odpočinkových rituálech, jaký je rozdíl mezi těmito potřebami v období zdraví a v období nemoci, ale hlavně také jaké jsou důsledky neuspokojení těchto potřeb.

První výzkumná otázka zněla: **Jaké jsou odpočinkové a spánkové rituály u hospitalizovaných pacientů?** Na tuto otázku v rozhovorech vypovídaly jak sestry, tak pacienti. Spánkové i odpočinkové rituály lze dle sebraných dat rozdělit na aktivní a pasivní. Výpověď sester potvrdila, že každý jedinec je individuální a své zvyky a rituály utváří osobnost každého jednotlivce samostatně. Nebylo překvapující zjištění, že někdo raději odpočívá aktivní, ale někdo spíše pasivní formou. Odpočinek spadá pod nezbytné předpoklady pro zachování a udržení fyzického i psychického zdraví (Trachtová et al., 2013). Výpovědi ukazují, že pacienti jako formu relaxace považují chození na procházky, ale stejně tak například sezení u televize. Jako nejčastější pasivní formy odpočinku nebo spánkových rituálů jsme se tedy dozvěděli, že informanti četně

udávali čtení knihy, sledování televize nebo koukání do mobilu, přičemž vystavování se elektromagnetického záření formou televize, mobilního telefonu, nebo jiného podobného zařízení, patří k negativním vlivům, které mohou mít kontraproduktivní dopad na spánek a jeho kvalitu (Tomagová et al., 2008). Ve výpovědích zaznělo i uložení do postele a pasivní čekání na spánek, což patří rovněž k negativním vlivům, stejně jako kouření, které ve výpovědích také často zaznělo jako odpověď. Naopak k těm pozitivním vlivům z výpovědí dle Tomagové et al. (2008) patří čtení, povídání si s jinou osobou, poslech hudby, pití oblíbeného nápoje a další. Hovor pacienta s jinou osobou potvrdily spíše sestry. Starší pacienti mají před spaním ve zvyku hovořit s rodinou, rozloučit se před spaním se svými blízkými a popřát jim dobrou noc. Vynechání nebo narušení těchto návyků může nepříznivě ovlivnit pacientův spánek nebo odpočinek (Trachtová et al., 2013). Co se týče možnosti hospitalizace osob, které pacienti znají, sestry se setkaly i s tím, že se potkali dva známí, kteří byli hospitalizováni na stejném oddělení a šli si spolu sednout popovídat. Jedna pacientka dále uvedla, že se před spaním modlí. Z aktivních forem odpočinku jsme mohli získat informace i o turistice nebo cyklistice, když jeden z pacientů vypověděl: „*Mám rád i turistiku, víte to je spíš odpočinek pro duši. Občas se projedu i na kole*“, což je nepochybně zdravá forma odpočinku. Dále se můžeme ve výzkumné části dočíst, že někteří pacienti se doma starají o zahrádku, což se může zdánlivě jevit jako povinnost. Vypovídající se nicméně shodli na faktu, že je to pro ně forma duševní relaxace a že se těší, až se na zahrádku po ukončení hospitalizace budou moci navrátit.

Další výzkumnou otázkou bylo: **Jaké jsou role sestry při uspokojování potřeby odpočinku a spánku u hospitalizovaných pacientů?** V této podkategorii jsme se zabývali sestrou ošetrovatelkou. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče by se bezpochyby dle moderního pojetí ošetrovatelství měla zaměřovat na člověka jako holistickou bytost se všemi stránkami jeho životního stylu (Mastiliáková, 2007). Holistická péče má za úkol neomezovat se pouze na tělesnou stránku pacienta, ale vnímat jednotlivce jako celek, tzn. jako bio-psycho-sociální a spirituální jednotu. Intervence ošetrovatelského personálu se v takovém případě tedy dále odvíjí nejen od stanovených ošetrovatelských diagnóz, ale i od individuálního posouzení pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013). Pouze z výpovědi jedné sestry jsme se dozvěděli, že se na jejich oddělení starají o bio-psycho-sociální a spirituální potřeby, jelikož je na oddělení pro komplexní péči dostatek času, což se ovšem nedá říci o ostatních odděleních. Co se týče individuálního režimu, jedna sestra uvedla: „*snažíme se dodržovat ten režim, co mají zavedenej doma, samozřejmě to jde jen v určitých mezích, v určitý míře.*“ Na otázku, zda na oddělení provádějí komplexní holistickou ošetrovatelskou péči další sestra odpověděla: „*My tady na to jako nemáme*

*skoro čas, ale hlavně záleží na tom, jak si získáme jejich důvěru, jestli nám to vůbec sdělí a tady je poslední dobou spíše taková ta jednodenní chirurgie, takže je to opravdu chvat na všechno, takže na to není úplně čas“*, z čehož lze vyčíst, že na odděleních chirurgického typu většinou bývá personál zavalen prací a za současného nedostatku zdravotnického personálu tento problém momentálně nemá východisko. Sestra se jako poskytovatelka ošetrovatelské péče komplexně a systematicky zaměřuje na uspokojování potřeb jedince s respektem k jeho individualitě. Při dosahování ošetrovatelských cílů ošetrovatelský personál úzce spolupracuje nejen s pacientem, ale i s lékaři a dalšími odbornými pracovníky (Plevová et al., 2018). Sestry ve výpovědích často uváděly spolupráci s lékařem v rámci předepisování hypnotik a některých analgetik nebo opiátů. Vyjma konzultací ohledně předepisování léků sestry s lékaři také probírají alternativní možnosti v případě některých pacientů, kdy jsou u pacienta známky psychické nestability pacienta či lékové závislosti. V těchto situacích sestry přichází za lékaři s doporučením, že by se pacientovi měl nasadit nějaký placebo efekt v rámci nepoškození pacienta případným předáváním zdánlivě nefunkčního léku. Kromě řízení a poskytování ošetrovatelské péče se sestra také zaměřuje na roli edukátorky v rámci předcházení komplikací a rozvoji soběstačnosti (Kutnohorská, 2010), o čemž jsme se zaměřovali v podkategorii *edukace*. Je zarážející, že ani jedna sestra v rozhovorech sama nepodotkla, že by edukovala pacienta o možném vzniku závislosti při nabízení analgetik a hypnotik. Můžeme jen doufat, že skutečnost je jiná. Každopádně co sestry uvedly v souvislosti s edukací bylo, že se pacienty snaží popudit k aktivnímu pohybovému režimu přes den, aby zamezily nespavosti během noci. Když se dostaneme k úpravě prostředí, sestry se z výpovědí jednoznačně starají o prostředí pacienta, které sám vnímá jako velkou změnu oproti domácímu nebo jinému prostředí, na které je zvyklý. Jak se dá předpokládat, sestry nejčastěji uvádějí, že se starají o úpravu lůžka pacienta ve smyslu, že je lůžko ustlané a dá se napolohovat. Stlaní lůžka se provádí každé ráno při hygienách a večer před spaním. V rámci úpravy lůžka na žádost by sestry měly projevovat vstřícnost, ochotu a pochopení (Burda, Šolcová, 2015). Úprava polohy lůžka se odvíjí na žádosti samotného pacienta, ale také na operačním výkonu, na kterém dotyčný pacient byl. Dále sestry dopomáhají pacientům při hygienické péči v rámci samotného mytí, anebo při doprovodu do koupelny k provedení hygienické činnosti. Hygienická péče, která se řadí k subjektivnímu příznaku potřeb, kterým bývá pocit špinavosti (Kelnarová et al., 2015). Ke změně prostředí patří faktory negativně ovlivňující spánek a odpočinek, kterými jsou hluk, zápach, intenzita světla a další (Tomagová et al., 2008). Sestry vypověděly, že upravují podmínky prostředí formou otevření okna, úpravy klimatizace, zapnutí větráku, vyndáním peřiny z povlaku, úpravy intenzity světla, nasazením špuntů do uší apod. K těmto řešením, které v rozhovorech zazněly, by mělo

patřit také zavírání dveří pokoje, zatažení žaluzií, opatření příjemné, tiché hudby, umístění na pokoj s vhodnými pacienty, umístění zvonku na snadno dosažitelné místo, snížení množství stimulů, jako jsou např. rozhovory personálu apod. (Trachtová et al., 2013). Dále by se sestry měly starat o zajištění soukromí, což ve výpovědích také ani jednou nezaznělo. Jedná se o pocit studu, který vyvolává v jedinci potřebu intimity (Kelnarová et al., 2015). Pacienti se ve výpovědích většinou shodli na tom, že je o ně relativně dobře postaráno v komplexu ošetrovatelské péče. Samozřejmě uváděli spoustu rušivých faktorů, se kterými se během hospitalizace setkali, a které měly negativní dopad na jejich potřebu odpočinku a spánku, ale jsem si jistá, že pacienti sami ví, že některé faktory sestry už neovlivní, a že je úplně nezlikviduje, ať už v rámci časových možností, nebo například v rámci probíhající stavby vedle pacientova pokoje. V otázkách během rozhovoru jsme se také dostali na téma stanovení ošetrovatelských diagnóz, jako jsou porucha spánku a únava. Pouze jedna sestra vypověděla, že se ošetrovatelské diagnózy na oddělení stanovují, což byla poměrně překvapující informace. Ošetrovatelský plán by měl obsahovat již zmíněnou holistickou péči a určování ošetrovatelských diagnóz k tomuto plánu běžně patří. Jediné sestry, která udala, že se na oddělení diagnózy stanovují, jsme se dále zeptali na souvislosti, se kterými se diagnózy stanovují. Na naši otázku odpověděla: „*Tak u nás je to samozřejmě po těch úrazech, ty lidi můžou mít trauma, takže se můžou budít a pak jsou tu samozřejmě i starší pacienti, a ti mají výhradně problém se spánkem.*“ Sestry, které vypověděly, že se diagnózy na jejich oddělení nestanovují, uváděly důvod vyčerpání, nedostatek času, nebo to, že stanovení ošetrovatelských diagnóz nemají na oddělení v podmínkách. Když se zaměříme na farmakoterapii jako celkovou, dotazované sestry uvedly, že podávají medikaci pacientům v pravidelných intervalech, což je v pořádku, ale v noci to působí jako rušivý element, a to i především při výměně pacientových infuzí. Dále sdělily, že se pravidelně chodí každého pacienta individuálně ptát, zda si přeje nějaká analgetika, anebo hypnotika před spaním. V případě, že mají pacienti předepsaná hypnotika jako chronickou medikaci, sestry jej chodí podávat automaticky. To se dle výpovědi jedné ze sester netýká komočních pacientů, kteří mají nasazení hypnotik zakázáno. Občas sestry dotazování se na hypnotika úplně vynechají dle svého uvážení, protože někdy podle nich vůbec nezabírají, mají opačný efekt, anebo po nich pacienti bývají zmatení. Jedna sestra zmínila, že pokud má pacient nějaké psychické problémy, nasazují se mu anxiolytika. Dle mého názoru by měla nejdříve s pacientem proběhnout nějaká konzultace s lékařem, který by k pacientovi zaslal psychologa, který by se mohl problémem zabývat více než samotný ošetrovatelský a lékařský personál a došli by společně k nějakému řešení. Až v případě, že by se řešení nenašlo, by se teprve měla nasadit farmakoterapie.

Další výzkumná otázka zní: **Jaké jsou důsledky neuspokojování potřeby odpočinku a spánku?** V případě neuspokojení základních lidských potřeb dochází k rozladění rovnováhy organismu (Burda, Šolcová, 2015). Kvalita spánku má nepochybně vliv na jednání člověka. Spánkový deficit je spojován s chronickou únavou a obecně s vyšším procentem nemocnosti. Během nekvalitního nebo nedostatečného spánku také narůstá počet psychických poruch. Dlouhodobé strádání spánku má za příčinu tělesné změny podobné stárnutí (Borzová et al., 2009). Důsledkům předcházejí příčiny, tudíž bychom se nejprve měli zabývat otázkou, jaké faktory negativně ovlivňují odpočinkovou a spánkovou potřebu. Na vybraných chirurgických odděleních se lze z výpovědí dozvědět, že častá příčina nespavosti a neuspokojeného pocitu odpočatosti je strach a obavy. V Janíkové, Zeleníkové (2013) se můžeme dočíst některých ošetrovatelských diagnóz dle NANDA taxonomie, které bezprostředně souvisí s předoperační přípravou. K těm, které hrají roli v potřeba odpočinku a spánku, patří narušený vzorec spánku, nedostatečné znalosti v oblasti předoperační přípravy, strach, úzkost a akutní bolest. Potřeba spánku a odpočinku stejně jako být bez bolesti patří do základní příčky Maslowovy hierarchie potřeb (Burda, Šolcová, 2015). Sestra by se především měla pacientovi dostatečně věnovat v oblasti znalostí během předoperační přípravy, pokud pacientovy obavy a úzkost souvisí s nedostatečnou informovaností. Pokud má sám pacient nějaké psychické problémy nesouvisející s hospitalizací, jedna sestra uvedla jako jejich řešení podávání anxiolytik. Ošetrovatelská diagnóza akutní bolest souvisí nejen s předoperační, ale i pooperační přípravou (Slezáková et al., 2019). Sestra by bolest měla sledovat pravidelně a frekventovaně nabízet podání analgetik. Bolest stále hraje v procesu uzdravování velkou roli. V případě nedostatku se zotavovací procesy zpomalují. Narušený vzorec spánku ovlivňuje psychickou i fyzickou stránku jedince. Z výpovědí pacienta 2 je jednoznačné, že jeho spánkový a odpočinkový deficit vyplývá z osobních problémů, které nesouvisejí přímo s hospitalizací. Změna prostředí dále jen podtrhuje nedostatek spánku a odpočinku. Jako změnu prostředí uváděl především horko a hluk. Pacient uváděl, že z neuspokojení těchto potřeb je podrážděný, ale že to zkusí vydržet a poté se dospí doma. Pacienti 4 si také stěžoval na horko. Dále hovořil o strachu před operací, což ho donutilo vzít si den před operací lék na spaní. Také udával, že po rozhovoru s personálem na oddělení byl klidnější. Pacient 5 mluvil o bolesti po operačním výkonu v klidu i během cvičení, ale léky na spaní si nebral. Udával, že z nevyspalosti bývá rozmrzelý. Ještě dodával: „*Je třeba, aby si člověk odpočimul, protože tady nespim, tak mě to unavuje i ve dne. Jsem takovej unavenej, protože jak nejsem vyspanej třebas, tak mě to unaví*“, takže je z výpovědí jednoznačné, že pro jedince je důležitý spánek i odpočinek. Pacientka 3 vnímala psychický diskomfort z důvodu tělesných změn po mastektomii. Má narušený spánkový a odpočinkový vzorec z důvodu přemýšlení o operačním

výkonu a jeho následcích. Mastektomie určitě nepatří k chirurgickým výkonům, které by žádnou ženu nijak nepoznamenaly. Nedostatek spánku si kompenzuje přes den, kvůli čemuž opět nemůže spát v noci, na což řekla „*Je to takovej nekonečnej kruh trošku tady.*“ Na otázku, jaký má na ni nedostatek spánku a odpočinku vliv udávala, že bývá frustrovaná. Z frustrace se chce pak nějakým způsobem dostat. Pacientka 1 vnímala jako psychickou příčinu nespavosti nepříjemné pocity z toho, že je sama odkázaná na ošetrovatelskou péči někoho jiného. Obavy pacientky se dají brát jako narušení potřeby uznání a sebeúcty, která také spadá do potřeb v Maslowově hierarchii (Trachtová et al., 2013). Dále měla strach z pomočování, protože je zvyklá v průběhu noci chodit na toaletu. Důsledek neuspokojené potřeby spánku je pro ni to, že je rozzlobená sama na sebe, jelikož nespavost je u ní příčinou snížené pohybové aktivity v průběhu dne a toho, že neodvedla dostatečné množství práce. Z pohledu sester jsme se dozvěděli, že pacienti často bývají i agresivní, ale sestra 2 udávala, že to bývá spíše forma slovní agrese. K dalším důsledkům patří určitě nepříjemnost, podrážděnost, protivnost, frustrovanost, mrzutost. S pacienty prý bývá daleko obtížnější komunikace. Sestry podtrhují i možný vznik závislosti na analgetikách či hypnotikách. Kromě psychických forem se sestry také potýkají s pacienty, na které má deficit spánku a odpočinku vliv formou sníženého apetitu, z čehož následně může vzniknout dle NANDA taxonomie riziko deficitu tělesných tekutin, deficit tělesných tekutin nebo nedostatečná výživa. Sestry udávají, že pokud jsou pacienti nevyspalí, snaží se často spánek dohnat přes den: „*Samozřejmě přes den to pak dohánějí. Je to takovej ten trhavěj spánek, nejsou kvalitně vyspaný, jsou unavený.*“ Přes den ovšem spánek není tak efektivní, protože není dostatečně dlouhý a nestíhají se vystřídat spánkové cykly, které mají na svědomí kvalitu spánku. Teprve ve stadiu 4 v non-REM fázi spánku se jedinec dostává do hlubokého delta spánku (Borzová et al., 2009). Během tohoto procesu dochází k obnovování energie celého organismu (Trachtová et al., 2013). Mezi základní znaky nevyspalosti řadíme podrážděné chování, zívání, nepozornost, třes rukou, nekoordinované pohyby, nedostatek energie obecně, fyzickou slabost a malou výkonnost (Trachtová et al., 2013). Jako důsledek neuspokojení potřeby spánku a odpočinku je také třeba identifikovat projevy únavy. Tvoří je především pocit únavy, snížená koncentrace, zhoršená koordinace, pokles tělesné i duševní výkonnosti, snížená svalová síla, snížený pracovní výkon, zhoršená nálada, podrážděnost, úzkost, strach, zvýšená citlivost pro bolest, bolest očí, hlavy, zad, nechůť k jídlu, nespokojenost s kvalitou a kvantitou spánku, apatie (Tomagová et al., 2008).

Poslední výzkumná otázka zní: **Jaký je rozdíl mezi potřebou odpočinku a spánku ve zdraví a v období nemoci?** Zabývá se výhradně pohledem sestry na odpočinek a spánek v období

zdraví a jeho změnu v období nemoci. Myslím si, že každý laik má povědomí o tom, jak je povolání sester náročné a obnáší mnoho psychických a kolikrát i fyzických sil. Není tedy divu, že při vykonávání sesterského povolání je zapotřebí dostatečně dlouhého a kvalitního spánku, na čemž se zpovídáné sestry shodly. Stále je to období nenarušeného zdraví, a i tak zde sehrává zaměstnání jako vliv na spánek a odpočinek hlavní roli, a to nejen v ošetrovatelském povolání. Potřebě dostatečného odpočinku a spánku doložil i jeden z pacientů, který stejně jako sestry podotýkal potřebu koncentrace v práci, aby člověk nechybil. Dalším faktorem sehrávajícím roli v narušení odpočinku a spánku i v období zdraví je věk. Sestry potvrdily, že pacienti s vyšším věkem mají větší predikci ke spánkovým problémům. Pacienti tvrzení opět dosvědčují. Člověk v období nemoci vyžaduje větší míru spánku a odpočinku, jelikož každé somatické i psychické onemocnění je doprovázeno vyšší únavností. Je potřeba respektovat zvýšené nároky na kvalitu i kvantitu spánku za podobných stavů. Během spánku probíhají zotavovací pochody. Nedostatek spánku má za příčiny změny chování osobnosti, a to i když člověk neprochází obdobím nemoci, natož, když nemocný je. Nemocný člověk vyžaduje více energie pro zvládnutí běžných denních aktivit, které se týkají sebepečce a pro návrat k normálnímu zdravotnímu stavu. Během každého tělesného i duševního onemocnění má tělo zvýšené nároky jak na spánek, tak i na odpočinek. (Trachtová et al., 2013). Zvýšené nároky na spánek a odpočinek během hospitalizace dokládají z výpovědi sestry: „*Když je člověk nemocnej, tak má tu potrebu mnohem větší, je větší ta únava a určité je to veľkej rozdíl. Lidi potrebujou samozřejmě víc spát i odpočívát*“, i pacienti: „*V pondělí jsem byl spíš unavenej, to mi kapačky kapaly do pŕlnoci a v úterý už to tak nějak šlo, každěj den už je to lepší.*“ O rolích sestry v rámci změny prostředí jsme se bavili už ve druhé výzkumné otázce, nicméně změna prostředí také ovlivňuje spánek a odpočinek jedince. Nejshodnější odpovědi sester i pacientů byly, že pacient se v průběhu hospitalizace setkává s jiným lůžkem, na které není zvyklý, s dalšími spolupacienty na pokoji, které nezná a sehrává zde roli spoustu dalších změn. Ostatní pacienti mohou jednotlivce rušit v rámci tělesného, ale i psychického komfortu. Dalším vlivem vztaženým spánek a odpočinek speciálně na chirurgických odděleních je trauma. Pacienti se budí, než si zvyknou na to, co se jim stalo nebo na to, že se společně s traumatem odehrála spousta změn. Nekomfortní může být také poloha, při jaké musí pacient spát a odpočívát v závislosti na zranění nebo na chirurgickém výkonu, což mu může být velice nepříjemné nebo ho velmi omezovat v pohybu i pohodlí. Stěžejním faktorem na chirurgických odděleních je bolest, která se řeší nasazením analgetik a opiátů. Bohužel ne vždy je působení stoprocentní a někdy farmaka na utlumení bolesti nezabírají, takže se pak pacienti dožadují i léků na spaní, které také ne vždy fungují. Hypnotika a sedativa mají někteří pacienti nasazená rovnou, a to po operačních výkonech.





## 6 Závěr

Cílem výzkumné části bylo zmapování potřeby odpočinku a spánku a analýza rolí sestry při poskytování ošetrovatelské péče v rámci spánku a odpočinku. Cíle práce byly splněny. Z výzkumu se zjistilo, že spánek je pro pacienty hospitalizované na chirurgických odděleních důležitý, jinak mají rozhozený spánkový režim. V rámci dlouhodobějšího neuspokojení spánkových a odpočinkových potřeb po ekonomické stránce hrozí prodloužení doby hospitalizace a s tím spojené zvýšení nákladů na léčbu. Po somatické stránce je hrozbou zhoršení zdravotního stavu nebo vytvoření komplikací navazujících na některý z ošetrovatelských problémů stanovených na základě spánkové a odpočinkové nedostatečnosti. Jedince v případě nedostatku spánku a odpočinku doprovází zvýšená únava, ztráta chuti, rozmrzelost, podrážděnost, nepříjemnost, protivnost, frustrovanost, agrese fyzická nebo slovní, zhoršená komunikace a obecně nechut k provozování každodenních činností, psychický dyskomfort a záporná nálada. Během nemoci se zvyšuje potřeba spánku i odpočinku, protože každé psychické i somatické onemocnění doprovází vyšší míra únavnosti. V období nemoci se tedy člověk přirozeně dožaduje zvýšených nároků na spánek a odpočinek, ať už v domácím prostředí, nebo během hospitalizace. Nejčastějšími příčinami porušeného spánku a odpočinku na chirurgických odděleních bývají strach a obavy z nadcházejícího chirurgického výkonu.

Sestra má za úkol zmapovat faktory jedince, které ovlivňují jeho potřebu odpočinku a spánku a zaměřit se na jejich redukci. Jako hlavní faktory byly analyzovány strach a obavy, bolest, nedostatečná informovanost, změna prostředí, psychické problémy, které nemají příčinu spojenou s hospitalizací, věk pacienta. Sestry na vybraných odděleních se především snaží redukovat faktory zaměřené na změny prostředí a na úpravu jejich podmínek vzhledem k individualitě každého pacienta. V žádném rozhovoru nezaznělo, že by v případě odborních psychických problému byl přizván k pacientovi psycholog. Co se týče komplexní holistické ošetrovatelské péče, je hodně závislá na druhu oddělení, jak je možné zjistit z vybraného výzkumu na odděleních chirurgického typu. Specifika chirurgických oddělení mají za následek, že pacienti na oddělení nezůstávají hospitalizováni tak dlouho a sestram se během dne může mnohokrát stát, že přijímají nebo propouštějí pacienty. V rámci krajské nemocnice je časový harmonogram práce ještě více zúžený, tudíž nemají sestry takový prostor pro větší zájem v rámci komplexního uspokojování potřeb odpočinku a spánku. Z výpovědí sester jsme se dozvěděli, že se pravděpodobně nezaměřují na všechny biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby pacientů, které často ovlivňují problémy s usínáním, nespavost a celkovou neuspokojenou potřebu odpočinku.

## 7 Seznam literatury

1. ARCHALOUSOVÁ, A. et al., 2003. Přehled vybraných ošetrovatelských modelů: systémový přístup. 2., aktualiz. vyd. [Hradec Králové]: Nucleus HK. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-862-2533-X.
2. BORZOVÁ, C., 2009. Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2978-7.
3. BURDA, P. et al., 2016. Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5333-1.
4. CASE, R. et al., 1996. The Role of Central Conceptual Structures in the Development of Children's Thought. Monographs of the Society for Research in Child Development. 61(1/2). DOI: 10.2307/1166077. ISSN 0037976X. Dostupné také z: <https://www.jstor.org/stable/1166077?origin=crossref>
5. ČOUPKOVÁ, H. et al., 2012. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy: pro obor ošetrovatel. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3602-0.
6. ČOUPKOVÁ, H. et al., 2019-. Ošetrovatelství v chirurgii. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2900-8.
7. CHOKROVERTY, S., ed., 2017. Sleep Disorders Medicine [online]. New York, NY: Springer New York [cit. 2021-8-7]. DOI: 10.1007/978-1-4939-6578-6. ISBN 978-1-4939-6576-2.
- KITTNAR, O., 2020. Lékařská fyziologie. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1963-4.
8. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
9. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5332-4.
10. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2010. Historie ošetrovatelství: systémový přístup. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.
11. LIBOVÁ, L. et al., 2019. Ošetrovatelský proces v chirurgii: svalový revmatismus. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2466-4.
12. MAREČKOVÁ, J. et al., 2005. NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu: pro obor ošetrovatel. Vyd. 3., nezměn. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Sestra (Grada). ISBN 80-736-8030-0.

13. MASTILIAKOVÁ, D. et al., 2002. Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup. Vyd. 3., nezměn. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0428-0.
14. MASTILIAKOVÁ, D. et al., 2007. Holistické přístupy v péči o zdraví: systémový přístup. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-807-0134-573.
15. MICHALSKÝ, R. et al., 2008. Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrovatelství: systémový přístup. 2., aktualiz. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-7248-464-5. PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovatelství v kostce. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1211-3.
16. MORÁŇ, M. 2008. Farmakologie nespavosti. Med. praxi, 5, 331-4 Dostupné z: [https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200809-0012\\_Farmakologie\\_nespavosti.php](https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200809-0012_Farmakologie_nespavosti.php)
17. MORÁŇ, M. 2009. Poruchy spánku. Interní Med., 11, 466-70 Dostupné z: [https://www.inter-nimedicina.cz/artkey/int-200910-0008\\_Poruchy\\_spanku.php](https://www.inter-nimedicina.cz/artkey/int-200910-0008_Poruchy_spanku.php)
18. MOUREK, J., ZELENÍKOVÁ, R., 2012. Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3918-2.
19. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. Ošetrovatelství I: systémový přístup. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.
20. PONĚŠICKÝ, J. et al., 2003. Chronická únava I: svalový revmatismus. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Triton. Odborná léčba v moderní medicíně. ISBN 80-725-4319-9.
21. PONĚŠICKÝ, J. et al., 2003. Chronická únava II: svalový revmatismus. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Triton. Nekonvenční postupy v moderní medicíně. ISBN 80-725-4318-0.
22. RAMAN, V.T. et al., 2019. Pediatric obstructive sleep apnea screening questionnaire and post-operative outcomes: A prospective observational study. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 127(1). DOI: 10.1016/j.ijporl.2019.109661. ISSN 01655876. Dostupné také z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165587619304057>
23. RASCH, B. et al., 2013. About Sleep's Role in Memory: A prospective observational study. Physiological Reviews. 93(2), 681-766. DOI: 10.1152/physrev.00032.2012. ISSN 0031-9333. Dostupné také z: <https://www.physiology.org/doi/10.1152/physrev.00032.2012>
24. SEIDL, Z., ZELENÍKOVÁ, R., 2008. Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2733-2.

25. SEIDL, Z., ZELENÍKOVÁ, R., 2015. Neurologie pro studium i praxi: učebnice pro studenty zdravotnických oborů. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5247-1.
26. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.
27. ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2015. Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.
28. ŠVÁB, J. et al., 2016. Kapitoly z dějin chirurgie v českých zemích: pro obor ošetrovatel. 2., dopl. vyd. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. Sestra (Grada). ISBN 978-80-246-3238-4.
29. TOMAGOVÁ, M., Bóriková, I. et al. Potřeby v ošetrovatelství. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-270-0.
30. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. Ošetrovatelský proces a jeho realizace: systémový přístup. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-7387-785-9.
31. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: pro obor ošetrovatel. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Sestra (Grada). ISBN 978-80-7013-553-2.
32. UTAMI, C.F., WALUYANTI, F.T., 2020. Nursing Process of Postoperative Children With Digestive Surgical Case in Children Surgical Ward. UI Proceedings on Health and Medicine. 4(1). DOI: 10.7454/uiophm.v4i1.250. ISSN 2528-4126. Dostupné také z: <http://proceedings.ui.ac.id/index.php/uiophm/article/view/250>
33. VAŠUTOVÁ, K. 2009. Spánek a vybrané poruchy spánku a bdění. Prakt. Lékáren., 5, 17-20 Dostupné z: [https://www.praktickelekarenstvi.cz/artkey/lek-200901-0004\\_Spanek\\_a\\_vybrane\\_poruchy\\_spanku\\_a\\_bdeni.php](https://www.praktickelekarenstvi.cz/artkey/lek-200901-0004_Spanek_a_vybrane_poruchy_spanku_a_bdeni.php)
34. VRÁNOVÁ, L., 2007. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky.* 17. 2007, 60 s. ISSN 1210-0404 Dostupné z: <https://dnnt.mzk.cz/view/uuid:0438e040-de6c-11e7-adb0-005056825209?page=uuid:7bfd7ec0-de75-11e7-bbbb-005056827e51>
35. VYSKOČILOVÁ, J., ŠONKA, K. 2005. Poruchy dýchání ve spánku. Interní Med., 7, 484-8 Dostupné z: [https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200511-0004\\_Poruchy\\_dychani\\_ve\\_spanku.php](https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200511-0004_Poruchy_dychani_ve_spanku.php)

36. ZACHAROVÁ, E. et al., 2017. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

## 8 Přílohy

### Příloha 1 Otázky k rozhovoru pro pacienty

#### Identifikační otázky

- Kolik je vám let?
- Nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jaký je důvod vaší hospitalizace?

#### Výzkumné otázky

- Vaše ošetřující sestra mi sdělila, že máte během hospitalizace hůře uspokojenou potřebu odpočinku a spánku. Povíte mi, jak byste zhodnotil(a) svůj spánek a odpočinek během hospitalizace?
- Jak se celkově cítíte v rámci psychické a fyzické pohody?
- Míváte problémy se spánkem a odpočinkem i za normálních okolností (mimo hospitalizaci)? Pokud pouze během hospitalizace, jaké faktory ovlivňují neuspokojení těchto potřeb (např. cizí prostředí, hluk, světlo, teplota prostředí, nepřiměřená fyzická aktivita během dne, obavy a úzkost z následujícího operačního výkonu nebo komplikací před či po výkonu)?
- Co vám napomáhá usnout (spánkové rituály)? Jaký typ prostředí potřebujete pro odpočinek (např. ticho, přiměřené světlo, knížka, televize, rádio, čerstvý vzduch aj.)?
- Jakým způsobem obvykle odpočíváte? Cítíte se odpočatě během hospitalizace? Pokud ne, co by vám mohlo napomoci k celkovému uvolnění a relaxaci během dne?
- Užíváte nějaké léky na spaní nebo jiné léky, které mohou ovlivňovat váš spánek? Pokud ano, jaké?
- Diskutovaly s vámi sestry o způsobech, které by vám napomáhaly se spánkem a odpočinkem? Pokud ano, jakým způsobem vám pomáhají v řešení problému se spánkem a odpočinkem? Pokud pomáhají, měla tato opatření pozitivní vliv na nedostatek spánku a odpočinku?
- Co pro vás znamená potřeba spánku a odpočinku? Když se cítíte již nějakou dobu neodpočatě (zde v nemocničním, ale i v domácím prostředí), jaký to má na vás dopad? Jaké změny jste zaznamenal(a)?

## **Příloha 2 Otázky k rozhovoru pro sestry**

### **Identifikační otázky**

- Kolik je vám let?
- Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jaká je vaše délka praxe na oddělení, na kterém pracujete?

### **Výzkumné otázky**

- Mohu se vás zeptat, jakým způsobem se staráte o potřebu odpočinku a spánku u hospitalizovaných pacientů?
- Řídíte se výhradně ošetrovatelským procesem a snažíte se pacientovi vyjít vstříc různým podmínkám pro spánek a odpočinek, nebo jim spíše nabízíte hypnotika, nebo sedativa pro utlumení aktivity a navození spánku?
- Stanovuje se na vašem oddělení ošetrovatelská diagnóza porucha spánku a únava? Pokud ano, v souvislosti s čím nejčastěji?
- Jaké jsou podle vás nejčastější potřeby pacientů, když se chystají ke spánku? Jakým způsobem relaxují?
- Jaké následky u hospitalizovaných pacientů nese neuspokojená potřeba odpočinku a spánku?
- Co znamená potřeba spánku a odpočinku pro vás?
- Jak vnímáte rozdíl v potřebě odpočinku a spánku v období zdraví a v období nemoci?