

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Bakalářská práce

Kateřina Třeřtíková

**Kvalita spánku seniorů v Domě pro seniory
v Bohuňovicích**

Olomouc 2012

vedoucí práce: MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

V Olomouci dne 28. 3. 2012

.....

Děkuji MUDr. Kateřině Kikalové, Ph.D. za odborné vedení práce. Dále děkuji Mgr. Viktoru Langerovi za rady při statistickém zpracování dat a mé poděkování patří také všem seniorkám z Domu pro seniory v Bohuňovicích za jejich vstřícnost a ochotu.

Obsah

ÚVOD	6
1 CÍLE PRÁCE	7
2 PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ	8
2.1 Charakteristika stáří.....	8
2.2 Charakteristika stárnutí.....	8
2.2.1 Projevy stárnutí.....	9
2.2.1.1 Biologické projevy stárnutí.....	9
2.2.1.2 Psychické projevy stárnutí.....	9
2.2.1.3 Sociální projevy stárnutí.....	10
2.2.2 Příčiny stárnutí.....	10
2.3 Spánek.....	10
2.3.1 Význam spánku.....	11
2.3.2 Typy spánku.....	11
2.3.2.1 Charakteristika NREM spánku.....	12
2.3.2.2 Charakteristika REM spánku.....	13
2.4 Klasifikace poruch spánku.....	13
2.5 Nespavost (Insomnie).....	16
2.5.1 Léčba nespavosti.....	16
2.5.1.1 Farmakoterapie.....	16
2.5.1.2 Nefarmakologická léčba.....	17
2.6 Spánek ve stáří.....	20
2.6.1 Poruchy spánku starých lidí.....	20
2.6.1.1 Příznaky poruch spánku u starších lidí.....	20
2.6.1.2 Léčba poruch spánku ve stáří.....	21
2.7 Nemoci ve stáří ovlivňující spánek.....	21
2.8 Pohybová aktivita.....	22
2.9 Domovy pro seniory.....	22
3 METODIKA PRÁCE	24
3.1 Zkoumaná cílová skupina.....	24
3.2 Charakteristika zařízení.....	24
3.3 Metodika výzkumu.....	24
3.4 Statistické zpracování.....	24

4 VÝSLEDKY	26
4.1 Interpretace výsledků.....	26
4.2 Testování hypotéz.....	46
4.3 Diskuze.....	49
ZÁVĚR	51
SOUHRN	52
SUMMARY	52
REFERENČNÍ SEZNAM	53
PŘÍLOHY	55
ANOTACE	65

ÚVOD

Spánek je zásadní a neodmyslitelnou součástí života každého člověka, od jeho začátku až do konce. Nekvalitní spánek dokáže člověku narušit průběh celého dne a snížit jeho vnímání a výkonnost.

Podle výzkumů se problémy se spánkem vyskytují až u 36 % dospělých. To znamená, že čtyři lidé z deseti mají nekvalitní spánek, usínání jim činí potíže. U jedinců starších 65 let je to téměř 60 %. Takovýto nekvalitní spánek vede ke zvýšené únavě i počtu nemocí (Anders, 2000).

Tématem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu spánku u seniorů žijících v Domě pro seniory v Bohuňovicích. Tuto problematiku jsem si vybrala z důvodu, že moje babička si poměrně často stěžuje na kvalitu spánku, a tak mě zajímalo, jak to chodí u jiných seniorů. Za respondenty byly zvoleny seniorky z Domu pro seniory v Bohuňovicích, protože jich většinu znám osobně a věděla jsem, že budou velice rády spolupracovat a také je potěší spolupráce se mnou na mé bakalářské práci.

Kvalita spánku se s věkem mění a spánkové poruchy se vyskytují čím dál častěji (Borzová, 2009). Chtěla jsem se dozvědět, zda má věk bohuňovických seniorek vliv na jejich spánek. A také mě zajímalo, jestli jejich spánek ovlivňují nemoci a množství pohybových aktivit.

Práce je rozdělena na tři hlavní části. V první teoretické části je rozebírána charakteristika stáří a stárnutí. Dále to je význam a typy spánku, klasifikace poruch spánku, nespavost a její léčba, jak vlastně vypadá spánek ve stáří, nemoci ve stáří ovlivňující spánek, pohybová aktivita a poslední kapitolou domovy pro seniory. Druhou částí je metodika práce, která zahrnuje popis zkoumané cílové skupiny, charakteristiku zařízení, metodiku výzkumu a statistické zpracování. Za metodiku byla zvolena forma anonymního dotazníku. Třetí část týkající se výsledků je rozdělena na interpretaci výsledků, kde jsou vyhodnocovány otázky z dotazníku (se slovním popisem), a testování hypotéz.

1 CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl: Zjistit kvalitu spánku u seniorů v Domě pro seniory v Bohuňovicích.

Dílčí cíle:

- Zjistit, zda má fyzická aktivita vliv na kvalitu spánku u seniorů v Domě pro seniory v Bohuňovicích.
- Zjistit, jestli věk ovlivňuje kvalitu spánku u seniorů v Domě pro seniory v Bohuňovicích.
- Zjistit, zda počet onemocnění má vliv na kvalitu spánku u seniorů v Domě pro seniory v Bohuňovicích.

Hypotézy:

1. H_0 : Kvalita spánku u seniorů nezávisí na době strávené fyzickými aktivitami v průběhu dne.
 H_A : Kvalita spánku u seniorů závisí na době strávené fyzickými aktivitami v průběhu dne.
2. H_0 : Kvalita spánku se u seniorů se vzrůstajícím věkem nemění.
 H_A : Kvalita spánku se u seniorů se vzrůstajícím věkem mění.
3. H_0 : Kvalita spánku u seniorů nezávisí na počtu onemocnění.
 H_A : Kvalita spánku u seniorů závisí na počtu onemocnění.

2 PŘEHLED TEORETICKÝCH POZNATKŮ

2.1 Charakteristika stáří

Weissová (1972) definuje stáří jako přirozený a nevyhnutelný stav v životě každého člověka. Je řízeno podobným způsobem jako začátek a konec růstu, pohlavní zralosti či prořezávání zubů.

Člověka můžeme charakterizovat pomocí věku. Je to významný ukazatel. Věk můžeme rozdělit do určitých kategorií.

Rozdělení věku podle Světové zdravotnické organizace:

- 30 – 44 let – dospělost
- 45 – 59 let – střední věk neboli zralý věk
- 60 – 74 let – časné stáří (senescence)
- 75 – 89 let – kmetství (vlastní stáří)
- 90 let a více – dlouhověkost

V současnosti se více užívá jiného členění věku (podle Mühlpachra):

- 65 – 74 let – mladí senioři
- 75 – 84 let – staří senioři
- 85 let a více – velmi staří senioři (Malíková, 2011)

Topinková (2005) uvádí, že i když se prodlužuje střední délka života populace v ČR, tak se zdravotní stav ve stáří trvale zhoršuje. Je to dáno zhoršováním fyzické zdatnosti, výskytem polymorbidity a zvýšením množství onemocnění. U 50 až 69letých jedinců najdeme 60 % zdravých osob, zatímco v rozmezí 80 – 89 let je to jen 5 % (Haškovcová, 1990).

2.2 Charakteristika stárnutí

V současnosti se lidstvo dožívá vlastního stáří, tzn. 80 či 90 let. V historii populace se tohoto věku dožil jen málokdo. Stárnutí je definováno jako nevratný, biologický proces (Topinková, 2005). Stárnutí nepřichází neočekávaně, ale postupně prolíná do života člověka. Začátek je u každého individuální, nastupuje v různém věku a projevuje se odlišným způsobem (Křivohlavý, 2002). Rychlost stárnutí ovlivňují faktory biologické, sociální, ale i psychické (Haškovcová, 1990).

2.2.1 Projevy stárnutí

2.2.1.1 Biologické projevy stárnutí

1. Dochází ke zmenšování a ztenčování svalových vláken. Jedinec má problémy při konání tzv. cílových pohybů, např. navléknutí nitě do ucha jehly (Křivohlavý, 2002). Zmenšuje se tělesná výška, zeslabují se chrupavky a pohyb v kloubech vyvolává bolest (Machová, 2008).
2. Mění se zevnějšek, zejména v obličeji se rýsují hluboké vrásky a neustálé jich přibývá. Vlasy dostávají šedivou barvu a objevuje se i pleš (Křivohlavý, 2002). V rozmezí 50 a 60 let má pleš téměř 60 % mužů. Na ženách si můžeme povšimnout rostoucích vousů na obličeji v důsledku snižování množství hormonů estrogenů v přechodu. Jsou patrné i změny chrupu. Častěji se tvoří kazy, vypadávají zuby (Machová, 2008).
3. Snižuje se pružnost oční čočky, tím vzniká stařecká dalekozrakost. Objevuje se častěji i šedý zákal (Machová, 2008). Změny sluchu se projevují stařeckou nedoslýchavostí (Malíková, 2011).
4. Pružnost cév s rostoucím věkem klesá, dochází k poklesu průtoku krve vnitřními orgány. Do srdečních chlopní se ukládá více kalcia a tím se snižuje funkce chlopní. Při zvýšené aktivitě klesá efektivita srdce (Malíková, 2011). Tyto změny mají dopad na vznik vysokého krevního tlaku a arterosklerózy (Křivohlavý, 2002).
5. Snižuje se vitální kapacita plic a zhoršuje se funkce řasinek ve výstelce plic. Celkově ochabují dýchací svaly. To vše může vést k infekcím respiračního ústrojí a rozedmě plic (Malíková, 2011).
6. Velmi závažné změny se dějí v trávicím ústrojí. Redukuje se kyselina chlorovodíková v žaludku. Častěji se objevuje zácpa a dyspeptický syndrom.
7. Ubývá kostní hmoty. U dvacetiletého člověka tvoří kostra asi 20 % celkové hmotnosti, u starých lidí je to jen 10 %. Vzniká osteoporóza, častější jsou fraktury kostí (Křivohlavý, 2002).

2.2.1.2 Psychické projevy stárnutí

1. Lidé staršího věku více zapomínají, mají sníženou funkci paměti a hůře si pamatují nové údaje. Dochází ke změnám v řeči, nejsou schopni pojmenovat věci svými pravými názvy.
2. Je přítomná náladovost, vznikají změny v povaze.

3. Horší přizpůsobování se změnám a situacím v životě.
4. Celkový pokles zájmu seniora o dění kolem něj. Například se může jednat o oddělení se od okolní společnosti, lhostejnost, pasivitu, nečinnost.

2.2.1.3 Sociální projevy stárnutí

1. Odchod do penze – průběh je horší u mužů, kteří celý život pracovali a tudíž nemají jiné zájmy.
2. Tíživá samota z důvodu úmrtí partnera či samotné stárnutí jedince, který žije sám.
3. Omezení zapojování se do sociálních a kulturních programů.
4. Změna stavu ve věcech ekonomických – dochází ke snížení příjmů, senioři se musí uskromnit na výši příjmů z penze.
5. Existenční závislost – jedná se o tělesnou závislost na druhých osobách z důvodu nemoci či omezení pohyblivosti a vnímavosti.
6. Obavy ze stáří, změny prostředí, závislosti na druhých, strach, že zůstane sám (Malíková, 2011).

2.2.2 Příčiny stárnutí

Machová (2008) rozděluje tyto příčiny na vnitřní a vnější. Z vnitřních považuje za nejvýznamnější dědičnost, dále poruchy látkové přeměny, které vedou k vytváření a ukládání škodlivých látek do nervových buněk. Do vnitřních příčin řadí také minimální práci či naopak nadměrnou práci, která urychluje proces stárnutí, dalším je špatný životní styl (např. kouření, alkohol, nadměrný příjem potravy) a mimo jiné i škodlivé vlivy způsobené fyzikálními a chemickými činiteli.

2.3 Spánek

Spánek je klidový stav v určité poloze s minimem pohybů, je sníženo vnímání okolního prostředí a dochází ke změně mentální činnosti vůči bdělému stavu (Nevšímalová, Šonka et al., 1997; Anders, 2000).

Borzová (2009) tvrdí, že průměrná doba potřebná ke spánku je u dospělého jedince kolem 8 hodin. Ale také uvádí, že potřeba spánku je u každého člověka rozdílná. Čím je člověk starší, tím je doba spánku kratší a spánek je lehčí a dochází k častějšímu a delšímu probouzení během noci.

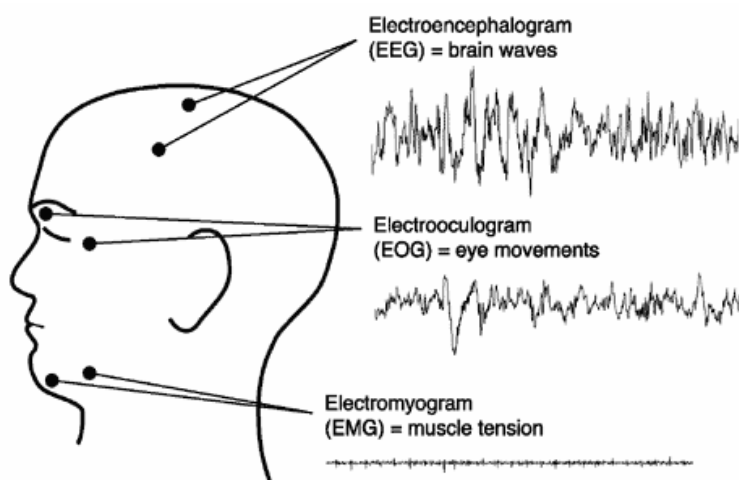
2.3.1 Význam spánku

Spánek je pro organismus velmi důležitý. Anders (2000) uvádí, že stejně jako bdělost je i spánek funkční stav organismu. Je nepostradatelný k obnově energie, regeneraci tkání a pro zpracování nově získaných dat a prožitků do paměti v mozku.

Trachtová (2001) popisuje spánek jako regenerační děj, kdy REM spánek slouží k psychickému zotavení a NREM spánek k obnovení fyzických sil.

2.3.2 Typy spánku

Rozlišujeme dva typy spánku – REM (rapid eye movements) a NREM (no rapid eye movements). NREM spánek se dále dělí na čtyři stadia. Každý typ spánku se cyklicky opakuje, probíhají zde změny vegetativní, endokrinní, elektrofyziologické i změny v chování (Trachtová, 2001). Abychom určili spánková stadia je nutné sledování elektrookulogramu (EOG), elektroencefalogramu (EEG) a povrchního elektromyografu (EMG) svalů v okolí brady. K jejich měření používáme elektrody, jejichž umístění znázorňuje obrázek 1. Ochablost bradových svalů je patrná ve fázi REM spánku, zatímco v NREM spánku jsou tyto svaly v neustálém napětí, i když třeba jen velmi nízkém. Díky tomu můžeme spánek REM a NREM od sebe rozlišovat. Elektrookulogram zachycuje pohyby očí v horizontálním i vertikálním směru (Nevšimalová, Šonka et al., 1997).



Obrázek 1. Umístění elektrod pro stanovení EEG, EOG a EMG

[on-line] <<http://science.education.nih.gov/supplements/nih3/sleep/guide/info-sleep.htm>> [citováno

29.února 2012]

2.3.2.1 Charakteristika NREM spánku

Z vývojového hlediska se jedná o spánek mladší, aktivita elektroencefalogramu je pomalá. Jestliže se člověk probudí z NREM fáze, je otupělý, unavený a s nedostatečnou energií (Trachtová, 2001). Svalové napětí a samovolné pohyby jsou oproti REM fázi vyšší. První a druhé stadium NREM spánku se označuje jako lehký spánek, třetí a čtvrté potom spánek hluboký, tzv. Slow Wave Sleeping (www.dobry-spanek.cz).

I. stadium

Dochází k poklesu frekvence dechu a srdce (Trachtová, 2001). Oční bulby se pomalu a plynule pohybují. Člověk dokáže udržet rovnováhu například při sezení, má zpomalené a opožděné reakce na hlasitější okolní zvuky. Nachází se ve stavu usínání. Sny jsou jednotvárné. Předměty, které jedinec při usínání vidí, mají změněný tvar (Nevšimalová, Šonka et al., 1997).

II. stadium

Zaujímá 45 – 55 % z celkového spánku (Trachtová, 2001). Oční bulby jsou bez pohybu. Reakce na podněty z vnějšího prostředí jsou sniženy. Člověk spí klidným spánkem bez pohybů těla a nedokáže udržet nestabilní pozici. V tomto stadiu může být snění hojné, většinou jde o sny určitého konkrétního charakteru, bez emocí (Nevšimalová, Šonka et al., 1997).

III. stadium

Trachtová (2001) popisuje třetí stadium jako snížení teploty těla a krevního tlaku, středně hluboký spánek, nesnadné procitnutí a svalový klid. Může se objevovat náměsíčnost, noční děsy, mluvení ze spaní (www.dobry-spanek.cz). Snění zde nebývá (Nevšimalová, Šonka et al., 1997).

IV. stadium

Toto stadium začíná 30 – 40 minut po usnutí, dochází k obnově sil člověka. Označuje se jako hluboký spánek (Trachtová, 2001). Dospělý člověk spí hlubokým spánkem asi 45 minut, zatímco lidé starší 60ti let pouze pár minut (Dessaintová, 1999). Stejně jako ve třetím stadiu, onirická aktivita není (Nevšimalová, Šonka et al., 1997).

2.3.2.2 Charakteristika REM spánku

REM spánek trvá 90 – 120 minut, což je asi 20 – 25 % z celkového spánku u dospělého člověka. Doba REM spánku se s věkem mění. Např. u novorozenců zaujímá až 80 % z celkového spánku. Je rozložen na úseky, které se opakují čtyřikrát až pětkrát za noc. Ze začátku jsou kratší a pak se prodlužují. Na úplném konci se objevuje chvilkové probuzení. Během tohoto spánku dochází k mihotavému pohybu očí, frekvence srdce a dýchání nejsou pravidelné (www.dobry-spanek.cz). Onirická činnost je zde hojná, sny mají emotivní charakter, jsou nekonkrétní a barevné (Nevšímalová, Šonka et al., 1997).

Trachtová (2001) předpokládá, že v průběhu REM spánku se zpracovávají a přehrávají události prožité přes den. Čím je člověk více vyčerpán, tím je tato fáze kratší.

2.4 Klasifikace poruch spánku

V dnešní době se poruchy spánku řadí mezi nejčastější problémy člověka. Každý čtvrtý dospělý člověk trpí problémem se spánkem (Trachtová, 2001).

Ke klasifikaci spánkových poruch se používá Mezinárodní klasifikace poruch spánku (International Classification of Sleep Disorders = ICSD), která vznikla v roce 1990 ve spolupráci Evropské společnosti pro výzkum spánku, Americké asociace pro poruchy spánku, Latinsko-americké spánkové společnosti a Japonské společnosti pro výzkum spánku.

Rozlišují se dvě hlavní skupiny – parasomnie a dyssomnie, které se označují jako primární poruchy spánku. Od primárních se oddělují sekundární poruchy spánku, které jsou způsobeny různými onemocněními. A do čtvrté skupiny patří tzv. navrhované poruchy spánku (Nevšímalová, Šonka et al., 1997).

Nevšímalová, Šonka et al. (1997) uvádějí stručný přehled:

DYSSOMNIE

Jedná se o poruchy spánku související se zvýšenou spavostí ve dne a insomnií.

1. Dyssomnie způsobené vnitřními činiteli

- a) Narkolepsie – narkolepsii formuluje Trachtová (2001) jako náhlé a nečekané usnutí ve dne. Spánek u těchto jedinců nezačíná fází NREM, ale fází REM.
- b) Hypersomnie – Je nadmíra spánku, kdy jedinec prospí více než 12 hodin, ale pro probuzení se cítí unaven a nevyspaný. Při spaní v průběhu dne trpí ještě větší

únavou (Obenberger, Seidl, 2004). Příčinou mohou být deprese, úzkost, poruchy metabolismu a ledvin (Trachtová, 2001).

- c) Periodické pohyby končetin – jedná se o souvislé pohyby dolních končetin. Pohyb je krátký, většinou trvá jednu vteřinu, po půl minutě se znovu objevuje. Spánek bývá nedostačující, jedinec je přes den unavený a ospalý. Tento syndrom je nejčastější u mužů a vyskytuje se až u 44 % lidí starších 65 let (Borzová, 2009).
- d) Obstrukční syndrom spánkové apnoe – u dospělých osob bývá spojována s nadváhou a jejím příznakem je nadměra spánku během dne (Obenberger, Seidl, 2004).
- e) Centrální syndrom spánkové apnoe – tento syndrom nebývá tak častý. Objevuje se zde insomnie či poruchy nočního spánku (Obenberger, Seidl, 2004).
- f) Syndrom neklidných nohou – je onemocnění, kdy má nemocný při ulehnutí i ve spánku pocit parestézií (pálení, mravenčení, záškuby), které ho nutí pohybovat dolními končetinami (Topinková, 2005; Pretl, Šonka, 2009).

2. Dysomnie způsobené vnějšími činiteli

- a) Nesprávná spánková hygiena – sem můžeme zařadit například přílišné pití kávy, alkoholických nápojů, kouření ve večerních hodinách.
- b) Spánková porucha vyvolaná závislostí na lécích na spaní.
- c) Syndrom nočního upíjení či ujídání – jedinci se v noci budí, mají pocit hladu či žízně, nedokáží usnout, dokud se nenapíjí či nenají (Anders, 2000).
- d) Závislost na požívání alkoholu před spaním.

3. Poruchy cirkadiánní rytmicity – V cirkadiánním rytmu dochází ke změnám, které jsou spojené s otáčením Země kolem své osy. Tento cyklus je 24 hodinový. Jedná se o pravidelně se opakující změny hodnot krevního tlaku a teploty těla, příjmu potravy, spánku a bdělosti, ledvinné vylučování draslíku (Trachtová, 2001).

- a) Porucha spánku při provozu na směny.
- b) Nepravidelnost v cyklu spánek-bdění.
- c) Syndrom zpožděné fáze – čas usínání se posouvá do pozdních nočních hodin či k ránu, a proto se prodlužuje ranní či dopolední spánek.
- d) Syndrom změny časových zón.

PARASOMNIE

Poruchy spánku, které nesouvisí s nespavostí a ani s ospalostí. Není potřebná dlouhotrvající léčba, dochází často k samovolnému odeznění problémů (Anders, 2000).

1. Poruchy mechanismů probouzení

- a) Somnambulismus – náměsíčnost je samovolný jev, který nastává ve 3. a 4. stadiu NREM spánku.
- b) Noční děsy spojené s NREM spánkem.

2. Poruchy při přechodu spánek-bdění

- a) Rytmické pohyby.
- b) Křeče v dolních končetinách během spánku – Pretl, Šonka (2009) popisují křeče jako neočekávané silné mimovolní kontrakce jednoho či více svalů v období spánku, nejčastěji jde o svaly lýtkové. Jedná se o časté onemocnění a s rostoucím věkem se četnost výskytu křečí zvyšuje.
- c) Somnilogie – člověk mluví ze spaní, může říkat útržky vět, či slova, která jsou srozumitelná či nikoliv.
- d) Záškuby ve stavu, který předchází spánku.

3. Parasomnie vázané na REM spánek

- a) Spánková obrna – je záchvatovitá nepohyblivost příčně pruhované svaloviny, dotýčný se nemůže hýbat. Tato porucha se objevuje v době probouzení nebo usínání.
- b) Noční můry.

4. Další parasomnie

- a) Ronchopatie neboli chrápání je docela časté.
- b) Bruxismus – dochází k pravidelným pohybům žvýkacích svalů během spánku, které doprovází skřípot či cvakání zubů.

SPÁNKOVÉ PORUCHY SOUVISEJÍCÍ S MENTÁLNÍ ČI TĚLESNOU PORUCHOU

1. Poruchy spánku u lidí s neurologickým onemocněním.

2. Poruchy spánku u lidí s mentální chorobou.

3. Poruchy spánku u jiných tělesných onemocnění.

NAVRHOVANÉ PORUCHY SPÁNKU

Sem jsou zařazeny poruchy, které nejsou zatím přesně definovány.

1. Syndrom insuficientní bdělosti.

2. Osoby s potřebou dlouhého spánku – musí spát devět a více hodin, aby se cítili svěží.

3. Osoby s potřebou krátkého spánku – postačí jim méně než pět hodin spánku.

2.5 Nespavost (Insomnie)

Anders (2000) uvádí lékařskou definici nespavosti jako poruchu spánku, kdy jedinec trpí spánkem zkráceným, nesouvislým, neosvěžujícím a neuspokojivým.

Pro diagnózu nespavosti existují určitá kritéria, která určila Světová zdravotnická organizace. Tato kritéria jsou:

- Opakující se probouzení v nočních hodinách (více než třikrát za noc).
- Nesnadné usínání, které je delší než půl hodiny.
- Přílišné brzké ranní vzbuzení a neschopnost znovu usnout.
- Spánek je neosvěžující.
- Tyto poruchy se vyskytují alespoň třikrát v týdnu a déle než měsíc.

Mezi rizikové faktory vzniku nespavosti patří: ženy, vyšší věk, duševní poruchy, užívání léků např. proti astmatu nebo na vředy, špatné životní podmínky k životu jako je hluk, vibrace, vysoké či nízké teploty, dále je to změna prostředí – např. přestěhování se, nová postel. Také větší příjem kofeinu, požívání alkoholických nápojů a kouření před spaním či delší spaní v průběhu odpoledne zhoršují insomnii (Borzová, 2009).

Anders (2000) třídí nespavost podle intenzivnosti potíží do tří stupňů – mírná, střední, těžká. Základem k určení typu nespavosti je doba jejího trvání. Nespavost trvající nejvíce jeden týden se označuje za přechodnou. Tento typ je nejčastější. Jeho příčinou bývá krátce trvající stres či změna prostředí. Dále rozlišujeme krátkodobou nespavost, která je vyvolána dlouhotrvajícím stresem. Doba trvání je jeden až tři týdny. Pokud porucha spánku trvá více jak měsíc, jedná se o dlouhodobou nespavost, která je většinou zapříčiněna plicními či psychickými onemocněními, nebo závislostí na drogách.

2.5.1 Léčba nespavosti

Obecně ji dělíme na farmakologickou a nefarmakologickou (Borzová, 2009).

2.5.1.1 Farmakoterapie

Používá se při neúspěšné léčbě příčin onemocnění, nebo u selhání nefarmakologických způsobů léčby. V současnosti nejpoužívanějšími hypnotiky jsou hypnotika 3. generace. Způsobují spánek podobný spánku přirozenému. Výzkumy ale dokazují, že dlouhodobá aplikace léků není bezpečná. Vzniká na ně závislost a snášenlivost. To je nebezpečné hlavně pro osoby starší pětadesáti let. Ale i přesto tyto negativní vlivy se řadí k nejbezpečnějším lékům užívaných k léčbě poruch spánku.

Hypnotika benzodiazepinového typu se užívají maximálně po dobu tří týdnů, potom jen ve výjimečných případech. Tyto preparáty uklidňují jedince a tím se jeho spánek stává delším. U dlouhodobého užívání hypnotik tohoto typu také vzniká závislost a tolerance a dochází k poruše poznávacích schopností. Mezi tyto léky řadíme Rohypnol, Oxazepan, Neurl, Xanax, Laxaurin (Borzová, 2009).

Praško et al. (2004) upozorňuje, že hypnotika musí být vysazována postupně.

Pokud je nutná dlouhodobá léčba hypnotiky, což je více než tři až čtyři týdny, raději užíváme nebenzodiazepinová hypnotika. Je vhodné podávání obden nebo třikrát za týden, abychom předešli vzniku návyku. Na léčbu dlouhodobé nespavosti je vhodnější zvolit antidepresiva, např. Mirtazapin, Trazodon, Amitriptylin (Topinková, 2005).

Ideální vlastnosti hypnotika:

- Při dlouhodobém užívání nevzniká tolerance ani závislost.
- Spánek nastává v brzké době po ulehnutí, je nepřerušovaný v délce 6 – 8 hodin.
- Je bezpečné proti předávkování.
- Nedochozí k žádné reakci v kombinaci s alkoholem i látkami utlumující centrální nervový systém.
- Neovlivňuje dýchání a krevní tlak.
- Nevzniká rebound insomnie (Pretl, Šonka, 2009).

Metyš (www.penzista.net) uvádí, že jedna z účinných látek při léčbě nespavosti je melatonin. Je to látka, kterou nalezneme v lidském těle. Řadíme ho do skupiny hypnotik.

Pokud je melatonin podáván večer před usnutím, urychluje usínání a omezuje noční pohyby a noční probouzení, a to hlavně u seniorů s obtížemi se spánkem. Podává se orálně a účinkuje již v dávkách 0,3 – 1 mg. Pravděpodobně má lepší účinek na kvalitu spánku, hlavně na jeho nepřerušovanost, pokud je podáván dlouhodobě a v kapslích s pozvolným uvolňováním. Oproti jiným hypnotikům má výhodu, že nezvyšuje délku ranního spaní (www.vesmir.cz).

2.5.1.2 Nefarmakologická léčba

Kognitivně-behaviorální psychoterapie

Při léčbě nespavosti se používá hlavně kognitivně-behaviorální psychoterapie. Při této terapii se léčí i příčiny, nejen důsledky. Člověk nenavvykne užívání léků, působí po delší dobu na rozdíl od farmakoterapie (Borzová, 2009). Příčinou nespavosti je většinou

nesprávná spánková hygiena či špatné návyky znesnadňující usnutí. V psychoterapii se část kognitivní snaží odstranit nevhodné myšlenky, kvůli kterým nemůže člověk usnout (www.dobry-spanek.cz). Behaviorální léčba se zaměřuje na chování jedince, kdy cílem terapeuta je změnit jeho zlovyky narušující kvalitu spánku a naučit ho zásady spánkové hygieny (www.dobry-spanek.cz; Borzová, 2009).

Psychoterapie dokáže vyléčit 70 až 80 % jedinců trpících nespavostí. Účinek léčby trvá kolem dvou let (www.dobry-spanek.cz).

Prvky behaviorální terapie (podle Borzové, 2009):

1. Úprava režimu – neužívat látky zvyšující psychomotorické tempo (např. kofein), méně kouřit, nejíst těžká jídla na noc, nepít před spaním alkohol.
2. Zkrácení délky spánku – zásadní je pobývat v posteli pouze po dobu, která je rovna průměrné délce spánku v posledních dvou týdnech.
3. Chodit spát a vstávat ve stejný čas. Pokud člověk neusne do třiceti minut, neměl by se snažit dál usnout, ale opustit lůžko.
4. Dodržovat spánkovou hygienu.

Zásady spánkové hygieny (Anders, 2000):

1. Nepožívejte látky, které zhoršují spánek (např. nikotin, alkohol, kofein).
2. Pokud nebudete moci delší dobu usnout, opusťte lůžko a věnujte se nějaké činnosti, a potom si zkuste znovu lehnout.
3. Upravte si své prostředí, kde spíte tak, abyste minimalizovali veškerý hluk.
4. Před spaním se nezaobírejte tématy, které vás mohou rozrušit.
5. Uléhejte do postele, až když se vám bude opravdu chtít spát.
6. Svou postel používejte pouze na potřebu spánku či pohlavních aktivit.
7. Věnujte se sportu (např. posilování, jogging) spíše v dopoledních či dřívějších odpoledních hodinách.
8. Dbejte na zdravý životní styl, vyhýbejte se stresu.

Aromaterapie

Léčba se provádí pomocí olejů koncentrovaných či rozpuštěných v alkoholu. Je vhodná pro osoby každého věku. Největší účinek má při léčbě depresí, stresu, nespavosti či bolesti hlavy. Používají se oleje např. z levandule, jasmínu, růže, heřmánku, bazalky (Borzová, 2009).

Muzikoterapie

Borzová (2009) uvádí zjištění buddhistických vědců, že poslech hudby, před ulehnutím do postele, snižuje potíže s usínáním či spánkem. Výzkum provedli na třiceti dobrovolnících ve věku 60-83 let, kdy jim před ulehnutím pouštěli asi 45 minut uklidňující hudbu, zejména klidné hlasy přírody. Už za týden od začátku pokusu, u nich došlo ke značnému zlepšení spánku.

Bylinné čajové směsi

Navozují spánek a mají uklidňující charakter. Patří sem například list i nat' meduňky lékařské (Anders, 2000).

Akupunktura

Tuto formu léčby již prováděli léčitelé ve starověké Číně. Každý člověk má na těle určité akupunkturální body, kam se vpichují speciální jehly. Tyto body se vyskytují na meridiánech, což jsou jakési dráhy energie, které spojují vnitřní orgány lidského těla. Po vpichu jehly do bodu začne jehla uvolňovat tok energie v meridiánech. Ve Spojených státech amerických se prováděl pokus pomocí akupunktury, kdy se po pěti týdnech dobrovolníkům zvýšilo množství melatoninu v krvi. Jejich spánek se prodloužil, usínání netrvalo tak dlouho a celkově byl spánek kvalitnější (Borzová, 2009).

Dietoterapie

Podle obecných pravidel bychom měli jíst naposledy dvě až tři hodiny než ulehne ke spánku. Také nepožíváme kávu, čokoládu, černý či zelený čaj z důvodu toho, že obsahují kofein. Pozitivní působení na usínání a spánek má aminokyselina tryptofan, kterou nalezneme v bílkovinách živočišného původu. Vlivem enzymů se tryptofan mění na látku, ze které vznikne spánkový hormon serotonin. Mezi potraviny, které obsahují větší počet tryptofanu, patří například mléko, ryby, krůtí maso, fazole a hrách, vejce a sýry.

Pokud potřebujeme rychle usnout, můžeme si udělat tryptofanový horký punč, který se skládá z mléka, medu a banánu. Obvykle ho pijeme hodinu před spaním (Borzová, 2009).

2.6 Spánek ve stáří

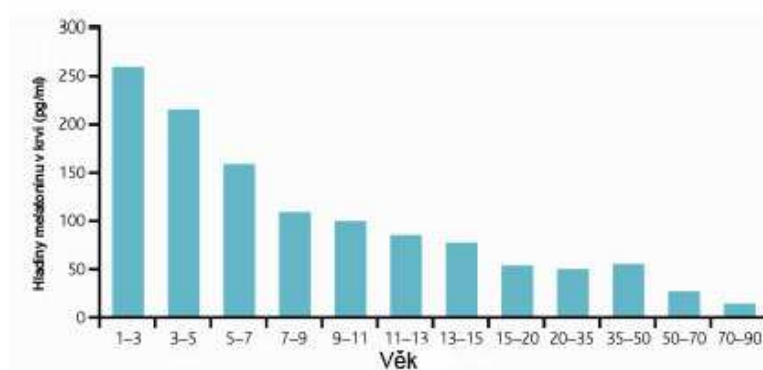
Spánek jedinců vyššího věku se mění (Křivohlavý, 2002). Celkově se zkracuje, probouzení se posouvá do dřívějších ranních hodin (Borzová, 2009; Seidl, Obenberger, 2004). Usínání nastává v dřívějších večerních hodinách. S rostoucím věkem se zvyšuje počet nemocí a také léků, které ovlivňují celkovou kvalitu spánku (Borzová, 2009). Topinková, Neuwirth (1995) považují nespavost u seniorů za nespecifický symptom.

2.6.1 Poruchy spánku starých lidí

Důvody spánkových poruch u osob ve věku 65 let a více (Borzová, 2009):

1. Procesy degenerace v centrální nervové soustavě.
2. Fyzické onemocnění, které ovlivňuje negativně spánek.
3. Aplikace léků, například na snížení krevního tlaku, proti bolesti a také některá antidepresiva.
4. Odchod do důchodu, osamění, strach ze smrti (Weissová, 1972).
5. Změna životního stylu – snížení fyzické i psychické aktivity.
6. Vlivem stáří se snižuje hladina melatoninu v krvi. Se snižujícím se věkem se tato hladina úměrně snižuje, jak můžeme sledovat na grafu 1. Postupně se zkracuje NREM fáze třetího a čtvrtého stadia, kdy dochází k regeneraci, a z tohoto důvodu bývá spánek u starších lidí nekvalitní (www.dobry-spanek.cz).

Graf 1. Hodnoty melatoninu v krvi v noci v závislosti na věku (<http://www.dobry-spanek.cz/vek>) [citováno 29.února 2012]



2.6.1.1 Příznaky poruch spánku u starších lidí

Mezi příznaky řadíme změny nálad, nervozitu, opožděné myšlení, netečnost a lhostejnost, obsahově i emočně chudou řeč. Dotyčný usíná při nedostatku činnosti, může

mít hypnagogické přeludy, vidiny a může se u něj objevit mikrospánek v trvání asi pěti až deseti vteřin, který je příčinou výpadků soustředěnosti (Borzová, 2009).

2.6.1.2 Léčba poruch spánku ve stáří

Příčinou poruchy spánku může být nějaké onemocnění, to se tedy nejdříve snažíme vyléčit. Dalšími důvody nespavosti může být špatné stravování, velké množství léků či nevhodný lék, nedostatek fyzických aktivit, stres, změna v sociální roli, a to vše se snažíme odstranit. Farmakoterapii bychom měli volit jen v případě neúčinnosti ostatních druhů léčby (Weissová, 1972). Typy léčby poruch spánku jsou již popsány v kapitole 2.5.1.

2.7 Nemoci ve stáří ovlivňující spánek

Polymorbidita

U starých lidí se často setkáváme s pojmem polymorbidita, což znamená, že dotyčný člověk trpí třemi až čtyřmi, někdy i více nemocemi zároveň (Weissová, 1972). Jedna nemoc vyvolává druhou (Topinková, 2005).

Podle Topinkové (2005) trpí necelých 90 % osob starších 75 let jednou či více chronickými onemocněními.

Inkontinence moči

Po 65. roce věku trpí inkontinencí až 20 % žen a 2 – 5 % mužů. Od 80 a více let je to jedna třetina mužů a polovina ženského pohlaví. Formulace inkontinence moči podle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci se popisuje jako spontánní, neúmyslné, objektivně prokazatelné unikání moči, které působí pro nemocného jako problém v oblasti sociální a hygienické. V každém případě by se měla léčit (Topinková, 2005).

Další choroby, které mohou vyvolat spánkové poruchy (Borzová, 2009):

- Vředové onemocnění, pálení žáhy.
- Ekzémy, při nichž dochází ke svrbění, které činí potíže hlavně v klidu a teple, tedy zejména v průběhu noci.
- Snížená funkce štítné žlázy, kdy je jedinec unavený a chce se mu přes den spát; zvýšená funkce štítné žlázy, při níž jedinec nepotřebuje ke spánku tolik hodin, trpí nespavostí; cukrovka.
- Syndrom neklidných nohou.

- Alergie, nádory plic, akutní i vleklé záněty respirační soustavy.
- Depresivní stavy (Weissová, 1972).
- Poruchy jater, ledvin, prostaty (Praško et al., 2004).
- Mozková ateroskleróza, při které dochází ke zhoršení prokrvování mozku, projevuje se únavou a nesouvislým spánkem (Weissová, 1972); Alzheimerova nemoc, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza.
- Stavy bolesti.
- Hypertenze, stavy po srdečních mrtvicích, ischemická choroba srdeční.

2.8 Pohybová aktivita

Dostatek pohybu a dobrá tělesná forma zlepšují zdravotní stav. Dochází ke zlepšení spánku, navozuje duševní klid a posiluje tvorbu svalstva. Dalším pozitivním významem je, že snižuje riziko srdeční mrtvice, působí proti vzniku depresí a úzkostí, zlepšuje se ventilace plic i koordinace pohybů.

Přiměřený pohyb pozitivně ovlivňuje spánek, jeho kvalitu i délku. Mírně unavený člověk spí klidným spánkem, zatímco vysoká tělesná zátěž, krátce před spaním, komplikuje usínání (Trachtová, 2001).

Pohybem člověk ulehčuje proces stárnutí. Díky tomu se i v pokročilém věku může člověk postarat sám o sebe bez pomoci druhých lidí (www.penzista.net).

2.9 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory jsou určeny převážně pro seniory, kteří kvůli svému stavu již nedokáží fungovat sami ve svém domácím prostředí a proto jsou v těchto domovech služby poskytovány po celý rok a to s kompletní péčí.

Provozní řád

Domovy mají svůj vnitřní provozní řád, kterým se musí řídit a dodržovat jej všichni senioři. Obsahuje například:

- Název a adresu domova, vymezení cílové skupiny.
- Informace o prostorách zařízení – určené pro soukromí ubytovaných seniorů, společné prostory, návštěvní místnost, plochy k parkování, zahradu.
- Popis všech činností poskytovaných klientům v zařízení.

- Popis hygienických zásad, postupů při pomáhání s osobní hygienou, popis péče a nakládání s tělem zesnulého do doby odvozu ze zařízení, postupy při zacházení s čistým a špinavým prádlem.
- Plán úklidu – popis úklidu v celém domově, rozvržení dalších úklidových činností na každý den.
- Popis provozu technických zařízení nacházející se v centrální kuchyni, kotelně či prádelně.
- Podrobný popis, jak nakládat s jednotlivými druhy odpadů podle zákonných norem.
- Popis místa uložení hlavních center energetických zdrojů (vody, elektrického proudu, plynu) a průběh postupování při výpadku energie.
- Popis uložení hasících zařízení a způsob postupování v případě vzniku požáru.
- Dobu platnosti provozního řádu (Malíková, 2011).

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Zkoumaná cílová skupina

Výzkum jsem prováděla na skupině seniorek žijících v Domě pro seniory v Bohuňovicích. Průzkum probíhal v prosinci roku 2011 a zúčastnilo se ho 8 žen ve věkovém rozmezí od 76 do 92 let.

3.2 Charakteristika zařízení

Dům pro seniory v Bohuňovicích je menší sociální zařízení, kde maximální kapacita činí osm osob a je určen pouze pro ženy. Toto zařízení funguje od roku 1988, kdy poskytovalo i celkové pečovatelské služby. V současné době se připravuje rekonstrukce, kdy se zvýší kapacita o dvě až tři osoby a také se uvažuje o možnosti přijímat i muže, zejména pokud žádají o pobyt manželské páry. Bude se rekonstruovat sociální zařízení.

3.3 Metodika výzkumu

Za průzkumnou metodu jsem si zvolila formu dotazníkového šetření. Chráska (2007) formuluje dotazník jako soubor předpřipravených a specifikovaných otázek, které jsou systematicky seřazeny a dotazovaná osoba odpovědi zadává písemně. Dotazník byl anonymní, složený z 29 otázek. Otázky byly uzavřené a polouzavřené. Každý dotazník jsem vyplňovala postupně s každou osobou zvlášť, všechny se mnou ochotně spolupracovali. Jen dvě seniorky vyplnily dotazník samy bez mé asistence.

Vytvořený dotazník je součástí příloh. Inspiraci jsem čerpala z dotazníku Ilony Koditkové (2011).

3.4 Statistické zpracování

Odpovědi z dotazníků jsem si roztřídila a zanesla do tabulek v programu Microsoft Excel, kde jsem vypočítala absolutní a relativní četnosti. Výsledky jsem zadala pro lepší názornost do grafů. Do zpracování jsem nezařadila otázky č.1, 8, 9, 20, 25, 26, 27.

Ke statistickému ověření hypotéz jsem použila test nezávislosti chí – kvadrát pro kontingenční tabulku s hladinou významnosti 0,05 (tedy 5% pravděpodobnost). Tento test užijeme v případě, kdy máme zjistit, zda existuje spojitost mezi dvěma pedagogickými jevy, jež jsou zaznamenány nominálním měřením.

Testové kritérium χ^2 se vypočítá vzorcem $\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$, kde P je pozorovaná četnost, a O je očekávaná četnost. Počet stupňů volnosti určíme podle vzorce $f = (r - 1) \cdot (s - 1)$, kde **r** je počet řádků kontingenční tabulky a **s** je počet sloupců kontingenční tabulky. Vypočítanou hodnotu χ^2 srovnáme s kritickou hodnotou, kterou nalezneme ve statistických tabulkách (Chráška, 2007).

4 VÝSLEDKY

V této části jsou reprezentovány výsledky šetření. Jsou zde rozebírány otázky z dotazníku.

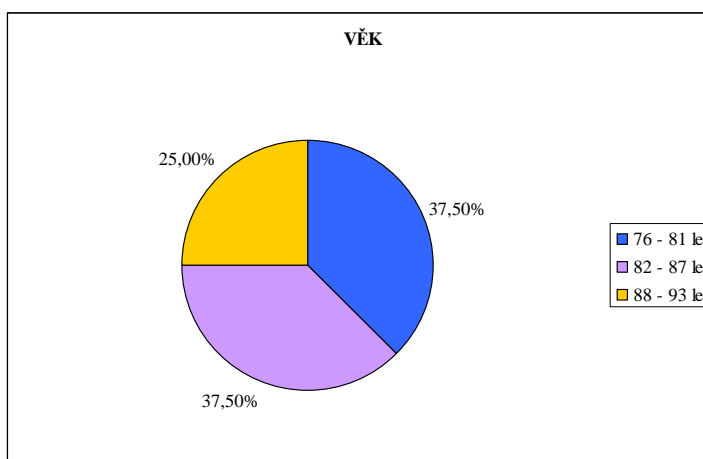
4.1 Interpretace výsledků

Otázka č. 2. VĚK RESPONDENTŮ

Tabulka 1. Věk respondentů

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
76 - 81 let	3	37,50
82 - 87 let	3	37,50
88 - 93 let	2	25,00
Celkem	8	100,00

Graf 2. Věk respondentů



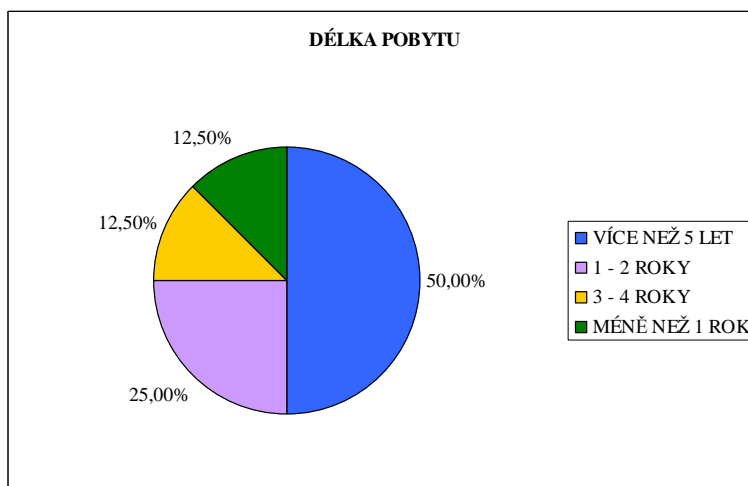
Výzkumného šetření se zúčastnil stejný počet žen ve věku v rozmezí 76 až 81 let (37,50 %) a 82 až 87 let (37,50 %). Žen ve věku mezi 88 až 93 let bylo 25,00 %.

Otázka č.3. JAK DLOUHO ŽIJETE V DOMĚ PRO SENIORY?

Tabulka 2. Délka pobytu v domě pro seniory

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
méně než 1 rok	1	12,50
1 - 2 roky	2	25,00
3 - 4 roky	1	12,50
více než 5 let	4	50,00
Celkem	8	100,00

Graf 3. Délka pobytu v domě pro seniory



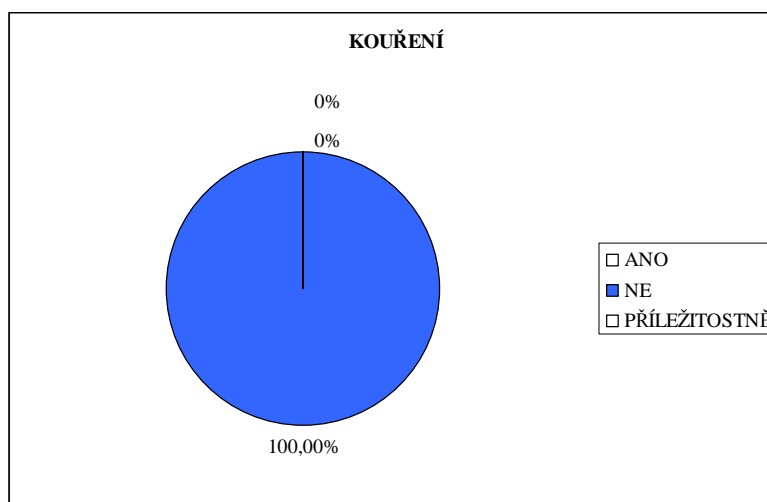
Z grafu 3 vyplývá, že 50,00 % dotázaných žije v domě pro seniory více než pět let. 1-2 roky zde žije 25,00 % žen, méně než 1 rok a v rozmezí mezi 3 – 4 roky je tomu po 12,50 %.

Otázka č.4 KOUŘÍTE?

Tabulka 3. Kouření

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	0	0,00
ne	8	100,00
příležitostně	0	0,00
celkem	8	100,00

Graf 4. Kouření



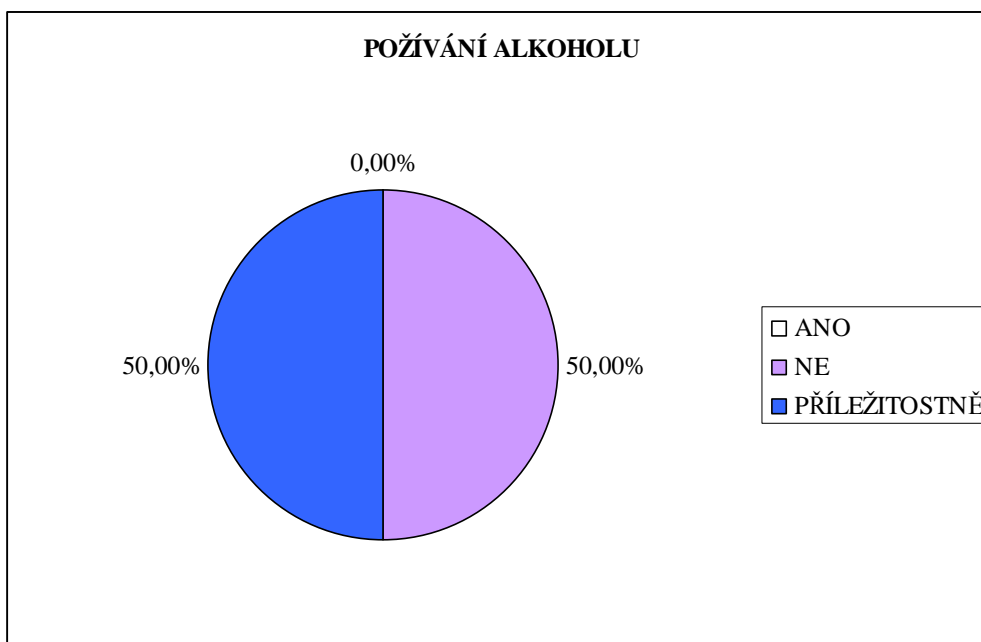
Z grafu 4 je patrné, že žádná z klientek Domu pro seniory v Bohuňovicích nekouří.

Otázka č.5 POŽÍVÁTE ALKOHOL?

Tabulka 4. Požívání alkoholu

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	0	0,00
ne	4	50,00
příležitostně	4	50,00
celkem	8	100,00

Graf 5. Požívání alkoholu



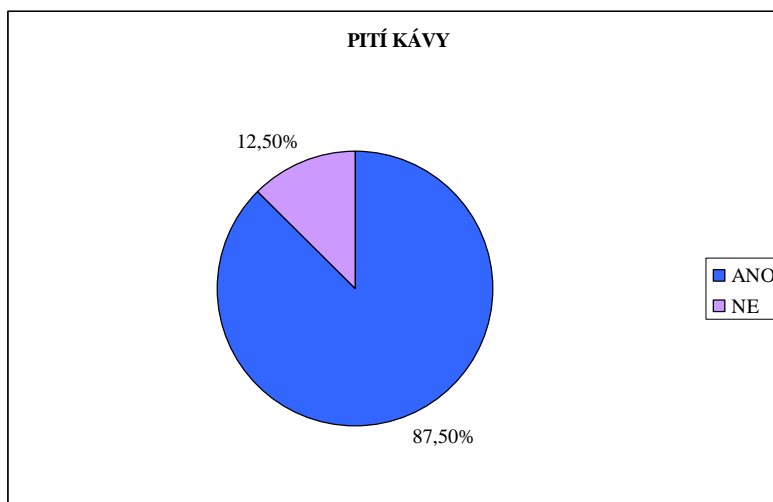
Polovina dotázaných (4 seniorky) alkohol nepije vůbec, oproti tomu druhá polovina (4 seniorky) požívá alkohol příležitostně. Žádná z dotázaných nepožívá alkohol pravidelně.

Otázka č. 6 PIJETE KÁVU?

Tabulka 5. Pití kávy

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	7	87,50
ne	1	12,50
celkem	8	100,00

Graf 6. Pití kávy



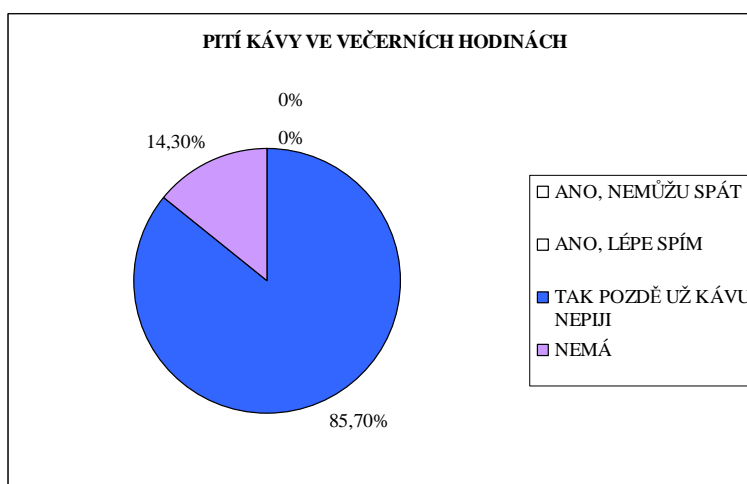
Jedna klientka (12,50 %) nepije kávu vůbec, zatímco zbylých 7 klientek (87,50 %) kávu pije.

Otázka č. 7 MÁ POŽITÍ KÁVY VE VEČERNÍCH HODINÁCH NĚJAKÝ ÚČINEK NA VÁŠ SPÁNEK?

Tabulka 6. Pití kávy ve večerních hodinách

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano, nemůžu spát	0	0,00
ano, lépe spím	0	0,00
nemá	1	14,30
tak pozdě už kávu nepiji	6	85,70
celkem	7	100,00

Graf 7. Pití kávy ve večerních hodinách



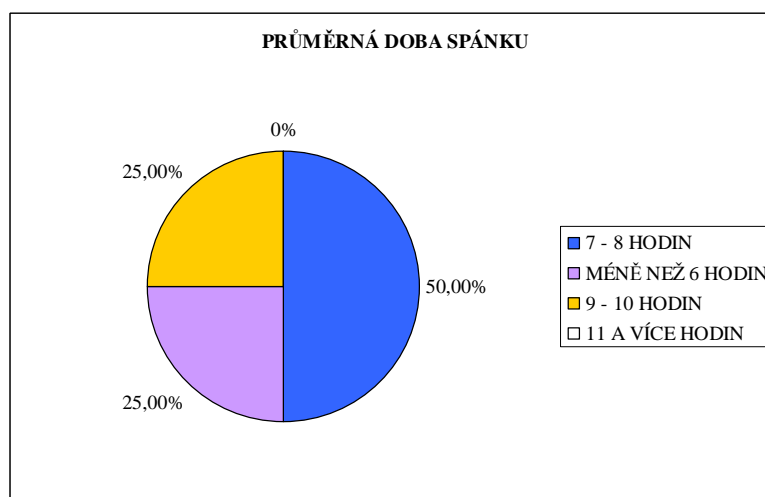
Z grafu 7 jsem se dozvěděla, že 85,70 % dotazovaných (6 žen) kávu ve večerních hodinách již nepije, jen jedna dotazovaná, tedy 14,30 %, pije kávu večer a žádný vliv na spánek nepozoruje.

Otázka č. 10 KOLIK HODIN PRŮMĚRNĚ PROSPÍTE BĚHEM DNE I NOCI?

Tabulka 7. Průměrná doba spánku

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
méně než 6 hodin	2	25,00
7 - 8 hodin	4	50,00
9 - 10 hodin	2	25,00
11 a více hodin	0	0,00
celkem	8	100,00

Graf 8. Průměrná doba spánku



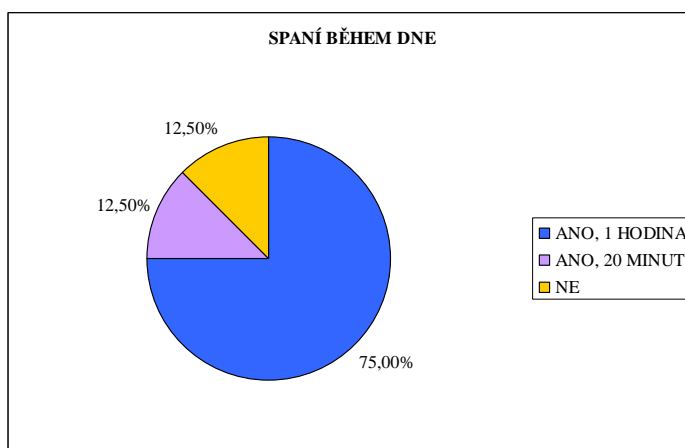
Polovina dotazovaných, tedy 4 osoby, spí průměrně 7 – 8 hodin za den i noc. Méně než 6 hodin spí 25,00 % osob a 9 – 10 hodin spí také 25,00 % osob. Nikdo nespí více jak 11 hodin.

Otázka č. 11 SPÍTE I BĚHEM DNE? POKUD ANO, TAK JAK DLOUHO?

Tabulka 8. Spaní během dne

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano 20 minut	1	12,50
ano 1 hodina	6	75,00
ne	1	12,50
celkem	8	100,00

Graf 9. Spaní během dne



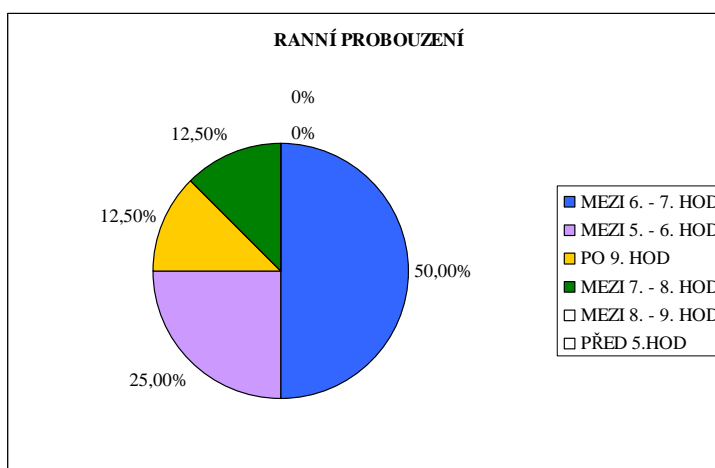
Z grafu 9 můžeme vyčíst, že 75,00 % seniorek spí přes den kolem 1 hodiny. Jedna seniorka (12,50 %) spí průměrně 20 minut v průběhu dne a jedna (12,50 %) nespí přes den vůbec.

Otázka č. 12 V KOLIK HODIN SE RÁNO OBVYKLE PROBOUZÍTE?

Tabulka 9. Ranní probouzení

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
před 5.hodinou	0	0,00
mezi 5. - 6. hodinou	2	25,00
mezi 6. - 7. hodinou	4	50,00
mezi 7. - 8. hodinou	1	12,50
mezi 8. - 9. hodinou	0	0,00
po 9. hodině	1	12,50
celkem	8	100,00

Graf 10. Ranní probouzení



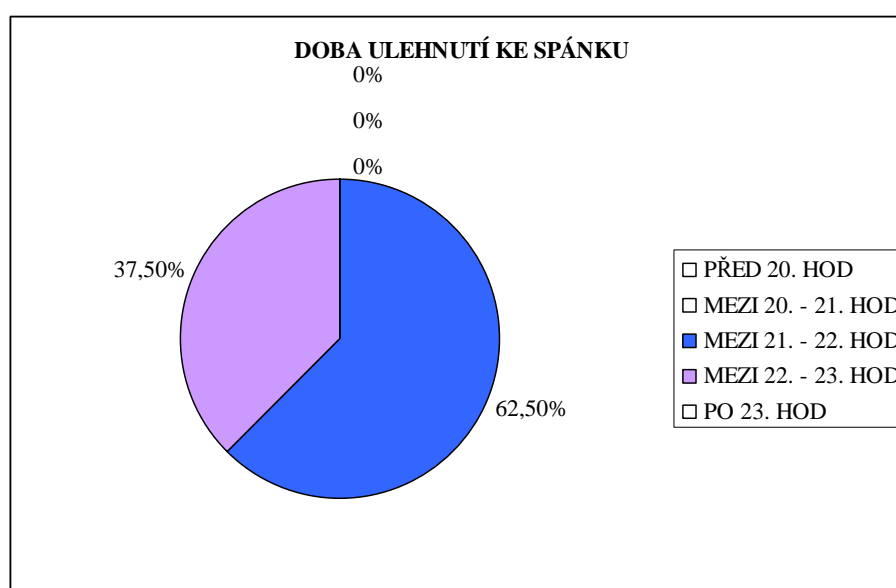
Žádná z dotazovaných se neprobouzí před 5. hodinou ranní, ani mezi 8. – 9. hodinou. Čtyři dotazované (50,00 %) se probouzejí mezi šestou a sedmou hodinou ranní, dvě (25,00 %) mezi pátou a šestou hodinou, jedna (12,50 %) se budí mezi sedmou a osmou hodinou a poslední z osmi dotazovaných (12,50 %) se budí až po deváté hodině.

Otázka č. 13 V KOLIK HODIN CHODÍTE SPÁT?

Tabulka 10. Doba ulehnutí ke spánku

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
před 20. hodinou	0	0,00
mezi 20. - 21. hodinou	0	0,00
mezi 21. - 22. hodinou	5	62,50
mezi 22. - 23. hodinou	3	37,50
po 23. hodině	0	0,00
Celkem	8	100,00

Graf 11. Doba ulehnutí ke spánku



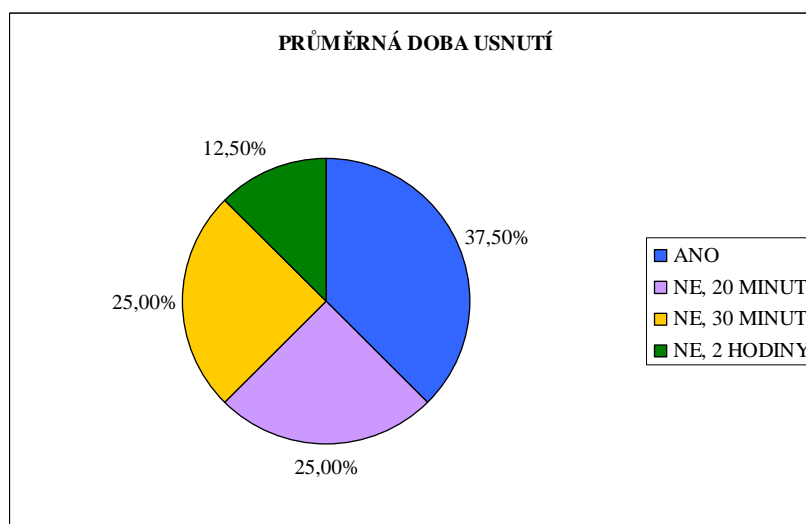
Z grafu 11 vyplývá, že nikdo nechodí spát před 20. hodinou ani mezi 20. až 21. hodinou. Mezi 21. až 22. hodinou chodí spát 62,50 % dotazovaných (5 osob) a 37,50 % (3 osoby) chodí spát mezi a 22. až 23. hodinou. Nikdo nechodí spát po 23. hodině.

Otázka č.14 USÍNÁTE OKAMŽITĚ? POKUD NE, TAK ZA JAK DLOUHOU DOBU PRŮMĚRNĚ USNETE?

Tabulka 11. Průměrná doba usnutí

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	3	37,50
ne 20 min	2	25,00
ne 30 min	2	25,00
ne 2 hodiny	1	12,50
celkem	8	100,00

Graf 12. Průměrná doba usnutí



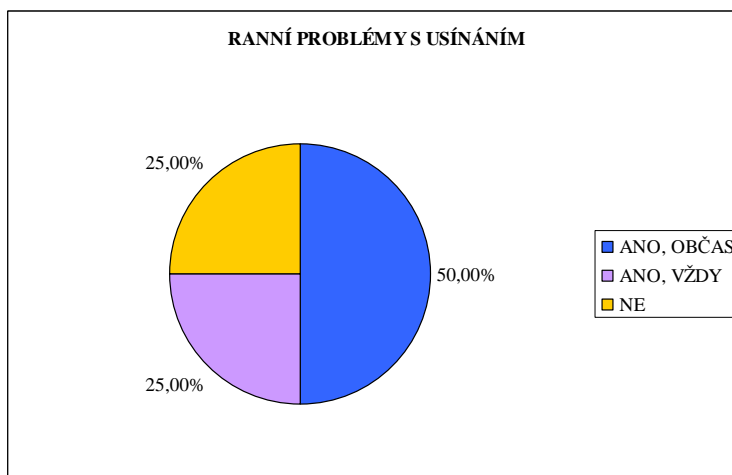
Z grafu 12 vyčteme, že 37,5 % dotazovaných (3 seniorky) usíná okamžitě. Zhruba za dvacet minut od ulehnutí usne 25,00 % (2 seniorky), za půl hodiny usne také 25,00 % (2 seniorky) a jedna (12,50 %) usne v průměru až za dvě hodiny od ulehnutí do postele.

Otázka č. 15 DĚLÁ VÁM PROBLÉM ZNOVU USNOUT, KDYŽ SE PROBUDÍTE BRZO RÁNO?

Tabulka 12. Ranní problémy s usínáním

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano, vždy	2	25,00
ano, občas	4	50,00
ne	2	25,00
celkem	8	100,00

Graf 13. Ranní problémy s usínáním



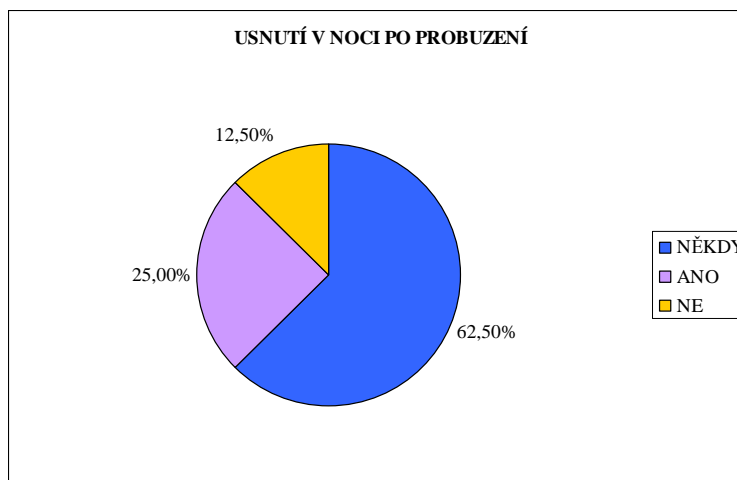
Občasné problémy s ranním usínáním má 50,00 % seniorek, 25,00 % má pokaždé když se brzy probudí problém znovu usnout a zbývajících 25,00 % s tím nemá žádný problém.

Otázka č. 16 KDYŽ VÁS POZDĚ V NOCI NĚCO PROBUDÍ, MÁTE PROBLÉMY ZNOVU USNOUT?

Tabulka 13. Usnutí v noci po probuzení

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	2	25,00
někdy	5	62,50
ne	1	12,50
celkem	8	100,00

Graf 14. Usnutí v noci po probuzení



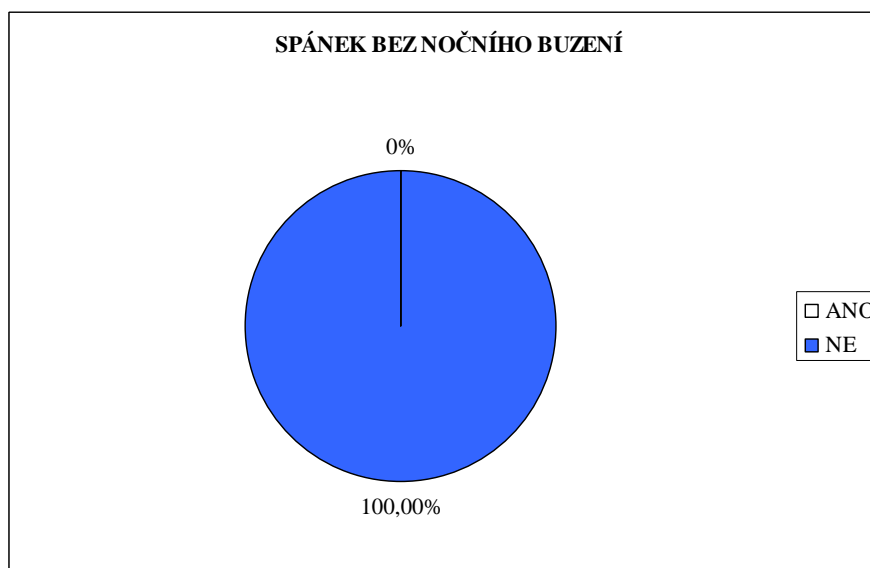
Graf 14 popisuje, že 5 senierek (62,50 %) má občasné problémy usnout v noci, když je něco probudí. Dvě seniorky (25,00 %) mají s tímto problémem pokaždé a jedna (12,50 %) s tím nemá žádný problém.

Otázka č.17 SPÍTE V NOCI BEZ PROBUZENÍ?

Tabulka 14. Spánek bez nočního buzení

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	0	0,00
ne	8	100,00
Celkem	8	100,00

Graf 15. Spánek bez nočního buzení



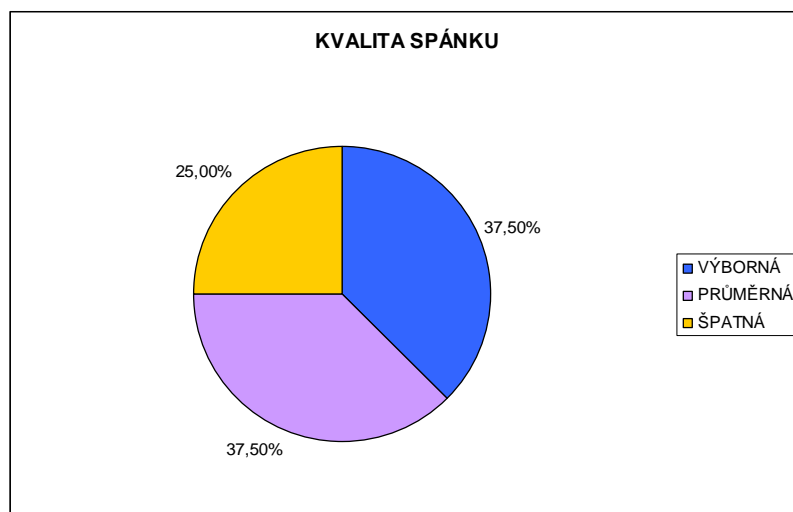
Graf 15 udává, že všechny z dotazovaných senierek (100,00 %) se během nočního spánku budí.

Otázka č. 18 JAKÁ JE VAŠE KVALITA SPÁNKU?

Tabulka 15. Kvalita spánku

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
výborná	3	37,50
průměrná	3	37,50
špatná	2	25,00
celkem	8	100,00

Graf 16. Kvalita spánku



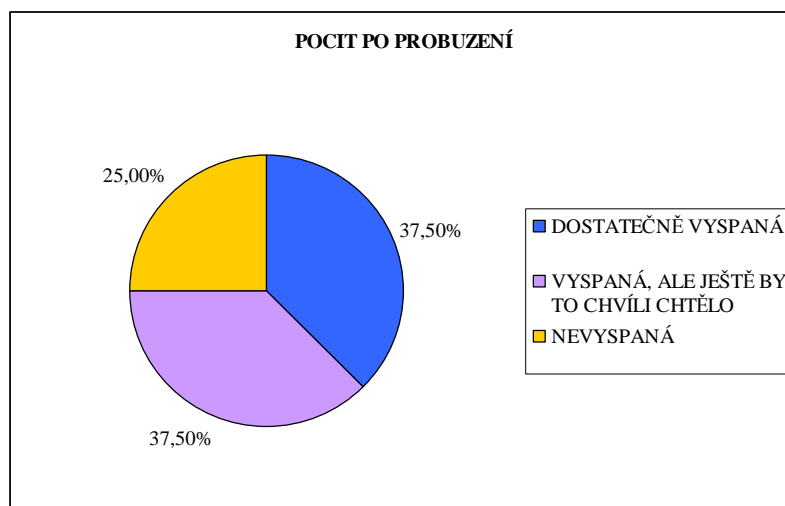
Z výzkumného šetření vyplývá, že 3 seniorky (37,50 %) mají výbornou kvalitu spánku, další 3 (37,50 %) mají průměrnou kvalitu spánku a zbývající 2 (25,00 %) mají kvalitu spánku špatnou.

Otázka č. 19 JAKÝ MÁTE POCIT PO PROBUZENÍ?

Tabulka 16. Pocit po probuzení

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
dostatečně vyspaná	3	37,50
vyspaná, ale ještě by to chvíli chtělo	3	37,50
nevyspaná	2	25,00
celkem	8	100,00

Graf 17. Pocit po probuzení



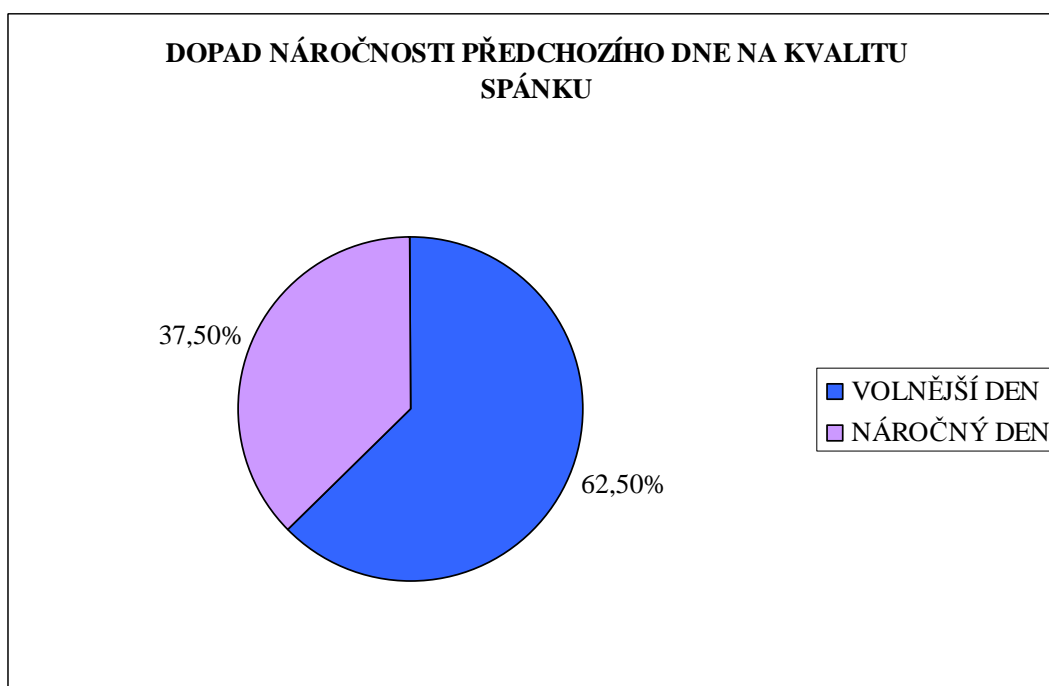
Tři seniorky (37,50 %) se po probuzení cítí dostatečně vyspané, další tři (37,50 %) se probouzí vyspané, ale ještě by chvíli potřebovali. A dvě (25,00 %) se probouzí nevyspané.

Otázka č. 21 LÉPE SPÍTE PO:

Tabulka 17. Dopad náročnosti předchozího dne na kvalitu spánku

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
náročném dni	3	37,50
volnějším dni	5	62,50
celkem	8	100,00

Graf 18. Dopad náročnosti předchozího dne na kvalitu spánku



Z grafu 18 vyčteme, že 5 seniorek (62,50 %) spí lépe po volnějším dni a 3 seniorky (37,50 %) naopak po náročném dni.

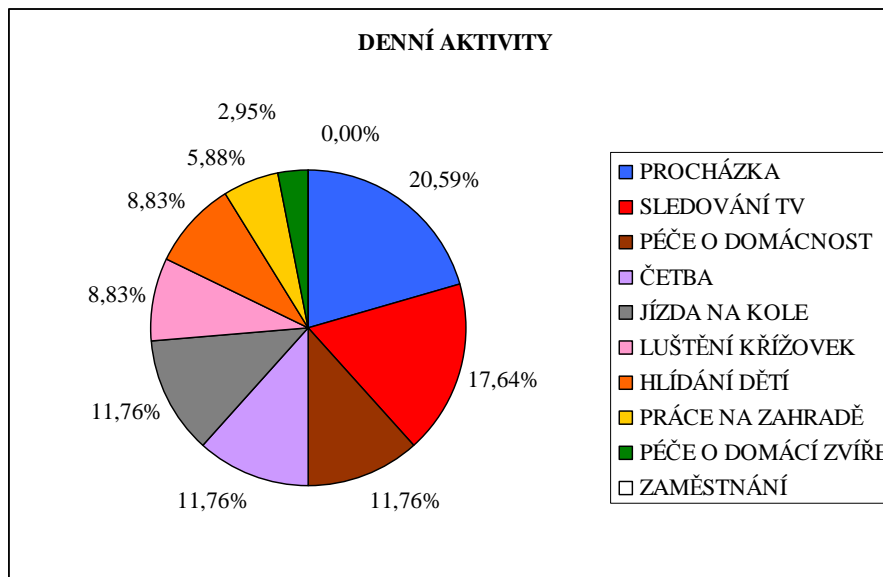
Otázka č. 22. KTERÉ DENNÍ AKTIVITY PROVOZUJETE?

Tabulka 18. Denní aktivity

Odpovědi	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
procházka	7	20,59
četba	4	11,76
luštění křížovek	3	8,83
sledování TV	6	17,64
práce na zahradě	2	5,88
hlídání dětí	3	8,83
péče o domácí zvíře	1	2,95
zaměstnání	0	0,00
jízda na kole	4	11,76
péče o domácnost	4	11,76
celkem	34	100,00

Jízda na kole a péče o domácnost je v dotazníku jako možnost za i. další.

Graf 19. Denní aktivity



Tabulka 19. Denní aktivity - procházka

procházka	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	7	87,50
ne	1	12,50
celkem	8	100,00

Tabulka 20. Denní aktivity – četba

četba	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	4	50,00
ne	4	50,00
celkem	8	100,00

Tabulka 21. Denní aktivity – luštění křížovek

luštění křížovek	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	3	37,50
ne	5	62,50
celkem	8	100,00

Tabulka 22. Denní aktivity – sledování TV

sledování TV	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	6	75,00
ne	2	25,00
celkem	8	100,00

Tabulka 23. Denní aktivity – práce na zahradě

práce na zahradě	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	2	25,00
ne	6	75,00
celkem	8	100,00

Tabulka 24. Denní aktivity – hlídání dětí

hlídání dětí	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	3	37,50
ne	5	62,50
celkem	8	100,00

Tabulka 25. Denní aktivity – péče o domácí zvíře

péče o domácí zvíře	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	1	12,50
ne	7	87,50
celkem	8	100,00

Tabulka 26. Denní aktivity – jízda na kole

jízda na kole	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	4	50,00
ne	4	50,00
celkem	8	100,00

Tabulka 27. Denní aktivity – péče o domácnost

péče o domácnost	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	4	50,00
ne	4	50,00
celkem	8	100,00

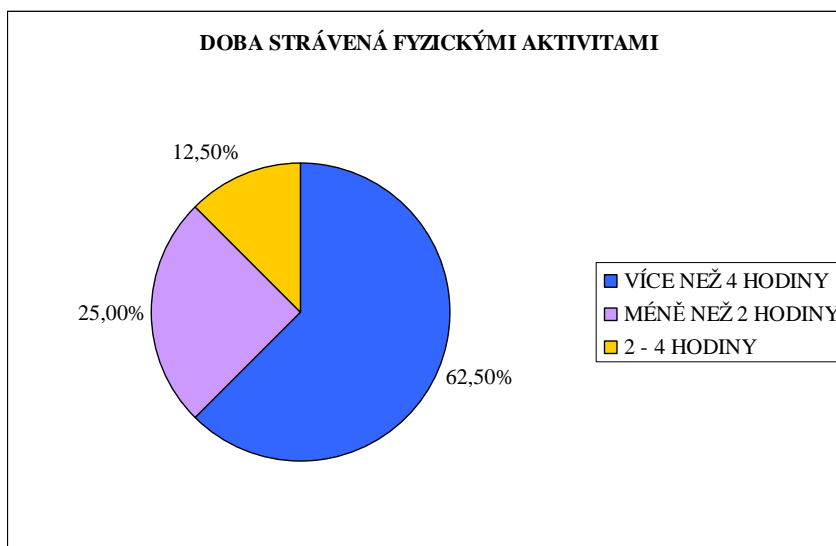
Z grafu 19 vyplývá, že nejčastější denní aktivitou dotazovaných je procházka (20,59 %). Druhou aktivitou je sledování televizních pořadů (17,64 %), třetí místo zabírá jízda na kole a péče o domácnost a četba (každá po 11,76 %), na čtvrtém místě se je luštění křížovek a hlídání dětí (po 8,83 %), v pátém pořadí se nachází práce na zahradě (5,88 %) a na posledním místě je to péče o domácí zvíře (2,95 %). Žádná ze senierek již nechodí do zaměstnání. Pokud rozdělíme každou aktivitu zvlášť, tak na procházku chodí 7 z dotazovaných (87,50 %), čtení knihy zaujímá 50,00 %, křížovky luští 3 osoby (37,50 %), televizi sleduje 6 osob (75,00 %), na zahradě pracuje jen 25,00 % z dotazovaných, 3 seniorky (37,50 %) chodí hlídat děti, 1 osoba (12,50 %) se stará o domácí zvíře, na kole jezdí 4 z dotazovaných (50,00 %) a o svou domácnost se stará také 50,00 % z dotazovaných.

Otázka č. 23 KOLIK HODIN PRŮMĚRNĚ ZA DEN STRÁVÍTE FYZICKÝMI AKTIVITAMI?

Tabulka 28. Doba strávená fyzickými aktivitami

odpověď	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
méně než 2 hodiny	2	25,00
2 - 4 hodiny	1	12,50
více než 4 hodiny	5	62,50
celkem	8	100,00

Graf 20. Doba strávená fyzickými aktivitami



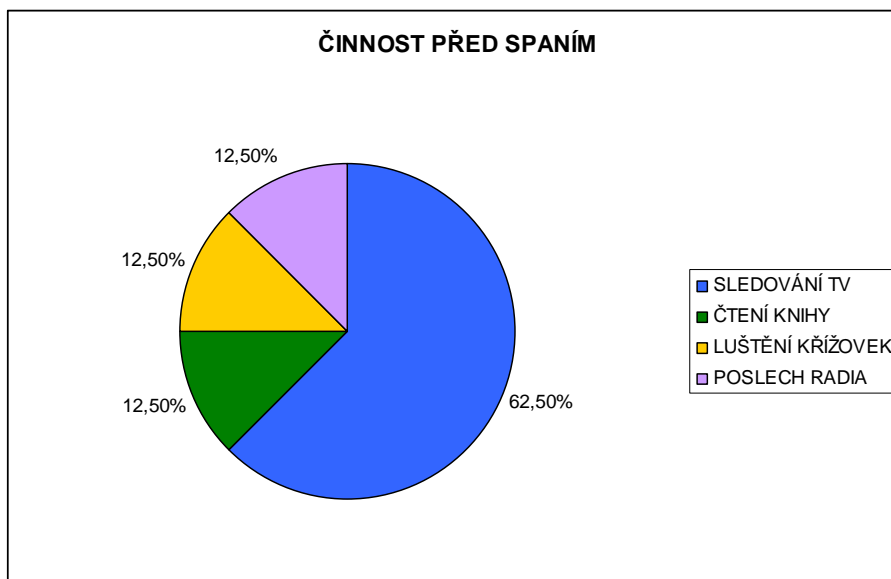
Z grafu 20 vyčteme, že 5 seniorek (62,50 %) stráví více než 4 hodiny fyzickou aktivitou. Dvě seniorky (25,00 %) stráví fyzickými aktivitami méně než 2 hodiny denně a jedna (12,50 %) 2 až 4 hodiny denně.

Otázka č. 24 KTEROU ČINNOST PROVOZUJETE NEJČASTĚJI PŘED SPANÍM?

Tabulka 29. Činnost před spaním

Odpověď	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
sledování TV	5	62,50
čtení knihy	1	12,50
luštění křížovek	1	12,50
poslech radia	1	12,50
celkem	8	100,00

Graf 21. Činnost před spaním

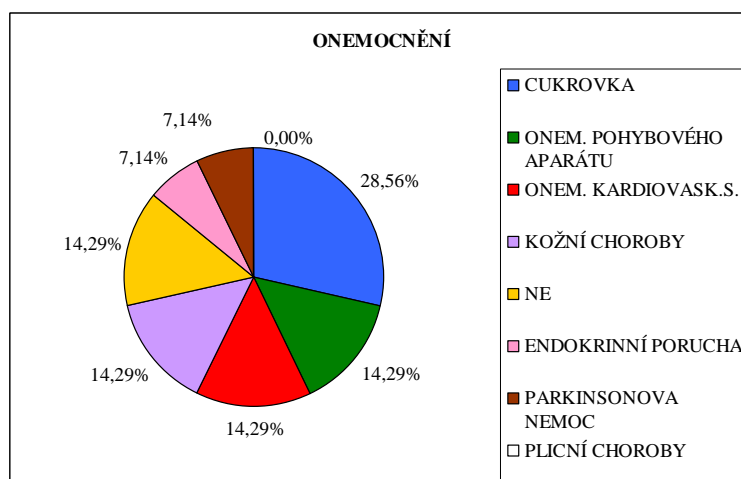


Největší počet seniorek 62,50 % sleduje před spaním televizi. Další tři činnosti (čtení knížky, luštění křížovek a poslech radia) mají po 12,50 %.

Otázka č.28 TRPÍTE NĚKTERÝM Z TĚCHTO ONEMOCNĚNÍ?

Tabulka 30. Onemocnění

Odpověď	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
kožní choroby	2	14,29
onemocnění pohybového aparátu	2	14,29
onemocnění kardiovaskulárního systému	2	14,29
plicní choroby	0	0,00
cukrovka	4	28,56
endokrinní porucha	1	7,14
Parkinsonova nemoc	1	7,14
ne	2	14,29
celkem	14	100,00

Graf 22. Onemocnění**Tabulka 31. Onemocnění – kožní choroby**

kožní choroby	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	2	25,00
ne	6	75,00
celkem	8	100,00

Tabulka 32. Onemocnění – pohybový aparát

onemocnění pohybového aparátu	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	2	25,00
ne	6	75,00
celkem	8	100,00

Tabulka 33. Onemocnění – kardiovaskulární systém

onemocnění kardiovaskulárního systému	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	2	25,00
ne	6	75,00
celkem	8	100,00

Tabulka 34. Onemocnění – cukrovka

cukrovka	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	4	50,00
ne	4	50,00
celkem	8	100,00

Tabulka 35. Onemocnění – Parkinsonova choroba

Parkinsonova nemoc	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	1	12,50
ne	7	87,50
celkem	8	100,00

Tabulka 36. Onemocnění – endokrinní porucha

endokrinní porucha	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	1	12,50
ne	7	87,50
celkem	8	100,00

Tabulka 37. Onemocnění – žádná nemoc

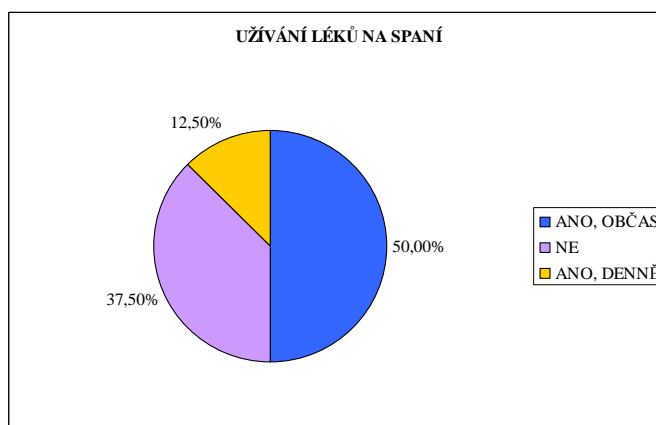
žádná nemoc	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano	2	25,00
ne	6	75,00
celkem	8	100,00

Z celkového výčtu onemocnění cukrovkou trpí 28,56 % seniorek, po 14,29 % je to onemocnění pohybového aparátu a kardiovaskulárního systému, kožní choroby a žádná nemoc. Endokrinní poruchu má 7,14 % a Parkinsonovu nemoc 7,14 %. Z hlediska samotných onemocnění kožní chorobou trpí 2 seniorky (25,00 %), onemocněním pohybového aparátu 2 seniorky (25,00 %), stejně jako u kardiovaskulárního onemocnění (25,00 %). Na cukrovku se léčí 4 (50,00 %), Parkinsonova choroba se vyskytuje u jedné (12,50 %), endokrinní porucha také u jedné seniorky (12,50 %) a žádné onemocnění nemají 2 seniorky (25,00 %).

Otázka č. 29 UŽÍVÁTE NĚJAKÉ LÉKY NA SPANÍ?**Tabulka 38.** Užívání léků na spaní

Odpověď	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
ano, občas	4	50,00
ano, denně	1	12,50
ne	3	37,50
celkem	8	100,00

Graf 23. Užívání léků na spaní



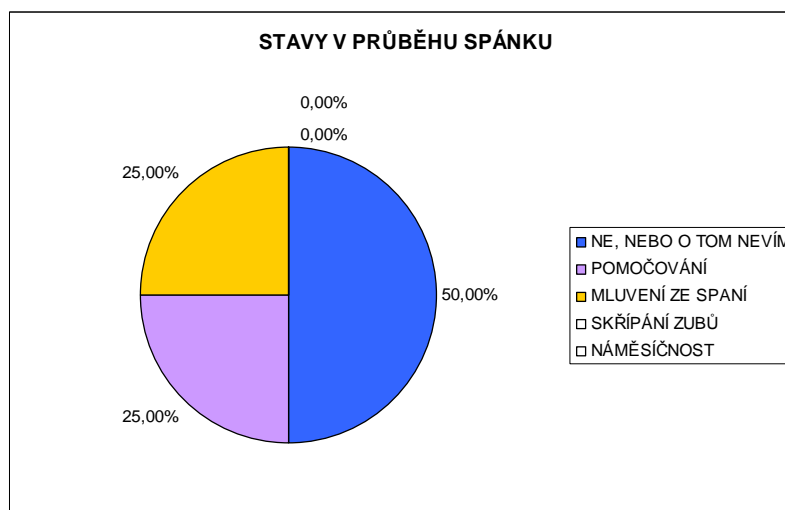
Graf 23 ukazuje, že 50,00 % seniorek (4 osoby) občas užívá léky na spaní. Žádné léky neužívá 37,50 % (3 osoby), denně užívá léky na spaní jen jedna (12,50 %).

Otázka č. 30 OBJEVUJÍ SE U VÁS NĚKTERÉ Z TĚCHTO STAVŮ V PRŮBĚHU SPÁNKU?

Tabulka 39. Stav v průběhu spánku

Odpověď	absolutní četnost (n)	relativní četnost (%)
náměšičnost	0	0,00
pomočování	2	25,00
mluvení ze spaní	2	25,00
skřípání zubů	0	0,00
ne, nebo o tom nevím	4	50,00
celkem	8	100,00

Graf 24. Stav v průběhu spánku



Polovina dotazovaných (4 osoby) netrpí žádným z uvedených stavů, nebo o tom neví. Pomočováním během spaní trpí 25,00 % (2 osoby) a mluvením ze spaní také 25,00 % (2 osoby). Náměsíčností či skřípáním zubů netrpí žádná z nich.

4.2 Testování hypotéz

Pro testování hypotéz byl vybrán test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Nulová hypotéza (označovaná H_0) je předpoklad, že mezi sledovanými jevy není vztah. Alternativní hypotéza (označovaná H_A) je předpoklad, že mezi sledovanými jevy vztah je. O přijetí nebo odmítnutí nulové hypotézy rozhodneme na základě testování nulové hypotézy. Hodnotu, kterou vypočítáme srovnáme s kritickou hodnotou, kterou vyhledáme ve statistických tabulkách. Příslušnou kritickou hodnotu hledáme vždy pro určitou hladinu významnosti a určitý počet stupňů volnosti (Chráška, 2007).

1. HYPOTÉZA

H_0 : Kvalita spánku u seniorů nezávisí na době strávené fyzickými aktivitami v průběhu dne.

H_A : Kvalita spánku u seniorů závisí na době strávené fyzickými aktivitami v průběhu dne.

Hypotézu vyhodnotíme na základě odpovědí na otázku č. 18 (Jaká je kvalita Vašeho spánku?) a otázku č.23 (Kolik hodin průměrně za den strávíte fyzickými aktivitami?). Získané hodnoty zaneseme do tabulky.

Tabulka 40. Vztah mezi délkou fyzické aktivity a kvalitou spánku

	výborná kvalita	průměrná kvalita	špatná kvalita
méně než 2 hodiny	0	0	2
2 – 4 hodiny	0	1	0
více než 4 hodiny	3	2	0

Nyní následuje tabulka k samotnému výpočtu. Čísla v závorkách představují očekávané četnosti.

Tabulka 41. Kontingenční tabulka

	P (O)	P (O)	P (O)	Σ
méně než 2 hodiny	0 (0,75)	0 (0,75)	2 (0,5)	2
2 – 4 hodiny	0 (0,38)	1 (0,38)	0 (0,25)	1
více než 4 hodiny	3 (1,88)	2 (1,88)	0 (1,25)	5
Σ	3	3	2	8

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát pro 4 stupňů volnosti: $\chi^2_{0,05}(4) = 9,483$. Protože $\chi^2 = 9,6$ je větší než $\chi^2_{0,05}(4) = 9,483$, zamítá se nulová hypotéza a přijímá se hypotéza alternativní. Kvalita spánku u seniorů závisí na době strávené fyzickými aktivitami v průběhu dne.

2. HYPOTÉZA

H_0 : Kvalita spánku se u seniorů se vzrůstajícím věkem nemění.

H_A : Kvalita spánku se u seniorů se vzrůstajícím věkem mění.

Tuto hypotézu vyhodnotíme na základě odpovědí na otázku č. 2 (Věk) a otázky č. 18 (Jaká je kvalita Vašeho spánku?). Získané hodnoty zaneseme do tabulky.

Tabulka 42. Vztah věku ku kvalitě spánku

	Výborná kvalita	Průměrná kvalita	Špatná kvalita
76 – 81 let	2	1	0
82 – 87 let	1	2	0
88 – 93 let	0	0	2

Tabulka 43. Kontingenční tabulka

	P (O)	P (O)	P (O)	Σ
76 – 81 let	2 (1,13)	1 (1,13)	0 (0,75)	3
82 – 87 let	1 (1,13)	2 (1,13)	0 (0,75)	3
88 – 93 let	0 (0,75)	0 (0,75)	2 (0,5)	2
Σ	3	3	2	8

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát pro 4 stupňů volnosti: $\chi^2_{0,05}(4) = 9,483$. Protože $\chi^2 = 8,89$ je menší než $\chi^2_{0,05}(4) = 9,483$, přijímá se nulová hypotéza. Kvalita spánku se u seniorů se vzrůstajícím věkem nemění.

Jelikož je námi vypočítaná hodnota $\chi^2 = 8,89$ oproti hodnotě kritické nijak výrazně menší, je možné, že při větším počtu respondentů by naopak došlo k potvrzení hypotézy alternativní, tedy že kvalita spánku se s věkem mění.

3. HYPOTÉZA

H_0 : Kvalita spánku u seniorů nezávisí na počtu onemocnění.

H_A : Kvalita spánku u seniorů závisí na počtu onemocnění.

Hypotézu vyhodnotíme na základě odpovědí na otázku č. 18 (Jaká je kvalita Vašeho spánku?) a otázku č. 28 (Trpíte některým z těchto onemocnění?). Odpovědi na otázku č. 28 jsme rozdělili do 3 intervalů – žádná nebo 1 nemoc, 2 – 3 nemoci, 4 a více nemocí. Získané hodnoty zaneseme do tabulky.

Tabulka 44. Vztah mezi počtem onemocnění a kvalitou spánku

	výborná kvalita	průměrná kvalita	špatná kvalita
žádná nebo 1 nemoc	2	3	0
2 – 3 nemoci	1	0	1
4 a více nemocí	0	0	1

Tabulka 45. Kontingenční tabulka

	P (O)	P (O)	P (O)	Σ
žádná nebo 1 nemoc	2 (1,88)	3 (1,88)	0 (1,25)	5
2 – 3 nemoci	1 (0,75)	0 (0,75)	1 (0,5)	2
4 a více nemocí	0 (0,38)	0 (0,38)	1 (0,25)	1
Σ	3	3	2	8

Kritická hodnota testového kritéria chí-kvadrát pro 4 stupňů volnosti: $\chi^2_{0,05}(4) = 9,483$. Protože $\chi^2 = 6,27$ je menší než $\chi^2_{0,05}(4) = 9,483$, přijímá se nulová hypotéza. Kvalita spánku u seniorů nezávisí na počtu právě probíhajících onemocnění.

4.3 Diskuze

Dotazníkové šetření bylo provedeno u seniorů žijících v Domě pro seniory v Bohuňovicích. Jednalo se pouze o ženy.

Seniorky odpovídaly, jak cítí svou kvalitu spánku. Bylo zjištěno, že tři seniorky (37,5 %) mají výbornou kvalitu spánku. U dalších tří je to průměrná kvalita spánku a u zbývajících dvou seniorek (25%) jde o kvalitu špatnou. Další otázkou bylo, jaký mají pocit po probuzení, jestli se cítí spánkem osvěžené či nikoliv. Tři seniorky (37,5 %) se cítí dostatečně vyspané, další tři (37,5 %) jsou sice vyspané, ale ještě by chvíli potřebovali spát a poslední dvě (25%) se probouzí nevyspané.

Dále bylo zjišťováno, jaká je délka jejich spánku, v kolik hodin chodí spát a kdy vstávají. Podle Borzové (2009) se spánek u starších jedinců posouvá do nočních hodin, bývá většinou kratší a dotyčný se probouzí již brzy ráno. Nejvíce seniorek (50%) spí v průměru 7 až 8 hodin denně (včetně zdřímnutí si ve dne). Pět seniorek (62,5 %) uléhá ke spánku mezi devátou a desátou hodinou večerní, a zbývajících chodí spát mezi 22. – 23. hodinou. Dvě seniorky (25 %) se budí mezi pátou a šestou hodinou, čtyři seniorky (50 %) mezi šestou a sedmou hodinou a zbývajících v pozdějších hodinách.

Prvním cílem bylo určit, zda má fyzická aktivita vliv na kvalitu spánku. Jak uvádí Trachtová (2001) tělesná aktivita má pozitivní vliv na průběh spánku i jeho kvalitu. Ale nejenom na spánek ale i na uvolnění psychického zatížení, a také zlepšuje celkový zdravotní stav. V dotaznících byla otázka, kolik hodin denně stráví klientky domova fyzickou aktivitou. Celkem pět seniorek (62,5 %) je fyzicky aktivních více jak čtyři hodiny denně, jedna seniorka (12,5 %) provozuje aktivní činnost v rozmezí dvou až čtyř hodin za den a u zbývajících dvou seniorek (25 %) je to méně než dvě hodiny denně. Mezi fyzické aktivity byly zařazeny procházka, práce na zahradě, hlídání dětí, jízda na kole i péče o domácnost. Byla potvrzena alternativní hypotéza.

Dalším cílem bylo zjistit, zda věk ovlivňuje kvalitu spánku u seniorek v Bohuňovicích. Věkové rozmezí bylo rozděleno do tří skupin a to od 76 do 81 let, kam patří tři seniorky (37,5 %), druhé rozmezí je od 82 do 87 let, sem se zařadili také tři seniorky (37,5 %) a poslední je od 88 do 93 let, kdy do této skupiny se řadí dvě seniorky (25 %). Koditková (2011) ve své diplomové práci uvedla, že věk je významným faktorem ovlivňující kvalitu spánku. Tuto teorii také statisticky potvrdila. V mé práci ale tato teorie nebyla potvrzena. Hodnota výpočtu se ale oproti hodnotě kritické moc nelišila, můžeme tedy předpokládat, že při vyšším počtu respondentů by se tato hypotéza potvrdila.

Třetím cílem bylo určit vliv počtu onemocnění na kvalitu spánku u seniorů. Borzová (2009) uvádí, že kvalitu spánku u seniorů ovlivňují onemocnění, která přibývají v důsledku zvyšujícího se věku. Nespavost se vyskytuje u řady onemocnění, jsou to nemoci kardiovaskulárního systému, plicní onemocnění, ekzémy i endokrinní nemoci a také jsou to stavy bolesti. (Anders, 2000). Klientky z Domu pro seniory v Bohuňovicích trpí nejvíce cukrovkou (28,56 %), dále onemocněním pohybového aparátu (14,29 %), kardiovaskulárními nemocemi (14,29 %) a nemocemi kůže (14,29 %). Endokrinní porucha se vyskytuje u 7,14 % a Parkinsonova choroba u 7,14 %. U 14,29 % se nevyskytuje žádné onemocnění, tedy dvě seniorky jsou zcela zdravé. Hypotéza, zda kvalita spánku u seniorů závisí na počtu onemocnění, nebyla potvrzena.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu spánku seniorů v Domě pro seniory v Bohuňovicích. Tento dům pro seniory je určen pouze ženám, maximální kapacita je osm osob. Jedná se tedy spíše o domov rodinného typu. Seniorky se nachází ve věkovém rozmezí 76 - 92 let. Dílčími úkoly bylo zjistit vliv fyzické aktivity, věku a počtu onemocnění na kvalitu spánku u těchto seniorů. Ke zpracování cílů byly použity tři hypotézy.

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí anonymních dotazníků a to osobně se šesti seniorkami, zbývající dvě dotazník vyplnili bez mé asistence. Návratnost dotazníků činila 100 %. Nevznikl žádný problém, všechny seniorky byly vstřícné a ochotné ke spolupráci.

Do dotazníku byly zařazeny otázky týkající se životního stylu seniorek a další otázky, které se týkali spánku jako je celková délka spánku, čas ranního probouzení a doba uléhání ke spánku, zda se v noci budí. Další, co bylo zjišťováno, byly denní aktivity a průměrná doba fyzických aktivit za den, jaké činnosti provozují před spaním, jestli užívají léky na spaní a také otázka týkající se počtu a druhů onemocnění.

Jak bylo zjištěno z dotazníků, tak kvalita spánku seniorek žijících v Domě pro seniory v Bohuňovicích je z větší části výborná či průměrná, pouze dvě seniorky popsaly svůj spánek jako špatný.

Pro určení hypotéz byl použit test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Ale vzhledem k nízkému počtu zkoumaných respondentů nelze přikládat hypotézám globální váhu, jsou směrodatné pouze u malého vzorku a to 8 seniorek z Domu pro seniory v Bohuňovicích.

První hypotéza se týká vlivu fyzických aktivit na kvalitu spánku u seniorů. Kde byla prokázána závislost kvality spánku na rostoucí době strávené fyzickými aktivitami v průběhu dne.

Druhá hypotéza předpokládala vztah mezi vzrůstajícím věkem a kvalitou spánku. Tato domněnka nebyla potvrzena. Ale, jelikož se zjištěná hodnota vůči kritické hodnotě nijak výrazně nelišila, můžeme předpokládat, že při vyšším počtu respondentů by se tato hypotéza potvrdila.

V literatuře se můžeme dozvědět, že onemocnění vyskytující se u seniorů, negativně ovlivňují kvalitu spánku. Ale to třetí hypotéza nepotvrdila.

SOUHRN

Tématem bakalářské práce je kvalita spánku seniorů žijících v Domě pro seniory v Bohuňovicích. Cílem bylo zjistit, jestli má věk, fyzická aktivita a počet onemocnění vliv na kvalitu jejich spánku.

Teoretická část podává celkové informace o spánku, klasifikuje poruchy spánku, popisuje nespavost a způsoby její léčby, charakterizuje stáří a stárnutí, spánek ve stáří, choroby ve stáří ovlivňující spánek, pohybovou aktivitu a krátce popisuje domovy pro seniory.

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí anonymních dotazníků, které byly poté vyhodnoceny v části výsledky. Ze tří hypotéz se potvrdila pouze jedna a to, že pohybová aktivita má významný vliv na spánek u zkoumaných seniorů. Vliv věku a počtu nemocí se na zkoumaném vzorku nepodařilo potvrdit.

SUMMARY

The theme of this bachelor's thesis is sleep quality of seniors living in the Rest home in Bohuňovice. The objective was to determine if the age, physical activity and number of diseases have that affect the quality of their sleep.

The theoretical section provides comprehensive information about sleep, classifies sleep disorders, insomnia, and describes ways to treat, characterized by old age and aging, sleep in old age, disease, old age affecting sleep, physical activity and briefly describes the rest home for seniors.

The survey was conducted using anonymous questionnaires, which were then evaluated in the results. Of the three hypotheses are confirmed only one and that physical activity has a significant effect on sleep of seniors surveyed. Influence of age and disease on the research sample could be confirmed.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ANDERS, M. 2000. *Nespavost*. Praha: Jan Vašut. 32 s. ISBN 80-7236-181-3
2. BORZOVÁ, C. a kol. 2009. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Grada Publishing. 141 s. ISBN 978-80-247-2978-7
3. DESSAINT, M.-P. 1999. *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál, 231 s. ISBN 80-7178-255-6
4. HAŠKOVCOVÁ, H. 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. 407 s. ISBN 80-7038-158-2
5. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4
6. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. 202 s. ISBN 80-247-0179-0
7. MACHOVÁ, J. 2008. *Biologie člověka pro učitele*. Praha: UK, Karolinum. 269 s. ISBN 978-80-7184-867-7
8. MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
9. NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA, K. 1997. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Maxdorf. 256 s. ISBN 80-85800-37-3
10. OBENBERGER, J., SEIDL, Z. 2004. *Neurologie pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing. 363 s. ISBN 80-247-0623-7
11. PRAŠKO, J. et al. 2004. *Nespavost (zvládání nespavosti)*. Praha: Portál s.r.o. 104 s. ISBN 80-7178-919-4
12. PRETL, M., ŠONKA, K. 2009. *Nespavost*. Praha: Maxdorf. 109 s. ISBN 978-80-7345-203-2
13. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6
14. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. 1995. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada. 299 s. ISBN 80-7169-099-6
15. TRACHTOVÁ, E. a kol. 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 186 s. ISBN 80-7013-324-8
16. WEISSOVÁ, V. 1972. *Choroby ve stáří a pečovatelská služba*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČSR. 301 s.

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. Dobry-spanek.cz. [on-line]. [cit. 2012-02-17]. *Kognitivně-behaviorální terapie*. Dostupné z WWW: <<http://www.dobry-spanek.cz/kognitivne-behavioralni-terapie>>.
2. Dobry-spanek.cz. [on-line]. [cit. 2012-02-17]. *NREM fáze spánku*. Dostupné z WWW: <<http://www.dobry-spanek.cz/nrem-faze-spanku>>.
3. Dobry-spanek.cz. [on-line]. [cit. 2012-02-17]. *REM fáze spánku*. Dostupné z WWW: <<http://www.dobry-spanek.cz/rem-faze-spanku>>.
4. Dobry-spanek.cz. [on-line]. [cit. 2012-02-17]. *Věk*. Dostupné z WWW: <<http://www.dobry-spanek.cz/vek>>.
5. ILLNEROVÁ, Helena. Vesmir.cz [on-line]. 1996-05. [cit. 2012-02-28]. *Melatonin a jeho působení*. Dostupné z WWW: <<http://vesmir.cz/clanek/melatonin-a-jeho-pusobeni>>.
6. KODITKOVÁ, I. *Kvalita spánku a seniorský věk*. Brno: Masarykova Univerzita. Katedra ošetřovatelství, 2011. 115 s. 8 s. příloh. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/10711/lf_m/Kvalita_spanku_a_seniorsky_vek_-_Koditkova_Ilona.pdf>.
7. METYŠ, Karel. *Penzista.net* [on-line]. 2011-05-10. [cit. 2012-02-17]. *Proč je pro nás důležitý spánek*. Dostupné z WWW: <<http://www.penzista.net/zdravi/spanek/220-pro-je-pro-nas-dleity-spanek>>.
8. METYŠ, Karel. *Penzista.net* [on-line]. 2011-05-10. [cit. 2012-02-17]. *Pohybové aktivity u seniorů*. Dostupné z WWW: <<http://www.penzista.net/zdravi/pohybove-aktivity/233-pohybove-aktivity-u-senior>>.
9. National Institutes of Health. [on-line]. [cit. 2012-02-29]. *Information about sleep*. Dostupné z WWW: <<http://science.education.nih.gov/supplements/nih3/sleep/guide/info-sleep.htm>>

PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Seznam tabulek

Příloha 3 Seznam grafů

Příloha 4 Seznam obrázků

Příloha 5 Seznam zkratk

PŘÍLOHA 1 DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, oboru Environmentální výchova se zaměřením na vzdělávání a Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání. Ráda bych Vás požádala o spolupráci při realizování mé bakalářské práce na téma Kvalita spánku seniorů a to vyplněním tohoto dotazníku, ze kterého budu čerpat informace. Vaše údaje jsou anonymní a budou použity pouze pro potřebu mé bakalářské práce. Dotazník prosím vyplňujte pravdivě a zvolené odpovědi zakroužkujte.

Děkuji Vám za ochotu a spolupráci

Třeštíková Kateřina, 3.ročník

1. Pohlaví:

- a. žena
- b. muž

2. Věk:

- a. 76 – 81 let
- b. 82 – 87 let
- c. 88 – 93 let

3. Jak dlouho žijete v domě pro seniory?

- a. méně než 1 rok
- b. 1-2 roky
- c. 3-4 roky
- d. více než 5 let

4. Kouříte?

- a. ano
- b. ne
- c. příležitostně

5. Požíváte alkohol?

- a. ano
- b. ne
- c. příležitostně

6. Pijete kávu?

- a. ano
- b. ne

7. Má požití kávy ve večerních hodinách nějaký účinek na Váš spánek?

- a. ano, nemůžu spát
- b. ano, lépe spím
- c. nemá
- d. tak pozdě už kávu nepiji

8. Spánek považujete za:

- a. způsob získání nové energie
- b. způsob jak přečkat noc
- c. zahnání nudy
- d. důležitý prvek v životě

9. Máte pocit, že se vzrůstajícím věkem, se mění Vaše potřeby spánku? Pokud ano, tak jak?

- a. ano, _____
- b. ne

10. Kolik hodin průměrně prospíte během dne i noci?

- a. méně než 6 hodin
- b. 7-8 hodin
- c. 9-10 hodin
- d. 11-12 hodin
- e. více než 12 hodin

11. Spíte i během dne? Pokud ano, tak jak dlouho?

- a. ano, _____
- b. ne

12. V kolik hodin se ráno obvykle probouzíte?

- a. před 5. hodinou
- b. mezi 5.-6. hodinou
- c. mezi 6.-7. hodinou
- d. mezi 7.-8. hodinou
- e. mezi 8.-9. hodinou
- f. po 9. hodině

13. V kolik hodin chodíte spát?

- a. před 20. hodinou
- b. mezi 20.-21. hodinou
- c. mezi 21.-22. hodinou
- d. mezi 22.-23. hodinou
- e. po 23. hodině

14. Usínáte okamžitě? Pokud ne, tak za jak dlouhou dobu průměrně usnete?

- a. ano
- b. ne, _____

15. Dělá Vám problém znovu usnout, když se probudíte brzo ráno?

- a. ano, vždy
- b. ano, občas
- c. ne

16. Když Vás pozdě v noci něco probudí, máte problémy znovu usnout?

- a. ano
- b. někdy
- c. ne

17. Spíte v noci bez probouzení?

- a. ano
- b. ne

18. Jaká je Vaše kvalita spánku?

- a. výborná
- b. průměrná
- c. špatná

19. Jaký máte pocit po probuzení?

- a. dostatečně vyspaná/ý
- b. vyspaná/ý, ale ještě by to chvíli chtělo
- c. nevyspaná/ý

20. Dříve, např. před deseti lety, jste spával/a:

- a. lépe a delší dobu
- b. lépe a kratší dobu
- c. hůře a delší dobu
- d. hůře a kratší dobu
- e. stejně

21. Lépe spíte po:

- a. náročném dni
- b. volnějším dni

22. Které denní aktivity provozujete?

- a. procházka
- b. četba
- c. luštění křížovek
- d. sledování televizních pořadů
- e. práce na zahradě
- f. hlídání dětí
- g. péče o domácí zvíře
- h. zaměstnání
- i. další _____

23. Kolik hodin průměrně za den strávíte fyzickými aktivitami?

- a. méně než 2 hodiny
- b. 2 – 4 hodiny
- c. více než 4 hodiny

24. Kterou činnost provozujete nejčastěji před spaním:

- a. sledování TV
- b. čtení knihy
- c. luštění křížovek
- d. další _____

25. Zdávatí se Vám sny?

- a. ano, často
- b. ano, ale málo

c. ne

26. Pamatujete si dobře obsah snů, jestliže se Vám zdávají?

- a. ano, pamatuji
- b. ano, ale jen útržkovitě
- c. nepamatuji si obsah, jen o snu vím

27. Míváte noční můry?

- a. ano, často
- b. ano, někdy
- c. ne

28. Trpíte některým z těchto onemocnění?

- a. kožní choroby (ekzémy)
- b. onemocnění pohybového aparátu
- c. onemocnění kardiovaskulárního systému
- d. plicní choroby
- e. cukrovka
- f. jiné _____
- g. ne

29. Užíváte nějaké léky na spaní?

- a. ano, občas
- b. ano, denně
- c. ne

30. Objevují se u Vás některé z těchto stavů v průběhu spánku?

- a. náměsíčnost
- b. pomočování
- c. mluvení ze spaní
- d. skřípání zubů
- e. ne, nebo o tom nevím

PŘÍLOHA 2 SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1. Věk respondentů
- Tabulka 2. Délka pobytu v domě pro seniory
- Tabulka 3. Kouření
- Tabulka 4. Požívání alkoholu
- Tabulka 5. Pití kávy
- Tabulka 6. Pití kávy ve večerních hodinách
- Tabulka 7. Průměrná doba spánku
- Tabulka 8. Spaní během dne
- Tabulka 9. Ranní probouzení
- Tabulka 10. Doba ulehnutí ke spánku
- Tabulka 11. Průměrná doba usnutí
- Tabulka 12. Ranní problémy s usínáním
- Tabulka 13. Usnutí v noci po probuzení
- Tabulka 14. Spánek bez nočního buzení
- Tabulka 15. Kvalita spánku
- Tabulka 16. Pocit po probuzení
- Tabulka 17. Náročnost dne
- Tabulka 18. Denní aktivity
- Tabulka 19. Denní aktivity - procházka
- Tabulka 20. Denní aktivity – četba
- Tabulka 21. Denní aktivity – luštění křížovek
- Tabulka 22. Denní aktivity – sledování TV
- Tabulka 23. Denní aktivity – práce na zahradě
- Tabulka 24. Denní aktivity – hlídání dětí
- Tabulka 25. Denní aktivity – péče o domácí zvíře
- Tabulka 26. Denní aktivity – jízda na kole
- Tabulka 27. Denní aktivity – péče o domácnost
- Tabulka 28. Doba strávená fyzickými aktivitami
- Tabulka 29. Činnost před spaním
- Tabulka 30. Onemocnění
- Tabulka 31. Onemocnění – kožní choroby
- Tabulka 32. Onemocnění – pohybový aparát

- Tabulka 33. Onemocnění – kardiovaskulární systém
- Tabulka 34. Onemocnění – cukrovka
- Tabulka 35. Onemocnění – Parkinsonova choroba
- Tabulka 36. Onemocnění – endokrinní porucha
- Tabulka 37. Onemocnění – žádná nemoc
- Tabulka 38. Užívání léků na spaní
- Tabulka 39. Stav v průběhu spánku
- Tabulka 40. Vztah mezi délkou fyzické aktivity a kvalitou spánku
- Tabulka 41. Kontingenční tabulka
- Tabulka 42. Vztah věku ku kvalitě spánku
- Tabulka 43. Kontingenční tabulka
- Tabulka 44. Vztah mezi počtem onemocnění a kvalitou spánku
- Tabulka 45. Kontingenční tabulka

PŘÍLOHA 3 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Hodnoty melatoninu v krvi v noci v závislosti na věku

Graf 2. Věk respondentů

Graf 3. Délka pobytu v domě pro seniory

Graf 4. Kouření

Graf 5. Požívání alkoholu

Graf 6. Pití kávy

Graf 7. Pití kávy ve večerních hodinách

Graf 8. Průměrná doba spánku

Graf 9. Spaní během dne

Graf 10. Ranní probouzení

Graf 11. Doba ulehnutí ke spánku

Graf 12. Průměrná doba usnutí

Graf 13. Ranní problémy s usínáním

Graf 14. Usnutí v noci po probuzení

Graf 15. Spánek bez nočního buzení

Graf 16. Kvalita spánku

Graf 17. Pocit po probuzení

Graf 18. Náročnost dne

Graf 19. Denní aktivity

Graf 20. Doba strávená fyzickými aktivitami

Graf 21. Činnost před spaním

Graf 22. Onemocnění

Graf 23. Užívání léků na spaní

Graf 24. Stavy v průběhu spánku

PŘÍLOHA 4 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Umístění elektrod pro stanovení EEG, EOG a EMG

PŘÍLOHA 5 SEZNAM ZKRATEK

ČR	Česká republika
EEG	elektroencefalograf
EMG	elektromyograf
EOG	elektrookulograf
ICSD	International classification of sleep disorders, Mezinárodní klasifikace poruch spánku
např.	například
NREM	no rapid eye movements, bez rychlých očních pohybů
REM	rapid eye movemets, rychlé pohyby očí
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Kateřina Třeštková
Katedra:	Antropologie a zdravotvdy
Vedoucí práce:	MUDr. Kateřina Kikalová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Kvalita spánku seniorů v Domě pro seniory v Bohuňovicích
Název v angličtině:	Quality of sleep seniors in Rest home in Bohuňovice
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá problematikou kvality spánku u seniorů v Domě pro seniory v Bohuňovicích. Jejím cílem bylo zjistit vliv věku, počtu onemocnění a pohybové aktivity na kvalitu spánku. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí anonymních dotazníků, které byly vyhodnoceny v části výsledky.
Klíčová slova:	Senioři, pohybová aktivita, kvalita spánku, věk, počet nemocí
Anotace v angličtině:	Bachelor's thesis deals with the quality of sleep seniors in the Rest home in Bohuňovice. Its objectives were to determine the influence of age, number of illnesses and physical activity on quality of sleep. The research was conducted using anonymous questionnaires, which were evaluated in the results.
Klíčová slova v angličtině:	Seniors, physical activity, quality of sleep, age, number of diseases
Přílohy vázané v práci:	1. Dotazník 2. Seznam tabulek 3. Seznam grafů 4. Seznam obrázků 5. Seznam zkratk
Rozsah práce:	65 stran
Jazyk práce:	český