

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Ludmila Chalupová

Profese jako rizikový faktor poruch spánku

Edukace pacienta s poruchou spánku

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Danuška Tomanová, CSc.

Olomouc 2013

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce:

Profese jako rizikový faktor poruch spánku. Edukace pacienta s poruchou spánku.

Název práce v AJ:

Profession as a risk factor of sleep disorders. Education of a patient with a sleep disorder.

Datum zadání: 2013-01-31

Datum odevzdání: 2013-06-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Chalupová Ludmila

Vedoucí práce: PhDr. Danuška Tomanová, CSc.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce se zabývá problematikou poruch spánku v souvislosti s výkonem profese. Klade si za cíl předložit publikované poznatky, které dokládají, zda negativní vliv profesního zařazení na lidský spánek existuje, kterých povolání se může týkat a jakým způsobem zasahuje současnou společnost. Zmiňuje se o diagnostice a léčbě poruch spánku. Součástí práce jsou také poznatky vztahující se k edukaci jedince trpícího poruchou spánku jako k jedné z významných možností v řešení těchto poruch. Informace byly dohledány v odborných knižních publikacích a databázích Bibliographia Medica Čechoslovaca, Academic Search Complete, ProQuest a Web of Science. Využity byly odborné články z recenzovaných periodik jak v českém, tak i anglickém jazyce. Česká periodika představovala např. Medicína pro praxi, Interní medicína

pro praxi, Psychiatrie nebo Hygiena, v anglickém jazyce pak šlo o periodika Sleep Medicine Reviews, Journal of Sleep Research, Journal of the American Academy of Nurse Practitioner ad. Zpracovány byly rovněž relevantní články z odborných konferencí.

Abstrakt v AJ:

The survey bachelor theses focuses on sleep disorders associated with performance of profession. It aims to propose publicated findings which support, whether there is a negative influence of job engaging on human sleep, which professions are concerned and which way the contemporanean society is involved. The diagnostics and the treatments of sleep disorders are mentioned. The knowledges concerning the education of individuals with sleep disorders as an important possibility of dissolving this disorders take part of this theses, too. The informations were searched and found in specialist books and databases Bibliographia Medica Českoslovaca, Academic Search Complete, ProQuest and Web of Science. Specialist articles of rewieved periodics both in Czech and in English language were used. The Czech periodics were representated by e. g. Medicína pro praxi (Medicine for Practice), Interní medicína pro praxi (Internal Medicine for Practice), Psychiatrie (Psychiatry) or Hygiena (Hygienics), while the English ones were Sleep Medicine Reviews, Journal of Sleep Research, Journal of the American Academy of Nurse Practitioner etc. Relevant articles from specialist conferences were also dealed.

Klíčová slova v ČJ:

profese, porucha spánku, edukace, sestra, péče ošetrovatelská

Klíčová slova v AJ:

profession, sleep disorder, education, nurse, nursing care

Rozsah: 57 s., 2 přílohy

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. června 2013

Děkuji PhDr. Danušce Tomanové, CSc., za odborné vedení bakalářské práce, trpělivost, vstřícnost a ochotu. Děkuji svým blízkým za pomoc a podporu po celou dobu mého studia, zvláště pak svým rodičům, a rovněž Mgr. Zdeňku Kuráňovi a Mgr. Zdeňku Drškovi.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 FYZIOLOGIE LIDSKÉHO SPÁNKU.....	9
1.1 Fáze spánku.....	9
1.2 Spánkový cyklus.....	10
2 SPÁNEK JAKO DETERMINUJÍCÍ FAKTOR KVALITY ŽIVOTA.....	12
2.1 Problematika poruch spánku.....	13
3 PORUCHY SPÁNKU V KONTEXTU PRACOVNÍHO PROCESU.....	15
3.1 Poruchy spánku v souvislosti s délkou pracovní doby.....	15
3.2 Poruchy spánku v souvislosti s prací ve směnném provozu.....	16
3.3 Poruchy spánku v souvislosti s druhem profese.....	18
3.4 Ekonomické důsledky poruch spánku způsobených profesním zařazením....	23
4 PORUCHA SPÁNKU JAKO DIAGNÓZA.....	26
4.1 Diagnostika poruch spánku.....	26
4.2 Současné možnosti léčby poruch spánku.....	29
5 EDUKACE U PACIENTA S PORUCHOU SPÁNKU.....	36
5.1 Edukace jako součást zdravotnické profese.....	36
5.2 Edukační proces v ošetrovatelské péči.....	39
5.3 Edukace u pacienta s poruchou spánku.....	44
ZÁVĚR.....	46
BIBLIOGRAFICKÉ CITACE.....	48
SEZNAM ZKRATEK.....	57
SEZNAM TABULEK.....	57
SEZNAM PŘÍLOH.....	57

ÚVOD

Kvalitu života člověka ovlivňuje mnoho faktorů a spánek je bezesporu jedním z nich (Nevšímalová, 2006, str. 342). Tento klíčový prvek pocitu pohody, zdraví a výkonnosti (Šedivá, 2009, str. 17) úzce souvisí se způsobem, jakým jedinec prožívá svůj čas. A to nejen dobu odpočinku a volna, nýbrž i dobu pracovního procesu, poněvadž v zaměstnání tráví současná populace podstatnou část života (Swanson et al., 2010, str. 487–494).

Tato přehledová bakalářská práce pojednává o vlivu profese na kvalitu a kvantitu spánku a zkoumá, zda se konkrétní pracovní proces může stát rizikovým faktorem pro vznik spánkové poruchy, a dále zda je takto vzniklou poruchu spánku možno řešit pomocí zdravotnické edukace. Zkoumaný problém představuje otázka: Jaké byly publikovány poznatky o vztahu profese a poruch spánku a jakým způsobem lze tento problém řešit formou edukace?

Pro zpracování bakalářské práce byly stanoveny tyto dílčí cíle:

Cíl 1.

Předložit publikované poznatky o významu dostatečného a kvalitního spánku pro člověka.

Cíl 2.

Předložit publikované poznatky o profesích, které mohou být potenciálním rizikovým faktorem vzniku poruchy spánku.

Cíl 3.

Předložit publikované poznatky o edukaci pacienta s poruchou spánku.

Jako vstupní studijní literatura vztahující se ke zkoumanému problému byly zvoleny následující publikace:

1. TROJAN, Stanislav a kol. *Lékařská fyziologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 612 s. ISBN 80-7169-788-5.

2. MUMENTHALER, Marco, BASSETTI, Claudio L. a DAETWYLER, Christof J. *Neurologická diferenciální diagnostika*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. 369 s. ISBN 978-80-247-2298-6.
3. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Maxdorf, 1997. 256 s. ISBN 80-85800-37-3.
4. PRUSIŇSKI, Antoni. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Maxdorf, 1993. 81 s. Medica; Sv. 3. ISBN 80-85800-01-2.

K vyhledávání relevantních odborných informací byla použita tato klíčová slova: profese (se synonymy práce, zaměstnání), porucha spánku, sestra, edukace a ošetrovatelská péče. V anglickém jazyce profession, sleep disorder, nurse, education, nursing care. Rešerše na základě klíčových slov probíhala od dubna do června 2013 v databázích Bibliographia Medica Českoslovaca (BMČ), Academic Search Complete, ProQuest, Web of Science a Google Scholar. Byla stanovena následující vyhledávací kritéria: recenzované články, publikované v rozmezí let 2000–2013, v českém, slovenském či anglickém jazyce. Vyřazovací kritéria představovalo publikování před rokem 2000 a téma neodpovídající cílům práce. Klíčová slova byla mezi sebou kombinována pomocí booleovského operátoru „AND“. První fázi vyhledávání představovala databáze Bibliographia Medica Českoslovaca. Kombinováním klíčových slov bylo dohledáno 20 relevantních zdrojů, z nichž ve 3 případech šlo o články anglické, ve 2 případech o slovenské a v 15 případech o české. Z těchto zdrojů pro bakalářskou práci byly využity 2 anglické články, 1 slovenský a 6 českých. V druhé fázi probíhala rešerše v databázi Academic Search Complete, která našla 112 vhodných zdrojů, všechny v anglickém jazyce. Po podrobnějším prostudování bylo využito 23 odkazů. Rešerše v databázi Web of Science přinesla 88 výsledků, z nichž vhodné byly v počtu 19 a využité pak v počtu 8. Databáze ProQuest nabídla přes 400 zdrojů, v práci bylo využito 10 článků. Google Scholar poskytl na zadaná klíčová slova mnoho výsledků, ale téměř žádný neodpovídal cílům práce. Vyhledávač Google sloužil k dohledávání plnotextů.

1 FYZIOLOGIE LIDSKÉHO SPÁNKU

Živá hmota je charakteristická rytmicitou, tedy cyklickými kvalitativními a kvantitativními proměnami. Tyto děje probíhají jak na úrovni molekulární, tak na úrovni lidskému oku zcela zřetelné, jako je např. lokomoční rytmus nebo rytmus bdění a spánku. Lidský spánek (lat. somnus, řec. hypnos) je za normálních podmínek střídání dne a noci součástí pravidelného cirkadiánního rytmu, který je fyziologickým projevem změn spojených s cyklem otáčení Země a trvá cca 24 hodin. Organismus a jeho centrální nervová soustava (CNS) procházejí během těchto hodin dvěma základními funkčními stavy, a to bděním a spánkem, mezi nimiž existují obousměrné přechody. Oba mají složku behaviorální (somatickou) a složku vegetativní, a jejich vzájemnou spojitost řídí CNS (Trojan, 1999, s. 538).

1.1 Fáze spánku

Fázi bdění (vigility, vigilance) charakterizují normální motorické a senzorické vztahy organismu s vnějším prostředím. V období spánku, který je opačným stavem k bdělosti (Vokurka et al., 2005, s. 841), se tyto vztahy mění. Dochází jak ke změnám elektrofyziologických, vegetativních a endokrinních funkcí organismu, tak také ke specifickým projevům chování. Jde o stav heterogenní, to znamená, že existují dvě různé formy spánku:

1. spánek pomalý (telencefalický, synchronizovaný, spánek pomalých vln, tzv. non-REM, popř. N-REM) (Trojan, 1999, s. 538), který se dále dělí na čtyři stadia od povrchního po nejhlubší (Prusiński, 1993, s. 17);
2. spánek rychlých pohybů očí (rhombencefalický, desynchronizovaný, paradoxní, tzv. REM – rapid eye movement sleep) (Trojan, 1999, s. 538).

První stadium N-REM spánku můžeme označit jako usínání. Typické je klesání víček, pomalé pohyby očních bulbů a snižování svalového tonu. Kontakt s okolím ještě bývá zachován, pokud by byl usínající hlasitě osloven, většinou je schopný

přiměřené reakce. Na EEG záznamu lze vidět pomalý rytmus alfa, který se postupně mění v rychlejší vlny theta. V druhém stadiu N-REM spánku se kontakt s okolím ztrácí, jedinec je pohroužený do spánku, oční bulby nevykazují žádný pohyb. Jde o lehký spánek. Elektrická aktivita mozku se ještě více zpomaluje a objevují se krátké série vln, tzv. spánková vřeténka. Pro třetí a čtvrté stadium, označované jako hluboký spánek, je charakteristická absence motorických projevů, pravidelné dýchání a nehybné oční bulby. Práh probuditelnosti dosahuje svého maxima. Na EEG záznamu najdeme další zpomalení aktivity, spánková vřeténka a vlny theta a delta s vysokou amplitudou (Prusiński, 1993, s. 16–17).

Zatímco během N-REM spánku reaktivita mozkové kůry klesá, při REM spánku dosahuje úrovně srovnatelné se stavem vigility, což je způsobeno zachováním schopnosti mozkové kůry odpovídat na senzorické podněty. Lze pozorovat atonii některých svalových skupin a záškuby čelistí a končetin. Frekvence dýchání značně kolísá, mohou se objevit až krátké úseky centrální apnoe. Mění se řízení vegetativních funkcí, u mužů bývají erekce (Vokurka et al., 2005, s. 841). Nejvýraznějším znakem jsou rychlé pohyby očních bulbů pod zavřenými víčky, které daly této fázi název (Trojan, 1999, s. 538). Dostávají se výrazné, živé a emocemi podbarvené sny. Pokud se zdají sny ve fázi N-REM, jsou útržkovité a monotónní (Prusiński, 1993, s. 19).

1.2 Spánkový cyklus

N-REM spánek dominuje na počátku celého spánkového cyklu, naproti tomu REM spánek převládá v pozdějších fázích spánkové periody (Trojan, 1999, s. 538). Obě formy jsou natolik specifické, že řízení organismu v jedné fázi se odlišuje od řízení ve fázi druhé (Šonka, 1997, s. 14). Fáze N-REM spánku trvá většinou několik desítek minut, pak je vystřídán REM spánkem. Takto se vytvoří 70–100minutový cyklus, který se v průběhu noci opakuje 4–6krát. V prvním cyklu má REM spánek velmi krátké trvání, jde o 5–10 minut, ale v dalších cyklech se prodlužuje, poněvadž dochází k postupnému zkracování třetího a

čtvrtého stadia N-REM spánku. Délka trvání spánkových stadií se mění v závislosti na věku. Na spánku novorozence se REM fáze podílí z 50 %, u mladých dospělých činí pouze 20–25 %. Podíl N-REM fáze vykazuje tendenci s přibývajícím věkem klesat až téměř vymizet (Prusiński, 1993, s. 17). Struktura a trvání spánku závisí na momentální kvantitě a kvalitě aktivity organismu v době bdělosti a také na parametrech předchozího spánkového cyklu (Nevšímalová, 2003, s. 22).

2 SPÁNEK JAKO DETERMINUJÍCÍ FAKTOR KVALITY ŽIVOTA

Spánek patří k nejvýznamnějším dějům v lidském životě. Zahrnuje téměř jednu třetinu existence člověka a jeho kvalita se zásadním způsobem podílí na kvalitě celého lidského bytí (Nevšimalová, 2006, s. 342). Šedivá (2009, s. 17) ho označuje jako klíčový faktor, který podmiňuje pocit „dobrého zdraví“, pohody a výkonnosti. Z fyziologického hlediska je nepostradatelným nejen pro regeneraci fyzických a psychických sil, ale také pro kognitivní procesy, vytváření paměťových stop a celé spektrum metabolických pochodů organismu (Nevšimalová, 2006, s. 342). Přestože je optimální délka spánku velmi individuální činitel, v moderní společnosti se vlivem neustálého zrychlování životního tempa jeho trvání zkracuje (Piskáčková et al., 2012, s. 10) a jen minimum dospělých dokáže dodržovat doporučených 7–9 hodin spánku denně (Šedivá, 2009, s. 17). Epidemiologické studie z posledních let potvrdily hypotézu, že spánek kratší než 7 hodin je významným rizikovým faktorem pro rozvoj civilizačních chorob a zvyšuje mortalitu (Piskáčková et al., 2012, s. 11). Překvapivým zjištěním však byly výsledky studií autorů Kripkeho, Garfinkela a Wingarda (2002, s. 131–136), na něž se ve své práci odkazuje Nevšimalová – ukázaly rovněž škodlivost spánku prodlouženého a nadbytečného. Tento výzkum, kterého se zúčastnilo 1,1 milionu respondentů, si zasluhuje zmínit především pro výsledek, že nejnižší riziko mortality vykazovali jedinci s délkou nočního spánku 7 hodin. Spánek kratší než 6 hodin úmrtnost signifikantně zvyšoval, naopak delší než 9 hodin znamenal vyšší riziko úmrtí na kardiovaskulární či cerebrovaskulární onemocnění a maligní novotvary (Nevšimalová, 2006, s. 342).

Kolísající kvalita a dlouhodobé zkracování spánku Piskáčková označuje jako typický znak moderní společnosti, neboť se doba spánku během posledních 50 let zkrátila přibližně o 1,5–2 hodiny. V roce 2008 činila průměrná délka spánku v USA 6,7 hodin v pracovní dny. Česká republika si vede o něco lépe, podle výzkumu z roku 2006 spí průměrný Čech 7,56 hodin (Piskáčková et al., 2012,

s. 11). Nicméně i přesto podle Nevšimalové platí, že daleko důležitější než délka spánku je jeho kvalita (Nevšimalová, 2006, s. 347).

2.1 Problematika poruch spánku

Podle informací WHO se s poruchou spánku setká alespoň jedenkrát za život přibližně 50 % dospělé populace (Espa-Červená, Praško, 2001, s. 29–31). U poloviny postižených tento problém odezní spontánně (Šedivá, 2009, s. 17), 13 % poruch spánku je natolik závažných, že vyžadují léčbu (Espa-Červená, Praško, 2001, s. 29–31). V šetření, které proběhlo v roce 2005, uvedlo 75 % dospělých Američanů vlastní zkušenost s některou spánkovou poruchou a 49 % během dne cítilo takovou únavu, že jejich denní aktivity byly nepříznivě ovlivněny (Calamaro, 2008, s. 69–75). I když se etiologie i symptomatika jednotlivých poruch spánku výrazně liší, pojátkem jsou důsledky, které s sebou tyto poruchy přinášejí. Jmenujme především kognitivní a neurobehaviorální poškození, zdravotní i sociální problémy. Realitou jsou časté návštěvy lékaře, opakované odběry laboratorních testů a celkově snížená kvalita života (Nevšimalová, 2006, s. 344).

Tabulka č. 1 Poruchy spánku a bdění dle klasifikace ICSD, 1990 (Nevšimalová, 1997, s. 57)

1. Dyssomnie	dyssomnie vyvolané zevními příčinami
	dyssomnie vyvolané vnitřními příčinami
	poruchy cirkadiánní rytmicity
2. Parasomnie	poruchy probouzení
	poruchy přechodu spánek/bdění
	parasomnie vázané na REM spánek
	jiné parasomnie
3. Poruchy spánku spojené se somatickou nebo duševní poruchou	poruchy spánku u duševních onemocnění
	poruchy spánku u neurologických onemocnění
	poruchy spánku u jiných somatických poruch
4. Navrhované poruchy spánku	poruchy zatím postrádající přesnou definici patologie

Ke klasifikaci spánkových poruch se využívá různých diagnostických manuálů. V České Republice je to nejčastěji MKN–10, Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, a dále detailněji zaměřená Mezinárodní klasifikace poruch spánku – International Classification of Sleep Disorders, ICSD (Espa-Červená, Praško, 2001, s. 29–31). Starší verze ICSD z roku 1990 rozděluje poruchy spánku do čtyř kategorií: dyssomnie, parasomnie, poruchy spánku spojené se somatickou či psychickou poruchou a tzv. navrhované poruchy spánku – viz tab. 1. Po modifikaci v roce 2005 došlo k některým úpravám (ICSD–2) – viz tab. 2.

Tabulka č. 2 Poruchy spánku a bdění dle klasifikace ICSD–2005 (Pretl, 2005, s. 106)

1. Insomnie
2. Poruchy dýchání související se spánkem
centrální/obstrukční spánková apnoe, hypoventilační/hypoxemické syndromy související se spánkem
3. Hypersomnie centrálního původu
narkolepsie s kataplexií/bez kataplexie, rekurentní hypersomnie, idiopatická hypersomnie s dlouhou dobou spánku/bez dlouhé doby spánku
4. Poruchy cirkadiánního rytmu
syndrom předsunuté/posunuté spánkové fáze, nepravidelný rytmus spánku a bdění, jet–lag syndrom, onemocnění ze směnného režimu
5. Parasomnie
parasomnie z N-REM spánku (náměšičnost, noční děsy, spánková opilost), parasomnie spojené s REM spánkem (behaviorální porucha v REM spánku, rekurentní izolovaná spánková obrna, noční můry), další parasomnie (disociativní poruchy související se spánkem, enuréza, kataternie, halucinace)
6. „Movement disorders“ související se spánkem
syndrom neklidných končetin, periodické pohyby končetinami, bruxismus
7. Izolované symptomy, odchylky od normálu, nevyřešené problémy
long sleeper, short sleeper, chrápání, mluvení ze spaní, hypnické záškuby, benigní dětský myoklonus
8. Ostatní poruchy spánku
Dodatek A: Poruchy spánku spojené s jednotkami klasifikovanými jinde
fátální familiární insomnie, fibromyalgie, epilepsie související se spánkem, bolesti hlavy, gastroezofageální reflux, ischemie koronárních arterií, abnormální polykání, dušení a laryngospasmus související se spánkem
Dodatek B: Další psychiatrická a behaviorální onemocnění vyskytující se často v diferenciatní diagnostice poruch spánku
poruchy nálady, somatoformní a úzkostné poruchy, schizofrenie a další psychotická onemocnění, onemocnění diagnostikovaná v raném dětství, dětství a adolescenci, poruchy osobnosti

3 PORUCHY SPÁNKU V KONTEXTU PRACOVNÍHO PROCESU

Vztahy mezi profesním zařazením, pracovním výkonem a kvalitou spánku jsou reciproční – navzájem související a komplexní (Kucharczyk, Morgan, Hall, 2012, s. 547–559). Swanson spolu s dalšími autory tvrdí, že zaměstnaní Američané tráví většinu svého času prací nebo spánkem, ale přesto nejsou vztahy mezi těmito dvěma faktory ve Spojených Státech dostatečně prozkoumané (Swanson et al., 2010, s. 487–494). Stejný názor sdílí mnoho dalších odborníků, a to nejen co se týká USA (Admi et al., 2008, s. 250, de Barros et al., 2012, s. 1–9, aj.). Následující kapitoly si kladou za cíl shrnout poznatky z odborných studií zaměřujících se na souvislost mezi profesemi a spánkem a přinést informaci, zda existují profese, které způsobují jeho poruchy.

3.1 Poruchy spánku v souvislosti s délkou pracovní doby

Nedávné studie Američanů potvrdily přímý vztah mezi pracovní dobou a celkovou dobou spánku. Čím více času stráví jedinec prací, tím méně času spí, dokonce i ve dnech pracovního volna. To jasně naznačuje, že dlouhá pracovní doba může přispět ke chronické spánkové deprivaci (Swanson et al., 2010, s. 487–494). Zákoník práce ČR uvádí jako maximální délku týdenní pracovní doby 40 hodin, u zaměstnanců ve třísměnném provozu pak 37,5 hodin (Zachovalová, 2010). V průzkumu »Spánek v Americe« realizovaném v roce 2008 Národní spánkovou nadací (National Sleep Foundation America) bylo dotazováno kolem tisíce Američanů na pracovní poměr, pracovní výkon a spánek. Jedna třetina účastníků uvedla, že pracuje 50 a více hodin týdně, u 13% přesahuje týdenní pracovní doba 60 hodin. Osoby, které uvedly prodlouženou pracovní dobu, spaly v průměru o více než 30 minut méně jak ve dnech pracovních, tak i volných. Téměř polovina z těchto respondentů následně popisovala špatnou kvalitu spánku. (Swanson et al., 2010, s. 487–494). Šetření, jež se zabývalo

vztahy mezi sociodemografickými faktory, životním stylem a kvalitou spánku amerických žen, přineslo mimo jiné poznatek o souvislosti porušeného spánku se zaměstnáním na několika pracovních místech současně. Více pracovních pozic totiž znamená delší celkovou pracovní dobu (Baker, 2009, s. 847) a dlouhá pracovní doba, jak již bylo řečeno, významně souvisí s kratším celkovým trváním spánku a jeho sníženou kvalitou (Swanson et al., 2010, s. 487–494). Vzniká spánková deprivace – stav nedostačujícího množství hodnotného spánku (Widmar, 2003).

3.2 Poruchy spánku v souvislosti s prací ve směnném provozu

Směnný provoz představuje pro spánek moderního pracujícího člověka závažný problém. V porovnání se spánkem v noci není denní spánek po nočních směnách ekvivalentní ani délkou, ani kvalitou (Nevšimalová, 2006, s. 346). Pracovníci ve směnném provozu musí svůj spánek neustále přizpůsobovat týdennímu či měsíčnímu harmonogramu střídání směn, což je pro lidský organismus komplikovaná záležitost, neboť jeho cirkadiánní rytmus funguje podle vzorce den–bdění/noc–spánek (Meadows, 2002, s. 16–23). Při střídání směn dochází k přestavbě vnitřních hodin člověka; pokud stejnosměnné cykly trvají delší období, pracující je neustále ve fázi nastavování a organismus není schopen uspokojivého spánku (Moráň, 2001, s. 108). Přestože postupem času dochází k určité adaptaci, krátkodobá období obvyklého vzorce bdění a spánku o víkendech či během dovolené situaci postiženého jedince po návratu k práci na směny zhoršují (Swanson et al., 2010, s. 487–494).

Narušení pravidelného režimu spánku a bdění nestandardními pracovními směny a spánkem přes den patří k nejčastějším vyvolávacím faktorům nespavosti (Šedivá, 2009, s. 17, Kubišová, 2010, s. 335). Směnný provoz je přesto jev v současnosti běžný a nezbytný v celé řadě profesí (Admi et al., 2008, s. 250). Malý (2009, s. 8) uvádí, že v České republice na směny pracuje 25 % populace, v rozvinutých průmyslových zemích pak tento podíl činí 20 % (Admi et al., 2008,

s. 250). Další zahraniční studie tento údaj konkretizují a popisují, že střídavé a noční směny se týkají 13% pracujících v Austrálii, 15 % pracujících v USA, 22 % pracujících ve Spojeném království a 25 % pracujících v Řecku a Finsku. Ze zmiňovaných 15 % amerických zaměstnanců jich 4,7 % pracuje na večerní směny, 3,2 % pracuje na noční směny, 2,5 % pracuje na střídavé směny a 3,1 % pracuje podle nepravidelného rozvrhu stanoveného zaměstnavatelem (Swanson et al., 2010, s. 487–494). Až u 10 % směnných pracovníků je diagnostikována porucha spánku (Admi et al., 2008, s. 250). Swanson je názoru, že porucha spánku z práce na směny je obvyklá, avšak nedostatečně rozlišovaná a léčená. Za příčinu považuje, podobně jako autor Moráň výše, chybné cirkadiánní modely, tzn. rytmus spánku a bdění se u zaměstnanců pracujících na směny neshoduje s vnitřním režimem jejich organismu, v důsledku čehož vzniká spánková porucha (Swanson, 2010, s. 487–494). S tvrzením, že vztahům směnného provozu a spánkových poruch, je věnováno málo pozornosti, souhlasí i autoři Admi et al. Dále se domnívají, že již provedené výzkumy v této problematice neberou v potaz roli etnického původu, věku a pohlaví. Zmiňují např. šetření mezi zdravotnickými pracovníky z roku 2003, které prokázalo, že ženy pracující na směny si na poruchy spánku stěžují výrazně více než muži pracující na směny (Admi et al. 2008, s. 250). Zdůvodnit tento fakt může jiná studie, jež hojnější výskyt poruch spánku u žen přičítá větší náročnosti jejich běžných povinností a také méně častému odpočinku během dne v porovnání s muži (Ünsal, Demir, 2012, s. 317). Ač je negativní vliv směnného provozu známý, nelze ho podle Moráně v podstatě řešit jinak než změnou zaměstnání. Pokud to není možné, s Widmarem doporučují alespoň pravidelné cykly služeb (denní směna – odpolední směna – noční směna – volný den), aby nedocházelo ke zmiňovanému stavu trvalé přestavby cirkadiánního rytmu organismu (Moráň, 2001, s. 108; Widmar, 2003).

3.3 Poruchy spánku v souvislosti s druhem profese

Z předchozích kapitol vyplývá závěr, že rizikový faktor poruch spánku představují zejména profese, které jsou spojené s dlouhou pracovní dobou a/nebo směnným provozem. Podle Swansona (2010, s. 487–494) jde zvláště o sféru služeb, jako je zdravotní péče, doprava, bezpečnostní služby, potravinářství a zábavní průmysl. Barger spolu s ostatními autory tato povolání více konkretizují a zmiňují kromě lékařů a zdravotních sester také vojáky, piloty, zaměstnance obsluhující velké stroje či pracující ve vysoce rizikovém prostředí, např. v jaderných elektrárnách (Barger et al., 2009, s. 158). Carter (2003, s. 613) to pak shrnuje jako „všechny profese, jež vyžadují zvýšenou pozornost“. Barger et al. dále upozorňují na zajímavý fakt, že mnoho lidí, kteří pracují ve směnném provozu, jsou osoby, na něž obecně spoléháme – pracovníci v oblasti ochrany, obrany a medicíny. Negativní důsledky směnného provozu na spánek u profesionálních hasičů, policistů, zdravotníků aj. proto mohou mít silný dopad na celou společnost (Barger et al., 2009, s. 158). Výsledky dohledaných studií toto tvrzení podporují a popisují další profesní obory, jež mohou být příčinou vzniku a rozvoje spánkové deprivace a spánkových poruch. Následuje výběr některých z nich, k nimž byly dohledány relevantní studie:

Policisté

Pracovní směny většiny z nich jsou střídavé, nejčastěji osmi-, deseti- nebo dvanáctihodinové, avšak nepředvídatelný charakter práce má mnohdy za následek jejich prodloužení. Dlouhá pracovní doba, noční služby a střídání směn vede k posunu cirkadiánního rytmu a spánkové deprivaci (Barger et al., 2009, s. 158). Policisté označují práci na směny a přesčasy za jedny z nejnáročnějších požadavků jejich zaměstnání. Společnost The Harvard Work Hours, Health, and Safety Group uveřejnila výsledky šetření vzorku policistů v severní Americe, které informují o přítomnosti vysokého rizika závažných spánkových poruch u těchto respondentů. Screeningové otázky vycházely z Mezinárodní klasifikace poruch spánku a po respondentech bylo požadováno, aby doložili, jak zasahuje jejich pracovní harmonogram do obvyklé doby spánku. U dvou třetin z nich bylo

zjištěno vysoké riziko některé ze spánkových poruch, jako je syndrom spánkové apnoe, nespavost, narkolepsie, syndrom neklidných nohou a další (Barger et al., 2009, s. 158). Jiná studie doložila dvakrát častější výskyt poruchy spánku u italských policistů pracujících na směny v porovnání s pracujícími v nesměnném provozu (Garbarino et al., 2002, s. 167–173).

Hasiči

Prodloužené směny a dlouhé pracovní týdny jsou u hasičských sborů v USA běžné, uvádí Barger et al. (2009, s. 158), v některých oblastech se povoluje až 96hodinová týdenní pracovní doba. Spojitost mezi poruchami spánku a profesními charakteristikami u hasičů v nedávné době zkoumal autor de Barros s kolektivem. V jejich analýze popsalo spánkovou poruchu 51,2 % ze 303 respondentů. Souvisela s náročnou fyzickou zátěží ve vnějším prostředí a zejména s psychickým tlakem, kterému hasiči podléhají (de Barros et al., 2012, s. 1–9). Pracovní stres, pro povolání hasiče typický, totiž spánek výrazně narušuje (Barger et al., 2009, s. 159). Jak další z faktorů negativně ovlivňujících spánkové procesy se ukázala celková doba strávená v tomto zaměstnání, nicméně hodnota tohoto prvku se držela na hranici relevance (de Barros et al., 2012, s. 1–9).

Armádní příslušníci

Veškerý vojenský personál je často vystaven situacím, kdy musí plnit své povinnosti mimo standardní pracovní dobu a cirkadiánní rytmus organismu. Vojenské operace vyžadují udržování bdělosti déle, než je toho schopen průměrný člověk. Sériové noční směny a rotace služeb jsou zcela běžné, avšak mají, podobně jako v ostatních profesích, mnoho negativních účinků. Je prokázáno, že jedna noc bez spánku vede ke snížení kognitivního výkonu vojáka o 30–40 % a dvě noci pak až o 70 % (Westcott, 2005, s. 333). Kryger uvádí, že poruchy spánku u civilních obyvatel jsou poměrně dobře prozkoumané, ale u příslušníků armády příliš známé nejsou. Zmiňuje výzkum, který porovnával skupinu 70 kanadských vojáků a 70 civilistů. Příslušníci obou skupin vykazovali patologickou ospalost během dne. U civilních obyvatel se výrazně více objevovala nespavost. Nejčastější diagnózou u všech účastníků pak byly poruchy dýchání ve spánku

(53 % vojáků, 66 % civilistů). Z výsledků autor usuzuje, že poruchy spánku u armádních příslušníků jsou podobné těm, jakými trpí běžná populace, a klade důraz na jejich diagnostiku a léčbu, neboť poruchy spánku mohou do značné míry ohrozit bezpečný a přesný výkon vojenského povolání (Kryger, 2003, s. 7–10).

Pracovníci ve zdravotnictví

Střídavý směnný provoz je u zdravotnických služeb frekventovanější než v jiných odvětvích (Fietze et al., 2009, s. 707). Respondenti výzkumu, pořádaném americkou Národní spánkovou nadací (National Sleep Foundation America), který se týkal spánku lékařů, zdravotních sester a policistů, došli v roce 2002 ke společnému konsenzu, že tito zaměstnanci by neměli být nuceni pracovat nad rámec běžné směny, pokud se cítí velmi unavení a spánkově deprivovaní (Widmar, 2003). V Singapuru proběhlo dlouhodobé šetření, jež zkoumalo spánkové vzorce začínajících lékařů; pro identifikaci všech předchozích spánkových deprivací bylo do studie zahrnuto již období před nástupem na univerzitu a poslední rok medicínského studia. Ukázalo se, že před začátkem vysoké školy respondenti spali průměrně 8 hodin, v posledním roce studia 6,5 hodin a po nástupu do lékařské praxe jen 6 hodin. Tyto klesající tendence potvrdily, že lékaři mohou trpět chronickou spánkovou deprivací již od svého studia a pracovní režim se směnnými službami porušení spánkového vzorce ještě více prohlubuje (Puvanendran et al., 2005, s. 129–132). Další poznatky v problematice poruch spánku v souvislosti s lékařskou profesí přinesla studie zkoumající spánek lékařů-perfuzionistů, provedená v roce 2010. Tři čtvrtiny respondentů (75,9 %) popisovaly akutní spánkovou deprivaci spojenou s únavou. Tato situace pramenila z nadměrně dlouhých pracovních směn – u téměř 70 % perfuzionistů činila více než 23 hodin v řadě a 17,5 % z nich pracovalo kontinuálně přes 36 hodin (Hodge et al., 2012, s. 116).

Rovněž profese sestry patří k povoláním, které ohrožují problémy se spánkem. Hřebíková (2012, s. 47) se domnívá, že poruchy spánku a soustředění u sester vznikají v důsledku vysokých nároků v jejich práci. Při průzkumném šetření sesterské komunity ve Fakultní nemocnici v Motole (chirurgická, interní, dětská oddělení) poruchu spánku připustilo 16 % sester (Dufková, 2012, s. 46).

V průběhu roku 2003 byly zkoumány nepříznivé fyziologické i psychologické účinky práce na směny, včetně poruch spánku, u velké skupiny sester v severním Izraeli, mužů i žen. Sestry-ženy si více stěžovaly na obtížné usínání, bolest hlavy po probuzení a ranní únavu, kdežto u sester-mužů se projevovala především ronchopatie, tj. chrápání (Admi et al. 2008, s. 250–257). Průřezová studie tchajwanských sester zjišťovala kvalitu jejich spánku a života pomocí několika dotazníků. Více než polovina sester (57 %) popisovala spánek jako celkově zhoršený, avšak opatření, která by tuto situaci mohla zlepšit, prováděly v porovnání s ženami v běžné populaci mnohem méně. Autoři proto zdůrazňují potřebu důslednějšího vzdělávání sester a úlohu zdravotnického managementu, který by měl odpovědný přístup sester k vlastnímu zdraví více podporovat (Shao et al., 2010, s. 1565).

Pracovníci v dopravě

Narušený spánek z důvodu profesního zařazení vykazují rovněž zaměstnanci dopravního sektoru. Studie publikovaná v roce 2011 se věnovala spánku, únavě a pracovnímu vytížení rozsáhlého vzorku pracovníků australských železnic. Analyzovala údaje ze 713 pracovních směn. Strojvedoucí čtyř železničních společností nosili po dobu 2 týdnů náramkové aktigrafy (tj. přístroje zaznamenávající pohybovou aktivitu jedince, využívané k diagnostice spánkových poruch – Koreš, 2010, s. 14), vyplňovali spánkové deníky, únavovou škálu a rovněž škálu pracovního vytížení. Výsledky u těchto osob jasně prokázaly spánkovou deprivaci v důsledku nedostatečné doby spánku (nanejvýš 5 hodin spánku ve 13 % směn) a dlouhé pracovní doby (nejméně 10 hodin práce v 7 % směn) (Dorrian, Baulk, Dawson, 2011, s. 202). V silniční dopravě se zaměstnanci rovněž potýkají s problémy se spánkem. Typicky to jsou dálkoví řidiči nákladních vozidel, u nichž spánkové poruchy představují také závažný bezpečnostní problém (Mitler, 1997, s. 775). Carter et al. se domnívají, že nedostatečný a narušený spánek se v profesi řidičů vyskytuje zcela běžně. Zkoumáním náhodného vzorku 4000 švédských mužů byl u profesionálních řidičů zjištěn větší spánkový dluh než u řidičů „běžných“ (tj. neprofesionálních) a stejně tak větší přítomnost dalších onemocnění souvisejících se spánkem. Ronchopatii

vykazovalo 30,6 % profesionálních a 29,8 % „běžných“ řidičů. Co se týká apnoických pauz během spánku, ty potvrdily partnerky profesionálních řidičů ve 14 % a v 10,7 % partnerky řidičů „běžných“. V 17 % všech respondentů pak odborníci diagnostikovali syndrom obstrukční spánkové apnoe (Carter et al., 2003, s. 613–617). Kromě osob, které dopravní prostředky přímo obsluhují, postihují poruchy spánku i pracovníky nesoucí zodpovědnost za optimální fungování systému dopravy – dopravní dispečery, zaměstnance terminálů, mechaniky, údržbáře komunikací, obsluhu signalizačních zařízení a další. Autoři Dorrian, Baulk a Dawson zmiňují např. údržbu železničních kolejnic, jež se provádí převážně (více než v 80 %) v nočních směnách. Bylo potvrzeno, že servisní pracovníci spali méně než 6 a půl hodiny, a stejně tak dispečeri. Tyto profese však předmětem výzkumů ve velké míře nejsou (Dorrian, Baulk, Dawson, 2011, s. 202–208).

Stavební dělníci

Profese stavebního dělníka představuje mnohdy náročnou pracovní pozici, poněvadž je náchylná k nehodám a dalším bezpečnostním incidentům. Byl zkoumán vzorek kanadských dělníků zapojených do rozsáhlého stavebního projektu, kdy cíl představovalo přesné posouzení jejich spánku a odpočinku. Výsledky prokázaly, že tito pracovníci trpěli výraznou spánkovou deprivací a mnohokrát nedosahovali doporučené osmihodinové délky spánku. Nepřiměřený spánek pak zvyšoval riziko nehody až o 9 % (Powell, Copping, 2010, s. 1090).

Ostatní profese

Níže uvedené profese vykazují pouze malý vliv na vznik spánkových poruch nebo relevantní odborné informace k nim byly dohledány jen v omezeném množství.

Švédští odborníci uveřejnili roku 2007 údaje získané zdravotním šetřením cca 1000 osob, mužů i žen z 9 různých profesí. Vysokou prevalenci nespavosti vykazovala skupina úředníků (> 30 %), středně těžká forma nespavosti pak byla typická pro nezaměstnané (Delini-Stula, Bischof, Holsboer-Trachsler, 2007, s. 194). Přestože počítač je v současnosti běžným vybavením pracovišť, byla dohledána pouze jedna studie, která se zmiňuje o souvislosti mezi prací

s počítačem a poruchami spánku. Tato práce se zabývala spánkovými potížemi u finských mužů a žen středního věku (40–60 let). Bylo zjištěno, že problémy se spánkem se vyskytují zvláště u žen, které více pracují s počítačem, pracují přesčas a jsou pod větším psychickým tlakem; u mužů taková spojitost nebyla zřetelná. V následné kontrolní analýze se tento rozdíl mezi pohlavími potvrdil (Lalluka et al., 2010, s. 466). Uvedené rizikové charakteristiky žen se mohou týkat různých dalších profesí, např. IT odborníků nebo managementu. Kulhavý řadí manažerské funkce k tzv. exponovaným profesím, tedy k těm, které provází vysoká pracovní zátěž. Psychické napětí a stres v této profesi jsou typickými vyvolavateli poruch spánku, na které si podle něj stěžuje až 50 % manažerů (Kulhavý, 2005, s. 669–679). Předpokládanou profesi s náchylností ke spánkovým poruchám tvořili rovněž pedagogové. Zmínka o narušeném spánku v souvislosti s jejich povoláním však byla nalezena pouze v jedné studii publikované v roce 2010, jež se týkala učitelů prvního a druhého stupně v Honkongu. Zjišťovala výskyt různých zdravotních problémů a problémy se spánkem patřily k deseti nejčastějším. Uvedlo je 99,5 % oslovených; častěji jimi trpěli učitelé prvního stupně (Chong, Chan, 2010, s. 23).

3.4 Ekonomické důsledky poruch spánku způsobených profesním zařazením

Je reálnou skutečností, že zaměstnanec trpící poruchou spánku svého zaměstnavatele výrazně poškozuje, a to především po stránce ekonomické (Swanson et al., 2010, s. 487–494). Celkové ekonomické náklady spojené s nespavostí totiž zahrnují výlohy na léčení, častější užívání lékařské péče, vyšší úroveň absentérství a zvýšené riziko nehod. V závěru představují tyto výdaje ztrátu desítek miliard dolarů ročně (Calamaro, 2008, s. 69–75). Malý doplňuje, že ztráty a náklady v důsledku pracovních úrazů celosvětově dosáhly v roce 2009 na cca 22,5 miliardy Kč, přičemž ztráty zaměstnavatelů tvořily převážnou část (18,5 miliard Kč), nepojištěné z nich činily 10 miliard Kč. Ztráty a náklady plynoucí z nemocí z povolání byly odhadovány na 2 miliardy Kč (Malý et al.,

2009, s. 8). Nemocnost včetně pobytů v nemocnicích je rovněž až dvojnásobně zvýšena (Nevšímalová, 2006, s. 344). Malý tento stav přičítá neinformovanosti nebo zanedbávání požadavků BOZP a obecně nízkému právnímu povědomí. Z těchto důvodů nedochází k dostatečné realizaci komplexních preventivních opatření, což se negativně promítá jak do oblasti ekonomické, tak sociální (Malý et al., 2009, s. 7–8). Nutno však dodat, že u výzkumů v oblasti poruch spánku ve vztahu k profesi se ekonomické a klinické programy poněkud rozcházejí. Tyto dva různé přístupy mají tendenci vnímat vztah spánku a práce odlišným způsobem. Ekonomická hodnocení, všeobecně prováděná na makrorovině, se zaměřují na výsledky (typicky absentérství), kterými se pokouší zachytit negativní vlivy na finance (obvykle z pohledu společnosti nebo zaměstnavatele), tedy ekonomické náklady zapříčiněné výskytem poruch spánku u zaměstnaných lidí. Naproti tomu klinické studie vnímají zaměstnání jako subjektivně pocíťovanou a potenciálně zvrtnou souvislost nespavosti. Byla proto vyzdvihnuta nejen nutnost objasnit přímý vztah poruch spánku na hospodářskou produktivitu, ale rovněž potřeba výzkumu nových možností léčby, která by pracovní nedostatky v důsledku chronicky narušeného spánku zmírnila (Kucharczyk, Morgan, Hall, 2012, s. 547–559). Stejného názoru je též Swanson s kolektivem autorů (2010, s. 487–494). Ve své práci prezentují potřebu rozšířit povědomí o prevenci škodlivého vlivu neléčených poruch spánku a nadměrné pracovní doby na výkonnost pracujících. Nicméně navzdory tomu, že poruchy spánku úzce souvisí s oslabením pracovního výkonu a stále znamenají nezanedbatelnou zátěž pro jednotlivé zaměstnance, zaměstnavatele i systémy zdravotní péče, nebyla podle několika autorů dosud věnována dostatečná pozornost systematizaci a kritice zdravotnické literatury týkající se vztahů těchto poruch a práce (Kucharczyk, Morgan, Hall, 2012, s. 547–559). Jako řešení a prevence škod spojených s dlouhou pracovními dobami a problémy se spánkem se nabízí využít na pracovištích monitoraci poruch spánku v rámci zaměstnaneckých asistenčních programů, které zprostředkovávají výukové projekty společností věnujících se výzkumům poruch spánku u zaměstnanců. Snížení absence, zvýšení produktivity a méně pracovních úrazů jsou jen některé z potenciálních výhod zaměstnavatelů, které mohou vytěžít z takového screeningového programu. Na straně zaměstnanců

pak může dojít ke zlepšení kvality jejich profesního života. Ze zvýšení prostředků na vzdělávání, diagnostiku a léčbu poruch spánku by tedy profitovali jak zaměstnavatelé, tak jejich zaměstnanci, a potažmo lidská společnost jako celek (Swanson et al., 2010, s. 487–494).

4 PORUCHA SPÁNKU JAKO DIAGNÓZA

Jelikož se pracovní dny prodlužují a technologie nám umožňují pracovat z domova 24 hodin denně, je v tomto ohledu skutečně nutné kvalitně posoudit, jak pracovní návyky ovlivňují spánek a jak spánek působí na pracovní výkon (Swanson et al., 2010, s. 487–494). Existují sice prověřené a běžně využívané metodiky pro posouzení vlivu spánkových poruch na únavu a ospalost během dne, střídání nálad a kvalitu života, avšak chybí dostatečné množství způsobů, jež hodnotí jejich vliv na pracovní proces. Nemáme k dispozici nástroje, které by zkoumaly vztah práce a kvality spánku na úrovni individuální, tedy týkající se jednoho konkrétního jedince. Jestliže by se takové prostředky využívaly v praxi, mohli bychom efektivněji monitorovat prvky „zbytečné prezence“, tj. omezeného výkonu spojeného s přítomností na pracovišti (Kucharczyk, Morgan, Hall, 2012, s. 547–559).

4.1 Diagnostika poruch spánku

Na ambulantní úrovni

K prvotnímu kontaktu člověka trpícího poruchou spánku se zdravotnickým odborníkem dochází většinou v ordinaci praktického lékaře. Výsledkem setkání je zhodnocení zdravotního stavu pacienta lékařem a následné rozhodnutí, zda lze tento jeho problém vyřešit ambulantní cestou nebo bude nutné odeslání ke specialistovi. Základem diagnostické rozvahy je pečlivě odebraná anamnéza, tedy všeobecné vyšetření toho, čím dotyčný jedinec prošel po stránce medicínské, psychiatrické a farmakologické, jeho spánkové a bdělostní vzorce, dodržování spánkové hygieny, případně i rodinná anamnéza poruch spánku (Calamaro, 2008, s. 69–75). Jinak řečeno, pacient je dotazován, jak vypadá jeho denní režim, fyzická aktivita, večerní činnosti, v jakém prostředí nejčastěji pobývá, kteří činitelé u něj vyvolávají stresové situace. Dále se zjišťuje doba ulehnutí, latence usínání, jak často se během noci probouzí a zda opětovně usíná, jaký je jeho pocit po probuzení a celkové subjektivní hodnocení kvality spánku. Nezbytnou

informaci představují onemocnění, jimiž jedinec trpí a které mohou být potenciálním důvodem sekundárního vzniku poruchy spánku (např. syndrom spánkové apnoe, syndrom neklidných končetin, ronchopatie, hypertenze, nadváha aj.) (Pretl, 2005, s. 106). S tím souvisí rovněž posouzení jeho aktuální farmakoterapie a případná historie zneužívání návykových látek (Calamaro, 2008, s. 69–75). Dále je nutné objasnit, zda jde o problém akutní či chronický. Tomu velice napomáhá dlouhodobá znalost prostředí, kde se jedinec pohybuje, a rodinné, profesní a sociální situace, jež by měl nejlépe znát právě praktický lékař (Pretl, 2005, s. 106). Rozhovor nesmí být v žádném případě podceňován. Podle Pretla lze některé příčiny narušeného spánku poměrně rychle odstranit a účinně zabránit rozvoji chronicity mnohdy i „selským rozumem“, proto považuje za největší chybu odeslání pacienta ke specialistovi již po první zmínce o problémech se spánkem bez další anamnézy. Co možná největší zvládnutí problematiky na ambulantní úrovni znamená užitek nejen pro pacienty, ale odrazí se i v následném profitu ošetřujících zdravotníků (Pretl, 2005, str. 106). Anamnestické vyšetření by mělo podat dostatek informací pro zařazení pacienta do některého z typů poruch spánku nebo v případě podezření na jinou etiologii přinést podklady pro doporučení odborného vyšetření na příslušném pracovišti (Espa-Červená, Praško, 2001, s. 29–31).

Pro kvantifikaci a objektivizaci spánkové poruchy mohou být využity spánkové dotazníky, škály pro hodnocení spánku, spánkové deníky či kalendáře. Např. v případě nespavosti jsou obzvlášť důležité – jediné na jejich podkladu lze průběžně hodnotit a kvantifikovat možná zlepšení (Espa-Červená, Praško, 2001, s. 29–31). Tyto záznamy ukazují, jak pacient sám prezentuje svou poruchu spánku (Calamaro, 2008, s. 69–75). Určení, zda jde konkrétně o poruchu spánku vzniklou v důsledku práce na směny, se děje podle kritérií definovaných v Mezinárodní klasifikaci poruch spánku (ICSD–2), již zmíněné na začátku bakalářské práce. Jsou to tato kritéria:

- subjektivní pocit nespavosti či nadměrné ospalosti v souvislosti s časovým harmonogramem, jež zasahuje do obvyklé doby spánku;
- symptomy jsou spojené s pravidelnou prací na směny delší než 1 měsíc;
- narušení cyklu bdění a spánku trvá více jak 7 dní;

- příčinou obtíží není jiná porucha spánku, neurologické onemocnění, mentální postižení ani nesprávné užívání léků a dalších látek.

K přesné diagnostice porušeného vzorce bdění a spánku jsou pak nezbytné vlastní záznamy pacienta o spánku a z nich vytvořené spánkové grafy, jelikož poruchu spánku způsobenou směnným provozem lze potvrdit pouze diachronně (Swanson et al., 2010, s. 487–494). K diagnostické rozvaze dobře poslouží také jednoduché algoritmy, tzv. rozhodovací stromy. Byly vypracovány pro farmaceutické pracovníky s cílem usnadnit poskytování odborného poradenství v lékárnách, nicméně stejně efektivně je využijí lékaři a další zdravotničtí odborníci. Základní princip jejich aplikace představuje správně vedený rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem (Vašutová, 2009, s. 75).

Ve spánkové laboratoři

Ke komplexnímu studiu lidského spánku pak slouží specializovaná zařízení, tzv. spánková centra či spánkové laboratoře, kde se používá zvláštní metodika zachycování záznamů, např. polysomnografie (Moráň, 2001, s. 104). V České republice existují tato pracoviště v Olomouci, Hradci Králové, Brně, Plzni a dalších městech. Nicméně Pretl (2005, s. 107) se domnívá, že ačkoliv množství pacientů s problémy v oblasti spánku má tendenci neustále stoupat, počet spánkových center u nás je podprůměrný. Např. v USA fungovalo v roce 2003 již 2000 spánkových laboratoří, z toho z 90% jde o pneumologická pracoviště, zbývajících 10% tvoří neurologická (Trefný, Kipp, Čelakovský, 2003, s. 32).

Jako zlatý standard pro vyšetřování spánkových procesů uvádí Moráň výše zmiňovanou polysomnografii, která současně snímá také celou řadu dalších fyziologických parametrů. Jejich množství závisí na rozsahu diagnostiky u konkrétního pacienta. Mezi tyto parametry patří elektroencefalogram, elektromyogram, elektrookulogram a elektrokardiogram. Dále dýchací pohyby hrudníku a břicha, vydechovaný proud vzduch nosem a ústy, saturace krve kyslíkem a polohy, které pacient ve spánku zaujímá. Běžné polysomnografické vyšetření se provádí v noci a trvá 6–8 hodin. Přístroje pro diagnostiku spánkových poruch se nazývají polysomnografy a existují v mnoha provedeních renomovaných světových výrobců (Moráň, 2001, s. 104).

2.5 Současné možnosti léčby poruch spánku

Jakmile je stanovena přesná diagnóza, může být naplánována a zahájena účinná terapie (Calamaro, 2008, s. 69–75). Podle Vašutové (2009, s. 75) však není zcela jednoduchou záležitostí, vyžaduje velmi komplexní a individuální přístup k pacientovi. Vzhledem k různé etiologii jsou poruchy spánku problematikou zasahující do mnoha lékařských odvětví. Uplatňuje se léčba neurologická, pneumologická či chirurgická, často se tyto poruchy řeší na úrovni primární péče (Espa-Červená, Praško, 2001, s. 29–31). Jelikož pacienti s onemocněním nespavostí mohou vykazovat mnoho příznaků, zahrnuje náležitá terapie různorodé zásahy, jejichž cílem je ovlivnit co možná nejvíce z těchto projevů (Calamaro, 2008, s. 69–75). Základní pilíře léčby poruch spánku představují metody farmakologické a nefarmakologické (Swanson et al., 2010, s. 487–494). Calamaro (2008, s. 69–75) uvádí, že nejefektivnější je léčba, která kombinuje obě tyto možnosti.

Farmakologická léčba

V současné době farmakoterapie představuje nejjednodušší a nejvíce využívanou možnost léčby spánkových poruch. Nesmíme však podcenit fakt, že s ní souvisí velké množství úskalí – negativní vliv na paměť, vývoj tolerance až závislosti a následné problémy s vysazením, změny v přemýšlení a chování, riziko pro gravidní ženy či nebezpečí kombinace s alkoholem (Moráň, 2001, s. 106). Z lékových skupin zahrnuje zvláště hypnotika, a dále antidepressiva a antihistaminika; v zahraničí dochází širokého uplatnění melatonin, označovaný jako spánkový hormon, avšak pouze ve formě potravinového doplňku, který je u nás nově dostupný na internetu pod názvem Megatonin. Přes tuto poměrně širokou nabídku ideální hypnotikum podle Vašutové neexistuje. Všechna mají více či méně nežádoucích účinků od porušení spánkové architektury po vznik tolerance či závislosti. Proto jsou doporučena pouze k řešení akutní přechodných poruch a jejich užívání by nemělo přesáhnout dobu čtyř týdnů (Vašutová, 2009, s. 71). Opakovaná preskripce a dlouhodobá terapie hypnotiky jsou naprosto nevhodné (Pretl, 2005, s. 106) – k řešení chronických poruch spánku se jako

nejefektivnější ukazuje léčba nefarmakologická (Espa-Červená, Praško, 2001, s. 29–31).

Nefarmakologická léčba

Smyslem nefarmakologických intervencí je ovlivnit faktory, které poruchu spánku zapříčiňují (Calamaro, 2008, s. 69–75). K těmto intervencím patří léčba přírodními prostředky, psychoterapie, relaxační metody, aromaterapie aj. Především se však od pacienta vyžaduje dodržování správné spánkové hygieny (Moráň, 2001, s. 106) a dále úprava jeho životosprávy a návyků souvisejích se spánkem. Následuje stručný popis některých metod:

Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je podle Vašutové (2009, s. 70) kromě dodržování pravidel hygieny spánku nejvýznamnější součástí léčby spánkových poruch. Jde o specializovanou psychologickou metodu (Pretl, 2005, s. 106), která pracuje s nespavostí, doprovodnými symptomy a typem osobnosti nemocného (Vašutová, 2009, s. 70). Kognitivní a behaviorální léčebné postupy vykazují srovnatelnou účinnost jako terapie farmakologická a jejich pozitivní působení navíc přetrvává déle, tvrdí Calamaro (2008, s. 69–75). Léčba nekombinovanou KBT způsobila zlepšení stavu u 60–70% ze vzorku pacientů a úplné vyléčení u 20–30% pacientů, a to s efektivitou delší než jeden rok (Espa-Červená, Praško, 2001, s. 29–31).

KBT se skládá ze tří částí: kognitivní, behaviorální a individuální.

- Cílem kognitivní složky je odstranění falešných postojů, jež se často na vzniku poruchy spánku podílejí. Používá metodu restrukturalizace, tzn. hledání racionálních forem myšlení, které snižuje pocity úzkosti při usínání, a metodu paradoxního záměru, kdy se pacient vědomě snaží v lůžku neusnout.
- Behaviorální složka aplikuje terapii tzv. restrikcí spánku. Jde o omezení spánku během dne a pobytu v lůžku pouze na dobu skutečného spánku, což by mělo vést k vyšší spánkové efektivitě. Dalším behaviorálním postupem je řízení stimulů, jejichž účelem je regulovat režim bdění a

spánku, např. vstávat každé ráno ve stejnou dobu, odejít z ložnice, pokud se spánek nedostaví do 20 minut apod.

- A konečně individuální složka se zabývá konkrétními problémy jednotlivých pacientů (Vašutová, 2009, s. 70).

O úspěchu tohoto typu terapie rozhoduje především dobrá spolupráce pacienta s terapeutem, zvýšená motivace a respektování větší časové náročnosti (Calamaro, 2008, s. 69–75).

Relaxační techniky

U jedinců trpících spánkovou poruchou často dochází k svalovému napětí, podrážděnosti a úzkosti, která pramení z obav z narušení spánku a z toho vyplývajících následků. To usínání ještě více zabraňuje a vede k vyčerpanosti. Relaxace je podle Červené a Praška jednou z nejúčinnějších možností, jak se napětí a strachu zbavit a dosáhnout kvalitního spánku. Jejich uplatnění je v léčbě spánkových poruch významné. K nejefektivnějším se řadí dechová relaxace, progresivní relaxace a autogenní trénink (Espa-Červená, Praško, 2001, s. 29–31).

- Dechová relaxace je krátké a nenáročné cvičení, které organismus rychle zbaví napětí, sníží podrážděnost a usnadní usínání. Praško spolu s dalšími autory uvádí, že je pomocníkem v situacích, kdy cítíme silný vztek, strach či zmatenost nebo na nás dotírají nepříjemné vzpomínky. Principem tohoto typu relaxace je zpomalení a prohloubení dechu, jenž bývá ve stresových momentech rychlý a povrchní.
- Progresivní relaxaci lze poměrně snadno nacvičit. Skládá se z několika kroků, které kombinují úmyslné svalové napětí v různých částech těla a následné uvolňování těchto partií, od hlavy až po konečky prstů u nohou. Vede k vytvoření podmíněného spojení, aplikuje se v situacích vyvolávajících napětí a stres.
- Metodu autogenního tréninku zpracoval berlínský lékař prof. J. H. Schultz. Klade důraz na vzájemné vztahy lidské psychiky, svalového napětí a vegetativního nervstva a říká, že člověk je schopen vůlí měnit napětí kosterních svalů a jejich uvolňováním docílit uvolnění psychického. Autogenní trénink stojí na principech relaxace a koncentrace a rozlišuje

nižší a vyšší stupeň, kdy nižší aplikuje postupný nácvik tíhy některých částí těla, pocitu tepla, zklidnění dechu, autosugesce apod., a vyšší kombinuje představy barev, předmětu či cesty – pro je běžnou praxí poměrně obtížný (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, s. 94).

K dosažení kvalitní relaxace a z ní vyplývajících pozitivních účinků je nezbytné získat jisté zkušenosti a praxi. Pacient se musí danou techniku nejprve naučit, nejlépe během dne, a až poté ji využívat k navození spánku. Terapeut nesmí opomenout tuto skutečnost zdůraznit, neboť počáteční neschopnost relaxovat se v mnoha případech stává naopak dalším stresorem bránícím spánku (Espa-Červená, Praško, 2001, s. 29–31).

Bylinná terapie

Léčivé rostliny jsou od nepaměti řešením téměř všech zdravotních obtíží a platí to i v případě poruch spánku. K jejich odstranění nebo alespoň zmírnění se nejčastěji využívá meduňka lékařská, třezalka tečkovaná, chmel otáčivý a kozlík lékařský.

- Meduňka lékařská (*Melissa officinalis*) působí jako mírné sedativum a stomachikum (Vašutová, 2009, s. 74). Užívá se vnitřně ve formě nálevu (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, s. 96).
- Třezalka tečkovaná (*Hypericum perforatum*) je přírodním antidepresivem, účinkuje sedativně, protizánětlivě a dezinfekčně, ovlivňuje metabolismus (Vašutová, 2009, s. 74). Užívá se ve formě nálevu či tablet (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, str. 96), a to minimálně po dobu 4–6 týdnů (Vašutová, 2009, s. 74).
- Chmel otáčivý (*Humulus lupulus*) se používá jako mírné sedativum a stomachikum (Vašutová, 2009, s. 75), často v kombinaci s kozlíkem lékařským. Vhodnou formou je opět nálev před spaním (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, s. 96).
- Kozlík lékařský (*Valeriana officinalis*) kromě nespavosti pozitivně ovlivňuje napětí, přepracování a žaludeční křeče (Vašutová, 2009, s. 75). Látky obsažené v oddenku získáme ve formě nálevu, přípravků z kořene nebo tzv. baldriánových kapek – *Tinctura valerianae* (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, s. 96).

Aromaterapie

Aromaterapie představuje metodu využívající esenciálních olejů k uklidnění mysli i těla. Oleje se získávají z extrakcí bylin a květů a vykazují značnou koncentraci, proto se nesmí aplikovat nezředěné. Do organismu pronikají pokožkou (např. při masážích a koupelích) nebo skrze čichové buňky (ve formě polštářků či sprejů). K nejúčinněji působícím při problémech se spánkem či podrážděností patří olej levandulový, ale existuje i celá řada dalších, např. bergamotový, heřmánkový, pomerančový, z růží či rostliny ylang–ylang (Heller, 2001, s. 166).

Fyzická aktivita

Pravidelný pohyb je nejen prostředkem k redukování stresu, úzkosti a depresí, ale rovněž zvyšuje touhu organismu po kvalitním a dostatečném spánku. Dlouhodobě opakovaná aerobní tělesná zátěž působí uvolňování endorfinů, které pozitivně ovlivňují lidský mozek a navozují stav relaxované bdělosti a klidu. Aerobní cvičení trvá nejméně 20 minut, je prováděno plynule v přiměřeném tempu a stimuluje svaly dolní poloviny těla – např. vytrvalostní běh, jízda na rotopedu (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, s. 94). Ve svém článku autoři Schwartz a Roth (2006, s. 2 357–2 370) tvrdí, že cvičení může usnadnit fázový posun, popř. změnu denního rytmu, podobně jako jasné světlo.

Léčba světlem

Periodický 24hodinový rytmus bdění a spánku, zajišťuje řídicí centrum v hypotalamu, suprachiasmatické jádro. Aby tyto vnitřní hodiny dokonale fungovaly, jsou ovlivňovány jasným světlem, a to zejména ranním (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, s. 88). Světlo působí změny načasování spánkových cyklů a bdělosti a omezuje produkci melatoninu (Schwartz, Roth, 2006, s. 2 357–2 370). Léčba světlem o hodnotě více jak 2500 luxů, která se aplikuje pomocí speciální lampy, může ke zlepšení spánku přispět u pacientů s poruchou cirkadiánního rytmu, s depresí či u pracujících ve směnném provozu (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004, s. 88). Právě u směnných pracovníků bylo využití světelné terapie testováno v roce 2002, a to na souboru patnácti kanadských zdravotních sester, které pravidelně pracovaly v nočních směnách. Studie ukázala,

že u sester vystavených jasnému světlu několik hodin v noci došlo k významnému posunu periodických příznaků oproti kontrolní skupině. Exponování světlu v noci způsobilo snadnější usínání po skončení pracovní doby, tedy ve dne, a bylo příčinou změny v nastavení režimu dne a noci. Jinak řečeno, respondentky uváděly snadnější a kvalitnější spánek během dne a díky tomu snížení pocitu ospalosti na nočních směnách. Nicméně toto opatření má také nezanedbatelné nežádoucí efekty, a to bolesti hlavy, problémy s přechodem na standardní denní režim a vysoké finanční náklady na pořízení světelných zdrojů. Dlouhodobé použití by připadalo v úvahu u pracovníků pracujících pouze na noční směny, avšak i u nich bychom se museli potýkat s obtížemi ve změněném vnímání dne a noci např. v době dovolené (Boivin, James, 2002, s. 556–567).

Krátký spánek

V problematice spánkových poruch byl zkoumán i vliv krátkých period spánku. Studie z roku 2006 zaměřená na 145 žen pracujících na směny neprokázala přímý vztah mezi krátkým spánkem během dne a zvýšením bdělosti a výkonu o následující noční směně, nicméně respondentky, které si v průběhu dne nezdřímly, uváděly únavu a výskyt poruch spánku častěji (Swanson et al., 2010, s. 487–494). Autorka Heller odkazuje na zkušenosti starších generací, jež „dát si přes den šlofika“ vysloveně doporučovaly. Dále tvrdí, že ze studií prováděných u univerzitních pracovníků vychází profylaktický spánek jako ochranná pojistka proti dennímu stresu, usnadňuje rozhodování, zvyšuje paměť a kreativitu (Heller, 2001, s. 108). Roční šetření zkoumající krátký spánek během noční práce u 12 mužů pracujících ve směnném provozu přineslo tyto závěry: po hodinovém spánku v průběhu směny se bdělost zvýšila; 44 % respondentů udávalo dostatek energie, menší únavu a ospalost, dvě třetiny respondentů vykazovaly nižší potřebu spánku po skončení směny (tento efekt se plně projevil až v druhém půlroce). V další studii vzorek 14 pracujících ve střídavých směnách popisoval v důsledku krátkého zdřímnutí během noční směny rychlejší reakce na podněty a výrazně nižší pocit ospalosti (Schwartz, Roth, 2006, s. 2 357–2 370). Přestože z výzkumů a zkušeností vyplývá, že krátký spánek může být jak v denním, tak nočním provozu velmi účinným prostředkem ve zvyšování pracovní výkonnosti, celkové

pohody pracujících a rovněž v prevenci úrazů a nehod, je většinou chápán jako projev lenosti či nevhodné pracovní morálky (Schwartz, Roth, 2006, s. 2 357–2 370). I zde však hraje významnou roli kulturní podmíněnost. V některých oblastech jsou krátké periody spánku společností tolerovány, zmiňme např. Japonsko, kde je krátký denní spánek (tzv. *inemuri* – „bleskový spánek“) v době přítomnosti na pracovišti běžný, či siesty v románských a středomořských zemích. Tyto přístupy mohou být podnětem pro zamyšlení a další zkoumání vztahů mezi prací a spánkem (Kucharczyk, Morgan, Hall, 2012, s. 547–559).

5 EDUKACE PACIENTA S PORUCHOU SPÁNKU

5.1 Edukace jako součást zdravotnické profese

Edukace neboli výchova, jak uvádí Velký lékařský slovník (Vokurka et al., 2005, s. 220), je aktivním procesem, na kterém se podílí široké spektrum účastníků (Haluzíková, 2008, str. 31). Termín vychází z latinského slovesa educō, educare, jehož významem je vychovávat a také vést vpřed. Autorka Juřeníková (2010, s. 9) definuje edukaci jako „proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“. Podle Haluzíkové (2008, s. 31) ji můžeme charakterizovat také jako určitý dynamický děj a Chrastina s Marečkovou (2009, s. 524) říkají, že jde o předávání informací a cílené vyučování konkrétních prvků k dosažení určitého cíle. Juřeníková (2010, s. 9) se zmiňuje, že edukace je neoddělitelně spjata se vzděláváním, tedy s postupným rozvojem vědomostí a dovedností daného jedince, jehož výsledkem je vzdělanost, a právě ta determinuje úroveň společnosti prakticky ve všech oblastech. Vzdělávání bylo v minulosti doménou především pedagogických povolání. Nyní se tento trend mění a profese, u kterých se kompetence ke vzdělávání opomíjely či ponechávaly pouze jako dílčí dovednost, získávají v této problematice podporu a uznání (Dušová, 2006, s. 6). Zdravotnická povolání k nim zcela jistě patří – podle několika autorů edukace představuje nedílnou a samozřejmou součást vykonávání zdravotnické role (Chrastina, Marečková, 2009, s. 524; Musilová, Padyšáková, 2011, s. 470). Znalosti pedagogiky při poskytování péče zdravotničtí profesionálové využívají, když napomáhají jedincům překonat překážky bránící aktivitám podpory zdraví. Záměrně působí na populaci s cílem motivovat a získat spolupráci v prevenci (Musilová, Padyšáková, 2011, s. 470). Usilují o to, aby jedinci získali potřebné dovednosti v konkrétní oblasti zdraví a především aby změnili svůj životní styl a nevhodné konání (Dušová, 2006, s. 2). Smyslem edukování ve zdravotní sféře je předat edukovanému jedinci potřebné informace, usnadnit jejich zpracování, vyjádřit mu podporu a pomoci pochopit jeho roli a zodpovědnost v péči o vlastní

zdraví (Haluzíková, 2008, s. 31). Edukací se zdravotník snaží přispět k prevenci onemocnění, udržení či opětovnému navrácení zdraví a rovněž k vyšší kvalitě života konkrétního jedince (Juřeníková, 2010, s. 11). Úloha zdravotnických pracovníků je při utváření postojů populace v oblasti péče o zdraví nepostradatelná (Chrastina, Marečková, 2009, s. 524). V celé řadě onemocnění představuje edukace jeden z klíčových prvků a dosažením aktivního zapojení nemocného do léčby se výrazně zvyšuje šance celoživotní kontroly dané choroby (Dušová, 2006, s. 7). Významné místo má edukace v oblasti prevence, jak primární, tak sekundární i terciární (Juřeníková, 2010, s. 11). Ve zdravotnickém zařízení vykazuje edukace výrazná specifika. Je součástí poskytované péče, proto musí být s touto péčí plně v souladu (Juřeníková, 2010, s. 21). V České republice se však podle Haluzíkové mnohdy považuje za jistý nadstandard, a proto při její aplikaci v praxi chybí systematičnost a přesnost, a také zpětné posouzení efektivity. Ačkoliv současní pacienti si důležitá fakta často vyhledávají předem a do zdravotnické instituce přicházejí do určité míry již informováni, zkracování doby hospitalizace s sebou nutně nese vyšší nároky na domácí ošetřování, k čemuž je kvalitní edukace nezbytná (Haluzíková, 2011, s. 122). Je na zodpovědnosti každého zdravotníka, zda přispěje ke zkvalitnění péče v této oblasti (Juřeníková, 2010, s. 8).

Sestra v roli edukátorky

Kvalitní edukování populace je záležitostí nejen lékařů, nýbrž všech členů multidisciplinárního zdravotnického týmu, a to v závislosti na míře kompetencí každého. Jednoduše to charakterizuje Vojtíšková (2006, s. 96), když píše, že na edukaci nemocného a jeho blízkých se podílí ten, kdo je s nimi ve styku. Přesto ji Haluzíková zmiňuje jako nejslabší místo zdravotnických intervencí, a to z důvodu časové náročnosti a také malé motivace ze strany lékařů. Uvádí, že v oblasti edukování by se měla uplatnit zejména sestra – sestra edukátorka (Haluzíková, 2011, s. 122). Dušová (2006, s. 7) ji považuje za jednu z funkcí ošetrovatelství. Edukace se tedy povolání sestry velmi dotýká, některé státy USA ji v rámci této profese dokonce právně definují zákonem, píše Kozierová (1995, s. 277). Již

Florence Nightingaleová, zakladatelka moderního ošetrovatelství, se domnívala, že vědomosti v oblasti péče o zdraví nelze jen slyšet, nýbrž je nutné je přijmout za vlastní a řídit se jimi (Haluzíková, 2011, s. 122). Měnící se pojetí zdraví, které zdůrazňuje vlastní aktivitu jedince v péči o sebe sama, činí výchovu ke zdraví jednou z nejvýznamnějších sesterských činností (Haluzíková, 2008, s. 31). Sestry jsou totiž často prvními členy zdravotnického týmu, se kterými se pacienti setkávají, a vysoká frekvence kontaktu s nimi jim umožňuje vytvoření důvěrné atmosféry, jíž lze při edukaci dobře využít (Chrastina a Marečková, 2009, s. 524). Edukací a výchovou ke zdraví jsou pozitivní aspekty lidského života plně podporovány a negativní odstraňovány, proto edukační aktivity tvoří neoddelitelnou součást sesterského povolání (Magurová, Svatová, Magur, 2009, s. 110).

Charakteristika edukační role sestry

Charakterizovat edukační roli sestry znamená zdůraznit její široké zaměření na podporu obnovení a/nebo udržení zdraví jednotlivce i skupiny. Prostřednictvím nových vědomostí se snaží nemocné správně motivovat a dosáhnout změny jejich postojů a přesvědčení a takto formovat uvědomělé a zodpovědné chování populace (Dušová, 2006, s. 7). Nezbytným předpokladem je holistický náhled na každého člověka – tzn. zajímat se a respektovat lidskou osobu v její celostnosti, tedy jako bytost bio-psycho-socio-spirituální (Haluzíková, 2011, s. 122). Zda výchovné působení na pacienty přinese své plody, závisí na přítomnosti několika faktorů. Je to navázání kontaktu sestry s pacientem, míra jeho zájmu, jeho spolupráce a žádoucí osobnostní vlastnosti sestry. Tyto vlastnosti Dušová popisuje v první řadě jako empatii a ochotu pomoci, komunikační schopnosti verbální i neverbální, vysokou úroveň odborných teoretických znalostí a praktických dovedností a jisté předpoklady k poradenství. Jedině tak může sestra plně dostát roli edukátorky (Dušová, 2006, s. 6–7). Vybavení těmito vlastnostmi ji uschopňuje bystře posoudit, jaké informace daný jedinec vyžaduje, zda existují překážky bránící pochopení a řízení se předávanými znalostmi. Umožňuje zvolit přijatelnou, účinnou a efektivní formu edukace, jež se tak stane prostředkem k pozitivní změně životního stylu a perspektivy nemocného (Haluzíková, 2011,

s. 122). Sestra musí být na svoji edukační roli připravovaná již při svém studiu, a to jak teoreticky, tak prakticky (Magurová, Svatová, Magur, 2009, s. 110), neboť tato úloha je nelehká, říkají autorky Musilová s Padyšákovou. Do jaké míry bude sestra využívat pedagogické metody v každodenní praxi a zda bude jejich aplikace efektivní, závisí na jejich poznání, pochopení a ověření v modelových situacích během výuky (Musilová, Padyšáková, 2011, s. 470–471). Jestliže má být edukace přínosná a účinná, je nezbytné seznámit sestry s výukovými strategiemi, jimiž se při edukování mají řídit (Haluzíková, 2011, s. 122). Musíme si uvědomit, že sestra v roli edukátorky plní velké množství úloh. Poskytuje poznatky a zkušenosti, funguje jako poradce a podporovatel pacienta. Je tvůrcem a projektantem edukačního procesu, diagnostikem pacientových edukačních potřeb a realizátorem edukace. Působí jako hodnotitel a koordinátor celého edukačního procesu (Juřeníková, 2010, s. 69). Je nezbytné, aby tuto funkci vykonávala zodpovědně, profesionálně, se zřetelem na etické normy a principy (Dušová, 2006, s. 7), neboť kromě didakticko-metodického rozměru edukace existuje i rozměr sociálně-interakční, jehož podobu určuje právě osobnost vyučujícího a styl jeho výuky (Dušová, 2006, s. 19).

5.2 Edukační proces v ošetrovatelské péči

Kterákoliv činnost, jíž se jeden subjekt učí, obvykle prostřednictvím přímého či nepřímého působení druhého subjektu, jenž vyučuje, se nazývá edukačním procesem (Dušová, 2006, s. 16). Edukační procesy probíhají po celý život, uvádí Juřeníková, od prenatálního stádia až do smrti, a podmiňují je čtyři faktory: učící se subjekt (edukant) se všemi svými individuálními charakteristikami, učící subjekt (edukátor), který je aktérem edukační aktivity, edukační realita, tedy prostředí, kde edukace probíhá, a dále plány, standardy či materiály, tzv. edukační konstrukty (Dušová, 2006, s. 7–8).

Vztáhneme-li edukační proces na oblast zdravotnictví, jak uvádí Dušová, jde o „systematickou a racionální metodu plánování a poskytování péče“, s jejíž pomocí zdravotník posuzuje stav pacienta a jeho reálné či potenciální problémy

v pečování o vlastní zdraví a dále stanovuje plány ke zhodnocení potřeb. Proces se skládá z pěti fází v tomto pořadí: posouzení vzdělávacích potřeb jedince, určení edukačních diagnóz, plánování průběhu edukačního procesu, jeho realizace a následné zhodnocení efektivity plánu, tzn. získaných znalostí edukanta (Dušová, 2006, s. 16).

- Posouzení vzdělávacích potřeb definuje Juřeníková také jako fázi počáteční pedagogické diagnostiky. Sestra-edukátorka zjišťuje stav vědomostí, dovedností a postojů pacienta a vytváří si tak podklady pro stanovení edukačních potřeb a budoucích edukačních cílů. Využívá různé metody, např. rozhovor nebo pozorování (Juřeníková, 2010, s. 21), a pátrá jak po údajích objektivních (výsledky testů, sledování aj.), tak i subjektivních (informace založené na pocitech a myšlenkách pacienta, popř. jeho blízkých).
- Při stanovení edukačních diagnóz dochází k závěrům o odpovědích jedince na konkrétní zdravotní problémy, ať již skutečné nebo potenciální. Je nutné zcela přesně specifikovat, jaké znalosti pacientovi chybí (Dušová, 2006, s. 14–15).
- Poté dochází k plánování procesu edukace. Sestra-edukátorka určuje konkrétní cíle edukace, volí strategii, metody, obsah a formu a časové rozmezí (Juřeníková, 2010, s. 21). Bere ohled na možné překážky výuky, připravuje učební pomůcky a materiály a stanoví rovněž způsob finálního zhodnocení.
- Samotná realizace edukačního procesu představuje praktické využití edukačních strategií popsanych v edukačním plánu (Dušová, 2006, s. 15).
- Realizování edukačního procesu může probíhat individuálně, ve skupině, hromadně, formou telefonického poradenství či sociální podporou (Dušová, 2006, s. 15; Juřeníková, 2010, s. 34–35). Individuální forma je ve zdravotnictví nejčastější, využívá se v ambulancích, v ordinaci praktického lékaře nebo u nemocničního lůžka (Juřeníková, 2010, s. 35).
- Zhodnocení efektivity edukace je posledním krokem edukačního procesu, kterým sestra-edukátorka zjišťuje, zda a jakou měrou bylo dosaženo stanovených cílů. Může tak učinit kladením otázek pacientovi,

sledováním, jakým způsobem provádí nově naučené dovednosti, či zápisem o celém průběhu edukace (Dušová, 2006, s. 16). Tento krok přináší možnost zpětné vazby mezi edukátorem a edukantem.

Edukační proces by sestra měla vždy sladit s uplatňováním procesu ošetřovatelského. Jejich prolnutí shrnuje následující přehled autorky Juřeníkové (2010, s. 22) – viz tabulka 3.

Tabulka č. 3 Edukace a ošetřovatelský proces (Juřeníková, 2010, s. 22)

<i>Fáze/kroky</i>		<i>Činnosti v ošetřovatelském procesu</i>
<i>Edukace</i>	<i>Ošetřovatelský proces</i>	
počáteční pedagogická diagnostika	zhodnocení/posouzení	získávání informací o pacientovi
projektování	stanovení ošetřovatelské diagnózy	stanovení ošetřovatelského problému, stanovení příčiny, projevů a důsledků těchto problémů
	plánování ošetřovatelské péče	sestavení plánu ošetřovatelské péče pro vyřešení ošetřovatelských problémů pacienta
realizace	realizace ošetřovatelského plánu	realizace intervencí pro uspokojení potřeb klienta a odstranění ošetřovatelského problému
upevňování a prohlubování učiva		
fáze zpětné vazby	hodnocení	hodnocení výsledků ošetřovatelské péče

Každý edukační proces dále obsahuje několik oblastí, jež ho charakterizují. Jsou to týmová koncepce výuky, její cíl a metodika, metody, obsah učebního programu, nejrůznější edukační pomůcky, organizace vyučování a kritéria hodnocení.

- Týmová koncepce výuky říká, že edukace probíhá v rámci týmu, jehož součástí je i pacient. Dle možností by měla zahrnovat rovněž jeho rodinné příslušníky a přátele. Kdo, kde, kdy a jakým způsobem bude vyučovat sděluje metodika výuky a klade při tom důraz na postup od jednoduchého

ke složitému, na srozumitelnost, názornost, plánovitost a jasný program s cílem.

- Cíl výuky představuje efektivní předání vědomostí a dovedností a formace pacienta k tomu, aby byl po nabytí těchto poznatků schopný samostatně a efektivně utvářet své postoje a priority.
- Jak bude sestra-edukátorka při výuce postupovat, nám říkají vyučovací metody, jež se volí dle nejrůznějších kritérií, jako je např. charakter obsahu edukace, složení účastníků a jejich dosavadní vědomosti, rámcové podmínky a v neposlední řadě také schopnosti sestry. K metodám řadíme přednášku, vysvětlování, demonstraci, cvičení, rozhovor, brainstorming hraní rolí aj.
- Pro usnadnění a zpestření výuky může sestra-edukátorka využít různé učební pomůcky, např. výukové videokazety a CD, dataprojektor, zpětný projektor, ukazovátka, pracovní listy pro pacienty poznámkové bloky nebo informační letáčky, brožury a dostupnou literaturu k danému tématu (Dušová, 2006, s. 21). Fakta v nich uvedená jsou často kvalitní, avšak psaná velmi odborně, a pacient-laik jim nemusí vždy dobře porozumět (Chrastina, Marečková, 2009, s. 525). V důsledku toho pak u něj může vzniknout pocit strachu, úzkosti, nepřiměřené chování apod. (Dušová, 2006, s. 7). Tehdy je nezbytné, aby sestra tyto informace transformovala do podoby danému pacientovi přijatelné, poněvadž primárně od zdravotnických profesionálů se předpokládá předávání kvalitních a srozumitelných poznatků (Chrastina, Marečková, 2009, s. 525).
- Přípravou organizace výuky se rozumí zajištění vyučovacího prostoru, např. odborné učebny nebo nemocničního pokoje, které nezahrnuje pouze materiální vybavení (židle, stoly, tabule aj.), ale také vhodné podmínky pro pobyt (dostatečně velký prostor, větrání, světlo atd.).
- Kritéria hodnocení edukace se týkají jak pacienta, tak sestry-edukátorky a Dušová je specifikuje např. jak pacient spolupracuje s lékařem a ostatními zdravotnickými pracovníky, jak upravuje stravu, fyzickou zátěž, jaký má pocit odpovědnosti za léčbu, jakých změn dosáhla sestra ve vědomostech,

dovednostech, postojích a chování pacienta, jakého učebního programu a metod využije apod. (Dušová, 2006, s. 21–22).

Prostředkem k uskutečnění edukace je komunikace (Juřeníková, 2010, s. 18–20). Představuje nepostradatelnou součást poskytování kvalitní ošetrovatelské péče a prolíná se všemi rovinami působení sestry. Sestra musí být schopná efektivně komunikovat jak s pacienty, tak s jejich blízkými, a v neposlední řadě s ostatními zdravotnickými pracovníky (Taliánová, Řeřuchová, 2011, s. 663). Mezi kvalitou komunikačního procesu a efektivitou edukace existuje velice úzký vztah. Kdo se chce podílet na edukační činnosti, uvádí Juřeníková, musí vykazovat nejen teoretické znalosti komunikace, ale rovněž praktické komunikační dovednosti (Juřeníková, 2010, s. 16). Uplatňuje se jak komunikace verbální (slovem, písmem, pomocí symbolů), tak také neverbální (beze slov, postojem, výrazem, vzdáleností apod.). Dalším předpokladem úspěšnosti edukace a výchovného působení jsou tzv. didaktické zásady. Kurelová (2002, s. 268) je charakterizuje jako „nejobecnější normy podmiňující úspěch pedagogické práce“, které se „vztahují na všechny stránky výuky“. Všechny zásady působí ve vzájemné shodě a řídit se jimi je vhodné nejen pro edukátora, ale rovněž pro edukanta (Juřeníková, 2010, s. 31). Patří k nim: komplexní rozvoj osobnosti edukanta, vědeckost, individuální přístup, spojení teorie s praxí, uvědomělost a aktivita, názornost, soustavnost a přiměřenost (Kurelová, 2002, s. 269–271).

Ať je již edukační proces zvolený jakýkoliv, platí, že neexistuje jen jediná správná vyučovací metoda. K dosažení určeného cíle je vhodné navzájem kombinovat jak metody klasické, tak i nové, alternativní, které výuku inovují. Efektivní výsledky vykazuje využití nejrůznějších zábavných forem edukace, a to zvláště u dětí. Sestra-edukátorka nesmí zapomenout ani na správné přístupy k edukaci dospělých pacientů, tzn. přihlížet k věku pacienta, jeho výkonnosti, fyziologickému stavu, motivaci a také předcházejícím zkušenostem s danou problematikou. Pouze edukací zaměřenou na vlastní aktivitu pacienta lze předanými poznatky pozitivně ovlivnit jeho jednání a postoje, neboť je nezbytné, aby informace nejen získal, ale také pochopil jejich obsah. Volba programu edukace závisí na dovednostech sestry, zjištěných ošetrovatelských problémech a stanovených cílech. Nikdy však

v přístupu k pacientům nesmí chybět příležitost pro poskytnutí individuální pomoci a podpory (Dušová, 2006, s. 24–29).

5.3 Edukace pacienta s poruchou spánku

Jak již bylo řečeno, nekvalitní a nedostatečný spánek, a s ním úzce spojený výskyt nespavosti, je jedním z typických charakteristik současného pracujícího člověka (Piskáčková et al., 2012, s. 11). Stěžejními pilíři moderní zdravotní péče se v současnosti stále více stávají podpora zdraví, prevence onemocnění a rehabilitace, a tento trend s sebou přináší jako jedno z možných řešení problematiky poruch spánku kvalitní a správně prováděnou edukaci (Haluzíková, 2008, s. 31). Důležitost edukace umocňuje silné determinování postoje ke zdraví obsahem a úrovní vzdělání, které ve vyspělých zemích patří k nejvýraznějším faktorům ovlivňujícím zdraví. Prostřednictvím efektivní edukace tak můžeme dosáhnout změny v hodnotovém systému jedince, zajistit mu dostatek kvalitních informací s pochopením vzájemných souvislostí a takto podpořit jeho uvědomělé rozhodování v postoji k vlastnímu zdraví či nemoci (Dušová, 2006, s. 2), a to platí i v oblasti spánkových poruch.

Při terapii a poskytování ošetrovatelské péče nemocnému s poruchou spánku je edukační činnost nesmírně důležitá (Klímová, 2003, s. 39). Calamaro (2008, s. 74) uvádí, že sestra je v rámci zdravotnické komunity v ideální pozici pro pomoc těmto pacientům omezit negativní důsledky nespavosti a obnovit kvalitu života. Kvalitně provedená edukace o spánkové hygieně a psychoterapie jsou mnohdy postačujícími intervencemi u nekomplikovaných typů nespavosti již v ambulantní péči, protože vedou k odstranění až desítky let trvajících špatných návyků (Pretl, 2005, s. 107). Jak tvrdí Červená a Praško, zahájit edukaci pacienta, který si stěžuje na problémy se spánkem, je vhodné již při jeho první návštěvě. Měla by zahrnovat obecné informace o spánku, tedy fakt, že doba trvání spánku je velice individuální a u každého odlišná, přičemž je prokázáno, že s přibývajícím věkem se zkracuje. Je třeba zdůraznit, že aktuální potíže se spánkem nemusí nutně být předzvěstí vážné choroby, jelikož i fyziologický spánek bývá přerušován

krátkými periodami probuzení, např. při přechodu jednotlivých spánkových cyklů. Podrobnější a více specifickou edukací je informování o kontrole spánkových stimulů a pravidlech spánkové hygieny (příl. č. 1 a 2), jejichž znalost by měla patřit k všeobecnému vzdělání zdravotníků (Červená, Praško, 2001, s. 29–31). Jak již bylo řečeno, dodržování těchto zásad může spánek výrazně ovlivnit a části pacientů zcela postačí (Pretl, 2005, s. 107).

Literatury zmiňující opatření pro zdravý spánek existuje velké množství. V detailech či počtu se tato doporučení mohou lišit, avšak jejich podstata je vždy stejná – upravit životosprávu, naučit se dodržovat stálý režim a omezit působení stresorů. Ať již sestra bude pacienty edukovat o správné spánkové hygieně, vytváření vhodných asociací v souvislosti se spánkem nebo provádět jakoukoliv jinou edukaci, vždy tak musí činit zodpovědně a v duchu edukačních principů. Zjednodušeně řečeno – vysvětlit nemocnému danou problematiku a její souvislosti, vyjadřovat se srozumitelně, průběžně zjišťovat, zda rozumí a sledovat jeho reakce. Seznámit ho s léčebným režimem, dodržováním konkrétních opatření, příp. s alternativními metodami terapie. Ověřit, zda nemocný předané informace chápe. Dle situace edukaci doplnit dalším informačním materiálem. Motivace a ochota ke spolupráci je vždy ovlivněna nejen vlastnostmi pacienta, ale také vzájemnými vztahy pacienta, lékaře a sestry (Vojtíšková, 2006, s. 96).

ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o vztahu mezi profesí člověka a vznikem poruch spánku. Předmět zkoumání představovala otázka, zda existují výzkumy, které potvrzují, že výkon profese přispívá ke vzniku a rozvoji poruch spánku, příp. jakých konkrétních profesí se tento vliv týká. Hlavní cíl byl specifikován do tří dílčích cílů, a to: nastínit význam spánku pro kvalitní a zdravý život člověka, dohledat poznatky o charakteristice profesí, které mohou být potenciálním rizikovým faktorem vzniku poruchy spánku a předložit informace o edukaci člověka trpícího poruchou spánku.

Prvnímu cíli se věnují kapitoly 1 a 2. Zmiňují se o fyziologii spánkových procesů a shrnují fakta o nepostradatelnosti spánku pro člověka jak z hlediska regenerace fyzických a psychických sil, tak i pro celou řadu dalších funkcí organismu (Nevšimalová, 2006, s. 342). Upozorňují rovněž na to, že v moderní společnosti se vlivem neustálého zrychlování životního tempa trvání spánku stále zkracuje (Piskáčková et al., 2012, s. 10), což potvrzují mnohé studie. Přinášejí stručné informace o prevalenci spánkových poruch v populaci a uvádí, že podle WHO se s touto poruchou setká alespoň jedenkrát za život přibližně 50 % dospělých (Espančervená, Praško, 2001, s. 29–31). Součástí jsou také tabulky, které přehledně ukazují medicínskou klasifikaci jednotlivých typů poruch spánku. Cíl 1 byl tedy splněn. Kapitola 3 se zaměřuje na druhý cíl bakalářské práce a předkládá výsledky studií, které potvrzují negativní vliv některých profesí na spánek. Bylo zjištěno, že nejvíce zdravotních, společenských a bezpečnostních komplikací způsobuje zejména příliš dlouhá pracovní doba, která zasahuje do až do doby spánku (Swanson et al., 2010, s. 487–494), a směnný provoz, neboť výrazně poškozuje pravidelný cirkadiánní rytmus organismu a je spojený s omezeným trváním spánku (Meadows, 2002, s. 16–23; Swanson et al., 2010, s. 487–494). Od tohoto se pak odvíjí míra rizika spánkové poruchy u konkrétních profesí. Nicméně mnoho autorů se shoduje, že v této problematice zatím neexistuje dostatečné množství výzkumů (Swanson, 2010, s. 487–494; Admi et al. 2008, s. 250). Většina dohledaných studií se zaměřovala na opačný problém – řešila spánkové

poruchy jako negativní faktory pro vykonávání profese. Z tohoto důvodu byl v rámci konkretizace profesí způsobujících poruchy spánku vytvořen pouze stručný nástin dle nalezených studií. Jako rizikové byly označeny profese policisty, hasiče, vojáka, zdravotníka, řidiče a stavebního dělníka. Jedna podkapitola je věnovaná také hospodářským důsledkům, které zapříčiňují pracovníci trpící poruchou spánku. Cíl 2 byl také splněn. Kapitola 4 nabízí stručný přehled o diagnostice a léčbě poruch spánku. Součástí práce je i stať o edukaci, jíž se věnuje kapitola 5. Nejprve uvádí obecné informace o edukačním působení, poté se zaměřuje na zdravotnictví a zejména sesterské povolání, jehož je edukace doménou (Haluzíková, 2011, s. 122; Dušová, 2006, s. 7; a další autoři). Popisuje zákonitosti a doporučení pro edukaci pacienta sestrou a v závěru zmiňuje důležité prvky edukování pacienta s poruchou spánku a vyzdvihuje její význam v této problematice. V příloze jsou pak uvedena základní pravidla spánkové hygieny. Cíl 3 byl rovněž splněn.

BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

ADMI, H. et al. 2008. Shift Work in Nursing: Is it Really a Risk Factor for Nurses' Health and Patients' Safety?. *Nursing Economic\$* [online]. 2008, roč. 26, č. 4, s. 250–257. [cit. 29. 5. 2013] ISSN: 0746-1739. Dostupné z:

[http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=40&sid=6bd37814-8cda-4d30-892a43aebd5b3d77%40sessionmgr 104&hid=106](http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=40&sid=6bd37814-8cda-4d30-892a43aebd5b3d77%40sessionmgr%20104&hid=106)

BAKER, F. C., WOLFSON, A. R., LEE, K. A. 2009. Association of Sociodemographic, Lifestyle, and Health Factors with Sleep Quality and Daytime Sleepiness in Women: Findings from the 2007 National Sleep Foundation “Sleep in America Poll”. *Journal of Women's Health* [online]. 2009, vol. 18, issue 6, pp. 841–849 [cit. 22. 5. 2013]. ISSN 1540-9996. Dostupné z:

<http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jwh.2008.0986>

BARGER, L. K. et al. 2009. Neurobehavioral, health, and safety consequences associated with shift work in safety-sensitive professions. *Current Neurology and Neuroscience Reports* [online]. 2009, vol. 9, issue 2, s. 155–164 [cit. 18. 5. 2013]. ISSN: 1534-6293. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11910-009-0024-7>

BOIVIN, D. B., JAMES, F. O. 2002. Circadian Adaptation to Night-Shift Work by Judicious Light and Darkness Exposure. *Journal of Biological Rhythms*. [online] 2002, roč. 17, č. 6, s. 556–567 [cit. 5. 6. 2013] ISSN: 1552-4531 Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12465889>

CALAMARO, Ch. 2008. Sleeping through the night: Are extended-release formulations the answer?. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* [online]. 2008, vol. 20, issue 2, s. 69–75 [cit. 24. 5. 2013]. ISSN: 2327-6924. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2007.00279.x/pdf>

CARTER, N. et al. 2003. Sleep debt, sleepiness and accidents among males in the general population and male professional drivers. *Current Neurology and*

Neuroscience Reports [online]. 2003, vol. 35, issue 4, s. 613–617 [cit. 27. 5. 2013]. ISSN: 1534-6293. Dostupné z:

<http://link.springer.com/10.1007/s11910-009-0024-7>

DE BARROS, V. et al. 2012. Mental health conditions, individual and job characteristics and sleep disturbances among firefighters. *Journal of Health Psychology* [online]. 2012, vol. 18, issue 3, pp. 350–358 [cit. 7. 5. 2013]. ISSN 1359-1053. Dostupné z: <http://hpq.sagepub.com/content/early/2012/04/19/1359105312443402.full.pdf+html>

DELINI-STULA, A. et al. 2007. Sleep behavior of the Swiss population: Prevalence and the daytime consequences of insomnia. *Somnologie – Schlafforschung und Schlafmedizin* [online]. 2007, vol. 11, issue 3, s. 193–201 [cit. 21. 5. 2013]. ISSN: 1439-054X. Dostupné z: [http://ascelibrary.org/doi/abs/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000211](http://ascelibrary.org/doi/abs/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000211)

DORRIAN, J., BAULK, S. D., DAWSON, D. 2011. Work hours, workload, sleep and fatigue in Australian Rail Industry employees. *Applied Ergonomics* [online]. 2011, vol. 42, issue 2 [cit. 15. 5. 2013]. ISSN: 0003-6870. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003687010000864>

DUFKOVÁ, Alena. 2012. Syndrom vyhoření – průzkumné šetření na pracovištích odborného výcviku. In: Kohutová, Ivanka et al. *Závěrečný almanach projektu „Tvorba a pilotní ověření systému dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků ve zdravotně-sociální oblasti“* [online]. Reg. č. CZ.2.17/1.1.00/32504. Praha, 2012. s. 46. [cit. 16. 5. 2013] EAN978-80-260-2696-6. Dostupné z: <http://www.szs-ruska.cz/userdata/files/oppa/alamnach-projektu-2012.pdf>

DUŠOVÁ, Bohdana. 2006. *Edukace v ošetrovatelství. II. část.* [online] Ostrava: s. n., 2006. 67 s. [cit. 3. 5. 2013] ISBN neuvedeno. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>

ESPA-ČERVENÁ, Kateřina, PRAŠKO, Ján. 2001. KBT poruch spánku: 2. česká konference kognitivně-behaviorální terapie. Kroměříž, 17–19.7.2001. *Psychiatrie*

2001[online]. Roč. 5, Suppl. 4, s. 29–31. [cit. 17. 5. 2013] ISSN: 1211-7579.
Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2001/suppl_04/11cerv.pdf

FIETZE, I. et al. 2009. Effect of the first night shift period on sleep in young nurse students. *European Journal of Applied Physiology* [online]. 2009, vol. 107, issue 6, s. 707–714 [cit. 22. 5. 2013]. ISSN: 1439-6327 Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00421-009-1181-8>

GARBARINO, S. et al. 2002. Sleep Disorders and Daytime Sleepiness in State Police Shiftworkers. *Archives of Environmental Health: An International Journal* [online]. 2002, vol. 57, issue 2, s. 167–173 [cit. 18. 5. 2013]. ISSN: 0003-9896 Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00039890209602932>

HALUZÍKOVÁ, J. 2006. Edukace pacientů s rizikem kardiovaskulární choroby. In: *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství I.: sborník příspěvků I. Slezské konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí*. [online]. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2006, roč. 1, s. 122–123. [cit. 12. 6. 2013]. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2006>

HALUZÍKOVÁ, Jana. 2008. Edukační činnost sestry. Distanční studijní opora a e-learningový kurz: projekt OP RLZ Moravskoslezského kraje cz.04.1.03/3.3.14.4/0015. Rozvoj dalšího vzdělávání v ošetřovatelství na Slezské univerzitě v Opavě. In: *Rozvoj vzdělávání v ošetřovatelství*. Vyd. 1. Opava : Slezská univerzita v Opavě. 2008, s. 31–32. ISBN: 978-80-7248-467-6.

HELLER, Barbara L. 2001. *Cesta ke klidnému spánku: 250 snadných přírodních návodů na odstranění nespavosti*. Praha: Pragma, 2001. 188 s. ISBN 978-80-7205-930-0.

HŘEBÍKOVÁ, Pavla. 2012. Rizika syndromu vyhoření v pomáhajících profesích. In: Kohutová, Ivanka et al. *Závěrečný almanach projektu „Tvorba a pilotní ověření systému dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků ve zdravotně-*

sociální oblasti“ . [online] Praha, 2012. s. 46. [cit. 16. 5. 2013] EAN978-80-260-2696-6. Dostupné z:

<http://www.szs-ruska.cz/userdata/files/oppa/alamnach-projektu-2012.pdf>

CHONG, E. & CHAN, A. 2010. Subjective Health Complaints of Teachers from Primary and Secondary Schools in Hong Kong. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, [online] vol. 16, no. 1, pp. 23–39 ProQuest Natural Science Collection. [cit. 28. 5. 2013] ISSN 1080-3548, 1080-3548.

Dostupné z: <http://www.ciop.pl/35524>

CHRASTINA, Jan, MAREČKOVÁ, Jana. 2009. Edukace klientů k provádění testů k detekci okultního krvácení do stolice. *Interní medicína pro praxi*, 2009, [online] roč. 11, č. 11, s. 524–526 [cit. 2. 5. 2013]. ISSN: 1212-7299. Dostupné z:

<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2009/11/14.pdf>

JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KLÍMOVÁ, Renata. 2003. Ošetrovatelská péče o pacienta se syndromem spánkové apnoe–hypopnoe (SAHS). In: SMOLÍK, Petr et al. *Zdravý spánek v rozvinuté civilizaci: V. celostátní sjezd: 22.–24.5.2003, Hradec Králové: sborník abstrakt*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. s. 39. ISBN 80-86225-39-9.

KOREŠ, Jindřich. 2011. *Analýza sociobiologických rytmů bipolárních pacientů* [online]. Praha, 2011. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta elektrotechnická. [cit. 18. 5. 2013] Dostupné z:

<http://cyber.felk.cvut.cz/research/theses/papers/140.pdf>

KOZIEROVÁ, Barbara, ERBOVÁ, Glenora, OLIVIERIOVÁ, Rita. 1995.

Ošetrovatelství I. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528

KRIPKE, D. F., GARFINKEL, L., WINGARD, D. L. 2002. Mortality Associated With Sleep Duration and Insomnia. *Archives of General Psychiatry* [online].

2002, vol. 59, issue 2, pp. 131–136 [cit. 29. 5. 2013]. Dostupné z:

<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=206050>

- KRYGER, M. H. 2003. Sleep disorders in a military population. *Military Medicine* [online]. 2003, vol. 168, issue 1, pp. 7–10 [cit. 29. 5. 2013]. ISSN: 0026-4075. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/217065667?accountid=16730>
- KUBIŠOVÁ, Jana. 2010. Nespavost v ambulanci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. 2010, roč. 7. č. 8 a 9, s. 335–342. [cit. 21. 5. 2013] ISSN: 1803-5310 Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/07/09.pdf>
- KUCHARCZYK, E. R., MORGAN, K., HALL, A. P. 2012. The occupational impact of sleep quality and insomnia symptoms. *Sleep Medicine Reviews* [online]. 2012, vol. 16, issue 6, pp. 547–559 [cit. 20. 5. 2013]. ISSN 1087-0792. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S108707921200007X>
- KULHAVÝ, Viktor. 2005. Podnik a zdraví. In *Vývojové tendence podniků*. Brno: ESF MU, 2005. s. 669–679, 10 s. ISBN 80-210-3847-0.
- KURELOVÁ, Milena. 2009. Didaktické zásady. In: KALHOUS, Zdeněk et al. *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2009. s. 268–269. ISBN 978-80-7367-571-4.
- LALLUKKA, T. 2010. Sleep complaints in middle-aged women and men: the contribution of working conditions and work-family conflicts. *Journal of Sleep Research* [online]. 2010, vol. 19, issue 3, pp. 466–477 [cit. 14. 5. 2013]. ISSN: 1365-2869 Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.13652869.2010.00821.x>
- MAGUROVÁ, Dagmar, SVATOVÁ, Magdaléna, MAGUR, Marcel. 2009. Rola sestry ako edukátorky pri podpore zdravia. In: *Cesta k profesionálnému ošetrovatelství IV.: sborník příspěvků IV. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí konané dne 5.–6. května 2009*. [online] Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2009, roč. 4, s. 110–117. [cit. 10. 6. 2013]. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2009>
- MALÝ, Stanislav et al. 2009. *Prevence pracovních rizik. Díl I.* [online] Praha : VÚBP, 2009. 118 s. [cit. 11. 5. 2013] ISBN 978-80-86973-76-0. Dostupné z:

http://www.vubp.cz/index.php/component/docman/cat_view/129-prevence-pracovnich-rizik

MEADOWS, M. 2002. How well are you sleeping? *FDA Consumer* [online]. 2002, roč. 36, č. 6, s. 16–23. [cit. 29. 6. 2013] ISSN: 0362-1332. Dostupné z: <http://search.proquest.com/nursing/docview/220137309/fulltextPDF?accountid=16730>

MITLER, M.M., et al. 1997. The Sleep of Long-Haul Truck Drivers. *New England Journal of Medicine*. 1997 [online]. Vol. 337, no. 11, pp. 755–761 [cit. 14. 5. 2013]. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/16513431/13EFA30F51273623C6D/1?accountid=16730>

MORÁŇ, Miroslav. 2001. Poruchy spánku. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2001, roč. 3, č. 3, s. 104–109. [cit. 14. 5. 2013] ISSN: 1212-7299. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2001/03/02.pdf>

MUMENTHALER, M., BASSETTI, C. L., DAETWYLER, Ch. J. 2008. *Neurologická diferenciální diagnostika*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 369 s. ISBN 978-80-247-2298-6.

MUSILOVÁ, E., PADYŠÁKOVÁ, H. 2011. Využitie pedagogickej metódy persúázie v podpore zdravia. In: STANČIAK, Jaroslav, CETLOVÁ, Lada. 2011. *Jihlavské zdravotnické dny 2011: sborník z mezinárodní konference, na které se účastnily Fakulta zdravotnictva Katolické univerzity v Ružomberku a Uniwersytet Rzeszowski: I. ročník, 21.4.2011, Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií* [online]. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011. s. 470–475. [cit. 6. 5. 2013] ISBN: 978-80-87035-37-5. Dostupné z: https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. 1997. Současná klasifikace poruch spánku. In: NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, ŠONKA, Karel et al. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Maxdorf, 1997. s. 57. ISBN 80-85800-37-3.

- NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. 2006. Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2006, roč. 8, č. 7–8, s. 342–347. [cit. 17. 5. 2013] ISSN:1212-7299. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdfview&pdf_id=1586
- PISKÁČKOVÁ, Zlata et al. 2012. Délka spánku u dospělé populace ve vztahu k BMI. *Hygiena* [online]. 2012, roč. 57, č. 1, s. 10–16. [cit. 7. 5. 2013] ISSN: 1802-6281. Dostupné z: <http://www.szu.cz/svi/hygiena/show.php?kat=archiv#2012-1>
- POWELL, R. et al. 2010. Sleep Deprivation and Its Consequences in Construction Workers. *Journal of Construction Engineering and Management* [online]. 2010, vol. 136, issue 10, pp. 1086–1092 [cit. 14. 5. 2013]. ISSN: 1943-7862. Dostupné z: [http://ascelibrary.org/doi/abs/10.1061/\(ASCE\)CO.1943-7862.0000211](http://ascelibrary.org/doi/abs/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000211)
- PRAŠKO, Ján, ESPA-ČERVENÁ, Kateřina, ZÁVĚŠICKÁ, Lucie. 2004. *Nespavost: zvládání nespavosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 102 s. ISBN 80-7178-919-4.
- PRETL, Martin. 2005. Nespavost v ambulanci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. 2005, roč. 2. č. 3, s. 106–108 [cit. 22. 5. 2013]. ISSN: 1803-5310 Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2005/03/05.pdf>
- PRUSIŇSKI, Antoni. 1993. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Maxdorf, 1993. 81 s. ISBN 80-85800-01-2.
- PUVANENDRAN, K. et al. 2005. Sleep deprivation in junior doctors-house officers in Singapore. *Industrial Health* [online]. 2005, vol. 43, issue 1, s. 129–132 [cit. 21. 5. 2013]. ISSN 1880.8026. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15732315>
- SHAO, Ming-Fen et al. 2010. Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2010, vol. 66, issue 7, s. 1565–1572 [cit. 23. 5. 2013]. ISSN: 1365-2648 Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2010.05300.x>

SWANSON, L. M. et al. 2011. Sleep disorders and work performance: findings from the 2008 National Sleep Foundation Sleep in America poll. *Journal of Sleep Research* [online]. 2011, vol. 20, issue 3, s. 487–494 [cit. 21. 5. 2013]. ISSN 0962-1105. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2869.2010.00890.x/pdf>

ŠEDIVÁ, Jana. 2009. Nejčastější rušitelé nočního spánku. *Diagnóza v ošetrovatelství* [online]. 2009, roč. 5, č. 5, s. 16–17. [cit. 14. 5. 2013] ISSN: 1801-1349. Dostupné z: http://www.promediamotion.cz/wpcontent/uploads/2011/04/05_2009.pdf

ŠONKA, Karel. 1997. Fyziologie spánku. In: NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, ŠONKA, Karel et al. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Maxdorf, 1997. s. 14. ISBN 80-85800-37-3.

TALIÁNOVÁ, Magda, ŘEŘICHOVÁ, Magdalena. 2011. Komunikace jako sociální dovednost sester. In: STANČIAK, Jaroslav, CETLOVÁ, Lada. 2011. *Jihlavské zdravotnické dny 2011: sborník z mezinárodní konference, na které se účastnily Fakulta zdravotnictva Katolíckej univerzity v Ružomberku a Uniwersytet Rzeszowski: I. ročník, 21. 4. 2011. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií*. [online] Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011. s. 663–668. [cit. 7. 5. 2013] ISBN: 978-80-87035-37-5. Dostupné z: https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf

TREFNÝ, M., KIPP, G. J., ČELAKOVSKÝ, P. 2003. OSAS v amerických podmínkách. In: SMOLÍK, Petr et al. *Zdravý spánek v rozvinuté civilizaci: V. celostátní sjezd: 22.–24.5.2003, Hradec Králové: sborník abstrakt*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. s. 32. ISBN 80-86225-39-9.

TROJAN, Stanislav et al. 2003. *Lékařská fyziologie*. Vyd. 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2003. 771 s. ISBN 80-247-0512-5.

- ÜNSAL, A., DEMIR, G. 2012. Evaluation of sleep quality and fatigue in hospitalized patients. *International Journal of Caring Sciences*[online]. Vol. 5, issue. 3, s. 311–319. [cit. 24. 5. 2013] ISSN: 1792-037X Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/1114167608?accountid=16730>
- VAŠUTOVÁ, K. 2009. Léčba nespavosti. *Medicína pro praxi* [online]. 2010, roč. 6, č. 2, s. 90–95. [cit. 25. 5. 2013] ISSN: 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/02/09.pdf>
- VOJTÍŠKOVÁ, J. 2006. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi* [online]. 2006, roč. 2, s. 94–96. [cit. 9. 5. 2013] ISSN:1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2006/02/12.pdf>
- VOKURKA, Martin, HUGO, Jan et al. 2005. *Velký lékařský slovník*. 5. aktual. vyd. Praha: Maxdorf, 2005. 1001 s. ISBN 80-7345-058-5.
- WESTCOTT, K. J. 2005. Modafinil, Sleep Deprivation, and Cognitive Function in Military and Medical Settings. *Military Medicine* [online]. 2005, vol. 170, issue 4, s. 333–335 [cit. 29. 5. 2013]. ISSN: 0026-4075 Dostupné z: http://www.blnc.com/news/2008/04/23/Modafinil_Sleep_Deprivation_Cognitive_Function_5509.html
- WIDMAR, R. 2003. Sleep to survive: How to manage sleep deprivation. In: *Fireengineering.com* [online]. 6. 1. 2003 [cit. 30. 5. 2013] Dostupné z: <http://www.fireengineering.com/articles/print/volume-156/issue-6/features/sleep-to-survive-how-to-manage-sleep-deprivation.html>
- ZACHOVALOVÁ, J. 2011. Kratší pracovní doba a práce přesčas – nástroj k posílení flexibilních prvků v pracovně právních vztazích? In: *Sborník příspěvků z mezinárodní vědecké konference Pracovní právo 2010* [online]. Masarykova univerzita v Brně. Právnická fakulta. [cit. 28. 6. 2013]. Dostupné z: <http://www.law.muni.cz/sborniky/pracpravo2010/Zachovalova.html>

SEZNAM ZKRATEK

BMČ – Bibliographica Medica Českoslovaca

CNS – centrální nervový systém

EEG – elektroencefalografický

ICSD – International Classification of Sleep Disorders

(Mezinárodní klasifikace poruch spánku)

KBT – kognitivně-behaviorální terapie

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 – Poruchy spánku a bdění dle klasifikace ICSD–1990

Tab. č. 2 – Poruchy spánku a bdění dle klasifikace ICSD–2005

Tab. č. 3 – Edukace a ošetrovatelský proces

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. č. 1 – Desatero spánkové hygieny

Příl. č. 2 – Metoda kontroly stimulů

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Desatero spánkové hygieny

Následující přehled pravidel spánkové hygieny představuje souhrn informací z několika pramenů. Zvláštní pozornost jejich plnění by měli věnovat zvláště lidé, kteří jsou rizikovým podmínkám pro vznik spánkových poruch vystaveni (Vašutová, 2009, s. 70).

1. Spánek během dne zcela vynechat nebo jej redukovat pouze na 30–45 minut.
2. Vyhradit si denně volnou chvíli pro přemítání nad problémy, jež se obvykle vybavují těsně před usnutím (tzv. worry time).
3. V pozdějších odpoledních se vyhnout konzumaci potravin, které působí povzbudivě, tedy kávé, černému a zelenému čaji, coca-cole, čokoládě, těžkým jídlům a nápojům s obsahem stimulancií. Povzbuzující účinek má také alkohol a nikotin, proto je nezbytné je rovněž vynechat, zejména nepít a nekouřit „na spaní“ či během nočních probuzení. Naopak vytvořit si rituál pití vhodného bylinkového čaje, popř. teplého mléka (obsahuje prekurzor serotoninu tryptofan, který je významným faktorem pro usínání).
4. Věnovat se pravidelně pohybové aktivitě, ne však později než 3 hodiny před ulehnutím.
5. Ve večerních hodinách se nezabývat činnostmi, jež by mohly způsobit rozrušení.
6. Místnost určená pro spánek by měla být vnímána jako klidná, příjemná a bezpečná. Důležitými předpoklady jsou optimální teplota, čerstvý vzduch, tma a minimalizace rušivých prvků (např. hluk). Postel i prostor ložnice jako takový užívat pouze ke spánku a sexuálnímu životu (což vyžaduje odstranit také televizi).
7. Neuléhat dříve, než se dostaví pocit ospalosti.

8. Pokud se nepodaří usnout do 30 minut, vstát a věnovat se „vhodné noční aktivitě“, jako je četba, poslech hudby apod. (ne sledování televize). Opět ulehnout, až dostaví pocit ospalosti.
9. Pobyť v lůžku omezit na 7–8 hodin během noci.
10. Dodržovat pravidelnou dobu ranního vstávání, a to i během víkendů a dovolené (Červená, Praško, 2001, s. 29–31; Vašutová, 2009, s. 70; Pretl, 2005, s. 107).

Příloha č. 2 – Metoda kontroly stimulů

Tato metoda vychází z teorie, že u pacienta postiženého poruchou spánku nejsou momenty předcházející ulehnutí, okolnosti související se spánkem i lůžko samotné spojovány s klidným spánkem, odpočinkem a relaxací, ale s únavou, úzkostí a pocitem nevyspání. Jejím cílem je obnovit asociační vazbu „postel-spánek“ a dopomoci k tomu má několik pravidel, velmi podobných zásadám spánkové hygieny. Některé prameny je uvádějí společně, nicméně autorka Červená ve svém článku vysvětluje, že zásady spánkové hygieny jako takové zahrnují i činnosti, které nelze zařadit do kategorie vlastního operantního podmiňování, a z toho důvodu kontrolu stimulů uvádí zvlášť:

1. Lůžko nepoužívat k jiné činnosti než ke spánku a sexuálnímu životu. Je striktně zakázáno v lůžku číst, sledovat TV, jíst apod.
2. Uléhat, pouze cítíme-li se ospalí.
3. Jestliže se po 15–20 minutách spánek nedostaví, vstát, přesunout se do jiné místnosti a věnovat se klidné, nenáročné činnosti. Na lůžko se vrátit jen v případě, že se vrátí pocit ospalosti.
4. Uvedený postup opakovat, dokud spánek nepřijde. Pokud se nepodaří usnout celou noc, je důležité si uvědomit, že jednu noc nespát není pro organismus nebezpečné a následující den usneme o to lépe.
5. Nikdy neuléhat přes den, ani tehdy, cítíme-li se velmi ospalí. Je nutné vydržet až do doby předem stanovené k ulehnutí.
6. Dodržovat pevně stanovenou dobu uléhání a vstávání, a to i ve dnech volna. Při vstávání používat budík.
7. Vytvořit si vlastní rituály předcházející ulehnutí – tyto činnosti budou po určité době provádění samy asociovány se spánkem (Espa-Červená, Praško, 2001, s. 29–31).