



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství

Bakalářská práce

Porucha spánku jako ošetřovatelská diagnóza

Vypracoval: Erika Hanzalová
Vedoucí práce: Mgr. Pavel Scholz, Ph.D

České Budějovice 2014

Abstrakt

Název práce:

Bakalářská práce se zabývá poruchou spánku jako ošetrovatelskou diagnózou.

Základní teoretická východiska

Toto téma je aktuálním problémem u mnoha hospitalizovaných pacientů. Sestry by neměly brát na lehkou váhu problémy se spánkem u svých pacientů. Většina z nich totiž přichází do nemocnice již s těmito problémy, i když jsou hospitalizováni z jiného důvodu. Nespavost a jiné poruchy spánku by nikdo neměl podceňovat. Tyto problémy je třeba řešit co nejdříve, aby se předešlo případným komplikacím. Potřeba spánku je u každého jedince individuální a je závislá na mnoha faktorech. Ovlivňuje ji denní aktivita, prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje, a mnoho dalších biologicko – psychologických příčin.

Práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a empirickou. Teoretická část je věnována spánku jako takovému, jeho fázím, faktorům ovlivňujícím spánek, jednotlivým spánkovým poruchám, diagnostice spánku a jeho léčbě, která je rozdělena na farmakologickou a nefarmakologickou. V neposlední řadě se teoretická část zabývá ošetrovatelským procesem a jeho fázemi u pacienta, u kterého byla stanovena ošetrovatelská diagnóza porucha spánku.

Cíl práce

V empirické části jsme stanovili jeden cíl práce. Cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku u pacientů.

Položili jsme dvě výzkumné otázky: 1. Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku u pacientů? 2. Jaké obtíže se spánkem řeší sestry u pacientů, kteří jsou součástí výzkumného souboru?

Použitá metodika

Ke zpracování empirické části bakalářské práce bylo použito kvalitativní šetření. Sběr dat byl realizován formou polostrukturovaných rozhovorů. Standardizované otázky byly podle potřeby rozšířeny doplňujícími otázkami. Výzkum probíhal v Nemocnici České Budějovice, a. s. na neurologickém a gynekologicko – porodnickém oddělení. O povolení výzkumného šetření byla písemně požádána hlavní sestra nemocnice. Obě tato

pracoviště obdržela předem připravená jednotlivá témata rozhovoru a otázky. Zkoumaný soubor tvořilo 12 respondentů, z toho 6 sester pracujících na neurologickém a gynekologicko – porodnickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. a 6 hospitalizovaných pacientů na těchto odděleních. Jedná se o pacienty, u kterých byla stanovena ošetrovatelská diagnóza porucha spánku a o sestry, které tuto ošetrovatelskou diagnózu u daného pacienta stanovily. Na začátku rozhovorů byli všichni respondenti informováni o anonymitě a ujištěni, že získané informace poslouží pouze pro účel této bakalářské práce. Před zahájením rozhovorů byla všem respondentům sdělena podstata výzkumného šetření. Bylo použito dvou typů rozhovorů, pro pacienty a pro sestry. Sestrám bylo položeno 15 otázek a pacientům 12. Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány do jednotlivých kazuistik a na základě toho byly vytvořeny 4 kategorie. Sběr dat probíhal v období od 6. 1. – 27. 2. 2014.

Výsledky

Výsledky zjištěné v tomto výzkumném šetření jsou v diskuzi porovnány s odbornou literaturou. Z výsledků vyplývá, že sestry u svých pacientů provádí ke zkvalitnění jejich spánku především tato opatření: větrání v pokoji pacientů, úpravu lůžka, dodržování nočního klidu a pomoc s večerní hygienou. Většina dotazovaných pacientů byla o opatřeních ke zlepšení spánku informována a opatření měla pozitivní efekt. Všichni dotazovaní pacienti byli s ošetrovatelskou péčí sester za poslední dva dny spokojeni. Dále z kazuistik a z tabulek vyplývá, že sestry u svých pacientů řešily především tyto dva problémy: problém usnout a časté buzení.

Závěr

Poznatky, které jsem zpracováním této bakalářské práce získala, se budu snažit využít v mém budoucím povolání sestry. Tyto výsledky mohou také posloužit studentům jako podkladový materiál pro vypracování jejich prací a lepší informovanost sester o problematice poruch spánku u hospitalizovaných pacientů. Dále by mohly sloužit jako zpětná vazba pro nemocnici, ve které bylo šetření realizováno.

Klíčová slova

ošetrovatelská diagnóza, spánek, poruchy spánku, sestra, pacient, ošetrovatelský proces

Abstract

Title of the work:

This bachelor's work deals with somnopathy as a nursing diagnosis.

Principal theoretical bases

This topic has been current problem for many hospitalized patients. The nurses should not take the somnopathy for light problem of their patients. Majority of them come to hospital suffering from the somnopathy even though they are hospitalized for some other reason. Insomnia and some other sleeping disorders should not be undervalued by anybody. These problems ought to be solved as soon as possible in order to prevent potential complications. The need of sleep is an individual matter for overwhelming majority of people and depends on many factors. It is affected by daily activities, environment in which particular individual finds himself and may other biological and psychological causes. This bachelor's work is divided into the following two parts: theoretical part and empiric part. The theoretical part deals with sleep as such, specifying its phases, factors affecting sleep, identifies individual sleep disorders, sleep diagnosis and its therapy, which is divided to the following two: pharmacological and non-pharmacological. As last but not least the theoretical part deals with nursing process and its phases with regard to a patient who was diagnosed nursing somnopathy.

Goal of the work

In the empiric part the following goal has been set. The aim has been to find out specific items of nursing within the scope of nursing somnopathy diagnosis with patients. The following two research questions have been set meeting the goal: 1. What are the specific things of nursing care within nursing diagnosis of somnopathy with patients ?, 2. What are sleeping troubles solved by nurses who are the integral part of our research group?

Methodology applied

For the purpose of elaboration of the empiric part of the work it was the qualitative examination that was used. Data acquisition was performed by semi-structured interviews. Standard questions were expanded when necessary by using supplemental

questions. The research itself took place in Neurological and Gynecological-Maternity Ward of the Hospital of the City of České Budějovice, The chief nurse of the aforementioned hospital was approached beforehand and asked for permission. Both workplaces were submitted both prepared intended topics and questions for their consideration, the whole group of respondents consisted of 12 respondents of which there were 6 nurses working in Neurological and Gynecological-Maternity Ward of the Hospital of the City of České Budějovice and 6 patients hospitalized in the ward. S far as the patients are concerned it is important to mention that these patients were diagnosed nursing somnopathy and of course the nurses were those who diagnosed the somnopathy. In the very beginning of interviewing all respondents were informed about the purpose of the research and assured that everything in connection with the research was anonymous and all pieces of information gained should be used only for this bachelor's work. At the same time i.e. at the very beginning all respondents were informed about the purpose and basis of the research examinations to be carried out. To types of interviews were applied one for nurses and the other for patients. The nurses were put 15 questions and patients 12 questions. The results of the research examinations were processed into individual case reports and on this basis 4 categories has been created. The data acquisition was performed within the following time period beginning January 6 till February 27 2014.

Results

The results achieved in these research examinations are compared with the same or similar results published in professional literature = and of course discussed.

The results can be summarized as follows. The nurses for their patients perform the following measures taken to improve quality of sleep for their patients: airing the patient's rooms, making their beds, keeping their eyes on observing night silence and assistance with evening hygiene. Majority of the patients interviewed were informed about the measures to be taken for improving the quality of sleep and they showed positive attitude resulting in positive effect. All of the interviewed were satisfied with nursing care provided in last two days. Moreover the tables in the case reports show that the nurses were solving the following problem regarding the patients sleep: the problem

arising from falling asleep and frequent waking up during the night.

Conclusion

The knowledge that I have gained by elaborating this bachelor's work I will do my best to make use of it in my future work as a nurse. The results can be used by students as a basis for elaborating their works and higher level of nurse information regarding the problems of somnopathy of the hospitalized patients. Furthermore the results may be used as a feedback for the hospital itself in which the research work has been performed.

Key words

Nursing diagnosis, sleep, somnopathy, nurse, patients, nursing process

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Datum.....

.....

Erika Hanzalová

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavlu Scholzovi Phd. za cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za poskytnutí rozhovorů. A v neposlední řadě děkuji mé rodině a blízkým za podporu, pomoc a toleranci.

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	11
ÚVOD.....	12
1 SOUČASNÝ STAV	14
1.1 SPÁNEK A JEHO VÝZNAM.....	14
1.1.1 Fáze spánku.....	14
1.1.2 Faktory ovlivňující spánek.....	15
1.2 SPÁNKOVÉ PORUCHY.....	16
1.2.1 Insomnie.....	16
1.2.2 Hypersomnie.....	17
1.2.3 Parasomnie.....	20
1.3 DIAGNOSTIKA PORUCH SPÁNKU.....	21
1.4 LÉČBA PORUCH SPÁNKU.....	23
1.4.1 Farmakologická léčba.....	23
1.4.2 Nefarmakologická léčba.....	25
1.5 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S PORUCHOU SPÁNKU.....	28
1.5.1 Posouzení – získávání informací.....	29
1.5.2 Diagnostika.....	29
1.5.3 Plánování a realizace.....	31
1.5.4 Zhodnocení efektu poskytnuté péče.....	33
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
2.1 CÍL PRÁCE	34
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	34
3 METODIKA PRÁCE	35
3.1 POUŽITÉ METODY	35
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	36
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	37
4.1 KAZUISTIKY	39
4.2 KATEGORIZACE ZÍSKANÝCH DAT	50
5 DISKUZE	56

6 ZÁVĚR	61
7 POUŽITÁ LITERATURA	63
8 KLÍČOVÁ SLOVA	69
9 PŘÍLOHY	70

Seznam použitých zkratek

a kol.	a kolektiv
apod.	a podobně
ATB	antibiotikum
atd.	a tak dále
BMI	body mas index
CNS	centrální nervový systém
EEG	elektroencefalogram
EMG	elektromyograf
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
ICSD	International Classification of Sleep Disorders, Mezinárodní klasifikace poruch spánku
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
MSLT	multi Sleep Latenci test (Test mnohočetné latence usnutí)
NANDA	International - North American Association for Nursing Diagnosis International (Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku)
např.	například
NÚ	nežádoucí účinek
O ₂	kyslík
ORL	oddělení otorinolaryngologie
s.	strana
SAS	spánkový apnoický syndrom

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě neustále se zvyšující aktuálnosti dané problematiky a také proto, že s poruchou spánku jsem se setkala osobně a trpí jí i lidé, se kterými se denně setkávám. Ráda bych touto prací poukázala na problematiku spánku u hospitalizovaných pacientů a také na to, že by zdravotnický personál spánkové poruchy u svých pacientů neměl nijak podceňovat. Myslím si, že i když mnoho lidí ví, že spánek je velice důležitý pro správné fungování jejich organismu a pro jejich zdraví, nevěnují pravidelnému spánku potřebnou pozornost. Důvodem je, že většina z nich vede velice zaneprázdněný a hektický život, a tak nemá čas si všimnout znamení, která je na problém se spánkem upozorňují. Právě proto by sestry neměly brát na lehkou váhu problémy se spánkem u svých klientů. Většina z nich totiž přichází do nemocnice již s těmito problémy, i když jsou hospitalizováni z jiného důvodu. Nespavost a jiné poruchy spánku by nikdo neměl podceňovat. Spánkem trávíme přibližně jednu třetinu našeho života. Slouží jak k psychickému, tak i k fyzickému odpočinku. Potřeba spánku je individuální a závisí na věku, denní aktivitě a celkovém stavu organismu. Délka a kvalita spánku se mění s přibývajícím věkem.

Jakmile nastanou problémy se spánkem, je třeba je pozorovat a pokud mají delší trvání a začnou negativně zasahovat do našeho života, znamená to, že něco není v pořádku. Tyto problémy je třeba řešit co nejdříve, aby se předešlo případným komplikacím. Pokud se tedy objeví příznaky poukazující na poruchu spánku, je nutné detailnější vyšetření, o kterém rozhoduje lékař. Intenzita příznaků určuje podrobnosti vyšetření. Včasná diagnostika a léčba poruch spánku u hospitalizovaných pacientů je velice důležitá. Lze tak předejít následným komplikacím.

V teoretické části bakalářské práce se zaměřuji na spánek jako takový, na jeho fáze, poruchy, diagnostiku, léčbu a ošetrovatelský proces.

Ve výzkumné části se zabývám specifiky ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku u pacientů. Výzkumný soubor tvoří dvě skupiny respondentů – pacienti s ošetrovatelskou diagnózou porucha spánku a sestry,

které tuto diagnózu stanovily. Výzkumné šetření probíhalo na gynekologicko – porodnickém a neurologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 *Spánek a jeho význam*

Střídání období klidu a aktivity patří mezi základní vlastnosti všeho živého na Zemi (Praško a kol., 2004). Spánek lze charakterizovat jako stav snížené mentální a pohybové aktivity, během kterého dochází k obnově psychických a fyzických sil (Kukačka, 2009). Ve spánku se uchovává energie, snižuje se základní metabolismus, klesá spotřeba kyslíku, srdeční aktivita a tepová frekvence. Dále se snižuje tělesná teplota a hladina cukru v krvi. Spánek pomáhá regenerovat celé tělo a ovlivňuje psychickou kondici. Je významný pro vývoj mozku, učení a paměť (Borzová a kol., 2009). Je třeba si uvědomit, že kvalita našeho života závisí do značné míry na kvalitě našeho spánku (Nevšimalová, Růžička, Tichý, 2005).

1.1.1 *Fáze Spánku*

Ve spánku se střídají jednotlivé spánkové fáze a stádia. Rozlišujeme dvě odlišné fáze spánku non-REM pomalý spánek a REM spánek – spánek rychlých pohybů očí.

Non-REM fáze je spánek vývojově mladší. Má pomalou EEG aktivitu. Probuzení z non-REM fáze je nefyziologické, člověk tak nedosáhne dokonalé regenerace sil a cítí se unavený (Trachtová a kol., 2006). Non-REM fáze má čtyři stádia:

- I. stadium – nejlehčí spánek, člověk je ospalý, relaxovaný, klidný, klesá frekvence srdce a dýchání.
- II. stadium – lehký spánek, ve kterém se zpomalují procesy organismu.
- III. stadium – středně hluboký spánek, svalová relaxace, pokles TK a tělesné teploty, obtížné probuzení.
- IV. stadium – hluboký spánek, klesá frekvence dýchání a srdce o 20-30%, úplná svalová relaxace, fáze nastává za 30-40 minut po usnutí. Jedná se o období regenerace fyzických a psychických sil organismu .

REM fáze je spánek vývojově starší, který je řízený noradrenalinem. Tato fáze je

charakteristická rychlými pohyby očí a aktivními sny (Mikšová, 2006). V REM fázi dále dochází k přesunu EEG vln do vyšších pásem, svalový tonus je snížený a objevují se tělové záškuby. Frekvence srdce a dýchání je nepravidelná, zvyšuje se metabolismus, tělesná teplota a sekrece žaludečních šťáv (Trachtová a kol., 2006). Sny se objevují i v non-REM fázích (hlavně v posledních dvou stádiích), ale v REM fázi se zdá většina snů. V REM fázi si člověk po probuzení běžně obsah snů vybavuje (v non-REM fázích většinou nikoliv). REM fáze je významná pro konsolidační fázi paměti – pro uložení vzpomínek z krátkodobé do dlouhodobé paměti (Kalvach, 2004).

1.1.2 Faktory ovlivňující spánek

Spánek může ovlivňovat řada faktorů. Dělíme je na faktory fyzické, psychické, faktory životního prostředí, sociální faktory a životního stylu.

Mezi *fyzické faktory* patří věk. V průběhu života se mění celková délka spánku. Průměrná délka spánku u novorozence je 16 hodin, u starého člověka 6-7 hodin. Ve stáří bývá spánek přerušovaný a posouvá se cyklus spánek – bdění (Tomagová, Bóriková, 2006). Nemoc je další fyzický faktor ovlivňující spánek. Nemoc narušuje normální spánkový rytmus, a proto nemocný člověk potřebuje více spánku než člověk zdravý. Bolest, dušnost, podávání ATB a obavy ze zákroku jsou příčinou problémů se spánkem u nemocných. Kvalitu spánku též ovlivňují nesprávné stravovací návyky, snížení nebo zvýšení tělesné hmotnosti, zvýšený příjem tekutin před spánkem, pohyb a aktivita (Trachtová a kol., 2006).

Mezi *psychické faktory* patří vystupňované pozitivní i negativní emoce (strach, radost, hněv), negativní myšlenky, stresory (narušení soukromí, jiné prostředí), které vyvolávají stres (Tomagová, Bóriková, 2006). Dále mezi psychické faktory patří sedativa a stimulační drogy (aktivují mozek k vyšší činnosti, a tak mohou znemožňovat usínání).

Faktory životního prostředí mají pro kvalitu spánku také veliký význam. Patří sem nadměrný hluk, světlo, které omezuje uvolňování spánkového hormonu melatoninu, nepříjemný zápach, nepohodlná postel a okolní teplota (Kukačka 2009).

Mezi *faktory sociální* řadíme rozvod, odchod do důchodu, propuštění ze

zaměstnání, finanční problémy, ztrátu partnera, disharmonii v rodině a jiné.

Faktory životního stylu mají na kvalitě našeho spánku také svůj podíl. Nepravidelný režim dne, sedavý způsob života, kouření, konzumace alkoholu nebo jiných psychostimulancií negativně ovlivňují náš spánek (Tomagová, Bóriková, 2006).

1.2 Spánkové poruchy

„Poruchy spánku jsou objektivní anebo subjektivní změny normálního průběhu spánku, které mohou působit na člověka rušivě až omezeně“ (Slezáková, 2006, s. 137). Fragmentace spánku, která je provázená častou změnou spánkových stádií, bdělostí a nižší efektivitou spánku, je rizikový faktor pro vznik metabolického syndromu včetně diabetu 2 typu a obezity. Dále přináší velké riziko vzniku poruch endokrinního a imunitního systému. Častým důsledkem je vznik psychiatrických poruch, mezi které patří i deprese (Skálová, 2008). Existují klasifikační systémy spánkových poruch, které se od sebe liší. Nejčastěji se používá Mezinárodní klasifikace poruch spánku (ICSD).

1.2.1 Insomnie

„Insomnie (hyposomnie) neboli stálá insomnie je nejčastější poruchou spánku. Jedná se o nedostatek nebo sníženou kvalitu spánku“ (Mikšová, 2006, s. 126). Tato porucha se řadí stejně jako hypersomnie (viz kapitola 1.2.2) mezi dyssomnie, které se týkají kvality a kvantity spánku.

Rozlišujeme několik typů insomnií. Iniciální insomnie se vyznačuje problémy s usínáním; intermitentní nebo stálá insomnie je narušení kontinuity spánku, terminální insomnie je předčasné probouzení a imaginární insomnie, když lidé usínají bez problémů nebo spí déle, než sami uvádějí (Mikšová, 2006).

Podle příčin známe insomnii psychofyzickou (naučenou). Vyskytuje se nejčastěji. Dále může být vyvolána z důvodu duševní poruchy, z důvodu neurologické poruchy a organickým postižením mozku např. Parkinsonovou chorobou, různými druhy demencí, stavy po úrazech hlavy atd.

Insomnii dále rozdělujeme podle délky trvání na akutní, která není delší než čtyři týdny, subchronickou, jejíž trvání je do šesti měsíců, a chronickou - delší než šest měsíců (Borzová a kol., 2009).

1.2.2 *Hypersomnie*

„*Hypersomnie je zvýšená, nadměrná denní spavost*“ (Ambler, 2006, s. 204). Nemocní se cítí ospalí a nesoustředění. Mezi spouštěče hypersomnie patří hormonální změny, např. těhotenství, klimakterium, deprese, úzkost, poškození CNS, onemocnění ledvin, jater a některé metabolické poruchy. Mezi příznaky hypersomnie patří prodloužený noční spánek o délce 9-12 hodin, někdy i déle. Po probuzení se nemocní cítí být nevyspalí a velice unavení. Mají problémy s ranním vstáváním. Lidé s touto poruchou jsou ospalí při klidné, monotónní činnosti, jako je sledování televize, cestování městskou hromadnou dopravou a delší jízdě autem. Často trpí bolestmi hlavy, nižším krevním tlakem a udávají pocit chladných rukou (Borzová a kol., 2009). Hypersomnii lze rozdělit na primární a sekundární.

Primární hypersomnie zahrnuje narkolepsii, idiopatickou hypersomnii a Kleineho – Levinův syndrom.

Narkolepsie se projevuje náhle nekontrolovatelnými záchvaty spánku. Bývá provázená kataplexiemi, které jsou charakteristické ochablostí svalů nejčastěji na dolních končetinách, kdy nemocný je v bdělém stavu. (Nevšímalová a kol., 2005, Nevšímalová, Růžička, Tichý, 2005). Postižený člověk „narkoleptik“ upadá během dne náhle do spánku, který se nedá vůlí potlačit, a proto komplikuje běžný život, například tím, že nemůže vlastnit řidičský průkaz a často musí do invalidního důchodu. Dále je toto onemocnění doprovázeno spánkovou obrnou a hypnagogickými halucinacemi. Spánková obrna postihuje celé tělo kromě dýchacích svalů (Nevšímalová, Růžička, Tichý, 2005). I když je nemocný zcela při vědomí, nemůže se hýbat, což opakovaně navozuje úzkost. Tento stav lze přerušit dotekem jiného člověka nebo zvukem. Hypnagogické halucinace jsou halucinace v oblasti všech smyslů. Vyskytují se před usnutím nebo po probuzení, mají často charakter přetrvávajícího snu a trvají od několika vteřin po minuty (Seidl, Obenberger, 2004).

Idiopatická hypersomnie je nadměrná potřeba spánku s velice obtížným probouzením. Stav po probuzení připomíná opilost, a proto bývá označována jako spánková opilost (Nevšimalová, Růžička, Tichý, 2005). Během tohoto stavu nejsou nemocní schopni složitější mentální aktivity. V polospánku se oblékají, snídají a ve většině případech „vystřízliví“ až na čerstvém vzduchu. Nejosvědčenějším prostředkem, který urychluje definitivní probuzení, je studená sprcha (Nevšimalová, Šonka, 2007).

Kleineho-Levinův syndrom (rekurentní, periodická hypersomnie) je vzácné onemocnění, které se projevuje ataky spánku doprovázené případně bulimií, polydipsií a poruchami chování (např. agresivita). Stav začíná bez vnější příčiny během několika minut. Nemocný usíná a především na začátku epizody je spánek téměř trvalý (18 a více hodin za den), ale nekvalitní. Většinou se jedná o povrchní spánková stádia bez cyklického uspořádání, která jsou přerušovaná opakovanými probuzeními. Tento stav trvá 3-21 dní a může se i víckrát opakovat.

Sekundární hypersomnii dělíme na spánkový apnoický syndrom, syndrom neklidných nohou, periodické pohyby dolních končetin a poruchy cirkadiánní rytmicky.

Spánkový apnoický syndrom (SAS, syndrom spánkové apnoe, sleep apnea syndrome) je způsoben opakovaným přerušováním pravidelného dýchání ve spánku – apnoickými pauzami, které mohou trvat 10 sekund a více (Nevšimalová, Růžička, Tichý, 2005). Příčinou SAS je zhoršená průchodnost (obstrukce) dýchacích cest nebo centrální změny v řízení dýchání. Ve většině případech se doprovodně vyskytuje i hlasité chrápání (Orel, 2012). Mezi symptomy této poruchy patří denní hypersomnie, únava, bolesti hlavy, snížený psychomotorický výkon, časté noční probuzení, poruchy koncentrace, náladovost a poruchy osobnosti (Ambler, 2006). Spánkový apnoický syndrom se dělí na centrální a obstrukční spánkovou apnoe. *Centrální spánková apnoe* (vážne stimulace k dýchání z mozku) – tvoří 10% apnoí, jsou dány kmenovou poruchou regulace k dýchání nebo hyposenzitivitou na hypoxii. *Obstrukční apnoe* se vyskytuje častěji než centrální a vyznačuje se specifickým chrápáním (Alchanatis, MacFarlane, Schiza, 2012). Pravidelně hlasité dýchání, při kterém pozvolna klesá dechová aktivita, střídá opakované inspirační úsilí. Při tomto úsilí se zcela zastaví proudění vzduchu v kolabovaných dýchacích cestách. Po apnoi nastává nová inspirační aktivita, kterou

provází hlasité chrápání a krátké probuzení (Seidl, 2008). Spánkový apnoický syndrom je rizikovým faktorem pro vznik vysokého tlaku, ischemické choroby srdeční a cévních mozkových příhod. Nemocní trpící těžkým SAS se dožívají nižšího věku (Nevšímalová, Růžička, Tichý 2005).

Syndrom neklidných nohou lze charakterizovat jako nepříjemné pocity vyznačující se tupou bolestí v dolních končetinách. Tyto bolesti se objevují v klidu, v teple a hlavně večer, než nemocný usne. Potíže ustupují při chůzi a pohybu končetinou, což znemožňuje normální spánek. Syndromem neklidných nohou trpí především těhotné ženy a starší lidé, někdy i lidé s nefropatií a polyneuropatií (Ambler, 2006).

Periodické pohyby dolních končetin jsou pravidelné, rytmicky se opakující a krátce trvající pohyby (zhruba 1 vteřinu) zejména jedné dolní končetiny, výjimečně obou končetin. Pohyb spočívá nejčastěji v natažení palce, pokrčení v hlezni, koleni a kyčli (Borzová a kol., 2009). Pohyby se opakují zhruba po 20-40 sekundách. Tento typ spánku trvá desítky minut až hodiny a je v době pohybu nekvalitní, což vyvolává u nemocného pocit nevyspaní a ospalost (Ambler, 2006).

Poruchy cirkadiánní rytmicity vznikají odlišným „načasováním“ nemocného s rytmem střídání dne a noci (Nevšímalová, 2007). Nejčastěji se vyskytují u lidí pracujících ve směnném provozu (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010). Nejčastější poruchou vznikající při narušení cirkadiánní rytmicity je syndrom změny časových pásem - *jet lag syndrom* (Nevšímalová, 2007). Příznaky specifické pro tento syndrom jsou - porucha usínání a soustředění, malátnost, únava a ospalost během dne. Ojedinele se vyskytují bolesti hlavy, zažívací obtíže a nechutenství. Do tří dnů se upraví rytmus spánek/bdění (Závěšická, 2010). V produktivním věku je velice častá *porucha spánkového rytmu* navozena směnným režimem. Lidé pracující ve směnném provozu často trpí přechodnými poruchami usínání a kontinuity spánku, která je provázena zvýšenou denní ospalostí. Ke zlepšení, či zcela upravení tohoto stavu dochází několik dnů po skončení nočních směn. Další poruchou je *syndrom zpožděné fáze spánku*, pro který je typické usínání v noci kolem druhé až třetí hodiny a probouzení v pozdně dopoledních až poledních hodinách. Vyskytuje se nejvíce u adolescentů a přetrvává do dospělosti. Opakem je *syndrom předsunuté fáze spánku*, kdy jedinec usíná v časně

večerních hodinách (kolem 18-20. hod.) a probouzí se v nočních hodinách (1 - 3 hod.). *Nepřavidelný 24hodinový rytmus* je další poruchou biologických hodin, který je charakterizován vymizením cirkadiánní ritmicity. Spánek není uspořádán do celku, i přestože množství spánku za 24 hodin odpovídá věkové normě. Celek je rozčleněn do třech i více časově variabilních úseků, jejichž průměrné trvání je dvě až tři hodiny. Nemocný tak imituje noční insomnii i zvýšenou denní ospalost. Tato porucha se vyskytuje u slepců, kdy není možná zraková korekce denní doby a dále provází mnoho organických onemocnění CNS (Nevšímalová, 2008).

1.2.3 Parasomnie

Parasomnie lze charakterizovat jako různorodé poruchy chování v průběhu spánku (Seidl, Obenberger, 2004). Mohou se vyskytovat ve všech stádiích spánku a kdykoli během noci. Mezi parasomnie patří především náměsíčnost (somnambulismus), noční děsy (pavor nocturnus) a noční můry (de facto).

Náměsíčnost (somnambulismus) je charakteristický různými aktivitami, činnostmi a pohyby v průběhu spánku (Orel, 2012). Jedná se o kvalitativní poruchu vědomí (mráкотný stav). Člověk může vstát, otevřít dveře, odejít z domu, a dokonce se vyhnout překážkám. Pády a zranění však nejsou výjimkou. Po probuzení si náměsíčný nic nepamatuje (Orel, Facová, 2009).

Noční děs (Pavor nocturnus) je nepříjemný snový zážitek ovlivňující náladu a chování člověka. Nejčastěji postihuje malé děti. Nemocný se probudí v NREM fázi spánku, křičí, brečí (především malé děti), je vyděšený, vystrašený, těžce utišitelný a může mít otevřené oči (Borzová a kol., 2009). Dalším projevem nočního děsu je výrazná tachykardie, hluboké a zrychlené dýchání, obtížné navazování kontaktu s dotyčným. Ráno po probuzení si nemocný nic nepamatuje (Seidl, Obenberger, 2004).

Noční můra (de facto) je hrůzostrašný sen, který svým obsahem probudí nemocného ze spánku. Pacient (obvykle malé dítě) je úzkostný, ale utišitelný a lze s ním navázat kontakt. Sen si zapamatuje (Nevšímalová, Růžička, Tichý, 2005). Noční můry se vyskytují v druhé polovině noci, tudíž se vážou na REM-spánek.

1.3 Diagnostika poruch spánku

Mezi příznaky mnoha chorobných stavů patří nedostatek spánku, nekvalitní spánek či nadměrná denní spavost. Proto se s nimi v různé intenzitě setkává každý člověk, ale ne vždy je nutné vyšetření u specialisty na poruchy spánku a bdění. Detailnější vyšetření, o jehož naléhavosti rozhoduje lékař, je nutné v případě, že se objeví příznaky poukazující na poruchu spánku. Praktický lékař, ale i kterýkoli specialista může nemocného odeslat do specializované poradny nebo laboratoře (Borzová a kol., 2009).

Podrobná anamnéza je nejdůležitější vyšetření pro diagnostiku spánkových poruch (Nogová, 2009). Dále viz kapitola 1.5.1 Posouzení – získávání informací.

Fyzikální vyšetření může pomoci posoudit některé organické patologické jevy (chronickou obstrukční plicní nemoc - CHOPN, syndrom neklidných nohou, astma bronchiale), které mohou narušovat spánek (Saddichha, 2010). Dále viz kapitola 1.5.1 Posouzení – získávání informací.

Polysomnografie je vyšetření, které zaznamenává tři základní parametry nezbytné pro rozlišení NREM a REM spánku a bdělosti - EEG, EMG svalů brady a elektrookulogram. Podle charakteru sledované poruchy může vyšetřovat i jiné parametry - např. dýchání, EMG svalů dolních končetin. (Nevšímalová, Růžička, Tichý, 2005). Při polysomnografii jsou současně registrovány a nahrávány zvuky dýchání a navíc je klient snímán během spánku videokamerou v infračerveném osvětlení. Na rozdíl od limitované polygrafie se může při tomto vyšetření zaznamenat mikroprobuzení (Hobzová, 2011). Pro hodnocení spánku a jeho abnormalit se polysomnografie ve většině případech provádí po celou noc. Výsledkem je hypnogram. Umožňuje nejpřesnější diagnostiku syndromu spánkové apnoe. Toto vyšetření je nejdražší a časově náročné (Štauberová, 2007).

Test mnohočetné latence usnutí (MSLT – Multi Sleep Latency test) slouží k diagnostice nadměrné spavosti. V místnosti, která je dobře izolovaná, se v pěti testech provádí po dobu dvaceti minut elektroencefalografické vyšetření. Registrace patnácti minut pokračuje po usnutí a pak je nemocný probuzen. MSLT hodnotí přítomnost usnutí či neusnutí, latenci usnutí (doba od bdělosti do usnutí), přítomnost REM – spánku a jeho latence (Borzová a kol., 2009).

Aktinografie je vyšetření, které se používá především v diagnostice periodických pohybů končetin. Klientovy pohyby zaznamenává přístroj (nejčastěji ve formě „náramkových hodinek“) v domácím prostředí po dobu několika dnů či týdnů (Závěšická, Praško, 2010).

Limitovaná polygrafie je ambulatorní monitorování bez registrace EEG. Používá se u poruch noční ventilace dospělých a starších jedinců. Detekce saturace krve O₂, dýchacích pohybů hrudníku a břicha, registrace proudu vzduchu před nosem a ústy i dýchacích zvuků, polohy klienta a monitorace srdeční frekvence, to vše je součástí limitované polygrafie.

Škály a dotazníky také pomohou diagnostikovat spánkovou poruchu. Škály pomocí dotazníkových testů se používají k diagnostice subjektivní tíže denní spavosti (Nevšimalová, 2008). „*Pomáhají mapovat průběh poruchy v čase a sledovat pokroky v léčbě*“ (Borzová a kol., 2009, s. 20). *Epworthská škála spavosti* je u nás i celosvětově nejvíce používaný dotazník. Zachycuje tendenci spát během dne v osmi různých situacích v běžném životě za poslední týden. Hodnota 10 a více je známkou nadměrné denní spavosti (Hobzová, 2011). *Morinův spánkový dotazník* slouží ke sledování pokroků v léčbě spánkové poruchy (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004). Nemocný poprvé vyplní dotazník před zahájením léčby (i samoléčby). Když se stav nemění po dobu osmi týdnů, je třeba vyhledat lékařskou pomoc. *Spánkový diář* nebo také spánkový kalendář je pravidelný a subjektivní záznam o kvalitě spánku a o průběhu následujícího dne. Nemocný si spánkový kalendář vede za účelem, aby on i lékař měli všechny informace týkající se jeho spánku (Borzová a kol., 2009). Zaznamenává si například čas uložení ke spánku, délku spánku, dobu jeho přerušování, příčiny a důsledky nespavosti, připravenost na řešení denních úloh a povinností atd. (Tomagová, Bóriková a kol., 2008).

Ve spánkové laboratoři se provádí vyšetření spánku. Počet spánkových laboratoří v České republice není dostačující. Klienti jsou objednáni pouze na podkladě doporučení od praktického lékaře nebo somnologa - specialisty zabývajícího se poruchami spánku a bdění (Borzová a kol., 2009). Ve spánkové laboratoři se diagnostikují spánkové abnormality struktury spánku nebo také změny fyziologických

funkcí a dějů, které se s nimi spojují (Vlček, Fialová a kol., 2010). Rozlišujeme dva typy spánkových laboratoří. Prvním typem je screeningová, kde jsou spánkové poruchy vyšetřovány jen na základě polygrafu a druhým typem laboratoře je pracoviště s rozsáhlejším vybavením, kde sledují i další ukazatele. Používá se zde polysomnografie, která je doplněna záznamem na video (Spánková laboratoř může odhalit příčiny nespavosti, 2012).

1.4 Léčba poruch spánku

Úspěšná léčba je vždy úlevou nejen pro klienty, ale také dokáže mimořádně potěšit jejich rodinu i přátele (Sýkorová, 2006). Neléčené poruchy spánku snižují kvalitu života a zvyšují riziko vzniku závažných komplikací. Léčba by měla být kauzální, tedy odvíjející se od příčiny. Obecně ji rozdělujeme na farmakologickou a nefarmakologickou, bez léků (Borzová a kol., 2009).

1.4.1 Farmakologická léčba

Dříve než se přistoupí k farmakologické léčbě, je nutné, aby lékař objasnil příčiny poruch spánku. K farmakologické léčbě poruch spánku sestra pacientovi podává dle ordinace lékaře hypnotika a jiné preparáty s hypnosedativním účinkem.

Hypnotika - přechodné podávání hypnotika (léky na spaní), představuje nutné terapeutické opatření na pomoc klientovi jen v případě, jestliže se porucha spánku nedá léčit kauzálním zásahem. Hypnotika musí působit tlumivě a jako látky, které navozují nebo udržují spánek, navíc nesmějí vyvolávat žádné změny psychiky a závislost. Existují chemicky odlišné skupiny hypnotik (Lüllmann, Mohr, Wehling, 2004). Dělí se na hypnotika I. generace (barbituráty), II. generace (benzodiazepiny), a III. generace (nebenzodiazepinová hypnotika).

Barbituráty (amobarbital, cyklobarbital, fenobarbital) se v současné době v hypnotické indikaci prakticky nepoužívají z důvodu vyššího výskytu nežádoucích účinků. Dalším důvodem je vysoké riziko závislosti, poruchy paměti při delším užívání,

dále i četné lékové interakce včetně alkoholu a poměrně vysoká toxicita (Topinková, 2007).

„Benzodiazepiny působí hypnoticky na základě svého anxiolytického a sedativního účinku“ (Lüllmann a kol., 2004, s. 364). Dále snižují tonus kosterního svalstva, slouží k protikřečové terapii a mohou se použít k indukci celkové anestezie (Lüllmann, Mohr, Hein, 2012). Podle poločasu vylučování se dělí na krátkodobě, střednědobě a dlouhodobě působící (více než 24 hodin). Biologický poločas u dlouhodobě účinkujících benzodiazepinů je delší než 18 hodin (nitrazepam, flurazepam), u střednědobě působících (temazepam, lormetazepam, flunitrazepam) je kratší a u krátce působících (midazolam, triazolam, cinolazepam) pouze několik hodin (Štefan, Mach, 2005). Krátkodobá hypnotika se hodí hlavně pro potíže s usínáním, protože rychle navozují spánek. A však mohou způsobovat ranní úzkost, což má za následek rychlý pokles jejich hladiny. Střednědobá hypnotika působí během noci, ovlivňují nadměrné probouzení. Dlouhodobá hypnotika mají vliv na předčasné probouzení (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004). Klient by měl benzodiazepiny užívat krátkodobě, maximálně po dobu tří týdnů a pak jen výjimečně. Při dlouhodobém užívání dochází k toleranci vůči dávce a k riziku vzniku závislosti. Dále pak narušují kognitivní funkce a zvyšují přecitlivělost (Borzová a kol., 2009). Při náhlém vysazení se objeví abstinenční syndrom. Proto je třeba při vysazování dávku snižovat postupně (Vymětal, 2007). Nitrazepam a flunitrazepam s rychlým nástupem spánku byl dříve „zlatým standardem“ hypnotické léčby. V posledních letech jsou však léky této skupiny nahrazovány třetí generací nebenzodiazepinových hypnotik (zopiclon, zolpidem, zaleplon), která je pro nemocného bezpečnější (Topinková, 2007).

Nebenzodiazepinová hypnotika nevedou k útlumu dechového centra jako benzodiazepiny, nenarušují pozornost, paměť ani psychomotoriku. Riziko vzniku závislosti je velmi nízké. Zajišťují rychlé usínání a působí příznivě i při podání seniorům (Pidrman, 2007). Stejně jako benzodiazepiny, tak i zolpidem působí hypnoticky silně. Zolpidem má ve srovnání s nimi mnohem méně anxiolytických (snižující nebo odstraňující úzkost), myorelaxačních a protikřečových účinků. Zopiclon zkracuje dobu do nástupu spánku, snižuje počet probuzení, prodlužuje celkovou dobu

spánku, zlepšuje kvalitu spánku a komfort během dne. Zaleplon se předepisuje u klientů, kteří mají problémy s usínáním. Užívá se jen u těžkých poruch způsobujících extrémní stres. Léčba by měla trvat maximálně 2 týdny (Cibula, Petruželka a kol., 2009).

Antidepresiva se používají u depresivních pacientů trpících poruchami spánku. Při dlouhodobé léčbě jsou účinnější než hypnotika II. generace a nevyvolávají závislost (Kolektiv autorů, 2006). Mezi ordinovaná antidepresiva patří např. mirtazapin (Mirzaten, Esprital) a mianserin.

Neuroleptika jsou skupinou léků užívanou i k terapii insomnie. Podávají se především při časném probouzení a u pacientů rezistentních k jiným lékům (Závěšická, Praško, 2012). Lze je užívat dlouhodobě bez rizika vzniku lékové závislosti. Mezi zástupce neuroleptik patří např. levomepromazin a chlorprotixen (Martínková, 2007).

Antihistaminika mají mírný hypnotický efekt, tudíž jsou další volbou při léčbě spánkových poruch. Používá se např. aratadin, prometazin a difenhydramin (Kolektiv autorů, 2008).

1.4.2 Nefarmakologická léčba

V terapii spánkových poruch se dále používá léčba nefarmakologická, tedy bez podání léků. Možností nefarmakologické léčby je mnoho. Jsou to např. tyto metody:

Alternativní medicína je jednou z možností nefarmakologické léčby spánkových poruch. Je finančně nenáročná, aplikovatelná kdekoli a kdykoli, nenávyková, bezpečná, blízká našemu tělu a především je fyziologická. Zahrnuje mnoho metod léčby nespavosti jako jsou například bylinky a masáže, které však mohou při jejich neodborné aplikaci i ublížit. Většina těchto metod vyžaduje od pacienta změnu návyků a životního stylu. Alternativní terapie trvá tolik měsíců, kolik let onemocněním nemocný trpí. Je to dlouhodobá záležitost (Borzová a kol., 2009).

Akupunktura je stará léčebná metoda pocházející z Číny. Její princip spočívá v napichování jehliček do určitých míst - bodů na kůži, která odpovídají léčenému onemocnění nebo orgánu (Venglářová, 2011). Zmiňované body leží na neviditelných

drahách energie, které jsou spojeny s vnitřními orgány. Vpichováním jehel do těchto míst dochází k uvolňování, ke zvyšování nebo snižování toku energie (Borzová a kol., 2009).

„*Akupresura je kombinací masáže a akupunktury.*“ (Borzová a kol., 2009, s. 57). Terapie se provádí bez jehliček. Terapeut prsty masíruje akupunkturální body citlivé na bolest, což přináší úlevu. Tuto metodu si může provádět i sám pacient, ale je lepší, když ji na někom provádí druhá osoba, protože tak se může člověk více uvolnit a soustředit se na reakce svého těla (Gangale, 2004). Akupresura příznaky pouze zmírňuje. Může se kombinovat s jinými léčebnými postupy jako je například fytotherapie (Borzová a kol., 2009). Funkčnost akupresury na léčbu spánkových poruch je staletími ověřena.

Autogenní trénink je psychoterapeutická metoda, která slouží k dosažení pocitu uvolnění, v němž je pacient přístupný léčebným pokynům a učí se ovládat své vegetativní i psychické funkce (Vonešová, 2009). Základními prvky autogenního tréninku jsou současně relaxace a koncentrace, kdy pacient zaměří své soustředění na určitou představu, která má vliv na jeho organismus. Tato metoda navozuje svalovou relaxaci, zklidnění dechu, pocity tepla - prokrvení periférií, zpomalení srdečního tepu, pocit chladného čela - zklidnění centrální aktivity a uvolnění břicha - relaxace gastrointestinálního traktu (Honzák, 2005). Provádí se individuálně a skupinově. Pacient ho může provádět sám i několikrát za den (Vonešová, 2009). Relaxující zaujme polohu vleže na zádech, případně vsedě v křesle nebo na židli.

Metoda zvaná fytotherapie se zabývá léčením pomocí přírodních produktů v podobě odvaru léčivých bylin a mnoha dalších prostředků (Kukačka, 2009). Je to celkem oblíbená metoda. K přípravě odvarů, čajů nebo nálevů se nepoužívá umělohmotné ani kovové nádoby. Podle obtíží se doporučuje vybrat jednu nebo několik rostlin, které mají co nejpřesnější působení. Vybrané bylinky se užívají jen určitou dobu. Pokud se jejich účinek nedostaví hned, není vhodné je rychle měnit za jiné, protože zvyšováním počtu druhů roste riziko interakcí. K neznámějším bylinkám patří například bazalka pravá, andělíka lékařská, heřmánek pravý, chmel otáčivý, kozlík lékařský, meduňka lékařská, vřes obecný, řebříček obecný, honeybush a mnoho dalších. Uvedené produkty mají pozitivní vliv na náš spánek.

Aromaterapie je léčení oleji koncentrovanými nebo rozpuštěnými v alkoholu – pryskyřice nebo absoluta (Borzová a kol., 2009). Jedná se o esenciální oleje z různých rostlin, které se inhalují nebo aplikují. Aromaterapie se využívá k léčení těla, mysli i ducha (Kolektiv autorů, 2006). Pomáhá při léčbě depresí, při stresu, bolestech hlavy, nespavosti, artritidě, akné nebo u ekzémů. Při léčbě nespavosti se používají například oleje z levandule, bazalky, heřmánku nebo jasmínu (Borzová a kol., 2009).

Další možností nefarmakologické léčby je hypnoterapie. Jedná se o formu psychoterapie používající hypnózu. Hypnoterapie je založena na spolupráci klienta a terapeuta při řešení problémů (Kolektiv autorů, 2007). K léčebným účelům využívá sugescí, které psychoterapeut klientovi zadává po navození hypnózy (Kratochvíl, 2012). Hypnóza je stav podobný transu, kdy osoba nacházející se v tomto stavu může dobře plnit zadané úlohy, srozumitelně hovořit, vyhnout se různým rizikům a řídit se instrukcemi (Borzová a kol., 2009). Pomocí sugescí ovlivňuje především psychosomatické a neurotické příznaky. Dále zmírňuje bolest, pozitivně působí na organicky podmíněné stavy, umožňuje lépe snášet zákroky nebo navozuje stav relaxace (Kratochvíl, 2012).

„Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) představuje soubor strategií, jejichž cílem jsou kognitivní, emoční a sociální změny a změna chování“ (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012, s. 100). Tato psychoterapie se často používá při léčbě nespavosti, jejíž příčinou je špatná spánková hygiena, vtíravé myšlenky provázející nespavost a nesprávné návyky bránící usnutí. Jejím smyslem je tedy odhalení a následné odstranění příčin nespavosti. První část KBT, tedy část kognitivní, se zabývá odstraněním nevhodných myšlenek, které provázejí nespavost a způsobují tak problémy s usínáním. Druhá část – část behaviorální, se zaměřuje na chování daného pacienta. Terapeut se snaží u nemocného odstranit jeho zlovyky i návyky zhoršující usínání a kvalitu spánku (Kognitivně-behaviorální terapie, 2012).

1.5 Ošetřovatelský proces u klienta s poruchou spánku

Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetřovatelskou diagnostiku (NANDA) vytvořila rozsáhlý a dobře uplatnitelný diagnostický systém, systém ošetřovatelských diagnóz. Tento systém specifikuje diagnózy podle diagnostických prvků, kterými jsou konkrétní určující znaky, rizikové nebo související faktory. Ošetřovatelskou diagnózu pak tvoříme podle těchto určujících, rizikových nebo souvisejících znaků identifikovaných u klienta a klasifikujeme ji příslušným číselným kódem (Marečková, 2006). Cílem NANDA je vývoj názvosloví, kritérií a klasifikace ošetřovatelských diagnóz (Herdman, 2010).

Definice ošetřovatelské diagnózy je *„klinický úsudek o reakci jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy/životní procesy, což poskytuje základ pro definitivní terapii k dosažení výsledků, za které je odpovědná sestra“* (Herdman, 2010, s. 406).

Ošetřovatelský proces zahrnuje celkovou péči o nemocného a je velice důležitý pro zdravotnické profese. Proces je sérií předem naplánovaných úkonů, u kterých se předpokládá dosažení jistých výsledků. Hlavním cílem je zlepšení zdravotního stavu klienta, tuto změnu vykonává sestra sama nebo za spolupráce klienta (Tóthová, 2009).

Ošetřovatelský proces se skládá z 5 fází. 1. fáze je zhodnocení/posuzování., 2. fáze znamená stanovení ošetřovatelské diagnózy (analýza dat) nejlépe podle NANDA taxonomie II – diagnostická doména 4. Aktivita – odpočinek a 5. Vnímání – poznávání, 3. fáze ošetřovatelského procesu je plánování, 4. realizace a 5. fáze vyhodnocení (Mikšová, 2006).

Prostřednictvím ošetřovatelského procesu se realizuje uspokojování potřeb jedince. Jednou z nejvýznamnějších klasifikací potřeb člověka je hierarchické uspořádání potřeb podle Maslowa . Hierarchií je zde myšleno pořadí prožívané naléhavostí potřeb (jde o pocitování potřeb, nikoliv chování) (Plevová a kol., 2011). Člověk má 5 základních druhů potřeb, které jsou seřazeny v pomyslné pyramidě od nejnižších po nejvyšší – biologické a fyziologické potřeby (potřeby život ohrožující – potřeba pohybu, jídla, sexu, spánku, vyprazdňování apod.), potřeba jistoty a bezpečí (překážky ovlivňující

jistotu a bezpečí), potřeba lásky a sounáležitosti (problémy související s láskou a sounáležitostí), potřeba uznání, ocenění a sebeúcty (problémy související se sebeúctou – potřeba respektu, výkonu), potřeba seberealizace (potřeba realizovat své schopnosti, potřeba osobního růstu) (Kalvach, Čeledová, Holmerová a kol., 2011).

1.5.1 Posouzení – získávání informací

Jedná se o systematické shromažďování údajů o klientovi a jeho problémech (rozhovor, spolupráce mezi lékaři a sestrami, spolupráce s rodinou, osobní pocity nemocných a další) (Šamánková a kol., 2011). U hospitalizovaného nemocného problémy se spánkem souvisí s vlastním onemocněním, s nemocničním prostředím, se starostmi a obavami o budoucnost a rodinu (Trachtová a kol., 2006). Při příjmu nemocného by sestra měla zjistit osobní a spánkovou anamnézu (Vránová, 2007). Informace o spánku získává od klienta, pokud se jedná o dítě, tak se ptá rodičů. Není-li si jistá věrohodností informací získaných od klienta, ptá se nejbližších příbuzných. Při odebírání spánkové anamnézy se zaměřuje na typ spánku, jeho délku a kvalitu, na spánkové rituály, případně se informuje o užívání hypnotik či sedativ (Mikšová, 2006). Během fyzikálního vyšetření sestra nemocnému měří fyziologické funkce, jeho výšku a váhu, vypočte BMI (body mas index), a pozoruje u něj výraz tváře (kruhy pod očima, červené a lesklé spojivky), podrážděné chování, třes rukou, nesoustředěnost, nadměrné zívání, sníženou výkonnost apod. Sestra může dále u nemocného sledovat následující znaky: obezitu, spánkovou apnoe, chrápání, rychlou únavu při běžné činnosti a nařikání na nedostatečný spánek (Vránová, 2007).

1.5.2 Diagnostika

Z anamnestických údajů sestra stanoví ošetrovatelské problémy – ošetrovatelské diagnózy, mezi které patří i porucha spánku. Tato diagnóza má mnoho příčin. Klienti nespí z důvodu bolesti, starostí s rodinou nebo se sebou, změnou prostředí či rituálů. Dalšími příčinami je i nepohodlné lůžko, hluk na chodbě sociálního zařízení, nedostatečná informovanost před vyšetřením, chrápání druhých osob apod. (Trachtová a

kol., 2006). Sestra řadí ošetrovatelské diagnózy podle jejich důležitosti a naléhavosti řešení. Důležitostí nebo –li prioritou jsou chápány život ohrožující stavy (Plevová a kol., 2011).

Sestra stanovuje ošetrovatelské diagnózy související s problematikou spánku podle ošetrovatelských diagnóz NANDA. Patří sem následující diagnózy:

Porušený spánek – 00095 je porušení doby spánku, které nemocného obtěžuje nebo nějakým způsobem zasahuje do žádoucího životního rytmu. Charakterizují ho znaky jako je časté zívání, přerušovaný spánek, třes rukou, změny v chování a výkonu, kruhy pod očima, stěžování si na obtížné usínání a podobně.

Únava – 00093 je stav, kdy má člověk nadměrný pocit vyčerpání a snížené schopnosti pro výkon fyzické a mentální práce. Člověk trpící únavou si stěžuje na trvalou ztrátu energie a neschopnost provádět denní činnosti a na sníženou schopnost duševního soustředění. Dalšími příznaky jsou ospalost, lhostejnost, nezájem o vlastní osobu a okolí a emocionální labilita. S únavou souvisí mnoho faktorů. Jsou to například stavy osobní nepohody, nedostatek odpočinku a spánku, nadměrná fyzická a psychická zátěž (Trachtová a kol., 2006).

„Spánková deprivace – 00096 je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s delším obdobím bdělosti bez přirozeného spánku“ (Marečková, 2006, s. 97). Projevuje se zvýšenou ospalostí během dne, neklidem, úzkostí, apatií, podrážděností, zvýšenou citlivostí vůči bolesti, malátností, únavou a lhostejností. V některých případech se mohou vyskytovat halucinace. Nemocný trpící tímto problémem je zmatený, rozrušený nebo bojovný a má sníženou schopnost běžného fungování. Mezi rizikové faktory patří náměšičnost, narkolepsie, demence, spánková apnoe, periodické pohyby končetin, tělesný nebo psychický dyskomfort.

Narušený vzorec spánku – 00198 definujeme jako *„ časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů“* (Herman, 2010, s. 113). Klient s touto diagnózou udává nespokojenost se spánkem, stavy bdělosti a pocit neodpočatosti. Snížená schopnost fungovat a změna normálního vzorce spánku jsou dalším projevem. Na vzniku tohoto problému se spánkem se podílí nedostatek soukromí, neznámé prostředí, přerušovaný spánek, okolní teplota a vlhkost, světlo,

tělesné omezení a další faktory (Herman, 2010.)

Ochota ke zlepšení spánku – 00165 je situace, kdy spánek jedinci poskytuje přiměřený odpočinek, podporuje žádoucí životní styl, ale může být zdokonalen. Nemocný pocituje po probuzení odpočinek, je ochotný spánek podpořit, užívá příležitostně nebo nepravidelně léky navozující spánek a vykonává běžné kroky vedoucí k podpoře spánku (Marečková, 2006).

1.5.3 Plánování a realizace

Aby byla ošetrovatelská péče o nemocného s poruchou spánku systematická, řízená, zpětně vyhodnotitelná a efektivní, je třeba ji plánovat. Stanovení cílů péče pro jednotlivé ošetrovatelské diagnózy je základem plánování péče o nemocného. Jedná se o očekávané výsledky ošetrovatelské péče (Špirudová, Tomanová, Kudlová a kol., 2006). Ošetrovatelské cíle zaměřené na nemocného s poruchou spánku jsou například: Nemocný s poruchou spánku usíná do 40 minut po uložení do lůžka., Nemocný s poruchou spánku spí nejméně 5 hodin bez probuzení., Klient s poruchou spánku má dostatek informací o faktorech ovlivňujících spánek., Klient s únavou má více energie a sil., Nemocný s únavou udává pocit pohody a spokojenosti (Trachtová a kol., 2006).

Následně sestra sestaví vhodné ošetrovatelské intervence, které se odvíjejí od ošetrovatelských diagnóz a jím náležejících cílů zaznamenaných v plánu ošetrovatelské péče. Plán ošetrovatelské péče musí před jeho realizací schválit sám nemocný nebo jeho rodina (Špirudová, Tomanová, Kudlová a kol., 2006). Nejčastěji používané intervence, které se při poruchách spánku používají: eliminovat rušivé momenty, zajistit tiché a klidné prostředí, udržovat přiměřenou teplotu v místnosti, pečovat o lůžko, prádlo, čistotu, hygienu, podporovat navyké rituály, udržovat aktivitu během dne, naučit nemocného, jak zvládat stres, úzkost a nespavost atd. (Trachtová a kol., 2006). Důležité je, aby sestra z anamnestických údajů zjistila příčinu nespavosti a následně se jí snažila odstranit (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Fáze realizace je charakterizována jako uskutečnění ošetrovatelských intervencí v klinické praxi (Plevová a kol, 2011). Klade se důraz na propojení plánu ošetrovatelské péče s realizací (Sedlářová a kol., 2008). Sestra zabezpečuje a realizuje ošetrovatelské

intervence, které si naplánovala a zaznamenává je do ošetrovatelské dokumentace – např. klient odpočívá na posteli, čte si knihu a cítí se svěží (Slezáková, 2006). Při plánování a realizaci ošetrovatelské péče se sestra zaměřuje na vytvoření prostředí pro spánek a odpočinek, podporování spánkových návyků, aplikaci léků na spaní, zabezpečení pohody a relaxace a na poučení klienta.

Klid má pozitivní vliv na každého člověka. Neklidné prostředí působí především na hospitalizovaného nemocného. Klienty ruší především hluk, který ve většině případech způsobuje ošetrovatelský personál během noční směny - hlasitý hovor, smích, klapání bot, cinkání klíčů. Proto by si sestra měla rozvrhnout svoje aktivity tak, aby nerušila spánek či odpočinek nemocného. Prostředí, ve kterém pacient spí, musí vytvářet pocit bezpečí, jistoty a pohodlí. Aby sestra zmírnila rušivé působení prostředí a zabezpečila u nemocného klidný spánek, měla by dodržovat následující zásady: dbát na zavřené dveře pokojů klientů, zhasnout nebo ztlumit světla, pokud jsou na pokoji závěsy nebo žaluzie – je vhodné je zatáhnout, vypnout televizi, umístit nemocného na pokoj s vhodnými klienty, lůžko nastavit do nízké polohy, v případě nutnosti použít postranice, použít noční světlo, nerušit zbytečně spánek klienta, dbát na upravenost lůžka. Signalizační zařízení by mělo být pro klienta snadno dosažitelné.

Většina lidí je zvyklá na určité rituály před spaním, které následně navozují spánek. Sestra se je v rámci možností snaží zajistit. Vynechání nebo narušení těchto rituálů může mít negativní vliv na spánek nemocného (Trachtová a kol., 2006). Mezi časté spánkové rituály patří čtení si, procházka, povídání si s blízkou osobou, sledování televize, poslouchání hudby, pití oblíbeného nápoje a jiné. U dětí je to poslouchání nebo sledování pohádek, pohlazení od rodiče nebo spánek s oblíbenou hračkou (Tomagová, Bóriková a kol., 2008).

Sestra aplikuje léky na spaní jen podle ordinace lékaře. Úkolem sestry je poučit klienta o vedlejších účincích léků a o rizicích, které mohou nastat při jejich dlouhodobém užívání. Sama musí perfektně znát účinek podávaného léku, jeho délku, rychlost eliminace a nežádoucí účinky (Trachtová a kol., 2006).

Základními předpoklady kvalitního spánku jsou pocit bezpečí, tělesná a psychická pohoda. Při dosahování pohody pomáhají různá opatření. Sestra u nemocného redukuje

bolest, pomáhá mu při hygieně, masíruje mu záda, dbá na upravenost lůžka podle přání, v případě imobilizace nemocného na jeho pravidelné polohování. Dále klienta ubezpečuje o přítomnosti pomoci v noci v případě nutnosti a projevuje porozumění vůči jeho problémům. K dosažení pocitu pohody pomáhá i vyprázdnění se před spaním a pohodlné noční oblečení (Tomagová, Bóriková a kol., 2008).

Nemocným trpícím poruchou spánku nebo spánkovou deprivací může pomoci instrukce o správných spánkových návycích a faktorech majících vliv na kvalitu spánku (Trachtová a kol. 2006). K tomuto účelu slouží spánková hygiena, o které sestra edukuje nemocného. Spánková hygiena je soubor zásad, jejichž dodržování může výrazně ovlivnit spánkové návyky a přispět ke spokojenosti značné části klientů (Kukačka, 2009). Tyto zásady lze snadno osvojit i v běžné praxi. Pravidla spánkové hygieny jsou: nepít kávu, černý či zelený čaj nebo různé energetické nápoje od pozdního odpoledne (nejlépe 4 – 6 hodin před ulehnutím), omezit i jejich používání přes den – působí povzbudivě a narušují spánek., Večer vynechat těžká jídla, poslední jídlo zařadit 3 - 4 hod. před ulehnutím., Po večeři neřešit důležité věci, které nemocného rozruší, naopak se snažit příjemnou činností zbavit stresu a připravit na spánek., Lehká procházka po večeři může zlepšit spánek, naopak cvičení před ulehnutím (3 - 4 hod.) může spánek narušit., Večer nepít alkohol – zhoršuje kvalitu spánku., Nekouřit, zvláště ne před usnutím a v době nočních probuzení – nikotin také povzbuzuje., Postel užívat pouze ke spánku a pohlavnímu životu., V místnosti, která slouží pro účel spánku, minimalizovat hluk a světlo a teplota vzduchu by měla být nejlépe 18 – 20 °C. Dodržovat pravidelný čas ke spánku a dobu vstávání (i o víkendu). Omezit pobyt v posteli na nezbytně nutnou dobu (Nevšímalová, Šonka, 2007).

1.5.4 Zhodnocení efektu poskytnuté péče

Při porovnání ošetřovatelského plánu a vlastní realizace ošetřovatelské péče sestra zjistí, zda se dostala k cíli, který si stanovila. Na základě závěrů může ošetřovatelské zásahy ukončit, změnit nebo v nich dále pokračovat (Sedlářová a kol., 2008).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Zjistit specifika ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku u pacienta.

2.2 Výzkumné otázky

č. 1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku u pacientů?

č. 2: Jaké obtíže se spánkem řeší sestry u pacientů, kteří jsou součástí výzkumného souboru?

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Použité metody

Ke zpracování empirické části této bakalářské práce bylo použito kvalitativní šetření. Sběr dat byl realizován formou polostrukturovaných rozhovorů. Standardizované otázky byly podle potřeby rozšířeny doplňujícími otázkami. Výzkum probíhal v Nemocnici Písek, a. s. a v Nemocnici České Budějovice, a. s. na vybraných pracovištích. O povolení výzkumného šetření byly písemně požádány hlavní sestry obou nemocnic. Výzkumné otázky byly stanoveny po rozhovoru se sestrami.

Hlavní sestra Nemocnice Písek, a. s. uvedla v našem rozhovoru, který předem schválila, že se na žádném oddělení této nemocnice nestanovuje u pacientů ošetřovatelská diagnóza porucha spánku. Rozhovor byl se souhlasem hlavní sestry nahráván na diktafon a následně přepsán do přílohy (viz Příloha 4).

V Nemocnici České Budějovice, a. s. probíhal sběr dat po písemném schválení výzkumného šetření hlavní sestrou (viz Příloha č. 1). Všechna oddělení této nemocnice byla oslovena telefonickou a elektronickou cestou, kdy se zjišťovalo, na kterých pracovištích sestry u svých pacientů stanovují ošetřovatelskou diagnózu porucha spánku. V závěru to byla pouze tato tři pracoviště: ortopedické, neurologické a gynekologicko - porodnické oddělení. Ortopedické oddělení však výzkumné šetření zamítlo. Dále byly osloveny vrchní sestry plicního a ORL oddělení, u kterých se po souhlasu výzkumného šetření zjišťovalo, proč se zrovna na jejich odděleních nestanovuje ošetřovatelská diagnóza porucha spánku. Předem byla připravena jednotlivá témata rozhovoru a otázky. Rozhovory byly po domluvě s respondentkami nahrávány na diktafon a následně přepsány (viz příloha 5).

Klíčové šetření této bakalářské práce probíhalo na neurologickém a gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Obě tato pracoviště obdržela předem připravená jednotlivá témata rozhovoru a otázky. Jelikož se ošetřovatelská diagnóza porucha spánku během období mého výzkumného šetření ani na jednom z těchto odděleních moc nestanovovala, tak mi vrchní sestry obou pracovišť po vzájemné domluvě dávaly vědět telefonickou nebo elektronickou cestou vždy, když se na jejich

pracovištích u pacienta stanovila tato ošetrovatelská diagnóza. Na začátku rozhovorů byli všichni respondenti informováni o anonymitě a ujištění, že získané informace poslouží pouze pro účel této bakalářské práce. Před zahájením rozhovorů byla všem respondentům sdělena podstata výzkumného šetření. Rozhovory probíhaly na obou zkoumaných pracovištích během pracovní doby. Bylo použito dvou typů rozhovorů, pro pacienty a pro sestry. Sestrám bylo položeno 15 otázek a pacientům 12. Rozhovory se sestrami probíhaly na sesterně za přítomnosti dalších sloužících sester a s pacienty v soukromí na pokojích. Jejich délka se pohybovala v rozmezí od 20 – 30 minut. Jelikož žádný z respondentů nesouhlasil s nahráváním rozhovorů na diktafon, byly jednotlivé rozhovory zaznamenávány do předem připravených archů. Výsledky jsou zpracovány do kazuistik a následně zpracovány pomocí rámcové analýzy. Sběr dat probíhal v období od 6. 1. – 27. 2. 2014.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor tvořilo 12 respondentů, z toho 6 sester pracujících na neurologickém a gynekologicko – porodnickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. a 6 hospitalizovaných pacientů na těchto odděleních. Jedná se o pacienty, u kterých byla stanovena ošetrovatelská diagnóza porucha spánku a o sestry, které tuto ošetrovatelskou diagnózu u daného pacienta stanovily. Identifikační údaje sester jsou uvedeny v tabulce 1 a pacientů v tabulce 2.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Data, která byla získána formou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty a sestrami z neurologického a gynekologicko – porodnického oddělení, jsou přepsána do jednotlivých kazuistik, následně zpracována do kategorií.

Identifikace výzkumného souboru

Tabulka 1

Identifikační údaje sester

Respondentky	Označení	Věk	Vzdělání	Oddělení	Délka praxe na oddělení
Sestra 1	S1	42 let	Bc. - PA	gynekologicko - porodnické	11 let
Sestra 2	S2	25 let	Bc. - PA	gynekologicko - porodnické	2 roky
Sestra 3	S3	49 let	SZŠ - VS	neurologické	32 let
Sestra 4	S4	26 let	SZŠ - VS	neurologické	6 let
Sestra 5	S5	32 let	SZŠ - VS	neurologické	12 let
Sestra 6	S6	24 let	VOŠ – Dis.	neurologické	2 roky

Pro přehlednost je vytvořena Tabulka 1, která znázorňuje identifikační údaje sester. Je

zde znázorněno číslo respondenta, označení respondenta, věk, vzdělání respondenta, které je středoškolské, vyšší odborné v oboru diplomovaná sestra (Dis.) a vysokoškolské v oboru všeobecná sestra (VS) a porodní asistentka (PA). Dále je v tabulce uveden typ oddělení a délka praxe na oddělení.

Tabulka 2

Identifikační údaje pacientů

Respondenti	Označení	Pohlaví	Věk	Zaměstnání	Lékařská diagnóza
Pacient S 1	P 1/1	žena	39 let	prodavačka, nyní mateřská dovolená	P.P. imminens
Pacient S 2	P 2/2	žena	38 let	administrativní pracovnice, nyní mateřská dovolená	P.P. imminens
Pacient S 3	P 3/3	žena	50 let	administrativní pracovnice	Subarachnoideální krvácení
Pacient S 4	P 4/4	žena	71 let	důchodkyně, dříve prodavačka	- Vertigo - Diabetes mellitus 2. typu
Pacient S 5	P 5/5	muž	83 let	důchodce, dříve řidič autobusu	- Okluze a stenóza krkavice - arteriální hypertenze
Pacient S 6	P 6/6	žena	50 let	sekretářka	Subarachnoideální krvácení

Tabulka 2 znázorňuje identifikaci respondentů - pacientů. Jedná se o šest pacientů, z toho je pět žen a pouze jeden muž. Věkové kategorie pacientů se pohybují v rozmezí od 38 let do 83 let. První pacient sestry 1 bude ve výsledcích označován jako P 1/1,

druhý pacient sestry 2 jako P 2/2, třetí pacient sestry 3 jako P 3/3, čtvrtý pacient sestry 4 jako P 4/4, pátý pacient sestry 5 jako P 5/5 a šestý pacient sestry 6 bude označován jako P 6/6.

4.1 Kazuistiky

Respondent 1 (P 1/1)

Pacientkou je žena ve věku 39 let, která byla přijata na gynekologicko – porodnické oddělení českobudějovické nemocnice pro hrozící předčasný porod. Pacientka je ve 27. týdnu gravidity a v nemocnici je hospitalizovaná 2. dnem. Doma má již 3 děti – 2 děvčata a 1 chlapce. V současné době je na mateřské dovolené, jinak pracuje jako prodavačka v supermarketu. Pacientka byla během našeho rozhovoru komunikativní.

U pacientky byla stanovena ošetřovatelská diagnóza porucha spánku, kterou stanovila S1 . Pacientka udává, že se často ze spaní budí. Důvodem častého buzení je prý pobyt v nemocnici, obavy z toho, co se bude dál dít, zda bude porod probíhat spontánně, nebo císařským řezem, zda bude miminko zdravé apod. Dalším důvodem je průběh léčby, který pacientčin spánek v noci velice ovlivňuje. Průběhem léčby je myšleno podávání kontinuální infuze a poslech ozev plodu každé 3 hodiny v intervalech 5:00 – 8:00 – 11:00 – 14:00 - 17:00 – 20:00 – 23:00 – 2:00 – 5:00.

Pacientka dříve se spánkem problémy neměla, objevily se během gravidity. Doma spí mnohem lépe než v nemocnici.

Sestřičky pacientce vychází vstříc, snaží se ji nerušit alespoň ty 3 hodiny, během kterých se neposlouchají ozvy plodu. Pacientka se chvilku vyspí, ale ráno se cítí stejně unavená a slabá. Nedostatek spánku poznamenává i její psychiku. Pacientka nemá žádné spánkové rituály, které by jí dopomohly k lepšímu a kvalitnějšímu spánku a nikdy je ani neměla. Nikdy je prý ani nepotřebovala, večer lehla do postele a za chvilku tvrdě usnula a probudila se až ráno. Léky na spaní nikdy neužívala a neužívá je ani teď během hospitalizace.

Na otázku, jak jí sestřičky pomáhají vyřešit problém se spánkem, odpověděla: „*sestřičky jsou zde velice ochotné, jak už jsem říkala, vycházejí mi tu vstříc a snaží se omezit vstup na pokoj po dobu 3 hodin, co mám klid do dalšího poslechu ozev miminka. Také mi v pokoji pravidelně větrají, abych měla v pokoji čerstvý vzduch. Jinak si nejsem jiných aktivit sestřiček ohledně zlepšení mého spánku vědoma.*“ Pacientka udává, že se s ní sice sestry neporadily o těchto opatřeních ke zlepšení kvality spánku, ale i tak jí bylo hned jasné, proč to vše dělají. Na otázku, zda tato opatření pomohla, odpověděla: „*ano, určitě mi svým způsobem pomohla. Je pravda, že se za ty 3 hodiny klidu moc nevyspím, ale lepší něco než nic. Musí mi to holt stačit. Sestřičky dělají pouze svou práci a já to na druhou stranu chápu.*“ S ošetrovatelskou péčí sester za poslední 2 dny je spokojena. „*Sestřičky jsou zde velice milé a snaží se mi pomáhat.*“

Sestra 1

Sestra gynekologicko – porodnického oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. ve věku 42 let, na oddělení pracuje 11 let a má vysokoškolské vzdělání – bakalářský titul v oboru porodní asistentka. U respondentky 1 stanovila ošetrovatelskou diagnózu porucha spánku.

Na otázku, jak by definovala pojem ošetrovatelská diagnóza, odpověděla takto: „*Ošetrovatelská diagnóza je aktuální problém u pacienta.*“ Ale ošetrovatelské diagnózy pro ni nemají vůbec žádný význam, je to prý zbytečná věc.

Přestože u pacientky stanovila ošetrovatelskou diagnózu porucha spánku, se prý na gynekologicko – porodnickém oddělení tato diagnóza stanovuje minimálně, tak jednou za měsíc.

Sestra udává, že u pacientky, u které stanovila poruchu spánku (R 1/1), se jedná o časté buzení z důvodu pobytu v nemocničním prostředí a především kvůli průběhu léčby, na které se obě shodují – kontinuální infuze a každé 3 hodiny poslech ozev plodu.

Sestra u pacientky stanovila v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku tento cíl: Pacientka má zlepšený spánek do 48 hodin. Následně stanovila kritéria: Pacientka má vhodný spánkový režim; udává výrazné zlepšení a kvalitu spánku; pacientka přes den vyvíjí aktivitu (čtení, pletení...). A ke kritériím zaškrtnula tyto intervence: Vyslechni

pacientku; v noci chodí na pokoj co nejméně a tiše; zjistí dřívější návyky pacientky před spánkem, rituály; podej léky dle ordinace lékaře a sleduj účinek; pouč pacientku o spánkovém režimu; zaznamenej vše do dokumentace; doporuč pacientce přes den vhodné aktivity; eliminuj rušivé podmínky během noci. Hodnocení ošetrovatelského plánu je uvedeno v tabulce 5.

Sestra ke zlepšení pacientčina spánku provedla za poslední 2 dny tato opatření: větrala v pokoji před uložením ke spánku, prováděla úpravu lůžka a snažila se u pacientky mezi intervaly měření ozev plodu a podání další infuze dodržovat noční klid. Sestra tvrdí, že klientku o těchto opatřeních ke zlepšení spánku informovala. Opatření jí pomohla. Pacientka měla po dobu 3 hodin klid na spánek, a tak se mohla alespoň trochu vyspat.

Respondent 2 (P 2/2)

Pacientkou je žena ve věku 38 let, která byla hospitalizována na gynekologicko – porodnickém oddělení českobudějovické nemocnice z důvodu hrozícího předčasného porodu. Pacientka je prvorodička a má dvojčetné těhotenství. Na oddělení je hospitalizována od 27. týdne gravidity. Nyní je ve 33. týdnu a je na rizikovém těhotenství, po porodu nastoupí na mateřskou dovolenou, jinak pracuje jako administrativní pracovnice. Pacientka byla během našeho rozhovoru komunikativní. Své emoce moc nedávala najevo, ale bylo znát, že má starosti hlavně ohledně porodu.

U pacientky byla stanovena ošetrovatelská diagnóza porucha spánku, kterou stanovila S2. Pacientka udává, že se jedná se o problém s usínáním a časté buzení. Příčinou těchto obtíží je nervozita, poloha na boku během spánku, dlouhodobá hospitalizace, strach z porodu a o miminka. A hlavní příčinou byl společný pokoj s rodičkami v první době porodní, s pravidelnými a nesnesitelnými kontrakcemi. To prý pacientku dohánělo přímo k šílenství.

Svůj spánek v nemocnici oproti domácímu prostředí hodnotí pacientka velice negativně. Doma takové problémy se spánkem nemívá, až teď během těhotenství a hospitalizace na oddělení.

Pacientka nemá žádné rituály nebo rutinní činnosti, které by jí dopomohly k lepšímu a kvalitnějšímu spánku. Na spánek žádné léky neužívá a nikdy před tím ani

neužívala.

Na otázku, jak jí sestry pomáhají vyřešit problém se spánkem, odpověděla: „*Pomáhají mi. Sestřičky jsou zde velice milé a ochotné, nemůžu si vůbec na nic stěžovat. Určitě mi vyšly vstříc tím, že už mi na pokoj nedávají rodičky, dále se mě snaží v noci během spánku nerušit a pravidelně mi upravují lůžko.*“ Sestřičky se s pacientkou o těchto opatřeních poradily. „*Díky tomu, že nemám na pokoji rodičky, spím lépe a nestresuji se tak. Bylo hrozné se dívat na to, jak trpí. Ošetrovatelská péče sester je zde výborná, jsem tu s ní velice spokojená, jak už jsem jednou řekla, sestřičky jsou zde milé a velice ochotné.*“

Sestra 2

Sestra gynekologicko – porodnického oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., ve věku 25 let, na oddělení pracuje 2 roky a má vysokoškolské vzdělání – bakalářský titul v oboru porodní asistentka. U respondentky 2 stanovila ošetrovatelskou diagnózu porucha spánku.

Na otázku, jak by definovala pojem ošetrovatelská diagnóza, odpověděla takto: „*Ošetrovatelská diagnóza je věc, kterou nemá cenu řešit, nemá pro mne vůbec žádný význam.*“

Přestože u pacientky stanovila ošetrovatelskou diagnózu porucha spánku, se na gynekologicko – porodnickém oddělení se tato diagnóza moc nestanovuje, maximálně 1 krát až 2 krát za měsíc.

Sestra uvádí, že u pacientky, u které stanovila poruchu spánku (R 2/2) se jedná o problémy s usínáním a časté buzení. „*Důvodem jsou termínové pani, to znamená rodičky s kontrakcemi. Dále je to pokročilé těhotenství, dlouhodobá hospitalizace a nervozita.*“

Sestra u pacientky stanovila v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku tento cíl: Pacientka má zlepšený spánek do 48 hodin. Následně stanovila kritéria: pacientka má vhodný spánkový režim, udává výrazné zlepšení a kvalitu spánku, pacientka přes den vyvíjí aktivitu (čtení, pletení...). A ke kritériím zaškrtnula tyto intervence: Vyslechni pacientku; v noci chod' na pokoj co nejméně a tiše; zjistí dřívější návyky pacientky před spánkem, rituály; podej léky dle ordinace lékaře a sleduj účinek; pouč pacientku o

spánkovém režimu; zaznamenej vše do dokumentace; doporuč pacientce přes den vhodné aktivity; eliminuj rušivé podmínky během noci. Hodnocení ošetřovatelského plánu je uvedeno v tabulce 5.

Ke zlepšení pacientčina spánku provedla sestra za poslední 2 dny tato opatření: „*tak v první řadě klientce na pokoj nedáváme termínové pani, ale pani s podobnými obtížemi. Dále se snažíme, aby byl u klientky dodržován klidový režim, tím mám na mysli noční klid. Samozřejmě jsme o těchto opatřeních klientku informovali a ta souhlasila.*“ Podle sestry pacientce zmiňovaná opatření pomohla natolik, že pacientka rychleji usíná a má klidnější spánek.

Respondent 3 (P 3/3)

Pacientkou je žena ve věku 50 let, která byla hospitalizována na neurologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. Důvodem přijetí bylo subarachnoideální krvácení. Pacientka má středoškolské vzdělání s maturitou a pracuje jako administrativní pracovnice. Pacientce se během našeho rozhovoru moc nechtělo mluvit, působila na mě velice unaveně a bylo vidět, že jí není dobře. Pacientka je chodící, ale vzhledem k lékařské diagnóze musí dodržovat přísný klid na lůžku. Důvod hospitalizace dobře zná.

Druhý den pobytu na neurologickém oddělení stanovila S3 u pacientky, ošetřovatelskou diagnózu porucha spánku. Jedná se o problém s usínáním a častým buzením. Podle pacientky za to může nemocniční prostředí, nervozita, bolesti hlavy a aplikace léků během noci.

Doma problémy se spánkem nikdy nemívala, vždy se jí podařilo rychle usnout a klidně celou noc spát. V nemocnici má přerušovaný spánek a ráno se pak cítí být velice unavená.

Na otázku, zda má pacientka určité rituály nebo rutinní činnosti před spaním, zněla odpověď takto: *Ano, určitě nějaký ten rituál mám. Ráda si před spaním čtu, poslouchám hudbu anebo sleduji televizi. Většinou se mi stane, že u televize během chvilky usnu.*“

Na spaní pacientka nikdy léky neužívala, až teď během její hospitalizace jí lékař předepsal na zklidnění Lexaurin, který sestry podávají dle potřeby.

Sestry pacientce pomáhají vyřešit problém se spánkem. „*Například mi před spaním, pomáhají s večerní hygienou, vyvětrají mi v pokoji, dávají mi před spaním prášek na zklidnění a to je asi vše.*“ Dle pacientky se s ní sestry o opatřeních ke zlepšení spánku poradily. Pacientce tato opatření pomohla. Díky Lexaurinu rychleji usne a spí do té doby, dokud ji sestry nevzbudí kvůli pravidelnému podávání léků. S ošetrovatelskou péčí sester za poslední 2 dny je spokojená.

Sestra 3

Sestra neurologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., ve věku 49 let, na oddělení pracuje 32 let a má středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra se specializací péče v interních oborech pro dospělé. U respondentky 3 stanovila ošetrovatelskou diagnózu porucha spánku.

Na otázku, jak by definovala pojem ošetrovatelská diagnóza, odpověděla takto: „*Ošetrovatelská diagnóza je aktuální problém, který se snažíme vyřešit. Jaký má pro mě význam? Vyřešit pacientův problém.*“ Sestra uvádí, že se na jejím oddělení ošetrovatelská diagnóza porucha spánku stanovuje. „*Moc často ji tu nestanovujeme, zhruba 1 krát týdně.*“

U pacientky, u které stanovila poruchu spánku (R 3/3), se jedná o problémy s usínáním, časté buzení a brzké vzbuzení. Příčinou je změna prostředí, nervozita a změna režimu, to znamená, že se pacientce aplikují každé 4 hodiny léky, které mají spasmolitický účinek – Nimotop.

Sestra u pacientky stanovila v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku tento cíl: Nemocný spí, zná optimální délku svého spánku a ráno se cítí odpočatý. Na základě tohoto cíle stanovila následující intervence: Eliminuj rušivé podněty během noci; naplánuj výkony tak, aby mohl P/K spát alespoň 90 – 120 minut v kuse; aplikuj léky na spaní dle ordinace lékaře. Sestra tvrdí, že na neurologickém oddělení se u ošetrovatelských diagnóz nestanovují kritéria, pouze cíl, intervence a poté sestry provádí pravidelné hodnocení ošetrovatelského plánu, které je uvedeno v tabulce 5.

Ke zlepšení pacientčina spánku provedla sestra za poslední 2 dny tato opatření: „*Snížili jsme aplikaci léků ze 4 hodin na každých 8 hodin, u pacientky provádíme večerní hygienu, před spaním zajistíme vyprázdnění, upravujeme jí před spaním lůžko*

a dále provádíme úpravu polohy. Pacientka vzhledem ke své diagnóze musí mít hlavu v úrovni 30 stupňů.“ Podle sestry byla pacientka o těchto opatřeních informována. Opatření pomohla. Pacientka rychleji usíná a její spánek je kvalitnější, během noci se méně budí.

Respondent 4

Pacientkou je žena ve věku 71 let, která byla hospitalizována na neurologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. Důvodem přijetí byly závratě. Pacientka dále trpí diabetem mellitem 2. typu. Pacientka je již 13 let v důchodu, dříve pracovala jako prodavačka v Jednotě. Během našeho rozhovoru byla apatická, moc se jí nechtělo odpovídat na otázky, i přes to, že s rozhovorem souhlasila. Pacientka je chodící, ale vzhledem k hlavní lékařské diagnóze musí všude mít doprovod ošetřovatelského personálu, aby nepadla. Důvod hospitalizace zná.

Hned první den hospitalizace stanovila S4 u pacientky ošetřovatelskou diagnózu porucha spánku. Pacientka udává, že má problém usnout a často se ze spánku budí. *„Příčinou mé nespavosti je určitě nemocniční prostředí. Nelíbí se mi tu, doma je holt doma. Na nespavosti má svůj podíl i nervozita a závratě. Doma jsem si ani nemohla dojit na toaletu, jak se mi dělalo zle.“* Když prý zavře oči, točí se jí hlava.

Pacientka udává, že doma problémy se spánkem nemívá. A nikdy na spánkovou poruchu netrpěla. Doma se jí spí mnohem lépe, než v nemocničním prostředí. Probouzí se sice v brzkých ranních hodinách, ale to prý ke stáří patří.

Pacientka si před spaním ráda čte, jiné rituály či rutinní činnosti neuvedla. Léky na spaní nikdy neužívala a ani teď během hospitalizace je neužívá, i když má tu možnost zažádat si o prášek na spaní.

Pacientka tvrdí, že jí sestry pomáhají vyřešit její problém se spánkem tak, že jí v pokoji pravidelně větrají a pomáhají jí s večerní hygienou. Sestry se s pacientkou o výše uvedených opatřeních poradily. Vysvětlily jí, že pro kvalitnější spánek jí upraví lůžko a v pokoji vyvětrají, aby tam byl čerstvý vzduch, a mohla tak lépe spát. *„Opatření mi pomohla. Nejde hned ze začátku očekávat, že budu líp spát. Ale určitě usínám rychleji. Ale jak už jsem jednou řekla, doma je doma.“* S ošetřovatelskou péčí sester za

poslední 2 dny je spokojená. „*Nemám k ní výhrady.*“

Sestra 4

Sestra neurologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., ve věku 26 let, na oddělení pracuje 6 let a má středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra. U respondentky 4 stanovila ošetrovatelskou diagnózu porucha spánku.

Na otázku, jak by definovala pojem ošetrovatelská diagnóza, odpověděla takto: „*Ošetrovatelská diagnóza je aktuální problém. Tato diagnóza nemá pro mě vůbec žádný smysl, je to zbytečná ztráta času*“. Sestra uvádí, že na oddělení stanovují ošetrovatelskou diagnózu porucha spánku zhruba 1 krát týdně, ale někdy prý bývá období, kdy se stanoví u 2 – 3 pacientů za týden.

U pacientky, u které stanovila poruchu spánku (R 4/4), se jedná o problémy s usínáním, časté buzení. Podle sestry je hlavní příčinou hlavní lékařská diagnóza, pro kterou byla pacientka hospitalizována - vertigo neboli závratě. Další příčinou je změna prostředí.

Sestra u pacientky stanovila v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku tento cíl: Nemocný chápe příčiny poruch spánku. Na základě tohoto cíle stanovila následující intervence: Zjistí dřívější návyky nemocného před spaním; aplikuj léky na spaní dle ordinace lékaře; eliminuj rušivé podměty během noci. „*Kritéria u ošetrovatelských diagnóz na našem oddělení nestanovujeme.*“ Hodnocení ošetrovatelského plánu je uvedeno v tabulce 5.

Ke zlepšení pacientčina spánku provedla sestra spolu s dalšími sestrami za poslední 2 dny následující opatření: pacientce podávaly léky proti zvracení a proti závratím dle ordinace lékaře, před spánkem pacientce vyvětraly v pokoji, dbaly na dodržování večerní hygieny a dle potřeby aplikovaly Lexaurin na zklidnění. Dále sestra uvedla, že by pro zkvalitnění pacientčina spánku pomohla i spolupráce s rodinou. Sestra by tak mohla od příbuzných získat cenné informace o pacientově spánku v domácím prostředí, případně rituálech, které má před spánkem. O těchto opatřeních byla pacientka dostatečně informována. Podle sestry pacientce pomohla, už 2. den spala lépe a její spánek byl kvalitnější. Pacientka usnula rychleji a během noci se probouzela mnohem méně než noci předchozí.

Respondent 5

Pacientem je muž ve věku 83 let, který byl hospitalizován na neurologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. Důvodem hospitalizace byla okluze a stenóza krkavice. Pacient udává, že trpí i vysokým krevním tlakem, na který pravidelně užívá léky. Pacient je již 23 let v důchodu, dříve pracoval jako řidič autobusu. Během našeho rozhovoru bylo znát, že je unavený a jeho odpovědi byly velice stručné. Důvod hospitalizace zná. „*Mám zúžený krkavice*“, říká pacient.

Druhý den hospitalizace stanovila S5 u pacienta ošetřovatelskou diagnózu porucha spánku. Pacient udává, že nemůže v noci usnout, často se budí a ráno se cítí být velice unavený. Příčinou je nervozita z toho, co se bude dít dál a změna prostředí.

Oproti domácímu prostředí se mu v nemocnici spí velice špatně. Doma pacient problémy se spánkem nemá a nikdy na spánkovou poruchu netrpěl.

Před spaním nemá žádné spánkové rituály ani rutinní činnosti a dříve také neměl. Léky na spaní neužívá.

Na otázku, jak mu sestry pomáhají vyřešit problém se spánkem, odpověděl: „*Nevím. Ale asi mi větrají před spaním v pokoji a upravují mi postel.*“ Pacient si není vědom, že by se s ním sestry o nějakých opatřeních ke zlepšení spánku poradily. I přes strohé odpovědi je s ošetřovatelskou péčí sester při řešení jeho obtíží se spánkem za poslední 2 dny spokojen a nic by neměnil.

Sestra 5

Sestra neurologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., ve věku 32 let, na oddělení pracuje 12 let a má středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra. U respondenta 5 stanovila ošetřovatelskou diagnózu porucha spánku.

Na otázky, jak by definovala pojem ošetřovatelská diagnóza a jaký má její užívání význam, odpověděla sestra takto: „*Ošetřovatelská diagnóza je aktuální problém a nemá pro mě žádný význam*“. Sestra uvádí, že na oddělení stanovují ošetřovatelskou diagnózu porucha spánku zhruba 1 krát týdně.

U pacienta, u kterého stanovila ošetřovatelskou diagnózu porucha spánku (R 5/5), se jedná o problém s usínáním a časté buzení. Důvodem těchto problémů je prý sociální izolace a změna prostředí.

Sestra u pacienta stanovila v rámci ošetrovateľskej diagnózy porucha spánku tento cieľ: Pacient spí, zná optimálnu dĺžku svojho spánku a ráno sa cíti byť odpočívajúci. Na základe tohoto cieľa stanovila nasledujúce intervencie: Zistiť staršie návyky nemocného pred spaním; eliminuj rušivé podmienky počas noci. „*Kritéria na našom oddelení u ošetrovateľských diagnóz nestanovujeme.*“ dodala sestra. Hodnotenie ošetrovateľského plánu je uvedené v tabuľke 5.

Ke zlepšenie spánku sestra pacientovi doporučila konzultáciu s lekárom, ohľadne podávanie liekov na spanie. Ďalej vykonala spolu s ďalšími sestrami za posledných 2 dní nasledujúce opatrenia: pred spaním pacientovi vetraly v pokoji, večer vykonávali úpravu lôžka a tiež sa snažili u pacienta dodržiavať nočný klid a dopomáhať mu s večernou hygienou. O vyššie spomínaných opatreniach a o ich účele bol pacient informovaný. „*Pacient v noci spal lepšie, ráno sa necíti byť tak unavený*“, hovorí sestra.

Respondent 6

Pacientkou je žena vo veku 50 rokov, ktorá bola hospitalizovaná na neurologickom oddelení Nemocnice Českej Budějovice, a. s. Dôvodom hospitalizácie bolo subarachnoideálne krvácanie. Pacientka pracuje ako sekretárka. Na všetky mnou položené otázky okamžite našla odpoveď. I keď to, že jej nebolo najľahšie, bolo vidieť, že si rada povída. Pacientka je chodíca, ale vzhľadom na lekárskeho diagnózu musí dodržiavať prísny klid na lôžku. Dôvodom hospitalizácie dobre vie.

Druhý deň hospitalizácie stanovila S6 u pacientky ošetrovateľskou diagnózu porucha spánku. Pacientka uvádza, že má problém usnúť a často sa zo spánku budí. Ráno sa pak cíti byť nevyspaná a vyčerpaná. Prý si príde, ak by jej niekto dal „*palcíky na hlavu*“. Príčinou týchto ťažkostí je nemocničné prostredie, upútanie na lôžko, nervozita a bolesť hlavy.

Doma oproti nemocničným prostrediam spí oveľa lepšie. „*Doma spí snad každý lepšie než v nemocnici*“. Rýchlo usne a zo spania sa tak často neprebudí, len, keď má nútenie na toaletu alebo žienu.

Pacientka si pred spaním rada číta, iné rituály či rutinné činnosti nevedie. Lieky na spanie nikdy neužívala, ale teraz počas hospitalizácie dostáva na zklidnenie Lexaurin dle

ordinace lékaře.

Na otázku, jak jí sestry pomáhají vyřešit problém se spánkem, odpověděla pacientka takto: *Sestřičky mi na uklidnění dávají Lexaurin a v noci se mě zase snaží nerušit.*“ O zmiňovaných opatřeních se sestry s pacientkou poradily. *„Bylo mi řečeno, že na uklidnění budu dostávat léky a že se budou snažit mě v noci ničím nerušit. Po podání Lexaurinu, se cítím být klidnější, určitě lépe po něm spím a neprobouzím se tak často. Usínám sice dýl, ale spánek je kvalitnější.“* Pacientka je s ošetrovatelskou péčí sester při řešení problému se spánkem za poslední 2 dny spokojená. *„Sestřičky jsou zde příjemné, ale nemají na nás tolik času. To jim ale nemůžu mít za zlé, chudinky neví, kam dřív skočit.“*

Sestra 6

Sestra neurologického oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s., ve věku 24 let, na oddělení pracuje 2 roky a má vyšší odborné vzdělání v oboru diplomovaná sestra. U respondenky 6 stanovila sestra ošetrovatelskou diagnózu porucha spánku. Na otázky, které jsem jí položila, nechtěla moc odpovídat, byla zaneprázdněná. Proto jsou její odpovědi tak stručné.

Na otázky, jak by definovala pojem ošetrovatelská diagnóza a jaký má její užívání význam, odpověděla sestra takto: *„Ošetrovatelská diagnóza je problém. Nemá pro mě žádný význam.“* Sestra uvádí, že na oddělení stanovují ošetrovatelskou diagnózu porucha spánku 1 krát týdně.

U pacientky, u které stanovila ošetrovatelskou diagnózu porucha spánku (R 6/6), se jedná o časté buzení. Příčinou jsou pacientčiny starosti, nervozita, upoutání na lůžko a hospitalizace.

Sestra u pacientky stanovila v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku tento cíl: Nemocný chápe příčiny poruchy spánku. Na základě tohoto cíle stanovila následující intervence: Aplikuj léky na spaní dle ordinace lékaře; eliminuj rušivé podmínky během noci. Stejně jako předchozí tři sestry (S3, S4, S5), tak i tato sestra tvrdí, že na neurologickém oddělení sestry u ošetrovatelských diagnóz kritéria nestanovují. Hodnocení ošetrovatelského plánu je uvedeno v tabulce 5.

Ke zlepšení pacientčina spánku provedla sestra spolu s dalšími sestrami za poslední

2 dny následující opatření: podání Lexaurinu dle ordinace lékaře, větrání v pokoji před spaním i během dne a dodržování klidu během pacientčina spánku. „*Pacientka byla o opatřeních informována.*“ Podle sestry pacientce zmiňovaná opatření pomohla, v noci je klidnější a spí téměř celou noc.

4.2 Kategorizace získaných dat

Tabulka 3 - Přehled kategorií a podkategorie

Kategorie	Podkategorie
1. Sestry a ošetrovatelská diagnóza	
2. Spánkové poruchy	A) Dle pacientů B) Dle sester
3. Specifika ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku u pacienta.	A) Ošetrovatelská péče z pohledu sester B) Ošetrovatelská péče z pohledu pacientů
4. Plán ošetrovatelské péče	A) Náležitosti plánu ošetrovatelské péče B) Zhodnocení plánu ošetrovatelské péče za poslední 2 dny

V tabulce 3 jsou uvedeny 4 kategorie a jejich podkategorie, které jsou vytvořeny na základě výše uvedených kazuistik pro lepší přehlednost. První kategorie se zabývá sestrami a ošetrovatelskou diagnózou. Tato kategorie se nachází v tabulce 8 (viz příloha 6). Druhá kategorie se zaměřuje na spánkové poruchy pacientů (P1 - P6), nachází se v tabulce 4. Třetí kategorie se zabývá specifiky ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku u pacienta. Tato kategorie je rozdělena do dvou podkategorií, které se zabývají ošetrovatelskou péčí z pohledu sester a z pohledu pacientů (viz tabulka 5 a 6). Čtvrtá kategorie se zabývá plánem ošetrovatelské péče.

Kategorie je rozdělena do dvou podkategorií, které se zaměřují na náležitosti ošetrovatelského plánu (cíle, výsledná kritéria a intervence) a na jeho zhodnocení sestrou. Kategorie se nachází v tabulkách 9 a 10 (viz příloha 7).

Tabulka 4

Kategorie 2 – Spánkové poruchy

A) Dle sester

Respondenty	Druh spánkové poruchy	Příčiny poruch spánku
S1	časté buzení	změna prostředí, průběh léčby
S2	problém usnout, časté buzení	termínové pani, nervozita, dlouhodobá hospitalizace, pokročilé těhotenství
S3	problém usnout, časté buzení, časně vzbuzení	změna prostředí, nervozita, změna režimu
S4	problém usnout, časté buzení	hlavní lékařská diagnóza, změna prostředí
S5	problém usnout, časté buzení	sociální izolace, změna prostředí
S6	časté buzení	starosti, nervozita, upoutání na lůžko a změna prostředí

Tabulka 8 znázorňuje a shrnuje, jaký problém se spánkem mají pacienti respondentek S1 – S6 a co je příčinou daného spánkového problému u jednotlivých pacientů dle jejich respondentek. Ze žlutého sloupce vyplývá, že všechny respondentky (S1, S2, S3, S4, S5, S6) stanovily u svých pacientů, že se jedná o časté buzení. Druhou nejčastější spánkovou poruchou u pacientů je problém usnout. Tento problém u svých pacientů stanovily S2, S3, S4 a S5. Navíc S3 stanovila u svého pacienta, že se jedná i o časně vzbuzení. V modrém sloupci jsou vypsány příčiny spánkových poruch u jednotlivých

pacientů dle respondentek. Ze sloupce vyplývá, že nejčastější příčinou poruch spánku u zkoumaných pacientů je změna prostředí. Tento problém u svých pacientů stanovily S1, S3, S4, S5 a S6. Druhou nejčastější příčinou je nervozita. Tento problém u svých pacientů stanovily S2, S3 a S6. Dále respondentky u svých pacientů stanovovaly i jiné příčiny spánkových poruch. Jedná se např. o průběh léčby (u P1), termínové paní, dlouhodobou hospitalizaci a pokročilé těhotenství (u P2), nebo změnu režimu (u P3), hlavní lékařskou diagnózu (u P4), sociální izolaci (u P5), starosti a upoutání na lůžko (u P6).

Tabulka 5

B) dle pacientů

Respondenti	Druh spánkové poruchy	Příčiny poruch spánku
P1	časté buzení	změna prostředí, obavy, průběh léčby
P2	problém usnout, časté buzení	nervozita, poloha, dlouhodobá hospitalizace, strach
P3	problém usnout, časté buzení	změna prostředí, nervozita, bolesti hlavy, noční aplikace léků
P4	problém usnout, časté buzení	změna prostředí, nervozita, závratě
P5	problém usnout, časté buzení	změna prostředí, nervozita
P6	problém usnout, časté buzení	změna prostředí, upoutání na lůžko, nervozita, bolest hlavy

Tabulka 9 znázorňuje spánkové poruchy dle pacientů (P1 – P6). Ve žlutém sloupci jsou vypsány jednotlivé poruchy spánku dle respondentů a v modrém sloupci příčiny daných

spánkových poruch. U všech respondentů se jedná o časté buzení (P1, P2, P3, P4, P5, P6). Druhou nejčastější spánkovou poruchou u respondentů je problém usnout (P2, P3, P4, P5, P6). S porovnáním s tabulkou 8 se spánkové poruchy dle sester a dle pacientů shodují u (S1 a P1, S2 a P2, S4 a P4, S5 a P5). V tabulce 8 S3 u svého pacienta udává, že se jedná o problém usnout, časté buzení a časně vzbuzení. Ovšem z tabulky 9 je vidět, že P3 uvedl, že se u něj jedná pouze o problém usnout a časté buzení. Dále se liší tvrzení S6 a P6. S6 uvádí, že se u jejího pacienta (P6) jedná o časté buzení, kdežto P6 tvrdí, že se jedná i o problém usnout. Z modrého sloupce vyplývá, že jako nejčastější příčinu poruch spánku respondenti uvádí změnu prostředí (P1, P3, P4, P5, P6) a nervozitu (P2, P3, P4, P5, P6). Jinak se příčiny u jednotlivých respondentů liší. Jedná se o obavy a průběh léčby (P1), dále o polohu, strach, dlouhodobou hospitalizaci (P2), bolesti hlavy (P3, P6), noční aplikaci léků (P3), závratě (P4) a upoutání na lůžko (P6).

Tabulka 6

Kategorie 3 – Specifika ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku u pacienta.

A) Ošetrovatelská péče z pohledu sester

Respondentky	Opatření ke zlepšení spánku za poslední 2 dny	Informovanost o opatřeních	Zhodnocení
S1	větrání v pokoji, úprava lůžka, noční klid	ano	pomohla
S2	termínové pani na jiném pokoji, noční klid	ano	pomohla
S3	snížené intervaly mezi aplikací léků, večerní hygiena, úprava lůžka, úprava polohy	ano	pomohla
S4	aplikace léků, úprava lůžka, večerní hygiena, větrání v pokoji	ano	pomohla
S5	větrání v pokoji, úprava lůžka, noční klid, doporučená konzultace s lékařem, večerní hygiena	ano	pomohla
S6	noční klid, aplikace léku, větrání v pokoji	ano	pomohla

Tabulka znázorňuje a shrnuje ošetrovatelskou péči sester ohledně zkvalitnění pacientova spánku. Ve žlutém sloupečku jsou shrnuta veškerá opatření, která provedly respondentky za poslední 2 dny u svých pacientů. Tato opatření se u jednotlivých respondentek moc neliší. Nejčastěji uváděly, že u svých pacientů před spaním upraví lůžko (S1, S3,S4, S5), vyvětrají v pokoji (S1, S4, S5, S6) , během pacientova spánku se snaží dodržovat noční klid (S1, S2, S5, S6) a pomáhají s večerní hygienou (S3, S4, S5). Všechny respondentky uvádí, že pacienty (P1, P2, P3, P4, P5, P6) o opatřeních informovaly. Z fialového sloupce vyplývá, že výše uvedená opatření pomohla dle respondentek (S1, S2, S3, S4, S5, S6) všem pacientům. Z kazuistik uvedlo 5

respondentů (P1, P2, P3, P4,P6), že jim opatření ke zlepšení spánku pomohla.

Tabulka 7

B) Ošetrovatelská péče z pohledu pacientů

Respondenti	Opatření ke zlepšení spánku za poslední 2 dny	Informovanost o opatřeních	Zhodnocení
P1	větrání v pokoji, klid mezi intervaly aplikace léků	ne	spokojena
P2	termínové pani na jiném pokoji, noční klid, úprava lůžka	ano	spokojena
P3	večerní hygiena, větrání v pokoji, aplikace léku	ano	spokojena
P4	větrání v pokoji, večerní hygiena, úprava lůžka	ano	spokojena
P5	větrání v pokoji, úprava lůžka	ne	spokojena
P6	aplikace léku, noční klid	ano	spokojena

Tabulka 6 znázorňuje a shrnuje ošetrovatelskou péči sester ohledně zkvalitnění spánku z pohledu pacientů. Opatření jsou u respondentů (P1, P3, P4, P5 a P6) podobná. Respondenti nejčastěji uváděli, že jim sestry před spaním větrají v pokoji (P1, P3, P4, P5). Druhým nejčastějším opatřením je úprava lůžka (P2, P4, P5), dále následuje noční klid (P2, P6), aplikace léku (P6, P3) a večerní hygiena (P3, P4). Z modrého sloupce vyplývá, že 4 respondenti (P2, P3, P4, P6) jsou si vědomi toho, že se s nimi sestry (S2, S6) poradily o opatřeních ke zlepšení kvality spánku. P1 a P5 si zase vůbec nejsou vědomi toho, že by se s nimi někdo poradil. Ve fialovém sloupci pacienti hodnotí jejich spokojenost s ošetrovatelskou péčí sester ohledně spánkových poruch za poslední 2 dny. Všichni dotazovaní respondenti (P1, P2, P3, P4, P5, P6) byli spokojeni.

5 DISKUZE

Tématem této bakalářské práce je porucha spánku jako ošetrovatelská diagnóza. Jejím cílem bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku. K tomuto cíli byly postupně stanoveny následující výzkumné otázky: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku? Jaké obtíže se spánkem řeší sestry u pacientů, kteří jsou součástí výzkumného souboru?

Během rozhovorů byly pokládány otázky pro zjištění věkové struktury dotazovaných sester a délky praxe (viz tabulka 1). Chtěli jsme tím zjistit pohled sester k ošetrovatelským diagnózám a k poruchám spánku. Jak je patrné z jednotlivých kazuistik a z tabulky 8 (viz příloha 6), tak téměř všechny dotazované respondentky (S1, S3, S4, S5, S6) definují ošetrovatelskou diagnózu jako aktuální problém. Pouze S2 tvrdí, že ošetrovatelská diagnóza je věc, kterou nemá cenu řešit. I přes tyto výsledky je velice zajímavé, že pro pět z šesti dotazovaných respondentek (S1, S2, S4, S5, S6) nemá ošetrovatelská diagnóza vůbec žádný význam. Pro S3 znamená ošetrovatelská diagnóza vyřešit pacientův problém. Z rozhovorů bylo patrné, že by všechny respondentky byly radši, kdyby se ošetrovatelské diagnózy ve zdravotnictví vůbec nestanovovaly. Podle Herdmana (2006) je ošetrovatelská diagnóza „*klinický úsudek o reakci jedince, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy/životní procesy, což poskytuje základ pro definitivní terapii k dosažení výsledků, za které je odpovědná sestra*“ (Herdman, 2010, s. 406).

Na základě rozhovoru se sestrami jsme si položili následující otázky, na které si odpovídáme rozbohem získaných dat.

Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku u pacientů?

Tabulka 6 se zabývá ošetrovatelskou péčí z pohledu sester. Pro příklad uvádíme tvrzení jedné z respondentek (S5), která pro zkvalitnění spánku pacientovi doporučila konzultaci o možnosti podávání léků na spaní s lékařem, dále provedla spolu s dalšími sestrami za poslední 2 dny následující opatření: před spaním pacientovi větraly v pokoji,

večer prováděly úpravu lůžka a také se snažily u pacienta dodržovat noční klid. Opatření si u respondentek byla podobná.

Respondenty především uváděly, že u svých pacientů před spaním upraví lůžko (S1, S3, S4, S5), vyvětrají v pokoji (S1, S4, S5, S6), během pacientova spánku se snaží dodržovat noční klid (S1, S2, S5, S6) a pomáhají s večerní hygienou (S3, S4, S5). Navíc S4 uvedla, že by pro zkvalitnění pacientčina spánku pomohla i spolupráce s rodinou. Sestra by tak mohla od příbuzných získat cenné informace o pacientově spánku v domácím prostředí, případně rituálech, které má před spánkem (viz kazuistika 4). Špirudová a kol. (2006) uvádí, že pacient i jeho rodina jsou partnery v ošetrovatelském procesu. Aktivně se na péči podílejí a mají právo být informováni. Toto tvrzení je v souladu s informacemi získanými od respondentek. Všechny respondentky (S1 – S6) se o opatřeních ke zkvalitnění spánku s pacienty poradily, tudíž je i informovaly. Dále uvedly, že opatření pacientům pomohla.

Tabulka 7 se zabývá ošetrovatelskou péčí z pohledu pacientů. Pro znázornění jsme si vybrali odpověď jednoho z respondentů (P4). Pacientka tvrdí, že jí sestry pomáhají vyřešit problém se spánkem tak, že jí v pokoji pravidelně větrají, pomáhají jí s večerní hygienou a večer jí upravují lůžko. Sestry se s pacientkou o výše uvedených opatřeních poradily a pomohly jí. S ošetrovatelskou péčí za poslední dva dny je spokojená. Respondenti často uváděli, že jim sestry ke zkvalitnění spánku před spaním větrají v pokoji, upravují jim lůžko. Jako třetí nejčastější opatření bylo uváděno dodržování nočního klidu a večerní hygiena. Jinak se opatření u jednotlivých respondentů lišilo. Co se informovanosti o provedených opatřeních týče, tak 4 respondenti uvedli, že se s nimi jejich sestry poradily (P2, P3, P4, P6). Zbylí dva respondenti (P1, P5) si nejsou vědomi toho, že by se s nimi někdo poradil, či je o opatřeních informoval. Ovšem toto zjištění je v rozporu s tvrzením Špirudové a kol. (2006), která ve své knize poukazuje na to, že plán ošetrovatelské péče před jeho realizací musí schválit pacient nebo jeho zástupce. Tímto chceme navázat na Plevovou a kol. (2011), která ve své publikaci uvádí, že průběžné hodnocení se realizuje během celé doby poskytování ošetrovatelské péče, a to z důvodu zabezpečení vhodné péče vzhledem aktuálnímu stavu pacienta. Při průběžném hodnocení se hodnotí reakce pacienta na poskytovanou péči, změny

v klinickém stavu a výskyt nových problémů, které je třeba řešit. Dále se zjišťuje nutnost revize ošetrovatelského plánu vzhledem ke změnám aktuálního stavu pacienta. A jak by respondenti hodnotili ošetrovatelskou péči zaměřenou na jejich obtíže se spánkem za poslední dva dny? Většina dotazovaných pacientů je s ošetrovatelskou péčí částečně spokojena, pouze jeden respondent (P2) je spokojen. Sestra by měla průběžně hodnotit poskytovanou ošetrovatelskou péči.

Jaké obtíže se spánkem řeší sestry u pacientů, kteří jsou součástí výzkumného souboru?

Obtíže se spánkem ze strany sester a pacientů jsou shrnuty v tabulce 4. U pacientů, u kterých sestry stanovily ošetrovatelskou diagnózu poruchu spánku, se jednalo především o problém s usínáním nebo o časté buzení. Navíc u jednoho respondenta (P 3/3) sestra stanovila, že se jedná i časně probouzení. Trachtová (2006) ve své publikaci tvrdí, že poruchy spánku jsou jedny z nejčastějších problémů člověka moderní doby a uvádí, že se jedná o přerušování doby spánku, které člověka obtěžuje nebo zasahuje do jeho žádoucího životního rytmu. Můj názor se shoduje s literaturou. Z kazuistik a z tabulek 4 a 5 vyplývá, že nejčastější příčinou spánkových poruch u dotazovaných pacientů je změna prostředí. To ve své knize tvrdí i Tomagová s Bórikovou (2006). Spánek může ovlivňovat řada faktorů. Jsou to faktory fyzické, psychické, faktory životního prostředí, sociální a životního stylu. Toto tvrzení se shoduje i s našim výzkumem. Druhou nejčastější příčinou podle sester je nervozita. Jinak se příčiny u jednotlivých respondentů liší. Jedná se o obavy a průběh léčby, dále o polohu, strach, dlouhodobou hospitalizaci, bolesti hlavy, noční aplikaci léků, závratě a upoutání na lůžko. Tyto výsledky se shodují s tvrzením Trachtové (Trachtová, 2006), která ve své publikaci uvádí, že problémy se spánkem u hospitalizovaných pacientů souvisí s vlastním onemocněním a s nemocničním prostředím.

Tabulka 9 se zabývá plánem ošetrovatelské péče u pacienta, u kterého byla stanovena ošetrovatelská diagnóza porucha spánku (P1-P6). Plevová a kol. (2012) ve své publikaci uvádí, že plán ošetrovatelské péče představuje spolu s další ošetrovatelskou dokumentací doklad o kvalitě a kvantitě, vhodnosti a přiměřenosti ošetrovatelské péče, která je poskytována určitému pacientovi. S tímto tvrzením

naprosto souhlasím. Podle Plevové a kol. (2011) sestra spolu s pacientem stanoví cíle péče a výsledná kritéria, naplánuje ošetrovatelské intervence a na základě toho všeho sestaví ošetrovatelský plán. Myslím si, že přesně podle výše uvedených tvrzení by měla přistupovat každá sestra při tvorbě ošetrovatelského plánu. Součástí stanoveného cíle je časový plán pro jeho dosažení nebo jeho přehodnocení (Tóthová, 2009). Tímto bych chtěla poukázat na to, že časový plán je uveden pouze u cílů, které byly stanovené respondentkami S1 a S2. Ostatní respondentky (S3, S4, S5, S6) stanovily sice cíle, ale bez časového plánu. Dále bych chtěla v tabulce 4 poukázat na výsledná kritéria. Prof. Tóthová (2009) ve své publikaci uvádí, že výsledná kritéria jsou předem stanovené, specifické, pozorovatelné a měřitelné odpovědi pacienta, svědčící o odstranění jeho problému. Výsledná kritéria udávají, co musí pacient udělat, umět, vědět, pochopit, aby se jeho zdravotní stav upravil. U každého cíle se mělo vytvořit tři až šest výsledných kritérií, u kterých je nutné určit, dokdy se musí splnit. Z tabulky 9 vyplývá, že výsledná kritéria stanovily pouze sestry na gynekologicko – porodnickém oddělení, na neurologickém oddělení se podle respondentek (S3, S4, S5, S6) nestanovují. Intervence se zaznamenávají v logickém pořadí, s uvedením časového hlediska a osoby zodpovědné za jejich realizaci (Plevová a kol., 2011). Z tabulky 9 je evidentní, že sestry z gynekologicko – porodnického oddělení stanovily intervence bez časového údaje, ale sestry z neurologického oddělení je stanovily s časovým údajem. Všechny sestry vhodně zvolily intervence k dané problematice jejich pacientů.

Tabulka 10 se zabývá vyhodnocením ošetrovatelského plánu za poslední dva dny. Marečková (2006) ve své publikaci uvádí, že závěrečnou fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení efektu péče, která byla pacientovi poskytnuta podle individuálního plánu. Podle profesorky Tóthové (2009) je hodnocení nepostradatelné při ukončování každé etapy ošetrovatelského procesu a je založeno na objektivních hodnotách, které sestra získala během péče. Svědčí o kladném, nebo záporném efektu péče. Dále profesorka Tóthová (2009) ve své knize uvádí, že v průběhu hospitalizace u pacienta hodnotí efekt péče každý ošetřující pracovník a průběžné hodnocení by měla mít na starost sestra, která vytvořila plán péče. (S1 – S6). U sester z gynekologicko – porodnického oddělení neshledávám průběžné hodnocení ošetrovatelského plánu. Obě

respondentky pouze v den stanovení ošetřovatelské diagnózy zaškrtnuly kolonku „cíl byl splněn“. Obě respondentky měly v ošetřovatelském plánu pod nadpisem hodnocení pouze dvě možnosti, a to zaškrtnout kolonku „cíl byl splněn“, nebo kolonku „cíl nebyl splněn (důvod)“. Samozřejmě pod hodnocením ošetřovatelského plánu nechybělo datum hodnocení a razítko s podpisem sestry, která hodnotila. Sestry z neurologického oddělení (S3, S4, S5, S6) hodnotí ošetřovatelský plán průběžně, nechybí ani datum a podpis hodnotící sestry. Hodnocení u těchto respondentek je pozitivní, z toho vyplývá, že ošetřovatelská péče měla u pacienta pozitivní efekt. Toto zjištění se shoduje i s tvrzením pacientů (P1, P2, P3, P4, P6), kteří uvedli, že jim opatření ke zkvalitnění jejich spánku pomohla (viz kazuistiky).

Malíková (2011) ve své knize uvádí, že realizace ošetřovatelského procesu vyžaduje schopnost sestry samostatně a efektivně v praxi používat jednotlivé fáze ošetřovatelského procesu. Toto se ale u výzkumného souboru (S1 – S6) nepotvrdilo. Například plán ošetřovatelské péče před jeho realizací musí schválit pacient či jeho rodina, ovšem P1 a P5 si nejsou vědomi toho, že by se s nimi někdo o opatřeních ke zlepšení spánku poradil či je informoval. Dále S1 a S2 při fázi hodnocení neprováděly u svých klientů průběžné hodnocení ošetřovatelského plánu a takhle bych mohla pokračovat dál.

6 ZÁVĚR

V bakalářské práci se zabývám poruchou spánku jako ošetrovatelskou diagnózou. Poruchy spánku patří mezi aktuální problém dnešní doby. Jsou to stále častěji diagnostikované choroby, jejichž výskyt pravděpodobně stoupá s rozvojem civilizace.

Cílem této práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku u pacienta. Cíl byl splněn. Můžeme tedy konstatovat, že sestry se ve své profesi zabývají poruchami spánku. Na počátku našeho výzkumu jsme pro dosažení cíle stanovili dvě výzkumné otázky. Výzkumná otázka č.1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku u pacientů? Výzkumná otázka č. 2: Jaké obtíže se spánkem řeší sestry u pacientů, kteří jsou součástí výzkumného souboru?

Zjistili jsme, že mezi udávaná specifika ošetrovatelské péče patří především větrání v pokoji pacientů, úprava lůžka, dodržování nočního klidu a pomoc s večerní hygienou. Na těchto specifikách se shodli jak sestry, tak i pacienti. Ostatní specifika se u jednotlivých respondentů liší. Většina dotazovaných pacientů byla o opatřeních ke zlepšení spánku sestrou informována a opatření jim pomohla. Všichni dotazovaní pacienti byli s ošetrovatelskou péčí sester za poslední dva dny spokojeni.

Druhá výzkumná otázka zkoumala, jaké obtíže se spánkem řeší sestry u pacientů, u nichž stanovily ošetrovatelskou diagnózu poruchu spánku. Z kazuistik a z tabulek vyplývá, že sestry u svých pacientů nejčastěji řešily tyto dva problémy: problém usnout a časté buzení.

Na začátku výzkumného šetření jsem měla o ošetrovatelské péči pacientů, u kterých byla stanovena ošetrovatelská diagnóza porucha spánku, jiné představy. Myslela jsem si, že tato ošetrovatelská diagnóza se stanovuje běžně na odděleních. Nakonec jsem s hledáním této diagnózy měla celkem problémy. Proto byl omezený počet respondentů (sester i pacientů). Očekávala jsem, že ošetrovatelská péče v rámci poruch spánku bude specifitější, něčím zajímavější, ale sestry u pacientů pro zkvalitnění jejich spánku dělají činnosti, které bych dělala automaticky u každého hospitalizovaného pacienta. Každá sestra by měla umět pracovat s ošetrovatelským procesem, měla by znát jeho

jednotlivé fáze a umět je aplikovat do praxe. Z výsledků této práce vyplývá, že výzkumný soubor – sestry z neurologického a gynekologicko - porodnického oddělení nepostupují správně při aplikaci ošetrovatelského procesu, například neplánují ošetrovatelskou péči s pacientem a neprovádí průběžné hodnocení ošetrovatelského plánu. Myslím si, že za to nemohou sestry samotné, tak jako jejich nedostatek na odděleních, což je ve zdravotnictví velký problém. Kdyby bylo více sester, tak by ošetrovatelská péče vypadala určitě jinak. Sestry by tak měly více času na své pacienty, mohly by je tak lépe poznat a více se jim věnovat. Tím pádem by i práce s ošetrovatelským procesem vypadala jinak. Docílilo by se větší spokojenosti sester i pacientů.

Poznatky, které jsem zpracováním této bakalářské práce získala, se budu snažit využít v mém budoucím povolání sestry. Tyto výsledky mohou také posloužit studentům jako podkladový materiál pro vypracování jejich prací a lepší informovanost sester o problematice poruch spánku u hospitalizovaných pacientů. Dále by mohly sloužit jako zpětná vazba pro nemocnici, ve které bylo šetření realizováno.

7 POUŽITÁ LITERATURA

ALCHANATIS, M., MACFARLANE, J., SCHIZA, S. *Sleep Apnea*. [online]. [cit. 2012-05-10]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3581140/>

AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 6. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, Karolinum, 2006. 351s. ISBN 80-246-1258-5.

BORZOVÁ, C. a kol. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Grada, 2009. 141s. ISBN 978-80-247-2978-7.

CIBULA, D., PETRUŽELKA, L. a kol. *Onkogynekologie*. Praha: Grada, 2009. 616s. ISBN 978-80-247-2665-6.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. 632s. ISBN 978-80-247-1620-6.

GANGALE, C., D. *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada, 2004. 232s. ISBN 80-247-0534-6.

HERDMAN, T., H. *NANDA ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2009 – 2011*. Praha: Grada, 2010. 480s. ISBN 978-80-247-3184-1.

HOBZOVÁ, M. *Spánková medicína v pneumologii*. [online]. [cit. 2011-07-06]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgraduální-medicina/spankova-medicina-v-pneumologii-obstrukcni-spankova-apnoe-460142>

HONZÁK, R. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada, 2005. 216s. ISBN 80-247-1473-6.

KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 861s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. 400s. ISBN 978-80-247-4026-3.

Kognitivně-behaviorální terapie. *Www.dobry-spanek.cz*. [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupné z: www.dobry-spanek.cz/kognitivne-behavioralni-terapie

KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti - příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 356s. ISBN 80-247-1720-4.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. Praha: Grada, 2008. 568s. ISBN 978-80-247-2240-5.

KRATOCHVÍL, S. *Využití hypnózy v lékařské praxi*. [online]. [cit. 2012-10-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/vyuziti-hypnozy-v-klinicke-praxi-467036>

KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2009. 176s. ISBN 978-80-7394-105-5.

LÜLMAN, H., MOHR, K., HEIN, L. *Barevný atlas farmakologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2012. 384s. ISBN 978-80-247-3908-3.

LÜLMAN, H., MOHR, K., WEHLING, M. *Farmakologie a toxikologie*. 15. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. 728.s ISBN 80-247-0836-1.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada,

2011. 328s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3.

MARTÍNKOVÁ, J. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2007. 380s. ISBN 978-80-247-1356-4.

MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Praha: Grada, 2006. 248s. ISBN 80-247-1442-6.

NEVŠÍMALOVÁ, S. Poruchy spánku – příčiny, diagnostika a léčba. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 3. s. 44. ISSN 1210-0404.

NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E., TICHÝ, J. a kol. *Neurologie*. Praha: Galén, 2005. 368s. ISBN 80-7262-160-2.

NEVŠÍMALOVÁ, S. ŠONKA a kol., K. *Poruchy spánku a bdění*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 345s. ISBN 978-80-7262-500-0.

NOGOVÁ, S. Léčba nespavosti na psychiatrické ambulanci. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 3. s. 71. ISSN 1210-0404.

OREL, M., FACOVÁ, V. a kol. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. 256s. ISBN 978-80-247-2617-5.

OREL, M. a kol. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. 264s. ISBN 978-80-247-3737-9.

PIDRMAN, V. *Demence*. Praha: Grada, 2007. 184s. ISBN 978-80-247-1490-5.

PLEVOVÁ, I. a kol. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. 304s. ISBN 978-80-247-3871-0.

PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. 288s. ISBN 978-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. 224s. ISBN 978-80-247-3558-0.

PRAŠKO, J., ESPA – ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L. *Nespavost*. Praha: Portál, 2004. 102s. ISBN 80-7013-324-4.

SADDICHHA, S. Diagnosis and treatment of chronic insomnia. *Medknow* [online]. 2010, roč. 13, č. 2, s. 94-102 [2013-08-25]. ISSN 0972-2327. Dostupné z : <http://www.annalsofian.org/article.asp?issn=0972-2327;year=2010;volume=13;issue=2;Spage=94;epage=102;aulast=Saddichha>

SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada, 2008. 240s. ISBN 978-80-247-1613-8.

SEIDL, Z. *Neurologie pro nelékařské a zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. 168s. ISBN 978-80-247-2733-2.

SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004. 363s. ISBN 80-247-0623-7.

SKÁLOVÁ, A. Poruchy spánku nejen o spánku. *Zdravotnické noviny*. 2008, roč. 57, č. 6. s. 11. ISSN 0044-1996.

SLEZÁKOVÁ, Z. *Neurologické ošetřovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. 165s. ISBN 80-8063-218-9.

Spánková laboratoř může odhalit příčiny nespavosti. *Www.dobry-spanek.cz*. [online]. [cit. 2012-4-12]. Dostupné z: www.dobry-spanek.cz/novinky/spankova-laborator-muze-odhalit-priciny-nespavosti-436

SÝKOROVÁ, A. Spánek a jeho poruchy. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 4. s. 22-23. ISSN 1210-0404.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2006. 284s. ISBN 80-247-1148-6.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada, 2006. 284s. ISBN 80-247-1148-6.

ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E. *Speciální pedagogika v praxi*. Praha: Grada, 2012. 248s. ISBN 978-80-247-4369-1.

ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. *Multikulturní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2006. 252s. ISBN 80-247-1213-X.

ŠTAUBEROVÁ, M. *Syndrom spánkové apnoe*. [online]. [cit. 2007-01-29]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/syndrom-spankove-apnoe-287448>

ŠTEFAN, J., MACH, J. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada, 2005. 264s. ISBN 978-80-247-6369-9.

TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I a kol. *Potřeby v ošetřovatelstve*. Martin: Osveta, 2006. 196s. ISBN 978-80-8063-270-0.

TOPINKOVÁ, E. *Management insomnie u geriatrických nemocných*. [online]. [cit. 2007-06-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/management-insomnie-u-geriatrickych-nemocnych-310105>

TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. 159s. ISBN 978-80-7387-286-1.

TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186s. ISBN 80-7013-324-4.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada, 2011. 192s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VLČEK, J., FIALOVÁ, D. a kol. *Klinická farmacie I*. Praha: Grada, 2010. 368s. ISBN 978-80-247-3169-8.

VONEŠOVÁ, V. Autogenní trénink podle Schultze. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 3. s. 69. ISSN 1210-0404.

VRÁNOVÁ, L. Ošetrovatelský proces u poruch spánku. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 3. s. 46. ISSN 1210-0404.

VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie II*. přep. a dop. vyd. Praha: Grada. 2007. 396s. ISBN 978-80-247-1315-1.

ZÁVĚŠICKÁ, L., PRAŠKO, J. *Poruchy spánku v ordinaci praktického lékaře*. [online]. [cit. 2010-05-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/poruchy-spanku-v-ordinaci-practickeho-lekare-451805>

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Ošetrovatelská diagnóza

Spánek

Poruchy spánku

Sestra

Pacient

Ošetrovatelský proces

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 - Souhlas s výzkumným šetřením

Příloha 2 - Otázky k rozhovorům se sestrami

Příloha 3 - Otázky k rozhovorům s pacienty

Příloha 4 - Rozhovor s hlavní sestrou Nemocnice Písek, a. s.

Příloha 5 - Rozhovor s vrchními sestrami plicního a ORL oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Příloha 6 - Sestry a ošetřovatelská diagnóza

Příloha 7 - Plán ošetřovatelské péče

Příloha 1 – Souhlas s výzkumným šetřením

Mgr. Monika Kyselová (*monika-kyselova@seznam.cz*)

Re: Fwd: žádost

30. 1. 2014, 20:18:45

Komu: E.Hanzalova@seznam.cz

dobrý den,

s výzkumným šetřením souhlasím. ještě kontaktujte vrchní sestry zmíněných oddělení, které také musí souhlasit. Ortopedii kontaktovat nemusíte, tam se šetřením nesouhlasí.

S pozdravem

M.Kyselová

Zdroj: E.Hanzalova@seznam.cz

Příloha 2 - Otázky k rozhovorům se sestrami

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Na jakém oddělení pracujete?
4. Jaká je délka Vaší praxe na tomto oddělení?
5. Jak byste definovala pojem ošetrovatelská diagnóza?
6. Jaký má užívání ošetrovatelské diagnózy pro Vás význam?
7. Stanovujete na Vašem oddělení u pacientů ošetrovatelskou diagnózu porucha spánku?
8. Stanovujete tuto diagnózu často? Mám na mysli alespoň 1krát týdně.
9. O jaké obtíže se spánkem se jedná u pána / paní ... u něhož / níž byla stanovena ošetrovatelská diagnóza porucha spánku?
10. Co je příčinou obtíží se spánkem u pána / paní ...?
11. Jaké cíle jste stanovila u pána / paní ... v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku?
12. Jaké intervence a kritéria jste stanovila u pána / paní ... v rámci ošetrovatelské diagnózy porucha spánku?
13. Jaká opatření jste provedla u pána / paní ... ke zlepšení jeho / jejího spánku za poslední 2 dny?
14. Informovala jste o těchto opatřeních pána / paní ...?
15. Pomohla tato opatření pánovi / paní ... ke zlepšení jeho/ jejího spánku? Pokud ano, jak?

Zdroj: Vlastní

Příloha 3: Otázky k rozhovorům s pacienty

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše povolání?
3. Jaký je důvod Vaší hospitalizace?
4. Jaký problém se spánkem máte?
5. Jaká je příčina Vaší spánkové poruchy?
6. Jak byste zhodnotil/a svůj spánek v nemocnici oproti domácímu prostředí?
7. Máte určité rituály nebo rutinní činnosti před spaním? Jaké?
8. Užíváte léky na spaní nebo jiné léky, které mohou ovlivňovat Váš spánek?
Pokud ano, jaké?
9. Jak Vám sestry pomáhají vyřešit problém se spánkem?
10. Poradily se s Vámi sestry o opatřeních, které vykonávaly v rámci zlepšení kvality Vašeho spánku?
11. Jak Vám tato opatření pomohla?
12. Jak byste zhodnotil/a ošetrovatelskou péči sester při řešení Vašeho problému se spánkem za poslední 2 dny? (spokojen, částečně spokojen, nespokojen)

Zdroj: Vlastní

Příloha 4 - Rozhovor s hlavní sestrou Nemocnice Písek, a. s.

Jak už jsem v metodice uvedla, výzkumné šetření mělo původně probíhat ve dvou nemocnicích – v Nemocnici České Budějovice, a. s., a v Nemocnici Písek, a. s. Bohužel mi hlavní sestra paní Mgr. Jana Somrová během našeho rozhovoru sdělila, že na žádném oddělení nemocnice Písek, a. s., sestry nestanovují ošetrovatelskou diagnózu poruchu spánku. Ovšem není to tak dlouho, co tuto diagnózu v této nemocnici na odděleních stanovovaly.

1. Jaká je Vaše celková dosavadní praxe?

„V oboru pracuji již 38 let.“

2. Jak dlouho vykonáváte pozici hlavní sestry?

„Tuto pozici vykonávám 12 let.“

3. Proč sestry v této nemocnici u svých pacientů nestanovují ošetrovatelskou diagnózu porucha spánku?

„Tak je to proto, že sestry mají spoustu práce s dokumentací. Tato práce se jim zákonem 372 ještě navýšila, protože převzaly spoustu kompetencí za lékaře, tak se ošetrovatelské diagnózy ztenčily, a tak je zaměření na ošetrovatelské diagnózy, které jsou pro sestry úzce související. Navíc při příjmu se lékaři pacientů ptají, jestli netrpí spánkovou poruchou a pokud uvede pacient, že ne, tak už se tento problém dál neřeší.“

4. Jestli není ošetrovatelská diagnóza porucha spánku stanovována písemně, jak tedy řeší sestry u svých pacientů potíže se spánkem?

„Pokud sestra zjistí, že má pacient na jejím oddělení potíže se spánkem, tak kontaktuje lékaře. Sama nemůže podat lék na spaní. Lékař po zvážení nejdříve musí lék na spaní napsat do ošetrovatelské dokumentace a až poté může sestra tento lék podat pacientovi. Jde tedy o úzkou spolupráci s lékařem. O vizitě je jednou z otázek, jak pacient spal. Podle nočního hlášení, které sestry píšou do dokumentací, si lékař přečte, jestli pacient špatně spal a podle toho stanoví léčbu, například napíše tabletu na spaní,

nebo přestěhují pacienta na jiný pokoj.“

5. Změnila byste systém stanovování ošetrovatelské diagnózy porucha spánku? Pokud ano, jak?

„Systém bych neměnila. Systém, který používáme, nám funguje, tudíž nám i vyhovuje a nijak bych ho neměnila. Porucha spánku je vedena jako intervence jiných ošetrovatelských diagnóz, nikoliv jako samostatná ošetrovatelská diagnóza. Naším cílem je zjednodušení ošetrovatelské dokumentace.“

Zdroj: Vlastní

Příloha 5 - Rozhovor s vrchními sestrami plicního a ORL oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Na začátku výzkumného šetření jsem měla jiné představy. Myslela jsem si, že když poruchu spánku nestanovují v Nemocnici Písek, a. s., tak ji určitě budou stanovovat v Nemocnici České Budějovice, a. s. Bohužel i zde jsem se hluboce mýlila. Bylo velice těžké najít oddělení, kde by se tato ošetrovatelská diagnóza stanovovala. A tak, abych měla důkaz o tom, že ani zde se tato diagnóza moc nestanovuje, obešla jsem dvě oddělení – plicní a ORL oddělení, na kterých bych hledala pacienty s poruchou spánku jako první a domluvila jsem si schůzky s vrchními sestrami těchto oddělení, abych zjistila, proč ani zde ošetrovatelskou diagnózu poruchu spánku nestanovují.

A) Rozhovor s vrchní sestrou plicního oddělení.

1. Kolik Vám je let?

„53.“

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

„Bakalář.“

3. Jaká je délka Vaší praxe na tomto oddělení?

„15let.“

4. Jaká je Vaše celková dosavadní praxe ve zdravotnictví?

„31 let.“

5. Proč sestry na Vašem oddělení nestanovují u svých pacientů ošetrovatelskou diagnózu poruchu spánku?

„*My řešíme problém s tím, že jsou u nás pacienti s onemocněním plic. Kašlou, nemohou dýchat, to je ten hlavní problém. Když pacient nemůže spát, protože se mu*

špatně dýchá, tak sestry stanoví například ošetrovatelskou diagnózu porušené dýchání, neefektivní dýchání. Když pacient kašle, špatně se mu dýchá, tak samozřejmě nemůže spát. V tom případě vyřešíme problém s dýcháním, pacientovi se uleví a může lépe spát.“

6. Pokud není ošetrovatelská diagnóza porucha spánku stanovována písemně, jak tedy řeší sestry u svých pacientů potíže se spánkem?

„Tak samozřejmě vyřeší ten jejich hlavní problém. Dostanou inhalaci, zvýšenou polohu, případně něco lehkého na spaní. Aby se zklidnili především, protože jsou pacienti většinou neklidní.“

7. Změnila byste nějak systém stanovování ošetrovatelské diagnózy poruchy spánku na Vašem oddělení? Pokud ano, jak?

„Neměnila bych nic.“

B) Rozhovor s vrchní sestrou ORL oddělení.

1. Kolik Vám je let?

„59 let.“

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

„PSS.“

3. Jaká je délka Vaší praxe na tomto oddělení?

„41 let.“

4. Jaká je Vaše celková dosavadní praxe ve zdravotnictví?

„41 let.“

5. Proč sestry na Vašem oddělení nestanovují u svých pacientů ošetrovatelskou diagnózu poruchu spánku?

„Jak? No protože u nás jsou pacienti krátkodobě hospitalizováni a většinou to řešíme tak, že tedy oni když jdou na ten plánovaný výkon operační, tak oni mají na noc napsaný třeba diazepam, a pak ráno tu premedikaci. Z toho důvodu se nám tu pacienti s poruchou spánku moc nevyskytují. Když mají poruchu spánku, tak se to řeší individuálně. Bud jsou na to zvyklí z domova, že mají napsaný léky na spaní, tak to sdělí lékaři, a pak mu to tady děvčata dávají. Nebo nemohou pacienti spát, protože mají strach, nebo nemůžou dýchat nosem a dýchají ústy. Ale to vše bývá vždycky před výkonem, tak na noc dáváme léky na uklidnění, a pak tedy tu premedikaci.“

6. Pokud není ošetrovatelská diagnóza porucha spánku stanovována písemně, jak tedy řeší sestry u svých pacientů potíže se spánkem?

„No právě, když mají pacienti tuto poruchu, tak se to oznámí lékaři a ten předepíše nějaký prášek na spaní. A jak je to krátkodobě, tak my tento problém dlouhodobě neřešíme. Vlastě jeden den je pacient přijat, druhý den je výkon a třetí nebo čtvrtý den jdou domů.“

7. Změnila byste nějak systém stanovování ošetrovatelské diagnózy poruchy spánku na Vašem oddělení? Pokud ano, jak?

„No nezměnila bych nic, u nás ne.“

Zdroj: Vlastní

Příloha 6 - Sestry a ošetrovatelská diagnóza

Tabulka 8

Respondetky/sestry	Definice ošetrovatelské diagnózy	Význam ošetrovatelské diagnózy
S1	aktuální problém	žádný
S2	věc, kterou nemá cenu řešit	žádný
S3	aktuální problém	vyřešit pacientův problém
S4	aktuální problém	žádný
S5	aktuální problém	žádný
S6	problém	žádný

Tabulka shrnuje, jak výzkumný soubor, konkrétně sestry gynekologicko – porodnického a neurologického oddělení (S1 – S6) definuje ošetrovatelskou diagnózu a jaký význam má pro ně stanovování ošetrovatelských diagnóz. Ze žlutého sloupečku jasně vyplývá, že drtivá většina sester by ošetrovatelskou diagnózu definovala jako aktuální problém (S1, S3, S4, S5) nebo jen problém (S6). Pouze S2 definuje ošetrovatelskou diagnózu jako věc, kterou nemá cenu řešit. Z modrého sloupečku na první pohled vyplývá, že pro pět ze šesti sester nemá ošetrovatelská diagnóza žádný význam (S1, S2, S4, S5, S6). Pouze S3 odpověděla, že ošetrovatelská diagnóza pro ni znamená vyřešit pacientův problém.

Zdroj: Vlastní

Příloha 7 - Plán ošetrovatelské péče

Tabulka 9

A) Náležitosti plánu ošetrovatelské péče

Respondentky	Cíl	Kritéria	Intervence
S1	P má zlepšený spánek do 48 hodin.	P má vhodný spánkový režim. P udává výrazné zlepšení a kvalitu spánku. P přes den vyvíjí aktivitu.	Vyslechni P. V noci choď na pokoj co nejméně a tiše. Zjisti dřívější návyky P před spánkem, rituály. Podej léky dle ordinace lékaře a sleduj účinek. Pouč P o spánkovém režimu. Zaznamenej vše do dokumentace. Doporuč P přes den vhodné aktivity. Eliminuj rušivé podněty během noci.
S2	P má zlepšený spánek do 48 hodin	P má vhodný spánkový režim. P udává výrazné zlepšení a kvalitu spánku. P přes den vyvíjí aktivitu.	Vyslechni P. V noci choď na pokoj co nejméně a tiše. Zjisti dřívější návyky P před spánkem, rituály. Podej léky dle ordinace lékaře a sleduj účinek. Pouč P o spánkovém režimu. Zaznamenej vše do dokumentace. Doporuč P přes den vhodné aktivity. Eliminuj rušivé podněty během noci.

S3	Nemocný spí, zná optimální délku svého spánku a ráno se cítí odpočatý.	-----	Eliminuj rušivé podněty během noci. Naplánuj výkony tak, aby mohl nemocný spát alespoň 90 – 120 minut vkuse. Aplikuj léky na spaní dle ordinace lékaře.
S4	Nemocný chápe příčiny poruch spánku.	-----	Zjistí dřívější návyky nemocného před spaním. Aplikuj léky na spaní dle ordinace lékaře. Eliminuj rušivé podněty během noci.
S5	Nemocný spí, zná optimální délku svého spánku a ráno se cítí být odpočínutý.	-----	Zjistí dřívější návyky nemocného před spaním. Eliminuj rušivé podněty během noci.
S6	Nemocný chápe příčiny poruchy spánku.	-	Aplikuj léky na spaní dle ordinace lékaře. Eliminuj rušivé podněty během noci.

Tabulka 9 znázorňuje plán ošetrovatelské péče u pacientů s ošetrovatelskou diagnózou porucha spánku na gynekologicko – porodnickém a neurologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. Na první pohled je patrné, že S1 a S2 u svých pacientů (P1, P2) u ošetrovatelských diagnóz stanovují cíl, kritéria i intervence. A však S3, S4, S5 a S6 u svých pacientů (P3, P4, P5, P6) stanovují pouze cíl a intervence. Z toho vyplývá, že na neurologickém oddělení se u ošetrovatelských diagnóz kritéria nestanovují. Jak již uvedly S4 a S5: „Kritéria na našem oddělení u ošetrovatelských diagnóz nestanovujeme“. U S1 a S2 se cíle, kritéria a intervence naprosto shodují. S4

a S6 stanovily u svých pacientů (P3, P5) stejné cíle, stejně jako S4 a S6 (u P4 a P6). S3 a S4 u svých pacientů (P3, P4) stanovily alespoň tři různé intervence, za to S5 a S6 stanovily pouze dvě intervence.

Tabulka 10

B) Zhodnocení plánu ošetrovatelské péče za poslední 2 dny

Respondentky	Hodnocení ošetrovatelského plánu 1. den	Hodnocení ošetrovatelského plánu 2. den
S1	-----	Cíl byl splněn.
S2	-----	Cíl byl splněn.
S3	P spala lépe, ráno se cítila odpočínutá	P spala lépe, v noci se nebudí, ráno se cítila odpočínutá.
S4	P chápe příčiny poruch spánku, spánek je kvalitnější.	P spala lépe, spánek je kvalitnější.
S5	P spal lépe.	P spal lépe.
S6	P chápe příčiny poruch spánku, P spala celou noc.	P spala celou noc.

Tabulka 10 znázorňuje zhodnocení plánu ošetrovatelské péče za poslední 2 dny u pacientů s ošetrovatelskou diagnózou porucha spánku na gynekologicko – porodnickém a neurologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. Ze získaných informací vyplývá, že respondentky na obou oddělení hodnotí u ošetrovatelské diagnózy porucha spánku ošetrovatelský plán. S1 a S2 neprovádí u svých pacientů (P1 A P2) pravidelné hodnocení ošetrovatelského plánu. Ošetrovatelský plán je zhodnocen až v závěru, kdy respondentky napíší buď cíl byl splněn, nebo cíl nebyl splněn. U P1 a P2 byl cíl splněn. S3, S4, S5 a S6 provádí zhodnocení ošetrovatelského plánu u ošetrovatelské diagnózy pravidelně každý den. Hodnocení ošetrovatelského plánu se u S3, S4, S5 a S6 za poslední 2 dny u konkrétního pacienta (P3, P4, P5 a P6) nijak neliší.

Zdroj: Vlastní

