

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Lenka Pavlíčková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Lenka Pavlíčková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**USPOKOJOVÁNÍ POTŘEBY SPÁNKU
U NEMOCNÝCH NA JIP**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 22.3.2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za metodické vedení bakalářské práce, poskytnutí cenných rad, podporu a čas, který mi věnovala. Dále děkuji vedení FN Plzeň, vrchním staničním a všeobecným sestřám na kardiologické, ortopedické, chirurgické a infekční JIP ve FN Plzeň při realizaci průzkumného šetření. V neposlední řadě děkuji celé své rodině a přátelům za podporu během studia.

OBSAH

ÚVOD	12
------------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1 LIDSKÉ POTŘEBY VE ZDRAVÍ A V NEMOCI.....	13
1.1 Lidské potřeby	13
1.1.1 Hierarchie potřeb podle Maslowa.....	14
1.1.2 Nemocný a jeho potřeby	14
2 SPÁNEK A JEHO VÝZNAM.....	16
2.1 Význam spánku.....	16
2.1.1 Potřeba spánku a odpočinku	16
2.1.2 Nemoc a potřeba spánku	17
3 FYZIOLOGIE SPÁNKU.....	18
3.1 Fáze a stádia spánku	18
4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SPÁNEK A ODPOČINEK	20
4.1 Faktory ovlivňující spánek obecně	20
4.1.1 Faktory ovlivňující kvalitu spánku v nemoci	21
5 CHARAKTERISTIKA JIP	23
5.1 Péče o pacienta na odděleních intenzivní péče	23
5.1.1 Typy JIP	23
5.1.2 Přístrojové vybavení JIP	25
5.1.3 Umístění nemocných na JIP	25
6 POTŘEBY PACIENTA V INTENZIVNÍ PÉČI.....	26
6.1 Uspokojování potřeb u pacienta na JIP.....	26
6.1.2 Komunikace s pacientem v intenzivní péči	28
6.1.3 Sběr ošetrovatelské anamnézy sestrou na JIP.....	28
6.1.4 Potřeba spánku a odpočinku nemocných na JIP	29

6.2 Intervence sestry při zajištění spánku u nemocného na JIP	29
6.2.1 Vytvoření prostředí pro spánek u nemocných na JIP	31
6.2.2 Podpora spánkových návyků u nemocných na JIP	32
6.2.3 Zabezpečení pohody u nemocných na JIP	33
6.2.4 Aplikace léků na spaní u nemocných na JIP.....	33

PRAKTICKÁ ČÁST

CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	35
Cíl práce	35
Hypotézy	35
 METODIKA	 36
Metoda výzkumu	36
Vzorek respondentů	36
Zpracování údajů	36
 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	 37
7 DISKUSE.....	51
ZÁVĚR	60
 SEZNAM ZDROJŮ	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM PŘÍLOH	

ANOTACE

Příjmení a jméno: Pavlíčková Lenka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Uspokojování potřeby spánku u nemocných hospitalizovaných na JIP

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran: číslované 49, nečíslované 22

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova : sestra- JIP-spánek- hospitalizace- výzkumné šetření- pacient- nemocný.

Souhrn:

Tématem bakalářské práce je problematika uspokojování potřeby spánku u nemocných hospitalizovaných na JIP. Práce se skládá z části teoretické a praktické. V teoretické části jsem se zabývala lidskými potřebami ve zdraví a nemoci a jejich uspokojováním. Dále je tato část zaměřena na fyziologii a charakteristiku spánku a je zde také blíže popsáno oddělení jednotky intenzivní péče.

Praktická část je založena na výzkumném šetření, které jsem prováděla u pacientů hospitalizovaných ve FN Plzeň na kardiologické, ortopedické, chirurgické a infekční JIP. Kvantitativní šetření bylo provedeno formou anonymního dotazníku, jehož cílem bylo zjistit, zda je uspokojena potřeba spánku u nemocných hospitalizovaných na JIP a zmapovat faktory, které mají vliv na uspokojování této potřeby během hospitalizace na JIP.

ANNOTACION

Surname and name: Pavlickova Lenka

Department: of Nursing and midwifery: assistance

Title of thesis. Meeting the needs of sleep in patients hospitalised in ICU

Consultant: Mgr. Jaroslava Novakova

Number of pages: 49, unnumbered pages 22

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 30

Key words: nurse- ICU- sleep- hospital- research surveys- patient- sick

Summary:

The topic of this work is the satisfaction of the needs of sleep in patients hospitalized in the ICU. The work consists of theoretical and practical parts. In the theoretical part I deal with human needs in health and disease and their satisfaction. In addition, this section focuses on the physiology and characteristics of sleep and there is also further described in the intensive care unit. The research is based on a research survey which was conducted in patients hospitalized in University Hospital in Pilsen cardiac, orthopedic, surgical ICU and infectious. The quantitative survey was carried out by an anonymous questionnaire, which aimed to determine whether it is addressing the need for sleep in patients hospitalized in the ICU and to map the factors that impact on meeting the needs during hospitalization in the ICU.

ÚVOD

Pro svou práci jsem si vybrala téma Uspokojování potřeby spánku na jednotkách intenzivní péče (JIP). Myslím, že toto téma je velmi zajímavé, ale nevěnuje se mu dostatečná pozornost. Problém se spánkem je v současné době velmi diskutovaným tématem. Nekvalitní a krátký spánek či chronická nespavost jsou rizikovými faktory pro vznik různých onemocnění.

Ve zdravotnických zařízeních bývá obvykle kvalita spánku u nemocných zhoršena. Především pak na JIP dochází u pacientů k většímu vnímání rušivých elementů, které je možné do určité míry pozitivně ovlivnit.

Práce je věnovaná uspokojování potřeby spánku u pacientů v době hospitalizace na JIP, kde je nemocný neustále pod dozorem zdravotníka a může na něm být, vzhledem ke své nemoci, až plně závislý. Toto může vyvolat u člověka pocit nejistoty, úzkosti a strachu o své zdraví. Mezi další negativní faktory, které na pacienta po dobu hospitalizace na JIP působí, patří cizí prostředí, nedostatek informací o nemoci, hlučnost monitorů a jiné. Pro klienta je takové období velmi náročné i z důvodu odloučení od rodiny a vyrovnání se s tím, že je nemocen. Všemi těmito faktory je pak spánek negativně ovlivňován. Pro nemocného, hospitalizovaného na JIP je nespavost velkým problémem.

Nedostatek spánku, zvláště dlouhodobý, může znamenat i pro zdravého člověka ztrátu zdraví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 LIDSKÉ POTŘEBY VE ZDRAVÍ A V NEMOCI

1.1 Lidské potřeby

Každý člověk je osobnost, má své vlastnosti, postoje, názory a zejména určité potřeby, které se vztahují nejen k určitému člověku, ale i k prostředí, kde žije. Lidská potřeba začíná pocitem, který nás vede k jednání. Jejich uspokojení je nutné k zachování dobré kvality našeho života. (1,4)

Pokud je člověk zdravý, uspokojí si veškeré potřeby sám, bez pomoci druhých. Sám se nají, umyje, nepocituje žádné problémy. Zvláštní kapitolou je potřeba nemocného člověka, je pro nás zdravotníky výchozím momentem ošetrovatelské péče. Uspokojování individuálních potřeb nemocného se realizuje ošetrovatelským procesem, který je základním rysem ošetrovatelství a je velmi účinný při rozhodování a řešení problematických situací. V ošetrovatelském procesu systematicky sestry plánují a hodnotí uspokojování potřeby pacienta. Zdravotníci by se měli zabývat člověkem jako celkem, jako bytostí bio-psycho-sociální, bytostí holistickou. Porucha jedné části celku ovlivní zákonitě jinou část celku a má negativní vliv na celý organismus. (1,4)

Projevy nedostatku něčeho, chybění jsou potřeby člověka, které je možné uspokojit různými způsoby, i když jsou u všech lidí stejné. Pojem potřeba se dá vysvětlit třemi způsoby biologickým, to je stav narušené fyziologické rovnováhy, ekonomickým, kdy pociťujeme nutnost vlastnit a užívat určitý objekt a psychologickým, který vyjadřuje psychický stav. Lidé se neustále mění a vyvíjí a stejně s nimi se mění a vyvíjí jejich potřeby. (1,20)

V profesi všeobecné sestry je velmi důležité, abychom pochopili své vlastní potřeby a pocity, které nám poté pomůžou pochopit pocity a názory druhých lidí. Dokážeme se také orientovat v obtížných situacích, do kterých nás naše profese každodenně staví. (4)

1.1.1 Hierarchie potřeb podle Maslowa

Teorií lidských potřeb se zabýval, jeden z nejvýznamnějších výzkumníků, americký psycholog Abraham Harold Maslow (1908-1970). Lidské potřeby jsou řazeny hierarchicky a on je rozdělil dle naléhavosti na nižší a vyšší potřeby. Tato hierarchie nás vede k poznání, že pokud je neuspokojená tzv. „nižší potřeba“, vždy převládne nad neuspokojenými „vyššími potřebami“. Jeho model zahrnuje biologické a psychologické potřeby, které hodnotí dle jejich významu, aby člověk přežil. (1,4)

Maslow zjistil, že lidé s uspokojenými základními potřebami, jsou šťastní, zdraví a výkonní, než lidé, kteří mají neuspokojené potřeby. Definoval jejich uspořádání v r.1943 do pěti úrovní a poskládal je do známé Maslowovy pyramidy potřeb. I přesto, že platnost jeho teorie nebyla dosud potvrzena, je všeobecně uznávána. (4)

Mezi nižší potřeby patří potřeba jistoty a bezpečí, vyjadřuje vyvarování se ohrožení a nebezpečí. Její uspokojení má velký vliv na zdravotní stav člověka a mělo by být zájmem všech zdravotníků v tomto nemocnému pomoci. Dále sem patří fyziologické potřeby, které slouží k přežití organismu.

Do vyšších potřeb řadíme potřebu sounáležitosti, ta se stává aktuální při pocitu osamění a opuštěnosti. Vyšší potřeba uznání, sebeúcty a ocenění vyjadřuje přání výkonu, důvěry, kompetence a touhu po respektu druhých lidí. Nejvýše postavená potřeba seberealizace, vyjadřuje realizování svých schopností, člověk chce být tím, čím si myslí, že může být. Tato potřeba, ale vyžaduje vždy uspokojení všech dalších potřeb.

Základem hierarchie je vždy nutné uspokojení „nižší potřeby“, aby mohlo docházet k uspokojování tzv. „potřeby vyššíů“. (1,28)

1.1.2 Nemocný a jeho potřeby

Pacientem se nerodíme, ale stáváme se jím. Pacient je definován jako nemocný, léčící se člověk. Vlastní zdravotní stav a vše co se s námi děje, vnímá každý z nás jinak. Záleží na tom, jak jsme schopni vidět a tolerovat příznaky, které se objevují. Zda jako nemoc nebo pouze zdravotní nepohodu, které si nemusíme všimnout.

Být nemocným, přináší celou řadu fyzických a psychických změn, ale samozřejmě i potřeb. Obecně se hovoří o tom, že pacient hledá „někoho“, kdo mu pomůže. Cítí určitou potřebu druhého člověka. (2)

Nemocný člověk vyjadřuje a uspokojuje své potřeby jinak v domácím prostředí a jinak po dobu hospitalizace. Nemocní se často zaměřují na uspokojení pouze fyziologických potřeb „přežít“ a nezabývají se vyššími potřebami. Mají neuspokojenou potřebu ve všech úrovních. Samo onemocnění jim přináší především ztrátu jistoty. U některých pacientů je těžké určit a zabezpečit jejich potřeby. Sestry by se měly v lidských potřebách naučit orientovat, aby pak mohly úspěšně realizovat ošetrovatelskou péči. Pro uzdravení nemocného je nezbytné, aby mimo léků, vyšetření a léčebných zákroků měl dostatek spánku, přiměřenou výživu, dobrý komfort pro hygienu a vyprazdňování. (1,4)

Je spousta dalších faktorů, které mají vliv na uspokojování potřeb člověka například osobnost člověka a jeho vlastnosti. Záleží na typu jedince, zda je extrovert či introvert. Uspokojování potřeb mohou zcela ovlivnit také mezilidské vztahy, především vztahy k blízkým a příbuzným. Každý člověk touží být milován a potřeba lásky v období nemoci by měla být uspokojována právě ze strany nejbližších. Pacient nemůže od zdravotnického personálu očekávat lásku, ale je to především sestra, která se dostane jeho blízkosti v kritických chvílích. Měla by mu projevovat empatii, porozumění a trpělivost. Prostřednictvím takového vztahu pak může nemocnému pomoci ve zdravém uspokojování jeho potřeb. (1,4,31)

Neméně důležitým faktorem, který ovlivňuje uspokojování potřeb je vývojové stadium člověka. V každém věku je jiný způsob uspokojování a vliv má samozřejmě i pohlaví člověka.

Při zjišťování potřeb je třeba vycházet ze subjektivních a objektivních příznaků pacienta. Objektivní příznaky se dají viditelně hodnotit. Patří sem především pozorování nemocného, kdy sledujeme jeho chování, komunikaci, výrazy tváře a podobně. Ze subjektivních příznaků jsou to emoce a pocity nemocného. Lidé, kteří mají vyrovnanou osobnost, přijímají nemoc lépe a snadněji uspokojí své potřeby. V opačném případě tohoto nejsou schopni a vyžadují větší péči a pozornost personálu. V této chvíli velmi záleží na empatii sestry. (28,4)

Dlouhodobá či trvalá onemocnění se mohou týkat potřeb i rodiny nemocného. I zde má ošetrovatelská a léčebná péče své nezastupitelné místo. Je důležité, aby byla rodina co nejvíce informována o nemoci svého blízkého. (4)

2 SPÁNEK A JEHO VÝZNAM

2.1 Význam spánku

Spánek je nepostradatelnou součástí našeho života. Je popisován jako stav vědomí, ve kterém je snižené vnímání mentální i pohybové aktivity. Je omezena reakce na okolí. Spánek slouží k obnově psychických i fyzických sil a svojí kvalitou působí na fyziologické i patologické změny v organismu. Spánek je aktivní děj a k jeho uskutečnění je nutný přiměřený stav celého organismu a vhodné vnější podmínky. (6)

Význam zdravého spánku je především v regeneraci centrálního nervového systému a organismu jako celku. Bez spánku nebo při jeho nedostatečné kvalitě může docházet ke zhoršenému myšlení, snížení pozornosti a také pocitu únavy. Spánek je rovněž nezbytný pro obranyschopnost organismu, jelikož jeho dlouhodobý nedostatek imunitní systém oslabuje.

Pokud se dlouhodobě nebo nepřetržitě brání spánku, může nastat během několika dní stav podobný psychoze nebo se dokonce vyprovokuje duševní porucha. Občas i krátký spánek během dne zlepšuje náladu, duševní i pracovní výkonnost. Působí velmi dobře proti únavě a ospalosti. V zásadě je spánek fyziologickou odpovědí na únavu. (23)

2.1.1 Potřeba spánku a odpočinku

Spánek je základní lidská potřeba a fyziologickou změnou vědomí. Je pro člověka přirozený proces jako jídlo. Člověk stráví ve spánku téměř třetinu života. Spánek a odpočinek je pro každého individuální. Ke spánku se nemůžeme přinutit ani ho ovlivnit svojí vůlí. U zdravých dospělých jedinců se jeho délka pohybuje průměrně kolem 6–8 hodin denně. Někomu stačí 4-6 hodin spánku, jiný potřebuje více než 8 hodin. Záleží na mnoha faktorech, jako je denní aktivita člověka, fyziologický stav organismu, věk a podobně.

Odpočinek znamená především klid, relaxace, uvolnění napětí a úzkosti. Klid nemusí být jen nečinnost, může to být například uklidňující procházka, rekreační sport a jiné. Pro odpočinek i spánek je velmi důležité prostředí, ve kterém se člověk nachází. Klid a pohoda pozitivně ovlivňují prožívání člověka. (1,3)

2.1.2 Nemoc a potřeba spánku

Nemocí se rozumí porucha zdraví. Nemoc naruší obvyklý způsob života a tím dochází k neuspokojování celé řady potřeb. Nemocný člověk vyžaduje větší potřebu spánku než zdravý, jelikož každé onemocnění zvyšuje únavu organismu. Problémy se spaním patří k nejčastějším stížnostem pacientů, příčinou může být samotná hospitalizace, která obnáší změnu prostředí, harmonogram na oddělení, narušení soukromí, intimity. Potřeba spánku u nemocných je velmi individuální. Nemoc samotná naruší normální spánkový rytmus. Některé choroby přímo mohou ovlivnit spánek a jeho fáze.

Zdravotníci by měli zachovávat u každého nemocného individuální přístup v uspokojování potřeby spánku a odpočinku. (1)

3 FYZIOLOGIE SPÁNKU

3.1 Fáze a stádia spánku

Výzkum, který provedl Wilse B. Webb, odhalil že existuje několik fází spánku. Noční spánek u člověka probíhá ve dvou hlavních fázích, které se během spánku střídají. Záleží na délce spánku, jedinec, který velmi rád spí, může absolvovat za noc těchto fází až pět. (6)

Ve které fázi se člověk zrovna nachází můžeme zjistit pomocí elektroencefalografu (EEG), kdy se zobrazí vlny mozkových proudů. Non-REM fáze, bez rychlých očních pohybů, trvá přibližně 90 minut a rozděluje se do 4 stadií.

<u>STADIA SPÁNKU</u>	<u>TYP SPÁNKU</u>	<u>CHARAKTERISTIKA SPÁNKU</u>
1.stadium	počáteční spánkové stadium- trvá pouze několik minut lehké usínání	relaxace svalstva, klid, ospalost, klesá frekvence srdce a dýchání
2.stadium	lehký spánek, člověk je snadno probuditelný, stadium tvoří 40 - 45% celkového spánku	zpomalení procesu v organismu, oční bulby se nepohybují
3.stadium	středně hluboký spánek, člověk je obtížně probuditelný	klesá krevní tlak a tělesná teplota, svalové relaxace
4.stadium	začíná 30 - 40 minut po usnutí, hluboký spánek s pomalou aktivitou, obtížné probuzení	frekvence dýchání a srdce klesá o 20-30%, organismus se fyzicky zotavuje, regenerace sil

ZDROJ: DEGEN, R. *Dejte si dvacet* Praha : Pragma, 2004. 209 s. ISBN 80-7205-703-0.

V posledních dvou stádiích člověk nereaguje na běžné podněty okolí. Trvají přibližně 60-120 minut a 4-5x se za noc opakují. Při probuzení v Non-REM fázi se cítí člověk ospalý a unavený. Probuzení se tímto považuje za nefyziologické. (1)

REM fáze (rychlé pohyby očí) tvoří 20-25% veškerého spánku. Během této fáze se dostavuje zrychlený nepravidelný dech, nepravidelnost a zrychlení tepové frekvence, rychlé oční pohyby, svalové záškuby. V REM spánku se promítají události z předchozího dne a po probuzení si člověk většinou uvědomuje své sny a jejich obsah. REM spánek posiluje paměť a má význam i pro zrání dětského mozku. Při zvýšené únavě se tato fáze zkracuje.

Během života se jednotlivé fáze mění, například celková doba spánku od dětství ke stáří klesá. Čím jsme starší, tím je spánek kratší. Ve stáří bývá spánek přerušovaný a současně přibývají spánkové poruchy. (8,26)

4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ SPÁNEK A ODPOČINEK

4.1 Faktory ovlivňující spánek obecně

Postel nebo lůžko je tradičně nejdůležitějším kusem nábytku. V minulých dobách měla za úkol chránit před chladem, ale představovala i postavení svého majitele. Dnes vypovídá o tom, jak si vážíme svého zdraví, jelikož jednou z podmínek vydatného spánku je především dobrá a kvalitní matrace. (13)

Dobrá kvalita spánku je velmi důležitá pro dobrý psychický pocit člověka, pro pocit zdraví a dobrou výkonnost. Na druhou stranu má nekvalitní spánek vliv na lidi v jakémkoliv věku. Kvalita spánku se mění během života. Novorozenci spí většinu dne, ovšem spánek seniora je úplně jiný. Potřeba spánku se mění právě nejvíce věkem, ale také vlivem vnějších i vnitřních změn.

Přirozený spánek může být ovlivněn mnoha faktory. Jak je uvedeno výše, je to především věk, dále například nálada, úzkost, strach, bolest, změna prostředí, narušení intimity. Neméně může kvalitu spánku ovlivnit i alkohol, předávkování léky či požívání větší množství kávy, která obsahuje kofein. Dlouhodobý deficit spánku může také vyvolávat některá onemocnění nebo zhoršovat jejich průběh. Jedná se například o cukrovku, obezitu, hypertenzi, mohou se objevit i poruchy paměti. Spánek ovlivní i samotný způsob života jedince. (8)

Všechny výše uvedené faktory se mohou rozdělit do čtyř skupin. První skupinou jsou fyziologicko-biologické faktory, kam patří především věk, dále nemoc, bolest, jídlo, pití, pohyb, aktivita a pokud se nám změní dosavadní způsob života. Například pohyb usnadní usínání a ovlivní délku i kvalitu spánku. Nadměrná fyzická zátěž, ale může až negativně působit na spánek tím, že bude mít člověk problémy s usínáním. (22)

Druhá skupina jsou psychicko-duchovní faktory, kam můžeme zařadit úzkost, strach, nejistota, nedostatek činností, nuda anebo ztráta smyslu života, jako je například ztráta blízkého člověka. Spánek je často narušen těmito negativními myšlenkami. Pokud jedinec prožívá nějaké nepříjemné emoce, nemůže se zcela uvolnit a má problémy se samotným usínáním.

Třetí skupinou jsou sociálně - kulturní faktory. Tato skupina zahrnuje mezilidské vztahy, rodinné prostředí, pracovní a finanční problémy. Prostředí, ve kterém se člověk nachází, podporuje nebo narušuje kvalitu spánku.

Poslední čtvrtá skupina, která ovlivňuje náš spánek, jsou faktory životního prostředí. Do této skupiny řadíme nadměrný hluk, světlo, ovzduší, tlak vzduchu a nevyhovující prostředí, kde člověk spí. Například špatné vybavení ložnice, nepohodlné lůžko nebo matrace, lůžkoviny. Místnost, kde spíme by měl být pro nás intimní prostor, kde sdílíme společné chvíle pouze se svými blízkými lidmi. Taková místnost by měla zpravidla sloužit výhradně ke spánku. (1,22)

4.1.1 Faktory ovlivňující kvalitu spánku v nemoci

Faktorem, který se řadí do skupiny fyziologicko-biologických faktorů je nemoc. Nemoc vnímáme jako určité omezení, ať už tělesné či duševní. Každý člověk svoji nemoc prožívá jinak, někdy mu nepomůže ani již předchozí zkušenost s hospitalizací. Samozřejmě záleží na závažnosti onemocnění. Nemoc většina z nás vnímá jako náročnou životní situaci a je velmi individuální, jak se ní člověk vyrovná.

V nemoci je spánek a jeho kvalita narušována mnoha dalšími faktory. Nemocný člověk má strach ze své nemoci, může mít obavy před vyšetřením nebo před zákrokem, pokud je špatně informován. Nelze vyřadit i podávání léků během nočních hodin, například ATB léčba, kdy je nemocný uprostřed noci v pravidelných intervalech buzen a poté má problém s usnutím. (1)

Problémy se spánkem se ale také můžou ukrývat za různými nemocemi jako je například jaterní selhání, zánětlivé onemocnění či depresivní stavy. Povinností nás zdravotníků je v takových případech věnovat velkou pozornost subjektivním pocitům nemocného. Je velmi nutné pacientovi naslouchat a nezlehčovat jeho problém. Samozřejmě je neméně důležité sledovat i objektivní příznaky, které jsou pro nespavost typické. (14)

Dalším faktorem u nemocného je bolest, která dokáže velmi nepříjemně ovlivnit nejenom spánek člověka. V noci narůstá intenzita bolesti, protože zvýší stavy úzkosti a strachu u nemocného. Je úplně jedno, zda se jedná o bolest zubů, žaludku nebo bolest na hrudi. Pacient ji vnímá především jako velmi nepříjemný pocit a proto je důležité rozpoznat první příznaky včas. Bolest by se měla utlumit všemi možnými prostředky,

at' už farmakologicky nebo psychologickými metodami. Velmi důležité je, aby pacient znal příčinu svých bolestí. Snáší jí potom lépe.

Jinou příčinou nespavosti v nemoci může být dušnost nebo kašel. Pak je důležité umožnit pacientovi úlevovou polohu nebo podat kyslík. Noční spánek může narušit i problém s vyprazdňováním. Sestra upozorní nemocného na omezení příjmu tekutin před spaním.

K zajištění klidného a zdravého spánku je třeba i dobré lůžko a kvalitní matrace. Na JIP se většinou používají antidekubitární matrace a polohovací lůžka. (24,22)

5 CHARAKTERISTIKA JIP

5.1 Péče o pacienta na odděleních intenzivní péče

JIP je specializované oddělení, které je určeno pro pacienty, u kterých hrozí nebo již probíhá selhání jednoho či více orgánů. JIP jsou určeny taktéž pro nemocné, u kterých nastanou pooperační komplikace. Všichni pacienti vyžadují velký rozsah léčebné i ošetrovatelské péče, která spočívá v monitorování životních funkcí. JIP bývá součástí různých oddělení například interního, chirurgického, kardiologického, neurologického a jiných.

Na všech typech JIP je kontinuálně sledován stav pacientů sestrou, která o všem informuje lékaře a provádí záznamy do zdravotnické dokumentace. Pro její řádné vedení je nutné mít umístěný psací stůl či plochu na takovém místě, kde bude mít sestra dobrou viditelnost na všechny monitory. U pacienta hospitalizovaného na JIP je velmi důležité zapisovat veškeré záznamy do dokumentace ihned po provedení jakéhokoliv ošetrovatelského zákroku. (7,5)

V první řadě je většina nemocných na JIP přivázena rychlou záchrannou službou a to mnohokrát již v ohrožení života. Dále se případně přijímají nemocní z ambulance či jiných oddělení nebo zdravotních zařízení, ale vždy po dohodě s lékařem. Tato pracoviště poskytují nepřetržitě okamžitou pomoc, dostupnost lékařů a sester. Pro zdravotnický personál je důležité znát všechna specifika intenzivní ošetrovatelské péče, která je velmi náročná po psychické i po fyzické stránce. Taková péče je pacientovi poskytována po nezbytnou dobu, včetně provedení nutných vyšetření a ošetření. Pokud už se u nemocného neočekává zhoršení zdravotního stavu a jeho životní funkce jsou stabilní, překládá se buď na nižší typ JIP nebo standardní oddělení. Jeho zdravotní stav stále potřebuje dohled a péči zdravotníků, proto pacient není nikdy propuštěn rovnou do domácí péče. (7, 29)

5.1.1 Typy JIP

Intenzivní péče je obvykle rozdělována do tří stupňů nižší, vyšší a nejvyšší. Podle těchto skupin se poskytuje komplexní péče včetně specializovaných,

diagnostických a terapeutických postupů. Dále je určeno přístrojové vybavení a spektrum nemocných, kteří jsou na JIP hospitalizováni. (7,5)

Intenzivní péče I. stupně se nachází většinou v menších zdravotnických zařízeních. Tento typ JIP může být označován i jako jednotka intermediální péče, kde je nutné neustálé monitorování stavu pacienta a zvýšená péče zdravotnického personálu. Na JIP I. stupně je možná okamžitá resuscitační péče s krátkodobou umělou plicní ventilací. Jednotka intermediální péče se považuje za přestupnou stanici mezi JIP vyššího stupně a standardním oddělením. Vždy musí být umístěna v blízkosti akutního pracoviště. (5,9)

Intenzivní péče II. stupně je poskytována většinou ve větších městech ve všeobecných nemocnicích. Tato JIP zajistí základní stálé monitorování, zvýšenou péči sester, dlouhodobou ventilaci a invazivní monitoraci. Tyto typy JIP nemají možnost poskytovat komplexní podporu orgánů ani speciální monitorování. Jako je například měření nitrolebního tlaku či srdečního výdeje a jiné. (5,22)

Intenzivní péče III. stupně se převážně nachází ve fakultních a krajských nemocnicích. Veškerá péče je zaměřena na kritický stav pacienta. Po celou dobu hospitalizace musí být dostupné všechny klinické, zobrazovací a laboratorní metody. Vždy je na této JIP přítomen specializovaný lékař intenzivista, který musí zvládat takové výkony jako je například zavádění arteriálního nebo centrálního žilního katétru.. Každá JIP má stanoveného vedoucího lékaře, který je specialistou v intenzivní medicíně. Počet sester na JIP je dán jejím typem. Na intenzivní péči pracují všeobecné sestry, které mají různá vzdělání a specializaci. Většina z nich jsou sestry specialistky. Každá má v péči jednoho či dva pacienty. Záleží vždy na akutním stavu nemocného. V personálním obsazení JIP nesmí chybět ani pomocný ošetrovatelský personál. (5,22,10)

Dále se JIP dělí podle oborů - oborové a specializované jednotky intenzivní péče. Tyto specializované JIP jsou především ve velkých nemocnicích. Mezi oborové intenzivní péče patří například interní intenzivní péče, metabolická jednotka intenzivní péče, koronární jednotky a jiné. (5,30)

5.1.2 Přístrojové vybavení JIP

Na JIP se monitorují u pacienta trvale jeho základní životní funkce, proto je místnost vybavena speciálními polohovacími lůžky, která jsou monitorována. Srdeční monitory včetně telemetrie, jsou neoddělitelnou částí intenzivní medicíny a občas je pouze monitoring vitálních funkcí pacienta indikací k přijetí na JIP. Sledování fyziologických funkcí slouží k posouzení aktuálního zdravotního stavu nemocného. Pacienti se nejčastěji monitorují kombinovaným monitoringem, což je monitor u lůžka nemocného a zároveň je používán centrální monitor. Tento způsob je nejužívanější. (7,11)

U každého lůžka musí být infuzní pumpy a injekční dávkovače, pumpy pro výživu sondou, odsávací systém, rozvod kyslíku a vzduchu, dostatečné osvětlení a větší množství elektrických zásuvek. Dále je JIP vybavena pohotovostní lékárnou, defibrilátory, vnějšími kardiostimulátory, dialytickým zařízením pro ledvinná selhání a především pomůckami k zajištění základních životních funkcí. Samozřejmě musí být JIP vybavena přístroji, které umožňují zvládnání akutních stavů. V takovém případě je u lůžka mechanický sestavený a zkalibrovaný ventilátor, kterým zajistíme pro pacienta neinvazivní plicní ventilaci nebo umělou plicní ventilaci. Používá se při intubaci nebo tracheotomii. Mezi nezbytnou výbavu JIP patří také pojízdné ekg, ultrazvukový a rentgenový přístroj. (11,9)

V neposlední řadě je nutné dostatečné materiální vybavení a široký výběr farmakologických prostředků, kterými je zajištěna léčba celého spektra. (7)

5.1.3 Umístění nemocných na JIP

Na některých pracovištích JIP jsou také šatny pro zdravotnický personál, vstupní filtr, skladové prostory, sesterna a lůžková část. Tato část bývá rozdělena do dvou až třílůžkových boxů. Tyto boxy rozděluje prosklená místnost pro sestry, které tak stále sledují zdravotní stav nemocných. V každém boxu je zabudována klimatizace. Ta se využívá převážně v letních měsících a na JIP, kde se nemůže větrat obvyklým způsobem. Další možností je pobyt v pokoji po čtyřech až šesti pacientech, jejich soukromí je zajištěno neprůhlednou plentou. V takovém případě je sestra přítomna přímo u lůžek nemocných. Některé JIP mají i jednolůžkové boxy pro pacienty, které je třeba izolovat. (7,31)

6 POTŘEBY PACIENTA V INTENZIVNÍ PÉČI

6.1 Uspokojování potřeb u pacienta na JIP

Ošetrovatelská péče, která je poskytována na JIP se odvíjí od diagnózy a aktuálního zdravotního stavu pacienta. Nároky a potřeby nemocného se samozřejmě permanentně vyvíjí a zástupná péče za pacienta je časově omezená.

Někteří pacienti hospitalizováni na JIP mohou mít nebo mají ovlivněné či změněné vědomí. V takových případech si většinou neuvědomují své potřeby a jsou převážně závislí na péči sestry, která musí většinu potřeb u nemocného předvídat a uspokojit je i bez jeho spolupráce. Je pravdou, že úroveň vědomí ovlivní potřeby klienta, ale nesmí se zapomínat, že nejde jen o potřeby fyziologické, které by měli zdravotníci uspokojit. Sestry by se měly zaměřit i na potřeby ostatní, jako je pocit bezpečí a jistoty, potřeba sounáležitosti a lásky. Měly by podporovat pacienta v maximální soběstačnosti. Je velmi důležité, aby sestra znala potřeby nemocného, trpělivě mu naslouchala a dokázala mu poradit. Už z tohoto důvodu má pacient se sestrou obvykle bližší vztah než s lékařem.

Nemocní na JIP mají často poruchu dýchání. Tato základní biologická potřeba patří k nejčastějším po dobu hospitalizace na JIP. Proces dýchání si člověk většinou neuvědomuje, dýchá automaticky. Dušný pacient vyžaduje nejen citlivý přístup sestry, ale i její plnou psychickou podporu. (1,4)

V systému uspokojování potřeb patří k silně cítěným potřeba být bez bolesti. Sestra musí umět bolest předvídat, hodnotit a spolu s lékařem i adekvátně léčit. Pokud nelze s nemocným komunikovat, hodnotí se bolest dle škál například Ramsay. Je důležité, aby byl nemocný o příčině své bolesti vždy informován.

Další důležitou biologickou potřebou je výživa. Tuto potřebu začne člověk vnímat při pocitu hladu a uspokojí si ji nasycením. Podávání jídla či tekutin musí být pod dohledem sestry. Pokud nemocný není schopen přijímat potravu ústy, je živen nazogastrickou sondou nebo nitrožilně.

Neméně důležitou fyziologickou potřebou je vyprazdňování. Potřeba močení je uspokojována vyprázdněním močového měchýře fyziologicky nebo zavedením jednorázového či permanentního močového katétru. Potřeba defekace se uspokojí fyziologickým vyprázdněním či digitálním vybavením stolice, které smí provádět

pouze lékař. Další možnost je podání čípku nebo klyzmatu. Vylučování na lůžku je pro pacienta, zejména mladšího věku, na JIP velmi stresující. Stydí se svoji potřebu projevit a je především na sestře, aby zajistila nemocnému dostatek soukromí a intimity. Bohužel toto provoz JIP příliš nedovoluje, ale i pouhé zatažení plenty, poskytne pacientovi zdání, že se nachází v soukromí. (4,29)

Potřeba soběstačnosti je nutná pro vykonávání běžné denní činnosti pacienta, jako je hygiena či oblékání, samostatně, bez pomoci druhých. Soběstačnost nemocného se může hodnotit dle funkčních testů dovednosti. Příkladem je Barthelův test. Nemocný je převážně z části nebo zcela závislý na péči sestry, i přesto by měla přebírat jen ty aktivity, které v rámci aktuálního zdravotního stavu, není schopen nemocný vykonat sám. Nesoběstačnost má nepříznivý vliv na psychiku pacienta. Samozřejmě je důležité, aby sestra nemocného v jeho potřebách motivovala a zapojovala do denních činností co nejvíce. (7,4)

Během hospitalizace na JIP může pacient ztrácet pocit jistoty a bezpečí, což je další důležitá potřeba. Důvody mohou být různé, ale většina lidí mají s intenzivní péčí spojeno těžké ohrožení života. Mimo jiné to může být i nedostatek informací, nesoběstačnost, strach o svůj život, strach z výkonů nebo bolesti. Potřeba bezpečí je pro klienta důležitá, potřebuje chápat situaci, ve které se ocitl, znát prostředí a osoby, které se o něj budou starat. Úkolem zdravotníků je v takové situaci nemocnému naslouchat a komunikovat s ním, být trpěliví, empatictí, zkrátka splnit všechny jeho potřeby v rámci možností. (7,4)

Neopomíjená a velmi potřebná je pro klienta psychická vyrovnanost. Bohužel si mnohdy zdravotníci neuvědomí, že se nemocí u pacienta ztrácí jeho životní rytmus, zaběhlé zvyklosti, volnost pohybu. V domácím prostředí má své zájmy, koníčky a svoji práci. Je náhle vytržen z běžného denního života. Pacient má samozřejmě i své potřeby, které najednou nemohou být uspokojeny podle jeho představ. Nemocný může na toto reagovat různě. Může být apatický, nespolupracuje s personálem a někdy u něj může docházet až k agresi. Vše je jen následek neuspokojených potřeb. K tomu, aby se nám dařilo udržet pacienta v psychické pohodě můžeme přispívat různými způsoby, jako je především komunikace, udržení soběstačnosti, minimalizování či odstranění bolesti.

V neposlední řadě jsme povinni zajistit nemocnému dostatečný odpočinek a spánek. (7,1)

6.1.2 Komunikace s pacientem v intenzivní péči

Poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči bez komunikace nelze. K tomu, aby byla komunikace mezi pacienty a zdravotníky správná, musí chtít obě strany chtít, umět a mít možnost komunikovat. Ani ta nejšikovnější sestra nebude úspěšná v péči o pacienta, pokud s ním nebude umět správně hovořit. Každý nemocný reaguje a komunikuje jinak.

Pacienti, kteří jsou hospitalizováni na JIP potřebují zvláštní a specifickou formu komunikace už z důvodu své diagnózy. Proto je velice důležité volit vhodné místo a dostatek času na rozhovor. U pacientů na JIP, kteří jsou převážně upoutáni na lůžko, je toto bohužel často opomíjeno. Při předávání informací by měl zdravotník mluvit stručně, jasně a zřetelně. Nikdy bychom neměli zapomínat na ověření si, zda nemocný informaci dobře porozuměl a pochopil ji. Pokud pacient vycítí, že na něj sestra nemá čas, nechce ji tudíž obtěžovat svými dotazy. Tím se u něj může dostavit úzkost a obavy z hospitalizace. (7,31)

6.1.3 Sběr ošetrovatelské anamnézy sestrou na JIP

Při příjmu nemocného na JIP je důležitou úlohou sestry, po zajištění všech životních funkcí, odebrat ošetrovatelskou anamnézu. Samozřejmě záleží na aktuálním stavu pacienta. Úkolem sestry je umět odhadnout, zda je klient schopen adekvátně odpovídat na dotazy. Zjišťuje příznaky nemoci a poskytuje informace o onemocnění. Anamnéza spánku je důležitou součástí ošetrovatelské anamnézy a sestra ji získává od nemocného již při přijetí na JIP. Touto anamnézou zjišťuje typ a délku spánku, přerušovanost spánku, zvyklosti či rituály pacienta před spaním, užívání léků na spaní a především současné změny nebo konkrétní potíže a problémy. Musí umět zmapovat veškeré známky potíží ohledně nespavosti. Během hospitalizace sestra průběžně doplňuje tuto anamnézu buď rozhovorem s pacientem nebo samotným pozorováním. Při pozorování sleduje jak spí nemocný v noci, jestli spí přes den, zda-li má zájem o denní aktivity, které může vykonávat s přihlédnutím k jeho zdravotnímu stavu. Jedná se například o sledování televize či čtení knihy, časopisu. Dále sestra objektivně sleduje náladu, chování nemocného a výraz v obličeji. Doplnující údaje

můžeme samozřejmě získat i od členů rodiny nemocného, kteří jeho zvyky dobře znají. (1,25)

Protože sestra s nemocným tráví po dobu nemoci a hospitalizace nejvíce času, může právě ona rozpoznat, zda-li potíže se spánkem jsou příčiny psychické, somatické nebo jsou spojené se změnou prostředí. (16)

Veškeré informace z ošetřovatelské anamnézy jsou pro sestru velmi důležité a nepostradatelné. Dle nich dokáže vypozařovat ústup či naopak další vývoj potíží u nemocného. Po sběru těchto informací se sestra rozhodne, jak by mohla dobře ovlivnit kvalitu usínání i samotného spánku u pacienta a následně zaintervenuje. (17,18)

6.1.4 Potřeba spánku a odpočinku nemocných na JIP

Spánek a odpočinek je nezbytný pro udržení fyzického i psychického zdraví. Nemocný člověk má samozřejmě potřebu spánku vyšší z důvodu zachování si maximální soběstačnosti a sebepéče. (7)

Nespavost u pacientů po dobu hospitalizace na JIP může být vyvolána například změnou prostředí, nedostatkem soukromí, narušení intimity, obavami z nemoci, nejistoty nebo stresem. Dále je pacient vystaven nepříjemným vlivům, jako je hluk, zvuky, které vycházejí z přístrojů, špatné osvětlení, nevhodná pokojová teplota nebo samotná práce zdravotnického personálu. Na každé JIP je sice určen noční klid, ovšem je rušen vlivy, které sestry někdy nemohou ovlivnit. Je více než jisté, že je potřeba spánku a odpočinku u nemocných narušována provozem JIP, jelikož práce sestry na intenzivní péči je občas stejná v denních i nočních hodinách. Negativní vlivy je třeba omezit i u analgosedovaných pacientů, aby i oni mohli klidně „spát.“

Všechny faktory mohou nevhodně působit na spánek pacienta a ne každý se dokáže přizpůsobit těmto změnám a nemocničnímu režimu. (15,4)

6. 2 Intervence sestry při zajištění spánku u nemocného na JIP

Veškerá ošetřovatelská péče na jednotkách intenzivní péče se odvíjí od aktuálního zdravotního stavu a potřeb pacienta. Problémy se spaním u hospitalizovaných nemocných na JIP souvisí s vlastní nemocí a změnou prostředí.

Při sběru anamnézy musí sestra zjistit nejen informace o oblasti spánku nemocného, ale především ve spolupráci s lékařem informovat dostatečně pacienta o délce hospitalizace, o diagnóze, průběhu léčení a o očekávaných diagnostických i léčebných výkonech. Seznámí pacienta s chodem oddělení a harmonogramem JIP a trpělivě odpovídá na jeho veškeré dotazy .

Informovanost pacientů má v ošetrovatelské péči nezastupitelné místo, jelikož nedostatečná informovanost nemocného, může vést k jeho strachu, úzkosti i stressu. Všechny tyto aspekty mohou potom vést k nekvalitnímu spánku nebo dokonce ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. (1,19)

Hodnocení usínání a spánku je součástí ošetrovatelské anamnézy. Tato anamnéza by měla být od nemocného odebrána vždy, aby pak sestra uměla problémy pojmenovat, následně je řešit a pomáhat nemocnému potřebu spánku uspokojit. Může se stát, že sestra z nedostatku času informace od pacienta neodebere a on pak trpí po celou dobu hospitalizace nespavostí, únavou, stresem, ale díky neinformovanosti si o pomoc netroufne požádat. Tento fakt pak velmi negativně působí na jeho zdravotní stav a ovlivní tím uzdravení a rekonvalescenci pacienta. (1)

Všichni nemocní, kteří jsou hospitalizováni na JIP, ztrácí možnost aktivit, neomezeného pohybu, jsou narušeny jejich zvyklosti a životní rytmus. Nemocný je hospitalizací samotnou vystaven v první řadě neznámému prostředí. Na toto reaguje především nespavostí, ale může být i úzkostný či se dostávat do deprese, zmatenosti nebo dokonce do agrese. Jedinou blízkou osobou v těchto chvílích je pro něj sestra a záleží jen na ni, jak je schopna pacientovi pomoci takovéto situace zvládnout a následně mu je pomoci řešit.

Je velmi důležité, aby pacienti po dobu hospitalizace nestrádali. Tudíž je na prvním místě komunikace mezi ním a sestrou, která má za úkol tišit nebo odstranit bolesti, vytvořit mu pocit jistoty a bezpečí a zároveň zajistit kvalitní spánek a odpočinek. Sestra zhodnotí spánkové potíže nemocného, dle možností upraví prostředí a plánuje různé aktivity. Pokud toto nestačí je nutné po dohodě s lékařem pomoci nemocnému vhodnou medikací, mezi které patří analgetika, hypnotika, sedativa a podobně. Vždy je nutné zjistit jejich účinek. Sestra vyhodnotí splnění očekávaných výsledků a zjistí zda došlo k uspokojení potřeby nemocného. V ošetrovatelském týmu nesmí zapomínat na důležitost předání informací o stavu pacienta. (1)

6.2.1 Vytvoření prostředí pro spánek u nemocných na JIP

Nevhodné nebo neklidné prostředí působí nejvíce právě na hospitalizované pacienty na JIP. Prostředí, ve kterém se nemocný nachází by u něj mělo vyvolávat pocit jistoty a bezpečí. Sestra upravuje proto podmínky na spaní a zmírňuje rušivé elementy.

Většina nemocných si často stěžuje na nemocniční hluk. Právě na jednotkách intenzivní péče se setkáváme s poruchami spánku z nadměrného hluku. Měli bychom hledat možnosti ke snížení tohoto negativního faktoru. Takovými pomocnými způsoby je například zavření dveří u pokoje nemocného. Zdravotnický personál by neměl zapomínat i na hlasité rozhovory na sesternách, bouchání dveří či puštěné televize a rádia. Pacientům vadí také tzv. technický hluk, jsou to zvuky různých přístrojů, ventilátorů, alarmy monitorů. Může to být ale i například zavedená hrudní drenáž u pacienta, která je velmi hlučná svým „probubláváním“. Před uložením nemocného můžeme ztlumit alarmy a zvuky na možnou hranici, tak aby nemocného příliš nerušily, ale abychom jako zdravotníci nepochybili a vždy alarm infuzního dávkovače či monitoru dobře slyšeli. Je důležité se zaměřit i na vadné umístění různých přístrojů v blízkosti hlavy nemocného. V neposlední řadě, by si sestra měla vhodně časově rozvrhnout svoji noční práci nebo doplňování materiálu tak, aby nemocného u lůžka nerušila. (12)

Dalším rušivým faktorem je světlo. Jsou to převážně zářivky a umělá osvětlení, která zcela zhasnout nelze. Sestra či lékař musí provádět různé výkony a léčbu bez ohledu na denní či noční provoz JIP. To je samozřejmě pro pacienta nepříjemné, proto pokud máme minimální možnost a chod jednotky to momentálně dovolí, je možné světla ztlumit či popřípadě úplně zhasnout.

Je také na místě, již při akutním příjmu, přemýšlet o umístění nemocného na pokoj mezi vhodné spolupacienty. Nemocný člověk je citlivý na pocity druhých. Pláč, sténání, naříkání, chrápání nebo samotná přítomnost ostatních pacientů může velmi negativně ovlivnit klidný spánek nemocného. Pro mnohé klienty je velkým rušivým faktorem neklidný nebo dokonce agresivní pacient. Ti, kteří jsou uloženi po dobu hospitalizace na jednom boxu či pokoji JIP s takovým pacientem, mohou pociťovat i strach, který negativně působí na jejich zdravotní stav. Už z tohoto důvodu by sestra neměla postrádat základy komunikace s agresivním pacientem. Důležité je snažit se zajistit klid

a omezení všech rušivých vlivů. Dbá na bezpečnost agresora samotného, spolupacientů, ale samozřejmě i svoji. Pokud nelze pacienta zklidnit běžnými prostředky, je nutné informovat lékaře a použít tlumení farmakologické. (12,20)

I pokojová teplota by měla být v mezích normy, ani vysoká ani nízká. Pokoj by se měl vždy před spaním řádně vyvětrat. Na některých odděleních JIP toto nelze, proto jsou vybaveny centrální klimatizací. Výběr deky pro nemocného občas nemůžeme ovlivnit, ale měly by být spíše lehké z důvodu zvýšeného pocení. (30)

Dalším zdrojem rušení spánku může být nafukovací manžeta, kterou se u nemocného neinvazivně měří krevní tlak. Po domluvě s lékařem je možné snížit četnost měření, aby pacienta co nejméně zatěžovalo. (4)

Důležitá je před spaním i úprava samotného lůžka. Zdravý člověk si během spánku mění svoji polohu jak chce, ovšem nemocný musí zaujímat polohu vynucenou. Proto pokud je toho nemocný schopen, je možno mu propůjčit ovládač, kterým si on sám lůžko upraví do polohy, která mu je pro spánek příjemná. U pacientů, kteří nejsou schopni si sami pomoci, je úkolem sestry lůžko upravit do patřičné polohy. Například pro usnadnění dýchání či při bolestech pomáháme nemocnému zaujmout úlevovou nebo ortopedickou polohu. Pokud je to nutné, použijeme i postranice, aby měl pacient pocit bezpečí. V žádném případě by neměla sestra zapomenout poučit nemocného o možnosti pohybu na lůžku a vysvětlit mu důvody jeho prozatímního omezení. Toto omezení způsobuje například zavedení katetrů, kdy sestra musí zabezpečit dostatečnou volnost nemocného, aby se mohl co v největší míře na lůžku pohybovat. Dalším omezením může být pro pacienta nařízený klid. (1,21)

6.2.2 Podpora spánkových návyků u nemocných na JIP

Celá řada nemocných je v domácím prostředí zvyklá na určité návyky či rituály před spaním. Pokud to alespoň trochu zdravotní stav nemocného umožní, měli bychom v tomto pacienta podporovat a snažit se mu jeho návyky umožnit i po dobu hospitalizace. Většinou tyto návyky navodí u člověka uvolnění a relaxaci a jeho usínání je lehčí.

Spánku předchází samozřejmě hygiena. Co se týká večerní hygieny na JIP, je nutné, aby sestra byla nápomocna pacientovi v tomto návyku. Jedná se vždy většinou

o hygienu na lůžku, která je bez asistence sestry a ostatního pomocného personálu, prakticky nemožná.

Mezi další činnosti, které by mohl nemocný po dobu hospitalizace před spaním provozovat patří poslech hudby, četba nebo sledování TV. Nesmí ale rušit ostatní pacienty. Vynechání nebo narušení výše uvedených aktivit může nepříznivě ovlivnit spánek pacienta. (1)

6.2.3 Zabezpečení pohody u nemocných na JIP

Základ pro dobrý a kvalitní spánek představuje pohoda a relaxace nemocného. Sestra pohodu pacienta může ovlivnit různými, možná na první pohled nedůležitými, činnostmi jako je například masáž zad po večerní hygieně.

Dále může nemocnému doporučit, aby se před spaním vyprázdnil. Poučí pacienta o pitném režimu, kdy je dobré ho omezit dle aktuálního stavu nemocného. U částečně soběstačných pacientů připraví sestra k lůžku pacienta podložní mísu či močovou láhev na dosah ruky. Pokud zdravotní stav dovolí, může nemocnému zajistit i vhodné noční oblečení.

Sestra především naslouchá problémům nemocného, který může být nervózní před očekávaným výkonem. Když má nemocný nějaké obavy dostává se do úzkostných stavů a hůře usíná. Proto by měla sestra navodit klidný rozhovor s nemocným a jeho obavy zmírnit. (1,20)

6.2.4 Aplikace léků na spaní u nemocných na JIP

Právě obavy a úzkostné stavy nemocného vedou k podávání léků na spaní. Při jejich užití dojde většinou k úlevě a spánku, ale pokud si na ně pacient zvykne, hrozí že si vytvoří vůči těmto lékům toleranci. Po dobu hospitalizace na JIP tato tolerance či přímo závislost většinou nehrozí. Jedná se převážně o krátkodobé pobyty klientů, kteří léky na spaní buď vůbec nevyžadují nebo je použijí pouze jednu až dvě noci. Bohužel jsou i tací, kteří si na sedativa zvyknou velmi rychle a žádají pak vyšší a vyšší dávky. Léky se při poruchách spánku užívají běžně, ale mělo by se k nim přistupovat s rozvahou. Proto se vždy snažíme, aby byla možnost, se užívání léků na spaní vyhnout a volit vždy některé jiné možné aktivity před spaním. (1,3)

Než lékař naordinuje hypnotikum, měla by sestra nejdříve u nemocného zjistit důvod nepsavosti. Nemá smysl podat lék na spaní, když má člověk bolesti. Spánek se sice může dostavit, ale neodstraní příčinu.

Pokud se přistoupí po domluvě s lékařem na podání hypnotika, je nutné, aby sestra či sám lékař nemocného poučil o vedlejších účincích a možnosti vytvoření si závislosti, což je největší riziko při dlouhodobém užívání tohoto léku. Samozřejmostí je, aby sestra sama znala účinky a nežádoucí vlivy těchto farmak. Hypnotika by se měla pro zlepšení kvality spánku použít až v poslední řadě, ovšem někdy se vyčerpají všechny možnosti a jiné už nezbývají. Poté se sestra musí poradit s lékařem, který určí, jaký lék je pro pacienta vzhledem k jeho zdravotnímu stavu nejlepší.

Jiný případ je, když pacient užívá léky na spaní doma, a je na ně zvyklý. Poté by se mu mělo vyhovět. To samé platí o léčivých rostlinách ve formě čaje a podobně. Sestra by měla toto zkontrolovat s lékařem a nemocnému umožnit tento zvyk. (27,8)

PRAKTICKÁ ČÁST

CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cíl práce

Cíl 1 : Cílem mé práce bylo zjistit, zda je uspokojena potřeba spánku u nemocných hospitalizovaných na JIP.

Cíl 2 : Zjistit faktory, které mají vliv na uspokojování potřeby spánku během hospitalizace na JIP..

Hypotézy

Hypotéza 1: Nejvíce vnímaným faktorem, který ovlivňuje potřebu spánku u nemocných na JIP je změna prostředí.

Hypotéza 2 : U pacientů hospitalizovaných na JIP, je zajištění spánku realizováno podáním hypnotik

Hypotéza 3: Nemocní hospitalizovaní na JIP nemají uspokojenou potřebu spánku.

METODIKA

Metoda výzkumu

Veškeré údaje ke zpracování mé bakalářské práce byly shromažďovány pomocí kvantitativního šetření. Použila jsem metodu dotazníku, který byl anonymní. Obsahoval 22 otázek, uzavřených a polouzavřených, na které pacienti odpovídali dle vlastního názoru nebo si vybírali odpověď z uvedených možností .

V úvodu dotazníku byly použity otázky identifikačního charakteru. Další byly zaměřeny na kvalitu spánku, prostředí a faktory ovlivňující nemocné během hospitalizace na JIP. V poslední otázce mají pacienti možnost vyjádřit se, pomocí stupnice 1-5, jak jsou přímo spokojeni s kvalitou svého spánku v průběhu hospitalizace na JIP.

Vzorek respondentů

Výzkumné kvantitativní šetření bylo provedeno ve FN Plzeň, se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vrchních sester daných JIP. Kontaktními osobami byly staniční sestry.

Nejvíce pacientů jsem požádala o vyplnění anonymních dotazníků na kardiologické JIP, kde pracuji. Dále jsem kontaktovala vrchní sestry infekční, chirurgické a orthopedické JIP.

Bylo rozdáno celkem 140 dotazníků. Z tohoto počtu se jich 8 nevrátilo vůbec, 12 bylo nevyplněných a 20 bylo nutné vyřadit pro neúplné údaje. Konečný výzkumný počet respondentů tedy tvořilo 120 pacientů. návratnost byla 86%.

V úvodu dotazníku se pacientům představuji svým jménem, popisuji způsob vyplnění a účel průzkumu.

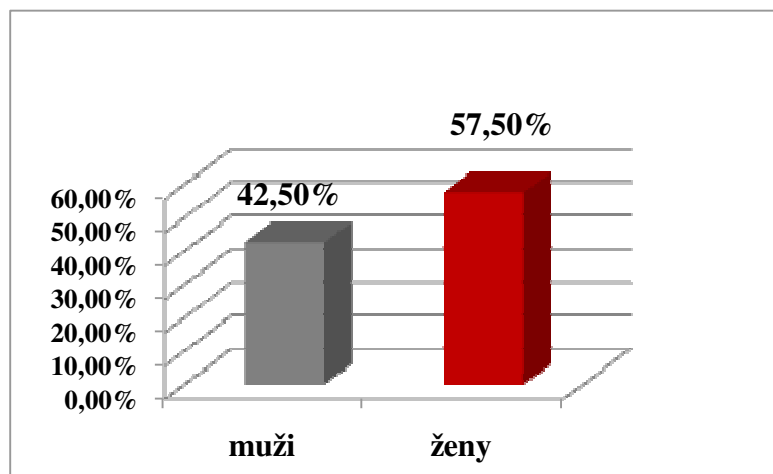
Zpracování údajů

Výsledky vyplněných dotazníků jsou procentuálně zpracovány a znázorněny v grafech.

INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Graf 1

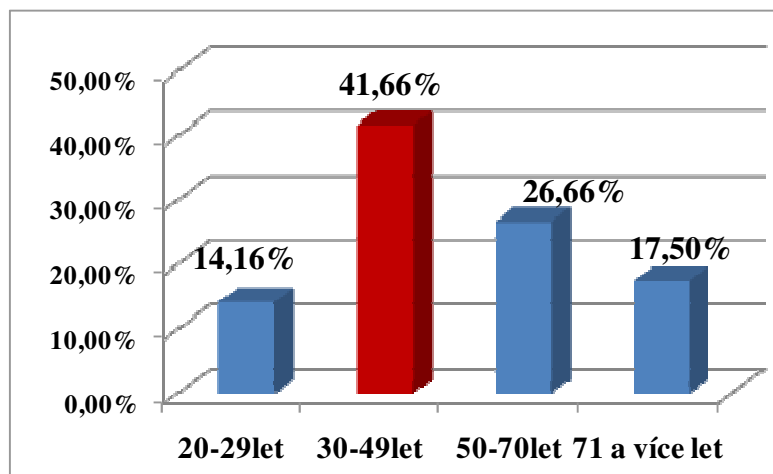
Pohlaví respondentů



Z celkového počtu 120 respondentů je 69 (57,5%) žen a 51 (42,5%) mužů.

Graf 2

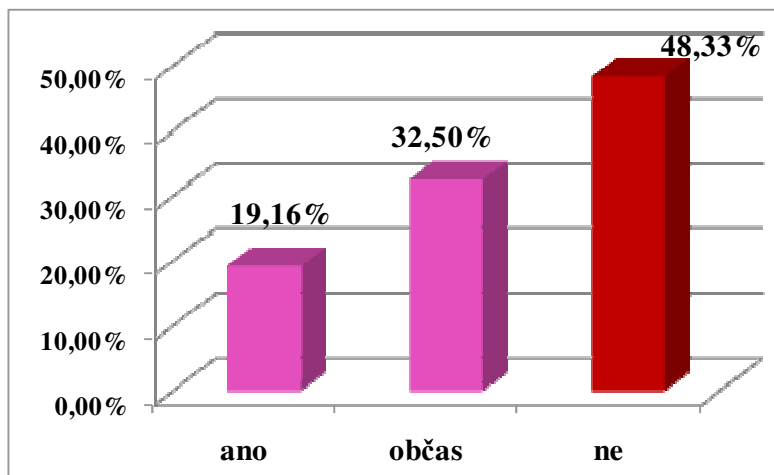
Věk respondentů



Ze všech dotazovaných je 17 (14,16%) ve věku 20-29 let, 50 (41,66%) ve věku 30-49 let, 32 (26,66%) ve věku 50-70let a zbývajících 21 respondentů dosáhlo 71 let a více.

Graf 3

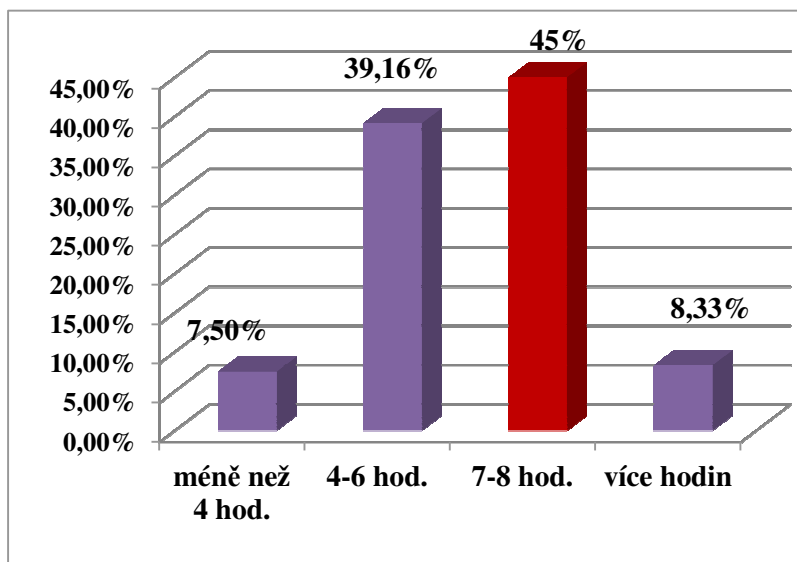
Problémy s usínáním u dotazovaných v domácím prostředí



Graf popisuje zda mají respondenti potíže s usínáním i v domácím prostředí. 23 (19,16%) pacientů uvádějí, že potíže s usínáním mají i doma. 39 (32,5%) má problémy s usínáním pouze občas a 58 (48,33%) hospitalizovaných nemá doma žádné problémy při usínání.

Graf 4

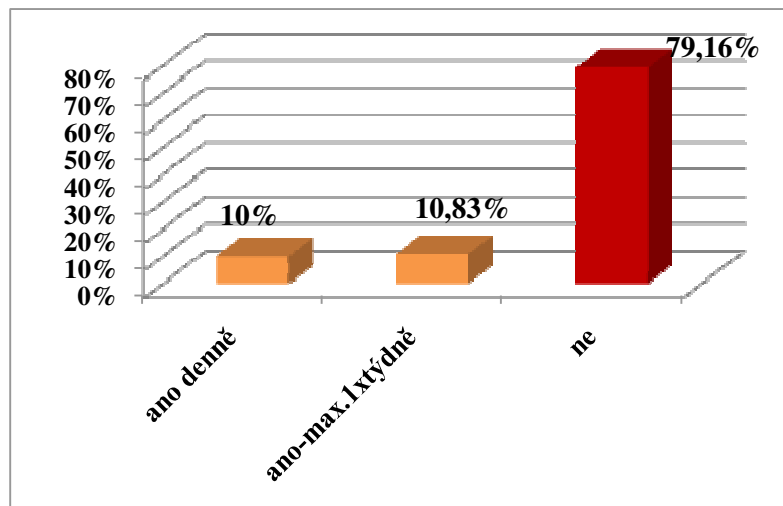
Počet hodin spánku u respondentů v domácím prostředí



Graf znázorňuje kolik hodin v průběhu noci spí pacienti doma. 9 (7,5%) respondentů spí v domácím prostředí nepřetržitě méně než 4 hodiny. 47 (39,16 %) jich spí 4 – 6 hodin, 54 (45 %) spí doma 7 – 8 hodin a pouze 10 (8,33 %) dotazovaných spí více hodin.

Graf 5

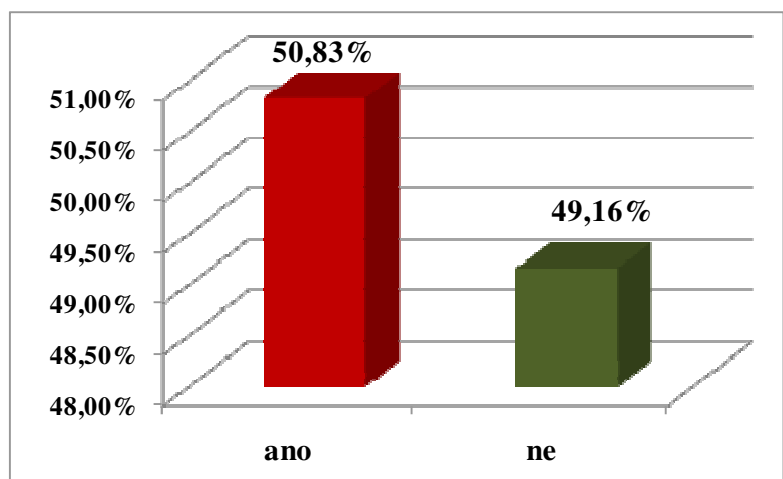
Užívání léků na spaní v domácím prostředí



Graf ukazuje, zda pacienti užívají léky na spaní. 12 (10%) jich uvedlo, že ano a denně. 13 (10,83%) uvádí, že ano, ale dle potřeby – maximálně 1-týdně. Zbytek respondentů 95 (79,16%) léky na spaní v domácím prostředí neužívá.

Graf 6

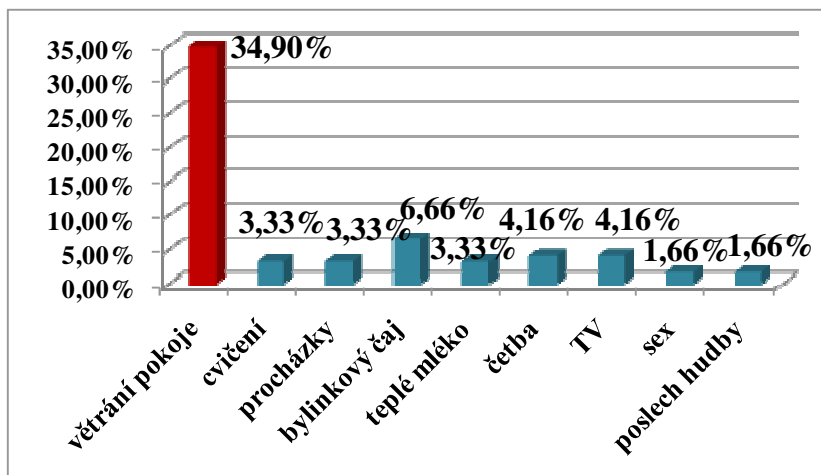
Provádění aktivit respondentů ke zlepšení usínání v domácím prostředí



Graf zobrazuje kolik respondentů používá doma různé aktivity ke zlepšení usínání a spánku. 61 (50,83%) pacientů odpovědělo, že ano a 59 (49,16%) doma žádné aktivity k usínání nepoužívá.

Graf 6 b)

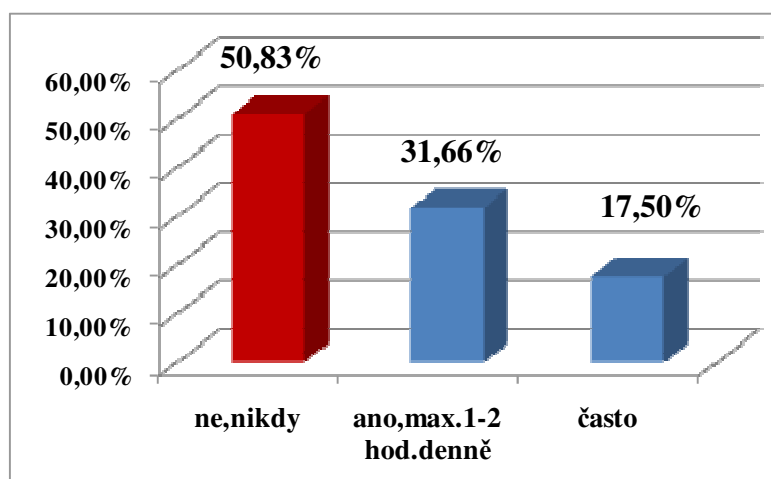
Rozpis aktivit ke zlešení spánku – výběr z více možností



Graf 6 b) rozvíjí graf předchozí a ukazuje jaké aktivity pacienti používají před spaním doma. 40 (34,90%) jich před spaním větrá pokoj, 8 (6,66%) pacientů si vaří bylinkové čaje. 5 (4,16%) nemocných sleduje televizi nebo si čtou. Pití teplého mléka, procházky či cvičení uvedli vždy 4 (3,33%) pacienti jako svoji aktivitu před spaním. Poslechu hudby se před usnutím věnují 2 (1,66%) nemocní a další 2 (1,66%) vnímají jako svoji nejlepší aktivitu sex.

Graf 7

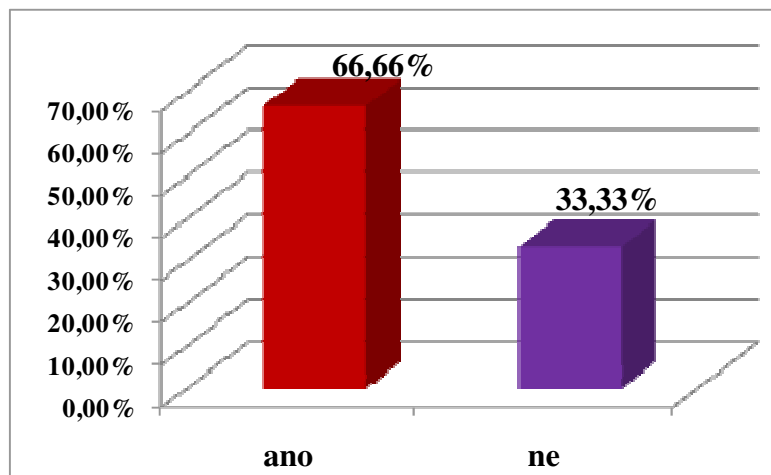
Pospávání pacientů během dne doma



Graf popisuje pospávání nemocných během dne doma. 61 (50,83%) respondentů uvedlo, že doma nikdy přes den nespí. Dalších 38 (31,66%) pacientů spí přes den maximálně 1-2 h denně a 21 (17,5%) dotazovaných pospává v denních hodinách doma často.

Graf 8

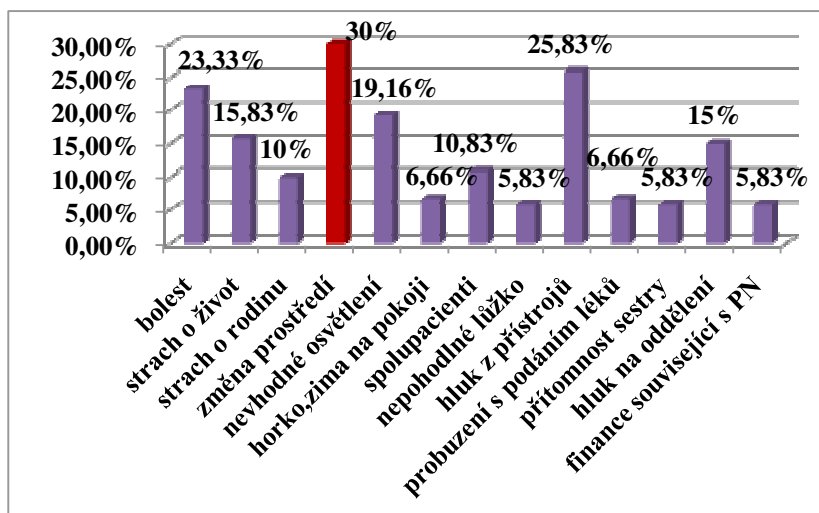
Problémy s usínáním u hospitalizovaných na JIP



Z celkového počtu 120 dotazovaných uvádí, že po dobu hospitalizace má problémy s usínáním 80 (66,66%) respondentů. Zbývajících 40 (33,33%) tvrdí, že problémy s usínáním během hospitalizace na JIP nemají.

Graf 9

Příčiny problémů s usínáním na JIP – výběr z více možností

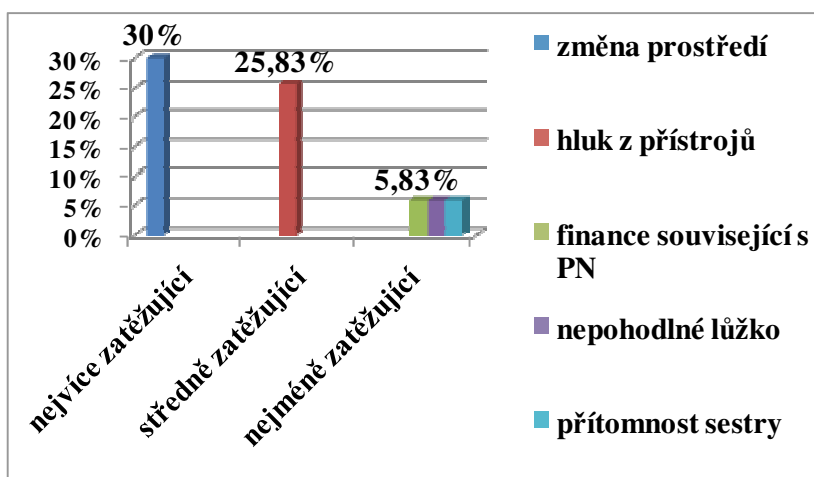


Graf rozvíjí odpověď ANO z grafu 8 a znázorňuje příčiny problémů s usínáním na JIP. Bolest jako příčinu špatného usínání uvedlo 28 (25,83%) pacientů. Strach o sebe a svůj život má 19 (15,83%) nemocných a 12 (10%) se jich strachuje o rodinu. Další příčinou špatného usínání je u 36 (30%) pacientů změna prostředí. Nevhodné osvětlení vadí při usínání 23 (19,16%) nemocným. 8 (6,66%) respondentů

uvádí jako příčinu horko nebo zima na pokoji. 13 (10,83%) hospitalizovaným vadí přítomnost spolupacientů a 7 (5,83%) jich vnímá lůžko jako nepohodlné. 31 (25,83%) pacientů vnímá hluk z přístrojů, tak intenzivně, že nemohou usnout a 18 (15%) jich uvádí jako důvod špatného spánku hluk na oddělení. 8 pacientů se probouzí v souvislosti s podáváním léků. 7 (5,83%) pacientů ruší sestra svojí přítomností u spolupacienta a finanční existence související s PN trápí 7 (5,83%) pacientů. Možnost, že by nebyla označena pacienty žádná, z mých nabízených odpovědí se nestala.

Graf 10

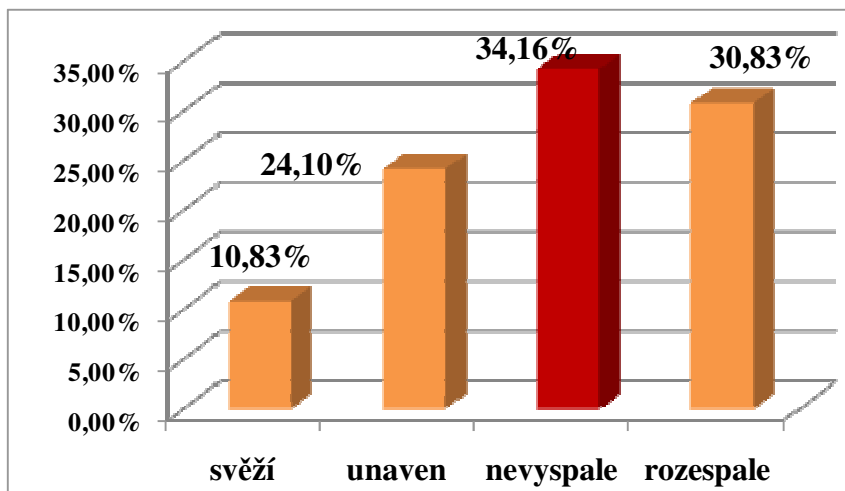
Názor pacientů - nejvíce, nejméně a středně zatěžující faktory



Graf zobrazuje zatěžující příčiny s usínáním u nemocných hospitalizovaných na JIP. Pacienti měli vybrat tři problémy, které je během hospitalizace nejvíce, méně a nejméně zatěžují v souvislosti s usínáním a spánkem. Jako nejvíce zatěžující při usínání je pro nemocné změna prostředí – tuto možnost označilo 36 (30%) pacientů. Méně zatěžující byl pro 31 (25,83%) pacientů hluk z přístrojů. Jako nejméně zatěžující byly označeny tři příčiny špatného usínání - finanční existenci související s PN označilo 7 (5,83%) pacientů, přítomnost sestry při péči o spolupacienta také 7 (5,83%) a nepohodlné lůžko opět 7 (5,83 %) dotazovaných.

Graf 11

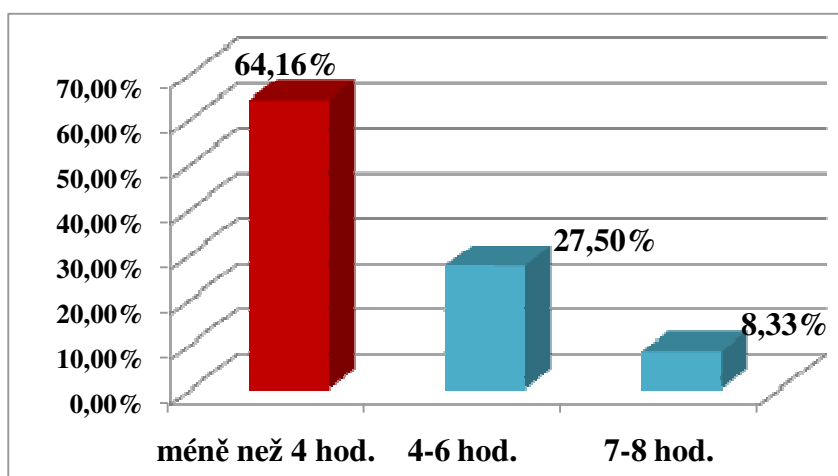
Ranní pocity nemocných v průběhu hospitalizace na JIP



Graf popisuje pocity pacientů ráno po probuzení na JIP. Svěží se po ranním probuzení cítí pouze 13 (10,83%) pacientů, únavu pociťují 29 (24,16%) klientů. 41 (34,16%) nemocných se cítí nevyspale a 37 (30,83%) se jich cítí rozespale.

Graf 12

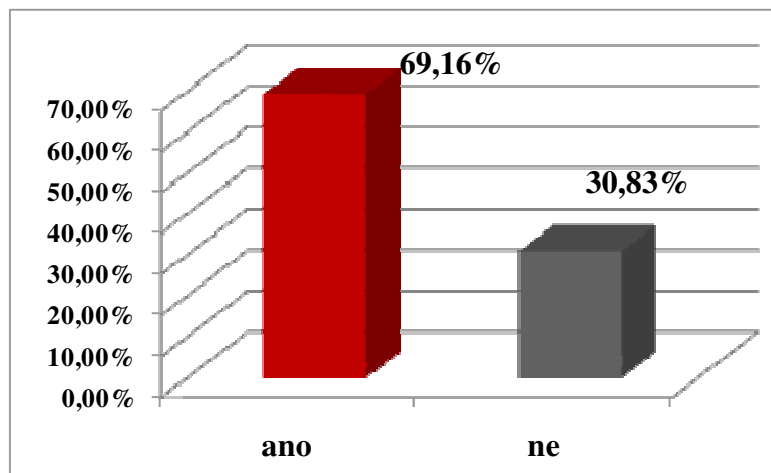
Počet hodin nerušeného spánku během hospitalizace na JIP



Graf zobrazuje kolik hodin v průběhu noci spí pacienti nepřerušovaně po dobu hospitalizace na JIP. Méně než 4 hodiny spí nepřerušovaně 77 (64,16%) pacientů. 4–6 hodin se v noci nevzbudí 33 (27,50%) pacientů. Pouze 10 (8,33%) nemocných označilo 7–8 h nerušeného spánku během hospitalizace na JIP. Možnost více hodin nezaškrtil nikdo z respondentů.

Graf 13

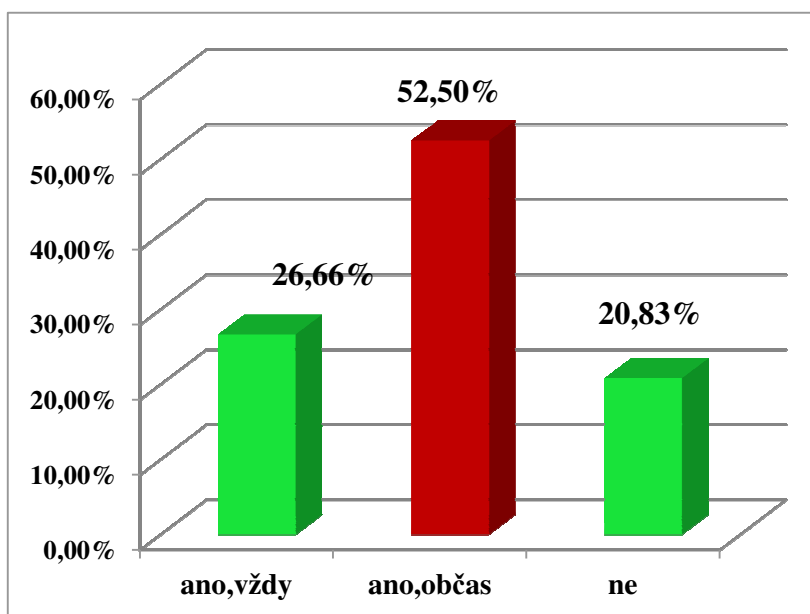
Nabídka hypnotik během hospitalizace na JIP



Graf popisuje možnost nabídky léků na spaní během hospitalizace na JIP. 83 (69,16%) pacientů uvedlo, že jim léky na spaní během hospitalizace na JIP byly nabídnuty. 37 (30,83%) pacientům nabídnuty léky na spaní nebyly.

Graf 14

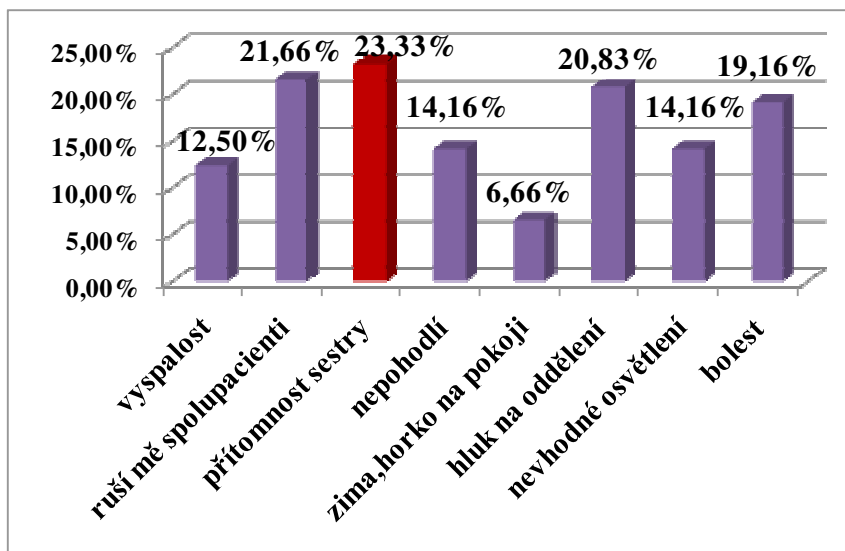
Předčasné probouzení u hospitalizovaných na JIP



Graf znázorňuje, že se vždy 32 (26,66%) pacientů probudí před příchodem sestry. Občas se vzbudí dříve, než přijde sestra 63 (52,5%) pacientů a 25 (20,83%) se jich dříve nevzbudí.

Graf 15

Důvody předčasného probuzení – výběr z více možností

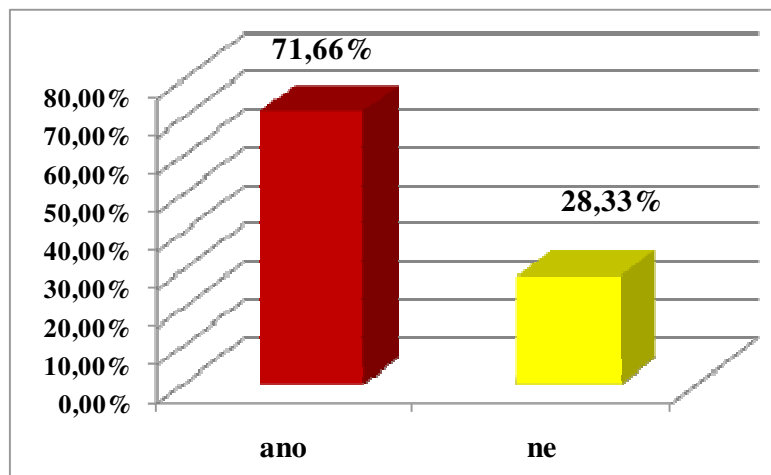


Graf rozvíjí odpověď ANO z grafu 14 a ukazuje četnost odpovědí.

Důvodem ranního probuzení před příchodem sestry je u 15 (12,5%) pacientů, vyspalost. 26 (21,66%) klientů ruší spolupacienti. Přítomnost ošetrovatelského personálu vadí 28 (23,33%) pacientům. 17 (14,16 %) se jich cítí nepohodlně. Zima nebo horko na pokoji vadí 8 (6,66%) nemocným. Hluk na oddělení vnímá 25 (20,83%) respondentů. Nevhodné osvětlení označilo 17 (14,16%) dotazovaných. Bolest jako důvod předčasného probuzení uvedlo 23 (19,16%) pacientů. Pacienti měli možnost uvést ještě jiné důvody předčasného buzení.

Graf 16

Probouzení pacientů a nemožnost opět usnout

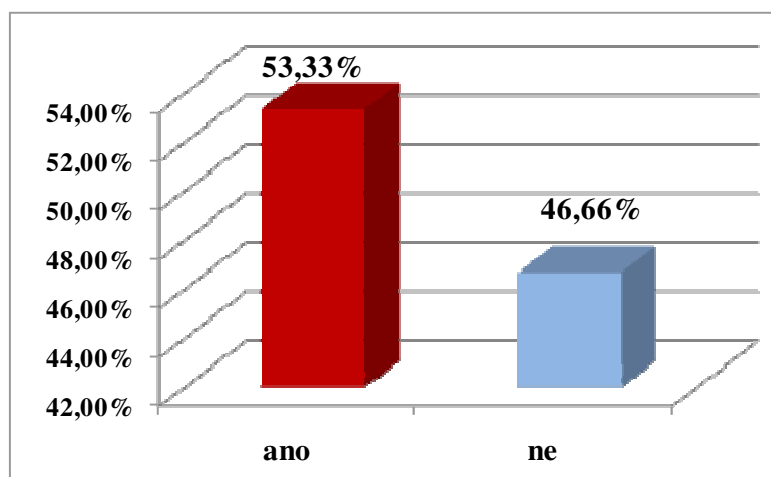


Graf znázorňuje probuzení se pacientů během noci a nemožnost opět usnout. 86 (71,66%) pacientů se budí během noci a nemůžou opět spát. S opětovným usnutím po probuzení nemá potíže 34 (28,33%) nemocných.

Otázka č.17 je znázorněna v grafu 18 b).

Graf 18

Možnost pacientů provádět své aktivity před spaním během hospitalizace na JIP



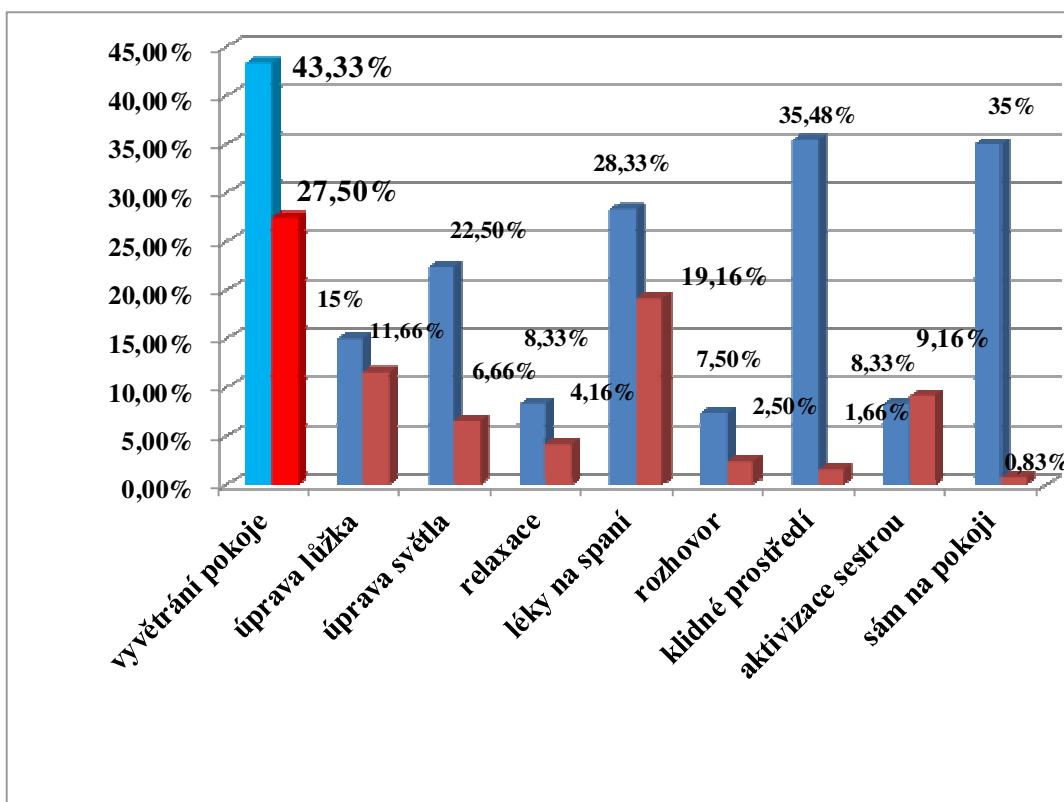
Graf znázorňuje, zda mají pacienti možnost provádět některé aktivity ke zlepšení usínání a kvality spánku během hospitalizace na JIP. 64 (53,33%) pacientům bylo umožněno, provádět některé večerní aktivity, na které jsou zvyklí i v domácím

prostředí. 58 (46,66%) nemocných udává, že žádnou z aktivit nemají možnost, v průběhu hospitalizace na JIP, provádět.

Graf 17 a 18 b)

Znázornění aktivit před spaním - přání pacienta a jejich skutečná realizace – výběr z více možností

Červená barva označuje uskutečnění aktivity a modrá značí přání nemocného



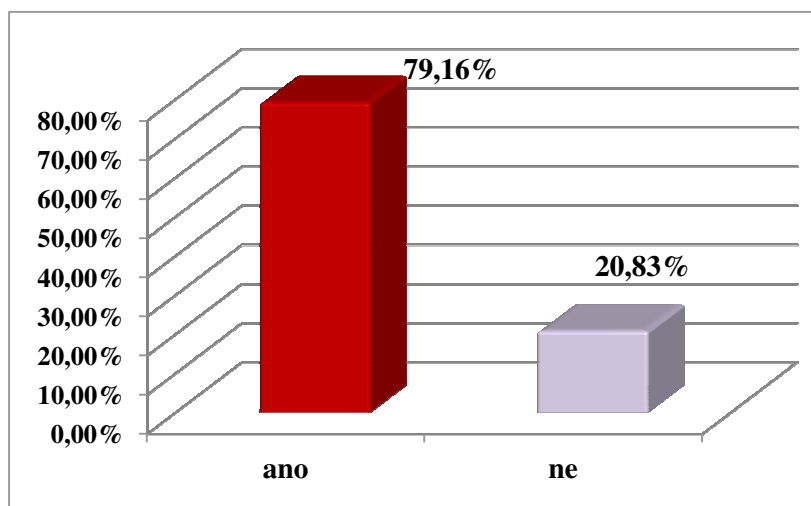
Graf znázorňuje společné odpovědi na otázku č.17 a 18 b). Klienti měli označit v otázce č.17 , jaké aktivity by jim případně pomohly ke zlepšení jejich usínání a kvality spánku během hospitalizace na JIP a v otázce č.18 b) měli popsat jaké aktivity jim byly opravdu umožněny. Pro lepší přehlednost jsem zvolila tento typ grafu. Jsou zde vidět rozdíly mezi přáním nemocného a realitou.

Pozitivní aktivitou pro zlepšení spánku a usínání je pro 52 (43,33%) pacientů řádné vyvětrání pokoje. Během hospitalizace na JIP, jich tuto možnost mělo 33 (27,5%). Úprava lůžka před spaním by pomohla 18 (15%) nemocným a úprava osvětlení je důležitá pro 27 (22,5%) pacientů. Ve skutečnosti bylo lůžko upraveno 14 (11,66%) nemocný a nevhodné osvětlení bylo utlumeno 8 (6,6%) respondentům. Relaxaci vyžaduje 10 (8,33 %) dotazovaných. V podobě masáže zad po večerní hygieně byla

umožněna 5 (4,16%) pacientům. K užívání léků na spaní se přiklonilo 34 (28,33%) klientů a nabídnuty byly 23 (19,16%) nemocným. Klidnější prostředí by uvítalo během hospitalizace na JIP 43 (35,88%) pacientů, ovšem realita se podstatně lišila, jelikož nerušené prostředí bylo zajištěno pouze 2 (1,66%) nemocným. Uklidňující rozhovor před spaním by potěšilo 9 (7,5%) respondentů, ale poskytnutý byl jen 3 (2,5%) klientům. Pro 10 (8,33%) dotazovaných by byla vhodná aktivizace sestrou již během dne. Tato byla v průběhu hospitalizace na JIP, umožněna 11 (9,16%) klientům v podobě sledování TV nebo četby. Pro zlepšení usínání a spánku udává 42 (35%) pacientů možnost jednolůžkového pokoje a nepřítomnost spolupacientů, ale jen 1 (0,83%) klient měl toto splněno.

Graf 19

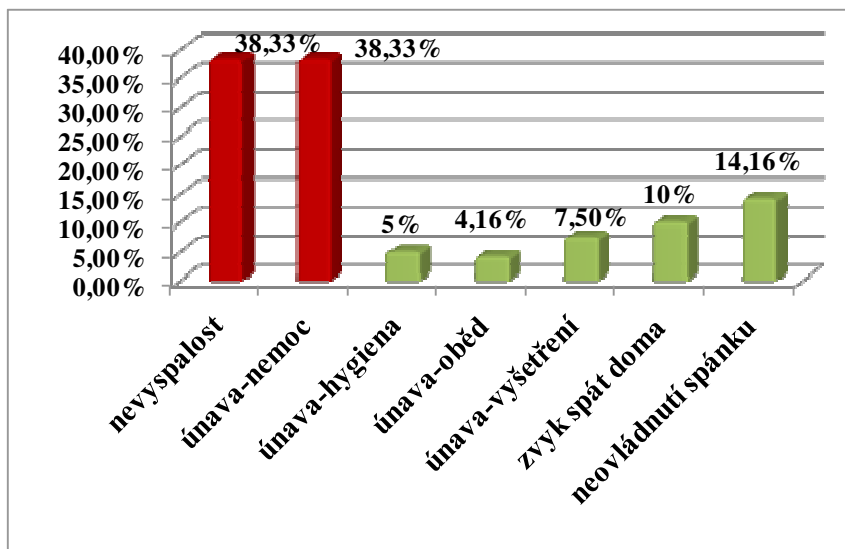
Pospávání respondentů během dne na JIP



Graf zobrazuje pospávání pacientů během hospitalizace na JIP přes den. 95 (79,16%) pacientů udává, že přes den pospává. Pouhých 25 (20,83%) nespí během dne.

Graf 20

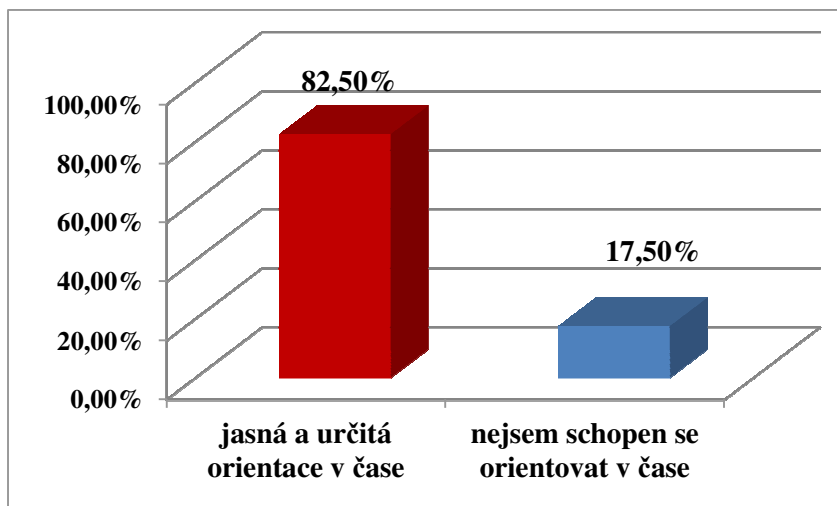
Příčiny pospávání pacientů v denních hodinách na JIP – výběr z více možností



Graf rozvíjí odpověď ANO z grafu 19 a znázorňuje příčiny pospávání během dne. V noci se vyspí málo 46 (38,33%) pacientů. Unaveno v souvislosti s onemocněním je také 46 (38,33%) klientů. Po ranní hygieně se cítí unaveně 6 (5 %) dotazovaných, po obědě je unaveno 5 (4,16%) pacientů a po vyšetření přepadne únava 9 (7,5%) nemocných. Ovládnout usínání nemůže 12 (10 %) respondentů. Během dne pospává v domácím prostředí a na spánek přes den je zvyklých 17 (14,16 %) pacientů. Žádný jiný důvod pospávání přes den uveden pacienty nebyl.

Graf 21

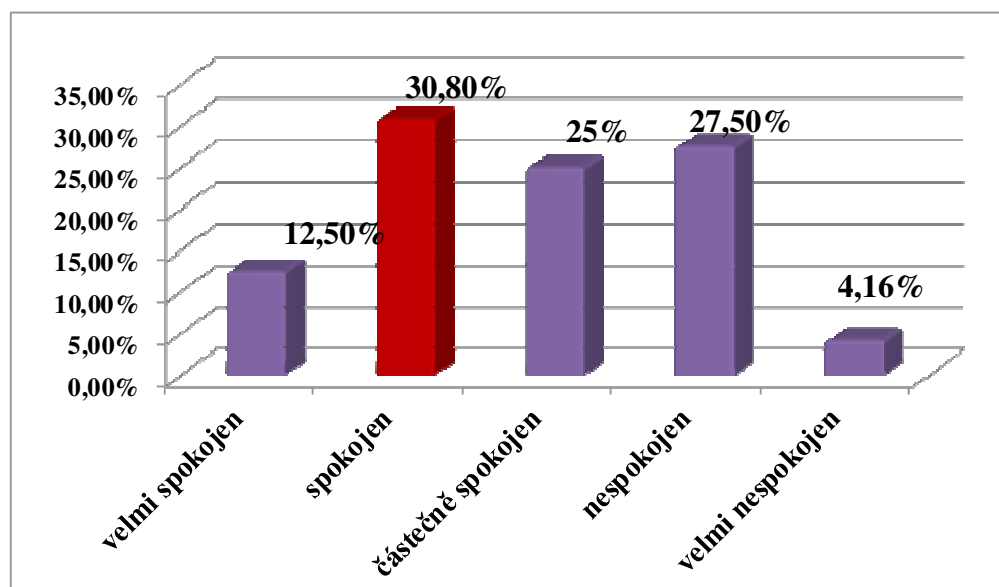
Orientace v čase u nemocných hospitalizovaných na JIP



Ze všech dotazovaných pacientů, při pobytu na JIP, je zcela orientovaných o denní či noční době 99 (82,5 %) respondentů. 21 (17,5 %) jich uvedlo, že si nejsou zcela jisti, zda je den či noc.

Graf 22

Obecná spokojenost s kvalitou svého spánku u dotazovaných



Graf znázorňuje spokojenost pacientů s kvalitou svého spánku po dobu hospitalizace na JIP. Pacienti k hodnocení měli možnost stupnice od 1 – 5. Velmi spokojeni s kvalitou svého spánku bylo 15 (12,5%) klientů. Spokojeno bylo 33 (27,5%) nemocných. Částečně spokojeno bylo 30 (25%) respondentů. 37 (30,83%) bylo se svým spánkem nespokojeno. Velmi nespokojeno bylo 5 (4,16%) dotazovaných.

7 DISKUSE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda je uspokojena potřeba spánku u nemocných hospitalizovaných na JIP. Zajímalo mě, jak jsou sami pacienti schopni pozorovat rušivé faktory po dobu hospitalizace a jak na ně reagují.

Zdravotnický personál se často při své práci setkává s klienty, kteří si stěžují na špatnou kvalitu spánku ve zdravotnických zařízeních.

Naučili jsem se pečovat především o biologickou stránku nemocného člověka, bohužel na tu psychickou většinou zapomínáme. Ovšem u pacientů, kteří jsou hospitalizováni na JIP, je toto sporné. Při přijetí nemocného musíme v první řadě zajistit základní životní funkce, toto se shoduje i s názorem Kapounové *“Ošetřovatelství v intenzivní péči”* (7).

Na uspokojování dalších potřeb je čas až v průběhu pobytu na JIP a především dle aktuálního zdravotního stavu pacienta. Veškeré potřeby u hospitalizovaných na JIP, tedy i kvalitní spánek, zajišťujeme neustálým pozorováním a kontrolováním stavu. Právě my zdravotníci by jsme se měli snažit pomoci alespoň minimalizovat všechny negativní faktory, které ovlivňují spánek nemocného. Pro pacienta nespavost znamená jen další komplikaci a je velice častým jevem u většiny hospitalizovaných. Proto bychom neměli projevy špatného spánku bagatelizovat. Spánek u nemocného je třeba monitorovat a v případě potřeby informovat lékaře. Nezapomínejme, že ne všechny typy nespavosti se musí ihned řešit hypnotiky. Daleko účinnější je do určité míry odstranit příčiny nespavosti a ne řešit až její následek.

Každý jedinec vnímá své potřeby jinak a také je uspokojuje dle svých možností. Záleží na mnoha faktorech, jako je samotná povaha pacienta, vážnost zdravotního stavu, doba či průběh hospitalizace na JIP a profesionalita ošetřujícího personálu. Domnívám se, že by bylo vhodné věnovat problematice spánku a spánkové deprivaci větší pozornost nejen během hospitalizace ve zdravotnických zařízeních, ale i v domácím prostředí a osobním životě člověka.

Určitě se každý z nás jednou v životě ocitl v situaci, kdy se stal pacientem a přijetí do nemocnice bylo najednou nevyhnutelnou situací. Se samotnou hospitalizací si spojíme nejenom změnu prostředí, ale i nepříjemné prožitky a především omezování našich potřeb. Tato zkušenost nás ovlivní natolik, že si začneme uvědomovat význam svých potřeb v nemoci a důležitost spolupráce se zdravotnickým personálem.

Stejně tak si jistě vzpomeneme na chvíle, kdy nemůžeme usnout, několikrát za noc se budíme nebo se ráno velmi těžce probouzíme. V dnešní době je život člověka narušen mnoha negativními faktory. Zdravý jedinec je schopen se s nimi určitým způsobem vypořádat. Ovšem nemocný je sám o sobě slabší než zdravý. Oslaben je jak nemocí, tak i léčbou. Náhle se ocitne v cizím prostředí, kde veškeré rušivé elementy vnímá mnohem intenzivněji. Tyto mu mohou způsobit neklid a poruchu spánku.

Pracuji na jednotce intenzivní péče šest let a denně pozoruji, jak je pacient vystaven rušivým faktorům, které s sebou hospitalizace na JIP přináší. Díky svým zkušenostem jsem se naučila přemýšlet nad možnostmi, jak odstranit či pozitivně ovlivnit rušivé vlivy a jak nejlépe uspokojit potřeby pacientů. Po dobu mé dlouholeté praxe se bohužel setkávám i s neochotou a lhostejností nejen ze strany zdravotního personálu, ale i samotných klientů. I proto mě zajímalo, jak sami pacienti vnímají postoj všeobecných sester a lékařů v uspokojování jejich potřeb po dobu hospitalizace na JIP, především pak potřeby spánku a odpočinku, která je nezbytnou součástí procesu uzdravování a postupné rekonvalescence.

Jak jsem již uvedla, mé výzkumné šetření bylo provedeno formou kvantitativní a anonymního dotazníku. První dvě otázky byly identifikačního rázu. Byly zaměřeny na pohlaví a věk respondentů. Většina ze 120 dotazovaných byly ženy 69 (57,5%), muži tvořili počtem menší skupinu 51 (42,5%). Nemocní byli různých věkových kategorií. Ty byly dány charakterem JIP, kde jsem šetření prováděla. Převážně jsem oslovila pacienty na kardiologické JIP, protože zde pracuji a měla jsem k těmto nemocným nejbližší. Z tohoto důvodu bylo nejvíce 50 (41,66%) respondentů, kteří odpovídali na můj dotazník ve věkové skupině 50-70 let a 71 a více let 21 (17,5%). Ostatní klienti byli hospitalizováni na orthopedické, infekční a chirurgické JIP. Zde byla převážná část 17 (14,16%) nemocných mladšího věku 20-29 let a 30-49 let 32 (26,6%). V některých otázkách jsem porovnávala odpovědi mezi pacienty 20-29 let a 30-49 let a nemocnými ve věku 50-71 let a více.

Je téměř pravidlem, že spánek doma je kvalitnější a trvá delší dobu. Otázky č. 4 – 8 jsem proto zaměřila na kvalitu spánku v domácím prostředí klientů.

Je přirozené, že prostředí, které známe, má velký vliv na kvalitu a délku spánku. Tento fakt se mi také potvrdil v počtu odpovědí, kdy 58 (48,33%) pacientů označilo, že problémy doma s usínáním nemají a jejich průměrná délka spánku činí 7 – 8 hodin. Dle výsledků bylo zřejmé, že problémy se spaním neznají doma pacienti mladšího věku.

V kategorii 20-29 let nezaškrtl tuto možnost žádný z pacientů. Ve věkové skupině 30-49 let má občasné problémy s usínáním v domácím prostředí 39 (32,5%) dotazovaných. Zbývajících 23 (19,16%) respondentů byli lidé ve vyšší věkové kategorii. Všeobecně víme, že se spánek postupem věku u člověka zkracuje a ubírá na jeho kvalitě. Výsledky toto tvrzení potvrdily. Věková kategorie pacientů 50-70 let označila jako svoji průměrnou délku 4-6 hodin. 9 (7,5%) pacientů ve věku 71 let a více uvádí spánek kratší než 4 hodiny, i přesto, že se nachází ve vlastním prostředí.

Zajímavým zjištěním pro mě bylo, že 95 (79,16%) respondentů neužívá doma vůbec žádné léky na spaní. Klienti ve věkové skupině 20-29 let označili jednoznačně tuto odpověď. Pouhých 12 (10%) pacientů hypnotika užívá denně. Těchto 10% tvořili právě pacienti starší 71 let. 13 (10,83%) nemocných (50-70 let) užívá léky na spaní pouze dle potřeby a maximálně 1x týdně.

Otázka č.6 byla zaměřena na aktivity před spaním v domácím prostředí, kterými si pacienti zlepšují svůj spánek. Mohli označit v otázce více možností. Patří sem například vyvětrání pokoje, procházky, četba, sledování televize, poslech hudby a podobně. Celých 59 (49,16%) klientů žádné činnosti před spaním neprovádí. Naopak 61 (50,83%) jich uvedlo, že pravidelně používají různé aktivity vedoucí ke zlepšení kvality svého spánku. Nejčastěji si před spaním vyvětrají pokoj, tuto možnost označili všechny věkové kategorie. Respondenti ve věku 50-70 uvedli velmi často, jako svou aktivitu před spaním, procházky a vaření bylinných čajů. Poslech hudby, sledování televize, četba knihy a sex uvádí často klienti v prvních dvou věkových kategoriích (20-49 let). V příloze přikládám i Desatero spánkové hygieny, které popisují ve své knize „*Co je potřeba k dobrému spánku?*“, Prokopová, Řezníčková. (13) Jsou zde uvedena všechna možná doporučení vedoucí ke zlepšení našeho spánku. Zaujalo mě, že 64 (53,33%) pacientů mělo možnost některé ze svých zvyklostí provádět i během hospitalizace na JIP.

Sedmá otázka zjišťovala pospávání dotazovaných během dne v domácím prostředí. 61 (50,83%) respondentů uvedlo, že nikdy během dne nespí, 38 (31,66%) spí občas, ale maximálně 1-2 h a 21 (17,5%) pospává přes den často. Opět je zde zřejmý spánkový deficit během noci u pacientů starších, všech 21 bylo ve věku 50-71 a více let. Mladí lidé tutu možnost vůbec neoznačili. Občasné pospávání určili pacienti ve středním věku 30-49 let.

Další dvě otázky č. 9 a 10 se týkaly pro srovnání již kvality usínání a uspokojení potřeby spánku u nemocných hospitalizovaných na JIP.

Cílem mé práce bylo především zjistit příčiny problémů s usínáním u těchto pacientů. Zajímalo mě, jaké možné důvody nekvalitního spánku vnímají oni sami. Z uvedených možností mohli uvést více příčin. Většina 36 (30%) pacientů, označila změnu prostředí. Tento důvod vyznačili pacienti ve všech věkových kategoriích. Změna prostředí působí na jedince vždy a nemusí to být jen hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Jakékoliv narušení zvyklostí člověka je zatěžující a obzvláště pak nutný pobyt v nemocnici. Zjišťovala jsem také jaká příčina problémů se spánkem, z uvedených možností, je pro pacienty nejvíce, středně a nejméně zatěžující. Měli možnost označit je na stupnici 1 – 3. Já sama jsem předpokládala, že je nejvíce ovlivňuje změna prostředí. Stanovila jsem si toto i jako **H1**. Jako nejvíce zatěžující faktor uvedli pacienti opravdu změnu prostředí. Nejméně zatěžujícím faktorem je nepohodlné lůžko, finanční existence související s pracovní neschopností a přítomnost sestry při péči o spolupacienty. Jako středně zatěžující faktor považují klienti hluk z přístrojů..

Pacienti v každém věku označili všechny možné příčiny uvedené v dotazníku. Nestalo se, aby nebyla některá zodpovězena. Rozdíly v odpovědích dle věku nebyly velké. Pouze možnost finanční existence související s PN, označili klienti jen v kategorii 20-29 let a 30-49 let. Nepřekvapilo mě to, v dnešní době trápí finanční situace mnoho lidí v tomto věku. Co pro mě ale bylo překvapením, že pacienti vnímají intenzivněji jako zatěžující faktor například hluk z přístrojů než bolest či strach o svůj život. Jsem si samozřejmě vědoma, že ne všichni hospitalizovaní musejí bolest cítit. Přestože Trachtová (1) popisuje bolest jako významný negativní faktor, který ovlivní kvalitu usínání a spánku, bylo z výsledků zjištěno, že ji považuje pouze 28 (23,33%) klientů za zatěžující a to především ve věku od 50-71 a více let. Tito pacienti zároveň uvedli možnost strachu o sebe a svůj život, což s bolestí jistě souvisí. Je vidět, že starší nemocní bolest hůře snáší a spojují si jí s ohrožením života. Mladší klienti (20-29 let) ve svém dotazníku bolest dokonce neoznačili vůbec. Ti spíše zaškrtovali, jako rušivé faktory, výše uvedenou finanční existenci, strach o rodinu a změnu prostředí. Dále mě celkem udivilo, že žádný z respondentů neudal jako rušivý faktor neinvazivní měření krevního tlaku, kdy ze zkušenosti vím, že pravidelné nafukování manžety během noci uvádějí klienti při nejmenším za nepříjemné.

Otázky 4-10 jsem volila cíleně pro potvrzení či vyvrácení **H1** : *Nejvíce vnímaným faktorem, který ovlivňuje potřebu spánku u nemocných na JIP, je změna prostředí.* S touto hypotézou souvisí i otázka č.21, kde jsem zjišťovala orientaci pacientů o denní

či noční době. Někteří nemocní nejsou v průběhu hospitalizace na JIP zcela orientováni a proto mě zajímalo, zda si tuto dezorientaci v čase oni sami uvědomují. Je pozoruhodné, že opravdu 21 (17,5%) pacientů uvádí při pobytu na JIP, ne zcela jasný přehled o tom, zda-li je noc či den. Na této odpovědi se podílí jistě věk nemocného, ale samozřejmě i změna prostředí. Není vždy pravidlem, že 70-ti letý nemocný musí být zákonitě dezorientovaný, když je vytržen ze svého běžného domácího života, ale všech 21 pacientů, kteří uvedli ne zcela jasnou orientaci v čase, bylo ve věkové skupině 71 a více let.

99 (82,5%) klientů označilo zcela jasnou a určitou orientaci v denní nebo noční době. Převážná část těchto respondentů byla ve věku 20-29 let.

Z výše uvedených údajů vyplývá, že **byla H1 potvrzena.**

Veškeré negativní faktory, které působí na kvalitu spánku, se snažíme ve zdravotnickém zařízení ovlivnit podáním hypnotik. Jinak tomu není ani na jednotkách intenzivní péče. Z mé praxe vím, že někteří pacienti „svůj“ lék na spaní přímo vyžadují. Ovšem i my sami tuto možnost nemocným automaticky nabízíme. Tato skutečnost se mi potvrdila, když z celkového počtu dotazovaných, odpovědělo 83 (69,16%) pacientů, že jim byly, během hospitalizace na JIP, léky na spaní opravdu nabídnuty.

Jak jsem již uvedla, nemusí se problémy se spánkem ihned řešit hypnotiky. Domnívám se, že je daleko účinnější snažit se o odstranění příčin nespavosti. Mám na mysli například tlumení rušivých elementů nebo provádění různých aktivit před spaním. Je jisté, že pacienti vyžadují pokračovat v těchto zvyklostech i při pobytu v nemocnici. Na toto téma jsem si stanovila **H2 : U pacientů hospitalizovaných na JIP je zajištění spánku realizováno podáním hypnotik** a specializovala otázky č.17, 18 a 18 b).

Klienti si mohli určit jaké aktivity by si sami přáli provádět k uspokojení potřeby svého spánku během hospitalizace. Mohli si vybrat z uvedených možností v otázce č.17. Nejčastěji zvolená odpověď bylo vyvětrání pokoje před spaním a zajištění klidnějšího prostředí, které si většina nemocných spojuje s nepřítomností spolupacientů či jednolůžkovým pokojem. Právě tyto dvě možnosti označilo vždy společně celých 42 (35%) respondentů. Více než polovina tohoto počtu byli pacienti mladší věkové kategorie. Klid na spánek jako podmínku ve svých publikacích popisují i Práško J.et al. „Nespavost“ (21) a Borzová C. a kol. „Nespavost a jiné poruchy spánku „ (8).

Další nejčastěji uváděnou aktivitou bylo podání léků na spaní. Tuto možnost označilo 34 (28,33%) dotazovaných a naopak zde odpovídala převážná část nemocných v kategorii 50-70 let. Tímto se znovu potvrzuje i má zkušenost z praxe, kdy nás o hypnotika žádají většinou pacienti staršího věku. Vyžadují lék naprosto automaticky spolu s tvrzením, že bez „své tabletky na spaní“ v žádném případě neusnou. Dále mě zaujalo, že 9 (7,5%) nemocných, pouze ve věku (50-71 let a více) uvedlo jako další přání před spaním, uklidňující rozhovor se sestrou. Zde je vidět, jak důležitý je pro pacienty psychologický přístup zdravotníků. Proto by jsme měli umět s nemocnými komunikovat, dostatečně je informovat o jejich zdravotním stavu a psychicky je podporovat i neverbálními projevy. Pro uzdravení je velmi nezbytné, aby se klienti cítili bezpečně a měli důvěru v ošetřující personál.

Bohužel ne všechny výše uvedené činnosti jsou v sesterských možnostech a kompetencích. Je otázkou jak reálně a do jaké míry lze různé aktivity na JIP poskytnout. I proto mě zajímalo, zda mají pacienti možnost, během hospitalizace, některé ze svých přání a zvyklostí před spaním provádět. Myslím si, že je dobrým výsledkem, když více než polovina 64 (53,33%) dotazovaných uvedla, že ano. Bohužel stále velký počet 54 (46,66%) nemocných nemělo tuto možnost.

Pacienti měli uvést v otázce 18 a 18 b), zda jim byly umožněny různé aktivity před spaním v průběhu hospitalizace na JIP. Respondenti mohli opět vyznačit více odpovědí. Z výsledku vyplynulo, že jich nejvíce 33 (27,5%) mohlo usínat při otevřeném okně či ve vyvětraném pokoji. Tuto aktivitu uvedli nemocní ve všech věkových kategoriích. Nabídka podání hypnotik byla až další nejčastější odpovědí 23 (19,16%) klientů. Lék byl nabízen ze strany ošetřujícího personálu nebo podán přímo na pacientovo vyžádání. Tato možnost byla označena klienty převážně v kategorii 30-49 let a 50-70 let. Dle mého názoru mladším pacientům léky na spaní nejsou tak často nabízeny. Vždy se u těchto klientů hledají jiné možné aktivity, které by pomohly vylepšit kvalitu usínání a spánku.

Veškeré nabízené činnosti v dotazníku, byly respondenty označeny. Usuzuji, že je toto velmi uspokojivý výsledek, který ukazuje celková zlepšení kvality ošetrovatelské péče v používání jakýchkoliv aktivit k navození dobrého usínání a spánku ze strany zdravotnického personálu. Mezi další činnosti, které pacienti označili a které jim byly v průběhu hospitalizace poskytnuty, patřilo například zajištění pohodlného lůžka a relaxace. Tyto aktivity před spaním, jako časté, uváděli především klienti ve věkové skupině 50-70 let. S tímto věkem může souviset i deficit sebedpěče,

kdy jsou nemocní nesoběstační a potřebují naši pomoc. V takovém případě je pro ně před spaním úprava lůžka či relaxace v podobě masáže zad po večerní hygieně velmi podstatná.

Naopak věkové skupiny 20-29 let a 30-49 let uváděly jako nejvíce poskytovanou možnost aktivizaci sestrou během dne. Z těchto výsledků je zřejmé, že uspokojování potřeb člověka je závislé na mnoha faktorech a věk sem zajisté patří. Proto je důležité umět rozlišit jaká činnost či aktivita je pro konkrétního pacienta, v uspokojování potřeby spánku, významná. Klienta v mladém či středním věku potěší možnost sledování televize, poslech hudby nebo četba časopisů či knihy v průběhu dne i před spaním. Naopak starší pacienty je možné uspokojit například uklidňujícím rozhovorem ve večerních hodinách.

Jak vidíme z odpovědí na výše uvedené otázky, je podávání hypnotik stále častá součást v uspokojování potřeby spánku. Z výzkumného šetření vyplynulo, že je ale mnoho dalších intervencí, které u pacientů před spaním provádíme. Kvalitní spánek je tedy zajištěn i jinými způsoby, než podáním hypnotik. Z těchto údajů plyne, že **H2 nebyla potvrzena.**

Zbývající otázky č.11, 12, 14, 15, 16,19, 20 a 22 jsem zaměřila na obecnou spokojenost s kvalitou a uspokojení potřeby spánku u nemocných. Předpokládám, že jsou pacienti v průběhu hospitalizace na JIP, vystaveni mnoha rušivým faktorům a tím je jejich potřeba spánku neuspokojena. V tomto znění byla stanovena má **H3: Nemocní hospitalizovaní na JIP nemají uspokojenou potřebu spánku.**

80 (66,66%) pacientů (ze 120) má problémy s usínáním během hospitalizace na JIP. V tomto počtu jsou zahrnuty všechny věkové kategorie. Je vidět, že nemoc ovlivní uspokojování našich potřeb v jakémkoliv věku. Našlo se i 40 (33,33%) klientů, kteří nemají problémy s usínáním na JIP. Je pozoruhodné, že tito označili bezproblémové usínání i v domácím prostředí. Jednalo se opět pouze o první dvě mladší kategorie.

Díky rušivým elementům nemají nemocní v průběhu hospitalizace kvalitní spánek a proto byla otázka č.11 zaměřena na ranní pocity pacienta po probuzení. Převážná část se cítí nevyspale 41 (34,16%) anebo rozespale 37 (30,83%). Domnívám se, že s ranní únavou nemocných souvisí i odpovědi na otázku č.12, kde jich většina 77 (64,16%) uvádí, že spí v průběhu noci na JIP nepřerušovaně méně než 4 hodiny. Ze získaných údajů vyplynulo, že průměrný nerušený spánek u pacienta hospitalizovaného na JIP trvá 4 – 6 hodin. Zajímavé je, že se najde celých 10 (8%) nemocných, kteří se, i přes veškeré rušivé elementy na JIP, vyspí 7 – 8 hodin.

Tuto možnost vyznačili ovšem pacienti pouze v prvních dvou mladších věkových kategoriích a převážně ti, co uvedli, že problémy s usínáním na JIP nemají.

Dále bylo mým cílem zmapovat důvody předčasného ranního probuzení klientů, ještě před příchodem sestry. 32 (26,66%) nemocných uvedlo, že se před příchodem sestry probudí vždy a 63 (52,5%) občas. Aniž bychom si to uvědomovali, můžeme i my sami na pacienta působit jako negativní faktor. Které příčiny předčasného probuzení patří mezi nejčastější, mohli označit tito nemocní v otázce č.15. Opět si mohli vybrat z více odpovědí. Právě přítomnost zdravotnického personálu uvedlo 28 (23,33%) pacientů jako nejčastější důvod probuzení.

S touto problematikou souvisí i buzení se v noci a nemožnost opět usnout. Většina 86 (71,66%) dotazovaných má, během hospitalizace na JIP, tento problém. Zde jsou na první pohled vidět rozdíly v odpovědích u mladších a starších pacientů. 34 nemocných se v noci neprobouzí, jsou to pacienti ve věku 20-49 let. Časté noční buzení je typické pro věkově starší pacienty. Ani jeden z těchto klientů nezaškrtl odpověď, že by se během noci neprobudil. Znímám toto i z vlastní zkušenosti, kdy se pacient náhle v nočních hodinách vzbudí a vyžaduje lék na spaní, aby mohl znovu usnout.

Pokud se nepodaří zajistit u nemocného klidný a kvalitní spánek v noci, dohání tento deficit v průběhu dne. Z praxe vím, že je tento jev velmi častý a proto mě zajímalo, zda se tak děje u pacientů i jinde. Bohužel odpovědělo, z celkového počtu 120 dotazovaných, 95 (80%) klientů, že opravdu během dne pospávají. Z tohoto vyplývá, že je noční spánek nekvalitní a jeho potřeba je převážně neuspokojována. Kladně odpovídali respondenti ve všech věkových kategoriích. Domnívám se, že zde přímo na věku pacienta nezáleží. Je známo, že důvodem nočního spánkového deficitu, je především samotná nemoc. Člověk je oslabený, unavený a potřebuje dostatečný a dobrý spánek. Tento fakt se převážně potvrdil v odpovědi na otázku č.20, kde sami dotazovaní měli uvést příčiny svého pospávání přes den. Nejvíce jsou pacienti unaveni v souvislosti s onemocněním a nekvalitním spánkem během noci. Tyto dvě možnosti označil stejný počet respondentů 46 (38,33 %) v každém věku. 17 (14,16%) nemocných (50-70 let) uvedlo, že jsou na denní spánek zvyklí i v domácím prostředí. Tuto možnost uvedla pouze tato věková skupina. Vzhledem k tomuto výsledku se znovu utvrzují, že starší člověk spí kratším a nekvalitním spánkem i v domácím prostředí.

Poslední otázka č.22 směřovala na celkovou spokojenost pacientů s kvalitou svého spánku v průběhu hospitalizace na JIP. Měli možnost stupnice 1 – 5.

Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že z celkového počtu 120 dotazovaných je nespokojeno se svým spánkem na JIP 37 (30,83%) pacientů. Velkou nespokojenost vyjádřilo pouze 5 (4,16%) nemocných. Částečně spokojeni s kvalitou usínání a spánku bylo 30 (25%) klientů, spokojeno jich bylo 33 (27,5%) a dokonce velmi spokojeno bylo 15 (12,5%) pacientů.

Snažila jsem se opět porovnat odpovědi různých věkových skupin. Ti pacienti, kteří již na začátku dotazníku uvedli, že nemají problémy s usínáním ani doma ani v průběhu hospitalizace na JIP, označili taktéž velkou spokojenost s kvalitou svého spánku. Byli to klienti převážně v kategorii první 20-29 let. Tuto možnost starší klienti neoznačili vůbec. Nespokojenost se svým spánkem uváděli pacienti ve všech věkových skupinách, ale převládá počet odpovědí respondentů ve věku 50-70 let. Velkou nespokojenost zaškrtno 5 (12,5%) pacientů a také pouze ve věkově starší skupině 71 a více let. Zde se opět osvědčuje zhoršená kvalita usínání a spánku u starších lidí.

Jak je z výše uvedených výsledků zřejmé, jsou jen velmi malé rozdíly (pouze 2-4 pacienti) mezi spokojenými, částečně spokojenými a nespokojenými klienty. Toto považuji za velký úspěch. I přesto **byla H3 potvrzena**

Dle mého názoru je chvályhodné i velmi malé procento zcela nespokojených klientů a naopak i menší skupina velmi spokojených nemocných.

Přes potvrzenou H3 je vidět, že jsou pacienti, hospitalizovaní na JIP, relativně spokojeni se svým spánkem. Myslím, že těchto výsledků je docíleno díky důrazu, který je kladen na uspokojování potřeb nemocného a především neustálé vzdělávání a erudovanost sester. Jediným ukazatelem dobře poskytované ošetrovatelské péče, který je pro nás vždy spolehlivý, je spokojený pacient.

ZÁVĚR

Mým cílem bylo zjistit, zda je uspokojena potřeba spánku u hospitalizovaných nemocných na JIP. Druhým cílem mé práce bylo zmapovat veškeré negativní faktory, které mají vliv na uspokojování potřeby spánku u pacientů v průběhu hospitalizace na JIP. Konečné výsledky ukázaly, že byly cíle splněny.

Je velmi důležité se spánkové problematice neustále věnovat. Velký přínos této práce vidím ve snížení negativních faktorů. Patří sem především snaha zajistit nemocným klidnější prostředí. Tlumit hlučnost alarmů přístrojové techniky, které neustále přibývá. Dále omezit hluk na oddělení, upravit noční světla, pokoj před spaním co nejvíce vyvětrat a zajistit nemocnému pohodlné lůžko. Jak výsledky šetření ukázaly, vidí pacienti neméně důležitou roli v psychologickém přístupu ošetřujícího personálu. Nemocní sami vyžadují uklidňující rozhovory se sestrou či umožnění různých aktivit během dne.

Jakkékoliv nedostatky v poskytované ošetrovateľské péči můžeme vždy změnit svým osobním a především holistickým přístupem k nemocnému. Na JIP samozřejmě záleží na aktuálním stavu nemocného. Pokud je pacient stabilizovaný a zcela při vědomí, je schopen posoudit kvalitu svého spánku a tím nám poskytnout zpětnou vazbu, která umožní zdravotníkům, aby se lépe orientovali v uspokojování potřeb klienta v oblasti spánkové problematiky.

Ve FN Plzeň mají všeobecné sestry možnost řídit svoji ošetrovateľskou péči dle standardu na zajištění klidného spánku u pacienta. Zjištěné výsledky v této práci bohužel stále ukazují na nespokojenost nemocných s kvalitou svého spánku na JIP.

Výstup z této práce pomůže vést zdravotníky a vedoucí pracovníky k zamyšlení nad zlepšením intervencí, které ovlivní klidný a kvalitní spánek u pacientů hospitalizovaných na JIP. Může ale posloužit i ošetřujícímu personálu na standardních odděleních a být dobrou pomůckou pro mnohé začínající sestry v období adaptačního procesu.

Z vyhodnocených dotazníků vyplývá, že svoji profesionalitu a prestiž všeobecné sestry můžeme podpořit větší vnímavostí pacienta, například při sběru ošetrovateľské anamnézy a nezapomínat ani na zásady správné komunikace, kterou bysme měli všichni dodržovat.

Veškeré výsledky budou poskytnuty managementu FN Plzeň, vrchním sestřám a ošetřujícímu personálu JIP, kde bylo výzkumné šetření provedeno.

SEZNAM ZDROJŮ

1. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
2. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci* Grada, 2002.198 s. ISBN 80-247-01790.
3. BRUNO, F. *Hezky se vyspěte* Praha : Lidové noviny, 2002. 99 s. ISBN 807106- 5935.
4. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci* 1.vydání. Praha : Grada publishing,a.s., 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
5. ZADÁK,Z.,HAVEL,E. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*,1.vyd. Praha: Grada, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.
6. DEGEN,R. *Dejte si dvacet* Praha : Pragma, 2004. 209 s. ISBN 80-7205-703-0.
7. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči* 1.vydání. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-830-9.
8. BORZOVÁ, C. a kol. *Nespavost a jiné poruchy spánku* 1.vydání Grada, 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
9. ŠEVČÍK, P. ČERNÝ, V. VÍTOVEC, J. et al. *Intenzivní medicína* 1.vyd. Praha: Galén, 2000. 396 s. ISBN 80-7262-042-8 22.
10. MIKULÁŠOVÁ, D., *Počty ošetrovatelského personálu očima sestry z praxe. Florence*. Praha: 2008, roč. 4, č. 3, s. 106. ISSN 1801-464-X.

11. http://cs.wikipedia.org/wiki/Jednotka_intenzivní_péče. [online]. 2007 [cit. 2011-12-18]. Jednotka intenzivní péče. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Jednotka_intenzivní_péče
12. FESL, V, ŽIDKOVÁ, M. *Ovlivnění hluku na jednotkách intenzivní péče in Novinky v anesteziologii, intenzivní medicíně a léčbě bolesti*. Praha : Galén, 1999, s.187 - sborník
13. PROKOPOVÁ, A., ŘEZNÍČKOVÁ, H. *Co je potřeba k dobrému spánku?* Grada, 2006. 120 s. ISBN 80-247-0645.
14. SCHMIDT, G. *Efektivní myšlení* 3.vydání. Amos, 2008. 252 s. ISBN 978-80-7234-912-8.
15. ZACHAROVÁ, E et al. *Zdravotnická psychologie* 1.vydání. Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
16. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství* 1.vydání. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
17. MIKŠOVÁ, Z. et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I* 2.vydání. Praha: Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
18. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry* 2.vydání. Grada, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
19. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 2004. 184 s. ISBN 80-246-0429-9.
20. ŠIMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetrovatelství* 1.vydání. Praha: Karolinum, 2006. 354 s. ISBN 80-246-1091-4.
21. PRÁŠKO, J. et al. *Nespavost* 1.vydání. Praha: Potrál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.

22. *Základy ošetřování nemocných* Praha: Karolinum, 2005. 145 s.
ISBN 80-246- 0845.
23. SVĚDÍKOVÁ, M.,MENCLOVÁ, K. *Poruchy spánku ve stáří* Sestra 2008 č.2,
příloha Tématický sešit s. 35-36
24. SLÁDKOVÁ, R. *Problematika spánku u hospitalizovaných pacientů* Diagnostika
v Ošetrovatelství, r.2006 ,roč.2, č.10, s.387-388
25. VALEČKOVÁ, K. *Spánek a syndrom spánkové apnoe u pacientů v dlouhodobé
resuscitační péči* Sestra, 2001, roč.11, č.7/8, příloha Tématický sešit –
Anesteziologie,resuscitace č.69, s.70-72
26. DRAŽILOVÁ, V.,MALÁT, Z. *Spánková deprivace – ošetrovatelský proces*
Sestra, 2004 roč.14, č.7/8, s.18-19
27. GRAZOVÁ, E. *Desatero rad při potížích se spánkem* (cit. 2011 -18-12)
Dostupné z: [http://filosofie-zdravi.abecedazdravi.cz/desatero-rad-pri-potizich-
se-pankem](http://filosofie-zdravi.abecedazdravi.cz/desatero-rad-pri-potizich-se-pankem)
28. ČERNÁ, H. *Potřeby hospitalizovaných nemocných* Ošetrovatelství 2000, roč. 2,
č.1/2, s.24-31
29. KABEŠOVÁ, J. *Potřeba spánku u nemocných s kardiovaskulárním
onemocněním na JIP*. České Budějovice. 2008, 55 s.Bakalářská práce (Bc.).
Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Věra
Stasková R.N.
30. MATYSOVÁ, J.DiS. *Biopsychosociální potřeby pacientů hospitalizovaných
na JIP*. České Budějovice. 2009, 59 s.Bakalářská práce (Bc.). Jihočeská
univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Bc. Renata Kvapilová

31. VEJVODOVÁ, H. *Možnosti sestry ovlivňovat rušivé vnější faktory na JIP*
České Budějovice. 2009, 67 s. Bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita,
Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Ivana Chloubová, R.N.

SEZNAM ZKRATEK

JIP – jednotka intenzivní péče

EEG – elektroencefalograf

NON-REM – fáze spánku (bez rychlých očních pohybů)

REM – fáze spánku (rychlé oční pohyby)

ATB - antibiotika

EKG - elektrokardiograf

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Lenka Pavlíčková a jsem studentkou 3. ročníku Západočeské univerzity v Plzni obor Ošetrovatelství -všeobecná sestra. Zajímám se o potřebu spánku u nemocných na jednotkách intenzivní péče, a proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění anonymního dotazníku.

Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte vždy jen jednu z uvedených možných odpovědí. Také Vás velmi prosím o zodpovězení všech položek uvedených v dotazníku.

Děkuji za spolupráci, ochotu a Váš čas.

1. Jakého jste pohlaví :

muž

žena

2. Kolik je Vám let?

20-29

50-70

30-49

71 a více

3. Máte doma problémy s usínáním?

ano

občas

ne

4. Kolik hodin v průběhu noci spíte v domácím prostředí?

méně než 4 hodiny

4-6 hodin

7-8-hodin

více hodin

5. Užíváte léky na spaní?

- ano - denně
- ano – max. 1 týdně
- ne

6. Používáte doma nějaké aktivity před spaním ke zlepšení Vašeho spánku?

(př. větrání pokoje, cvičení, procházky, bylinkový čaj, teplé mléko..)

- ano, jaké
- Ne

7. Pospíváte doma přes den?

- ne, nikdy
- ano, max.1-2 h denně
- často

8. Máte po dobu hospitalizace, zde na jednotce intenzivní péče, problémy s usínáním?

- ano
- ne

9. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a *ano*, označte příčinu těchto potíží? (Možno označit i více možností)

- bolest
- strach o sebe, svůj život
- strach o rodinu
- změna prostředí
- nevhodné osvětlení
- horko nebo zima na pokoji
- přítomnost spolupacientů
- nepohodlné lůžko
- hluk z přístrojů
- probouzení související s podáváním léků
- přítomnost sestry při péči o spolupacienty
- hluk na oddělení
- finanční existence související s PN

10. Z výše označených odpovědí vyberte tři a tyto pak seřad'te na stupnici: 1 – 3:

- 1 – nejvíce zatěžující:
- 2 – zatěžující:
- 3 – nejméně zatěžující:

11. Jak se cítíte ráno po probuzení? (Zde v nemocnici)

- svěží
- unaven
- nevyspale
- rozespale

12. Kolik hodin v průběhu noci nepřerušovaně spíte na jednotce intenzivní péče?

- méně než 4 hodiny
- 4-6 hodin
- 7-8 hodin
- více hodin

13. Byly Vám na JIP nabídnuty léky na spaní?

- ano
- ne

14. Probouzíte se ráno dříve, než Vás probudí sestra?

- Ano, vždy
- Ano, občas
- Ne

15. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a *ano*, označte prosím, z jakého důvodu se probudíte ? (Možno označit i více možností)

- jsem vyspalý/á
- ruší mě spolupacienti
- přítomnost ošetrovatelského personálu
- nepohodlí, tělesný diskomfort
- zima nebo horko na pokoji
- hluk na oddělení
- nevhodné osvětlení
- bolest
- jiné:.....

16. Stává se, že se na JIP probudíte během noci a nemůžete opět usnout?

- Ano
- Ne

17. Jaké z uvedených aktivit by Vám případně pomohly ke zlepšení usínání a kvalitě spánku ? (Můžete označit více odpovědí)

- vyvětrání pokoje
- úprava lůžka
- úprava nevhodného osvětlení
- relaxace
- rituály
- léky na spaní
- uklidňující rozhovor před spaním
- klidnější prostředí
- aktivizace sestrou během dne
- nepřítomnost spolupacientů, jednolůžkový pokoj

18. Máte možnost některé z výše uvedených aktivit provádět zde na JIP ?

- Ano a
jaké.....
- Ne

19. Pospáváte během dne na jednotce intenzivní péče?

- ano
- ne

20. Pokud ano, z jakého důvodu spíte přes den ? (Více odpovědí)

- nevyspal/a jsem se v noci
- jsem unaven/a v souvislosti s onemocněním
- jsem unaven/a po ranní hygieně
- jsem unaven/a po obědě
- jsem unaven/a po vyšetření
- nemohu ovládnout usínání
- jsem na spánek přes den zvyklý/á i doma

21. Při pobytu na JIP jste orientován/a o tom, zda-li je den či noc?

- ano, zcela jasně a určitě
- nejsem schopen/a se orientovat, personál mě opakovaně informuje o denní a noční době

22. Jak jste obecně spokojen/a s kvalitou svého spánku na jednotce intenzivní péče?

Hodnot'te na stupnici 1-5:

- 1- velmi spokojen
- 2- spokojen
- 3 – částečně spokojen
- 4- nespokojen
- 5- velmi nespokojen

Místo pro Vaše náměty a připomínky:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.

Příloha č. 2

Desatero spánkové hygieny

- Od pozdního odpoledne (4–6 hodin před usnutím) nepijte kávu, černý či zelený čaj, kolu nebo různé energetické nápoje a omezte jejich požívání během dne. Působí povzbudivě a ruší spánek.
- Vynechejte večer těžká jídla a poslední pokrm zařaďte 3–4 hodiny před ulehnutím.
- Lehká procházka po večeři může zlepšit Váš spánek. Naopak cvičení 3–4 hodiny před ulehnutím již může Váš spánek narušit.
- Po večeři již neřešte důležitá témata, která Vás mohou rozrušit. Naopak se snažte příjemnou činností zbavit stresu a připravit se na spánek.
- Nepijte večer alkohol, abyste lépe usnuli – alkohol kvalitu spánku zhoršuje.
- Nekuřte, zvláště ne před usnutím a v době nočního probuzení. Nikotin také organismus povzbuzuje.
- Postel i ložnici užívejte pouze ke spánku a pohlavnímu životu (odstraňte z ložnice televizi, v posteli nejezte, nečtěte si a přes den ani neodpočívejte).
- V místnosti na spaní minimalizujte hluk a světlo a zajistěte vhodnou teplotu (nejlépe 18–20° C).
- Uléhejte a vstávejte každý den (i o víkendu) ve stejnou dobu \pm 15 minut.
- Omezte pobyt v posteli na nezbytně nutnou dobu. V posteli se zbytečně nepřevalujte, postel neslouží k přemýšlení.

ZDROJ:

PROKOPOVÁ, A.,ŘEZNÍČKOVÁ, H. *Co je potřeba k dobrému spánku?*Grada, 2006.120 s. ISBN 80-247-0645-8