

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Spánek u zdravotních sester ve směnném provozu

Helena Křemenáková

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Helena Křemenáková**
Osobní číslo: **Z11159**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Spánek u zdravotních sester ve směnném provozu**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

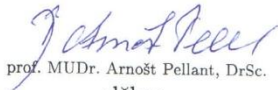
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešení problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. SEIDL, Zdeněk. Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.
2. BRHEL, P., M. MANOUŠKOVÁ a E. HRNČÍŘ. Pracovní lékařství: základy primární pracovní lékařské péče. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-414-3.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. Historie ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
4. TRACHTOVÁ, Eva et al. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. nezměněn. vyd. Brno: NCO NZO, 2010. ISBN 80-7013-324-4.
5. VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. Sestry v nouzi. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Zuzana Červenková

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2014


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/ 2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, která na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

Helena Křemenáková

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji Mgr. Zuzaně Červenkové za vedení bakalářské práce.

Děkuji své rodině za trpělivost a sestřám za spolupráci při realizaci dotazníkového šetření.

ANOTACE

Práce je věnována sestřám pracujícím ve směnném provozu. Povolání zdravotní sestry patří mezi jedno z nejnáročnějších. Sestry jsou při svém povolání vystaveny neustálému tlaku a to nejen ze strany pacientů. Nedílnou součástí práce ve směnném provozu je narušení biorytmů a tím i možnost porušeného spánku se všemi důsledky.

KLÍČOVÁ SLOVA

sestra, směnný provoz, spánek, sen, stres

TITLE

Sleep among nurses in shift work

ANNOTATION

The work is dedicated to nurses working in shifts. Occupational health nurse is among one of the most challenging. Nurses are in their profession exposed to constant pressure and not only by the patients. An integral part of shift work is a violation of biorhythms, and thus the possibility of disturbed sleep with all the consequences.

KEYWORDS

nurse, shift work, sleep, dream, stress

Obsah

| | |
|---|----|
| 0 Úvod | 11 |
| 1 Cíl práce | 13 |
| 1.1 Teoretická část | 13 |
| 1.2 Praktická část | 13 |
| 2 Teoretická část | 14 |
| 2.1 Pomáhající povolání | 14 |
| 2.2 Povolání zdravotní sestra | 15 |
| 2.2.1 Vývoj | 15 |
| 2.2.2 Osobnost sestry | 16 |
| 2.2.3 Image sestry | 16 |
| 2.3 Směnný provoz | 18 |
| 2.3.1 Aspekty směnného provozu | 18 |
| 2.3.2 Důsledky směnného provozu | 18 |
| 2.4 Spánek | 20 |
| 2.4.1 Spánek v historii | 20 |
| 2.4.2 Délka spánku | 20 |
| 2.4.3 Definování spánku | 21 |
| 2.4.4 Spánkové fáze | 21 |
| 2.4.5 Fyziologie spánku | 22 |
| 2.4.6 Sekrece hormonů a spánek | 23 |
| 2.4.7 Fyziologické změny ve spánku | 23 |
| 2.4.8 Biorhythmus | 24 |
| 2.5 Teorie spánku a modely | 26 |
| 2.5.1 Psychologické hledisko | 26 |
| 2.6 Faktory ovlivňující spánek | 27 |
| 2.6.1 Stres | 27 |
| 2.6.2 Syndrom vyhoření | 29 |
| 2.6.3 Mobbing a bossing | 29 |
| 2.7 Zásady pro zdravý spánek | 31 |
| 2.8 Vyšetřovací metody spánku | 32 |

| | | |
|-------------|--|-----------|
| 2.8.1 | Anamnéza | 32 |
| 2.8.2 | Polysomnografie | 32 |
| 2.8.3 | EEG..... | 32 |
| 2.9 | Sen..... | 33 |
| 2.10 | Poruchy spánku..... | 34 |
| 2.10.1 | Poruchy cirkadiánního rytmu..... | 34 |
| 2.10.2 | Syndrom nedostatku spánku | 34 |
| 2.10.3 | Intolerance směnného provozu | 34 |
| 2.10.4 | Spánková inverze | 34 |
| 2.10.5 | Insomnie (nespavost) | 34 |
| 2.11 | Insomnie | 35 |
| 2.11.1 | Formy insomnie | 35 |
| 2.11.2 | Insomnie a psychika..... | 35 |
| 2.12 | Farmakologická léčba nespavosti | 36 |
| 2.12.1 | Sedativa..... | 36 |
| 2.12.2 | Hypnotika..... | 36 |
| 2.13 | Nefarmakologická léčba | 38 |
| 2.13.1 | Alternativní medicína | 38 |
| 2.13.2 | Psychoterapie | 39 |
| 2.13.3 | Behaviorální terapie | 39 |
| 2.14 | Následky porušení spánku..... | 40 |
| 3 | Výzkumné otázky | 41 |
| 4 | Metodika | 42 |
| 4.1 | Respondenti | 42 |
| 4.2 | Dotazník | 42 |
| 4.3 | Vyhodnocení dotazníkového šetření | 42 |
| 5 | Výsledky..... | 43 |
| 6 | Diskuze | 66 |
| 7 | Závěr | 71 |
| 7.1 | Teoretická část..... | 71 |

| | | |
|------------|--------------------------------|-----------|
| 7.2 | Praktická část | 71 |
| 8 | Seznam literatury | 73 |
| 9 | Přílohy | 76 |

Seznam příloh

| | |
|--|----|
| Obrázek 3b Graf: Délka praxe v kombinaci s rodinou, $n = 62$ | 76 |
| Obrázek 8b Graf: Spánek po noční směně, $n = 62$ | 76 |
| Obrázek 9b Graf: Délka dopoledního spánku, $n = 56$ | 77 |
| Obrázek 10b Graf: Pocit odpočinku, $n = 56$ | 77 |
| Obrázek 11b Graf: Užívání látek nebo technik ke zlepšení spánku, $n = 62$ | 78 |
| Obrázek 13b Graf: Hodnocení spánku před ranní směnou, $n = 62$ | 78 |
| Obrázek 14b Graf: Hodnocení spánku před dnem volna, $n = 62$ | 79 |
| Obrázek 15b Graf: Hodnocení dne po noční směně, $n = 62$ | 79 |
| Obrázek 16b Graf: Zátěž ze směnného provozu, $n = 62$ | 80 |
| Obrázek 17b Graf: Intenzita zátěže, $n = 55$ | 80 |
| Obrázek 18b Graf: Projevy přetížení, $n = 55$ | 81 |
| Obrázek 19b Graf: Ovlivnění směnným provozem, $n = 62$ | 81 |
| Obrázek 20b Graf: Stránka ovlivnění směnným provozem, $n = 47$ | 82 |
| Dotazník | 83 |

0 Úvod

Na úvod své bakalářské práce bych ráda uvedla citát od profesora MUDr. Františka Slabihoudka, zakladatele Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci v roce 1946. Jeho slova v krátkosti velmi dobře vystihují podstatu povolání zdravotní sestry.

„Povolání sestry je ošetrovatelská služba nemocnému. To znamená postavit se do boje za nejvyšší hodnoty člověka, do boje za zdraví a za navrácení nemocného do rodiny a do společnosti. V tomto významném povolání může sestra dojít štěstí a spokojenosti, jestliže dobře uvážila, zda její ideál být sestrou se kryje s povinnostmi, které tato služba obsahuje.“

MUDr. František Slabihoudek (Rozsypalová, 2006, s. 9)

Sestra poskytuje péči jedincům, kteří ji potřebují, zodpovídá za úroveň kvality poskytované péče, vytváří podmínky, které ulehčují a zpříjemňují pacientům pobyt na lůžkových odděleních. Zajišťuje plnění jejich potřeb. Je mezičlánkem a spojnicí mezi lékařem a pacientem, organizátorkou a koordinátorkou chodu na oddělení. Svými schopnostmi pozorovatelky přispívá k léčbě pacientů. Je zodpovědná za ochranu informací o pacientech. Nadále se vzdělává a zajímá se o nové poznatky ve svém oboru, aby stále zvyšovala úroveň své práce.

Nedílnou a ne vždy dobře tolerovanou součástí povolání sestry je práce ve směnném provozu. Střídání denních, odpoledních a nočních směn se nezdítkou odrazí na fyzickém a duševním zdraví pracovníků směnného provozu.

Ale sestra není jen sestrou na oddělení. Je i ženou, partnerkou, manželkou a v neposlední řadě i matkou. I její rodina má své požadavky, potřeby a nároky.

I přes všechny nároky, které práce zdravotní sestry obnáší, je toto povolání, povoláním krásným, i když naší společností stále ještě nedoceňovaným.

Spánek je nedílnou součástí každého z nás. Spánek patří k základním potřebám člověka a jeho kvalita se odráží pozitivním, ale i negativním způsobem na našem pracovním i osobním životě. Kvalita spánku je ovlivněna mnoha faktory a mezi ně patří i práce ve směnném provozu. Spánek ovlivňuje řadu pochodů a funkcí v organismu od metabolických, přes kognitivní. Nekvalitní nebo nedostatečný spánek se dříve nebo později projeví na fyzickém či duševním zdraví. Porušený spánek se může postupně negativně projevit na našem kardiovaskulárním systému, imunitním systému, gastrointestinálním systému a dalších.

Takový spánek se však může projevit i dysfunkcemi na pracovišti, nebo v rodině, vlivem zvyšujícího se napětí a stresu. Práce s lidmi a lidskou bolestí je velmi náročná a pro oslabené jedince, právě například nekvalitním spánkem, vysoce zatěžující a riziková pro možnost vývoje stresu se všemi jeho důsledky.

1 Cíl práce

1.1 Teoretická část

1. Přiblížit povolání a náročnost práce zdravotní sestry.
2. Definovat směnný provoz a jeho rizika.
3. Definovat spánek, spánkové fáze a fyziologii, včetně následků a léčby poruch spánku.

1.2 Praktická část

1. Zjistit, zda směnný provoz ovlivňuje spánkový režim zdravotních sester.
2. Zjistit, jak sestry subjektivně hodnotí svůj spánek.
3. Porovnat, jakým způsobem se zdravotní sestry ženy a zdravotní sestry muži vyrovnávají se směnným provozem, poruchami spánku a jejich následky.

2 Teoretická část

2.1 Pomáhající povolání

Jako jiné profese je i pomáhající povolání postaveno na vzájemném vztahu toho, kdo pomáhá s tím, komu je pomáháno a má jasně danou odbornou stránku. Hlavním úkolem pomáhajících profesí je pomoc lidem, kteří se nachází v situacích, jež jim způsobují menší nebo větší obtíže. Představiteli těchto profesí jsou mimo jiné lékaři, zdravotní sestry, pečovatelé, psychologové, pracovníci sociální a duchovní sféry a mnozí další (Baštecká, 2009, s. 93).

Dle Klevetové (2011, s. 21) se od pracovníků pomáhajících profesí očekává hlavně vysoká zodpovědnost, pečlivě provedená práce a vstřícnost. Sestra je prvním článkem, který se setkává s lidskými emocemi a problémy, v nemoci spíše negativními. Musí to však zvládnout, být usměvavá a po skončení směny jít domů, kde je očekávána rodinou, která má však také své emoce a problémy. I přes tyto požadavky naše společnost tyto profese morálně, ale ani finančně nedoceňuje.

2.2 Povolání zdravotní sestry

2.2.1 Vývoj

V poměrně krátkém období prodělalo povolání zdravotní sestry velké změny, od ošetřovatelství na charitativním podkladě, až po profesionální péči o nemocné. Nightingalová kladla důraz na správnou techniku při ošetřování. Rozvoj těchto snah byl umožněn rozvojem techniky v medicíně a to v polovině 19. století. K dalším změnám dochází ve 20. století. Základní funkce zdravotní sestry je spatřována v pomoci jedinci nemocnému, ale i zdravému a také v činnostech, které se týkají jeho zdraví a ochrany zdraví, a to i v době, kdy toho jedinec není sám schopen či nemá sílu, znalosti nebo vůli situaci zvládnout sám. Ošetřovatelská činnost se začala více zaměřovat na zdraví než na nemoc (Plevová, 2011, s. 82).

Z pomocného personálu lékaře se profese zdravotní sestry posunula ve vysoce kvalifikované povolání, bez kterého dnešní zdravotnictví nemůže fungovat. Sestry jsou dnes vysokoškolsky vzdělané, zvládají provádět ošetřovatelskou diagnózu, uplatňují holistický přístup v ošetřování. Mají též vlastní základny pro výzkum (Kutnohorská, 2010, s. 164).

Ošetřovatelská činnost, není méně významná než výkony, které provádí lékař. Také proto jsou nároky na ošetřovatelskou péči stejné, jako na péči prováděnou jinými zdravotnickými pracovníky v rámci zdravotní péče. Sestra za výkon, který provede, nese plnou odpovědnost. Výkony realizuje na základě ordinace lékaře, ale smí provést výkon i na podkladě vlastní iniciativy sama. V tomto případě musí být k tomuto výkonu v rámci své kvalifikace oprávněna (Vondráček, 2009, s. 39).

Staňková in Plevová (2011, s. 85) uvádí, že k rolím sestry patří role pečovatelky, edukátorky, obhájkyne nemocného, sestry asistentky, koordinátorky a výzkumnice. Všechny role se v povolání sestry vzájemně prolínají.

V 50. letech se sociologové snažili definovat a charakterizovat znaky, které s sebou nese profese sestry. Z jejich rozborů vyplynuly čtyři základní znaky, mezi které patří například funkční specifita, jež vyjadřuje nutnost odbornosti pro výkon této profese. Hranice kompetence jsou vytyčeny odborným či specializačním vzděláním. Další vymezení je horizontální a vertikální. Horizontální omezení je závislé na specifikách daného oddělení, kde sestra pracuje. Vertikální je dáno postavením dané sestry v organizační struktuře, kdy jiné pravomoci má vrchní sestra, jiné sestra na oddělení. Dále sem patří sociocentrismus, kdy

sestra vychází potřeb pacienta. Tento druhý znak je pro povolání zdravotní sestry nepostradatelný a je spojen například s motivací vykonávat profesi zdravotní sestry. Třetím znakem je univerzalismus, který předpokládá, že sestra bude jednat s pacienty či ostatními členy týmu bez ohledu na vlastní osobní postoj k nim. Poslední charakteristikou je emoční neutralita, která předpokládá, že sestra bude schopna podřídit své emoce rozumu, tj. že nepropadne zmatku a bude se chovat tak, aby to neomezilo plnění její práce (Plevová, 2011, s. 83 - 84).

2.2.2 Osobnost sestry

Nejen povolání zdravotní sestry se mění. Změnu zaznamenávají i sestry samotné. Sestry musí denně v práci překonávat řadu lidských, organizačních ale také technických problémů, při jejich řešení jim nepomůže žádná ústavní směrnice, metodický pokyn či předpis. Činnost na oddělení může imitovat práci hodinek, kdy ke správnému chodu, musí vše dokonale zapadat a navazovat. Jinak se systém zhroutl. Často se uvádí, že sestry patří mezi nejpraktičtější jedince a jsou pravou rukou lékaře. Někdy také oběma (Brabcová, 2013, s. 24 - 25).

K sestře 21. století patří mimo jiné vzdělanost, laskavost, empatie. Měla by zvládat vytváření příjemné atmosféry na pracovišti, aktivně komunikovat jak s pacientem, tak jeho rodinou. Sestra by měla umět sbírat informace o zázemí pacienta, pro potřeby další návazné péče. Pomáhá rozkrývat obtíže nemocného, který je sám podceňuje nebo je nedokáže identifikovat a dále je předává lékaři. Sestra musí umět pacienta uklidnit, dodat mu sebedůvěru, řádně ho edukovat a připravit na plánované vyšetření či výkon. Sama se neustále snaží o zvyšování svých odborných znalostí a tím i o zvyšování svých kompetencí. Zajímá se o nové poznatky ve svém oboru s vědomím, že její profese je nejen náročná na technickou dovednost, ale je to také vědecká činnost s hodnocením zavedených stereotypů práce, které se vyhodnocují pro teorii v ošetrovatelství (Kutnohorská, 2010, s. 143 - 144).

2.2.3 Image sestry

Profesionál. To je image, o kterou se snaží sestry ve vyspělých zemích. Jde o osobu progresivní, sofistikovanou a asertivní, jenž se zvyšováním svého vzdělání, snaží o dosažení vyšší úrovně péče o pacienty. Mezi faktory, které ovlivňují image sestry, patří verbální a neverbální komunikace, přístup a chování k pacientovi, umění naslouchat a vnímat pacientovi potřeby, zvyšování odbornosti a aktivní zapojování se sestry na odborných seminářích či kongresech (Plevová, 2011, s. 87 - 88).

Závěr o povolání zdravotní sestry by mohl patřit citátu, který uvádí Kutnohorská (2010, s. 165) ve své knize o historii ošetrovatelství. Svou knihu končí citátem od významné osobnosti českého ošetrovatelství sestry Marie Jitky Nápravníkové - Pazourkové (1946) „*Sestra má být ve svém povolání dobrou odbornicí a v životě ušlechtilým člověkem.*“

2.3 Směnný provoz

K povolání zdravotní sestry patří mimo jiné i směnný provoz. Na ošetrovací jednotce musí být vždy zajištěna nepřetržitá ošetrovatelská péče. Sestry pracují buď v osmihodinových pracovních směnách, nebo některá zdravotnická zařízení povolují dvanáctihodinové pracovní směny. Pro řádné předání informací nejen o pacientech, ale i o situaci na pracovišti, by měly být směny uzpůsobeny tak, aby se časově překrývaly (Kelnarová, 2009b, s. 61).

Pracovní doba a pracovní režim je legislativně zakotven v zákoníku práce. Nepřetržitý pracovní režim je ten, kde se pracovníci střídají ve směnách v rámci 24 hodin jdoucích po sobě. Zaměstnanci při dvousměnném nebo třisměnném režimu se střídají v rámci 24 hodin. Nepřetržitě volno mezi koncem jedné a začátkem druhé, nové směny, musí být alespoň 12 hodin po sobě jdoucích během 24 hodin. Otáčení pracovních směn je systém počtu a typu směn, které jdou po sobě v průběhu daného cyklu. Důležité hledisko je také pracovní zátěž u jednotlivých směn (Brhel, 2005, s. 90).

2.3.1 Aspekty směnného provozu

Střídání směn v nepřetržitých provozech má aspekty sociální, psychologické a fyziologické. Na zdraví nejvíce ohrožují aspekty fyziologické, kde je významným problémem nabourání přirozené biorytmicity, tj. změny fáze práce - spánku - stravování. Zde je rozhodující poměr mezi exogenními a endogenními rytmy. Střídání dne a noci, jako rytmus exogenní, ovlivňuje například tělesnou teplotu, dechovou frekvenci, krevní tlak, ale též připravenost organismu k fyzické a duševní práci, což jsou rytmy endogenní (Brhel, 2005, s. 90).

2.3.2 Důsledky směnného provozu

Dle Nevšimalové (1997, s. 159) patří mezi faktory, které se podílí na špatné toleranci směn, cirkadiánní rytmicita, spánkový deficit a následné konflikty.

Mezi důsledky směnného provozu se řadí důsledky chronobiologické, kam patří mimo jiné únava, ospalost, nižší výkon a nesoustředěnost. K dalším lze počítat důsledky tělesné (somatické), kde se mohou objevovat zdravotní komplikace například ve smyslu zažívacích obtíží, úrazy, závislosti na hypnotikách či alkoholu, kardiovaskulární onemocnění. V neposlední řadě stojí důsledky společenské, kde se střídání směn podepisuje nejvíce na rodinném a partnerském soužití (Borzová, 2009, s. 84).

Dále Borzová (2009, s. 84 - 85) uvádí, že se s věkem zhoršuje naše schopnost se nočním směnám přizpůsobovat a udává věk s hranicí adaptability kolem 50 let. Mezi rizikové

pracovníky pro směnný provoz řadí jedince s epilepsií nebo s psychickou či spánkovou poruchou.

Brhel (2005, s. 92) řadí mezi osoby, které by neměli pracovat na nočních směnách i jedince se závažnějším onemocněním gastrointestinálního traktu (jater, pankreatu), s onemocněním kardiovaskulárního systému nebo pracovníky s depresivními či psychotickými stavy, ale také jedince s chronickými poruchami spánku.

2.4 Spánek

„Spánek a bdění jsou dvěma póly lidské existence. Náš bdělý život je vyplněn úkolem jednat, ve spánku jsme od této úlohy osvobozeni“ (Fromm, 1999, s. 32).

2.4.1 Spánek v historii

Co je to spánek? A kde spánek vzniká? To jsou otázky, které si kladli naši předci a snažili se najít odpovědi. Například v dobách antiky byl spánek považován za dar bohů a nositelem byl bůh Hypnos. Jeho matkou byla bohyně Nykta a bratrem mu byl bůh smrti Thanat. Hypnos se svou matkou přicházel každý den na zem a na vše živé přinášel spánek a sny, čímž je zbavoval starostí všedního dne. Staří Řekové a Římané ho vyobrazovali různě. Jednou s berlou nebo makovicí v ruce, jindy měl v ruce roh. Spánek přinášel dotykem berly či makovice, pokud se dotkl lidského spánku. Když měl v ruce roh, pak z něho tišivý spánek rozléval. Jeho jméno, Hypnos, se nám dochovalo ve slově hypnóza, která značí stav, který se spánku podobá a jedinec, který je uspaný, částečně podléhá vlivu jiné osoby (Kelnarová, 2009a, s. 22).

2.4.2 Délka spánku

Rokyta (2008, s. 386) uvádí, že dospělý člověk během života prospí 1/4 až 1/3 svého času. Děti mají potřebu spánku asi dvakrát větší než dospělý jedinec, ale u starších lidí tato potřeba opět klesá.

Byly ty hodiny, které jsme již prospali zbytečné? Neměli bychom dobu našeho spánku zkrátit? Spánek a odpočinek jsou ale nutnými předpoklady pro udržení duševního a tělesného zdraví. Potřeba spánku, jakožto i jiné potřeby jsou individuální záležitostí. Naše potřeba spánku je závislá nejen na věku, ale i na denní aktivitě nebo na našem zdravotním stavu (Trachtová, 2010, s. 69).

Doba spánku tedy mimo jiné závisí i na našem věku. Kelnarová (2009a, s. 23) uvádí, že novorozenec prospí 20 - 22 hodin, kojeneček 14 - 16 hodin. Dítě ve věku šesti let spí průměrně 10 - 12 hodin. Dospělý jedinec spí asi 7 - 8 hodin denně a ve stáří spíme průměrně 6 - 7 hodin.

Dle Seidla (2004, s. 259) jsou z hlediska spánkového profilu někteří jedinci večer aktivní, třeba až do časných ranních hodin, ale následují obtíže s ranním vstáváním a ospalostí během dopoledne. Naopak jiní jsou s večerem unavení a ospalí, jdou dříve spát, ale nečiní jim obtíže brzy ráno vstát a být aktivní.

2.4.3 Definování spánku

Spánek lze definovat behaviorálně, ale také polysomnograficky, což patří v současnosti k určení nejpřesnějšímu a navíc významnému pro kliniku. Pro pochopení některých dalších souvislostí, je možné spánek definovat také neurofyziologicky. Behaviorálně se spánek popisuje jako stav klidu v určité poloze a minimální pohybovou aktivitou, na klidném místě s omezením vnímání okolí, kdy nepůsobíme na vnější okolí a s mentální činností našeho mozku, která je zcela odlišná od bdělého stavu přicházející v závislosti na cirkadiálním rytmu. Polysomnograficky máme možnost definovat jednotlivá stádia spánku. Jednotlivé pochody, na kterých má bdělost a spánek i jeho stádia závislost jsou definovatelné neurofyziologicky (Nevšimalová, 1997, s. 14).

2.4.4 Spánkové fáze

Spánek je podobně jako bdělost funkční stav organismu. Je to děj, který se skládá ze dvou fází REM a NREM, přičemž NREM spánek se podle hloubky dále dělí na 4 stádia. Rozdílná práce celého organismu a našeho mozku je tak velká, že můžeme funkční stavy organismu rozdělit na bdělost, REM spánek a NREM spánek. Pro organismus mají tyto funkční stavy různý fyziologický význam (Nevšimalová, 1997, s. 14).

Bdělost lze označit jako protipól spánku. Je to stav, kdy jsme schopni přijmout, zpracovat a odpovědět na informace. Dle fyziologie lze rozlišovat bdění aktivní a relaxované (Mourek, 2012, s. 190).

Na bdělost má vliv ascendentní retikulární formace, kam se dostávají současně podněty ze všech senzitivních a sensorických dostředivých drah a je propojena s mozkovou kůrou. Nepřetržitá aktivita této formace nám zajišťuje bdělost. Sama retikulární formace je mozkové jádro, jež je tvořeno propojenými neurony, které vzájemně tvoří síť. Prostupuje celým mozkovým kmenem od prodloužené míchy až do rostrálního mezencefala (Seidl, 2008, s. 37).

NREM spánek se dělí na čtyři fáze. První NREM fáze, nebo také theta spánek, je stav usínání. V této době jsme schopni udržet nestabilní polohu, oči mají snahu se zavírat. Na silnější zvukové podněty jsme ještě schopni nějak reagovat. Oční bulby se pomalu konjugovaně pohybují, při usínání se mění tvary pozorovaných předmětů, vnímání se mění. Druhá NREM fáze (sigma spánek) je stav, kdy jsou naše reakce výrazně omezeny, nejsme schopni udržet nestabilní polohu. Přichází fáze klidného spánku bez motorických projevů. Oční bulby jsou nehybné. Třetí a čtvrtá NREM fáze (delta spánek, slow wave sleep) je charakterizována

svalovou hypotonií , zpravidelněním dýchání a klidem očních bulbů (Nevšimalová, 1997, s. 15 - 17).

Doba trvání těchto čtyř stádií je u dospělého člověka asi jednu hodinu. V průběhu osmihodinového spánku se objeví 4 - 6 period, které jsou charakteristické tím, že aktivita mozku se přesouvá z hlubších fází přes 3. a 4. stádium k REM spánku. Tím se uzavře jeden cyklus, který se opět opakuje (Kelnarová, 2009a, s. 24).

REM fáze spánku, jinak také paradoxní spánek, je charakterizován rychlými, nepravidelnými, konjugovanými pohyby očních bulbů, které jsou patrné i přes zavřená oční víčka. Vyjma dýchacích svalů je snižené svalové napětí až ochablost svalů. Může se objevit nepravidelný dech a srdeční frekvence. U mužů se může objevit erekce (Nevšimalová, 1997, s. 16 - 17).

Mourek (2012, s. 192) uvádí, že v REM fázi si nervový systém opakuje a fixuje již získané paměťové stopy. To je také důvod, proč je zastoupení REM spánku u dětí největší a to až 50%.

V průběhu lidského života se poměr mezi REM a NREM spánkem liší. Vyrovnané zastoupení těchto stádií mají novorozené děti, ale u dospělých jedinců je REM spánek zastoupen z 80 % a NREM spánek pouze z 20 % (Seidl, 2008, s. 117).

Možnost probuzení se v jednotlivých stádiích liší. Na slabý podnět se probudíte v prvním stádiu. Ve druhém zareagujete na oslovení a ve třetím musí být vaše oslovení již hlasité. Ze čtvrtého stádia se lze probudit teprve až na bolestivý podnět. Odpočinek a regenerace organismu je tím lepší, čím hlubší je stádium spánku (Borzová, 2009, s. 12).

2.4.5 Fyziologie spánku

Základním mechanismem, který reguluje spánek, bdění a aktivaci organismu při probouzení je z neurofyziologického hlediska retikulární formace. Nespecifické aferentní dráhy vedou vzruchy z periferie do retikulární formace, která se nachází v prodloužené míše. Dále vedou vzruchy do mezencephalu a diencephalu a odtud dál do mozkové kůry obou hemisfér. Nemalý podíl na spánek mají také humorální faktory. Patří sem hypnogenní efekt serotoninu, který řídí NREM fázi a vliv noradrenalinu, který ovlivňuje REM fázi našeho spánku (Trachtová, 2010, s. 71).

Fyziologický spánek je regulován mechanismy, které jsou nezávislé. Prvním je cirkadiánní regulace. Homeostatická regulace je druhým fyziologickým mechanismem, kdy se

předpokládá, že endogenní, hypogenní látka, jenž je ke spánku nepostradatelná, se v organismu nahromadí během dne a v noci se spotřebovává. Pokud však tato látka nedosahuje dostatečných hodnot, spánek se nedostaví. Z těchto látek má ke spánku nejbližší vztah zejména adenosin a serotonin (Martínková, 2007, s. 148).

2.4.6 Sekrece hormonů a spánek

Melatonin, bývá také označován jako noční hormon. Jde o hormon, který má regulační vliv na spánek a cirkadiánní rytmus melatoninu je regulován světelnými podněty. Melatonin vzniká ze serotoninu za účasti enzymu N-acetyltransferázy (Rokyta, 2008, s. 395).

Jde o hormon, který ovlivňuje sexuální chování, ale také spánek. Melatonin vzniká ze serotoninu, který je produkován pinealocyty, což jsou epiteloidní buňky epifýzy (šišinky). Jeho produkce je řízena předním lalokem hypofýzy (Druga, 2011, s. 93).

Cirkadiánní rytmus melatoninu začíná fotoreceptory v oku, kde zaznamenáním světla na sítnici dochází k vedení této informace retinohypotalamickou cestou do suprachiasmatických jader hypotalamu. Dále se tento podnět šíří nervovými vlákny přes míchu a ganglia cervicales superiores. V sympatických vláknech se vlivem této informace ztlumí množství vzruchů, sníží se produkce noradrenalinu a aktivita enzymu N-acetyltransferázy a tím se zastaví tvorba melatoninu v epifýze. A naopak. Pokud bude tma, vzroste množství vzruchů v sympatických vláknech, dojde k uvolňování noradrenalinu a aktivizuje N-acetyltransferáza i tvorba melatoninu (Rokyta, 2008, s. 395).

Illnerová (2013) v roce 1970 měřila prekurzor melatoninu, kterým je serotonin a zjistila, že jeho hladina je v noci velice nízká, protože právě z něho se tvoří melatonin, jehož hladina se s tmou zvyšuje. A naopak. Se světlem hladina melatoninu rychle klesá a opět rychle roste hladina serotoninu.

Rokyta (2008, s. 386) také uvádí, že na spánku je závislé uvolňování některých hormonů. Mezi ně patří i prolaktin nebo růstový hormon. Nejvíce prolaktinu se uvolní k ránu a jeho vyplavení je vázáno na REM fázi spánku. Zatímco uvolnění růstového hormonu je vázáno na začátek noci, tedy na první cykly NREM spánku.

2.4.7 Fyziologické změny ve spánku

Mezi fyziologické změny lze zařadit například pokles arteriálního tlaku, zpomalení srdeční frekvence, uvolnění svalů, kolísání aktivity gastrointestinálního traktu nebo pokles bazálního metabolismu (Trachtová, 2010, s. 71).

Dle Borzové (2009, s. 13) se asi dvě hodiny po usnutí náš organismus aktivuje, což se projevuje nepravidelnou srdeční akcí, kolísáním tělesné teploty a krevního tlaku, stoupáním dechové frekvence, čímž se zvyšuje spotřeba kyslíku.

2.4.8 Biorytmus

Biorytmy, jsou v těle tikající hodiny a to bez ohledu na letní či zimní čas nebo na naše nálady. Tyto hodiny ovlivňují a řídí procesy v organismu, soustředění, vnímání a jejich vliv se uplatní i na naši duševní a fyzické kondici. Biorytmy dělí jedince na sovy a skřivany. Skřivani vstávají s rozedněním, ale jdou brzy spát. Naopak sovy ožívají odpoledne a jsou čilé do pozdních nočních hodin. Dříve se odborníci domnívali, že je to dáno povahou jedince, ale dnes víme, že biologické hodiny nelze přestavit (Doležal, 2012, s. 371).

Biorytmy se dají rozdělit na exogenní, jejichž součástí je synchronizátor vnějšího prostředí a rytmy endogenní, které mají pacemaker uvnitř organismu. Exogenní rytmy mizí, pokud se odstraní všechny vnější synchronizátory (udavatele rytmu), ale endogenní rytmy přetrvávají i nadále (Rokyta, 2008, s. 394).

Rytmy lze rozdělit podle délky periody a to na cirkadiánní, ultradiánní a infradiánní rytmus. Cirkadiánní rytmus je rytmus přibližně čtyřadvacetihodinových, pravidelně se opakujících změn, kdy příslušné ovlivněné funkce dosahují minima, maxima nebo vyrovnanosti v určitou dobu. Jde o změny tělesné teploty, krevního tlaku, renálních funkcí, příjmu potravy, buněčné reprodukce, výkonu intelektu, chování jedince, spánku, bdění a jiných funkcí. Rotace Země je nepochybně základem tohoto systému. Náš organismus je ještě navíc schopný předvídat a připravovat reakci na rytmické změny, ještě než ty změny přijdou. Ultradiánní rytmus je rytmus, jehož perioda je delší než 24 hodin. Infradiánní rytmus je rytmus s periodou kratší než 24 hodin (Trojan, 2003, s. 661).

Rokyta (2008, s. 394) do skupiny infradiánní řadí i rytmy roční (cirkannuální). Rytmy cirkannuální a cirkadiánní mají svůj vlastní vnější synchronizátor.

Jednou z významných osobností, která se mimo jiné zabývá spánkem, je fyzioložka, biochemička a bývalá předsedkyně Akademie věd prof. Helena Illnerová. Společně se svými spolupracovníky založila tzv. Českou školu chronobiologie, tedy vědy, která v současné době stále více ukazuje, jak je na přísunu světla velmi závislé dění uvnitř našeho těla. Takové hodiny jsou součástí všeho živého, tedy nejen lidí, ale i například bakterií. Illnerová uvádí, že biologické hodiny nejsou jenom jedny, ty v těle, ale své hodiny má každý orgán, každá buňka.

Nicméně všechny tyto hodiny jsou do jisté míry podřízeny hodinám v mozku, které působí jako vedoucí hudebního souboru a jsou schopny synchronizovat celé tělo k jednomu času (Illnerová, 2013).

Spolu se svými spolupracovníky světa ukázala, že v suprachiasmatických jádrech hypotalamu jsou uloženy centrální hodiny, které jsou modulovány fotoperiodou. Tyto centrální hodiny nejsou synchronizovány pouze světlem, ale také nesvětelným podnětem, například při podání melatoninu (Odbor mediální komunikace).

2.5 Teorie spánku a modely

Pasivní teorie spánku předpokládá, že spánek přijde tehdy, pokud úroveň aktivace mozkové kůry klesne pod kritickou hranici a to v důsledku poklesu aktivačního tonu retikulární formace mozkového kmene. Tato teorie říká, že není k navození spánku nutný žádný aktivní mechanismus a spánek přichází v důsledku poklesu činnosti jednoho systému.

Aktivní teorie spánku poukazuje na možnost, že nízkofrekvenčním elektrickým drážděním některých oblastí retikulární formace, nespecifických talamických jader a hypotalamu, lze spánek vyvolat. Tato teorie předpokládá výskyt mozkových spánkových center, po jejichž aktivaci vzniká spánek jako aktivní děj.

Teorie bazálních cyklů aktivity a klidu je teorií, která spojuje noční a denní cykly do jednoho procesu, je opřena o existenci ultradiánního rytmu střídání aktivity a klidu, jež se děje ve spánku i v bdělém stavu. Teorie také předpokládá, že cirkadiánní rytmus moduluje ultradiánní rytmicitu a proto pravidelné střídání spánkových cyklů, má podobnou platnost jako kolísání vigility v bdělém stavu.

Dvoufaktorová teorie uvádí, že náš spánek je ovládán dvěma mechanismy, které jsou označovány jako proces S, který označuje naši fyziologickou potřebu spánku a proces C, což je označení pro cirkadiánní rytmus, který má dohled nad načasováním spánku. Oba tyto procesy řídí současně nástup i dobu, po kterou budeme spát. Pokud je tedy potřeba spánku na určité prahové hodnotě, pak proces S spustí usínání a proces C v závislosti na cirkadiánním rytmu spoluřídí jeho trvání.

Humorální teorie spánku se opírá o předpoklady, že unavené nervové buňky produkují odpadní toxin, po jehož uvolnění nastává spánek. Byl nazván hypnotoxin. Pokusy na zvířatech se existence hypnotoxinu ověřovala a v posledních letech byly označeny některé látky, vykazující vlastnosti jako hypnotoxin. Tyto látky dokázaly u bdělých zvířat navodit spánek (Rokyta, 2008, s. 387 - 390).

2.5.1 Psychologické hledisko

Jiným pohledem je psychologické hledisko, které se dívá na spánek, jako na narušitele hlavní funkce bdělého života, což je reakce na své okolí, vnímání podnětů a jednání. Fromm (1999, s. 30 - 31) vidí tento rozdíl mezi biologickými funkcemi bdění a spánku jako rozdíl mezi dvěma stavy existence.

2.6 Faktory ovlivňující spánek

Mezi tyto faktory lze zařadit fyziologicko - biologické faktory, jako je například věk, pohybová aktivita, nemoc a bolest, stravování. Patří sem ale také sociálně - kulturní faktory, mezi něž patří i finanční nebo pracovní problémy, porušené mezilidské vztahy. Mezi faktory prostředí bychom našli nevhodné prostředí nebo ovzduší například světlo, hluk, nízká či vysoká teplota okolí. Nejistota či strach jsou faktory psychicko - duchovní (Kelnarová, 2009a, s. 23).

Mezi faktory, které mohou ovlivňovat náš spánek, a mohli bychom je řadit do psychicko - duchovních faktorů, patří i stres, syndrom vyhoření nebo mobbing či bossing.

2.6.1 Stres

O stresu Dučaiová a Litvínová (2013) uvádí, že podle Křivohlavého (2003) je stres emocionálním zážitkem, který je doprovázen behaviorálními, kognitivními, fyziologickými a biochemickými změnami, které jsou zaměřeny na člověka ohrožující situace nebo na přizpůsobení se těmto situacím. Dále autorky uvádí, že Mlýnková (2012) charakterizuje stres jako vnitřní stav člověka, jenž ohrožení očekává nebo je již ohrožen. Stres je skupina reakcí těla na ohrožení normálních funkcí našeho organismu. Při snaze o charakteristiku stresové situace je důležité uvážení poměru mezi stresovou zátěží a schopností jedince se s touto zátěží vyrovnat. O stres se jedná v případě, že je stresová situace větší, než možnosti jedince tuto situaci zvládnout. Jestliže je zátěž jedince větší než jeho možnosti, dochází k narušení rovnováhy organismu. Důsledky dlouho trvajících stresu se mohou kombinovat a nabývat mnoha podob (Dučaiová, 2013, s. 21).

Křivohlavý (2010, s. 22 - 24) dělí příznaky stresu na fyziologické, psychologické nebo behaviorální. Fyziologické příznaky jsou palpitace, bolesti hlavy, gastrointestinální obtíže, časté nucení na močení, obtíže v sexuální oblasti aj. Psychologickými příznaky může být střídání nálad, podrážděnost, úzkostnost, zvýšená únava. Behaviorální příznaky se většinou projevují jako první. Mezi ně patří nerozhodnost, spánkové poruchy, změny stravovací návyků, nepozornost, vyhýbání se odpovědnosti, práci, snížený pracovní výkon, riziko vzniku závislosti na návykových látkách (alkohol, nikotin, drogy) a jiné.

Dle Baštecké (2009, s. 384) je pro vznik stresu významné působení stresoru, což je vliv, působící nadměrnou zátěží a ohrožením. Stresor vyvolává stresovou reakci, což je celková odpověď organismu se složkami behaviorálními, fyziologickými a kognitivními.

Stresor nás uvádí v pocit ohrožení, že se něco stane nebo nad sebou ztrácíme kontrolu. Stresory jsou negativní zatěžující faktory a na jedince může působit buď jeden stresor, nebo jich je více. Ministresor, je označení takového stresoru, který vyjadřuje mírné okolnosti vyvolávající stres. Makrostresory jsou hranice zvládnutelnosti přesahující a vše ničící vlivy. Ministresory se však mohou kumulovat, a pokud nemá jedinec možnost je kompenzovat, mohou i ministresory být zdrojem depresí. Sestry se ve svém povolání se stresory setkávají velmi často. Venglářová (2011) dále dělí stresory podle délky působení na krátkodobé, jež mohou působit nejen na sestru samotnou, ale i prostřednictvím pacienta (např. dlouhodobá bolest) a dlouhodobé stresory, které mohou být např. zodpovědnost za zdraví pacienta (Venglářová, 2011, s. 50 - 52).

Baštecká (2009) dělí stresory dle expozice na akutní, kdy je organismus vystaven zátěži náhle a také jeho reakce bývá zpravidla prudká a to v pozitivním i negativním výsledku. Chronickému působení stresoru je někdy organismus schopen se postupně a částečně přizpůsobit. Nicméně to organismus často nepozorovaně a tiše vyčerpává, což se může o to výrazněji projevit na zdravotním stavu jedince. Do soupisu častějších stresorů lze zařadit stresory fyzikální (např. nadměrný hluk), psychosociální (např. narušené partnerské vztahy), psychologické (např. strach) a fyziologické, kde nalezneme mezi jinými i zvýšenou námahu (Baštecká, 2009, s. 384 - 385).

Druhy stresu jsou eustres, distres, hypostres a hyperstres:

- eustres - je stresem vracejícím nám harmonii a aktivní energii, je stresem příjemným,
- distres - je stresem nepříjemným, s negativními účinky na organismus,
- hypostres - je stresem slabší povahy a organismus se mu může do jisté míry přizpůsobit,
- hyperstres - je stresem, jež boří hranici adaptability a ve vyhoceném případě může způsobit i smrt jedince (Gulášová, 2013, s. 25).

Křivohlavý (2010, s. 49) uvádí, že stres můžeme též chápat jako silnou frustraci, což je stav, kdy jedinec dlouhodobě není schopen dosáhnout své potřeby. S tím souvisí i deprivace, kdy nemá jedinec dostatek potřebných podnětů, například citových, a jde o dočasnou neschopnost dosáhnout svých potřeb.

2.6.2 Syndrom vyhoření

„*Burnout syndrome*“ je termín z angličtiny, který zavedl v 70. letech, pro stav citové opotřebovanosti u pomáhajících profesí, americký psychoanalytik Freudenberger. Jako základní charakteristiky určil citové vyčerpání, zhoršení pracovního výkonu a odosobnění. Syndrom vyhoření je charakterizován jako stav dlouhodobého fyzického i psychického vyčerpání z pracovního stresu. Pro postiženého se původně zajímavá práce stává únavnou, nezábavnou a on začíná pracovat rutině, bez zájmu. Takový jedinec nemá zájem o novinky z oboru, vyhýbá se změnám a kontaktu s lidmi, kteří ho víceméně rozčilují. Subjektivně pociťuje únavu, podrážděnost, nezájem. Postupem času se jeho přístup v práci začíná projevovat i v soukromí a ústí v konflikty, například v partnerském soužití. Vývoj syndromu vyhoření může být nenápadný a trvat i roky (Krausová, 2007, s. 21).

Mezi fáze vedoucí k syndromu vyhoření patří nadšení, kdy člověk má své ideály, očekávání a smysl své práce. Druhou fází je stagnace, ve které se postupem času ideály vytrácí vlivem nástupu reality a nejsou ideálně plněny očekávané požadavky. Třetí fází je frustrace a zklamání z reality. Další nastupující fází je apatie, kdy jedinec rezignuje a je přesvědčen, že realitu nelze změnit. Vyčerpání je poslední fází a začínají se objevovat tělesné, psychické i sociální problémy (Klevetová, 2011, s. 20 - 21).

Dle Hájka (2006) je zvláště u pomáhajících profesí důležité brát ohled na vyváženost mezi braním a dáváním. Pokud se někde emočně vydáváme, zabýváme se obtížemi druhých, musíme si najít i my své zdroje, kde máme možnost doplnit energii. Mnohdy takové zdroje musíme aktivně vyhledávat a rozvíjet, nesmíme se spoléhat na to, že přijdou ony k nám (Hájek, 2006, s. 100).

„Míra stresové zátěže je v zdravotnictví jednou z nejvyšších napříč všemi obory lidské činnosti. Možná právě proto, že mají zdravotníci pocit, že „jsou z oboru“ a potencionální pomoc je nablízku, nechají často situaci dospět až příliš daleko. Syndrom vyhoření není tudíž mezi zdravotníky řídkým jevem.“ (Hekelová, 2012, s. 12).

2.6.3 Mobbing a bossing

Mobbing je termín, který označuje šikanu na pracovišti, při které jde systematické pronásledování zaměstnance spolupracovníkem a pokud je jejím aktérem nadřízený, pak se jedná o bossing. Podoba šikany může být od odmítání spolupráce a ignorování, přes mizení podkladů k práci až po osočování a pomluvy či ponechávání nevděčné práce. Zřídka to vyústí ve fyzické napadení a aktéři této šikany málokdy překročí hranici zákona. Pod takovým tlakem, začne šikanovaná osoba dělat chyby a ovlivní to i její pracovní nasazení a výkon.

Začne se projevovat stres. Následky mobbingu a bossingu mohou být psychické, jako deprese, nízké sebevědomí, nesoustředěnost. Mohou být také zdravotní, kde se projevují psychosomatické reakce na stres. Patří sem i sociální následky, kdy se oběť šikany se začne vyhýbat kontaktu s lidmi, dochází ke stažení se z běžného života. Objevují se rodinné a partnerské problémy. Vše může vyústit v sebevražedné chování (Venglářová, 2011, s. 113 - 119).

2.7 Zásady pro zdravý spánek

Zdravým spánkem se zabývá spánková hygiena. Jde o přehledná doporučení jedincům, kteří mají problémy se spánkem a to s jeho kvalitou či nedostatečností. Paří sem obtíže s usínáním, opakovaným probouzením nebo časným buzením. Tyto zásady však ve větší míře platí pro pacienty, kteří nemají porušený spánek z důvodu onemocnění. Kelnarová (2009a) mezi zásadami zdůrazňuje význam upravenosti prostředí, kde budeme spát. Ložnice má být dostatečně vyvětraná, teplota by měla být do 21 °C, dostatečně zatemněná a tichá. Neméně významný je i výběr vhodné zdravotní matrace a lůžkovin nebo vyhýbání se alergizujícím materiálům. Měli bychom také dbát na vhodné stravování, kdy v pozdních odpoledních či nočních hodinách bychom neměli jíst těžce stravitelná jídla, pít nápoje s kofeinem a neužívat k navození spánku alkohol nebo nikotin (Kelnarová, 2009a, s. 24 - 25).

Illnerová (2013) zdůrazňuje velmi důležitou roli pravidelnosti, aby celý soubor fungoval dobře. Tedy například chodit ve stejnou dobu spát, ve stejnou dobu vstávat, jíst. Snažit se nedostat se do spánkového dluhu, kde dojde k rozladění vnitřních hodin.

2.8 Vyšetřovací metody spánku

2.8.1 Anamnéza

Při odebírání anamnestických údajů by nás měla zajímat délka spánku, jeho pravidelnost, jestli se pacient probouzí během noci a kolikrát, jaká je doba od ulehnutí po usínání. Zajímá nás také kvalita spánku ve smyslu chrápání, apnoických pauz, či jak se pacient subjektivně cítí po probuzení, zda je čilý nebo unavený. Důležité jsou i údaje o prostředí, kde se spánek odehrává, zda je v místnosti vhodná teplota, vyvětráno, ticho. Neopomenout bychom měli také zjistit údaj o tom, jak dlouho tyto obtíže pacient má a zda k poruše spánku nevede nějaké vodítko, například stres v zaměstnání (Seidl, 2004, s. 259).

2.8.2 Polysomnografie

Pro diagnostiku abnormalit struktury nebo funkcí spánku je nutné vyšetření ve spánkové laboratoři, kde je základní vyšetřovací metodou polysomnografie. Toto vyšetření se skládá z měření několika fyziologických projevů lidského organismu najednou. Patří sem EEG (elektroencefalografie), EOG (elektrookulografie), povrchové EMG (elektromyografie) svalů brady, svalů dolních končetin, dále sledování dýchacích pohybů hrudníku a břicha, sledování polohy trupu, záznam intenzity proudu vzduchu před nosem a ústy a saturace hemoglobinu kyslíkem. Součástí vyšetření bývá i videozáznam pohybové aktivity sledovaného během spánku (Vlček, 2010, s. 229).

2.8.3 EEG

Elektroencefalografie je vyšetření, které nám umožňuje zaznamenávat bioelektrické mozkové potenciály, jež provází funkční aktivitu mozku. Pomocí povrchových elektrod, umístěných na povrchu hlavy, snímáme bioelektrické potenciály. Tyto potenciály lze snímat i z hlubokých struktur mozku pomocí jehlových elektrod, zavedených neurochirurgem a tato metoda má význam pro přípravu na neurochirurgický zákrok (Seidl, 2004, s. 136).

EEG nám poskytuje informace o střídání jednotlivých fází spánku. Při bdělém stavu, v klidu zaznamenáváme rytmus alfa. Klidné bdění může být východiskem jak pro spánek, tak i pro aktivní činnost. Pokud usínáme, mizí rytmus alfa a je v NREM fázi vystřídán synchronizovanou pomalou EEG aktivitou theta a delta rytmu. Když přecházíme do druhé fáze spánku, tak se EEG synchronizace stěhuje do beta rytmu, tedy do vyšších frekvenčních pásem (Trachtová, 2010, s. 71 - 72).

2.9 Sen

„Slovem sen označujeme zapamatovaný prožitek z doby, kdy jsme spali“ (Baštecká, 2009, s. 357).

V dobách dávno minulých bylo lidstvo přesvědčeno o tom, že sny předpovídají budoucí události, lidé byli přesvědčeni o jejich věšteckém charakteru (Černoušek, 1988, s. 11).

O vědeckou interpretaci původu snů se pokusili již v 19. Století. Tenkrát se původ snů připisoval špatnému trávení nebo vnitřním úzkostem. Nový pohled na sny přinesla v této době teorie Sigmunda Freuda, podle níž je produkce snů spjata s vnitřním konfliktem mezi nevědomím a vědomím jedince. Bylo to nový a kontroverzní náhled na původ snů. Ve století 20. vědecké zkoumání pokročilo a to díky možnosti snímat elektrickou aktivitu mozku. Dnes je známo, že z REM fáze spánku si je možno sen nejpravděpodobněji vybavit, ale tato fáze není pro sen samotný nutná. V REM fázi jsou sny živější, neuvěřitelnější, s emotivnějším nábojem a častější. V NREM fázi spánku schází snu epizodický kontext, neobsahuje tedy informace o tom, co se stalo, kde a kdy se to stalo. Ve snu je potom výsledkem to, že víme, že se něco děje, ale nevíme, kdy a kde se to dělo. Ne všichni jedinci jsou schopni si sny pamatovat nebo je následně reprodukovat (Baštecká, 2009, s. 353 - 354).

Dle Černouška (1988, s. 10 - 13) představují sny důkaz, že psychická činnost přetrvává i ve spánku a tudíž není vázána na bdělý stav a jasné vědomí. Sny mohou být na jedné straně tajemné a nesrozumitelné. Na druhé straně mohou být však jasné a pochopitelné.

Pro zdraví je snění nepostradatelné. Sníme všichni, ale většinou sen do pěti minut po jeho skončení zaspíme. Sen je hra mozku, ve které řešíme minulost i budoucnost. Z toho plyne, že naše sny odráží dlouhodobější nepohodu i akutní úzkosti a deprese. Montáží i asociací našich vzpomínek a pocitů sny vznikají a bylo by velkou chybou se snů zbavovat. Sny nám napomáhají hledat úspěšné strategie (Borzová, 2009, s. 12 - 13).

Baštecká (2009, s. 353) uvádí, že sny mohou ztělesňovat nepravděpodobné nebo nemožné jevy či události. Sny se objevují spontánně v průběhu spánku a lze je po formální stránce charakterizovat například podle způsobu vnímání, kdy převažují sny obrazové nebo zvukové. Charakterizovat sny můžeme i podle emočního obsahu, kde může převažovat negativní stránka, jako úzkost a strach. Sny lze charakterizovat i nespojitostí, nestálostí v čase, místě a osobách, bizarností nebo velkým pocitem reálnosti.

2.10 Poruchy spánku

2.10.1 Poruchy cirkadiánního rytmu

Zde se jedná o poruchy usínání a poruchy celistvosti spánku, které jsou doprovázené vyšší ospalostí během dne. Tyto poruchy jsou přechodně pozorovány u jedinců, kteří pracují ve směnném provozu (Nevšimalová, 1997, s. 159).

Brhel (2005, s. 91) uvádí, že kombinace nedostatku spánku a porušení cirkadiánního rytmu mohou mít za výsledek chyby, selhání a vznik pracovních úrazů, zejména v ranních hodinách. Většina pracujících na noční směny udává, že je jejich spánek po předešlé noční směně kratší a tím je po větším počtu těchto nočních směn po sobě jdoucích vyšší riziko vzniku spánkového dluhu.

2.10.2 Syndrom nedostatku spánku

Jedná se o stav, způsobený dobrovolným krácením spánku v důsledku nevhodného životního stylu. Lidé s tímto syndromem se dospávají o víkendech, kdy jsou schopni spát dostatečně dlouho. Porušený spánek jako důsledek dobrovolně zvoleného života je subjektivně vnímán v delším období. Pokud je nedostatek spánku způsoben faktorem, který si jedinec sám nezvolil, například tělesným onemocněním, je tento nedostatek subjektivně vnímán více nepříjemně pro neschopnost se tomuto stavu přizpůsobit (Borzová, 2009, s. 76).

2.10.3 Intolerance směnného provozu

Je to porucha projevující se nadměrnou spavostí nebo insomnií, depresí, vyčerpáním a funkčními změnami například zažívání (Vlček, 2010, s. 230).

2.10.4 Spánková inverze

Spánková inverze je vlastně obráceným rytmem spánku. Jedinec trpící spánkovou inverzí ve dne spí a v noci je aktivní (Kelnarová, 2009a, s. 25).

Od dávných dob je spánek považován za velmi důležitý. Význam má pro fyzickou i psychickou kondici. Pokud si budeme delší čas zkracovat spánek, bude se nezhoršovat nejen naše soustředěnost a celková slabost, ale objeví se například i žaludeční nevolnost (Borzová, 2009, s. 11).

2.10.5 Insomnie (nеспavost)

Jedná se o nekvalitní spánek. Insomnie je popsána v následné kapitole.

2.11 Insomnie

Poruchu spánku (insomnií) lze stručně charakterizovat jako stav spánku krátkého, neosvěžujícího a nedostačujícího nebo obtížně dosažitelného či přerušovaného (Martínková, 2007, s. 148).

Je stav, kdy nekvalitní spánek přes noc narušuje funkčnost organismu přes den. Borzová (2009, s. 32) uvádí, že pokud chceme hovořit o nespavosti jako o poruše, musí nespavost trvat alespoň dva týdny a to minimálně tři dny v týdnu. Dále musí být potvrzená další osobou z okolí postiženého nespavostí, nebo je potvrzena vyšetřením ve spánkové laboratoři.

2.11.1 Formy insomnie

Kelnarová (2009a, s. 25) dělí nespavost na tři formy. První je iniciální forma, kdy dochází k poruše usínání. Druhou formou insomnie je intermitentní nespavost, pro kterou je charakteristický mělký noční spánek. Poslední formou je insomnie terminální, která se projevuje časným buzením.

2.11.2 Insomnie a psychika

Psychické síly a kvalitní spánek spolu souvisí. U člověka, který je méně odolný nebo akutně psychicky oslabený, je riziko vzniku nespavosti vyšší. Mezi tyto poruchy lze řadit i psychologickou insomnií (naučenou nespavost), která ráda přechází do chronického stádia a je komplikována syndromem závislosti na hypnotikách. Jako podstata naučené nespavosti je udáváno spojení emocí a pocitů z noci, kdy jsme nemohli spát, s obavami z dalších probdělých nocí. Příčinou je negativní myšlenka typu - dnes už neusnu, zítra budu k ničemu a nic neudělám, bez léku to určitě nezvládnou (Borzová, 2009, s. 34 - 40).

2.12 Farmakologická léčba nespavosti

„Medikace navozuje spánek uměle pomocí účinných látek, spánek tedy není přirozený a léky na spaní jsou návykové. Při léčbě nespavosti obvykle účinkují jen krátkodobě, přičemž míra snášenlivosti velmi rychle klesá. Po měsíci přestávají prášky zabírat – a po roce už mohou způsobovat více škody než užítku. Tou dobou už si člověk na lécích zpravidla vypěstoval závislost a jejich vysazení způsobuje abstinenční příznaky. Bohužel, mezi hlavní abstinenční příznaky léků na spaní patří nespavost.“ (Hadfield, 2013, s. 79)

Ve farmakologické léčbě užívají látky působící tlumivě, kam patří sedativa a hypnotika.

2.12.1 Sedativa

Sedativa jsou vyráběna v několika variantách, mezi něž patří léčiva, která jsou volně prodejná a obsahují látky rostlinného původu, například extrakt z třezalky tečkované v kombinaci s výtažky z lilkovitých. Dále bychom mezi sedativa mohli zařadit sedativní antihistaminika (hydroxyzin). Jejich negativním vedlejším účinkem může být denní ospalost a postupný vznik tolerance. Pokud bychom jejich dávku zvyšovali, prohloubíme spíše účinky vedlejší než sedativní.

2.12.2 Hypnotika

Hypnotika se dále dělí na barbiturátová a nebarbiturátová, benzodiazepiny a selektivní GABA-agonisté.

Nebarbiturátová a barbiturátová hypnotika, jejichž užívání vedlo k lékové závislosti a představovalo riziko akutní nebo chronické intoxikace.

Benzodiazepiny, které kromě hypnotického účinku působí také anxiolyticky, sedativně, myorelaxačně a antikonvulzivně. Hypnotický účinek prodlužuje dobu spánku a snižuje počty nočních probuzení. Indikují se u krátkodobé i přechodné insomnie a dali by se rozdělit na tři skupiny, a to na krátkodobě působící (oxazepam, 2 - 5 h), střednědobě působící (lorazepam, 6 - 15 h), dlouhodobě působící (diazepam, 16 - 10 h). Mezi nežádoucí účinky, díky reziduálním účinkům, může patřit nepříjemné probouzení a únava přes den. Je možný také výskyt anterográdní amnézie na den, které předcházelo podání léčiva. Při dlouhodobém užívání je zde riziko vzniku syndromu závislosti s tolerancí na hypnotický účinek.

Selektivní GABA-agonisté (zolpidem, zopiklon), jsou krátkodobě působící hypnotika, jejichž nástup je rychlý a proto se užívá těsně před uložením se ke spánku. Benzodiazepiny jsou eliminovány játry, a proto jsou kontraindikovány u těžkých jaterních onemocnění, ale také u respiračních insuficiencí. Indikují se u krátkodobých či přechodných insomnií, kdy je

porušeno zejména usínání. Jejich riziko je spojeno s navyšováním dávek v důsledku snížení citlivosti na hypnotický účinek (Martínková, 2007, s. 148 - 150).

Martínková (2007, s. 150) rovněž uvádí, že poruchy spánku nemají daleko k depresi, a proto jsou někteří pacienti s chronickou formou nespavosti, léčeni malými dávkami antidepresiv se sedativními účinky (mirtazapin).

2.13 Nefarmakologická léčba

2.13.1 Alternativní medicína

Alternativní medicína zná mnoho metod, které mohou s nespavostí pomoci, ale ne každá z metod se hodí pro každého, kdo by se chtěl těmito metodami léčit. Součástí většiny metod je též nutnost změny životního stylu a návyků. Nemoc je alternativní medicínou chápána jako odbočka od normálu. Je to léčba většinou dlouhodobá a někdy může docházet k přechodnému zhoršení příznaků.

Akupunktura, kde se v současnosti používá až 2000 akupunkturálních bodů, které leží na takzvaných meridiánech, což jsou neviditelné energetické kanálky, jež jsou spojeny s vnitřními orgány. Jehly, které se zapichují do těchto bodů, snižují, zvyšují nebo uvolňují tok energie, nazývané též čchi.

Akupresura je metoda kombinující akupunkturu a masáže, jen s tím rozdílem, že místo jehel, se zde používá tlaku prstů, který se vyvine na příslušný bod. Tento bod se shoduje s těmi akupunkturálními.

U fytotherapie jde v podstatě o využití léčivých bylin například ve formě čaje nebo odvaru (kořen kozlíku lékařského, nať meduňky lékařské nebo třezalky tečkované a mnoho dalších).

Aromaterapie je léčba koncentrovanými nebo rozpuštěnými oleji v alkoholu. Esence nebo silice jsou silně aromatické extrakty z rostlin. Mohou se používat ve formě koupelí, obkladů nebo masáží. Vzhledem k tomu, že jsou zde využívány výtažky z rostlin, je zde i riziko alergických reakcí a je nutné na toto pomýšlet. Při léčbě nespavosti je možné využít olej například z bazalky, heřmánku, rozmarýnu nebo levandule.

Dietoterapie je léčba opřená o správnou životosprávu. Mezi její platná pravidla patří například vyhýbání se potravinám s obsahem kofeinu nebo omezení příjmu potravy dvě hodiny před ulehnutím ke spánku.

Homeopatie používá homeopatik, což jsou ředěné látky přírodního původu, které by neředěné mohli u zdravého jedince vyvolat příznaky onemocnění. Při volbě léku hodnotí homeopatie nejen příznaky onemocnění, ale i stav mysli, charakterové vlastnosti či zjev pacienta.

Hypnoterapie, tato terapie využívá hlubší úroveň vědomí, k působení na naše zdraví. Při hypnóze se navozuje stav, který se podobá transu a toho se využívá k nastavení tělesné či duševní změny, což může vést ke zmírnění nebo odstranění v této obtíži pacienta.

U hydroterapie se využívá vody v různých skupenstvích (kapalné, plynné, pevné - led) nebo různých forem (obklady, postřiky, koupele), ale také vody o různé teplotě.

Muzikoterapie je, jak název napovídá, léčba poslechem uklidňující hudby nebo tlumených zvuků přírody před spánkem (Borzová, 2009, s. 55 - 68).

2.13.2 Psychoterapie

Borzová (2009, s. 51) uvádí, že se psychoterapie zaměřuje na jedince z hlediska jeho myšlení a forem chování, které mohou spánek narušovat.

Řádná psychoterapie by měla splňovat některé zásady, kam patří řádná edukace pacienta, například o spánkové hygieně, nebo eliminace mýtů o tom, jak má nebo nemá být spánek v tom či onom věku dlouhý. Dále by měla navazovat spánková restriktce, což znamená omezení času, který pacient tráví na lůžku. Další zásadou je kontrola stimulů, kdy je nutné omezit, například sledování TV nebo čtení, v lůžku. Není též dovoleno pospávání během dne. Poslední zásadou je kognitivní restrukturalizace, jejímž cílem je zklidnění pacienta (Martínková, 2007, s. 151).

2.13.3 Behaviorální terapie

Je léčbou, která se zaměřuje na obnovení a udržení vhodné spánkové hygieny, tedy snaží se změnit způsoby a návyky, které spánek znesnadňují. Mezi prostředky této terapie patří obdobná opatření, která se doporučují v psychoterapii (režimová opatření, omezení doby spánku, kontrola podnětů a spánková hygiena). Výhody behaviorální léčby, oproti léčbě farmakologické, jsou v tom, že na ni nevzniká závislost, řeší nevhodné vzorce chování, působí nejen na důsledky, ale i na příčiny porušeného spánku a její výsledky jsou dlouhodobé (Borzová, 2009, s. 53).

Seidl (2004, s. 259) uvádí, že jedinců s poruchou spánku přibývá také s věkem. Starší lidé hůře usínají, pokud se v noci probudí, jejich spánek bývá kratší, budí se časněji z rána.

2.14 Následky porušení spánku

Doležal (2012, s. 371) udává, že pokud se nebudeme poslouchat svůj přirozený biorytmus, dříve či později se nám to vrátí v podobě psychických, kardiovaskulárních nebo gastrointestinálních obtíží. Hrozí i riziko vzniku závislosti na návykových látkách a například u pacientů s diabetem se může výrazně zhoršit nebo prodloužit jejich onemocnění.

Mezi následky porušeného spánku patří bolesti hlavy, kde při spuštění záchvatů migrény hraje spánek významnou roli. Migrénu může vyvolávat jak nedostatek spánku, tak i nadměrné spaní. Negativní vliv má i přerušovaný spánek a pospávání během dne, čili narušení cirkadiánní rytmičky (Nevšímalová, 1997, s. 194).

K dalším následkům by mohl patřit spánkový deficit, kdy při dlouhodobém nedostatku spánku může docházet k urychlení průběhu některých onemocnění, ale deficitní spánek může být spojen i se vznikem některých psychických poruch, únavou a celkově zvýšenou morbiditou jedince. Možným důsledkem poruch spánku může být i stres, například poruchy spánku z maladaptace. Mezi následky déle trvající poruchy spánku řadíme také afektivní poruchy. Dlouhodobá porucha spánku může vést až k depresivním příznakům. Spánek a poruchy nálad k sobě mají blízko (Borzová, 2009, s. 14, s. 34, s. 79, s. 105).

3 Výzkumné otázky

1. Jak subjektivně hodnotí zdravotní sestry svůj spánek?
2. Ovlivňuje směnný provoz spánek zdravotních sester?
3. Znaží zdravotní sestry termín „spánková hygiena“?
4. Používají sestry k navození spánku metody farmakologické nebo nefarmakologické léčby?
Pokud ano, tak jakou metodu upřednostňují.
5. Vyrovnávají se zdravotní sestry ženy s poruchami spánku jinak než zdravotní sestry muži?

4 Metodika

Pro sběr dat, potřebných k mé práci, jsem zvolila formu dotazníkového šetření. Do zpracovávaných dat jsem zahrнула pouze ty dotazníky, které byly řádně vyplněny a odevzdány. V úvodu svého dotazníku jsem oslovené respondenty seznámila s tématem a účelem výzkumu, pro který byl dotazník sestaven. Instrukce k vyplnění dotazníku jsem předávala ústně a to při rozdávání svého dotazníku. Respondenti měli možnost u mnou stanovených otázek, uvést více odpovědí.

4.1 Respondenti

Cílovou skupinu respondentů jsem rozdělila na dvě skupiny, které tvoří pouze pracovníci lůžkových oddělení nemocnic, kde pracují v osmihodinových a dvanáctihodinových pracovních směnách. První skupinu tvoří zdravotní sestry - ženy. Druhou skupinou jsou zdravotní sestry – muži.

4.2 Dotazník

Dotazník je anonymní a obsahuje celkem 20 otázek. K ověření srozumitelnosti otázek uvedených v dotazníku, jsem před oficiálním rozdáním dotazníků, provedla malý pilotní výzkum. V tomto předvýzkumu jsem zkušební dotazníky rozdala několika sestrám na svém oddělení. Na základě jejich následných kladných reakcí, jsem dotazník ponechala v původní verzi.

Pilotní výzkum probíhal na začátku měsíce října a následně přešel do samotného výzkumu, který probíhal ve dvou menších nemocnicích, s písemným souhlasem vedení daných nemocnic.

4.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření

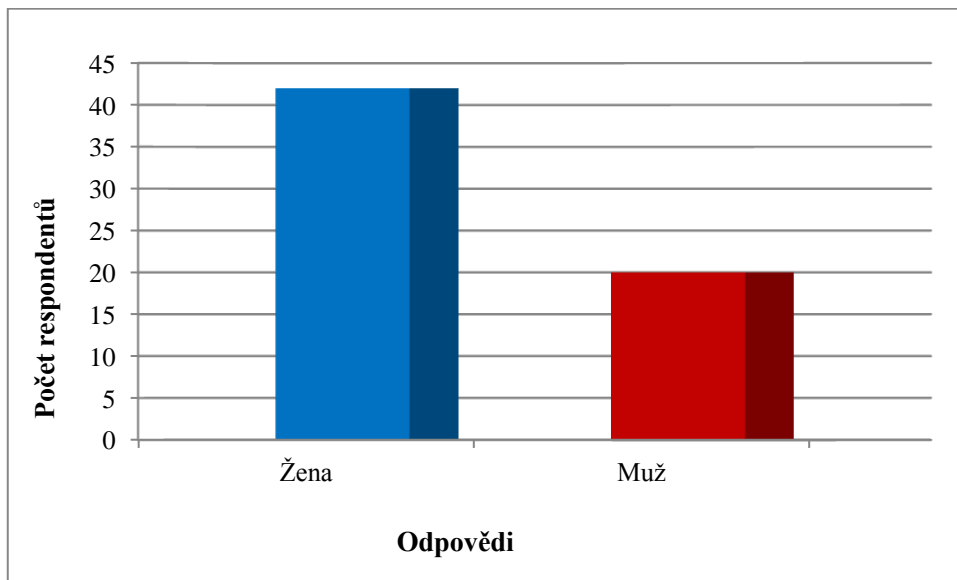
Po ukončení výzkumného šetření jsem ze správně vyplněných dotazníků zpracovala a individuálně vyhodnotila získané údaje.

Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, z nichž se 62 vrátilo řádně vyplněných, 13 dotazníků se nevrátilo a 5 dotazníků nebylo vyplněno dobře. Chybou v těchto dotaznicích bylo nevyplnění všech otázek podle jejich zadání a nemohly být tedy do výzkumu zařazeny.

Výsledky jsou pro přehlednost znázorněny pomocí grafů, zpracovaných v počítačovém programu Microsoft Office Excel 2007 a ty jsou doplněny komentářem.

5 Výsledky

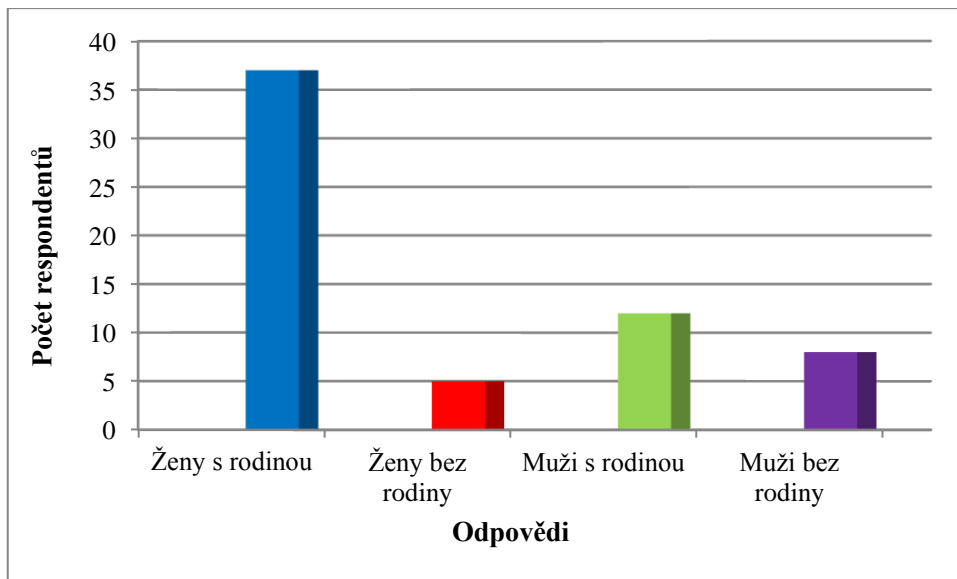
Otázka č. 1: Jste žena, muž?



Obrázek 1 Graf: Pohlaví respondentů, n = 62

Jak ukazuje graf na obrázku 1, je vzorek respondentů tvořen 42 ženami (68%) a 20 muži (32%). Malé zastoupení mužů lze zdůvodnit faktem, že v nemocnicích, kde byl výzkum prováděn, pracuje pouze velmi malé procento mužů na pozici zdravotní sestra (cca 1,5%) z celkového počtu zdravotních sester. Tyto údaje jsem zjistila telefonickým dotazem na personálních odděleních daných nemocnic.

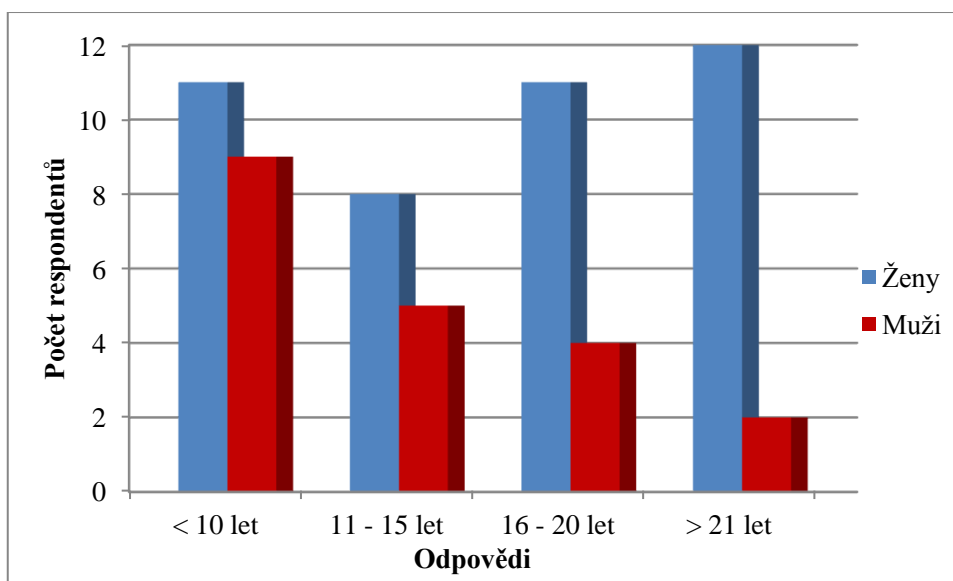
Otázka č. 2: Máte rodinu?



Obrázek 2 Graf: Rodiny, n = 62

U této otázky měli respondenti uvést, zda mají rodinu či nikoliv. Z počtu 42 dotazovaných žen jich rodinu uvedlo 37 (88%). Zbývajících 5 žen (12%) rodinu ještě nezaložilo. Počet mužů, kteří mají rodinu je 12 (60%) a pouze 8 mužů (40%) rodinu nemá.

Otázka č. 3: Jak dlouho pracujete ve směnném provozu?

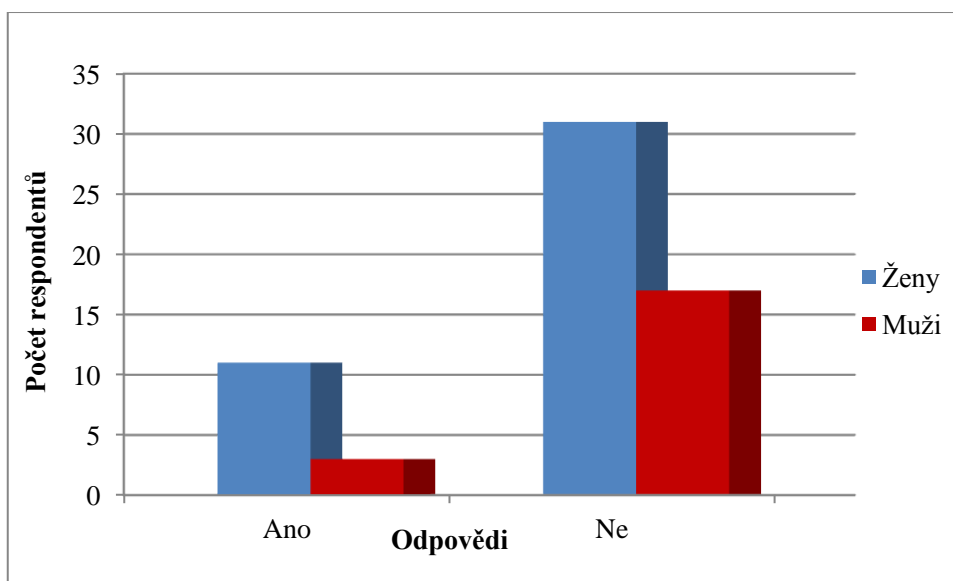


Obrázek 3a Graf: Délka praxe ve směnném provozu, n = 62

Z grafu lze jednoznačně určit, že méně než 10 let pracuje na směny 11 žen (26%) a 9 mužů (45%). V rozmezí 11 – 15 let je na směny zaměstnáno 8 žen (19%) a 5 mužů (25%). Délku praxe 16 – 20 let uvedlo v dotazníku 11 žen (26%) a 4 muži (20%). Poslední skupinu respondentů tvoří sestry, pracující ve směnném provozu déle než 21 let. Tuto skupinu tvoří 12 žen (29%) a 2 muži (10%). Přestože skupiny respondentů ženy vs. muži nejsou početně vyrovnané, je z grafu č. 3a patrné, že právě mužů v kategorii nad 21 let praxe je neméně. Naopak je tomu u žen, kterých je v této skupině nejvíce zastoupeno a to nejen oproti mužům této skupiny, ale v porovnání s ostatními kategoriemi.

Tuto otázku lze pojmout i z pohledu otázky č. 2 a dle obrázku 3b (viz příloha) máme možnost vidět, kolik je v jednotlivých kategoriích žen a mužů s rodinou a také bez rodiny. Ve sloupci do 10 let praxe ve směnném provozu máme 7 žen (17%) a 2 muže (10%) s rodinou a bez rodiny jsou zde zastoupeny ženy 4 (9%) a 7 mužů (35%). V rozmezí 11 – 15 let praxe lze zde vidět 8 žen (19%) a 4 muže (20%) s rodinou, naopak bez rodiny je tu zastoupen pouze 1 muž (5%). Délku praxe 16 – 20 let udalo 10 žen (24%) a 4 muži (20%) s rodinou, ale bez rodiny je pouze 1 žena (2%). V kategorii s nejdelší praxí, tedy nad 21 let ve směnném provozu, jsou zastoupeny pouze ženy (12, 29%) a muži (2, 10%) s rodinou.

Otázka č. 4: Vadí Vám práce na směny?

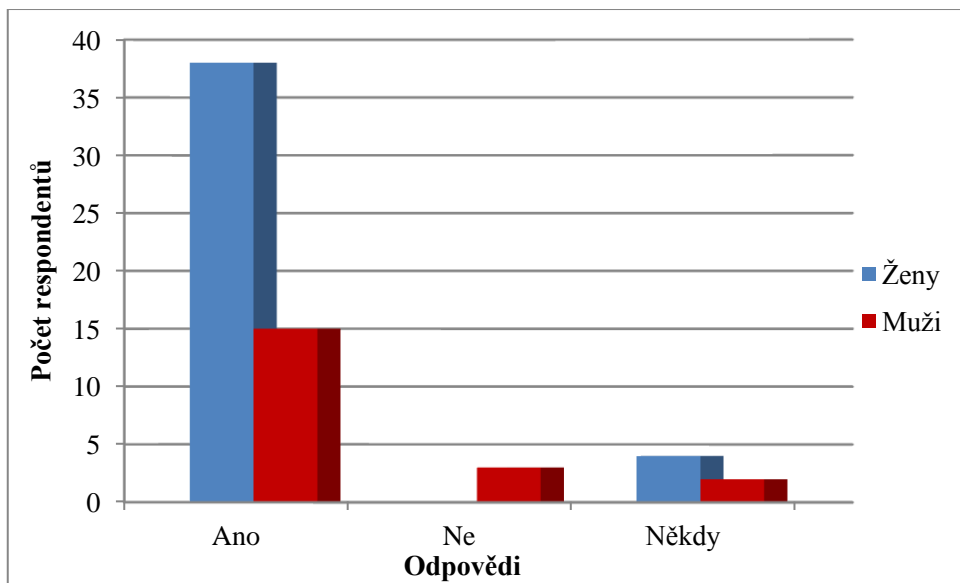


Obrázek 4 Graf: Práce na směny, n = 62

Tato otázka měla zjistit vztah respondentů k směnnému provozu, zda jim střídání směn vyhovuje či nikoliv. Převážná většina dotazovaných uvedla, že jim práce na směny nevadí a to jak ve skupině žen 31 (74%), tak i mužů 17 (85%). Pouze 11 žen (26%) a 3 muži (15%) vyjádřili svůj negativní postoj zvolením varianty ano tedy, že jim směnný provoz nevyhovuje.

U této otázky mě zaujala jedna z respondentek, jež uvedla, že je s prací na směny nespokojena, přestože pracuje méně než 10 let v takovémto provozu a navíc se řadila do kategorie žen bez rodiny. Tady se nabízí otázka, proč jí směny nevyhovují, byť pracuje relativně krátkou dobu a ještě nemá rodinu. Naopak všichni muži nespokojeni se směnným provozem již rodinu mají a pracují v rozmezí 11 – 20 let.

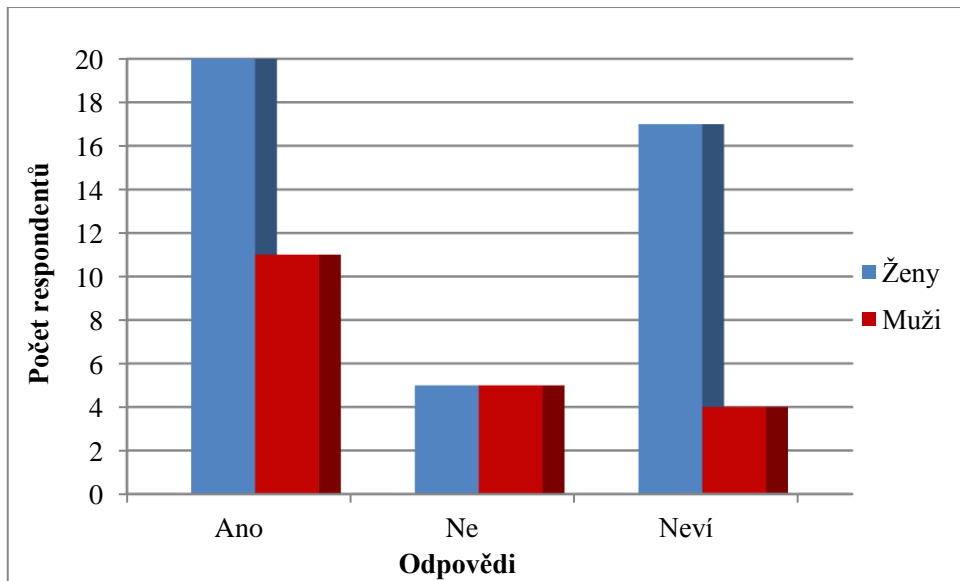
Otázka č. 5: Jsou na Vašem pracovišti přesčasové hodiny?



Obrázek 5 Graf: Přesčasové hodiny, n = 62

V této otázce se většina dotazovaných shodla, že se u nich na odděleních přesčasové hodiny vyskytují. Celkem 53 respondentů (85%) odpovědělo na tuto otázku kladně, 6 respondentů (10%) udalo, že mají přesčasové hodiny pouze někdy a přesčasové hodiny nemají na svých odděleních pouze 3 muži (5%).

Otázka č. 6: Znáte termín „Zdravý spánek“?

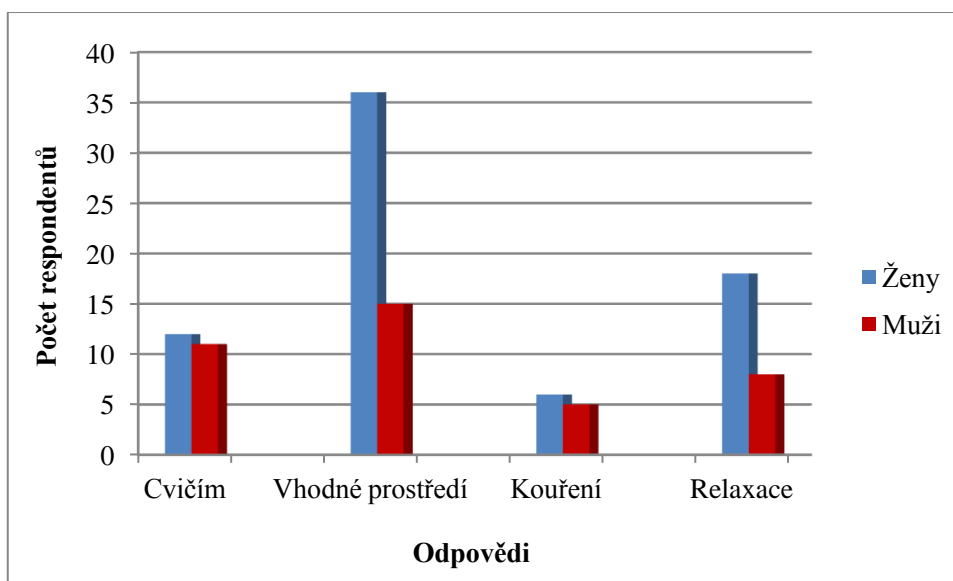


Obrázek 6 Graf: Zdravý spánek, n = 62

I v této otázce se větší část respondentů shodla, že ví, co se pod tímto termínem skrývá. Z celkového počtu 62 správně vyplněných dotazníků, se takto vyjádřilo 20 žen (32%) a 11 mužů (18%). Možnost ne zvolilo 5 žen (8%) a stejný počet mužů, tedy 5 (8%). Variantu „neví přesně“ volilo 17 žen (27%) a 4 muži (7%).

Pokud bychom nepočítali procenta z celku, ale z počtu zastoupení jednotlivých skupin žen a mužů, zjistili bychom, že 47% žen a 55% mužů ví, co je zdravý spánek. Neví to ale 12% žen a 25% mužů. Zcela jisto, co zdravý spánek znamená, si není 40% žen a 20% mužů. Z tohoto pohledu je vidět, že lepší představu o zdravém spánku udávají muži než ženy, přestože více žen neví, co přesně tento termín znamená.

Otázka č. 7: Co pro svůj spánek děláte?



Obrázek 7 Graf: Co dělám pro svůj spánek, n = 62

Na tuto otázku mohli respondenti uvést více odpovědí.

Cvičením se zabývá 12 žen, ale z 83% pouze někdy. U mužů je situace opačná, zde se věnuje cvičení celkem 11 mužů, ale z toho 55% se cvičení věnuje pravidelně. Takže při zhodnocení dojdeme k závěru, že sice cvičí více žen, ale muži se této aktivitě věnují pravidelněji.

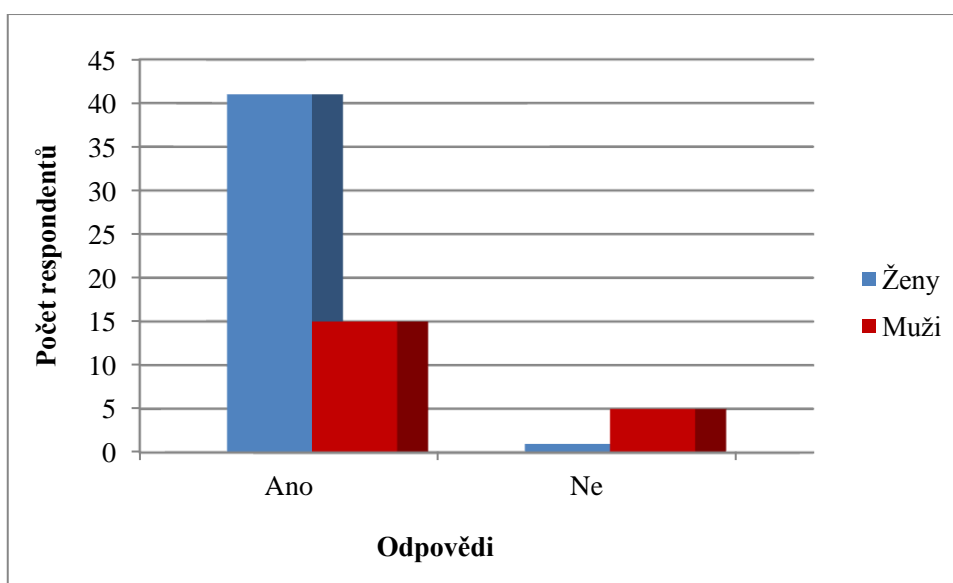
Z grafu na obrázku 7 je patrné, že vhodné prostředí ke spánku má 36 žen, ale z tohoto počtu si toto prostředí, dle výsledků zpracovaných dotazníků, vytvoří 25% žen pouze někdy. Z mužských respondentů si vhodné prostředí ke spánku vytváří celkem 15 mužů, ale 27% z nich pouze někdy.

Další dotaz se týkal kouření. Protože v předchozí otázce se někteří respondenti vyjádřili, že termín „Zdravý spánek“ neznají, dalo se předpokládat, že i na tuto otázku někdo z dotazovaných odpoví kladně. Bohužel tuto „neřest“ přiznalo více žen. Celkem to bylo 6 žen, tedy 14% z celkového počtu respondentek, ale 67% pouze někdy. Mužů přiznalo kouření před spaním 5 (25%), ale z tohoto počtu pouze 1 respondent kouří někdy.

Relaxaci před spaním si dopřává 18 žen a z toho 50% někdy. U mužů relaxuje před spaním 8 respondentů a z nich také 50% pouze někdy. Pokud bychom tuto otázku hodnotili z pohledu celku jednotlivých skupin, tak pouze 29% žen a 40% mužů před spaním relaxuje.

V možnosti – jiné – respondenti uváděli např. skleničku vína, piva či sledování TV.

Otázka č. 8: Chodíte obvykle po noční směně spát?



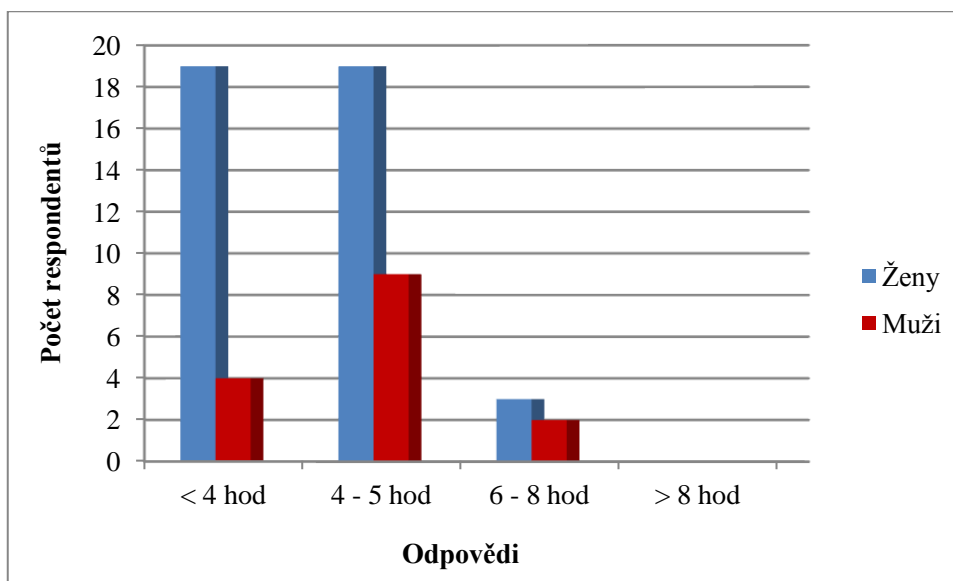
Obrázek 8a Graf: Spánek po noční směně, n = 62

Jak je z grafu na obrázku 8a patrné, 90% respondentů z celkového počtu 62 jde po noční směně obvykle spát. Jedná se o 41 žen a 15 mužů. Zbývajících 10% po noční směně spát obvykle nechodí (1 žena a 5 mužů). Pokud bychom opět chtěli uvést podíly v jednotlivých skupinách dotázaných, pak odpovědělo na tuto otázku kladně 98% žen a 75% mužů. Z tohoto jasně vyplývá, že obvykle spát po noční směně chodí více žen než mužů.

Opět je možné tuto otázku pojmout ještě z hlediska skupiny respondentů s rodinou a bez rodiny. Situaci vykresluje graf na obrázku 8b (viz příloha). Z počtu 37 žen s rodinou pouze 1 respondentka uvedla, že po noční směně obvykle spát nechodí. Ve skupině žen bez rodiny (5) uvedly všechny respondentky, a to bez výjimky, že obvykle po noční směně spí. U dotazovaných mužů se situace mírně liší. 8 mužů, kteří mají rodinu, spát chodí, ale 4 respondenti ne. U mužů bez rodiny chodí po noční směně spát 7 dotazovaných a pouze 1 ne.

Závěrem bychom tedy mohli tvrdit, že ať ženy či muži z mé skupiny respondentů, s rodinou nebo bez ní, chodí po noční směně obvykle spát.

Otázka č. 9: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, uveďte prosím, jak dlouho dopoledne spíte.

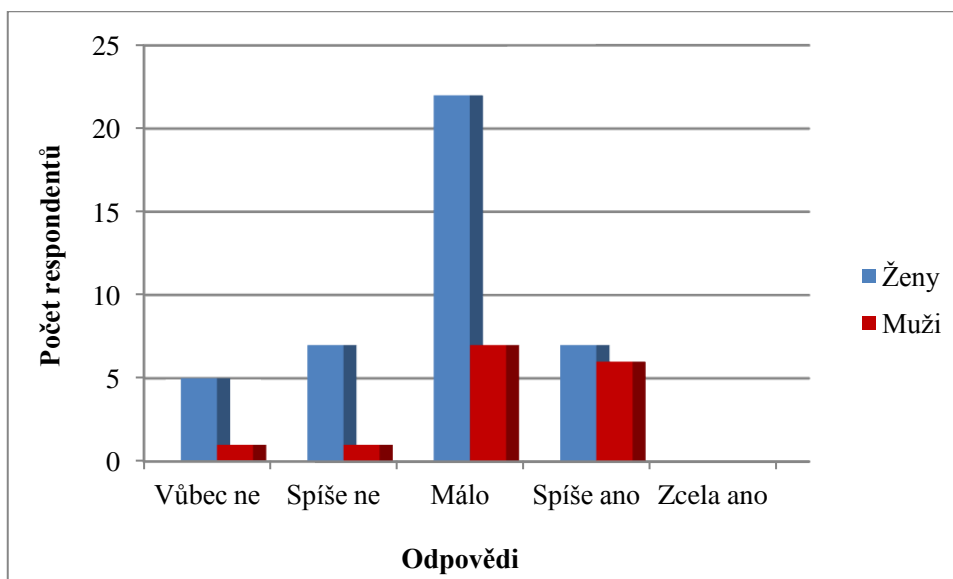


Obrázek 9a Graf: Délka dopoledního spánku, n = 56

Tato otázka se týkala pouze respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně. Z grafu na obrázku 9a je zřejmé, že z celkového počtu dotazovaných, kteří v předcházející otázce uvedli, že chodí po noční směně obvykle spát, je 19 žen (46%) a 4 muži (27%), jenž spí po noční směně méně jak 4 hodiny. O několik dotazovaných více udává délku svého spánku, který absolvují po noční směně v intervalu 4 – 5 hodin. Je to 19 žen (46%) a 9 mužů (60%). Délku spánku 6 - 8 hodin uvedlo 5 dotazovaných, z nichž jsou to 3 ženy (8%) a 2 muži (13%). Více jak 8 hodin spánku neuvedl nikdo.

Porovnáme-li výsledky mezi respondenty s rodinou a bez ní, můžeme se podívat na graf na obrázku 9b (viz příloha). Žen s rodinou spí méně jak 4 hodiny 17 (42%) a muž je pouze 1 (7%). Ženy bez rodiny jsou v tomto rozmezí 2 (5%) a muži jsou 3 (20%). V intervalu 4 – 5 hodin je opět 17 žen (42%), ale je zde více mužů s rodinou 7 (47%). Žen a mužů bez rodiny je méně než v předešlém intervalu, tedy 2 ženy (5%) a 2 muži (13%). V intervalu spánku 6 – 8 hodin se nachází pouze 2 ženy (5%) s rodinou, ale žádný muž. Dále je zde zastoupena 1 žena (2%) a 2 muži (13%) bez rodiny. Více jak 8 hodin spánku neuvedl nikdo z dotazovaných.

Otázka č. 10: Pokud jste v otázce č. 8 odpověděl/a ano, uveďte prosím, zda se po probuzení cítíte odpočatý/á.

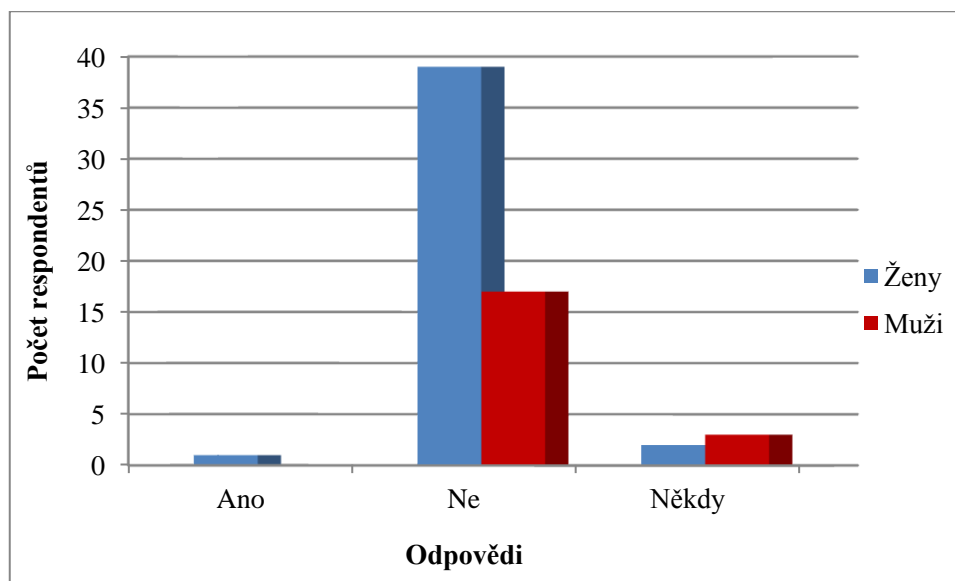


Obrázek 10a Graf: Pocit odpočinku, n = 56

Otázka se zaměřovala na kvalitu spánku po noční směně a respondenti, kteří na otázku č. 8 odpověděli kladně, zde měli subjektivně zhodnotit, zda se cítí odpočatí či ne. Z 56 respondentů se 29 (52%) cítí málo odpočatých, tedy hodnotí svůj spánek po noční směně jako méně kvalitní. Svůj spánek jako dobrý hodnotí 7 žen (12%) a 6 mužů (11%), protože se po probuzení subjektivně cítí spíše odpočatí. Žádný z dotazovaných nevedl, že by se po spánku cítil zcela odpočatý. Spíše neodpočatých se cítí 8 respondentů, z čehož je 7 žen (12%) a 1 muž (2%). Možnost „vůbec se necítím odpočatý“ zvolilo 5 žen (9%) a 1 muž (2%). Z grafu tedy vyplývá, že se většina respondentů po probuzení, pokud jdou po noční směně spát, necítí příliš odpočatá.

Zajímavostí by mohla být situace, jež je patrná z grafu na obrázku 10b (viz příloha). Zde se ukazuje, že pouze muži bez rodiny se po probuzení cítí spíše lépe nebo málo odpočatí, nikdo z nich nevedl, že by se odpočatý necítil.

Otázka č. 11: Užíváte před spaním nějaké látky nebo techniky k navození či podpoře spánku?



Obrázek 11a Graf: Užívání látek nebo technik k zlepšení spánku, n = 62

Na tuto otázku zvolila největší skupina respondentů možnost ne, jak je to uvedeno na grafu na obrázku 11a. Možnost ne, volilo 39 žen (63%) a 17 mužů (27%) z celkového počtu respondentů. Pomoc při navození spánku nebo jeho podpoře uvedla pouze 1 žena (2%) a občasnou dopomoc přiznávají 2 ženy (3%) a 3 (5%) muži.

Pohled na graf na obrázku 11b (viz příloha), který nám ukáže, do jakých dalších skupin respondentů lze zařadit ty, kteří uvedli, že užívají látky k podpoře či navození spánku. Respondentka, jež zvolila možnost ano, patří do kategorie žen s rodinou a dle vyplněného dotazníku pracuje na směny 16 – 20 let. Dvě ženy, které užívají látky nebo nějaké techniky k podpoře spánku pouze někdy, patří do skupiny žen s rodinou a pracují na směny 11 – 20 let. Zbývající 2 muži rodinu mají a pracují v rozmezí 16 a více let. Poslední muž, který uvedl možnost někdy, patří do skupiny bez rodiny a pracuje ve směnném provozu méně jak 10 let.

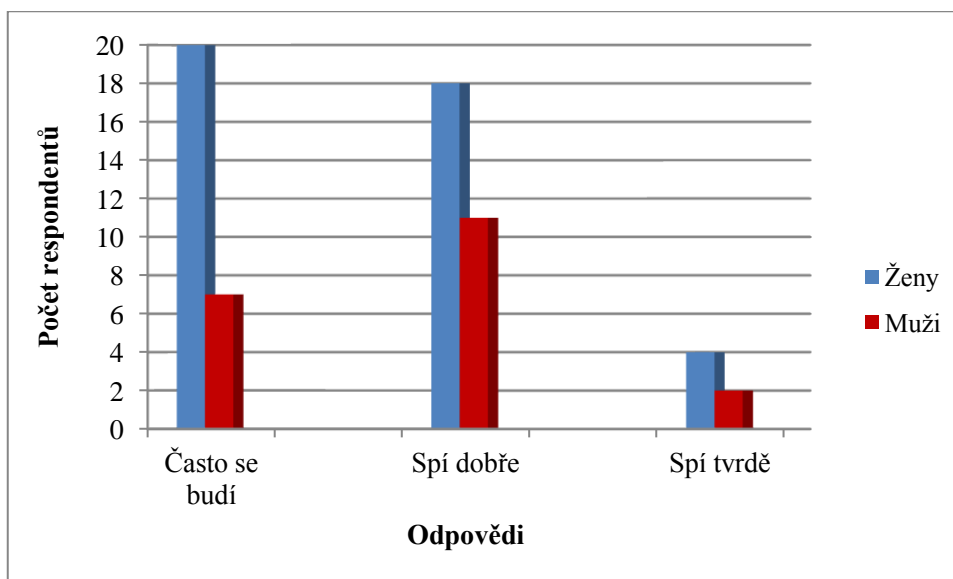
Otázka č. 12: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano nebo někdy, vyberte si z následujících možností.

Tato otázka se týkala pouze té skupiny respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně. Měli zde možnost výběru z několika variant, popřípadě sami mohli specifikovat, jakou látku nebo metodu k podpoře či navození spánku používají.

Respondentka, která v předchozí otázce uvedla ano, v této otázce odpověděla, že k navození spánku užívá sedativa. Tato žena má rodinu a pracuje na směny 16 – 20 let. Zbývající dvě ženy uvedly používání alternativních metod a označily bylinné čaje a k relaxačním technikám doplnily – bylinné koupele nebo tymiánovou mast na spánky. Obě tyto respondentky patří do kategorie žen s rodinou a délka jejich praxe ve směnném provozu je 11 – 20 let.

Muž, který na předchozí otázku odpověděl někdy, patří do skupiny s rodinou a pracuje na směny 16 – 20 let, odpověděl, že užívá hypnotika. Muž bez rodiny a pracující méně než 10 let, uvedl, že k podpoře spánku užívá Dithiaden, ale již dále nespecifikoval, zda ho neužívá spíše z důvodu alergie a zlepšení spánku je tak pouze vedlejším bonusem. Zbývající muž, který uvedl, že k podpoře spánku něco užívá, ale nechce specifikovat co, patří do kategorie mužů s rodinou a pracuje více než 21 let ve směnném provozu.

Otázka č. 13: Jak hodnotíte svůj obvyklý noční spánek, jestliže máte následující den ranní směnu?



Obrázek 13a Graf: Hodnocení spánku před ranní směnou, n = 62

U této otázky jsem se zaměřila na zjištění, jak subjektivně hodnotí respondenti svůj spánek, pokud mají následující den jít na ranní směnu.

20 (48%) dotazovaných žen uvedlo, že se často budí a to bez zjevné příčiny. Z tohoto počtu žen je 18 (43%) zařazeno do skupiny žen s rodinou, což znázorňuje graf na obrázku 13b (viz příloha). Zbývající 2 ženy bez rodiny tvoří 5%. U mužů je situace podobná. Ze 7 (35%) dotazovaných mužů, kteří se budí bez zjevné příčiny, pokud jdou ráno do práce, jich 6 (30%) rodinu má a 1 muž (5%) zatím rodinu nemá.

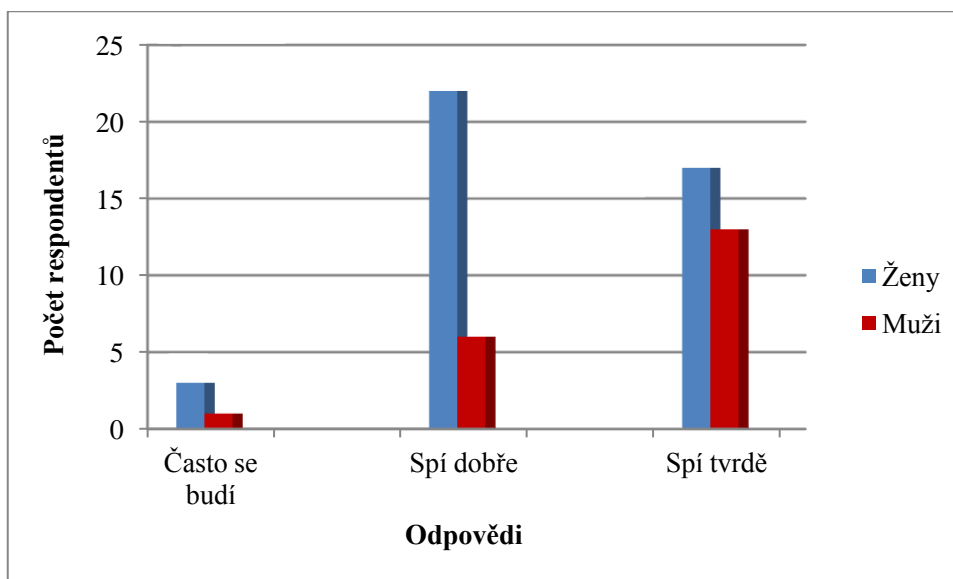
Graf na obrázku 13a dále ukazuje, že dobře spí před ranní směnou 18 žen (43%) a také 11 dotazovaných mužů (55%). Pokud se opět podíváme na graf z obrázku 13b (viz příloha), zjistíme, že z těch 18 žen patří 16 (38%) do skupiny s rodinou a 2 ženy (5%) do kategorie bez rodiny. U mužů je situace vyrovnanější, kdy z 11 mužů jich 6 (30%) patří do skupiny s rodinou a 5 (25%) do skupiny bez rodiny.

Poslední variantou byla možnost, že dotazovaný spí tvrdě a nic ho nevyruší. Tuto možnost uvedli 4 ženy (9%) a 2 muži (10%). Z tohoto počtu žen patří 3 (7%) do skupiny žen s rodinou a 1 žena (2%) do skupiny bez rodiny. Muži s rodinou se v této variantě neobjevili, tudíž tito 2 muži (10%) patří do skupiny mužů bez rodiny.

Výsledek z grafu na obrázku 13a naznačuje, že lépe spí muži, protože z jejich celkového počtu 20 ti mužů, jich 13 (65%) spí dobře nebo dokonce tvrdě a zbývajících 7 mužů (35%) se často budí.

U žen je situace vyrovnanější a z celkového počtu 42 žen, jich 22 (52%) spí dobře nebo tvrdě a zbývajících 20 žen (48%) se budí často.

Otázka č. 14: Jak hodnotíte svůj obvyklý noční spánek, jestliže máte následující den volno?



Obrázek 14a Graf: Hodnocení spánku před dnem volna, n = 62

V této otázce měli respondenti subjektivně ohodnotit svůj spánek, pokud následující den mají volno.

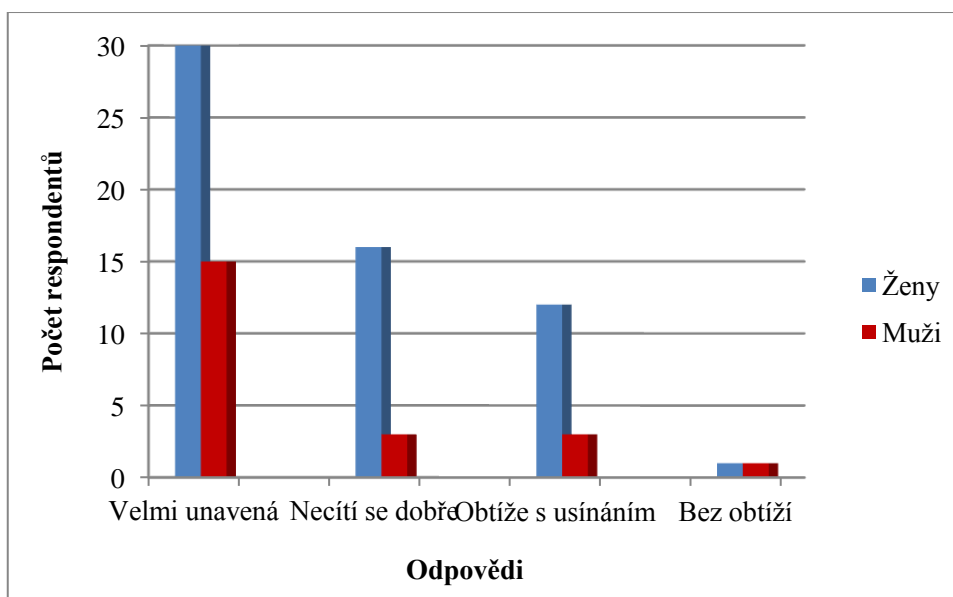
Zde se většina respondentů shodla, že pokud nemají jít druhý den do zaměstnání, spí tvrdě a nic je nevyruší. Tuto odpověď zvolilo 17 žen (27%) a 13 mužů (21%) z celkového počtu respondentů. Další silnou skupinu tvoří dotazovaní, kteří uvedli, že pokud mají následující den volno, pak spí sice dobře, ale snadno se vzbudí. Skupinu tvoří 22 žen (35%) a 6 mužů (10%). Poslední skupina respondentů uvedla, že i přestože mají následující den volno, často se budí a to bez zjevné příčiny. Tuto skupinu tvoří 3 ženy (5%) a 1 muž (2%).

Pokud bychom chtěli respondenty více rozdělit a to z pohledu zda mají či nemají rodinu, můžeme tuto situaci zhodnotit na obrázku 14b (viz příloha). Zde je jasně vidět, že se rozdělily pouze ženy ve sloupci, který označuje počty respondentek, které spí tvrdě a bez vyrušení a to na 12 žen (29%) s rodinou a 5 žen (12%) bez rodiny. Muži jsou poměrně vyrovnaní, je zde zastoupeno 7 mužů (35%) s rodinou i 6 mužů (30%) bez rodiny.

Ženy, které sice spí dobře, ale snadno se budí, patří pouze do skupiny žen s rodinou a to ve stejném počtu jako na grafu z obrázku 14a, tedy 22 žen (52%) z celkového počtu respondentek. Muži se rozdělili na 4 muže (20%) s rodinou a 2 muže (10%) bez rodiny.

Zajímavá je i skupina poslední, tedy respondenti, jež uvedli, že se budí často a to i bez zjevné příčiny. Do této kategorie se nám zařadili pouze 3 ženy (7%) a 1 muž (5%) a všichni patří do skupiny s rodinou.

Otázka č 15: Jak hodnotíte svůj den, pokud nejdete po noční směně spát?



Obrázek 15a Graf: Hodnocení dne po noční směně, n = 62

Zde měli respondenti za úkol subjektivně zhodnotit, jaký je jejich den, pokud nejdou ráno po noční směně spát. Zde mohli dotazovaní uvést více možností z nabízených variant.

Na tuto otázku většina dotazovaných odpověděla, že se odpoledne již cítí velmi unavení a z celkového počtu respondentů takto odpovědělo 30 žen a 15 mužů.

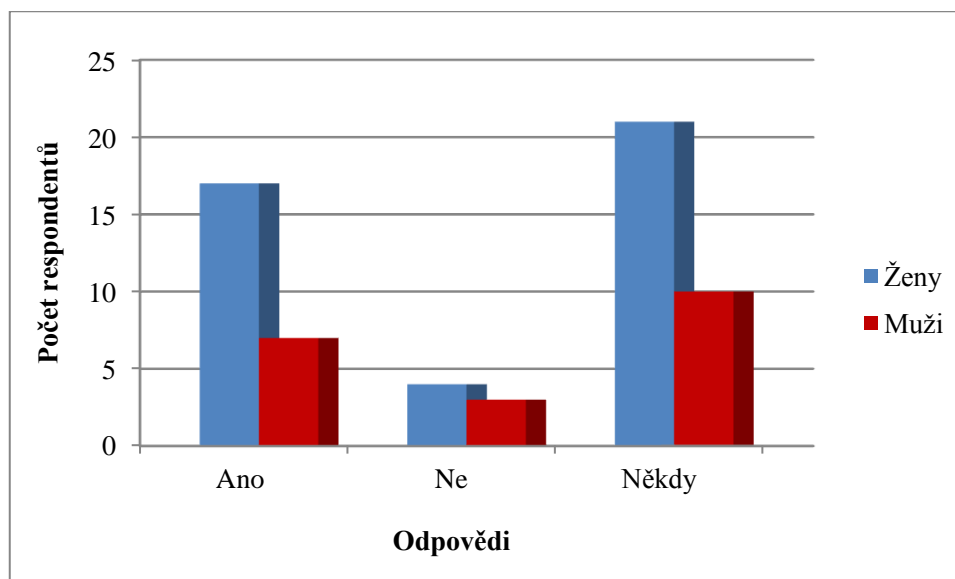
Jestliže budeme hodnotit jednotlivé skupiny dotazovaných podle pohlaví, pak se velmi unavených cítí 30 žen a 15 mužů. Na možnost, že se necítí dobře, odpovědělo kladně 16 žen a 3 muži. Obtíže s následným večerním usínáním přiznalo 12 žen a 3 muži. Bez obtíží a dobře, se cítí pouze 1 žena a 1 muž.

Jestliže se opět podíváme do přílohy na graf z obrázku 15b, asi nás mírně překvapí, že po noční směně se cítí dobře, i přestože nejdou spát po noční směně, pouze respondenti s rodinou, z nichž toto uvedla 1 žena a 1 muž. Zajímavostí by mohlo být, že dle dotazníkového šetření, patří tato respondentka do skupiny žen s rodinou a pracuje ve směnném provozu více než 21 let. Respondent, který též odpověděl, že nemá obtíže, pokud nejde po noční směně spát, má také rodinu a pracuje na směny v intervalu 11 – 15 let.

Nejvíce žen (27) s rodinou odpovědělo, že se odpoledne cítí unavené, u žen bez rodiny takto odpověděly 3 respondentky. Obdobná situace je i mužů (9) s rodinou a 6 mužů bez rodiny. Mnoho žen s rodinou (15) také uvedlo, že se necítí dobře a mají například bolesti hlavy,

pokud zůstanou bdělé a nejdou po noční směně spát. Tuto variantu také uvedlo více mužů bez rodiny (2) oproti 1 muži s rodinou. Obtíže s usínáním večer uvedlo 10 žen a 1 muž s rodinami, naproti tomu tuto možnost vybrali pouze 2 ženy a 1 muž bez rodiny.

Otázka č. 16: Máte pocit, že se ve vašem životě projevuje zátěž, vyplývající ze směnného provozu?



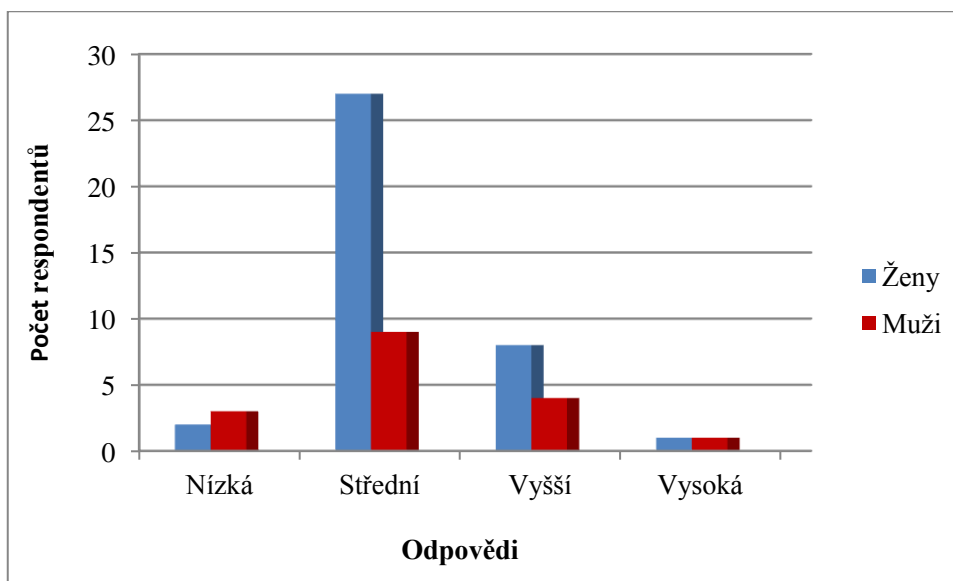
Obrázek 16a Graf: Zátěž ze směnného provozu, n = 62

Většina respondentů z celkového počtu 62, konkrétně 21 žen (34%) a 10 mužů (16%), se u této otázky shodla, že je jejich život směnným provozem někdy ovlivněn. Možnost ano, volilo 17 žen (27%) a 7 mužů (11%). Subjektivně necítí zátěž, kterou s sebou nese směnný provoz 4 ženy (7%) a 3 muži (5%).

Kdybychom se podívali na obrázek 16b (viz příloha), tak nám jeho grafy znázorní rozložení respondentů v závislosti na faktu, zda mají či nemají rodinu. Nejvíce pociťují zátěž ze směnného provozu ženy s rodinou, konkrétně možnost ano volilo 16 žen (38%) a variantu někdy uvedlo 17 žen (40%). Možnost ne zvolily 4 ženy (10%). Ženy, které ještě rodinu nemají, uvedly pouze variantu někdy a to konkrétně 4 ženy (10%) a možnost ano přiznala žena 1 (2%).

Muži s rodinou jsou vyrovnanou skupinou, kdy variantu ano nebo někdy uvedlo 5 (25%) a 5 (25%) mužů. Žádnou zátěž z práce na směny subjektivně nepociťují 2 muži (10%). Skupina mužů, kteří ještě rodinu nemají, je vyrovnaná méně, zde nejvíce respondentů vybralo variantu někdy, konkrétně tedy 5 mužů (25%). Zbývající 2 muži (10%) volili možnost ano a pouze 1 (5%) muž se subjektivně necítí být směnným provozem ovlivněn.

Otázka č. 17: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano nebo někdy, mohl/a byste prosím intenzitu zátěže ohodnotit dle následné škály?



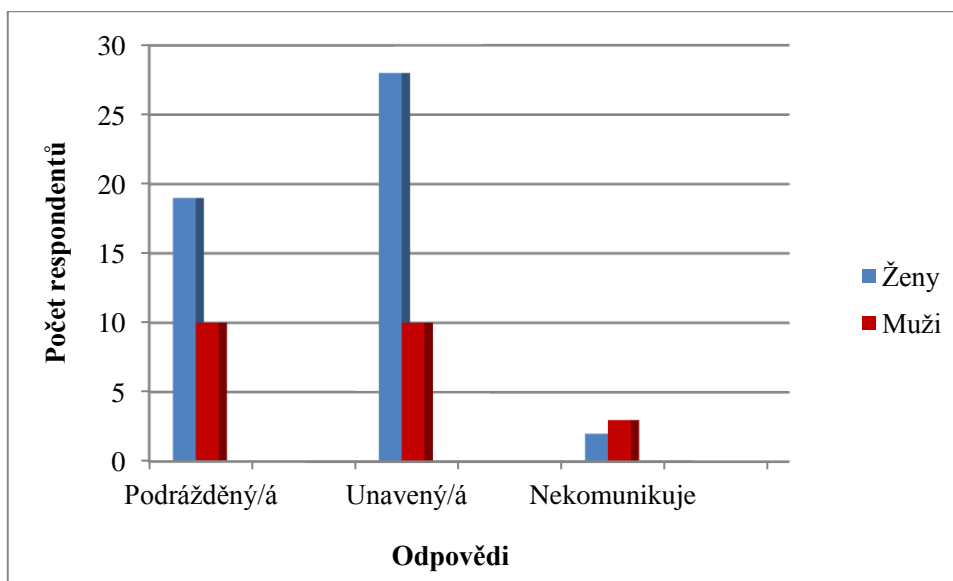
Obrázek 17a Graf: Intenzita zátěže, n = 55

Vyplnění této otázky se účastnili pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně tedy, že mají pocit, že je práce na směny ovlivňuje a konkrétně takto odpovědělo dle grafu z obrázku 16a 55 dotazovaných. Ti u této otázky měli intenzitu zátěže subjektivně ohodnotit dle uvedené škály.

Ze zúčastněných respondentů 27 žen (49%) a 9 mužů (16%) ohodnotilo působící zátěž jako střední intenzitu. Zátěž, jež vyplývá ze směnného provozu vyšší intenzity, uvedlo 8 žen (14%) a 4 muži (7%). Intenzitu vysokou uvedla 1 žena (2%) a 1 muž (2%). Naopak malou intenzitou se projevuje zátěž z práce na směny u 2 žen (4%) a 3 mužů (6%).

Graf na obrázku 17b (viz příloha) nám skupiny respondentů opět dělí na podskupiny, kterými jsou skupina dotazovaných s rodinou a bez rodiny. Celkem odpovídalo 38 žen, z čehož nízkou zátěž volily pouze 2 ženy s rodinou (5%), intenzitu střední zátěže uvedlo 22 žen s rodinou (58%) a 5 žen bez rodiny (13%). Vyšší zátěž pociťuje 8 žen s rodinou (21%) a zátěž vysokou uvedla pouze 1 žena také s rodinou (3%). U mužů je situace podobná. Z počtu 17 mužů, jež se podíleli na odpovědích u této otázky, nízkou zátěž subjektivně pociťuje 1 muž s rodinou (6%) a 2 muži bez rodiny (12%). Střední intenzitu zátěže uvedlo 5 mužů s rodinou (29%) a 4 bez rodiny (23%). Zátěž ze směnného provozu o vyšší intenzitě působí na 3 muže s rodinou (18%) a 1 bez rodiny (6%). Nejvyšší zátěž uvedl podobně jako u žen 1 muž (6%), který má také rodinu.

Otázka č. 18: Pokud jste v otázce č 16 odpověděl/a ano nebo někdy, můžete prosím uvést, jak se na Vás přetížení projevuje?



Obrázek 18a Graf: Projevy přetížení, n = 55

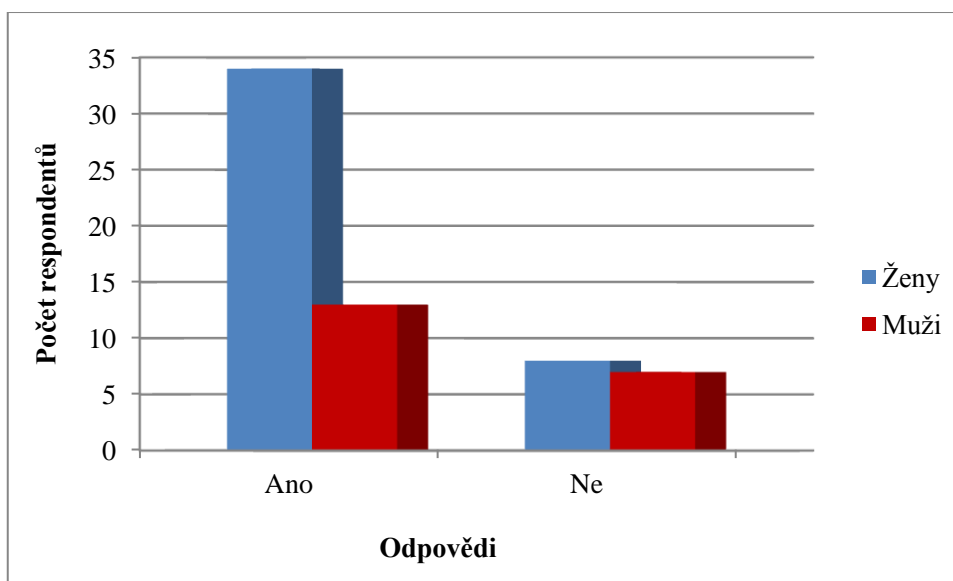
Intenzita zátěže byla hodnocena v otázce č. 17 a v této otázce měli respondenti uvést, jak konkrétně se dané přetížení ze směnného provozu na jejich osobě projevuje. Tato otázka se týkala 55 respondentů, 38 žen a 17 mužů a i zde mohli dotazovaní zvolit více odpovědí nebo doplnit variantu jině. Této možnosti využili pouze 1 z dotazovaných a byl to muž (6%), který uvedl, že se na něm přetížení projevuje jako „zvýšená lenost“.

Největší počet respondentů volil možnost – jsem unavený/á a nestíhám. Mezi zástupci této volby bychom našli 28 žen a 10 mužů. Zvýšenou podrážděností se zátěž, která vyplývá ze směnného provozu, projevuje na 19 ženách a 10 mužích. Nabízenou variantu – stáhnou se do sebe a moc nekomunikují – vybrali 2 ženy a 3 muži.

Graf na obrázku 18b (viz příloha) ukazuje, že variantu – stáhnou se do sebe a nekomunikují - volili pouze muži (3) a ženy (2) s rodinami. Více žen, které rodinu nemají, uvedlo, že se na nich zátěž ze směnného provozu projevuje podrážděností (3 ženy) než únavou (2 ženy). Obdobně je to i mužů bez rodiny (5 vs. 3 muži). Naproti tomu se u mužů s rodinou přetížení projevuje více únavou a tím, že nestíhají (7), než podrážděností (5).

U této otázky uvedlo 17 respondentů více jak jednu odpověď.

Otázka č. 19: Máte pocit, že Vás práce na směnný provoz ovlivňuje?



Obrázek 19a Graf: Ovlivnění směnným provozem, n = 62

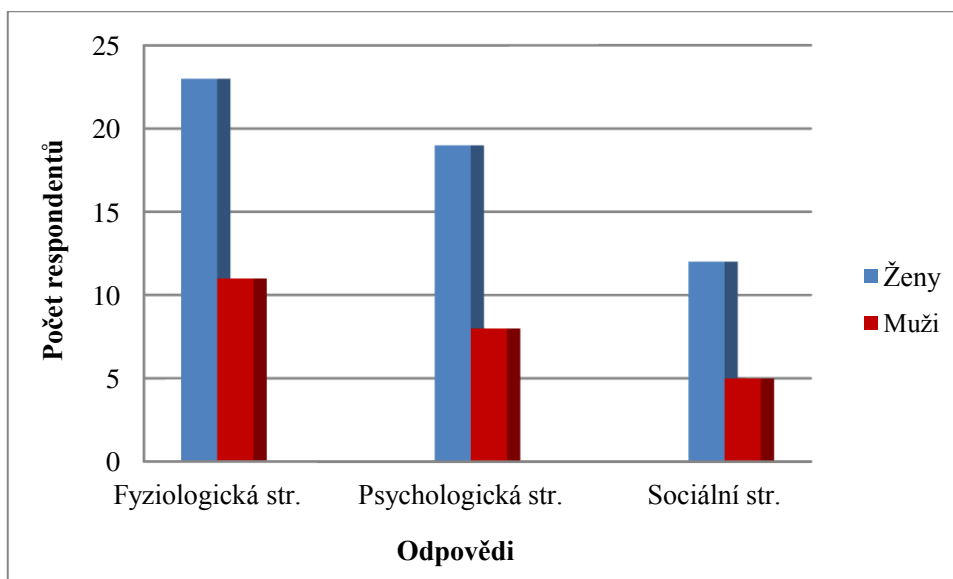
Tato otázka by se dala označit též jako otázka kontrolní a měla za úkol, prověřit soustředěnost respondentů a relevantnost jejich odpovědí při vyplňování dotazníku. Otázka se podobá otázce č. 16 a je pouze jinak formulována.

Variantu ano, směnný provoz mě ovlivňuje, odpovědělo z celkového množství 62 respondentů 34 žen (55%) a 13 mužů (21%), což je více než polovina dotazovaných, kteří se mého šetření zúčastnili (76%).

Pocit, že je směnným provozem neovlivňuje má 8 žen (13%) a 7 mužů (11%), kteří tvoří zbytek respondentů do celku (24%).

Jestliže bychom chtěli otázku dále rozebrat, můžeme výsledky ještě porovnat z grafu na obrázku 19b (viz příloha). Variantu „ano“ uvedlo 30 žen s rodinou (71%) a 4 ženy bez rodiny (10%). Mužskou část respondentů zastupuje 9 mužů s rodinou (45%) a 4 muži, kteří ještě rodinu nemají (20%). Ne, je odpověď 7 žen (17%) a 3 mužů (15%) s rodinou, 1 ženy (2%) a 4 mužů (20%) bez rodiny.

Otázka č. 20: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, uveďte prosím, po jaké stránce Vás směnný provoz nejvíce ovlivňuje.



Obrázek 20a Graf: Stránka ovlivnění směnným provozem, n = 47

V poslední otázce jsem se zaměřila na to, jakou stránku člověka směnný provoz nejvíce ovlivňuje. Na tuto otázku mohli odpovídat jen ti respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně. I zde měli respondenti možnost volit více odpovědí.

Po fyziologické stránce ovlivňuje směnný provoz život 23 žen a 11 mužů. Psychologickou stránku směny ovlivňují u 19 žen a 8 mužů. Poslední variantou bylo, že směnný provoz ovlivňuje respondenta po sociální stránce. Tuto možnost uvedlo 12 žen a 5 mužů.

Graf na obrázku 20b (viz příloha) rozděluje ženy a muže podle kritéria – mám či nemám - rodinu. Fyziologickou stránku směny ovlivňují u 20 žen a 8 mužů s rodinou, dále pak u 3 žen a 3 mužů bez rodiny. Psychologická stránka je ovlivněna směnným provozem u 18 žen a 5 mužů s rodinou, 1 ženy a 3 mužů bez rodiny. Po sociální stránce se cítí být práci na směny ovlivněno 12 žen a 4 muži s rodinou, dále pak už jen 1 muž, který ještě rodinu nemá.

Z dotazovaných respondentů, kterých se tato otázka týkala, jich 30 uvedlo více jak jednu variantu.

I tato otázka by měla do jisté míry korespondovat s odpověďmi na otázku číslo 18.

6 Diskuze

V této části bakalářské práce bych nejprve ráda zhodnotila výsledky, které přineslo dotazníkové šetření a následně bych ráda porovнала své výsledky s výsledky, kterých dosáhly při svém výzkumu jiné studentky, jež zpracovávaly podobné téma. Dále bych ráda porovнала výstupy ze své práce s dostupnými a mnou dohledanými publikacemi.

Ve zdravotnictví představují ženy 4/5 ze všech zaměstnanců, kteří pracují ve zdravotnictví. Na 10 000 obyvatel ČR připadá 79,6 porodních asistentek a všeobecných sester. Pro naši představu lékařů, a to včetně zubařů, připadá na stejný počet obyvatel 44,7. Z celkového počtu 83 728,13 všeobecných sester a porodních asistentek jich 49 383,51 pracuje v nemocnicích. Například v psychiatrických léčebnách jich je zaměstnáno 2 912,91 a v léčebnách LDN 1931,98. Celkem bylo na lůžkových odděleních zaměstnáno 56 505,38 sester k 31. 12. 2012 (jedná se o přepočtené počty pracovníků). K tomuto datu pracovalo ve zdravotnictví celkem 249 657,98 pracovníků. V ambulantní sféře pracovalo ke konci loňského roku 24 788,49 pracovníků (Mašková, 2013, s. 1 - 6).

Není však známo, jaký podíl na celkovém počtu sester – žen mají muži, kteří pracují na pozici zdravotní sestry. Vzhledem k mnou zjištěným faktům, uvedeným ve výsledcích u otázky číslo 1, lze předpokládat, že tento počet nebude velký. Přesto jsou muži nedílnou součástí týmu zdravotních sester.

Co se práce na směny týká, nevádí převážně většině dotazovaných. Borzová (2009, s. 84 - 85) uvádí, že tolerance na směnný provoz se snižuje kolem 50. roku věku. Respondenti, kteří se zúčastnili mého dotazníkového šetření, bohužel nedosahovali tohoto věkového limitu, a to i přestože jejich praxe je v délce více než 21 let. I přesto se najdou i zde vyjimky, které se však prolínají napříč spektrem dotazovaných respondentů. Pokud bych měla identifikovat skupinu, která nejvíce vyjadřovala negativní postoj ke směnnému provozu, byli by to pracovníci, pracující v rozsahu 16 – 20 let. Možná se na tomto negativním postoji podepisuje i fakt, že na většině oddělení se vyskytují přesčasové hodiny, které uvedlo 85% respondentů.

Zásady zdravého spánku zná dle dotazníkového šetření většina respondentů. Vhodné prostředí si ke spánku vytváří 52% respondentů. Trachtová (2010, s. 74) uvádí, že přiměřená pohybová aktivita je faktorem usnadňujícím usínání, kvalitu i délku spánku. Z dotazovaných respondentů se cvičení věnuje pouze 37% mužů a žen, což bych stejně jako Hlaváčková (2009, s. 44) označila za velmi málo, přičemž se na tomto procentu více podílejí ženy, ale

muži se této aktivitě věnují s větší pravidelností než ženy. Stejně ne právě dobré výsledky přinesla otázka relaxace před spánkem. Při porovnání výsledků mého šetření a šetření Hlaváčkové (2009, s. 50) dojdeme ke stejnému závěru a to, že relaxaci, například četbou, si před spaním dopřeje méně než polovina respondentů. Kouření patří k látkám, které spánek ovlivňují negativně a rozhodně nepatří do zásad zdravého spánku i přesto kouření přiznalo 11 respondentů. Mezi další negativní vlivy patří i pití vína, piva nebo sledování televize před spaním. I toto přiznala malá část respondentů. Přes zápory, které ke zdravému spánku nepatří, lze hodnotit výsledek této otázky pozitivně. Otázkou tu zůstává, co je příčinou tohoto ne zcela přesvědčivého výsledku. Je to způsobeno nedostatkem času, motivace či sil? Hlaváčková (2009, s. 58 - 59) ve své práci dospěla k podobnému závěru.

Dále z mého výzkumu vyplynulo, že převážná většina respondentů (90%) chodí po noční směně spát, ale po probuzení se subjektivně cítí málo odpočatí (52%). Dalších 23 % respondentů se spíše nebo vůbec necítí dostatečně odpočatí, když se probudí ze spánku po noční směně. Z toho tedy vyplývá, že nadpoloviční část respondentů hodnotí svůj spánek po noční směně jako méně kvalitní. K podobnému závěru dospěla i Červenková (2004, s. 37) ve své bakalářské práci, kde uvádí, že pouze 22,1% žen spí po noční směně dobře a dostatečně dlouho.

Dále 45% sester uvedlo, že po noční směně spí průměrně 4 – 5 hodin, přičemž více jak 8 hodin nespí po noční směně žádný z dotazovaných. Možná i délka spánku po noční směně je faktorem naznačujícím vyčerpání sestry – matky či otce, protože možnost 6 – 8 hodin spánku po noční směně volilo více respondentů, kteří v úvodu dotazníku uvedli, že ještě nemají rodinu. Dle Brhela (2005, s. 90) většina pracujících na směny uvádí po noční směně kratší spánek a závěr z mého šetření tomuto tvrzení odpovídá.

Další otázka byla zaměřena na užívání podpůrných látek nebo metod k navození či zlepšení spánku. Negativní odpověď volilo 90% respondentů, 8% dotázaných přiznalo podporu spánku občas a 2%, tedy 1 žena, uvedla pravidelné užívání sedativ. Mezi další alternativy uváděli respondenti bylinné čaje nebo jiné relaxační techniky, jeden z mužů přiznává občasné užití hypnotik, jiný respondent občas užívá Dithiaden, přičemž nespecifikuje, zda ho neužívá z důvodu alergie. Při zhodnocení této otázky by se dal konstatovat uspokojivý výsledek a i ten koresponduje s výsledky zjištěnými Hlaváčkovou (2009, s. 59), která uvádí, že svůj spánek podporuje 11,1% sester směnného provozu a to převážně alternativními metodami. Většina jejich respondentek buď uvádí, že potíže se spánkem nemají nebo je neřeší.

Potřeba našeho spánku je dána individuálně a Borzová (2009, s. 13) dále uvádí, že čím jsme starší, tím je náš spánek lehčí, kratší. Já jsem tuto otázku zkusila pojmout i z hlediska toho, jak hodnotí respondent svůj obvyklý spánek, pokud má následující den volno nebo naopak jde do zaměstnání. Více respondentek (48%) zvolilo možnost, že se často budí bez zjevné příčiny a to v případě, že jdou ráno do práce. 55% mužů však volilo možnost druhou a to, že pokud jdou ráno do práce, spí dobře, ale snadno se vzbudí. Jen malá část respondentů před denní směnou spí tvrdě bez vyrušení (10%).

Jiná situace nastává, mají-li respondenti následující den volno. 48% dotázaných uvedlo, že v tomto případě spí tvrdě a nic je ze spánku nevyruší. Možnost „spím dobře, ale snadno se vzbudím“ uvedlo 45% respondentů. Zbýlých 7% respondentů se budí často. I zde je dobře z výsledků vidět, že ženy mají spánek méně kvalitní než muži, což ovšem nemusí být nutně spjato se směnným provozem, ale i s další rolí sestry - ženy a to je role matky, pečovatelky o rodinný krb. Hnilica in Červenková (2004, s. 52 - 53) uvádí, že stále v naší společnosti přetrvává názor, že žena musí své dominantní role zvládat, ale některé se tímto dostávají do situací, kdy je jednodušší zkrátit dobu odpočinku a tím získat více času na rodinu. Pokud bychom porovnávali, jak odpovídaly ženy s rodinou a ženy bez rodiny, zjistili bychom, že sestry s rodinou udávají méně kvalitní spánek, což z grafů na obrázku 13b jasně vyplývá. Výsledkem tedy je, že většina respondentů spí dobře, pokud mají následující den volno. Situace se mění, jestliže jdou respondenti ráno do zaměstnání.

Spánek má pro organismus, mimo jiné, regenerační a osvěžující účinek a proto mě zajímalo, jak hodnotí sestry svůj den, jestliže nejdou po noční směně spát. Z výsledků této otázky se dá vyčíst, proč 90% respondentů uvedlo, že chodí po noční směně spát. Výraznou únavu, když nejdou po noční spát, subjektivně pocítuje 45 respondentů, což je z celkového počtu 62 více než polovina. Někteří respondenti využili možnosti více odpovědí a uvedli, že se cítí velmi unavení a mají večer obtíže s usínáním, nebo se necítí dobře. Bez obtíží se cítí pouze 2 respondenti a to zástupci obou pohlaví, kteří ale patří do skupiny respondentů bez rodiny. Borzová (2009, s. 14) opět uvádí, že pokud noční spánkový deficit nelze následně vyrovnat, je následkem toho snižená výkonnost přes den. S tímto tvrzením, se podle výsledků dotazníkového šetření musím ztotožnit.

Nevšímalová (1997, s. 159) uvádí, že u pracovníků na směny jsou často pozorovány poruchy cirkadiánního rytmu, tedy poruchy usínání a celistvosti spánku. I tento závěr bychom dle

výsledků mohli potvrdit, protože obtíže s usínáním uvedlo 24% respondentů, což není zanedbatelný počet.

Do své práce jsem se snažila zařadit i otázky, které by se daly označit jako kontrolní. Byly položeny v rozmezí tří po sobě jdoucích otázek, ale každá byla jinak formulována. Jejich úkolem bylo zjistit, jak se respondenti na vyplnění dotazníku soustředili a porovnat pravdivost jejich odpovědí v těchto dvou otázkách. V první otázce jsem se respondentů ptala, zda mají pocit, že se v jejich životě projevuje zátěž ze směnného provozu a druhá otázka měla zjistit, zda mají pocit, že je práce směnný provoz ovlivňuje. Výsledky těchto dvou odpovědí by se daly shrnout tak, že se respondenti vcelku shodovali ve svých odpovědích, kdy 89% respondentů pociťuje ve svém životě zátěž, jenž plyne z práce na směny a 76% (tedy opět nadpoloviční většina) má pocit, že je prací na směny ovlivněna. Pokud bychom porovnávali odpovědi mužů a žen, jistě nás příliš nepřekvapí, že více jsou touto prací ovlivněny a zatíženy právě ženy.

Mezi těmito kontrolními otázkami byly dvě otázky, zaměřené na intenzitu zátěže, jenž vyplývá ze směnného provozu a jak se dané přetížení u respondenta projevuje. Jako středně působící intenzitu označilo tuto zátěž 65% respondentů z celkového počtu 55, přičemž variantu střední zátěže označilo 49% dotazovaných žen. Muži z 16% volili tuto variantu také, ale rozložení jejich odpovědí je v grafu na obrázku 17a více rovnoměrné ve všech možnostech. Ve výsledku by se dalo říci, že na respondenty směnný provoz působí střední až vyšší intenzitou spíše než nízkou, kterou volilo pouze 8% respondentů. Pokud bychom se ptali na to, jakým způsobem se v předchozí otázce ohodnocené přetížení na respondentech projevuje, asi bychom nebyli překvapeni. Únavu a pocit nestíhání ostatních činností má podle výsledků dotazníku nejvíce respondentů. Dalším výrazným projevem je podrážděnost. Pokud bychom ovšem porovnávali výsledky u respondentů s rodinou a bez rodiny, tak větší část mužů a žen s rodinou se spíše cítí unavení, s pocitem, že nestíhají než by se subjektivně cítili podráždění. Opakem je to u respondentů bez rodiny. Hadfield (2013, s. 78) uvádí, že v zimě 2011 zveřejnila Organizace na podporu spánku Sleepio výsledky svého průzkumu, ze kterých vyplývá, že při porovnání respondentů s poruchami spánku s respondenty bez těchto poruch, se u první skupiny až třikrát častěji projevují poruchy soustředění a nálady či dvakrát častěji únava a až čtyřikrát častěji problémy ve vztazích.

Poslední otázka v dotazníku nám dala odpověď, na kterou stránku respondentovy osoby směnný provoz působí nejvíce. I zde jsem se přesvědčila, že většina respondentů byla

svědomitá při vyplňování dotazníku, protože odpovědi ve většině případů korespondovaly s odpověďmi na otázku číslo 16. Také v této otázce mohli respondenti uvést více odpovědí, a přesto se ve většině shodli na tom, že směnný provoz je ovlivňuje především po stránce fyziologické. Nejméně je ovlivněna sociální stránka života respondentů. I tento můj závěr koresponduje s tvrzením Vlčka (2010, s. 230), který uvádí, že intolerance směnného provozu se projevuje vyčerpáním, depresí či funkčními změnami.

7 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo přiblížení náročnosti povolání zdravotní sestry, definování směnného provozu a jeho rizik, ale také definování spánku, jeho fází, fyziologie a také jeho poruch, které mohou vyplývat právě ze směnného provozu. Zajímalo mne, zda práce na směny ovlivňuje spánek sester a jak sestry subjektivně hodnotí svůj spánek. Ve své práci jsem také chtěla porovnat, jak se s prací na směny a následnými možnými negativy vyrovnávají sestry - ženy a jak muži, pracující na postu zdravotní sestry.

7.1 Teoretická část

V teoretické části je popsáno pomáhající povolání a vývoj profese zdravotní sestry, jak se měnila její role ve společnosti. Je zde také přiblížena osobnost sestry a její image. Je zde vyzdvíženo, co se od zdravotních sester očekává a požaduje, jaké jsou na ně kladeny morální, fyzické i psychické nároky.

Dalším úsekem teoretické části bylo specifikování směnného provozu, jeho aspektů a důsledků, jež vyplývají ze špatné tolerance práce na směny, jak se na jedinci tato práce může odrazit.

Poslední částí teorie je definování spánku, přiblížení, jak spánek vnímali lidé v dávné minulosti, je zde uvedena optimální délka spánku, jak ji uvádí někteří autoři, zabývající se problematikou spánku. Jsou zde ve zkratce vysvětleny spánkové fáze, fyziologie spánku či fyziologické změny, které vlivem spánku v našem organismu nastávají. Je zde zmíněna významná osobnost českého vědeckého pole, která se velmi významně podílela na objasnění regulace spánku u člověka – prof. Helena Illnerová. Pro zajímavost jsem v teoretické části uvedla i některé teorie a modely spánku, či psychologický pohled na něj. V další části jsem se zabývala faktory, které spánek ovlivňují a následně se projevují v chování, jednání jedince nebo se odrážejí na jeho zdravotním stavu. V teoretické části, zabývající se spánkem jsou uvedeny i nejčastější metody, užívané k diagnostice poruch spánku nebo k jejich léčbě. Zajímavý je také pohled na nedílnou součást spánku a to je sen.

7.2 Praktická část

Výsledky praktické části by se daly shrnout tak, že směnný provoz spánek sester z mé skupiny respondentek zcela jistě ovlivňuje, ale většina respondentů se s touto situací smířila a práce na směny jim i přesto nevadí. Jsou schopni svůj životní rytmus těmto vlivům přizpůsobit.

Sestry se snaží deficit spánku z noční směny vyrovnávat zkráceným spánkem dopoledne po noční směně, ale většinou tento spánek nedostačuje a odpoledne se cítí spíše unavené než odpočaté. Většina sester, které se účastnily mého šetření, subjektivně hodnotí svůj spánek jako méně kvalitní, ať už tedy spí po noční směně ráno nebo mají následné ráno směnu. Situace se mění, jestliže následuje volno. Tady sestry hodnotí svůj spánek lépe. I přes tyto obtíže většina sester problémy se spánkem neřeší ani farmakologickou ani nefarmakologickou cestou, která však při porovnání výsledků vítězí.

Při porovnávání spánku žen a mužů lze dojít k závěru, že muži si nechají ovlivňovat svůj spánek méně než ženy. Muži spí více dobře a tvrději bez vyrušení než ženy a to i bez závislosti na nadcházejícím volnu nebo ranní směně. Z celkového počtu mužů, kteří se účastnili mého šetření, jich také větší procento spí po noční směně déle než ženy. V potřebě ovlivnit svůj spánek farmakologickou či nefarmakologickou cestou jsou ženy i muži vyrovnáni. V závěrečném porovnání jsou tedy muži s prací na směny více vyrovnáni než ženy, ale obě skupiny se tímto faktorem vyrovnávají dobře.

Téma poruch spánku, jež mohou vyplývat ze směnného provozu, je rozsáhlé a zasloužilo by si detailnějšího zpracování u větší skupiny respondentů a to nejen při rozdělení na skupiny ženy vs. muži, ale například i z hlediska délky praxe či věku respondenta.

Přestože můj soubor respondentů nebyl příliš obsáhlý, jsou výsledky z mého výzkumu zajímavé k prostudování a uvědomění si, jak jsme na tom se spánkem my sami a jak bychom kvalitu svého spánku mohli zlepšit, kde jsou naše rezervy.

„Nekonečný, nekompromisní a nevyhnutelný koloběh dne a noci. Ať už sluncem zalitá nebo zcela potmělá Země je domovem pro 7 miliard lidí a jejich životy ovládá světlo víc, než by si byli dosud schopni připustit. Práce na směny nebo změny časových pásem destabilizují vnitřní hodiny každého člověka.“ (Illnerová, 2013)

8 Seznam literatury

- BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Psychologická encyklopedie-aplikovaná psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.
- BORZOVÁ, Claudia et al. *Nespavost a jiné poruchy spánku pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2978-7.
- BRABCOVÁ, Soňa. *Sestra odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Vznik a vývoj ošetrovatelských uniforem*. 2013, **23** (5), s. 24. ISSN 1210-0404.
- BRHEL, Petr, Marta MANOUŠKOVÁ a Evžen HRNČÍŘ. *Pracovní lékařství-základy primární pracovně lékařské péče*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-414-3.
- ČERNOUŠEK, Michal. *Sen a snění*. 1. vyd. Praha: Horizont, 1988. ISBN 40-057-88.
- ČERVENKOVÁ, Zuzana. *Hranice psychiky sestry mezi profesní rolí a rolí matky a manželky*. Hradec Králové, 2004. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta Hradec Králové. Vedoucí práce MUDr. Alena Vosečková, CSc.
- DOLEŽAL, Jan, Pavel MÁCHAL a Branislav LACKO et al. *Projektový management podle IPMA*. 2. aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4275-5.
- DRUGA, Rastislav, Miloš GRIM a Petr DUBOVÝ. *Anatomie centrálního nervového systému*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-706-6.
- FROMM, Erich. *Mýtus, sen a rituál*. 1. vyd. Praha: Aurora, 1999. ISBN 80-85974-70-3.
- GULÁŠOVÁ, Ivica, Ján BREZA a Ján HRUŠKA. *Sestra odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Prevence krizových situací-stres*. 2013, **23** (6), s. 25. ISSN 1210-0404.
- HADFIELD, Sue. *Pozitivní myšlení. Jak změnit svůj přístup a dívat se na život optimisticky*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4848-1.
- HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-107-7.
- HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4032-4.

HLAVÁČKOVÁ, Jana. *Sestry a spánek*. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Doc. PhDr. Miroslava Kyasová, Ph.D.

ILLNEROVÁ, Helena. *Nauka o hodinách v nás* [online]. 2013, 16. 11. 2013. Dostupné z: www.ceskatelevize.cz/specialy/hydepark-civilizace/16.11.2013/.

KANCELÁŘ AV ČR, Odbor mediální komunikace. *Mendelova medaile pro prof. Helenu Illnerovou* [online]. 2013, [cit. 20. 11. 2013]. Dostupné z: <http://www.cas.cz/sd/novinky/hlavni-stranka/130109-Mendelova-medaile-pro-prof-Helenu-Illnerovou.html>.

KELNAROVÁ, Jarmila et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty-2. ročník, 1. díl*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009a. ISBN 978-80-247-3105-6.

KELNAROVÁ, Jarmila, Martina CAHOVÁ a Iva KŘEŠŤANOVÁ et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty-1. ročník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009b. ISBN 978-80-247-2830-8.

KLEVETOVÁ, Dana. *Sestra odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Supervize jako prevence syndromu vyhoření. 2011, **21** (10), s. 21. ISSN 1210-0404.

KRAUSOVÁ, Zuzana. *Sestra v diabetologii*. Diabetes a psychika, 4. část-sestra a syndrom vyhoření. 2007, **3** (3), s. 21. ISSN 1801-2809.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.

MARTÍNKOVÁ, Jiřina et al. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1356-4.

MAŠKOVÁ, Eliška. *Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2012* [online]. 2013, [cit. 31. 12. 2013]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_37.pdf.

MOUREK, Jindřich. *Fyziologie. Učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3918-2.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa a Karel ŠONKA. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85800-37-3.

PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství 1*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.

ROKYTA, Richard et al. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2. přeprac. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-86642-47-5.

ROZSYPALOVÁ, Marie, Hana SVOBODOVÁ a Marie ZVONÍČKOVÁ. *Sestry vzpomínají. Příspěvek k historii ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1503-1.

SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-7262-706-6.

SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0623-7.

TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněn. vyd. Brno: NCO NZO, 2010. ISBN 80-7013-324-4.

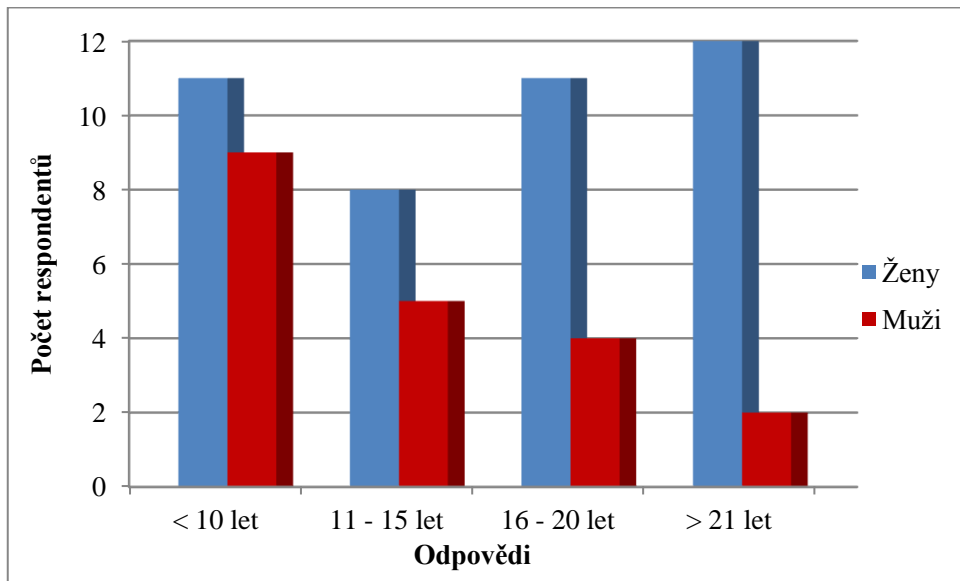
TROJAN, Stanislav et al. *Lékařská fyziologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

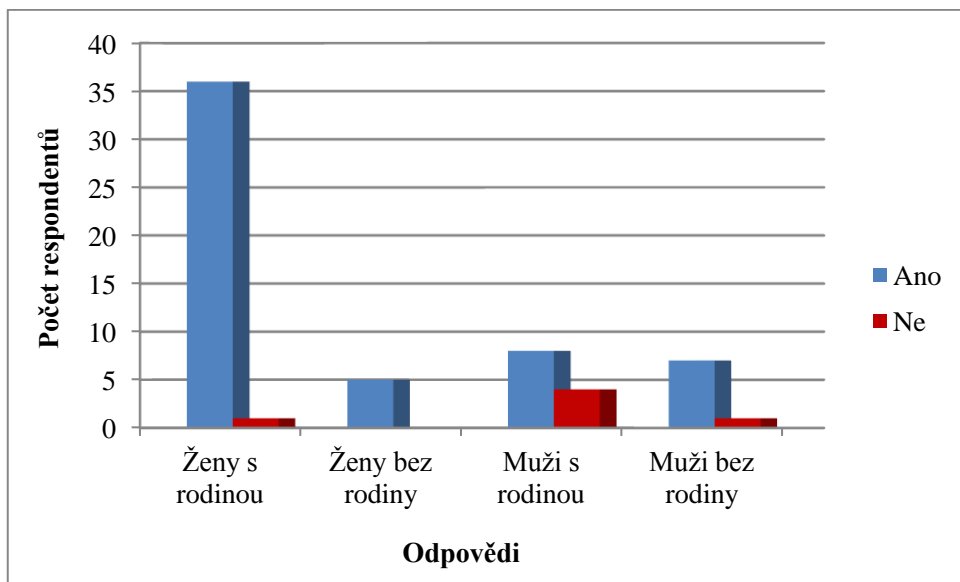
VLČEK, Jíří, Daniela FIALOVÁ et al. *Klinická farmacie 1*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3169-8.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry. Příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.

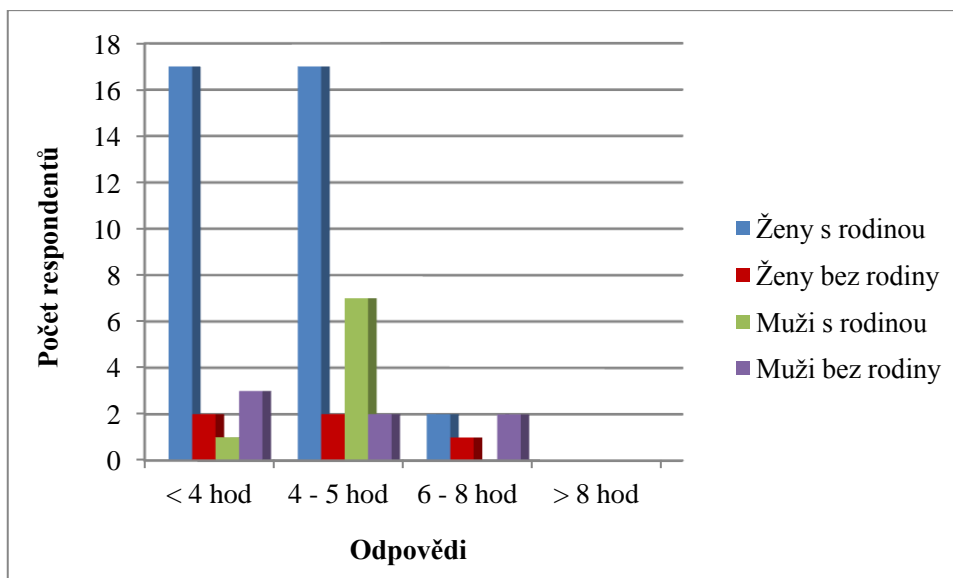
9 Přílohy



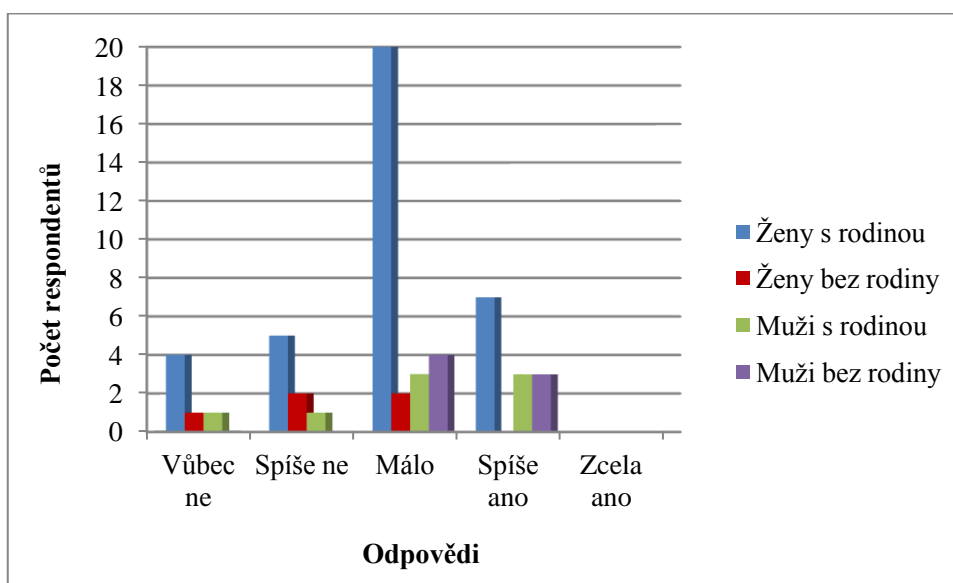
Obrázek 3b Graf: Délka praxe v kombinaci s rodinou, n = 62



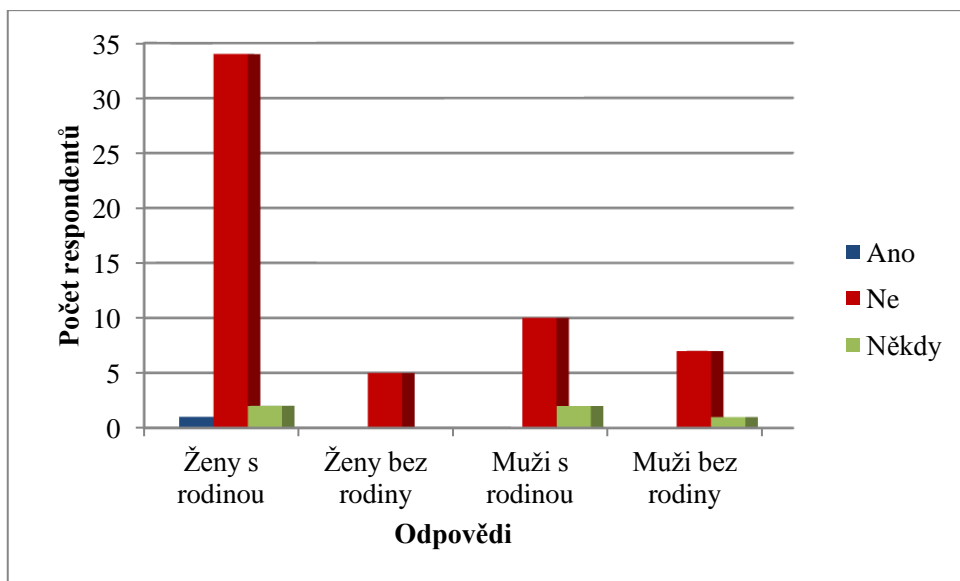
Obrázek 8b Graf: Spánek po noční směně, n = 62



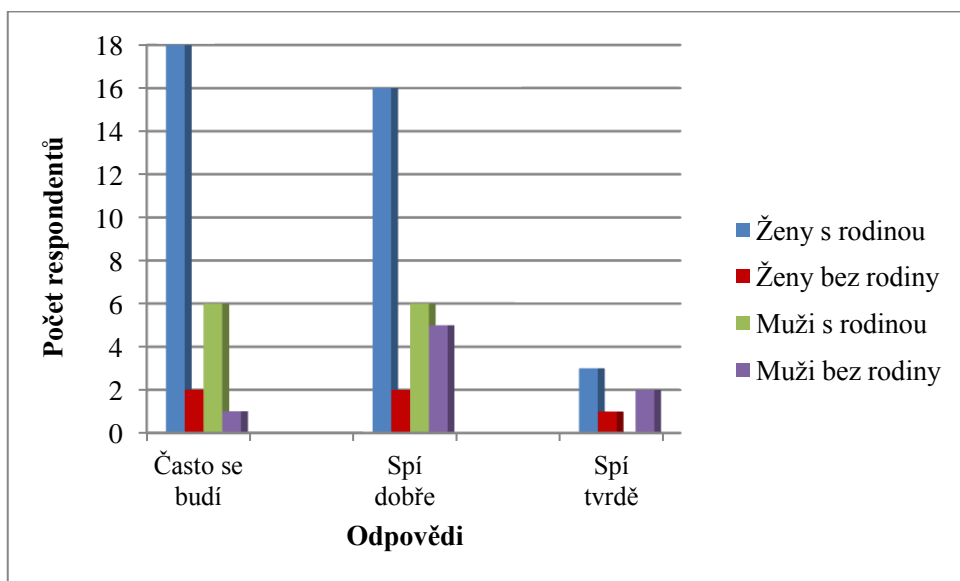
Obrázek 9b Graf: Délka dopoledního spánku, n = 56



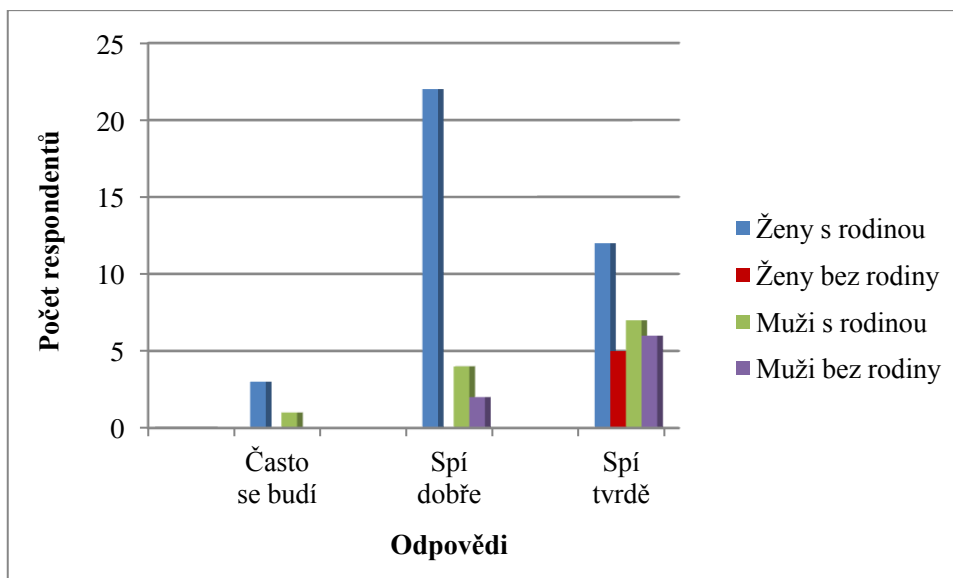
Obrázek 10b Graf: Pocit odpočinku, n = 56



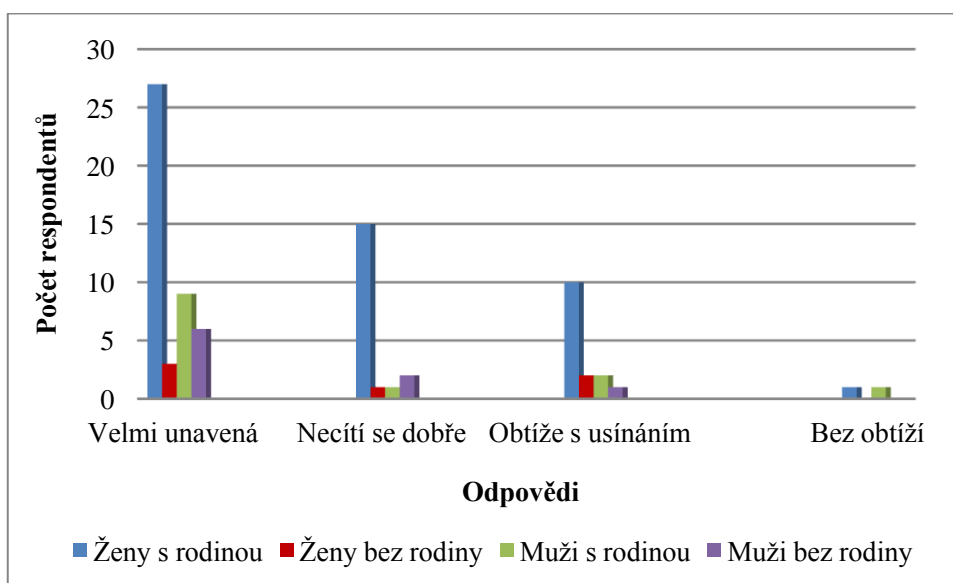
Obrázek 11b Graf: Užívání látek nebo technik ke zlepšení spánku, n = 62



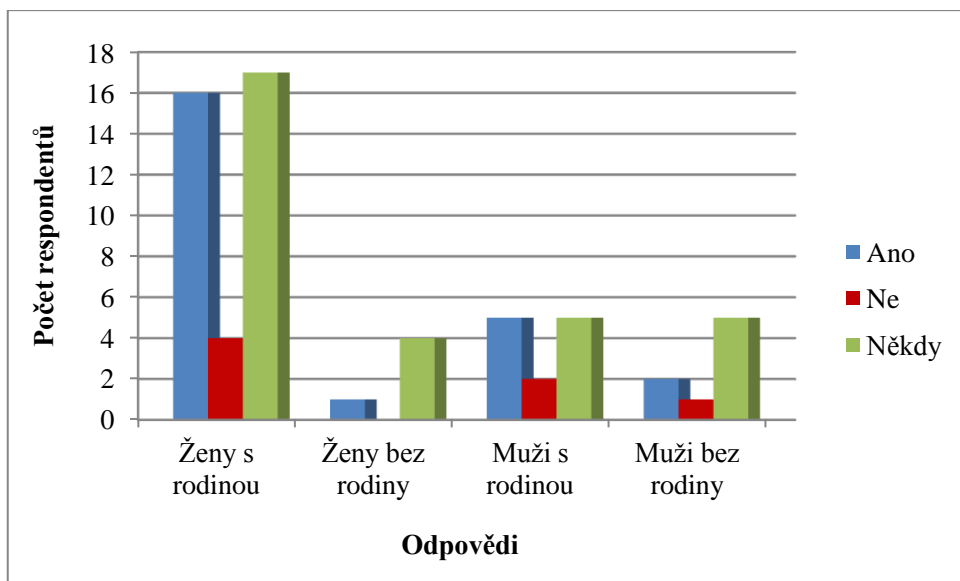
Obrázek 13b Graf: Hodnocení spánku před ranní směnou, n = 62



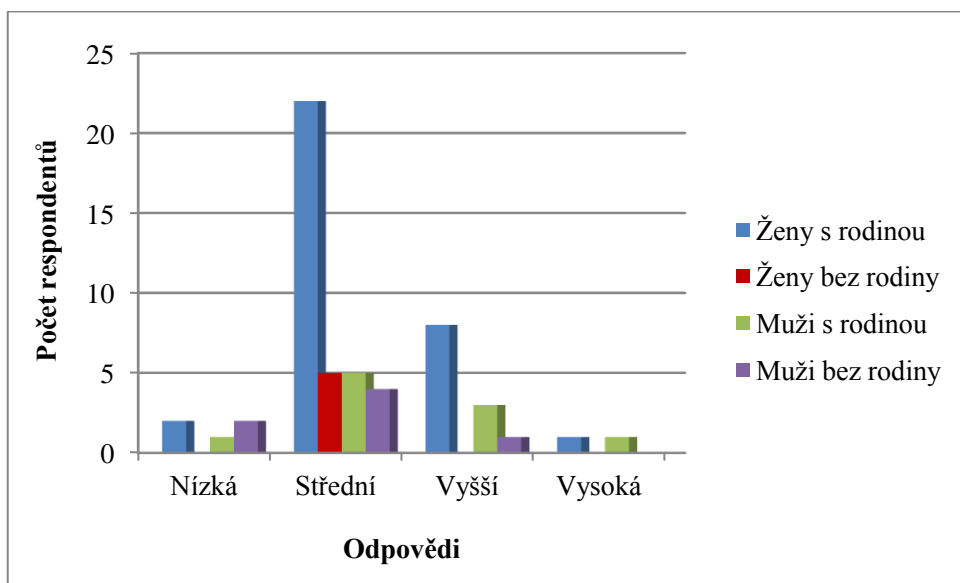
Obrázek 14b Graf: Hodnocení spánku před dnem volna, n = 62



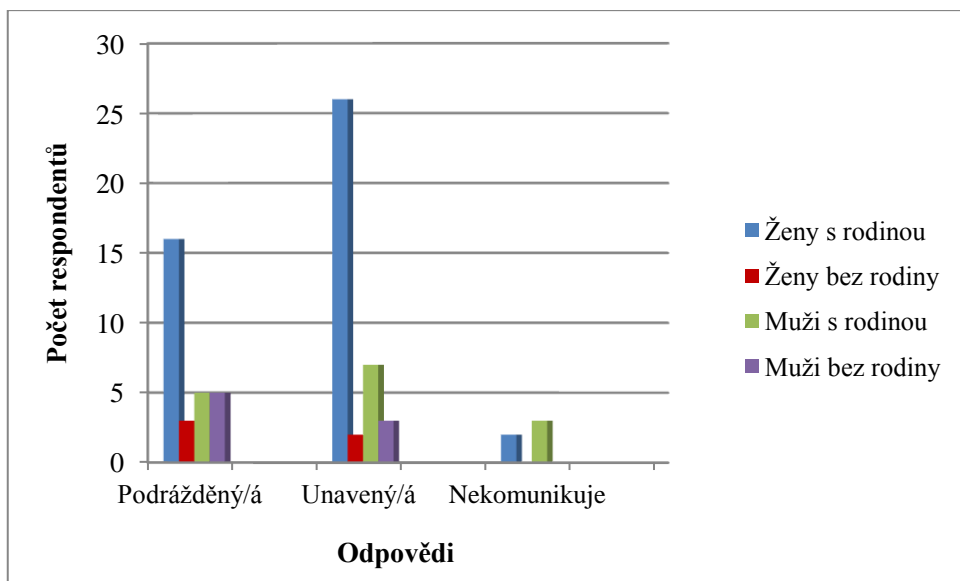
Obrázek 15b Graf: Hodnocení dne po noční směně, n = 62



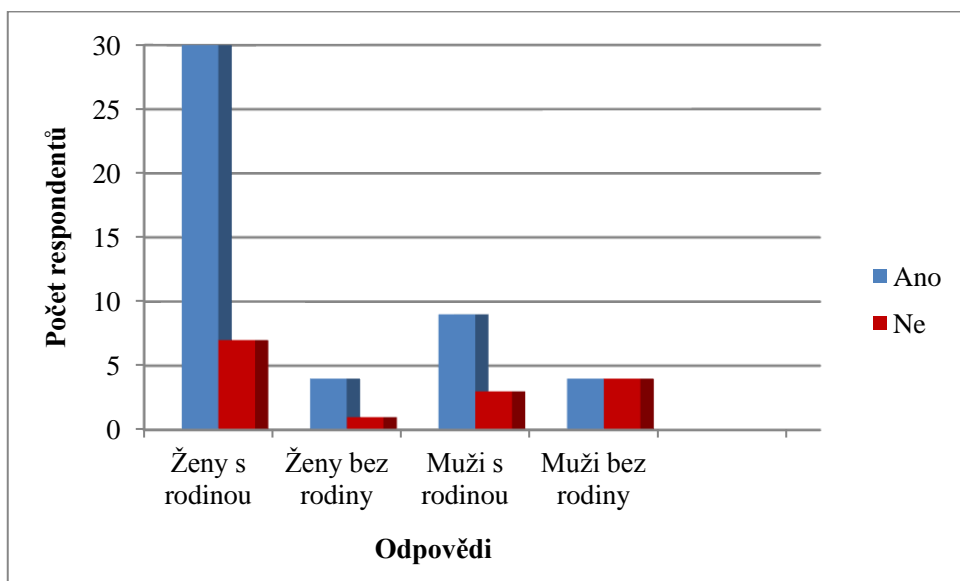
Obrázek 16b Graf: Zátěž ze směnného provozu, n = 62



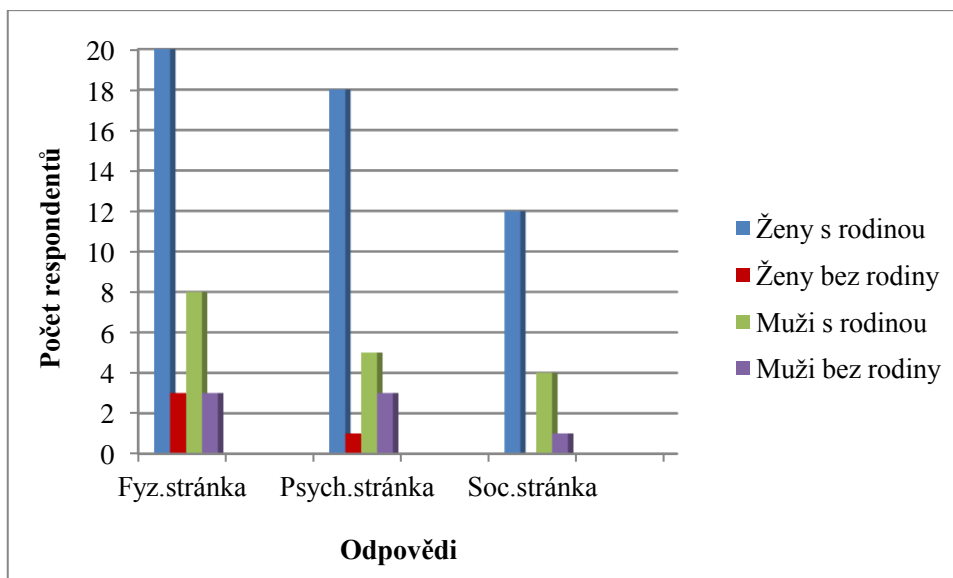
Obrázek 17b Graf: Intenzita zátěže, n = 55



Obrázek 18b Graf: Projevy přetížení, n = 55



Obrázek 19b Graf: Ovlivnění směnným provozem, n = 62



Obrázek 20b Graf: Stránka ovlivnění směnným provozem, n = 47

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Helena Křemenáková a studuji obor Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií Pardubice. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Tématem dotazníku je spánek u zdravotních sester ve směnném provozu. Dotazník je anonymní a bude použit pouze pro účely mé bakalářské práce. Po vyplnění vložte prosím dotazník zpět do obálky, ve které jste dotazník obdrželi.

Předem děkuji za spolupráci.

1) **Žena**

Muž

2) **Máte rodinu?**

Ano

Ne

3) **Jak dlouho pracujete ve směnném provozu?**

< 10 let

16 - 20 let

11 - 15 let

> 21 let

4) **Vadí Vám práce na směny?**

Ano

Ne

5) **Jsou na vašem pracovišti přesčasové hodiny?**

Ano

Ne

Někdy

6) **Znáte termín „Zdravý spánek“?**

Ano

Ne

Nevím přesně

7) **Co pro svůj spánek děláte?**

a) Pravidelně cvičím.

Ano

Někdy

b) Mám vytvořené vhodné prostředí ke spánku.

Ano

Někdy

c) Abych se uklidnila a lépe spala, jdu si zakouřit.

Ano

Někdy

d) Před spaním relaxuji - například četbou.

Ano

Někdy

Jiné.....

8) **Chodíte obvykle po noční směně spát?**

Ano

Ne

9) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, uveďte prosím, jak dlouho dopoledne spíte.

< 4 hodiny

6- 8 hodin

4- 5 hodin

>8 hodin

10) Pokud jste v otázce č. 8 odpověděl/a ano, uveďte prosím, zda se po probuzení cítíte odpočatý/á. (1 = vůbec ne, 2 = spíše ne, 3 = málo, 4 = spíše ano, 5 = zcela ano)

1

2

3

4

5

11) Užíváte před spaním nějaké látky nebo techniky k navození či podpoře spánku?

Ano

Ne

Někdy

12) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano nebo někdy, vyberte si z následujících možností.

Léky na spaní.

Sedativa

Hypnotika

Psychoterapie.

Behaviorální terapie – vhodná spánková hygiena

Alternativní medicína (bylinné čaje, relaxační techniky).

Jiné.....

13) Jak hodnotíte svůj obvyklý noční spánek, jestliže máte následující den ranní směnu?

Často se budím a to bez zjevné příčiny.

Spím dobře, ale snadno se vzbudím.

Spím tvrdě, nic mě nevyruší.

14) Jak hodnotíte svůj obvyklý noční spánek, jestliže máte následující den volno?

Často se budím a to bez zjevné příčiny.

Spím dobře, ale snadno se vzbudím.

Spím tvrdě, nic mě nevyruší.

15) Jak hodnotíte svůj den, pokud nejdete po noční směně spát?

Odpoledne jsem velmi unavený/á.

Necítím se dobře, např. bolesti hlavy.

Večer nemohu usnout - jinak tento problém nemám.

Nemám žádné obtíže, cítím se dobře.

16) Máte pocit, že se ve Vašem životě projevuje zátěž, vyplývající ze směnného provozu?

Ano

Ne

Někdy

17) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano nebo někdy, mohl/a byste prosím intenzitu zátěže ohodnotit dle následné škály?

(1 = malá zátěž, 2 = střední, 3 = větší, ještě zvladatelná zátěž, 4 = vysoká zátěž)

1

2

3

4

18) Pokud jste v otázce č. 16 odpověděl/a ano nebo někdy, můžete prosím uvést, jak se na Vás přetížení projevuje?

Jsem podrážděný/á.

Jsem často unavený/á a nestíhám.

Stáhnou se do sebe a moc nekomunikují.

Jiné.....

19) Máte pocit, že Vás práce na směnný provoz ovlivňuje? Ano Ne

20) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, uveďte prosím, po jaké stránce Vás směnný provoz nejvíce ovlivňuje.

Fyziologická stránka - například poruchy spánku, stravovacích návyků a jiné.

Psychologická stránka - například zvýšená podrážděnost, stres a jiné.

Sociální stránka - například disharmonie v partnerském či rodinném životě.