

Univerzita Karlova v Praze

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Šárka Pešlová, Dis.

Nedostatek spánku u sester ve směnném provozu

Sleep deficiency of nurses in shift work

Bakalářská práce

Praha, duben 2013

Autor práce: Šárka Pešlová, Dis.

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Janečková, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství**

Předpokládaný termín obhajoby: 20. 6. 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK, jsou totožné.

V Praze dne

Šárka Pešlová, Dis.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Haně Janečkové, Ph.D., MUDr. Kateřině Jiroutkové a Mgr. Kateřině Haladové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytly při vypracování této práce.

V Praze dne:

Šárka Pešlová, Dis.

Obsah

Úvod	7
1 Spánek	8
1.1 Vývoj názorů na spánek a historie výzkumu spánku	9
1.2 Fyziologie spánku	13
1.3 Faktory ovlivňující kvalitu spánku	14
2 Nedostatek spánku	18
2.1 Spánkový dluh	18
2.2 Spánková deprivace	19
2.3 Zdravotní rizika spojená s poruchami spánku	19
2.3.1 Zdravotní rizika	20
2.3.2 Riziko mortality	21
2.4 Vyšetření spánkového deficitu	21
2.4.1 Anamnéza	21
2.4.2 Škály a dotazníky	22
2.4.3 Spánkový diář	22
2.5 Léčba spánkového deficitu	22
2.5.1 Nefarmakologické metody léčby	23
2.5.2 Farmakologické metody léčby	24
3 Spánkový deficit u zdravotních sester	26
3.1 Vliv směnného provozu	26
3.2 Vliv životního stylu	29
3.3 Prevence spánkového deficitu	29
4 Praktická část	31
4.1 Metodologie kvalitativního výzkumu	32
4.1.1 Výzkumný problém	33
4.1.2 Cíl kvalitativního výzkumu	33
4.1.3 Výzkumné otázky	34
4.1.4 Etické otázky výzkumu	34
4.1.5 Výzkumný vzorek	34
4.1.6 Sběr dat	36
4.2 Kódování a zobrazení dat	38
4.3 Kvalitativní analýza a interpretace dat	39
4.3.1 Analýza dat metodou zakotvené teorie	39
4.3.2 Analýza dat k tématu: Nedostatek spánku jako téma (ot. č. 1)	41
4.3.3 Analýza dat k tématu: Vliv nedostatku spánku na kognitivní funkce zdravotní sestry (ot. č. 2 – 3)	44
4.3.4 Analýza dat k tématu: Vliv nedostatku spánku na zdraví a soukromí zdravotní sestry (ot. č. 4 – 5)	46
4.3.5 Analýza dat k tématu: Činnosti sester působící proti nedostatku spánku (ot. č. 6 – 7)	48

4.3.6	<i>Analýza dat k tématu: Zdravotní sestra jako riziko pro pacienty (ot. č. 8)</i>	49
4.3.7	<i>Analýza dat k tématu: Status dobrovolnosti spánkového deficitu z pohledu zdravotní sestry (ot. č. 9)</i>	51
5	Závěr a doporučení	53
6	Souhrn	55
7	Seznam použité literatury	57
8	Seznam příloh	60
9	Přílohy	61
10	Seznam použitých zkratk	89

Úvod

Téma nedostatku spánku u sester jsem si vybrala pro svou bakalářskou práci z toho důvodu, že se mě tato problematika přímo týká.

Vlastnímu spánku jsem nevěnovala příliš pozornosti až do té doby, kdy jsem sama na sobě začala pozorovat pocity spojené s jeho akutním nedostatkem. Nejčastěji se vyskytovaly po sérii několika nočních směn. Jednalo se především o pocit velké denní únavy, častější podrážděnost, nevrlost a náladovost, současně doprovázené větší nepozorností a z ní plynoucí častější chybovostí, jak v pracovním, tak i v soukromém životě. A právě tyto dva faktory jsou podle mého názoru velmi nebezpečné při péči o pacienty svěřené do mé péče. Vždyť bych tak nechtěně mohla ohrozit jejich zdraví, v závažném případě dokonce i jejich život.

V té době jsem začala přemýšlet nad tím, zda mají i mé kolegyně a kolegové obdobné potíže. Zda si tuto problematiku vůbec uvědomují a připouštějí. Zda pociťují i oni nedostatek spánku a zda trpí nějakými potížemi z něj plynoucími. Zajímalo mne, jak nedostatek spánku, který jde se směnným provozem ruku v ruce, ovlivňuje je samotné, jejich náladu, výkonnost, pracovitost, chybovost, partnerství či manželství, zdravotní stav a zejména jejich pracovní nasazení a výkonnost.

Další otázkou bylo, jak konkrétně proti tomuto nedostatku bojují? Jak moji kolegové, kteří pracují v tomto oboru spolu se mnou a někteří i o mnoho let déle než já, dokáží skloubit soukromý a pracovní život a zvládnout všechny nároky na ně kladené. Mají oni snad nějaký předpoklad, který já nemám? Mají nějakou tajnou zbraň, o které já nemám ani ponětí? A skutečně vše zvládají tak dobře, nebo to jen zvenku tak vypadá?

Doufám, že alespoň na některé otázky se mi na konci této práce podaří adekvátně odpovědět.

1 Spánek

Spánek je potravou pro mysl,

tak jako pokrm pro tělo.

(francouzské přísloví)

Ve spánku trávíme přibližně jednu třetinu svého života a jeho kvalita se zásadně podílí na kvalitě našeho života. Spánek je nezbytný k regeneraci našich fyzických a psychických sil, hraje zásadní roli při vytváření nových paměťových stop. Je významný i pro řadu metabolických, endokrinních a imunitních dějů, má ochrannou úlohu ve vztahu ke kognitivním funkcím. Dá se tedy říci, že kvalitní fyziologický spánek je hlavním určujícím faktorem při posuzování naší výkonnosti, pohody a pro hodnocení kvality našeho života.¹

Spánek bere naprostá většina z nás jako samozřejmost. Co to ale přesně je? Je něčím víc, než jen prostým odpočinkem. V knize Poruchy spánku a bdění autoři spánek definují následovně: „Spánek je rytmicky se vyskytující stav organismu charakterizovaný sníženou reaktivitou na vnější podněty, sníženou pohybovou aktivitou a většinou i druhově typickou polohou, typickými změnami aktivity mozku zjištěnými elektroencefalografií a u člověka sníženou, resp. změněnou kognitivní činností. Spánek je okamžitě reverzibilní stav, což jej odlišuje od kómatu, hibernace a estivace. Spánek je aktivní děj a k jeho uskutečnění je nutná spolupráce mnoha mozkových oblastí, přiměřený stav celého organismu a vhodné vnější podmínky.“²

Spánek je bezpochyby komplexní děj a je velmi obtížné ho jednoduše popsat. S jistotou ale víme, že se jedná o jednu ze základních lidských fyziologických potřeb, kterou je nutno uspokojovat v co nejvyšší kvalitě.

¹ NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života, str. 342.

² NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, ŠONKA, Karel et al. Poruchy spánku a bdění, str. 27.

1.1 Vývoj názorů na spánek a historie výzkumu spánku

Se spánkem jako zdrojem odpočinku, určitým předobrazem smrti a propojení se spravedlností, se můžeme setkat již ve Starém a Novém Zákoně. Například v knize Kazatel se uvádí: „Sladký je spánek toho, kdo pracuje, ať jí málo nebo mnoho, ale boháčovi nedopřeje spánku sytost.“ (Kaz 5,11).³ V knize Sírachovec se uvádí toto: „Nespavost kvůli bohatství působí chřadnutí těla a starost o ně zahání spánek. Starost v době bdění nedá člověku zdřímnout a těžká nemoc probouzí ze spánku.“ (Sir 31, 1-2).⁴ V tomto úryvku je možné nalézt souvislost mezi kvalitou spánku a stavem duše. Stres, svědomí, starosti, strach a neklid v duši zde souvisí s poruchami spánku. „Spravedlivý člověk“ se nebojí usnout, protože jak mluví Ježíš v knize Jan k Martě: „Já jsem vzkříšení a život. Kdo věří ve mne, i kdyby umřel, bude žít. A každý, kdo žije a věří ve mne, neumře navěky. Věříš tomu?“ (Jan 11, 25-26).⁵ Sny, které jsou nedílnou součástí spánku, byly brány jako určitý druh styku s nadpřirozenem, s projevením boží vůle.

V Egyptě, přibližně 3000 př. n. l., lidé věřili ve vlastního boha spánku. Sny se spánkem spojené zde byly vykládány a rozdělovány na sny dobrých a špatných lidí. Zajímavostí je, že právě zde, kolem roku 2000 př. n. l., vznikl nejstarší dochovaný snář. Tento snář nebyl psán hieroglyfy, jak bylo na tu dobu normální, nýbrž písmem, které se údajně svými symboly podobalo řeči snů.⁶

Ve starověkém Řecku uznávali lidé boha spánku Hypna (Obr. 1). Hypnos byl synem bohyně Nykty (Příloha č. 2) a boha podsvětní tmy Tartara. Jeho bratrem byl Thanatos, bůh smrti, sestrou Létha, bohyně podsvětní řeky. Spolu s Pásitheou, měl tři syny. A to Morfeia, Fobétora a Fantasose. Podle pověsti žil Hypnos na dalekém severu, a se svou matkou každou noc sestupoval na zem, aby na vše živé seslal blahodárný spánek, který zbavuje útrap a starostí, a se kterým



Obr. 1 Hypnos, starověký bůh spánku.

³ČESKÁ BIBLICKÁ SPOLEČNOST, Kazatel 5 [online].

⁴ČESKÁ BIBLICKÁ SPOLEČNOST, Sírachovec 31 [online].

⁵ČESKÁ BIBLICKÁ SPOLEČNOST, Jan 11 [online].

⁶PODLAHOVÁ, Veronika. 1. Díl Spánek z hlediska historie a vědy [online].

přicházely také sny. Hypnos byl zobrazován jako chlapec, muž či stařec s orlími nebo motýlími křídly, někdy také s berlí nebo s makovicí, pomocí které sesílá na lidi spánek. Samotné vyobrazení Hypna je dodnes dochováno např. v pražské Národní galerii na zinkografii Jana Konůpka. (Příloha č. 3) Znamé je i torzo jeho bronzové hlavy s křidélkem na pravém spánku, které je uloženo v Britském muzeu v Londýně.⁷

Jak je vidět, už staré řecké báje a pověsti odrážejí představy lidí o ozdravné funkci spánku. Zároveň zde lze vnímat i respekt k jeho síle, křehkosti a určitému tajemství, které bylo se spánkem, jeho rytmem i mocí nadčlověkem, spojeno. Makovice symbolizuje podobnost spánku a opiátového opojení, lze ji považovat za prostředek, který by měl sloužit k navození spánku.

Zajímavé jsou i názory na spánek a sny tehdejších největších řeckých myslitelů. Sókratés (Příloha č. 4) se domníval, že jsou odrazem vědomí, zatímco Aristotelés (Příloha č. 5) tvrdil, že spánek je projev omámení mozku výpary z jídla, jež se nám rozkládá v žaludku.⁸

V období středověku vnímali lidé spánek jako krátkodobou smrt především kvůli poloze spícího člověka vleže, která jim připomínala polohu zemřelého. Své obavy proto řešili spánkem na krátkém lůžku a vpolosedě. Nad spánkem se zamýšlel v té době i William Shakespeare, který ve svém díle Mackbeth o spánku uvádí:

*„ spánek, nevinný spánek,
zdrchanou přízi starostí co rovná,
smrt každodenních lopot,
lázeň ušlých, lék obolených,
druhý pokrm žití, ten nejživnější ze všech.“*

(II. jednání, překlad E. A. Saudek)⁹

⁷ WIKIPEDIA, Hypnos [online].

⁸ IDZIKOWSKI, Chris. Zdravý spánek, s. 12.

⁹ PRUSINSKI, Antoni. Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 12.

Novodobý výzkum spánku se datuje do **19. století**. Věnoval se mu Wilhelm Griesinger, německý psychiatr a internista, který roku 1868, popsal pohyby očních bulbů u spících osob. Spánku a zejména výkladu snů se v 19. století věnoval i Sigmund Freud, který roku 1895 jako první zaznamenal pokles svalového napětí ve spánku.¹⁰ Jeho hlavním zaměřením byl však výklad snů, o kterém ve své knize Výklad snů uvádí: „Sen je vymezován, jako duševní činnost spáče, pokud spí. Pokouším-li se popsat zde výklad snů, nemyslím, že překračuji okruh neuropatologických zájmů. Neboť sen se psychologickému zkoumání jeví prvním článkem v řadě abnormálních psychických útvarů ...“¹¹

Ve 20. století napomohla výzkumu záhadná spánková epidemie, na níž zemřel přibližně jeden milión lidí. Epidemie vypukla v letech 1917–1920 a docházelo při ní k zvláštnímu zánětu mozku, při kterém byly jedním z hlavních příznaků poruchy spánku. Díky studiu všech příznaků a pitvám mozků nemocných, kteří na tento zánět zemřeli, dospěl slavný rakouský neurolog Constantin von Economo k závěru, že v mozku existují centra řídící fáze bdění a spánku. Onemocnění poté dostalo název „spavá“ Economova encefalitida, čili *encephalitis lethargica*. Nemoc zcela rozvrátila spánkový vzorec postižených, což vedlo k letargii a ta následně ke smrti nemocného.

V roce 1920 MacWilliam popsal pravidelně se opakující změny tepu a dýchání během spánku a vyslovil hypotézu o existenci nejméně dvou druhů spánku. Ty byly o několik let později nazvány spánkem klidným a neklidným. Velký průlom v moderním výzkumu spánku ale přišel až s vynálezem elektroencefalografu (EEG). K němu došlo roku 1929 německým psychiatrem Hansem Bergerem. Díky přiložení elektrod na hlavu dokázal změřit různé úrovně elektrické aktivity mozku. Použití EEG při výzkumu spánku se mezi vědci rychle rozšířilo. Při celonočním záznamu elektrických potenciálů mozku se ukázalo, že se úroveň elektrické aktivity mozku během spánku periodicky mění a byla popsána a označena jednotlivá stadia spánku: bdělost, REM spánek a 1. – 4. stadium NREM. Tento objev byl zásadní pro porozumění jevů doprovázejících spánek.

¹⁰ PRUSINSKI, Antoni. Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 13.

¹¹ KOCOUREK, Jiří. Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Výklad snů s. 11.

V druhé polovině 20. století se vědci, nezávisle na sobě, začali výzkumu spánku více a systematictěji věnovat. Od jednotlivých experimentů a pozorování spících lidí se výzkum přesunul do spánkových laboratoří. První vznikly koncem 20. století v USA a postupně se rozšířily do celého světa. Komplexní metodou vyvinutou a používanou k hodnocení a výzkumu spánku je polysomnografie. Její součástí je registrace EEG (pro určení spánkového stadia), záznam pohybů očí (okulografie), registrace povrchového bioelektrického signálu ze svalů brady (elektromyografie) a monitorace činnosti srdce (EKG) a dýchání.

V rámci neurologie se vydělila nová specializace – somnologie, která se zabývá zejména diagnostikou a léčbou poruch spánku. Jednotlivé národní společnosti, které se výzkumem spánku zabývají, zastřešuje **Světová federace společností pro výzkum spánku** (World Federation of Sleep Research Societies).¹²

V České republice se výzkumu spánku věnuje **Česká společnost pro výzkum spánku a spánkovou medicínu**, která sdružuje jak vysokoškolsky vzdělané odborníky (lékaře, psychology, učitele a vědce), tak i odborníky z řad nelékařských zdravotnických pracovníků a studenty. Jejím hlavním cílem je podpora výzkumu spánku a bdění, jejich poruch a léčba poruch samotných. Dále usiluje o zkvalitnění zdravotnické péče o pacienty s poruchami spánku a bdění. Na svých internetových stránkách (www.sleep-society.cz) publikuje svá doporučení k léčbě různých poruch spánku, stejně jako doporučení i jiných národních organizací, věnujících se výzkumu a poruchám spánku.¹³

Předsedou České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu je prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc. (Obr. 2), který se spánku a jeho poruchám věnuje již několik desítek let. Mezi jeho hlavní zaměření patří patofyziologie poruch spánku a bdění a sociální aspekty



Obr. 2 Prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc.

¹² PRUSINSKI, Antoni. Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 13 - 14.

¹³ ČESKÁ SPOLEČNOST PRO VÝZKUM SPÁNKU A SPÁNKOVOU MEDICÍNU, Charakteristika společnosti [online].

poruch spánku a bdění. Tyto oblasti jeho zájmu vycházejí z klinické zkušenosti pracovníků Centra pro poruchy spánku a bdění VFN a 1. LF UK. MUDr. Šonka je členem několika významných domácích i zahraničních společností a vytvořil několik významných publikací. A to jak monografií a učebnic, tak i odborných článků, na kterých spolupracoval s dalšími předními českými odborníky, jako je např. prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc. (Obr. 3), se kterou spolupracoval na knize Poruchy spánku a bdění, kterou v roce 2007 vydalo nakladatelství Galén. Stejně jako MUDr. Šonka, je i MUDr. Nevšimalová členkou mnoha odborných společností v České republice i v zahraničí. Mezi hlavní témata MUDr. Nevšimalové



Obr. 3 Prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc.

patří zejména poruchy spánku a bdění v dětském i dospělém věku, exogenní faktory ovlivňující kvalitu spánku a civilizační choroby a kvalita spánku. Její publikační činnost zahrnuje velké množství odborných statí, monografií i spoluautorství na knihách.¹⁴ V roce 2001 byla navržena na udělení Bolzanovy ceny za neurovědu, kterou uděluje rektor Univerzity Karlovy v Praze za mimořádné, objevné práce v oborech zastoupených na UK v Praze.

Celosvětově se zájem o spánkovou medicínu zvyšuje. Svědčí o tom řada kongresů a konferencí, četné monografie a řada časopisů (Sleep, Journal of clinical sleep medicine, Sleep medicine reviews, Journal of sleep research, The open sleep journal a další). Všechny tyto aktivity si kladou za cíl pomoci lidem s poruchami spánku.

1.2 Fyziologie spánku

Bdělost (vigilata) určuje schopnost člověka reagovat na prostředí; během dne charakteristicky kolísá a spánek a bdění jsou její dva extrémní fyziologické stavy. Pro bdělost je nezbytná souhra retikulární formace v mezimozku s oběma mozkovými hemisférami. Je popsáno několik thalamických jader, které se na řízení spánku a bdělosti nepochybně podílejí. V jejich těsné blízkosti – v hypothalamu – se nacházejí centra regulující např.

¹⁴ WILDOVÁ, Olga. Prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc. [online].

pocit hladu a příjem potravy nebo tělesnou teplotu. Proto, necítíme-li se v průběhu spánku příjemně např. pro příliš vysokou teplotu okolního prostředí, dojde k probuzení.¹⁵

Spánek probíhá v cyklech. Jeden cyklus trvá u člověka 70-100 minut a jeho součástí je vždy jedna fáze NREM a jedna fáze REM. Po usnutí trvá REM fáze 5-12 minut, nad ránem se NREM fáze stávají mělčí a zkracují se, REM fáze se naopak prodlužují.

První fáze rytmu se nazývá NREM (non rapid eyes moving). Pro tuto fázi je specifický klidný spánek. Člověk pomalu dýchá, krevní tlak a tělesná teplota se mírně snižují, pohyb očních bulbů přítomen není. V průběhu této fáze dochází postupně nejprve k usínání, kdy se snižuje schopnost sebekontroly, poté k lehkému spánku, kdy dochází k postupné ztrátě vědomí, středně hlubokému spánku, kdy je spící v bezvědomí a nakonec k hlubokému spánku, kdy u člověka v bezvědomí dochází k naprostému psychickému a fyzickému klidu.

Druhá fáze spánku bývá označována jako REM (rapid eyes moving) a je pro ni specifický rychlý pohyb očních bulbů. Tato fáze bývá označována také jako aktivní či paradoxní spánek. Dýchání je zrychlené, srdeční rytmus může být nepravidelný, zvyšuje se krevní tlak a dochází ke zvýšené produkci některých hormonů. Právě v této fázi se nám zdá většina našich snů a též dochází k fixaci paměťových stop.¹⁶

Jeden cyklus střídání se NREM a REM fází trvá přibližně 90 minut a za noc se vystřídají 4x až 6x. Poměr NREM a REM fáze vyznívá ve prospěch NREM fáze, avšak tento poměr se v průběhu věku mění.¹⁷ U novorozence tvoří REM spánek až 50%, u kojenců 30% a u dospělého člověka 20 – 25% spánku. Zbytek spánku tvoří NREM fáze.¹⁸

1.3 Faktory ovlivňující kvalitu spánku

Kvalita spánku se s věkem mění a má na ni vliv velké množství faktorů. Obecně je můžeme rozdělit na faktory ovlivnitelné a neovlivnitelné.

¹⁵ IDZIKOWSKI, Chris. Zdravý spánek, s. 32.

¹⁶ STAŇKOVÁ, Marta. Základy teorie ošetrovatelství, s. 149 – 150.

¹⁷ IDZIKOWSKI, Chris. Zdravý spánek, s. 15.

¹⁸ PRUSINSKI, Antoni. Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 17.

Do ovlivnitelných faktorů řadíme prostředí, v němž uleháme k spánku, náladu, s níž usínáme a jídlo, které si před spánkem dopřejeme. Mezi faktory neovlivnitelné patří zejména věk, 24 hodinový cyklus, biologické rytmy, počasí a roční období.

Potřeba spánku se s rostoucím **věkem** snižuje. Zatímco novorozenec prospí až 20 hodin denně a malé děti spí v noci 10 – 12 hodin, už během období dospívání dochází k rozporu fyziologických potřeb a životního stylu mládeže a množství spánku se snižuje. Tento rozpor mívá za následek **spánkový dluh**, který se mladí snaží dohnat většinou pospáváním během víkendu.

V období rané dospělosti má dospělý jedinec již zaběhlý spánkový vzorec, avšak měnící se **životní styl** může mít vliv na kvalitu spánku. Jedná se o tlak pracovního režimu a s ním spojenou větší míru zodpovědnosti, spaní na jednom lůžku s naším protějškem, zvýšená konzumace alkoholu apod. Potřeba spánku se u dospělých pohybuje v rozmezí 6 - 8 hodin. U žen se častěji než u mužů objevují únava a ospalost a to ve spojitosti s hormonálními výkyvy během menstruačního cyklu. I potíže s usínáním a nedostatek spánku pocítují více ženy, a to během těhotenství, kdy jim mj. natékají nohy, trpí pálením žáhy, dochází ke zvětšování plodu.

Během stárnutí se kvalita spánku nadále mění. Starší lidé mají méně pohybu a více přibírají na váze, trpí více úzkostmi a starostmi, které se promítají také do spánku. Staří lidé spí převážně mělce, takže je snadno probudí i sebemenší hluk. Není proto divu, že si spánek dopřávají i přes den.¹⁹ Nelze ovšem říci, že lehký spánek v noci a dospívání se přes den je méně kvalitní spánek než spánek tvrdý.²⁰

Biologické hodiny řídí sladěnost našeho těla s denním slunečním cyklem. Fungují ve 24 hodinovém cyklu a určují nám, kdy máme chodit spát a kdy se probouzet. K jejich regulaci slouží zejm. množství světla a změna okolní teploty. Avšak i bez těchto okolních vlivů jsou naše hodiny

¹⁹ IDZIKOWSKI, Chris. Zdravý spánek, s. 22 - 23.

²⁰ HELLER, Barbara. Cesta ke klidnému spánku, s. 25 - 37.

naprogramované, aby udržovaly 24 hodinový rytmus. Tento cyklus se též nazývá cirkadiánní rytmus.²¹

Vliv **počasí** na kvalitní spánek není ještě zcela prozkoumán. Je ovšem jisté, že značný vliv na nedokonalý spánek má příliš nízký i vysoký atmosférický tlak.²² Naše tělo je velmi citlivé i na **střídání ročních období** a **denní sluneční cyklus**. V zimním období, kdy jsou noci delší, máme sklon spát déle, protože naše tělo po celou noc produkuje hormon melatonin, který spánek řídí. V létě, kdy je více světla, se melatoninu produkuje méně, tudíž spíme kratší dobu. Střídání ročních období patří mezi infradiánní rytmy.²³

Prostředí, ve kterém uleháme, patří mezi nejvýznamnější faktory ovlivňující kvalitu spánku. Při teplotě prostředí nad 24°C a pod 12°C dochází k častému probouzení během spánku, čímž se jeho kvalita značně zhoršuje. I výběr tvrdosti lůžka je důležitý. Bývá ovlivněný geografickými podmínkami, kulturou dané společnosti, adaptací, zvykem a osobními preferencemi. Vliv má také hluk z okolního prostředí, s přibývajícím věkem se citlivost na něj zvyšuje.²⁴

Mozek spícího člověka je do velké míry „odpojen“ od vnějších podnětů. Silný podnět probudí člověka vždy, ale existují i relativně slabé podněty, které upoutají během spánku pozornost – např. oslovení jménem nebo dětský pláč.²⁵

Potraviny nás mohou buď povzbudit, pak se jedná o tzv. stimulanty nebo na nás mohou působit tlumivě, pak se jedná o depresanty. Je až k neuvěření, jak se můžeme někdy mýlit v tom, co které potraviny způsobují. Zřejmě nejznámějším stimulantem všech dob je kofein. Vrchol jeho působení v organismu je po třiceti až šedesáti minutách, odbourání však může trvat až šest hodin. V přírodě se vyskytuje ve více jak 60 druzích rostlin, v potravinách ho nalezneme v kávě, čaji, sladkých nápojích typu coca-cola, v některých druzích pečiva, kam se přidává pro své aroma, v kakau a v čokoládě. Zatímco jeden šálek čaje může obsahovat 40 – 90 mg kofeinu,

²¹ IDZIKOWSKI, Chris. Zdravý spánek, s. 30 – 31.

²² PRUSINSKI, Antoni. Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 17.

²³ IDZIKOWSKI, Chris. Zdravý spánek, s. 28 - 29.

²⁴ PRUSINSKI, Antoni. Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 18.

²⁵ PETERKOVÁ Michaela. Spánek [online].

podle druhu použitého čaje, čímž prodlužuje dobu potřebnou pro usnutí a snižuje noční regeneraci organismu, oproti tomu jeden šálek kávy může obsahovat až 220 mg kofeinu a dobu potřebnou pro usnutí pak prodloužit na dvojnásobek a až čtyřikrát zvýšit počet nočních probuzení. Kofein volně přechází do mateřského mléka, což by rozhodně neměly přehlížet kojící ženy. Ani šálek kakaa či horké čokolády bychom si neměli před spánkem dopřávat, pokud toužíme rychle usnout.

Nejčastějším depresantem, po kterém lidé v domácnostech nejčastěji sahají, je alkohol. Ten způsobuje ospalost a zároveň zkracuje dobu, která je nutná k usnutí. Síla ospalosti je přitom přímo úměrná aktuálnímu spánkovému dluhu. Nechceme-li k navození spánku užívat návykové látky jako je alkohol nebo hypnotika, pak ještě můžeme sáhnout po sklenici teplého mléka nebo po bylinkách.²⁶

Předpokládám, že každý z nás již někdy ulehal k spánku naštvaný na celý svět a ráno zjistil, že jeho spánek nebyl tak osvěžující jako jindy. Je zřejmé, že naše **nálada** se přenáší i na naše podvědomí a následně i do spánku. Chceme-li si tedy dopřát kvalitní spánek, vzpomeňme si při usínání raději na něco příjemného, co jsme prožili či cítili v nedávné době.

²⁶ COREN, Stanley. Zloději spánku, s. 119 – 131.

2 Nedostatek spánku

Dospělý člověk potřebuje přibližně osm hodin spánku denně, aby byl dostatečně odpočatý a připravený na následující den. Před objevením elektrické energie vstávali lidé při úsvitu a chodili spát krátce po západu slunce. Spánku se tedy věnovali přibližně devět hodin denně. To je v dnešní době téměř nemyslitelné. V posledních několika desítkách let dochází k vědomému zkracování doby, jež je věnována spánku. Příčiny k tomuto zkracování mohou být různé: vliv zaměstnání, které klade vysoké nároky na čas a zodpovědnost; rodina, která si cení každé volné společné chvílky; druhé zaměstnání, které bývá často nutností, či studium, kterému jsou sestry často nuceny se věnovat pro udržení a zvyšování vlastní kvalifikace. Faktem je, že se dnes spí průměrně o dvě hodiny méně než na začátku minulého století.²⁷

Profesor James Mass z Cornellské univerzity a autor knihy *Power Sleep* výstižně připodobňuje spánek k bankovnímu kontu, když říká: „Každý z nás má své osobní spánkové bankovní konto. Veškerý spánek, jehož se vám dostává, je vklad neboli aktivum, každá hodina bdělosti v noci je výběrem, dluhem, pasivem.“²⁸ [citováno z knihy *Cesta ke klidnému spánku* od Barbary Heller] Jsme-li tedy aktivní 16 hodin, je potřeba na své spánkové konto vložit alespoň osm hodin spánku. Jedině tak nebude nedostatek spánku vznikat.

2.1 Spánkový dluh

Když začne docházet ke zkracování spánkového cyklu, po krátké době se dostaví tzv. spánkový dluh. Jedná se o nejnižší stupeň nedostatku spánku. Jeho působení bývá většinou krátkodobé a následky jsou mírné. Patří mezi ně např. pocit větší ospalosti, který mírně limituje výkon, avšak nijak jedince neohrožuje, nebo delší spánek ve volných dnech, takové „dospávání se“. Dochází-li však k neustálému hromadění dluhu, přechází nedostatek spánku ve spánkový deficit. Spisovatelka Cheryl Richardson říká: „Jste-li vyčerpáni,

²⁷ HELLER, Barbara. *Cesta ke klidnému spánku*, s. 57 – 63.

²⁸ HELLER, Barbara. *Cesta ke klidnému spánku*, s. 19.

trvá Vám zvládnutí obtížných duševních úkolů dvakrát déle než obvykle. Pokud chcete následujícího dne podat co nejlepší výkon, dopřejte si osm hodin spánku, které jsou pro Vás mnohem důležitější než vyžehlení poslední várky prádla.“²⁹

2.2 Spánková deprivace

Stejně jako bez jídla, tak ani bez spánku není možné žít. Nedochází-li dlouhodobě k uspokojování základní fyziologické potřeby spánku, vyvine se spánková deprivace. Snižují se psychomotorické schopnosti, dochází ke změnám nálad, zhoršení kognitivních funkcí, objevují se potíže s pamětí, s koncentrací pozornosti, udržením bdělosti. Někdy se může objevovat i agresivita, pocit ohrožení a porucha orientace, třes rukou, porucha prostorového vidění a zaostřování zraku, celkové tělesné napětí, agitovanost. Potřebu spánku a s tím spojené zívání nelze překonat vůlí. Dlouhodobé neumožnění uspokojení potřeby spánku, jak prokázaly četné pokusy na zvířatech, může vést až ke smrti jedince.³⁰

Hlavním projevem spánkové deprivace je silná ospalost, velké snížení výkonu a celkové aktivity, zvýšená potřeba denního spánku a pomalejší reakční čas. Denní spánek může mít dokonce záchvatovitý charakter v podobě mikrospánků. Bylo prokázáno, že lékaři se spánkovou deprivací měli během nočních směn pomalejší reakční čas a potřebovali delší dobu k provedení intubace.³¹ Spánková deprivace je spojena se zvýšením rizika vzniku různých chyb a nehod, které mohou mít závažné následky.

2.3 Zdravotní rizika spojená s poruchami spánku

Nedostatek kvalitního spánku, čili jeho dlouhodobá restrikce a fragmentace spojená s poruchami usínání či předčasným probouzením, s sebou nese kromě výše zmíněných důsledků i četná zdravotní rizika, zejména kardiovaskulární, zažívací, metabolická a psychiatrická. Nejzávažnější je ovšem riziko vyšší mortality.

²⁹ HELLER, Barbara. Cesta ke klidnému spánku, s. 18.

³⁰ PRUSINSKI, Antoni. Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 19 – 20.

³¹ GIRARD, Nancy. *AORN Journal*, Lack of sleep another safety risk factor, p. 553-555.

2.3.1 Zdravotní rizika

Podle tzv. stresové teorie má většina zdravotních rizik spojených s nedostatkem spánku společný mechanismus vzniku. Při fragmentaci spánku, která vede k jeho redukci a nižší efektivnosti, dochází ke zvýšené sekreci stresových hormonů a aktivaci celé osy hypotalamus – hypofýza – nadledvinky.

Během stresové odpovědi dochází v těle ke zvýšenému vyplavování adrenalinu, noradrenalinu, adrenokortikotropního hormonu a kortizolu, čímž jsou ovlivněny vitální tělesné funkce, neurovegetativní i hormonální pochody. Dochází ke změnám hodnot krevního tlaku a srdeční frekvence, zvyšuje se hladina cholesterolu a triglyceridů. Současně jsou také ovlivněny hemostatické faktory (fibrinogen) a následně dochází ke zpomalení krevního průtoku v důsledku zvýšené viskozity krve. Dále dochází ke zvýšení hladiny glykémie, jejímž důsledkem může být zvýšená inzulínová rezistence organismu a dispozice k diabetu. Stresová odpověď se podílí i na vzniku vředové choroby a deficitu imunitního systému. Kvalitní spánek má pozitivní vliv na léčbu infekčních a pooperačních stavů. Jeho nedostatek působí oproti tomu na tyto stavy nepříznivě.³²

Ke zvýšenému riziku kardiovaskulárních onemocnění, vedle stresové odpovědi při nedostatku spánku, přispívají i zánětlivé markery, zejména pak zvýšená hladina CRP.

Je prokázáno, že jedinci s chronickým spánkovým deficitem mají i větší sklony k depresím a bipolárním psychotickým stavům.³³

³² NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. *Interní medicína pro praxi, Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života*, s. 342 – 344.

³³ NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. *Interní medicína pro praxi, Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života*, s. 344 - 346.

2.3.2 Riziko mortality

Epidemiologické studie prováděné v posledních letech prokázaly, že ne pouze chronickým zkrácováním spánku, ale i jeho nadbytkem se riziko mortality zvyšuje. Studie byla prováděna na vzorku 1,1 milionu žen a mužů ve věku 30 – 102 let. Bylo zjištěno, že nejnižší riziko mortality se vyskytuje u respondentů s délkou nočního spánku 7 hodin. Se zkrácením spánku pod 6 hodin a prodloužením nad 8 hodin, se mortalita značně zvyšovala. U respondentů s délkou nočního spánku nad 9 hodin bylo riziko nejvyšší v souvislosti s cerebrovaskulárními příhodami, kardiovaskulárními onemocněními a maligními novotvary. Podle této studie se jako optimální jeví trvání spánku 6 – 7 hodin.³⁴

2.4 Vyšetření spánkového deficitu

Vyšetřovacích metod ke stanovení diagnózy spánkového deficitu je známo mnoho. Vždy záleží na vyšetřujícím lékaři, kterou zvolí. Níže uvedené metody patří mezi nejjednodušší, finančně nenáročné, dostupné a k diagnostice spánkového deficitu postačující.

2.4.1 Anamnéza

Správné odebrání spánkové anamnézy je velmi náročné. Přináší však řadu výhod, především důležitou objektivizaci potíží postiženého spánkovým deficitem. Vedle osobní a lékové anamnézy, kde zjišťujeme užívání léků navozujících spánek a chronicky užívané léky, je potřeba získat co nejpodrobnější informace také o denním a nočním spánku (době ulehání a vstávání, průběhu spánku a počtu příp. probuzení). Zaměřujeme se i na možný emoční projev během spánku a jiné nevhodné projevy v chování během noci. Tyto informace má jedinec většinou od svého okolí. Důležité jsou informace o kvalitě prožívání během dne, kdy nás zajímá subjektivní stupeň únavy, přítomnost denního spánku a psychické rozpoložení jedince.

³⁴ NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. *Interní medicína pro praxi, Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života*, s. 342.

2.4.2 Škály a dotazníky

Jsou vhodné k monitorování poruchy v čase a zároveň sledování pokroků v léčbě. Ke zjištění stupně ospalosti v různých denních situacích pomáhá **Epworthská škála spavosti** (Příloha č. 6). Pacient při ní číslem označuje stupeň ospalosti při různých denních situacích, jako je např. četba vsedě, sledování televize, hodinová jízda autem jako spolujezdec apod. K hodnocení úspěšnosti dané léčby se využívá **Morinův spánkový dotazník** (Příloha č. 7), který pacient vyplní před a po zahájení léčby.³⁵

2.4.3 Spánkový diář

Jeho vedení slouží k získávání informací o kvalitě spánku a o kvalitě následujícího dne. Je několik podmínek, které by měl spánkový diář splňovat. Musí obsahovat datum a určení dne v týdnu, co nejvíce informací o průběhu dne a o událostech, které mohly ovlivnit kvalitu spánku; dobu, kdy jedinec uleh ke spánku, za jak dlouho usnul, jaké má návyky před spaním, užívá-li psychoaktivní látky a pocit bdělosti po probuzení. Je vhodné do diáře poznamenat i informace o chování a emočních prožitcích v průběhu spánku, jak je popsali lidé v okolí.³⁶ Jedinec, který si diář (Příloha č. 8) vede, by měl být lékařem ujištěn, že zápisy nemusejí být zcela přesné. Všechny zaznamenané údaje později slouží k opětovnému zhodnocení kvality spánku.

2.5 Léčba spánkového deficitu

Každá terapie spánkového deficitu by měla začít zhodnocením kvality spánku. Jednotlivé oblasti, na které je potřeba se při hodnocení spánku zaměřit, jsou: zhodnocení celkové energie, duševní a fyzické kondice a prostředí ke spánku. Na počátku terapeutického procesu je potřeba se nejvíce soustředit na ty oblasti, které klient považuje za prioritní. Jakmile jsou zvládnuty, pak je možné se soustředit i na ostatní oblasti. Všechny kroky, které jsou ke zlepšení spánku prováděny, je vhodné pravidelně zapisovat do spánkového deníku.³⁷

³⁵ BORZOVÁ, Claudia a kol., Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 20.

³⁶ BORZOVÁ, Claudia a kol., Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 21.

³⁷ IDZIKOWSKI, Chris. Zdravý spánek, s. 46.

Úspěšná terapie spánkového deficitu musí být kauzální. Měla by tedy postihnout konkrétní příčinu, která k deficitu vedla. V léčbě se uplatňují jak postupy nefarmakologické, které by se měly preferovat, tak farmakoterapie, která by se měla užívat pouze v případě, kdy nefarmakologické metody nezabraly.

2.5.1 Nefarmakologické metody léčby

Při stanovení diagnózy spánkového deficitu spočívá léčba zejména v **kognitivně-behaviorální terapii (KBT)**, tedy ve změně způsobu myšlení a chování jedince. Vzhledem k tomu, že zkracování doby spánku je většinou dobrovolný akt, je tato forma léčby k nápravě nezbytná. Nutností je odbourání negativní myšlenky typu: „určitě neusnu, bez léků stejně neusnu, zítra to nezvládnou nebo zítra budu nemožný“. Důsledkem těchto myšlenek bývá psychomotorické aktivace s neschopností usnout, motorickým neklidem, převalováním se na lůžku. Opakování této situace snižuje adaptační schopnost jedince a dlouhodobě zhoršuje kvalitu spánku. V rámci KBT se jedinec učí za pomoci psychoterapeuta s negativní myšlenkou pracovat, dochází k tzv. kognitivní restrukturalizaci. Zároveň se pacient snaží před spánkem odreagovat nějakou činností a své myšlenky tak odvést jinam. Součástí KBT je změna chování vázaného na spánek a návyků, které následně znesnadňují spánek a narušují spánkovou hygienu. Prostředky, jak tohoto dosáhnout jsou režimová opatření a spánková hygiena.

V rámci režimových opatření se doporučuje neužívat před spánkem psychostimulancia (kofein, alkohol), od pozdního odpoledne jíst lehce stravitelná jídla a nevytvářet si na lůžku pracovní prostředí (nečíst si v ní, nedívat se na televizi, nepracovat na počítači). Doporučení ke spánkové hygieně spočívají v úpravě podmínek prostředí ke spánku (teplota v ložnici má 21°C, je vyvětraná, minimalizace hluku a světla z okolního prostředí), před spánkem se nepřejídat, spánek navodit pomocí teplého mléka s medem. Snažit se uvolnit pomocí teplé koupele a různých technik jako autogenního tréninku či jógy.³⁸

³⁸ BORZOVÁ, Claudia a kol., Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 52 - 54.

Nápomocnými prostředky k navození spánku mohou být aromaterapie, fytotherapie, muzikoterapie a dietoterapie.

Při **aromaterapii** se doporučují výtažky z levandule, nerolu, jasmínu, palmarosy, růže a ylang-ylang. Výtažky se mohou přidávat do koupele nebo se používat v obkladech či formou tělových a vonných olejů.

Fytotherapie, čili využívání rostlin v lékařství, je nejstarším a nejrozšířenějším druhem léčby. Nejrozšířenější formou je čaj a odvar. Z bylinek se využívá např. heřmánek, bazalka pravá, andělka lékařská, honeybush, chmel otáčivý i obecný, kozlík lékařský, meduňka lékařská, řebříček obecný, vřes obecný.

Při **muzikoterapii** se doporučuje poslouchat tichou, monotónní hudbu připomínající zvuky přírody. K umocnění efektu se doporučuje ještě otevřít okno nebo kombinace s aromaterapií přírodních silic.

Dietoterapie dodržuje zásady, které již byly zmíněny výše. Od pozdního odpoledne jíst lehce stravitelná jídla, před spaním se nepřejídat, vyhýbat se potravinám a lékům s velkým obsahem kofeinu. Hodinu před spánkem se doporučuje vypít tryptofanový horký punč, který obsahuje teplé mléko, med a banán. Punč je ještě posypaný muškátem a skořicí. Tryptofany obsažené v tomto nápoji se pomocí enzymů přemění na spánkový hormon serotonin a spánek poté „přichází sám“.³⁹

2.5.2 Farmakologické metody léčby

K farmakoterapii by se měli jedinci se spánkovým deficitem uchýlit pouze v tom případě, že nedošlo ke zlepšení kvality spánku pomocí nefarmakologických metod. Z léčiv se nejčastěji užívají hypnotika, anxiolytika a antidepresiva. Druh preparátu volí vždy lékař a to podle příčiny, projevů a farmakokinetických vlastností přípravků. Je nutné brát v úvahu rychlost nástupu hypnotického účinku léku a to jak po jednorázovém, tak i opakovaném podání. Dlouhodobému užívání léčiv k navození spánku je potřeba se vyhnout.⁴⁰ Samozřejmě je nutné znát a brát v úvahu lékovou

³⁹ BORZOVÁ, Claudia a kol., Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 57 - 68.

⁴⁰ BORZOVÁ, Claudia. *Psychiatrie pro praxi*, Spánek a paměť ve vztahu k medikaci, s. 216.

anamnézu jedince.⁴¹ Vždy je také nutné zvážit možnost iatrogenního poškození pacienta léky. To se může projevit syndromem závislosti či poruchami kognitivních funkcí.

Pro vliv jednotlivých skupin léků a jejich negativní vliv na kognitivní funkce a samotnou kvalitu spánku viz Příloha č. 9.

⁴¹ BORZOVÁ, Claudia a kol., Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 48.

3 Spánkový deficit u zdravotních sester

Prevalence spánkového deficitu u zdravotníků bohužel stoupá. V současné době je zajištění 24 hodinové dostupnosti zdravotní péče samozřejmostí. To ovšem s sebou nese obrovské nároky na zaměstnance zdravotnických zařízení. Vše bývá ještě umocněno tlakem vedení nemocnic na vyšší ziskovost, která se většinou řeší snížením počtu personálu na jednotlivou směnu. Hlavními důvody, proč u zdravotníků vzniká spánkový deficit, jsou právě směnný provoz a také životní styl.

Jedinci s chronickým spánkovým deficitem trpí zvýšenou ospalostí a únavností během dne. Výkonnost, koncentrace a motivace se u nich snižuje, vštěpování informací se zhoršuje, bývají předráždění, náladoví a ne náhodou jsou viníky mnoha dopravních nehod. Také u nich často dochází k různým úrazům, k rozvoji depresí a současně trpí chronickými bolestmi hlavy či jinými chronickými bolestmi. Halucinace a poruchy koordinace se mohou objevit spíše vzácněji. Často však mohou inklinovat k užívání alkoholu nebo stimulačních látek.^{42,43}

3.1 Vliv směnného provozu

Ten je možné považovat za vůbec největšího viníka spánkového deficitu u zdravotníků. Práce na směny se odůvodňuje současnou úrovní společnosti, která vyžaduje kontinuální provoz zdravotnických zařízení. Pro jejich zaměstnance to však vyžaduje změnu režimu a ne každý je schopen se této změně přizpůsobit. Většinou noční směny hůře tolerují lidé, kteří potřebují déle spát, a lidé s maximální výkonností v ranních hodinách, dále pak lidé po 50. roce věku, kteří se všeobecně hůře přizpůsobují změnám.

Na špatném tolerování směnného režimu se podílejí tři základní faktory. Porušení cirkadiálních rytmů, deficit spánku a společenské faktory.⁴⁴ Základní konflikt při směnné práci spočívá v našich vnitřních

⁴² NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, ŠONKA, Karel. Poruchy spánku a bdění, s. 185.

⁴³ BORZOVÁ, Claudia. *Psychiatrie pro praxi*, Spánek a paměť ve vztahu k medikaci, s. 213–215.

⁴⁴ NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, ŠONKA, Karel. Poruchy spánku a bdění, s. 203.

biologických hodinách, které nás přes den drží v bdělosti a pohotovosti, zatímco v noci nás uklidňují a připravují na spánek. Při nočních směnách se spánek za 24 hodin průměrně zkracuje o 3-4 hodiny. Je-li tento deficit kompenzován do dvou dnů, pak jsou následky minimální. Trvá-li však deficit delší dobu, stav se upravuje pozvolna, následky jsou zřetelnější⁴⁵ a ovlivňují jak pracovní činnost, tak i mimopracovní aktivity jedince.⁴⁶

Všechny projevy, které jsou se směnným provozem spojeny, můžeme rozdělit do tří základních skupin: na důsledky chronobiologické, společenské a somatické.

Chronobiologické důsledky směnného provozu

Do této skupiny se řadí denní únava, ospalost, poruchy soustředění a krátkodobé paměti, snížená výkonnost. Většinou jsou chronobiologické důsledky pocíťovány zejména po nočních směnách, není to však pravidlo.

Při kombinaci všech těchto faktorů se např. cesta automobilem ze zaměstnání stává vysoce rizikovou činností. Riziko dopravních nehod u zdravotnických pracovníků je značně vysoké.⁴⁷ Nejčastější příčinou dopravní nehody bývá nepřítlač stimulativní činnost, kdy dojde k polevení pozornosti a řidič tak může upadnout do **mikrospánku**. Ten se charakterizuje jako stav, kdy se mozek přepne do stavu spánku bez ohledu na to, jakou činnost zrovna vykonáváme. Tento stav trvá několik sekund až minut.⁴⁸ Ze studie, kterou vedla doktorka Diane Goldová z harvardské lékařské univerzity a které se účastnilo přibližně 635 zdravotních sester, vyplynulo, že sestry, u nichž docházelo ke střídání směn, trpěly spánkovým deficitem a měly čtyřikrát vyšší tendenci usínat za volantem oproti sestrám v jednosměnném provozu. O 163 % častěji se dostávaly do situace, při které jen díky štěstí nedošlo k nehodě. Zároveň si i tyto sestry stěžovaly na špatný spánek, postupně klesala jejich výkonnost, špatně vyhodnocovaly náhle

⁴⁵ BORZOVÁ, Claudia. *Psychiatrie pro praxi*, Spánek a paměť ve vztahu k medikaci, s. 215.

⁴⁶ COREN, Stanley. *Zloději spánku*, s. 192.

⁴⁷ ŽIDKOVÁ, Zdeňka. *Sestra*, Sestry a spánek, s. 20.

⁴⁸ COREN, Stanley. *Zloději spánku*, s. 169.

vzniklé situace a v práci se dopouštěly mnoha chyb. Např. při podávání léků, bylo množství jejich chyb vyšší až o 83 %.⁴⁹

Společenské důsledky směnného provozu

Směnný provoz s sebou přináší i negativní společenské důsledky. Při směnné práci je člověk nucen proti mechanismům biologických hodin bojovat, což vede k narušení jeho zvyků a rozchodu s životními cykly lidí kolem sebe. Zejména noční směny vedou k dysharmonii manželských a partnerských vztahů. Snižují se i možnosti péče o děti či staré rodiče, omezují se společenské aktivity.

Somatické důsledky směnného provozu

Somatické projevy tvoří velkou skupinu, která jde se směnným provozem, a s ním spojenou restrikcí spánku, ruku v ruce. Základním principem vzniku těchto onemocnění je již výše zmíněná stresová teorie (viz kapitola 2.3.1 na str. 20) spolu se zvýšenými zánětlivými markery. Řadíme sem: zažívací a trávicí obtíže, vředovou chorobu, zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění, vyšší incidence nádorových onemocnění (u žen zejm. karcinomů prsů), psychické a neurologické poruchy související se stresem (podrážděnost, rozmrzelost, třes), psychiatrické poruchy (vyšší riziko vzniku bipolární poruchy), vyšší riziko vzniku závislosti na alkoholu, hypnoticích či jiných stimulancích.⁵⁰ Do směnného provozu by se neměli zařazovat jedinci, kteří vyžadují pravidelný spánkový režim (zejména epileptici), lidé se spánkovými poruchami či s psychiatrickým onemocněním v anamnéze a toxikomani.⁵¹

Závažným rizikem u lidí aktuálně trpících některou z forem spánkového deficitu je **krátkodobá noční paralýza**. Trvá většinou do dvou minut, ale přibližně v 11 % případů, může trvat i déle než pět minut a není vázána pouze na noční směny. Vědec Stanley Coren ve své knize Zloději spánku k této problematice uvádí: "Jedna z nich (zdravotní sestra) mi popisovala, jak náhle ztuhla uprostřed podnosů s léky, které měla připravit a nadávkovat. Asi minutu, možná o něco déle, nebyla prý schopna

⁴⁹ COREN, Stanley. Zloději spánku, s. 202.

⁵⁰ BORZOVÁ, Claudia. *Psychiatrie pro praxi*, Spánek a paměť ve vztahu k medikaci, s. 216.

⁵¹ NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, ŠONKA, Karel. Poruchy spánku a bdění, s. 204.

sebemenšího pohybu. Jiné se totéž přihodilo na sesterně, kde nebyla schopna ani zvednout vyzvánějící telefon.“ Podle autora ale většina sester o této problematice mlčí z obav před ztrátou zaměstnání.⁵² U zdravotních sester může tento stav znamenat nejen riziko pro pacienty, ale i pro ně samotné.

Trvají-li obtíže déle než jeden měsíc, stává se porucha spánku závažnou a vyžaduje si naši plnou pozornost.

3.2 Vliv životního stylu

Mezi prvky životního stylu, které narušují spánek zdravotníků, se řadí: jednostranná fyzická a nadměrná psychická zátěž, nedostatek pohybu, přejídání se, užívání nadměrného množství stimulačních látek (káva, nápoje typu coca-cola, hypnotika), zhoršená kvalita interpersonálních vztahů (a to jak na pracovišti, tak i v rodině či mezi přáteli) a redukce sociálních kontaktů nejčastěji pro nedostatek volného času nebo pro preferenci užívání moderních komunikačních prostředků (mobilní telefon, internet s velkými možnostmi různých sociálních sítí). Obecně se na chronické spánkové deprivaci v nemalé míře podílí i vědomé dlouhodobé zkracování nočního spánku, nejčastěji kvůli pracovnímu přetížení a workoholismu. Příčinou však může být jakákoliv cílená restrikce spánku.

3.3 Prevence spánkového deficitu

Je nutné si uvědomit, že kvalita spánku ovlivňuje celkovou kvalitu života. Pro zmírnění dopadu směnného provozu na zdraví a prožívání zdravotníků je nutné volit preventivní opatření, a to zejména v oblasti dodržování spánkové hygieny a dostatečného množství kvalitního spánku. Je tedy potřeba dodržovat všechny body uvedené v kapitole 2.5 Léčba spánkového deficitu na str. 22. Nemělo by docházet k restrikci spánku za účelem zvládnutí vícero povinností, než je při směnném provozu možné.

V praxi je možné se poměrně často setkat s nedostatečnou informovaností lékařů ohledně spánkového deficitu. Ta může mít za následek špatně stanovenou a posléze i špatně léčenou, diagnózu. Má-li tedy jedinec

⁵² COREN, Stanlay. Zloději spánku, s. 203.

se spánkem potíže, je třeba ho doporučit do poradny pro poruchy spánku a bdění, kde bude spánková porucha léčena bez možnosti poškození jiných částí psychiky, zejména paměti.⁵³

A jak by měl ideálně vypadat nástup zdravotníků do zaměstnání? Již při vstupní prohlídce do zaměstnání by měly být uchazeči poskytnuty informace, jak se požadavkům na směnný provoz přizpůsobit. Zhruba za tři měsíce by měla být posouzena jejich adaptace a během následujícího roku by měly být provedeny ještě dvě periodické prohlídky.⁵⁴

⁵³ BORZOVÁ, Claudia. *Psychiatrie pro praxi*, Spánek a paměť ve vztahu k medikaci, s. 216.

⁵⁴ PODHAJSKÁ, Barbora. *Diagnóza v ošetrovatelství*, Poruchy spánku u sester, s. 72.

4 Praktická část

Ve Spojených státech amerických byl proveden výzkum na téma spánková deprivace a psychomotorická výkonnost u sester pracujících na nočních směnách.

Studie byla vedena Arlene Johnsonovou, Kathleen Brownovou a Michaelem Weaverem.⁵⁵ Popisuje, jak spánková deprivace ovlivňuje psychomotorickou výkonnost zdravotních sester pracujících ve směnném provozu. Výzkum byl prováděn pomocí „Testu pozornosti d2“, kterým se kromě individuální výkonnosti měřila i míra pozornosti a koncentrace, tempo a pečlivost pracovního výkonu. Na výzkumu se podílelo 289 zdravotních sester různých etnických skupin, různého věku a pracujících na různé směny ve třech nemocnicích.

Studie prokázala, že více než polovina dotázaných sester pociťuje spánkovou deprivaci, a však více než polovina dotázaných, při otázce na kvalitu spánku vypověděla, že svůj spánek považují za spíše dobrý. Více než 90% sester během služby užívá kávu nebo čokoládu, aby vydržely zůstat vzhůru. Jiné stimulační látky neužívají. Alarmující je i množství sester, které zůstávají obtížně vzhůru při řízení motorového vozidla. Tyto potíže má až 40% dotázaných sester.⁵⁶

V závěru vyplývá, že spánková deprivace má hlavní podíl na zhoršené výkonnosti zdravotních sester. Oproti tomu roky práce v sesteském povolání na jednotlivých odděleních a roky nočních směn mají malý vliv na psychomotorickou výkonnost.

Pro přehled vybraných výsledků „testu pozornosti d2“ viz Příloha č. 10.

Výsledky této práce jsou dle mého úsudku a pohledu velmi závažné a alarmující. Skutečnost, že více než padesát procent zdravotních sester

⁵⁵ JOHNSON, Arlene, BROWN, Kathleen, WEAVER, Michael. *AAOHN Journal*, Sleep Deprivation and Psychomotor Performance Among Night-Shift Nurses, p. 147.

⁵⁶ JOHNSON, Arlene, BROWN, Kathleen, WEAVER, Michael. *AAOHN Journal*, Sleep Deprivation and Psychomotor Performance Among Night-Shift Nurses, p. 147-153.

pociťuje spánkovou deprivaci, ale zároveň svůj spánek považují za spíše dobrý nebo velmi dobrý, mi přijde zarážející. Je možné považovat svůj spánek za kvalitní i při jeho nedostatku? Jak hodnotí danou problematiku sestry samotné?

Nedostatek empirických dat o populaci českých zdravotních sester mě přivedla k myšlence, pokusit se tuto oblast u nás probádat. Vzhledem k omezeným možnostem, které mi dává bakalářská práce, jsem se rozhodla využít kvalitativní metodu sběru informací o situaci v této oblasti. Domnívám se, že tímto přístupem získám řadu podnětů pro případný další, rozsáhlejší a reprezentativní kvantitativní výzkum spánkového deficitu u českých sester. Svým výzkumem nedostatku spánku u sester ve směnném provozu jsem se zaměřila na to, jak vybrané zdravotní sestry nahlízejí a chápou téma nedostatku spánku. Jak jednotlivé stavy a situace pociťují a posléze interpretují, jaký vliv má příp. spánkový deficit na jejich individuální osudy a zdraví pacientů, jim svěřených do péče.

Informace, o které jsem se zajímala, jsem rozdělila do tématických oblastí, kterým jsem věnovala jednu až dvě otázky. Tématické oblasti zní:

Nedostatek spánku jako téma.

Vliv nedostatku spánku na kognitivní funkce zdravotní sestry.

Vliv nedostatku spánku na zdraví a soukromí zdravotní sestry.

Činnosti sester působící proti nedostatku spánku.

Zdravotní sestra jako riziko pro pacienty.

Status dobrovolnosti spánkového deficitu z pohledu zdravotní sestry.

4.1 Metodologie kvalitativního výzkumu

Poznatky o správném uplatnění kvalitativních metod jsem čerpala z učebnice Jana Hendla „Kvalitativní výzkum“ a z publikace Strausse a Corbinové „Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie“. Metodologie obecně se podle Hendla zabývá „systematizací, posuzováním a navrhováním různých metod a strategií výzkumu“.⁵⁷ Řešení metodologických otázek bývá ovlivněno filozofickými

⁵⁷ HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, s. 35.

pohledy. Provedení výzkumu závisí na jednotlivých názorech na povahu sociálního světa, na znalostech, které o něm máme a na představě o jejich získávání, na hodnotových a etických hlediscích. Závisí i na základních cílech výzkumu, na externích vlivech, které působí na výzkum a na bezprostřední okolí.⁵⁸

Při volbě kvalitativního výzkumu hrála hlavní roli komplexní znalost zdravotnického prostředí, spolu s téměř neexistujícími dostupnými informacemi o této problematice a zejména potřeba získání představy o tom, jak je spánek a jeho nedostatek v sesterském prostředí vnímán, interpretován a jak se s ním zachází.

Z těchto důvodů se v této fázi mapování problému jeví jako nejvhodnější právě kvalitativní výzkumná metoda. Její základ tvoří definování cíle, výzkumného problému a výzkumných otázek. Patří sem i volba konkrétní kvalitativní metody, výzkumného vzorku (komunikačních partnerů) a způsobu zpracování získaných informací. Kvalitativní výzkum má i svoji etickou stránku, kterou je třeba v celém průběhu výzkumných aktivit respektovat.

4.1.1 Výzkumný problém

Nedostatek spánku sester sloužících ve směnném provozu může být zdrojem profesních chyb a může též narušovat soukromý život, psychickou rovnováhu i celkovou subjektivní kvalitu života zdravotních sester.

4.1.2 Cíl kvalitativního výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda sestry sloužící ve směnném provozu pociťují nedostatek spánku, jak tento nedostatek ovlivňuje jejich soukromý život a jak sestry hodnotí nebezpečí, která s sebou může nedostatek spánku přinášet. Cílem výzkumu bylo též zjistit, jak zdravotní sestry nahlízejí na možnosti řešení a předcházení spánkovému deficitu.

⁵⁸ HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, s. 35.

4.1.3 Výzkumné otázky

Základem pro položení výzkumné otázky bylo stanovení cíle výzkumu. Strauss a Corbinová uvádějí, že výzkumná otázka by měla říkat, co přesně chceme o daném předmětu či problematice vědět, na co se chceme zaměřit. Pro výzkumníka je výzkumná otázka určitou směrnicí, která ho vede přímo k vytyčenému cíli prostřednictvím prozkoumání dané situace, místa konání události, dokumentů a aktérů. Zároveň by mu měla pomoci, aby zůstal zaměřený na svůj předmět zkoumání.⁵⁹

Na základě definovaného výzkumného cíle jsem si položila následující výzkumné otázky: Pociťují skutečně sestry samy na sobě spánkový deficit? Podle jakých hodnot či ukazatelů sestry tak soudí, jak se u nich spánkový deficit projevuje? A jak hodnotí svou výkonnost (v práci i mimo ní) v návaznosti na směnný provoz? Jaký vliv má směnný provoz (a s ním související případný nedostatek spánku) na jejich soukromý život a zdraví? Je možné se spánkovým deficitem bojovat a předcházet mu? A je možné považovat spánkový deficit u zdravotních sester za dobrovolný akt či se jedná o nutnost, která jde se zdravotnictvím ruku v ruce, a do kterého je sestra tlačena zaměstnavatelem a systémem v poskytování zdravotní péče?

4.1.4 Etické otázky výzkumu

Abych dodržela zásady etického jednání při zpracovávání dat v rámci tohoto kvalitativního výzkumu, byli všichni účastníci výzkumu o průběhu a okolnostech výzkumu předem plně informováni a upozorněni na možnost odmítnutí účasti na výzkumu. Byli ujištěni, že jejich identita nebude během zpracovávání a prezentace výsledků výzkumu odhalena.⁶⁰ Veškerá jména komunikačních partnerek, uvedená v této práci, jsou proto smyšlená. Souhlas se zpracováním dat podaly účastnice výzkumu ústně.

4.1.5 Výzkumný vzorek

Cílem výběru výzkumného vzorku při provádění kvalitativního výzkumu je zastoupení „populace problému“. Volíme tolik případů (výběrových

⁵⁹ STRAUSS, Anselm, CORBINOVÁ, Juliet. Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie, s. 25.

⁶⁰ HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, s. 150-155.

jednotek), kolik jich potřebujeme k objasnění výzkumné otázky nebo svých teoretických předpokladů. Tím se liší od výzkumu kvantitativního. U toho je cílem reprezentovat předem definovanou populaci, pro kterou chceme výsledky zobecnit. U kvalitativního výzkumu patří k technickým operacím určení pořadí rozhovorů s komunikačními partnery a naplánování si bodů pozorování. Až když jsou všechny tyto operace připravené, je možné začít tvořit výzkumný vzorek.⁶¹ Svoji roli zde hraje i proveditelnost výběru s ohledem na čas, peníze, dosažitelnost partnerů.

Svůj výzkumný vzorek jsem zvolila cíleně. Jako komunikační partneři byli vytipováni jednotlivci, u kterých se očekávalo, že zkoumané procesy (tedy nedostatek spánku při směnném provozu) u nich budou, s největší pravděpodobností, přítomny. Pro účely a zpracování této výzkumné práce jsem vybrala šest kolegyň – zdravotních sester, které pracují ve směnném nemocničním provozu na celý nebo poloviční úvazek.

Charakteristika komunikačních partnerek

Aby byly zachovány zásady etického jednání a dodržena anonymita respondentů, jsou pro jednotlivé partnerky rozhovorů použita nepravá, náhradní jména.

PETRA – 32letá všeobecná sestra, vdaná, žije ve společné domácnosti s manželem a dospívajícím synem. Ve směnném provozu pracuje 11 let, po celou dobu při úvazku 1,0. Jako zdravotní sestra chodí ve volných dnech vypomáhat několikrát do měsíce do zubní ordinace. Ve volném čase se zabývá manikúrou a distribucí kosmetiky. Do zaměstnání dojíždí automobilem přibližně 30 minut.

Během rozhovoru působila klidně, rozhodně. Od jednotlivých témat často odbíhala k jiným tématům. K tomu původnímu se však vždy sama vrátila.

ALŽBĚTA – 29letá všeobecná sestra, svobodná, žije s přítelem ve společné domácnosti, bezdětná. Ve směnném provozu pracuje 9 let, po celou dobu při úvazku 1,0. Do Prahy dojíždí vlakem nebo autobusem 100km, v Praze bydlí na nemocniční ubytovně.

⁶¹ DISMAN, Miroslav. Jak se vybírá sociologická znalost, str. 304.

Při rozhovoru byla veselá, často se smála. Působila klidně, jistě.

MARTINA - 22letá všeobecná sestra, svobodná, žije sama ve vlastní domácnosti, bezdětná. Pět měsíců slouží ve směnném provozu při úvazku 1,0. Jedná se o její první zaměstnání, v době rozhovoru byla v adaptačním procesu, do jehož zakončení zbýval jeden měsíc. Do zaměstnání dojíždí přibližně 35 minut městskou hromadnou dopravou.

Při rozhovoru byla nerozhodná, působila nejistě. Seděla schoulená v klubíčku, mluvila pomalu a často se v řeči zadržovala.

JOSEFÍNA - 27letá všeobecná sestra, svobodná, má přítele, žije však ve vlastní domácnosti, bezdětná. Pět let pracuje ve směnném provozu při úvazku 1,0. Příležitostně dochází do druhého zaměstnání, kde slouží přibližně čtyři 12 ti hodinové směny za měsíc. Do zaměstnání dojíždí automobilem nebo městskou hromadnou dopravou necelých 20 minut.

K dané tématice se vyjadřovala rozhodně, bez většího přemýšlení. Působila klidně, sebejistě.

KLÁRA - 34letá všeobecná sestra, vdaná, s manželem žije ve společné domácnosti, má jedno tříleté dítě. Ve směnném provozu pracuje 15 let, z toho přibližně deset let při úvazku 1,0 a osm měsíců při úvazku 0,5. Do zaměstnání dojíždí automobilem přibližně 30 minut.

Během rozhovoru byla hodně usměvavá, výřečná, na všechny otázky odpovídala s chutí, danou problematiku cítila jako „své téma“.

LENKA - 36letá všeobecná sestra, svobodná, žije ve společné domácnosti s přítelem, bezdětná. Ve směnném provozu pracuje 15 let, po celou dobu při 1,0 úvazku. Do zaměstnání dojíždí vlakem 170 km, v Praze bydlí na nemocniční ubytovně.

Rozhovor byl proveden po její měsíční dovolené, působila při něm nerozhodně, často se škrábala po těle, rukama zasahovala do obličeje a čteně gestikulovala.

4.1.6 Sběr dat

Volba techniky sběru dat by se vždy měla řídit výzkumným problémem. Zvolenými metodami získáváme informační materiál o studované realitě.

Použité techniky by měly odpovídat požadavkům na spolehlivost a platnost výsledků konkrétního empirického výzkumu.

Pro zodpovězení položených výzkumných otázek, jsem si zvolila kvalitativní metodu rozhovoru pomocí návodu a zúčastněného pozorování kolegyň na oddělení během jejich pracovní směny.

Tyto metody mi umožnily zachytit případný obraz spánkového deficitu, byl-li u sester přítomen. Pomocí rozhovorů jsem zjistila, jak různě sestry vnímají směnný provoz. Co je nejvíce trápí a co jim naopak umožňuje jeho nároky zvládnout. Pomocí rozhovorů jsem mohla zjistit i celkový psychický stav sester, jejich pocity, prožívání a jednání v souvislosti s nedostatkem spánku. Umožnilo mi to získat jejich náhled a názory na danou problematiku. Zjistit, jaká pozitiva a negativa jim směnný provoz přináší jak v soukromí, tak i na pracovišti. Pokusila jsem se i zjistit, co dělají pro zlepšení případných problémů v oblasti spánku.

Rozhovor pomocí návodu

Ke svému rozhovoru jsem měla připravený seznam témat, který bylo během rozhovoru s každou komunikační partnerkou nutné probrat. Tento seznam mi zajišťoval zodpovězení všech otázek, které jsem si - pro účely prozkoumání studovaného problému, připravila. Otázky jsem nepokládala v přesně stanoveném pořadí, vždy jsem reagovala na aktuální situaci, které jsem otázky a jejich pořadí přizpůsobovala. Tento způsob rozhovoru mi dával možnost plně využít daný čas, který jsem na rozhovor měla. Během rozhovoru mohly komunikační partnerky uplatnit vlastní zkušenosti a náhled na celou zkoumanou problematiku.⁶²

Všechny rozhovory probíhaly přímo na pracovišti během denní směny. Při rozhovoru tak docházelo k občasnému rušení ze strany dalších spolupracovníků přítomných ve směně. Rozhovor byl zaznamenáván jako audiozáznam, který byl doplňován o zápisky a postřehy, které vznikly během rozhovoru. Čas byl neomezený, ovšem podmíněný stavem a chodem oddělení. Mohlo se tak stát, že při nějaké akutní situaci by se rozhovor musel

⁶² HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, s. 174.

narychlo ukončit. Doba trvání rozhovorů byla různě dlouhá, od 20 minut do jedné hodiny.

Zúčastněné pozorování

Zúčastněné pozorování mi umožnilo popsat, co se na oddělení děje, koho se studovaný problém dotýká, jak na něj lidé reagují, jak se projevuje. Tuto metodu jsem zvolila proto, že daná problematika je málo prozkoumaná; pohledy zainteresovaných osob se liší a pro nezdravotníky není přístupná vůbec. Osobně jsem se zkoumaného problému přímo účastnila tím, že jsem sbírala data v prostředí, ve kterém se dlouhodobě pohybuji, a také přímým, osobním vztahem s pozorovanými osobami v jejich přirozených situacích.⁶³

4.2 Kódování a zobrazení dat

Již během získávání dat od komunikačních partnerek docházelo k jistému otevřenému a selektivnímu kódování. Otázky byly směřovány k jednotlivým tématům, některé oblasti mírně zredukovány, jiné více probrány. Celý proces provázela tvorba poznámek tazatelem o chování, jednání a gestikulaci komunikačních partnerek.

Za účelem systematické klasifikace a roztřídění dat byl využit popisný systém kategorií, kdy se vychází přímo z nashromážděných dat, a s jehož pomocí se datový materiál uspořádává a přiřazuje k jednotlivým názvům (např. při axiálním kódování).⁶⁴ Pro tento účel byly natočené rozhovory přepsány a uspořádány do tabulek, které se vztahovaly k jednotlivým výzkumným otázkám. V textu pak byly podtržením zvýrazněny zajímavé odpovědi komunikačních partnerek a tučným písmem otázky pokládané tazatelem.

Jde o tzv. **komentovanou transkripci**, která umožňuje zachytit důležité informace mimo doslovný přepis pomocí zvláštních znaků. Jedná se o nápadné příznaky promluvy jako je smích, ironický tón, způsob řeči, pomlky a pauzy.⁶⁵

⁶³ HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, s. 193.

⁶⁴ HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, s. 211.

⁶⁵ HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, s. 208.

Ve svém přepisu jsem použila následujících znaků a příznaků promluvy.

..	krátká pauza
hmm	vyplnění pauzy
(-)	kolísání hlasu, nerozhodný tón
(.)	poklesnutí hlasu
(´)	zdvižení hlasu
(smích)	charakteristika neslovních projevů, stojí za odpovídajícím místem
(..), (...)	nesrozumitelně

Pro zobrazení dat jsem použila tabulek, které umožnily názornou organizaci a kompresi informací. Je to velice důležité, protože získaná data měla velmi objemnou, nepřehlednou podobu a postrádala strukturu. Takovéto zobrazení ulehčilo interpretaci a usnadnilo návrh závěrů.⁶⁶

Tabulky, uspořádané podle tematických oblastí jsou uvedeny v příloze. (Příloha č. 1, Tabulka 1-9)

4.3 Kvalitativní analýza a interpretace dat

Kvalitativní data jsou charakteristická tím, že nemají strukturovanou podobu jako data v kvantitativním výzkumu. Jejich analýza slouží k systematickému nenumerickému organizování získaných dat, s cílem odhalit pravidelnosti, vztahy, formy a kvalitu, a bývá součástí vlastního sběru dat. Interpretace je doplňována citacemi částí rozhovorů či výňatky z vlastních zápisků provedených během zúčastněného pozorování.⁶⁷

4.3.1 Analýza dat metodou zakotvené teorie

Hledání teoretických vysvětlení a specifických návrhů, které se týkají vymezené populace, prostředí nebo dějů se nazývají metodou zakotvené teorie. Jejými základními prvky jsou koncepty, kategorie a tvrzení. Pomocí

⁶⁶ HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, s. 207.

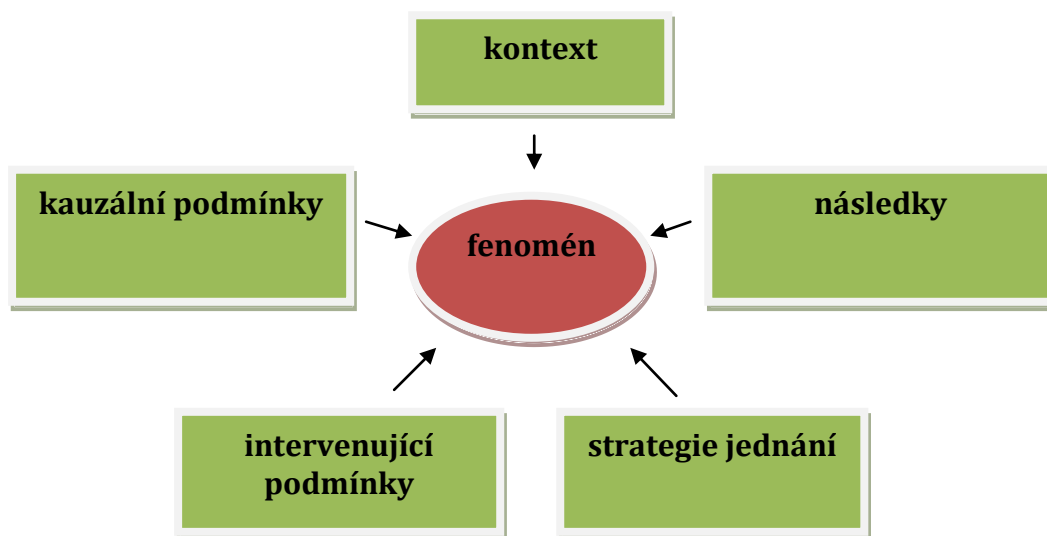
⁶⁷ HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, s. 223.

otevřeného, axiálního a selektivního kódování dochází k rozkrytí dat za účelem interpretace.

Otevřené kódování znamená, že se ve výpovědích komunikačních partnerů odhalují jednotlivá témata, která se vztahují k výzkumným otázkám, nastudované literatuře a pojmům použitým komunikačními partnery během rozhovorů.

Axiální kódování nám umožňuje hledat a zvažovat příčiny, důsledky, podmínky, interakce, strategie a procesy, které spolu souvisejí a tvoří tak „osu“ propojující jednotlivé kategorie. Axiální kódování má stimulovat uvažování o propojení mezi koncepty a tématy. Pro přehlednější znázornění těchto navzájem se ovlivňujících znaků, můžeme použít schéma paradigmatu axiálního kódování.⁶⁸

Obecné paradigma axiálního kódování



Fenomén je definován jako název celého schématu nebo vztahu. Může se jednat i o sledovaný výsledek nebo jedince.

Kontext je možné pojmut jako specifickou hodnotu parametrů prostředí.

⁶⁸ HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum, s. 243 – 250.

Kauzálními podmínkami jsou události, činnosti a proměnné, které vedou k vývoji fenoménu. Jedná se o příčiny a jejich vlastnosti.

Intervenující podmínky lze těžko odlišit od kontextu. Lze je popsat jako mediátorové proměnné.

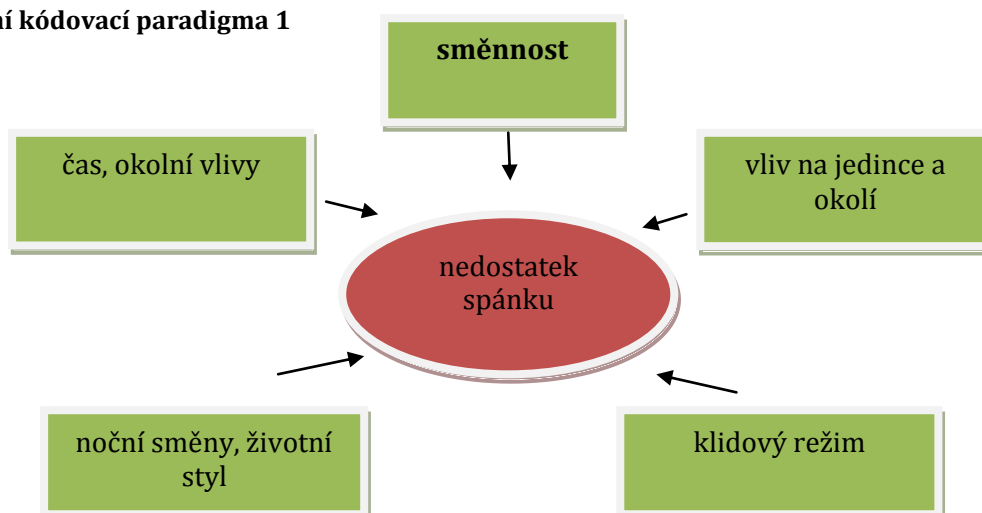
Strategie jednání reaguje na fenomén a intervenující podmínky. Jedná se o cílené činnosti a aktivity.

Následky jsou důsledkem úmyslných i neúmyslných akcí a strategií.

4.3.2 Analýza dat k tématu: Nedostatek spánku jako téma (ot. č. 1)

Pomocí otevřeného kódování je z odpovědí komunikačních partnerek možné vytvořit následující koncepty: nedostatek spánku, definice, směnnost, okolní vlivy, čas, věk, zdravotní potíže, klidový režim, nepravidelný denní režim apod. Otevřeným kódováním vzniklo také několik základních témat týkajících se nedostatku spánku, které bylo možné z konceptů odvodit: směnný provoz, čas, okolní vlivy, vliv nedostatku spánku na jedince a jeho okolí. Jednotlivá témata je možné dále analyzovat, hledat mezi nimi jednotlivé souvislosti a závislosti. Axiálním kódováním bylo možné nalézt příčiny, důsledky, podmínky, interakce, strategie a procesy, které spolu souvisejí. Pro znázornění otázky č. 1 viz axiální kódovací paradigma 1.

Axiální kódovací paradigma 1



Že je možné nedostatek spánku považovat za fenomén mohou doložit následující úryvky rozhovorů komunikačních partnerek na dotaz, zda pociťují nějaký nedostatek spánku.

„Pociťuji kontinuálně nedostatek spánku (smích).“ (Alžběta)

„Ano, neustále (smích).“ (Klára)

Čas a okolní vlivy, jako kauzální podmínky nedostatku spánku dokládají následující citace.

„... A čím dýl je člověk v zaměstnání, tak se to stupňuje. Samozřejmě i s věkem to má trošku vliv a nezvládám, to co dřív. Jak v práci, tak i doma.“ (Alžběta)

„... někdy, hlavně v zimě nebo hlavně, když je horší počasí nebo na podzim, zimu. Většinou to léto je lepší, drobet.“ (Lenka)

Směnnost je možné považovat za základní parametr prostředí u sester ve směnném provozu.

„Jestli je to nebo ne, když třeba mezi těma nočníma spíš krátce a vrátíš se do práce a večer teprve v těch šest, sedm pociťuješ, v takovou tu hodinu, kdy už jako musíš fungovat.“ (Petra)

„Po tý noční, já vůbec nejsem schopná. I když spím dejme tomu pět hodin, tak prostě já nejsem schopná fungovat. Jsem unavená, protivná, nesoustředěná, podrážděná úplně maximálně a to i když si jdu večer ještě dřív lehnout, než chodím normálně.“ (Klára)

Následky nedostatku spánku na jedince a jeho okolí se ukázaly jako obrovské téma, které zdravotní sestry značně pociťují a trápí je. Jedná se o vliv na kognitivní funkce, zdraví a soukromí jedince, které se následně odrážejí i na jejich blízkých:

„ ... únavou, nesoustředěností, někdy jsem tak unavená, že nemůžu ani usnout a i třeba podrážděností. Když jsem unavená, tak jsem třeba i nepříjemná, nevrlá nebo tak. Takže to pociťuje i moje okolí.“ (Josefína)

Strategií jednání, kterou sestry reagují na nedostatek spánku, je klidový režim:

„Samozřejmě podřizuji ten svůj život tomu klidovému režimu. Prostě nejdu někam do restaurace na pivo, ale řeknu, já bych se raději vyspala, no.“ (Alžběta)

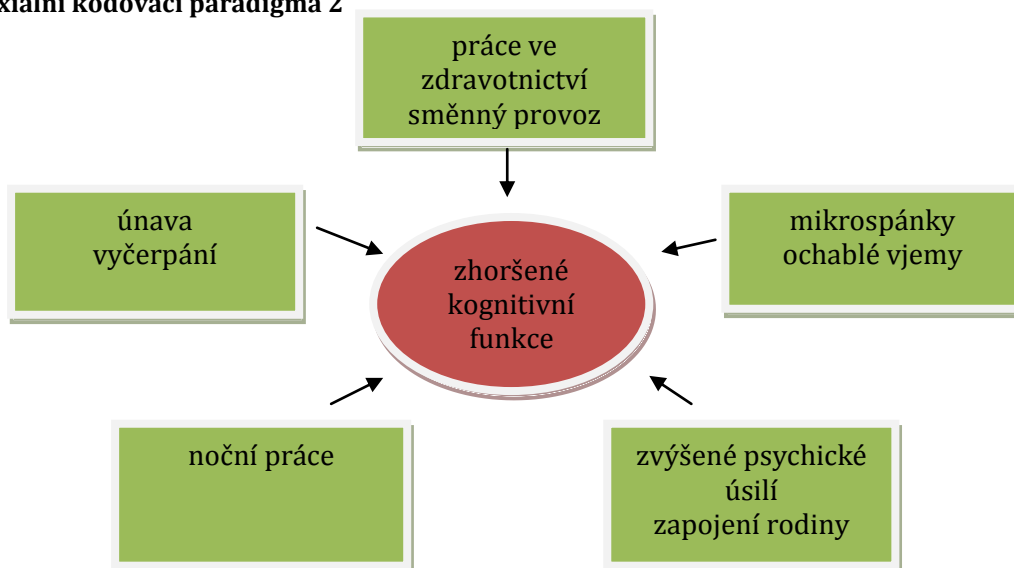
Zajímavostí u tohoto vstupního tématu je skutečnost, že se většina komunikačních partnerek při zadání otázky zasmála a samotnou otázkou byly pobavené. Po většinu doby výpovědi k této otázce se usmívaly. Jak si to ale vyložit? Bud' že se nad samotnou problematikou nikdy dříve nezamýšlely, nebo ji nepovažují za důležitou, podceňují ji a nijak ji neřeší? Nebo že se prostě jen cítily „nesvé“ při začátku rozhovoru a při nahrávání jejich odpovědí na audiozáznam a smích tak byl jejich prostředek k uvolnění napětí? (viz též Příloha č. 1, Tabulka 1)

Výpovědi komunikačních partnerek potvrzují údaje z teoretické části, kde je směnný provoz uveden jako hlavní příčina spánkového deficitu u sester ve směnném provozu (viz strana 26). Jsou zde doloženy i vlivy na zdraví, kognitivní funkce, soukromí a na mimopracovní aktivity, které se podřizují klidovému režimu, aby zdravotní sestry načerpaly síly na další směny.

4.3.3 Analýza dat k tématu: Vliv nedostatku spánku na kognitivní funkce zdravotní sestry (ot. č. 2 – 3)

Z odpovědí komunikačních partnerek bylo možné vytvořit následující témata: směnný provoz, negativní emoce, zvýšená fyzická aktivita a psychické úsilí, omezení společenských aktivit, nesoustředěnost, únava, vyčerpání, riziko pro pacienty apod. Z témat bylo možné vytvořit následující axiální kódovací paradigma.

Axiální kódovací paradigma 2



Zhoršené kognitivní funkce jako fenoménem uvedeného tématu. Vliv nedostatku spánku na kognitivní funkce zdravotní sestry je možné odvodit z následující výpovědi:

„ ... Asi i ty pozorováním na mě, že jsem jednoznačně nesoustředěná, roztěkaná“ (Petra)

„ ... ty vjemy tam jsou víc ochablý, no. A nesoustředím se tak úplně, jak bych měla. Víc zapomínám“ (Alžběta)

Zde bych ráda poukázala na změnu tónu řeči komunikačních partnerek při odpovídání na zadané otázky. Již se většinou nesmály ani neusmívaly, tón hlasu zvažněl. Všechny více přemýšlely a mluvily pomaleji než u otázky první. Nad otázkou o cestě domů po nočních směnách se hodně zadržovaly, ale samotné mikrospánky na cestě domů ze zaměstnání,

za závažné většinou nepovažovaly. Snad pro to, že ještě žádná z nich díky mikrospánku neměla vážnou dopravní nehodu. Tento fakt je podle mne zarážející. Očekávala jsem, že zdravotní sestry si riziko takového počínání budou uvědomovat více. Výjimku tvořila jedna kolegyně, která při řízení motorového vozidla po noční směně, cíleně komunikuje s nějakým členem své rodiny, za účelem zabránění vzniku mikrospánku:

„Já když sedám do auta, volám mu a celou cestu spolu vlastně mluvíme. No, a když se mnou nemůže mluvit, tak prostě mi říká, zapni si rádio, zpívej si a opakuje mi to po každý (smích).“ (Petra)

„Už se mi stalo, že jsem usnula na semaforu (úsměv a lehké pokývání hlavou), že na mě troubili a to jsem fakt zaspala.“ (Josefína)

„Já jezdím po paměti (úšklebek, lehký smích).“ (Klára)

Zde ovšem vzniká otázka, zda telefonování během řízení (bez handsfree sady) po noční směně není ještě více nebezpečné. Pozornost během takového počínání musí být dle mého názoru, opravdu nízká. Riziko dopravní nehody se tak může paradoxně zvýšit.

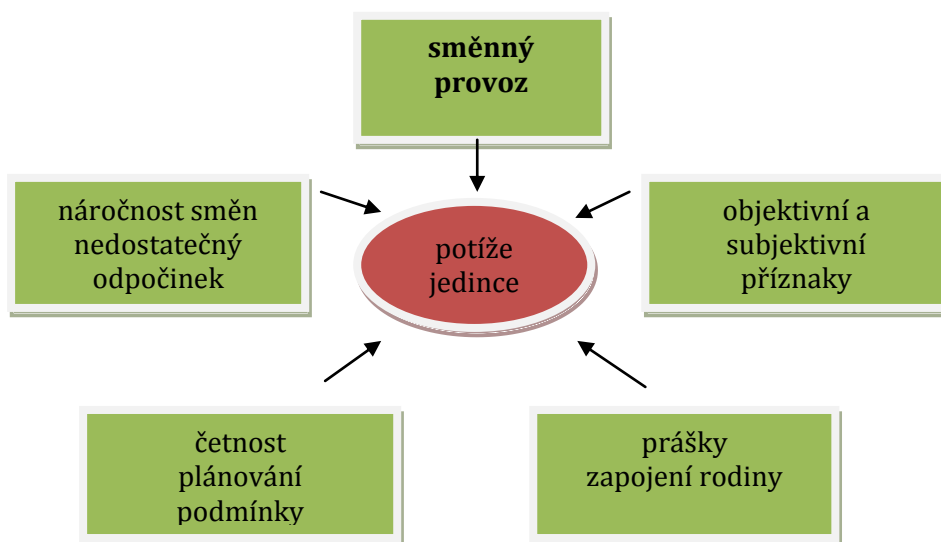
Je zajímavé, že některé kolegyně i při vypravování k této problematice působily bezstarostně, klidně. Je možné si to vykládat tím, že tento dlouhodobý stav vede k podceňování celé situace? Myslím si, že ano. A jak praví staré české přísloví: „tak dlouho se chodí se džbánem pro vodu, až se ucho utrhne.“ (viz též Příloha č. 1, Tabulka 2 a Tabulka 3)

4.3.4 Analýza dat k tématu: Vliv nedostatku spánku na zdraví a soukromí zdravotní sestry (ot. č. 4 – 5)

Z odpovědí na položené otázky bylo možné určit tyto koncepty: únavu, zhoršené zdraví, vliv na soukromí, pracovní nároky, kognitivní funkce, zaměstnavatel, pracoviště, omezení společenských aktivit, uvědomování si, vlastní čas a činnosti, plánování, vlastní volno, nedůvěra, ochablost vjemů, pocity apod.

Ze vzniklých konceptů lze pomocí axiálního kódování sestavit vícero paradigmat. Já jsem sestavila paradigma, kde jsem jako fenomén označila potíže jedince. Při jeho porovnání s předešlými paradigmaty je dobře viditelné vzájemné propojování a vzájemné ovlivňování jednotlivých oblastí.

Axiální kódovací paradigma 3



Při rozhovorech na toto téma bylo vidět, že zdravotní potíže a ovlivnění soukromého života je obrovským tématem, které se týká všech zdravotních sester. Tón hlasu u všech komunikačních partnerek zvažněl. Všechny sestry měly k tomuto tématu co říci, každá má nějaké vlastní zdravotní potíže, které na sobě pociťuje:

„No, mám nateklý nohy, někdy mě bolí, no. A hlavně ta krční páteř. A ten žaludek.“ (Martina)

Stejně tak práce na směny ovlivňuje i blízké okolí každé zdravotní sestry:

„Vlastně i partner se podřizuje mým směnám.“ (Alžběta)

Při rozhovorech to vypadalo, jako by si sestry až během nich postupně uvědomovaly, jak moc působí směnný provoz na jejich zdraví a na jejich soukromý život. Přišlo mi, že až během rozhovoru jim došlo, že i jejich rodiny se podřizují jejich směnám, a že i na ně dopadají všeobecné důsledky směnného provozu. Např., že si rodina zdravotní sestry plánuje rodinné aktivity podle jejích směn nebo že blízcí lidé napomáhají zdravotní sestře, která pracuje ve směnném provozu, zvládat situace ovlivněné nedostatkem spánku (ať už tím, že zajistí doma klidné prostředí ke spánku, nebo tím, že s ní telefonují při jízdě automobilem po noční směně). Tyto informace korespondují s teoretickou částí této práce, v níž se hovoří o společenských důsledcích směnného provozu (viz str. 28).

V teoretické části této práce jsme se též zabývali zdravotními potížemi, které jsou důsledkem směnného provozu. Jednalo se zejména o zažívací a trávicí obtíže, psychické a neurologické poruchy související se stresem, jako je podrážděnost, rozmrzelost, náladovost apod. Během rozhovorů se sestry rovněž zmiňovaly o svých zdravotních problémech. Lze říci, že si jsou poškozování vlastního zdraví vědomy. Zároveň však k poškozování jejich zdraví přispívají i špatné návyky, kterými řeší důsledky nedostatku spánku. Jedná se zejména o popíjení kávy, užívání léků na spaní a energetických nápojů. Tuto problematiku si již nepřipouštějí, a tak si nevědomky ještě více poškozují své vlastní zdraví. (viz též Příloha č. 1, Tabulka 4 a Tabulka 5)

4.3.5 Analýza dat k tématu: Činnosti sester působící proti nedostatku spánku (ot. č. 6 – 7)

Analýza odpovědí na otázky týkajících se způsobů, jakými se zdravotní sestry brání nedostatku spánku a jak tento nedostatek vyrovnávají, umožnila stanovit následující tématické okruhy: potřeby jedince, odhodlání, vlastní prožívání, stimulancia, aktivita, pohyb, stereotyp, donucení, rozhodnost, rodina.

Nicméně, jak výpovědi sester dokazují, většina z nich preventivně proti nedostatku spánku nijak nepůsobí. Spíše pouze jeho projevy překrývají stimulačními látkami, vlastní aktivitou nebo léky. Ze stimulačních látek jednoznačně vede káva a nápoje typu coca-cola nebo energidrinky. Oproti tomu kouření, nevedla žádná z komunikačních partnerek, a to i přesto, že minimálně polovina z nich kouří. Stejně tak žádná nevedla užívání drog či alkoholu za účelem nabuzení svého organismu:

„No, tak kafe a fyzický pohyb, takže chůze. V okamžiku kdy si sednu a najím se, tak to nejde, usínám.“ (Alžběta)

Pouze jedna komunikační partnerka uvedla touhu po lepším boji proti nedostatku spánku prostřednictvím vhodných potravin a pak ještě jedna uvedla užívání bylinných čajů.

„Hm, kávou. No chtěla bych víc bojovat proti tomu, třeba potravinama. Abych víc jedla zdravější jídla jako zeleninu. Aby mě to prostě nezastavovalo a neunavovalo.“ (Alžběta)

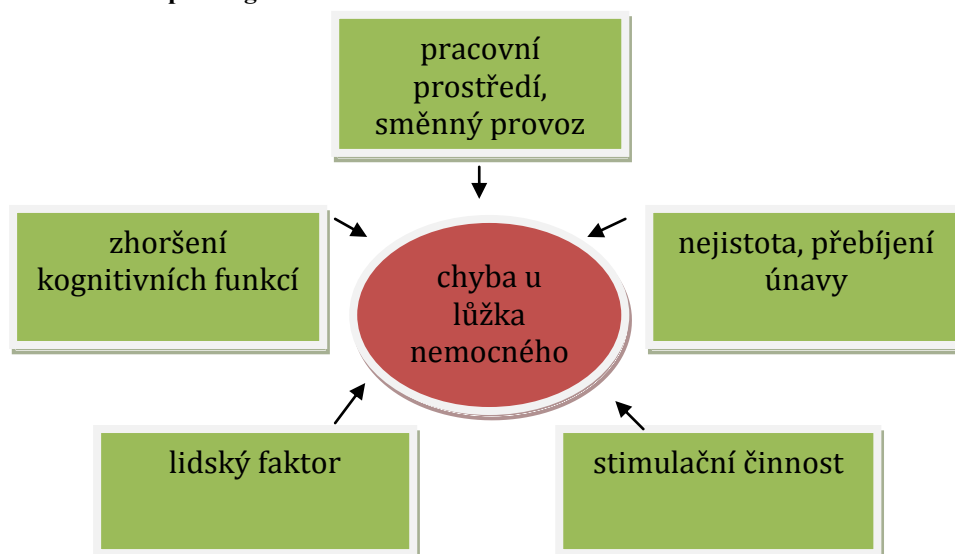
„Já nevím, nějaký zklidňující čaje si třeba dám, hlavně bylinkový.“ (Josefína)

Celé toto téma je ovšem možné shrnout pouze několika málo slovy a to: boj proti nedostatku spánku téměř neexistuje. Na odpovědích je patrné, že sestry prevenci spánkového deficitu nevěnují téměř žádnou pozornost, nijak se jí nezabývají. Myslím si, že tento stav je možný nějakou dobu udržet, avšak při dlouhodobém působení ve směnném provozu to není možné. (viz též Příloha č. 1, Tabulka 6 a Tabulka 7)

4.3.6 Analýza dat k tématu: Zdravotní sestra jako riziko pro pacienty (ot. č. 8)

Odpovědi komunikačních partnerek k otázce týkající se pochybení u lůžka nemocného z únavy přinesly tato hlavní témata: chyba u lůžka, zhoršené kognitivní funkce, pracovní prostředí, psychostimulace, kontrola činností, směnný provoz, lidský faktor a jiné. Schéma axiálního kódovacího paradigmatu k této otázce viz níže.

Axiální kódovací paradigma 4



Na tomto tématu se opět ukazuje úzké propojení všech dřívějších témat. Před provedením rozhovorů jsem toto téma brala jako zásadní při práci zdravotní sestry. Domnívala jsem se, že díky různým zevním i vnitřním faktorům nutně dojde k situaci, kdy takřka každá sestra během výkonu svého povolání udělá u lůžka pacienta nějakou chybu. Otázkou mělo být, jak moc závažnou. Výpovědi komunikačních partnerek mne ale velmi překvapily. Byly sestry, které uvedly, že si provedení nějaké chyby nejsou vědomy, a jiné, které naprosto bez rozmýšlení vypověděly, že ano:

„Tak tohleto se mi ještě třeba nestalo. Ne, ne, ne. To si nevybavuju.“ (Petra)
„ ... bylo to vyloženě z nesoustředěnosti. Chyba, která mohla být docela závažná. Naštěstí se nic nestalo, ale byla to chyba a myslím si, že se to stane každému, že prostě se přehlídneš, tu chybu uděláš.“ (Josefína)

Výpověď jedné z komunikačních partnerek zcela odpovídá popisu krátkodobé noční paralýzy, která je zmíněná v teoretické části, jako důsledek akutního nedostatku spánku. Komunikační partnerka vypověděla následující.

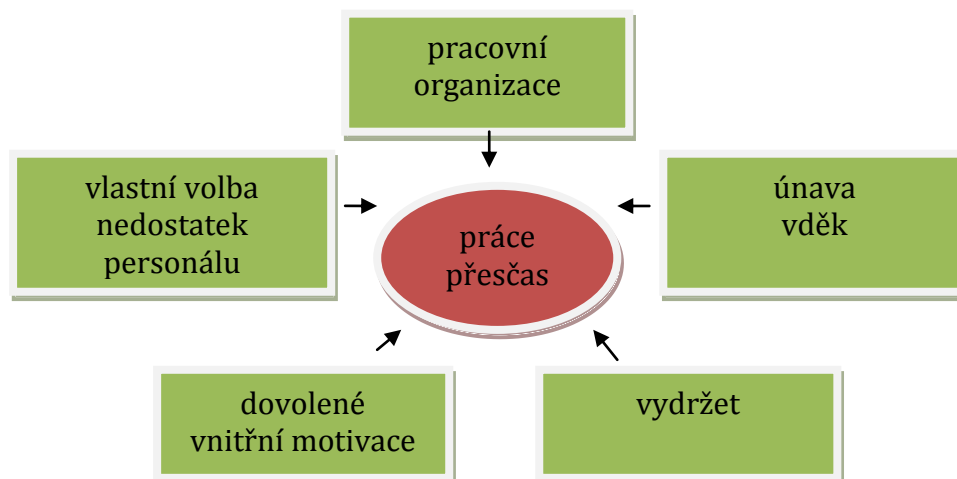
„Ale stalo se mi, že jsem šla něco dělat ... , jako bych na chvíli usnula a probírala se až po tom, co jsem ho podala. ... Ale mezi tou kontrolou a tou aplikací byl výpadek.“ (Lenka)

Zejména odpovědi vypovídající o neprovedení žádné chyby u lůžka nemocného a to i po např. 11 ti letech praxe, mě velice zarážely. Avšak během zpracovávání této práce jsem zjistila, že kolegyně, která žádné pochybení během dosavadního výkonu své praxe neuvádí, tuto chybu během mého zúčastněného pozorování udělala. Jednalo se o pochybení po sérii několika nočních směn (došlo k záměně dvou léků). Sestra sama, si však ani po tomto pochybení nepřipustila, že by série nočních směn měla vliv na její pozornost. To mě velice zaráží. Je samozřejmé, že každý člověk na sobě pocítuje omezení pozornosti jinak, ale toto neustálé odmítání faktu, může být velmi nebezpečné. A to jak pro pacienta, tak i pro samotnou zdravotní sestru. (viz též Příloha č. 1, Tabulka 8)

4.3.7 Analýza dat k tématu: Status dobrovolnosti spánkového deficitu z pohledu zdravotní sestry (ot. č. 9)

Jako hlavní téma se v této otázce jeví zejména práce přesčas a samotný výkon povolání zdravotní sestry. Práci přesčas většinou sestry považují za dobrovolný akt, a to i přes to, že občas jsou k práci přesčas nucení organizací, zejména v době dovolených. Samotné sesterské povolání potom přímo se spánkovým deficitem spojují. Dalo by se téměř říci, že je považují za synonyma. Je to něco, s čím by sestra měla při výkonu tohoto povolání počítat.

Axiální kódovací paradigma 5



Platnost tohoto axiálního kódovacího paradigmatu potvrzují následující citace výroků mých komunikačních partnerek:

„No, spíš to je moje vnitřní motivace.“ ... „Druhotně ale zase ráda vyjdu vstříc svým nadřízeným.“ (Petra)

„No, tak to tady určitě bylo, že nás nutili k tomu, abysme prostě měly směny navíc, ale jako myslím si, že to je taky tím, že si člověk zvolil tohle povolání. Že to k tomu jako i tak nějak patří. Jako myslím, že jsem do toho s tím i šla.“ (Martina)

„Tak jakoby na jednu stranu je to dobrovolný, protože prostě tady pracuju, a kdyby mi to jako vadilo moc, tak bych musela jít dělat něco jinýho. Ale zase

zároveň nic jiného neumím.“ „ ... samozřejmě jsem tím systémem do toho dotlačena taky, ale nevidím, jak jinak by se to dalo vyřešit.“ (Josefína)

„Tak hold jako, když člověk nad tím přemýšlí, tak mu nic jiného nezbyvá.“ ... „Je to, je to moje volba a díky bohu za to, že tady můžu být na půl úvazek, a že mi vycházejí vstříc, že nemám v týdnu denní, no.“ (Klára)

Většina komunikačních partnerek spojuje dobrovolný spánkový deficit s prací přesčas za účelem vyššího finančního ohodnocení. Ukazuje se tak, že finanční zajištění sebe samých a vlastní rodiny je jednou z nejsilnějších motivací zdravotních sester k práci přesčas a s ní spojeným nedostatkem spánku. (viz též Příloha č. 1, Tabulka 9)

5 Závěr a doporučení

Analýza výpovědí komunikačních partnerek potvrzuje výchozí předpoklad, že spánkový deficit u zdravotních sester je opravdu problémem. Spánkový deficit sestry nejvíce spojují s prací přesčas a se samotným výkonem povolání. Tyto příčiny však považují za neřešitelné nebo vykoupené penězi, které za prací přesčas dostávají.

Jako největší problém spánkového deficitu a směnného provozu pociťují sestry omezení a narušení jejich kognitivních funkcí. Snížená pozornost, výkonnost a schopnost reagovat nejvíce ohrožuje zdraví nemocného. Riziko chybovosti u lůžka nemocného si většinou uvědomují a snaží se ho minimalizovat neustálou kontrolou léčiv a vlastní fyzickou i psychickou aktivizací. Vliv směnného provozu a nedostatek spánku na zdraví sestry se ukázalo být obrovským tématem, které by stálo za to hlouběji prozkoumat. To však, vzhledem k rozsahu této práce, nebylo možné provést. Z výpovědí jednoznačně vyplývá i to, že směnný provoz sester přímo ovlivňuje i jejich rodinné příslušníky.

Sestry ve svých výpovědích nepřikládají váhu boji proti příčinám spánkového deficitu. Hovoří o překrývání jeho projevů většinou aktivním pohybem nebo stimulujícími látkami, jako je káva nebo nápoje typu coca-cola. Zajímavostí je, že nikdo nevyprávěl, že by ke stimulaci pozornosti užíval cigarety a to i přesto, že některé komunikační partnerky aktivně kouří.

Vážně je nutné spojovat práci zdravotní sestry se spánkovým deficitem? Vždyť prevence je možná, proč jí tedy nevyužít?

Vhodnou dobou, kdy by se sestry měly se spánkovou hygienou seznámit, je podle mého názoru doba jejich kvalifikačního studia na vyšších odborných a vysokých školách. Měly by být s vlivem směnného provozu na život a zdraví jedince seznámeny ještě před nástupem do zaměstnání. A i tam by bylo vhodné sestry ve spánkové hygieně podporovat.

Bylo by k tomu třeba zájmu zaměstnavatele o tuto problematiku, lepší organizace práce, nepřetěžování sester jejich nadměrným zařazováním do směn, poučení sester a jejich motivování k péči o dostatečný odpočinek, podporování zdravého životního stylu. Ze strany zaměstnavatele by se mělo jednat o pravidelné semináře či přednášky, které by byly doplněné tištěným

edukačním materiálem, podporu zaměstnanců v relaxačních technikách (finanční podporou či umožněním relaxace přímo na pracovišti), umožnění výběru stravy dle zásad zdravého stravování a příp. i nabídnutí psychologické podpory zaměstnancům, kdyby to bylo potřeba. Samozřejmě by měl být dostatečný počet nelékařských zdravotnických pracovníků, aby se ve směnách mohly pravidelně střídat. Práce sester by pak mohla být bezpečnější pro ně samé i pro jejich pacienty, což by bylo přínosem i pro samotné zaměstnavatele. Všechny zúčastněné strany by tak mohly být alespoň o něco spokojenější.

Nedostatek spánku zdravotních sester bude trvalým problémem naší doby, dokud se nenaučí samy sebe šetřit a správně odpočívat. Je potřeba si uvědomit, že kvalita našeho života do značné míry souvisí s kvalitou našeho spánku. Pracuje-li někdo v této profesi, která není nijak vstřícná k pravidelnému střídání režimu spánku a bdění, neměl by se snažit dlouhodobě spánek obcházet. Spánek nelze ničím jiným nahradit.

6 Souhrn

Tato kvalitativní studie se zabývala problematikou spánkového deficitu u sester ve směnném provozu. Jejím cílem bylo zjistit, zda sestry spánkový deficit pociťují, jakým způsobem se na nich projevuje a jak proti němu bojují.

V teoretické části v prvním oddíle je uvedena historie a význam spánku v minulosti a během lidského života, vývoj jeho výzkumu. Dále jsou popsány organizace, které se spánku a jeho výzkumu věnují. Zabýváme se fyziologií spánku a faktory, které na něj působí. Druhý oddíl teoretické části je věnován všeobecnému popisu fenoménu nedostatku spánku. Jeho dělení, projevům, diagnostickým a terapeutickým možnostem a to jak farmakologickým, tak i nefarmakologickým. Třetí část teoretické práce je zaměřena na nedostatek spánku u sester, zejména na jeho specifické příčiny – směnný provoz a životní styl zdravotní sestry a na jejich důsledky.

Výzkumná část se věnovala vlastním názorům sester na problematiku nedostatku spánku. Sběr dat byl proveden zejména metodou rozhovoru pomocí návodu. Výzkumný vzorek sester se volil cíleně. Rozhovory byly prováděny na vlastním pracovišti respondentek a byly zaznamenávány formou audiozáznamu. Poté byly přepsány pomocí komentované transkripce do tabulek, které se členily dle jednotlivých témat. Téměř ke každé tématické oblasti bylo vypracováno axiální kódovací paradigma, které danou problematiku názorně popisovalo a poukazovalo na vzájemné propojení jednotlivých témat. Byly rovněž použity citace výpovědí sester, které dané téma názorně dokumentovaly.

Výsledky ukázaly na závažnost zejména zdravotních následků směnného provozu a společenských dopadů pro zdravotní sestry. Zmínila bych hlavně obrovské riziko vzniku dopravních nehod po nočních směnách způsobených v důsledku mikrospánku, který zažily všechny

komunikační partnerky. Zajímavé bylo i zjištění, že téměř žádná z nich proti nedostatku spánku nijak nebojuje. Spánkový deficit přímo spojuje s výkonem povolání zdravotní sestry a tak se proti němu ani nijak bojovat nesnaží.

Naše závěry ukázaly, že je této problematice třeba věnovat vyšší pozornost jak na straně zdravotních sester, tak na straně zaměstnavatelů.

7 Seznam použité literatury

Knihy:

- BORZOVÁ, Claudia et al. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 144 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
- COREN, Stanlay. *Zloději spánku*. 1. vyd. Praha: Robot s.r.o., 1996. 279 s. ISBN 80-902061-1-5.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vybírá sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
- HELLER, Barbara. *Cesta ke klidnému spánku*. 1. vyd. Praha: Pragma, 2008. 192 s. ISBN 978-80-7205-930-0.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- IDZIKOWSKI, Chris. *Jak na to; Zdravý spánek*. 1. vyd. Praha: Slovart, 2012. 160 s. ISBN 978-80-7391-545-2.
- KOCOUREK, Jiří. *Sebrané spisy Sigmunda Freuda. Výklad snů*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1998. 712 s. ISBN 80-86123-07-3.
- NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, ŠONKA, Karel et al. *Poruchy spánku a bdění*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 343 s. ISBN 978-80-7262-500-0.
- PRUSIŇSKI, Antoni. *Nespavost a jiné poruchy spánku*. 1. vyd. Praha: MAXDORF, 1993. 89 s. ISBN 80-85800-01-2.
- STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství*. Dotisk, Praha: Karolinum, 1997. 194 s. ISBN 80-7184-243-5.
- STRAUSS, Anselm, CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Brno: Sdružení podané ruce, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
- SVOBODA, Ludvík, a kol. *Encyklopedie antiky*. 1. vyd. Praha: Academia, 1973. 744 s. ISBN nevedeno.
- TRENCŠÉNYI – WALDAPFEL, Imre. *Mytologie*. 1. vyd. Praha: ODEON, 1967. 344 s. ISBN 0260-01-056-67

Články v časopisech:

BORZOVÁ, Claudia. Spánek a paměť ve vztahu k medikaci. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, 9(5), 213-216. ISSN 1803-5272.

GIRARD, Nancy. Lack of sleep another safety risk factor. *AORN Journal*, 2003, vol. 78, no. 4, p. 553-556. ISSN 0001-2092.

JOHNSON, Arlene, BROWN, Kathleen, WEAVER, Michael. Sleep Deprivation and Psychomotor Performance Among Night-Shift Nurses, *AAOHN Journal*, 2010, vol. 58, no. 4, p. 147-154. ISSN 2165-0969.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života. *Interní medicína pro praxi*, 2006, 7 a 8, s. 342-347. ISSN 1212-7299.

PODHAJSKÁ, Barbara. Poruchy spánku u sester. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2007, 3(2), s. 71-72. ISSN 1801-1349.

Internetové zdroje:

ČESKÁ BIBLICKÁ SPOLEČNOST, *Jan 11* [online]. ČBS: © 2009 [cit. 20. 12.

2012]. Dostupné z: <http://www.biblenet.cz/app/b/John/chapter/11#v24>

ČESKÁ BIBLICKÁ SPOLEČNOST, *Kazatel 5* [online]. ČBS: © 2009 [cit. 29. 12.

2012]. Dostupné z:

http://www.biblenet.cz/app/b?book=Eccl&no=5&_sourcePage=M1o5DxxP7qErRHmSlxpiHw%3D%3D&_fp=90fMswyLkmKSGJ1oyD5g7Q%3D%3D

ČESKÁ BIBLICKÁ SPOLEČNOST, *Sírachovec 31* [online]. ČBS: © 2009 [cit. 29.

12. 2012]. Dostupné z:

http://www.biblenet.cz/app/b?book=Sir&no=31&_sourcePage=JEmTVEzP8GMrRHmSlxpiHw%3D%3D&_fp=OkWwDCHzkBiSGJ1oyD5g7Q%3D%3D

ČESKÁ SPOLEČNOST PRO VÝZKUM SPÁNKU A SPÁNKOVOU MEDICÍNU,

Charakteristika společnosti [online], ČSVSSM: © 2002-2013 [cit. 30. 10. 2012].

Dostupné z: <http://www.sleep-society.cz/csvssm/charakteristika.html>

GALERIE SURSUM, *Katalog – Hypnos* [online], Galerie Sursum: © 2009 [cit.

25. 2. 2013]. Dostupné z: [http://www.galleriesursum.cz/katalog/bez-](http://www.galleriesursum.cz/katalog/bez-kategorie/id-851/?PHPSESSID=a37863a4487533389bed56266e281ab6)

[kategorie/id-851/?PHPSESSID=a37863a4487533389bed56266e281ab6](http://www.galleriesursum.cz/katalog/bez-kategorie/id-851/?PHPSESSID=a37863a4487533389bed56266e281ab6)

PETERKOVÁ Michaela. Spánek [online]. © 2008-2012 [cit. 13. 3. 2013].

Dostupné z: <http://www.spanek.psychoweb.cz/>

PODLAHOVÁ, Veronika. *1. Díl Spánek z hlediska historie a vědy* [online].

sednisi.cz: © 2005 [cit. 20. 7. 2012]. Dostupné z:

<http://www.sednisi.cz/prectiSi.php/i-dil-spanek-z-hlediska-historie-a-vedy>

WIKIPEDIA, *Hypnos* [online], Wikipedia: 2012 [cit. 29. 12. 2012]. Dostupné z:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Hypnos_%28b%C5%AFh%29

WILDOVÁ, Olga. *Prof. MUDr. Soňa Nevšimalová, DrSc.* [online]. Panax Co.,

s.r.o.© 2001-2013 [cit. 6. 1. 2013]. Dostupné z:

http://nova.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=3312

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 **Tabulky komentovaných transkripcí rozhovorů s komunikačními partnerkami.**

Tabulka 1 Nedostatek spánku jako téma

Tabulka 2 Vliv nedostatku spánku na kognitivní funkce zdravotní sestry (1)

Tabulka 3 Vliv nedostatku spánku na kognitivní funkce zdravotní sestry (2)

Tabulka 4 Vliv nedostatku spánku na zdraví a soukromí zdravotní sestry (1)

Tabulka 5 Vliv nedostatku spánku na zdraví a soukromí zdravotní sestry (2)

Tabulka 6 Činnosti sester působící proti nedostatku spánku (1)

Tabulka 7 Činnosti sester působící proti nedostatku spánku (2)

Tabulka 8 Zdravotní sestra jako riziko pro pacienty

Tabulka 9 Status dobrovolnosti spánkového deficitu z pohledu zdravotní sestry

Příloha č. 2: **Obraz vlisu bohyně Nykty.**

Příloha č. 3: **Zinkografie boha Hypna od Jana Konůpka.**

Příloha č. 4: **Sókratés.**

Příloha č. 5: **Aristotelés.**

Příloha č. 6: **Epworthská škála spavosti.**

Příloha č. 7: **Morinův spánkový dotazník.**

Příloha č. 8: **Spánkový diář.**

Příloha č. 9: **Vliv jednotlivých skupin léků a jejich negativní vliv na kognitivní funkce a samotnou kvalitu spánku.**

Příloha č. 10: **Vybrané výsledky „Testu pozornosti d2“.**

9 Přílohy

Příloha č. 1 Tabulky komentovaných transkripcí rozhovorů s komunikačními partnerkami

Tabulka 1 Nedostatek spánku jako téma

Otázka č. 1 <i>Pocituješ na sobě nějaké projevy spojené s nedostatkem spánku?</i>	
Petra	<i>„Tak to bych odpověděla, já že <u>nemám</u> (smích, vesele) <u>pocit nedostatku spánku a nevím úplně, jak s tím vlastně (..) (..) jak to jakoby ohodnotit. Jestli je to nebo ne, když třeba(-) mezi těma nočníma spíš krátce a vrátíš se do práce a večer teprve v těch šest, sedm pocituješ, v takovou tu hodinu, kdy už jako musíš fungovat. Tak to neumím ohodnotit a už vůbec ne po těch letech, že jo. Jestli to je jako nedostatek nebo ne. Necítím se unavená, ale fakt nevím, jestli je to, když se tady bavíme jako všichni .. , že bych teď šla spát, ale doma by to prostě nešlo(.), že jo.“</u></i>
Alžběta	<i>„<u>Pocituji kontinuálně nedostatek spánku</u> (smích). Ne, ta noční směna se odrazí hodně na tom organismu a <u>v podstatě mám problém se spánkem</u>. Často se probouzím, ale není to, že bych se probouzela nějakým děsem z práce, ale cejtím, že ty potíže jsou a <u>mám takový pocit, že jsem unavená.</u>“ „A potíže z práce si nepřenášíš domu?“ „No, to ne. To tak není.“ „A jak to pocituješ? Že jsi víc unavená?“ „No (pauza) <u>fyzicky, je větší únava, jsem vyčerpaná, nemám sílu. A čím dýl je člověk v zaměstnání, tak se to stupňuje. Samozřejmě i s věkem to má trošku vliv a nezvládám, to co dřív. Jak v práci, tak i doma.</u>“ „Takže už nezvládáš si mezi denními směnami jít zatancovat?“ „No, no přesně tak. Samozřejmě <u>podřizuji ten svůj život tomu klidovému režimu</u>. Prostě nejdu někam do restaurace na pivo, ale řeknu, já bych se raději vyspala, no.“</i>
Martina	<i>„No, <u>pocituju</u>, možná tak stejně jako ve škole, protože jsem vstávala vždycky brzo, ale třeba .. tak <u>mám víc unavený nohy nebo víc taková ta fyzická únava, ale není to nějaký drastický.</u>“</i>

Josefína	„ <u>Určitě, únavou, nesoustředěností, někdy jsem tak unavená, že nemůžu ani usnout a (přemýšlí) i třeba podrážděností. Když jsem unavená, tak jsem třeba i nepříjemná, nevrlá nebo tak. Takže to pociťuje i moje okolí</u> (smích).“
Klára	„ <u>Ano, neustále</u> (smích).“ „ Jaké? “ – „ <u>Po tý noční, já vůbec nejsem schopná. I když spím dejme tomu pět hodin, tak prostě já nejsem schopná fungovat. Jsem unavená, protivná, nesoustředěná, podrážděná úplně maximálně a to i když si jdu večer ještě dřív lehnout, než chodím normálně.</u> “
Lenka	„ <u>Teď zrovna po dovolenej ne. Ale někdy</u> (váhavě), <u>hlavně v zimě nebo .. hlavně, když je horší počasí(.) nebo na podzim, zimu. Většinou to léto je lepší, drobet.</u> “

Tabulka 2 Vliv nedostatku spánku na kognitivní funkce zdravotní sestry (1)

<p>Otázka č. 2</p> <p><i>Pocit'uješ vliv série nočních směn na Tvou pozornost, soustředění, chybovost, výkonnost, náladu, usínání apod.?</i></p>	
<p>Petra</p>	<p>„To určitě(´), to jsem si říkala jedna dvě u mě, že to <u>určitě pocit'uju</u>, poznávám. Asi i ty pozorováním na mě, že <u>jsem jednoznačně</u> (pauza) <u>nesoustředěná, roztěkaná</u> nebo i sama na sobě to nesnáším. Myslím si, že .. i sama na sobě to nemám ráda. To hodně často pozuruju a řeším to, ale jakoby z hlediska tý vedoucí směny, spíš než to, že bych se bála(.) ohledně svojí práce. To zas jako ne, to si myslím, že to zajistím okolo toho pacienta a je jedno ..“ „<u>Že si myslíš, že nebudeš chybovat?</u>“ „No, <u>že mám pocit</u> (´), <u>že když mám toho pacienta, tak tu nesoustředěnost a tu jakoby roztěkanost, to mi je jedno u toho pacienta, protože já to o sobě vím a nemusí to na mě pozorovat nikdo ostatní a já vím, že po jak dlouhý době si to udělám, tak si to udělám.</u>“ (ohledně práce u lůžka) „To je jedno, že si dvacetkrát pro něco doběhnu, protože mám v palici dalších dvacet myšlenek a takovýhle. Ale vadí mi to spíš z hlediska tý směnnosti, z vedení tý směny, protože .. jakoby si myslím, že máš ty překotný myšlenky,(-) říkáš to nahlas. Že si jako <u>nedokážeš tak rychle zkoordinovat práci</u> jako (..), (...) Ano, že máš spíš pocit, jakoby (..), (...) Zase byli toho součástí. Není to o tom, že se tě zeptám, protože sama nevím a že bych to chtěla potvrdit, ale spíš je to za prvé myslím nahlas(´), takže říkám, co by bylo dobrý, takže kolikrát plácneš i hovadinu(.), protože neřekneš nejdřív to rozhodnutý a za druhý myslím si, že zároveň chci, abyste to rozhodovali se mnou, aby to nebylo jen o pocitu, ale aby to bylo po společný dohodě a byli jste do toho zatažení. <u>No, takže samozřejmě, nesoustředěná se pozoruju, jednoznačně. Akorát nevím úplně, jestli je to průser, v tý práci (smích).</u>“</p>
<p>Alžběta</p>	<p>„No(-), rozhodně bych se bála řídit třeba auto, protože 100 km už je třeba u mě dost, na to dojíždění.“ „A jsi více náladová</p>

	<p>nebo našťvaná?“ „<i>To asi ne. Ale spíš .. <u>ty vjemy tam jsou víc ochablý, no. A nesoustředím se tak úplně, jak bych měla. Víc zapomínám .. , více se naběhám. Stojí mě to vyšší úsilí, musím ten organismus přinutit k tomu, aby se vlastně víc(.) začal soustředit, protože ví, že je unavenej, ale vlastně to nejde.</u></i>“</p>
Martina	<p>„<i>No třeba cítím to, .. že <u>o to víc spím</u>, at' už o volnu, at' už ten den. Někdo je schopnej vstát v jednu, já vstávám v půl pátý. Já se potřebuju vyspat. Proto možná nepociťuju tolik tu únavu, já(-) mám prostě (..), (...), hodně spím.</i>“ „Doháníš to spánkem?“ „<i>No, no, no.</i>“ „Nějaký prášky na to usínání?“ „<i>Občas si vezmu .. třeba Dithiaden nebo Kinedril, pač jsem nervózní z toho, že nemůžu usnout, kór(´) když tam je pak třeba ta denní, nebo když mám něco v plánu.</i>“ „Máš strach, že když si večer vezmeš prášek, že třeba druhý den nevstaneš na tu denní?“ „<i>To ani ne(.), já si ho musím vzít třeba do dvanácti (jasně), kdybych ve tři nespala, tak bych si ho už nevzala. Ale <u>byla jsem schopná třeba do těch tří koukat do stropu (úšklebek).</u></i>“ „A nálada je pořád stejná nebo jsi víc rozladěná?“ „<i>Jo, <u>mám třeba míň chut' chodit někam ven se bavit, jsem strašně ráda, když můžu doma koukat na telku.</u></i>“</p>
Josefína	<p>„<i>Určitě. Potom mám i přehozený všechno, celý ten den. Nemůžu spát večer .. Je to prostě nepříjemný.</i>“</p>
Klára	<p>„<i>No, <u>to se všechno samozřejmě(.) násobí</u> a to ještě odpoledne musím vyzvednout dceru ze školky, pokud je teda ve školce. A to nejsem vůbec schopná na tu čtvrtou hodinu vstát (smích).</i>“</p>
Lenka	<p>„<i><u>Pozornost.</u> Když třeba jedu domu, tak jsem schopna, to už se mi stalo několikrát, (úsměv) že si chci objednat lístek a řeknu třeba místo, kam chci jet, tak řeknu Praha. Jako <u>moc nepřemejšlím</u>, ale zase úplně, .. abych dělala vyloženě nějaký chyby, že bych někoho ohrozila, to ne, ne. .. <u>To soustředění občas jo(.).</u> Nebo když potřebuju se vzbudit, abych nepřejela, to(-) jako jo.</i>“</p>

Tabulka 3 Vliv nedostatku spánku na kognitivní funkce zdravotní sestry (2)

Otázka č. 3	
Jak probíhá Tvá cesta domů po třetí noční směně?	
Petra	<p>„No, přesně to, co jsi říkala. Vím konkrétní vesnici, v tom mikrospánku .., jestli je to mikrospánek, tak si jí prostě neuvědomuju. <u>Tu vesnici, nebo jestli jí projedu nějak automaticky a při tom nespím(.), ale to už zase nevím, jak to nazvat, tohle. I to jak jsem zmiňovala předtím, že (-) projedeš třeba červenou a až za křižovatkou si uvědomím ..</u> Já jí možná neprojedu, ale spíš <u>za křižovatkou řeším, jestli jsem jela na zelenou, anebo(.)</u> jestli jsem vůbec na ten semafor koukala. To se mi určitě děje, tohle.“</p> <p>„A to jak jsi málem sjela do příkopu?“ „To bylo po noční .. no. To určitě (-) a to je pořád jedna a ta samá vesnice, tam u nás (.) a <u>tam to vždycky na mě přijde, že si neuvědomuju, že jsem najednou projela .. kolem nebo okolo těch sloupů, co tam jsou po straně. Ted' je tam furt rozkopaná ta silnice .., to si uvědomuju přes den, že je tam rozkopaná silnice, že je tam zábradlí, a že se tam musíš kousek jako vyhnout (-), ale dávat si pozor do tvýho protisměru. Tak po tý noční třeba vůbec nevím, jak jsem to přešla. Ale jestli koukám nebo nekoukám (.), tak už nevím.“ „To mi přijde strašně nebezpečný(‘).“ „No to určitě je nebezpečný. Ale co mě ještě napadlo v tý souvislosti něco, (pauza) jo (‘), že rozhodně to <u>máme už takhle naučený, jako s manželem (-), že po každý tý noční (..), (...)</u> Já když sedám do auta, volám mu a celou cestu spolu vlastně mluvíme. No, a když se mnou nemůže mluvit, tak prostě mi říká, zapni si rádio, zpívej si a opakuje mi to po každý (smích). Takže to tak máme. Nebo ví ségra, že když jí ráno volám, tak ví, že manžel nemůže být na telefonu, takže volám se ségrou(.) (smích).“ „To mi přijde jako dobrý protiopatření, že si to racionálně uvědomuješ.“ „No určitě, jsem vzhůru a musím mu odpovídat, že jo(.). On na mě kolikrát reaguje, že se mě ptá a co ty, co si o tom myslíš? Nebo takhle a já vždycky: ted' jsem tě úplně nevnímala a on, ty chrápeš za tím volantem (důrazně).</u></p>

	<p><i>Takže tohle, to si uvědomuju(.), že to dělám cíleně a že mě takhle hlídá.“ „A nějakou dopravní nehodu jsi už měla?“ „Ne, ne, ne. To nikdy. Jako v souvislosti() s prací jsem se vybourala, ale to byl jen takovej tukanec a to bylo, že jsem sem (do zaměstnání) jela na nějakou schůzi. Bourala jsem, ale to bylo na náledí (.), (...)“</i></p>
Alžběta	<p><i>„Spíš tady na ubytovně?“ „Právě že ne, já jedu rovnou domu, že si užívám toho volného času, ať je jakékoliv. Takže jedu rovnou domu. Končím v 7:15, to mi končí noční směna. Jdu na metro, metrem jedu já nevím(.), tak čtvrt hodiny, než mi jede ten spoj. Ten mi taky nenavazuje hned. .. Takže to není tak, že bych v 7:15 končila docházku a za půl hodiny seděla v autobuse. Tak to není, protože prostě můžeme být rádi (.), (...) Ted' já <u>v tom autobusu okamžitě usnu</u>, jen co se zavřou dveře a řidič mě prodá lístek (smích), tak usínám a probouzím se až v konečném místě.“ „A už tě okradli?“ „Ne, to se mi ještě nestalo.“ „A už jsi přejela?“ „Ne, ale myslím si, že je to dost pravděpodobný, třeba ve vlaku .., v autobusu asi ne. Ale usnu, no. .. <u>Vliv nemají ani všechny vjemy</u>, že řidič pustí rádio, že tam kouří (úšklebek), cizinci, že slyšíš všechny ty cizí jazyky.“ „Takže tě nic neudrží vzhůru, jo?“ „No (), přesně tak. A to je .. takovej ten skok, že se vyspím vlastně, dorazím domu někdy v deset dopoledne, no a <u>pak jako se cítím, že bych i nemusela spát, ale to se donutím, protože vím, že bych pak byla prostě unavená</u>, že jo, po těch třech nočních (.). To je takovej ten schod, kterej mi udělá dobře, že si odpočinu a pak zase nanovo. Pak si dám třeba oběd, a že <u>bych šla něco dělat, ale jdu si radši lehnout (smích).</u>“</i></p>
Martina	<p><i>„No, .. někdy ráno mi bylo třeba až blbě. Já mám nízký tlak, takže .. <u>jsem měla pocit, že jako někde v tramvaji sebou švihnu</u>. Já jezdím kousek, asi 15 minut, takže se to jako dá. Víím, že ta postel je blízko.“ „A pamatuješ si celý průběh té cesty? Usneš třeba v tramvaji?“ „To ne, ale kdybych jela dýl, tak asi jo.“ „A nemáš takové stavy, že víš, že jsi měla projet nějakou zastávku, a</i></p>

	<p><i>že už jste jí vlastně projeli a ty si to ani nepamatuješ?“ „No, myslím, .. že se mi i povedlo nastoupit do jiný tramvaje(.). Nebo tak jako <u>zmatkařím(</u>). Mám strach, že mi třeba ujede. Ta <u>soustředěnost je ještě horší, no.</u>“ „A zažilas už nějaký mikrospánky?“ „Ne, ale myslím, že kdybych jezdila delší dobu, tak že to přijde, to by bylo hrozný.“</i></p>
Josefína	<p><i>„Už se mi stalo, že jsem usnula na semaforu (úsmev a lehké pokývání hlavou), že na mě troubili a to jsem fakt zaspala (pauza). A <u>pálí mě oči, jsem nesoustředěná a nepamatuji si cestu domu. Jedu jakoby automaticky, zapamatovanou cestou a opravdu si to občas nepamatuju,</u> když jsem hodně unavená. Je to docela (..), (...)<u>“ „A když jdeš MHD? Přejela jsi někdy stanici?“</u> „Jo(</i>, přejela jsem, <u>několikrát jsem přejela zastávku</u> (smích) nebo třeba usnu v tramvaji. Už mě jednou i budil řidič (smích).“ „A jak dlouho jedeš tramvají?“ „No, teď je to chvílku, tak 15 minut(.), ale dřív to bylo i půl hodiny.“</p>
Klára	<p><i>„Já jezdím <u>po paměti</u> (úšklebek, lehký smích). <u>A je to horší.</u> Já myslela, že si na ty noční zvyknu .. a nejde to.“ „A jak dlouho zase sloužíš?“ „Listopad, prosinec, leden, únor, březen (počítá na prstech).“ „Takže půl roku teď zase sloužíš ve směnách.“ „Já hlavně mám v týdnu jenom noční, kvůli tý školce, tak prostě (..), (...)<u>“ „Takže ty jezdíš po paměti domu, takže stačí sebemenší změna na silnici?“</u> „Stačí, když mi semafor ukáže červenou, když jí jako nečekám, že by tam mohla bejt(.). Nebo .. když je namrzlá silnice a člověk má jet opatrně.“ „A mikrospánky máš?“ „Na těch semaforech.“ „A nějaká dopravní nehoda?“ „Ne, to ne.“</i></p>
Lenka	<p><i>„Když jedu domu, tak spím normálně po cestě, občas i doma .. ve vlaku.“ „Ale nejdeš se vyspat sem na ubytovnu?“ „Ne, ne, to ne.“ „A když jedeš vlakem, tak normálně usneš, jo?“ „No (váhavě), teď už třeba říkám lidem, aby mě vzbudili, .. ale většinou nevím, jak, se vždycky před tou stanicí vzbudím. No většinou do Plzně spím a(-) z tý Plzně už je to takový, jak asi</i></p>

člověk má strach zabrat, tak už to není() takový jako do tý Plzně.“ „**A to ti stačí takovýhle spánek?**“ „No(), jak kdy. Řekla bych, že .. poslední dobou mi to moc nestačilo. Dřív mi to stačilo, že jsem šla potom něco dělat, ale je pravda, že() večer jsem byla zase brzo unavená.“ „**A to cesta trvá tři hodiny?**“ „No, tři hodiny, necelý(.). Tak necelý dvě hodiny z toho prospím. Ale ted' už většinou chodím, že přijedu a jdu si ještě lehnout. Ale .. někdy jsem opravdu šla, že jsem něco dělala, ale je pravda (..), (...) Zase v létě to je lepší, ted' jak se brzo stmívalo a nebylo pěkný to počasí, tak se mi chtělo spát.“

Tabulka 4 Vliv nedostatku spánku na zdraví a soukromí zdravotní sestry (1)

Otázka č. 4	
Je rozdíl ve Tvém volném dnu, kterému předchází volno nebo směna?	
Petra	<p>„No .. nedospávám, to určitě ne. Není to o tom dospávání, ale vím(.), že <u>jsem prostě nepoužitelná</u>. Volnej den po dvou denních je pro mě přijatelnější, než po těch nočních. Že(-), prostě <u>ten následující den po nočních беру jako regenerační</u>, takže pokud teda zrovna nemusím někde být, třeba u zubařky (..), (...), ale ty denní je pro mě příjemnější. Včera jsem se nad tím přistihla, jak jsem ted'kom pořád zaběhlá v těch nočních, že se na ty denní těším. No .., tak já mám zase noční, tudíž se ve středu vzbudím, bude pozdě odpoledne a večer jdeme do divadla(.), a pak už mám hned čtvrtek. Než jsem si uvědomila, že mám celou tu středu před sebou.“ „A kolik toho naspíš po noční?“ „<u>Tři, čtyři hod'ky vždycky</u>. I když nejdu nic dělat, tak .. si třeba budík nařídím, protože mi to přijde (..), (...) Já se potom převaluju v tý posteli, jsem unavenější než když vylezu. Já se vzbudím za tři, čtyři hodiny toho tvrdýho spánku, tak se probudím(-), jsem třeba unavená, mohla bych v tý posteli dál ležet, ale neusnu. A pak, když bych tam ležela, pátou, šestou hodinu, tak vylezu a jsem úplně praštěná(´), jsem prostě nepoužitelná. Takže já mám toho budíka vždycky na jednu, na druhou podle toho(.), (...)“ „Takže ty to pak nedospáváš, když máš někdy volný den?“ „Ne, ve volným dnu prostě vstávám naopak na budík (pauza). No, já to mám, že třeba .. na půl osmou, na osmou chodíme na snídani k sousedce (úsměv)a chci mít třeba do deseti hodin určitý věci hotový, jako třeba vyžehleno, uvařeno, poklizeno a pak si chci něco číst, nebo učit se, nebo si něco připravovat. Takže <u>většinou v tom volnu nedospávám</u>. Ale zas spím brzo po denních nebo ve volnu. Po denní jdu v deset hodin spát.“</p>
Alžběta	<p>„No, (pauza) <u>trochu jo</u>, ale těma <u>činnostma</u>. Tou fyzickou únavou je to furt stejný. Už nejsem až tak vyčerpaná, ale je to dost podobný, no(.).“ „A vybíráš si jinou činnost k práci?“ „No</p>

	<p>(pauza), to moc(.) jakoby nejde v tom mým životě. <u>Ráda bych si odpočinula třeba u sportu, ale(.) moc to nejde, pač ten sport podléhá tomu, že to je prostě fyzická únava a s tím únavovým syndromem, v uvozovkách, to už nezvládám, no. To je už to tempo sportování omezováno čím dál tím víc.</u></p>
Martina	<p>„Jo, určitě, no. <u>Někdy jsem taková .. hodně rozlámaná, i mě někdy bolí hlava.</u> Nevím, jestli jako je to přetočený, nebo když se třeba najím (pauza), tak cítím, že to <u>ten žaludek nezvládá tak dobře, jako když jsem odpočatá normálně celou() noc, nebo když spím přes noc. Cejtím, že ten žaludek to prostě nedává.</u> „A výkonnost během toho dne je nějak změněná, omezená?“ „Jo, to si myslím, že určitě je. Já nevím. .. Mám takovou zatuhlou krční páteř, jak dýl spím, tak pak mě trošku(-) ta hlava mě může bolet od toho a <u>jsem taková míň použitelná</u> (smích). Ale třeba od deseti, zase začnu fungovat. Žehlim (..), (...)“ „Jako večer?“ „No, no. Vlastně() to mám otočený.“ „Jak dlouho ti trvá, než se vrátíš do toho normálu? Musela bys mít třeba dva dny volno?“ „Jo, no .. to potřebuju. Aspoň ty dva dny.“</p>
Josefína	<p>„Hm (pauza). Snažím se před tou noční si ještě odpočinout, ale jak kdy. Někdy jsem stejně aktivní i před tou noční.“ „A liší se pak tvoje volno?“ „Jo, tak třeba něco podniknu, že jdu na výlet mimo Prahu nebo .. nevím, se snažím něco dělat. <u>Když nemám deprese a neležím doma</u> (kousavě).“</p>
Klára	<p>„Ne, asi ne.“ „Jsi schopná fungovat stejně?“ „<u>Po těch denních jo. Po těch nočních, to já teďkom moc nedávám ..</u> (odevzdaně, posmutněle).“ „Odkládáš doma povinnosti? Úklid, vaření?“ „Přesně, .. <u>já si to udělám, když mám volno. Navařím si, vyperu si, uklidím si, protože vím(.), že .. potom budu mít nějaký služby a neudělám vůbec nic.</u>“</p>
Lenka	<p>„To je právě, jak jsme teď říkaly, .. když bych nešla spát, tak jsem jako víc unavená.“ „A uděláš stejné množství práce?“ „Jo, ale je to znát, když nejdu vůbec spát, tak jsem víc unavená, utahaná. Spíš jako unavená(.), no.“ „Doma taky stihneš všechnu práci?“</p>

*„Spíš dám přednost tomu, abych se vyspala. Nevím. No(‘), ono to ve finále vyjde na stejno, že jdu potom dřív spát. Takhle se vyspím a zvládnou toho víc, no.“ „**Autem ty nejezdíš?**“ „Ne, ne, ne. Já, i kdybych bydlela a dojížděla autem(-), no musela bych, ale když přijedu domu a přijede pro mě přítel, tak .. bych nikdy neřídila.“*

Tabulka 5 Vliv nedostatku spánku na zdraví a soukromí zdravotní sestry (2)

Otázka č. 5	
Pociťuješ nějaký vliv směnného provozu na soukromí život nebo zdraví?	
Petra	<p>„No, takhle. Tam máme <u>pozitiva</u>, .. si myslím (úsměv, smích).“</p> <p>„Máš dostatek času na partnera i na syna?“ „Jo(´), to ne(.). Na <u>Honzu (syn) určitě ne</u>. Myslím tím ted' na Frantu (manžel), že to je pozitivní (úsměv). Když to vidím u sousedů nebo kamarádů(´), tak to (-) vlastně neřešej to, že já jsem na tý noční pryč. Ty jsou spolu dnes a denně a myslím si, že .. si klidně můžou líst víc na nervy. Já jakoby tím, jak(.) tohleto nemám zjištěný, za celou tu dobu, tak to nevím a .. jako často se přistihnem při tom, že když někde kecáme, takže Franta to jako řekne k dobru.“ „Jé a to je dobrý, to já mám tu televizi pro sebe.“ „Takže si jako odpočinem. No(.), jenže pak paradoxně mě vadí, když Franta je někde pryč a já tam spím sama. Ale kolikrát jsem si říkala, že to je zajímavý, že jemu to nevadí. To já(.) bych nechtěla, aby on pracoval na noční provoz, ale jako slyším u někoho jinýho, že se holky s partnerem rozešly, protože prostě nesnese ten její nápor nočních. To mi přijde jako hustý. <u>To mi přijde zvláštní, že ti to jako ovlivňuje ta práce. Co se Honzi týká, tak .. to samozřejmě ne, to je vždycky večer po denní přijít a vynadat, seřvat, vyřešit a (pauza) a nemáš čas. Rozhodně řeším jen ten důsledek a neřeším to, čím bys ten důsledek mohla nějakým způsobem zmírnit</u> (rozhodně, úderně). No a na zdraví, to je jednoznačný, ne? Nevím, jaký závěry z toho dělat. Myslím si, že každý z nás se nějakou dobu pozoruje a stačí mi pozorovat moje okolí. Ty závěry, který si myslím já(´), mám o jiných holkách. Co vidím ty změny za ty léta, co tady pracuje (kolegyně), ty změny, který .. bys normálně za deset let na tom člověku nepozorovala, přijde ti furt stejně. Tak tady myslím, že ty kolegyně(.) stejný nejsou. A myslím si, že tak jak to vnímám já, tak takhle mě(´) vnímá moje okolí taky. A nevím, jestli se to na to dá svádět, ale u mě to co</p>

	řeším, tak ta váha, no. To řeším pořád,no. Ale nechci, aby to znělo jako .., že to na to svádím. Já si třeba myslím, že pravidelně jíst o těch nočních směnách se mi prostě fakt() furt nedaří, no.“
Alžběta	„No, tak většinu času trávím v práci a dojíždím(.), takže jsem většinou mimo bydliště. Když mám pět služeb, dlouhý týden, tak jsem celý týden(.) prostě v práci, že jo. Jsem pořád mezi prací a spánkem, abych vydržela tu další směnu, no.“ „A vliv tvých směn na partnera?“ „ <u>Tak asi si nepředstavuju, že by takhle měli žít lidé počínající rodinu a v průměrném reprodukčním věku</u> (smích), takže je to určitě problém, je. Je() to problém, no. Vlastně i <u>partner() se podřizuje mým směnám</u> . Většinou je v práci dopoledne, takže .. po nočních se moc nevidíme. To mě jen přítel vyzvedne na nádraží, přesune domu, max. si dáme společný oběd a on pak zase jede do práce. Takže .. jakoby se snažíme si vyhovět v tomhle nějak. Přítel přijede večer z práce a což já jsem vlastně jakoby odpočínutá, ale přítel je unavený. Takže nevím (smích), jestli se babičky, dědečkové dožijou vnoučat.“ „A přítel dělá 12-ti hodinové směny nebo osmihodinové?“ „Ne, on je OSVČ, takže .. někdy vstává v šest, sedm, osm, jede na kancl, vrátí se v poledne a pak vyjíždí po celé republice(.) a vrací se v průměru v deset večer. A někdy přijede i o půlnoci(.).“ „A do toho tvoje směny, jo?“ „No a do toho moje směny. On je pracovitej, takže on jede každý den do práce.“ „A do toho tvoje dojíždění do Prahy?“ „No a do toho moje dojíždění do Prahy. Takže(), jestli my se sejdeme intimně jednou za 14 dnů, tak to už je jó výhra (smích). Jinak samozřejmě další věci jako <u>fungování domácnosti</u> , to do toho spadá. <u>Něco musím udělat já, pak odjedu(.)</u> a musí to dodělat on, tak no.“
Martina	„No, určitě <u>míň() chodím mezi lidi</u> , protože jsem líná. <u>Víc potřebuju spát, než si na to zvyknu</u> .“ „A s partnerem?“ „ <u>Myslím si, že .. to byl jeden z faktorů našeho rozchodu</u> , protože on ještě chodil do školy a nezvládl ty moje směny, ty pracovní víkendy()

	<p>třeba. Jemu vadilo, že se málo vídáme, že jsme málo spolu. V podstatě to (výlety, společný aktivity) bylo hrozně omezený, že jsem třeba o víkendu v práci. On to byl začátek vztahu, takže to nebylo jako <u>ňák jako</u> (..), (...) On neznal směny, on chodil ještě do školy, neznal noční, neznal směnnost(´) vůbec.“ „A na zdraví něco pocituješ?“ „No, <u>mám nateklý nohy, někdy mě bolí</u>, no. <u>A hlavně ta krční páteř</u>. Ale(-), to bych si měla hlavně já sama posilovat záda. <u>A ten žaludek</u>(´). Někdy je takovej .., <u>není to úplně ideální</u>..„Doma úklid jako normálně zvládneš?“ „Jo, tak jako jo. Ale neříkám, že .. když mám sérii těch třech nočních, tak to odsouvám, ten úklid. Možná zapnu pračku.“</p>
<p>Josefína</p>	<p>„Hm, .. <u>určitě jo</u>. Myslím si, že(.) Jiřímu to docela vyhovuje. On má ten svůj prostor, takže myslím, že on je v pohodě(.), ale zase je to na úkor toho, že chceme něco podniknout o víkendu a já mám třeba směnu. Takže máme nějakou akci a já nemůžu. On by tam třeba rád jel(´), ale já nemůžu, nejde to. Ale jinak více méně (..), (...) Absolutně si nepamatuje moje směny, když mu je řeknu. Ale (dlouze přemýšlí), <u>asi jo, asi nám to vyhovuje takhle</u>.“ „A na zdraví pocituješ nějaký změny?“ „Jo(.), určitě. <u>Trpím otokama, že po službě mám oteklý nohy, to je hodně znát. Mám i ty popraskaný žilky</u>, to mě jako hodně štve. Pak trpím hodně, že mám <u>červený oči nebo takový ty popraskaný, vysušený ruce</u>. Taková ta klasika, co tady máme asi všichni. Ale, no (pauza) <u>i ty dopady tý únavy. Jako ta podrážděnost a tak</u>.“</p>
<p>Klára</p>	<p>„No je výbornej (sarkasticky se smíchem). <u>Hodně</u>(.), jelikož manžel chodí domů v osm hodin večer, já buď když jsem po noční, tak už zase spím, takže on teda .. koupe a uloží malou. Takže o to já se nemusím starat.“ „A druhé dítě plánujete?“ „Druhé dítě plánujeme (smích).“ „A vliv směnného provozu na zdraví?“ „Ne, jen <u>jsem víc unavená</u>. Když jsem ale bývala hodně dlouho v provozu, tak jsem měla <u>žaludeční potíže</u>, ale teď kom(.), jak jsem chvíli v těch službách, tak ne.“ „A manžel to skoušává,</p>

	<p>že chodíš na směny?“ „Tak měl na výběr buď od pondělka do pátku dejme tomu.. od sedmi do tří, anebo prostě tohle. A když bych si v tý ambulanci vydělala to samé co tady, ne-li ještě míň (..), (...) Asi tak, tak.“ „A dceři se stíháš věnovat tak, jak by sis představovala?“ „Jo, to jo. Tak jako, to je(.) jako předtím, když byl člověk doma. Potřebuješ si stejně něco udělat, tak jí člověk zaparkuje před tou televizí, no.“ „A když je nemocná a ty sloužíš? Dáš jí taky před televizi?“ „No to jsem teďkom dělala taky, že jo. Teď v pondělí(‘), když jsem měla noční, tak ona byla doma, že ještě dobírala antibiotika. Tak že jí pustím televizi, řeknu jí nech maminku chvíli spinkat a ona tam za mnou každou půl hodinu chodí a:“mami, už je ráno vstávej.“ (úsměv) A pak si uvědomím, že .. jsem šla v 9, a že je 12, a že bych jí měla jít udělat ten oběd, <u>tak silou vůle jako vstanu</u>. Ale já jsem tohleto nikdy neměla. Vždyť holky co dělají, tak jsou normálně po těch nočních vzhůru. Jsou schopný fungovat, nejdou(.) spát, ale já tohle prostě teď nemůžu.“</p>
<p>Lenka</p>	<p>„No, (pauza) <u>to, že si oddělám tři dny a pak mám tři dny volno, to mě docela vyhovuje, ale .. je pravda, že je to znát. Že je člověk utahanej, a že jednak jako(.) vizuálně je to vidět</u>. To už mi řeklo několik lidí, že po tej dovolenej ten člověk vypadá (..), (...) Jo, jako že <u>na tom obličejí je to hodně vidět</u>. Třeba(‘), když mám skoro celý měsíc noční, tak je to znát, no.“ „A vyloženě váš soukromí život to nenabourává?“ „To ne, to ne. <u>My už jsme tak(.) nějak zvyklí a vyhovuje nám to</u>. Přítel nedělá směny, ten dělá ranní. Ono je to zase lepší, že máš pak tři dny volno, od rána do večera, že seš k použití.“</p>

Tabulka 6 Činnosti sester působící proti nedostatku spánku (1)

Otázka č. 6	
Bojuješ nějakým aktivním způsobem proti nedostatku spánku?	
Petra	„Jestli ho nepociťuju tak nevím a .. nevím. Já spíš <u>čím dýl(.)</u> v těch <u>nočních směnách pracuju, tak tím mám pocit, že .. toho spánku potřebuju míň, a jakoby nemůžu se donutit jít si lehnout, když jsem se zase nabudila a je třeba klid a čas.“</u>
Alžběta	„Hm, kávou. No <u>chtěla bych víc(‘) bojovat proti tomu, třeba potravinama. Abych víc jedla zdravější jídla .. jako zeleninu. Aby mě to prostě nezastavovalo (smích) a neunavovalo. Ale je to prostě zajetej stereotyp, to kafe. Jedno, dvě denně, někdy tři a někdy třeba vůbec. Ale to proto, že ta únava je tam trvalá, cejtím to. Někdy je na 80%, někdy na 100% někdy na 60%, ale pod 50% to nejde (smích).“</u>
Martina	„No, já to prostě <u>dospávám</u> . No(‘), kolikrát tady holky říkají, že vstávaly ve dvě, to já nechápu(‘). Já se neumím donutit většinou.“ „ Vstát dřív? “ „Jo, ale pak jsem zase schopná ty další dny doma udělat, co potřebuju.“
Josefína	„ <u>Jako zkoušela jsem někdy léky, půlku prášku na spaní, ale moc ne. Já nevím, nějaký zklidňující čaje si třeba dám(.), hlavně bylinkový.</u> “
Klára	„No, tak <u>to moc nejde</u> (smích). S malou doma musím být pořád ve střehu, takže .. nějaký spánek jde mimo mě.“
Lenka	(pauza) „To asi ne.“

Tabulka 7 Činnosti sester působící proti nedostatku spánku (2)

Otázka č. 7	
Jakým způsobem se udržuješ během náročných směn ve střežehu?	
Petra	<p>„Tak to si myslím, že máme všechny úplně stejný pocity. Že přes den ve střežehu jseš pořád, .. nějakým způsobem. To je výjimečně, že je tady nějaký zevlunk, že spíš(.) .. <u>jseš pořád nějak nastartovaná a v pohotovosti a provozu a občas nějaký výkyv. Překlad, příjem a o noční je to tím adrenalinem, když ti něco vezou. Že ti jako nic jinýho nezbyvá, musíš to zajistit a jseš na to připravená.“</u> „A nějaký kafe, čokoláda, coca-cola?“ „<u>Určitě, určitě. A myslím si, že rozhodně mám tendenci sáhnout v noci po tom sladkém a po něčem, co máš pocit, že ti dá hnedka(´) tu energii, že jo. Někaký to doporučení trapný (úšklebek), že si dám bílkovinu (..), (...)</u> Upřímně ve dvě ve tři ráno, nemám chuť na to, abych si šla dát před příjmem jogurt nebo .. nepotřebuju žádný energidrink a tohle, co kolikrát vidíš. Já jen jednou vyzkoušela ten Shock a to v souvislosti, když jedeme na dovolenou a chceš být ve střežehu za volantem no(´) a mě to teda způsobuje úplně příšerný věci, jako je bušení srdce a tohle to.“</p>
Alžběta	<p>„No, tak <u>kafe a fyzický pohyb, takže chůze. V okamžiku kdy si sednu a najím se, tak to nejde, usínám(.)</u>. Anebo .. bych třeba hrozně ráda četla knížky, i doma a v zaměstnání, ale když zvednu knížku a vidím tam ty malá písmenka a nahuštěný na sobě ten text, tak se mi chce okamžitě spát. To se mi plete jedna věta s druhou (smích). Já nevím, co by to muselo být za knížku, aby mě to udrželo bdělou (smích).“</p>
Martina	<p>„<u>Kafe, anebo si udělám kakao.</u> Jinak já ty energetáky nepiju, mně po tom není dobře.“</p>
Josefína	<p>„<u>Kafe.</u> (pauza) <u>Mám určitě větší chuť na sladký a na jídlo, jako nějak doplňovat tu energii.“</u> „Energidrinky?“ „To nemám ráda(.), to nepiju, ale to kafe, čokolády, coca-cola.“</p>
Klára	<p>„Tu <u>kávu</u>, ale na mě to prostě nezabírá. A přijde mi, že jedno,</p>

	<p><i>jestli je ta služba hektická, anebo jestli je klidná. No, třeba <u>po</u> tý noční, já jsem úplně stejně vyřízená, když je při ní(.) klid, jako <u>když není</u>. Což mi jako přijde divný.“</i> „A jak dlouho jsi byla doma?“ <i>„Tři a půl roku, skoro čtyři. Tak ono s tím dítětem ze začátku taky moc nespíš.“</i> „No, takže káva, která na tebe nezabírá a čokoláda nebo něco sladkého?“ <i>„No, tak já vůbec hodně ráda sladký, takže to je jasný (smích).“</i></p>
Lenka	<p><i>„Když už je mi hodně(-), že se mi chce spát, tak mi <u>pomáhá coca-cola</u>, stačí ta malá 0,5l. To mi stačí, kafe ne, ale ta cola, ta mi pomůže vždycky, ta mi nabudí.“</i></p>

Tabulka 8 Zdravotní sestra jako riziko pro pacienty

Otázka č. 8	
Udělal(a) jsi někdy u lůžka nemocného pro únavu nějakou chybu, která by nemocného mohla ohrozit na zdraví?	
Petra	<i>„Tak <u>tohleto se mi ještě třeba nestalo</u>. Ne, ne, ne. To si nevybavuju. Přemýšlím .. i takový to, že by mě polilo horkem, tak si fakt(´) nevybavuju. Vybavuju si samozřejmě příhody, kdy se to někomu stalo, ale to bylo ne v rámci roztěkanosti, ale že jedna ruka neví, co dělá druhá. Vlastně takový(.) ten případ deseti lidí u lůžka. Takovej ten nesmysl, že děláš něco jinak(.) než jindy, než je zvykem. Takže tohleto se mi určitě nestalo.“</i>
Alžběta	<i>„<u>Myslím si, že se to stalo, .. ale naštěstí, včas mi to došlo</u>. Než jsem podala pacientovi třeba(.) špatně nařazenou infuzi, ale jinak nic život ohrožující. Že bych si třeba spletla kalium, to zatím ne. To si na to dávám velký pozor. Ale hlídám si i dávky antibiotik, jak je tu ten počítač(-) a máme unavený oči, jo, o nočních. Ale to prostředí tady (..), (...) Noční, to se hodně(.) projeví, no.“</i>
Martina	<i>„No, já myslím, že u mě je to ještě spojený s tím, že jsem ještě začátečník (pauza), a že někdy si jako všimnu, že sáhnu na blbou krabičku, to(´) se jako stane. No a jednou jsem ráno přemýšlela, že jsem dávala Degan po 5 ml, a že jsem pak přišla domu a nemohla jsem si vzpomenout(´), jestli jsem tam dala dvě dávky nebo celý a jestli jsem ho ze vstupu vyndala. Fakt jsem nevěděla, nemohla jsem si vzpomenout.“ „Ty ale jak jsi nová, tak se hodně ptáš, ne?“ „No, no.“</i>
Josefína	<i>„<u>Jo, udělala(.) a bylo to vyloženě z nesusouředenosti</u> (mluví bez zadrhnutí, rázně). Chyba, která mohla být(´) docela závažná. Naštěstí(´) se nic nestalo, ale byla to chyba a myslím si, že se to stane každému, že prostě(.) se přehlídneš, tu chybu uděláš.“</i>
Klára	<i>„Tak chybu asi vyloženě ne. Ale jo(.), <u>možná asi jo</u>, ale neuvědomuju si jako něco(.) úplně závažného. Spíš to jsou věci,</i>

	<p>na které člověk občas zapomene a spíš to .. kolikrát volám tý holce, se kterou si předávám. Zapomněla jsem tohle a tohle.“ „Že bys podala nějaký lék jinak? Nebo záměna léku?“ „Ne, to ne. I když je pravda, že to .. člověk to asi někdy udělá. <u>Myslím si, že tohle se stát může.</u>“</p>
<p>Lenka</p>	<p>„To ne, <u>to se mi nestalo</u>, naštěstí. Ale stalo se mi (..), (...) Teda naštěstí se nic nestalo, to ne. Ale <u>stalo se mi, že jsem šla něco dělat</u>, kontrolovala(‘) jsem si to všechno(-), <u>a až když jsem to podávala, tak jsem si uvědomila, že si nepatuju, že jsem ten lék nebo nějakou tu činnost u toho pacienta (..), (...), ale najednou jsem si tu činnost uvědomila, až .. když jsem to udělala. Jako bych se .. teprv probrala</u>, ale vím, že jsem ten lék měla naordinovanej, že jsem si to zkontrolovala, ale <u>jako bych na chvíli usnula a probrala se až po tom, co jsem ho podala</u>. To se blbě vysvětluje. Jakoby výpadek, že jsem si říkala(-), ježišmarja, ale pak dobrý(.), že jsem to kontrolovala, ale byl tam. To(.) se mi stalo. Jako nestalo se nic, pač vím, že jsem si to kontrolovala. <u>Ale mezi tou(‘) kontrolou a tou aplikací byl výpadek(.) a až po tom, co jsem to dala, jsem si říkala, ježiš, dala jsem to vůbec dobře? A při tom vím, že jsem si to kontrolovala, ale to podání, to mi nějak zmizelo. To se mi stalo, ale (..), (...)</u> Ale bylo to naštěstí jen jednou.“ „A že bys na noční směně usnula?“ „No, to se stane. Hlavně kolem třetí, čtvrté hodiny ranní, to je taková kritická hodina.“</p>

Tabulka 9 Status dobrovolnosti spánkového deficitu z pohledu zdravotní sestry

<p>Otázka č. 9</p> <p><i>Považuješ spánkový deficit za dobrovolný akt nebo za nutnost spojenou s touto profesí, do které jsi dotlačena společností, zaměstnavatelem a okolnostmi?</i></p>	
Petra	<p>„No, <u>spíš to je moje vnitřní motivace</u>, protože v dnešní době jsou potřeba prachy, takže .. moje volba. Druhotně ale zase ráda vyjdu vstříc svým nadřízeným (..), (...)“</p>
Alžběta	<p>„<u>Rozhodně to je typem práce a je rozdíl, když mají noční chlapi a ženský. Že chlapi to snášejí .. nějak líp. Ale já oceňuju, že se to střídá denní a noční režim, ale pro to naše ženský tělo(-)zároveň ta únava, tak to nedělá tělu dobře, není to dobrá kombinace.</u>“ „A čím myslíš, že to je? To s těma chlapama?“ „No já myslím, že všichni, nebo teda většina(´) z nás, si hledá partnera, aby měl nějaký to sociální cítění. Že se v tom odráží(.) ta naše práce, že potřebuješ mít vedle sebe partnera, o kterýho se prostě opřeš, když máš ty směny a víš, že ta domácnost musí jet. (pauza) Hypotéky, složenky, splátky, úklid, do toho děti, to ty(´) všechno v tý hlavě máš a do toho ještě kariéra, teda v uvozovkách. No, je to těžký, ale musíme si najít takovýho partnera, který to s náma prostě vydrží a .. hledá kompromisy a zároveň je nám oporou a kamarádem, no. Prostě je to hrozně těžký (smích).“</p>
Martina	<p>„No, tak to tady určitě(´) bylo, že nás nutili k tomu, abysme prostě měly směny navíc, ale jako <u>myslím si, že to je taky tím, že si člověk zvolil tohle povolání. Že to k tomu jako i tak nějak patří.</u> Jako myslím, že jsem do toho s tím i šla, protože jsem ten noční člověk. Já jsem se i těšila(´) na to, že nemusím každý den vstávat v šest (smích). Jo, že mám ty dny, kdy se můžu vyspat.“</p>
Josefína	<p>„Tak jakoby .. <u>na jednu stranu je to dobrovolný, protože prostě tady pracuju</u>, a (pomalu) kdyby mi to jako vadilo moc, tak bych musela jít(´) dělat něco jinýho. Ale zase zároveň nic jinýho neumím. (pauza) Úplně si taky neumím představit, že bych</p>

	<p><i>pracovala od pondělka do pátku, to by mi úplně taky asi nevyhovovalo. Asi (nerozhodně) je to <u>víceméně dobrovolný</u>, protože(-) samozřejmě jsem <u>tím systémem do toho dotlačená taky, ale nevidím, jak jinak by se to dalo vyřešit.</u></i></p>
Klára	<p><i>„Tak hold .. jako, <u>když člověk nad tím přemýšlí, tak mu nic jiného nezbyvá.</u> Jako, když nejsou babičky, dědečkové, kdo by vyzvedával dítě ze školky a mohl tak sloužit aspoň normálně(-). Tak jako je možný, že kdybych byla v ambulanci od pondělka do pátku, tak bych na tom byla úplně stejně(.), třeba(.). Neměla bych ty noční, to tělo by asi nebylo tak unavený, jako po tý noční, nebyla bych tak mimo, jako po tý noční, ale myslím si, že .. ta únava by tam byla, třeba(´) ještě větší. Protože myslím si, že makat od pondělka do pátku, od rána do odpoledne, letět do tý školky, ted' s tím(´) dítětem něco .. a ráno zase znovu(..), (...)</i> <i>„Takže to bereš, že je to tvoje volba?“ „Je to(-), je to <u>moje volba</u> a díky bohu za to, že tady můžu(´) být na půl úvazek, a že mi vycházejí vstříc, že nemám v týdnu denní, no. Protože a jelikož je dcerka ted'kom nemocná permanentně, tak všude jinde by mi tohle asi neumožnili.“</i></p>
Lenka	<p><i>„No, ono <u>ty služby přesčas, to by se peněžně šiklo</u>, občas se mi hodí, mít volno(-), že se člověk snaží udělat víc práce, ať už doma nebo tady(´) mám nějaký zařizování, a proto třeba vstávám dřív. Ale není to jako, že bych (..), (...) Ale samozřejmě, když je čas dovolených.., to jo, to třeba jo. Ale, abych si vyloženě(´) zase brala přesčasy, to ne. Protože, .. zase doma potřebuju udělat nějakou práci(-) a to je spíš daný tím, že když potřebuju doma něco udělat nebo zařídit, tak že nejdu spát, a že by to nebylo tím, že by mě tlačila práce, ale je to asi moje vlastní volba. Ale jak říkám, <u>v období těch dovolených, se to občas(.) stává, že bylo období toho léta(-), že jsme sloužily tři dny, volno, tři dny, volno,</u> a že takhle jsme jely třeba měsíc(.), a to vím, že už <u>jsem chodila domu</u> občas i s .., ne brekem, ale hodně, <u>hodně unavená.</u> Ale to</i></p>

	<p><i>bylo to období těch dovolených. Chápu třeba, že .. ten, kdo má rodinu, tak tam zase hraje roli to, že člověk musí(ť) vstát a postarat se o tu rodinu. To já zatím řešit nemusím. Z mé strany to je spíš, že musím něco zařídit, udělat.“</i></p>
--	--

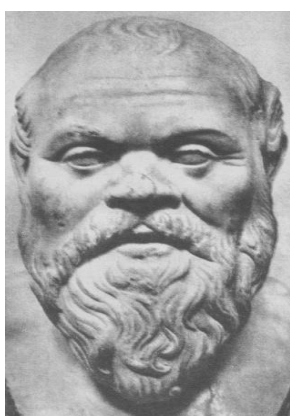
Příloha č. 2: **Obraz vlisu bohyně Nykty.**⁶⁹



Příloha č. 3: **Zinkografie boha Hypna od Jana Konůpka.**⁷⁰



Příloha č. 4: **Sókratés.**⁷¹

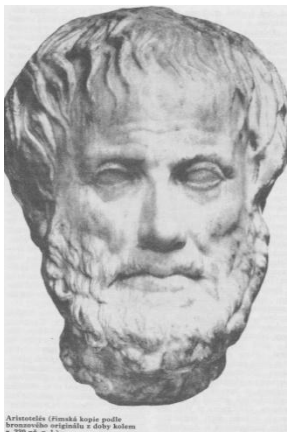


⁶⁹ TRENCŠÉNYI-WALDAPFEL, Imre. *Mytologie*, s. 56, příl. č. 4.

⁷⁰ GALERIE SURSUM, *Katalog – Hypnos* [online].

⁷¹ SVOBODA, Ludvík. *Encyklopedie antiky*, s. 580.

Příloha č. 5: **Aristotelés.**⁷²



Příloha č. 6: **Epworthská škála spavosti.**⁷³

stupeň ospalosti

Nikdy bych nedřím(a), nesp(a).

Malá pravděpodobnost, že bych dřím(a), spal(a).

Střední pravděpodobnost, že bych dřím(a), spal(a).

Velká pravděpodobnost, že bych dřím(a), spal(a).

situace

četba vsedě

sledování televize

nečinné sezení na veřejném místě

hodinová jízda autem v roli spolujezdce

odpolední relaxační ležení

automobil stojící několik minut v dopravní zácpě

⁷² SVOBODA, Ludvík. Encyklopedie antiky, s. 75.

⁷³ BORZOVÁ, Claudia. Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 20.

Příloha č. 7: Morinův spánkový dotazník.⁷⁴

škála 0 = vůbec 1 = lehce 2 = středně 3 = výrazně 4 = extrémně	před léčbou	1. týden	2. týden	3. týden	4. týden	5. týden	6. týden	7. týden
potíže s usínáním								
časté nebo dlouhotrvající noční probuzení								
příliš časně ranní buzení								
Jak jste spokojený/á se svým spánkem v poslední době?								
Do jaké míry potíže se spán- kem narušují denní výkon- nost?								
Do jaké míry, podle vás, zaznamenává vaše potíže okolí?								
Do jaké míry se zabýváte svý- mi potížemi se spánkem?								

Příloha č. 8: Spánkový diář.⁷⁵

Jméno: _____		Datum narození: _____																								
vyplňte každý den ráno (nezapomeňte doplnit datum)																										
Datum		18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	Čt – Pá																									
	Pá – So																									
	So – Ne																									
	Ne – Po																									
	Po – Út																									
	Út – St																									
	St – Čt																									
Poznámky: _____																										

⁷⁴ BORZOVÁ, Claudia. Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 22.

⁷⁵ BORZOVÁ, Claudia. Nespavost a jiné poruchy spánku, s. 23.

Příloha č. 9: Vliv jednotlivých skupin léků a jejich negativní vliv na kognitivní funkce a samotnou kvalitu spánku.⁷⁶

skupina léku	vliv léku na spánek a kognitivní funkce	zástupci
benzodiazepinové preparáty	způsobují fragmentaci spánku, zvyšují úzkostné prožívání	oxazepam, bromazepam, alprazolam
neuroleptika	zlepšují spánek, snižují fragmentaci spánku a úzkostné prožívání, redukuje příznaky abstinčního syndromu	levomepromazin, chlorprothixen
hypnotika II. generace	způsobují fragmentaci spánku, syndrom závislosti, poškozují kognitivní funkce (zhoršují krátkodobou paměť)	midazolam, flunitrazepam, nitrazepam
hypnotika III. generace	nijak nemění spánkovou architekturu, způsobují syndrom závislosti, delirantní stavy, poškozují kognitivní funkce (narušují krátkodobou paměť)	zolpidem, zopiclon

⁷⁶ BORZOVÁ, Claudia. *Psychiatrie pro praxi*, Spánek a paměť ve vztahu k medikaci, s. 216.

Příloha č. 10: **Vybrané výsledky „Testu pozornosti d2“.**⁷⁷

Užívání kávy za účelem zůstat vzhůru:	ano	75,96 %
	ne	24,04 %.
Užívání čokolády za účelem zůstat vzhůru:	ano	21,53 %
	ne	78,47 %.
Užívání jiných látek za účelem zůstat vzhůru:	ano	4,51 %
	ne	95,49 %.
Obtížné udržení pozornosti při řízení na cestě domů:	ano	40,07 %
	ne	59,93 %.
Kvalita spánku:	velmi dobrá	8,77 %
	spíše dobrá	57,9 %
	spíše špatná	24,91%
	velmi špatná	8,42 %.
Pocit'ování spánkové deprivace:	ano	56,45 %
	ne	43,55 %.

⁷⁷ JOHNSON, A., BROWN, K, WEAVER, M. *AAOHN Journal*, Sleep Deprivation and Psychomotor Performance Among Night-Shift Nurses, p. 149.

10 Seznam použitých zkratek

apod.	a podobně
aj.	a jiné
ARO	anesteziologicko - resuscitační oddělení
apod.	a podobně
CRP	C - reaktivní protein
DM	diabetes mellitus
EEG	elektroencefalogram
EKG	elektrokardiogram
EMG	elektromyelogram
EOG	elektrookulogram
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
LFUK	lékařská fakulta Univerzity Karlovy
mg	miligram
mj.	mimo jiné
např.	například
NREM	non rapid eyes moving
Obr.	obrázek
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
př. n. l.	před naším letopočtem
příp.	případně
REM	rapid eyes moving

resp.	respektive
tzv.	takzvaně
UK	Univerzita Karlova
USA	Spojené státy americké
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze