

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
ZDRAVSTVENA FAKULTETA  
ZDRAVSTVENA NEGA, 1. STOPNJA**

**Adrijana Minić**

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI NESPEČNOSTI  
PACIENTOV S KRONIČNIMI NENALEZLJIVIMI  
BOLEZNIMI**

diplomsko delo

**NURSE ROLE IN INSOMNIA OF PATIENTS WITH  
CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES**

diploma work

**Mentorica: viš. pred. mag. Marija Milavec Kapun**

**Somentorica: asist. Tina Gogova**

**Recenzentka: pred. Andreja Mihelič Zajec**

**Ljubljana, 2020**



## ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorici mag. Mariji Milavec Kapun in somentorici Tini Gogovi za pomoč in usmeritev pri nastajanju diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi recenzentki Andreji Mihelič Zajec.

Zahvaljujem se svoji družini, ki me je podpirala med študijem, verjela vame in mi stala ob strani, ko mi je bilo najbolj težko in ko sem na tej poti skoraj obupala.

Zahvaljujem se vsem, ki so kakor koli pripomogli pri mojem diplomskem delu.



# IZVLEČEK

**Uvod:** S staranjem in podaljševanjem življenjske dobe se pri človeku pojavijo kronične nenalezljive bolezni. Ob vsakodnevni težavi se pacienti s kronično nenalezljivo boleznijo pogosto srečujejo tudi z nespečnostjo. Zato je pomembna higiena spanja, ki je vezana na vsakega posameznika. Kakovostni spanec je nenadomestljiv pogoj za zdravo telesno in duševno delovanje. Pomoč pacientu pri tovrstnih težavah je pomembna vloga kompetentne medicinske sestre. Izjemnega pomena sta informiranje in izobraževanje medicinskih sester na področju zdravstvene nege, ki pridobljeno znanje prenašajo na paciente. Naloga medicinske sestre je predvsem poznavanje in izvajanje nefarmakoloških pristopov k zmanjšanju nespečnosti pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. **Namen:** Namen diplomskega dela je opredeliti vlogo medicinske sestre in intervencije za paciente s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi, ki imajo težave z nespečnostjo. **Metode dela:** V diplomskem delu je bila uporabljena deskriptivna metoda dela, v okviru katere je bil izveden pregled domače ter tuje strokovne in znanstvene literature. Ta je vključeval pregledne in izvorne znanstvene članke, strokovne članke ter prispevke s konferenc in simpozijev. Uporabljena je bila prosto dostopna literatura v celotnem obsegu besedila, objavljena od leta 2008 do leta 2018. **Rezultati:** Medicinska sestra kot nosilka zdravstvene nege, ki vključuje kontinuirano zdravstveno vzgojo in ima pomembno vlogo pri ugotavljanju nespečnosti pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi. Za to ima na voljo številne pristope (pogovor, vprašalniki ipd.). Prav tako sta pomembni njena vloga pri izobraževanju pacientov o spalni higieni in motivacija, da nove spalne navade sprejmejo in izvajajo. Medicinska sestra predlaga ustrezne intervencije, spodbuja uporabo nefarmakoloških pristopov in spremlja, ali se stanje nespečnosti izboljša. **Razprava in zaključek:** Paciente s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi s pridruženno nespečnostjo je treba spodbuditi k učenju o zdravih spalnih navadah in njihovem izvajanju. Medicinske sestre morajo imeti dovolj znanj in spretnosti, da lahko uspešno pomagajo pacientom, ki so nespeči. Vloga medicinskih sester pri prepoznavanju in uspešnem obravnavi nespečnosti pri pacientih s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi še treba podrobneje opredeliti in jim omogočiti ustrezno izobraževanje in pridobivanja spretnosti. Raziskovanje intervencij zdravstvene nege pri pacientih, ki so nespeči, je skromno. Zaradi naraščanja števila pacientov s kroničnimi nenalezljivimi boleznimi je potrebno to področje z vidika raziskovanja in izobraževalnega procesa okrepiti.

**Ključne besede:** kronična obolenja, motnje spanja, zdravstvena nega, higiena spanja



# ABSTRACT

**Introduction:** With aging and prolonging the life span of humans, chronic non-communicable diseases occur. In addition to the problems that older people have because of their chronic illnesses, they also face insomnia and other sleep disorders. Therefore, sleeping hygiene of each individual is very important. Good quality sleep is an indispensable condition for healthy physical and mental functioning. Assisting the patient with various problems is an important role of the competent nurse. It is of paramount importance to inform and educate nurses in the field of nursing who transfer their knowledge to patients. Another important job of the nurse is knowledge and performing of the non-pharmacological approaches to enhancing the sleep quality of patients with chronic non-communicable diseases. **Purpose:** The purpose of this diploma thesis is to define the role of the nurse and the interventions for patients with chronic non-communicable diseases who have problems with insomnia and other sleep disorders. **Methods:** For this diploma thesis a descriptive method was used. The domestic and foreign professional and scientific literature was reviewed. Review and original scientific articles, conferences and symposiums were included. Literature published from 2008 to 2018 was used. **Results:** The nurse, as a carrier of health continuous education, plays an important role in identifying and defining insomnia in patients with chronic non-communicable diseases. For this he or she has available different approaches (conversation, questionnaires, etc.). Also important is its role in educating sleep hygiene and motivating patients to adopt and implement new sleeping habits. The nurse encourages the use of non-pharmacological approaches and monitors if insomnia improves. **Discussion and conclusion:** Nurses need to have enough knowledge and skills to be able to successfully help patients who are insomniac. The role of nurses in identifying and successfully treating insomnia in patients with chronic non-communicable diseases needs to be further defined and provided with appropriate education and skills acquisition. Research on nursing interventions in patients who are insomniac is modest. Due to the growing number of patients with chronic non-communicable diseases, this area needs to be strengthened in terms of research and educational process.

**Keywords:** chronic conditions, sleep disorders, nursing care, sleep hygiene





# KAZALO VSEBINE

1	UVOD.....	1
1.1	Kronične nenalezljive bolezni.....	1
1.1.1	Rak.....	2
1.1.2	Bolezni srca in ožilja.....	3
1.1.3	Sladkorna bolezen.....	4
1.1.4	Anksioznost.....	5
1.1.5	Depresija.....	6
1.1.6	Dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni.....	7
1.2	Spanje in počitek.....	8
1.2.1	Nespečnost.....	9
1.3	Kronične bolezni in nespečnost.....	10
1.4	Farmakološko zdravljenje nespečnosti.....	11
1.5	Nefarmakološka obravnava nespečnosti.....	11
2	NAMEN.....	14
3	METODE DELA.....	15
4	REZULTATI.....	16
4.1	Sodelovanje pri obravnavi pacienta.....	16
4.2	Ocenjevanje samooskrbe pacienta.....	16
4.3	Cilj intervencij zdravstvene nege.....	17
4.4	Prenos znanja medicinske sestre na pacienta.....	18
4.5	Aktivnosti medicinskih sester.....	19
4.6	Drugi pristopi medicinskih sester.....	19
5	RAZPRAVA.....	21
6	ZAKLJUČEK.....	25
7	LITERATURA.....	26



# KAZALO TABEL

Tabela 1: Prikaz rezultatov.....	34
----------------------------------	----



## **SEZNAM UPORABLJENIH KRATIC IN OKRAJŠAV**

<b>DO</b>	Dolgotrajna oskrba
<b>EU</b>	Evropska unija
<b>ITM</b>	Indeks telesne mase
<b>KNB</b>	Kronične nenalezljive bolezni
<b>KVT</b>	Kognitivno-vedenjska terapija
<b>NREM</b>	Faza spanja brez hitrih gibov zrkel (ang. »non-rapid eye movement«)
<b>REM</b>	Faza spanja s hitrimi gibi zrkel (ang. »rapid eye movement«)



# 1 UVOD

Slovenija je kot članica Evropske unije zavezana k zagotavljanju dostopa do kakovostne in finančno dostopne dolgotrajne oskrbe (DO) za svoje državljane. Država deluje po načelu, da je ustrezno zdravstveno varstvo dostopno vsem, ne glede na posameznikovo finančno stanje. Prav tako velja pravilo, da potreba po DO ne sme voditi posameznika v revščino. Skladno z družbenimi spremembami področje DO pridobiva vse večjo vlogo v zdravstvenem varstvu (Evropska komisija, 2008). Področje DO se v gospodarsko razvitih državah v okviru socialne politike vedno bolj razvija zaradi naraščajočega deleža starejšega prebivalstva (Portal GOV.si, 2019).

Staranje je fiziološki proces, ki poteka pri vsakem živem bitju. Dobo starosti opredelimo kot obdobje posameznikovega življenja po 65. letu. V naši državi v letu 2019 je to starostno mejo presegalo že 20 % prebivalstva (SURS – Statistični urad Republike Slovenije, 2019.). S staranjem prebivalstva se pri posameznikih kopičijo kronične nenalezljive bolezni (KNB). Pri tem je značilno, da se poslabša funkcionalno stanje organizma, hkrati pa KNB pogosto pustijo trajne posledice. Pri tem se odvisnost posameznika od okolice znatno poveča, saj telesna in duševna sposobnost s starostjo in KNB upadeta (Roljić, Kobentar, 2017).

Kot strokovnjaki na področju zdravstvene nege se medicinske sestre aktivno vključujejo v vse faze obravnave pacienta. Z naraščanjem števila pacientov s KNB so v zadnjih letih veliko pacientov v obravnavo prevzele prav diplomirane medicinske sestre v ambulantah družinske medicine. S tem kontinuiranim spremljanjem pacientovega zdravstvenega stanja pomembno pripomorejo k izboljšani kakovosti življenja pacientov s KNB (Maučec Zakotnik et al., 2017).

## 1.1 Kronične nenalezljive bolezni

Filej in sodelavci (2015) navajajo, da so KNB tiste, ki se jih ne da pozdraviti in napredujejo z različno hitrostjo. Tako je lahko bolezen v stabilnem in mirujočem stanju, lahko se slabša ali izboljšuje, v najslabšem primeru pa lahko vodi tudi v smrt.

KNB so vodilni vzrok smrti in prezgodnje umrljivosti; povzročajo namreč 80 % vseh smrti. Zaradi dolgotrajnega zdravljenja in hudih posledic predstavljajo veliko družbeno breme.

Najpogostejše KNB so: rak, srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen, stres, kronične bolezni dihal (na primer astma), bolezni kostno-mišičnega sistema in nekatere duševne bolezni (NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje, n. d.).

Razvoj bolezni je v veliki meri odvisen od dejavnikov tveganja. Izpostavljenost omenjenim dejavnikom ne predstavlja nujno razvoja bolezni, obstaja pa za to večja verjetnost (NIJZ, n. d.). Dejavnike tveganja za razvoj KNB lahko razdelimo na nespremenljive oz. osebne (starost, spol, osebna anamneza in pozitivna družinska anamneza) in spremenljive (arterijska hipertenzija, debelost, dislipidemija, motnje tolerance glukoze v krvi, telesna neaktivnost, neustrezna ali neredna prehrana, kajenje, uživanje alkohola in stres) (WHO – World Health Organization, 2013).

Obstaja še druga delitev dejavnikov tveganja, in sicer: posledica načina življenja (na primer: nezdrava prehrana, kajenje, uživanje alkohola) in učinki dejavnikov iz okolja (biološki, kemični in fizikalni) (NIJZ, n. d.). Pomemben in pogost dejavnik za KNB v zadnjih treh desetletjih je povečana telesna masa, kar se kaže na populaciji prebivalstva. Ravno tako k razvoju KNB močno pripomore daljša življenjska doba prebivalstva (Egger, Dixon, 2014).

### **1.1.1 Rak**

Nenadzorovana in nenormalna rast celic sta dve značilnosti ene najpogostejših bolezni modernega časa. V človeškem telesu ves čas poteka fiziološko obnavljanje starajočih se celic in to za človeški organizem predstavlja popolnoma normalen proces. V določenih primerih pa se delitev celic ne ustavi in se prekomerna delitev celic razširi v okoliško tkivo; tako ga okvarja oziroma se rakave celice prek krvnih ali limfnih žil razširijo v oddaljene organe (Društvo onkoloških bolnikov Slovenije, n. d.). Tovrstne rakave tvorbe imenujemo maligni tumorji (Onkološki inštitut, n. d.).

Bolezen rak zajema več kot 200 različnih bolezni, ki jih glede na vir nastanka razdelimo v štiri večje skupine: karcinomi (epitelne celice; predstavljajo 80 % vseh rakov), sarkomi (celice opornih tkiv; maligni tumorji se pojavijo zlasti v vezivu, maščevju, kosteh in v hrustancu), levkemije (krvne celice; v nasprotju z drugimi vrstami raka ni prisotnih značilnih bulic in zatrdlin) ter limfomi in multipli mielom (celice imunskega sistema). Osnovno, tip raka razvrstimo glede na organ, v katerem se pojavi (rak dojke, rak pljuč ipd.) (Onkološki



inštitut, n. d.).

V povprečju je v Sloveniji z rakom diagnosticiranih 14.000 ljudi letno; od tega jih povprečno letno umre okoli 6.000. Trenutno v Sloveniji živi več kot 94.000 ljudi, ki so bili v življenju diagnosticirani z rakom in so ga preboleli. Pri obeh spolih so izjemno pogosti kožni rak, rak pljuč in rak debelega črevesja, medtem ko je pri ženskah pogost tudi rak dojke, pri moških pa rak prostate. Te vrste raka predstavljajo skoraj 60 % vseh novih diagnosticiranih vrst raka. V zadnjih desetih letih v Sloveniji incidenca pogostih rakov narašča za 3,0 % letno, medtem ko incidenca redkih rakov stagnira. Zaradi staranja prebivalstva pa lahko v prihodnjih letih pričakujemo še večji porast rakavih obolenj, ki se najpogosteje pojavljajo med starejšimi, čeprav dejavnikov tveganja ne bi spremenili (Zadnik et al., 2017).

Rak močno vpliva na vse temeljne življenjske aktivnosti posameznika, tudi na spanje. Nespečnost je pogosta spalna motnja pri pacientih z rakom. Prevalenca nespečnosti je pri teh pacientih med 19 in 60 % (Poh Loh et al., 2016). Tudi zdravljenje raka je povezano s povečanim tveganje za nespečnost oziroma poslabšanjem že obstoječih simptomov nespečnosti. Nespečnost lahko v teh primerih pripelje do pomembnih fizičnih in psihičnih posledic, povezanih s smrtnostjo (Poh Loh et al., 2016).

### **1.1.2 Bolezni srca in ožilja**

Bolezni srca in ožilja predstavljajo najpogostejše KNB in so navadno posledica ateroskleroze (nalaganja maščobnih celic na steni žil ob povišanih vrednosti škodljivih maščobnih delcev v krvi). Zvišan krvni tlak (arterijska hipertenzija), koronarna bolezen srca, bolezen možganskega žilja, periferna arterijska bolezen in kronična ledvična bolezen spadajo med najpogostejše srčno-žilne bolezni (NIJZ, n. d.). Te predstavljajo najpogostejši vzrok umrljivosti na svetu, kar je približno 17,5 milijona ljudi letno. V Evropi predstavljajo več kot polovico vseh smrti, cca 1,9 milijona ljudi letno (Eurostat, 2018).

Uchiyama in sodelavci (2011) navajajo povezavo med motnjami spanja in povečano obolevnostjo za srčno-žilnimi boleznimi. Posamezniki s krajšim spancem (manj od sedem, pogosto tudi manj od pet ur na noč) imajo 12 % večje tveganje za srčno-žilne bolezni, medtem ko se tveganje pri posameznikih z daljšim spancem (več kot devet ur na noč) poveča za 30 %.

Zvišan krvni tlak ali arterijska hipertenzija je najpogostejši dejavnik, ki poveča tveganje za srčno-žilni dogodek (možgansko kap ali srčni infarkt) v povprečju za od dvakrat do trikrat (NIJZ, n. d.). Definicija zvišanega krvnega tlaka navaja, da je normotenzija 140/90 mmHg (Accetto et al., 2014). Dolgotrajno zvišan krvi tlak okvarja tarčne organe – srce (hipertonično srce, srčno popuščanje, hipertrofija levega prekata), ledvice (hipertenzivna nefroangioskleroza) in oči (hipertenzivna retinopatija). Zapleti ateroskleroze se lahko pojavljajo pri možganskem žilju (ishemija možganov in možganske okvare), koronarnih arterijah (angina pectoris, srčni infarkt) ter perifernih arterijah (WHO, n. d.).

Incidenca zvišanega krvnega tlaka narašča povsod po svetu, predvsem v razvitem delu. Zvišan krvni tlak ima milijarda Zemljanov, pri čemer vsak osmi umre zaradi posledic omenjene bolezni, kar nanese približno 7,1 milijona smrti letno (Accetto, Salobir, 2009). V Sloveniji je epidemiološka raziskava pokazala, da je prevalenca zvišanega krvnega tlaka pri populaciji nad 18 let kar 60-odstotna (Accetto et al., 2014). Letno zaradi zvišanega krvnega tlaka v Sloveniji umre med 2.400 in 4.500 ljudi (Accetto, Salobir, 2009).

Zvišan krvi tlak vpliva na mnoge temeljne življenjske aktivosti, med drugim tudi na nespečnost. Jarrin in sodelavci (2018) navajajo, da zdravljenje zvišanega krvnega tlaka lahko izboljša kakovost spanja pri tistih, ki kažejo klinično pomembne simptome nespečnosti. Hkrati pa Uchiyama in sodelavci (2011) navajajo tudi nasprotni učinek, in sicer da nespečnost vpliva na zvišanje krvnega tlaka.

### **1.1.3 Sladkorna bolezen**

Sladkorna bolezen (diabetes mellitus) je bolezen, pri kateri je koncentracija glukoze v krvi previsoka. Je izjemno pogosta, njena obravnava pa je zahtevna in kompleksna. V Sloveniji sladkorna bolezen predstavlja enega najpogostejših razlogov, zaradi katerega prebivalec Slovenije obišče zdravnika (Kerstin Petrič et al., 2010). Omenjena kronična bolezen pa ni težava le razvitega sveta, vendar predstavlja tudi vedno večji odraz ekonomsko-socialnih razlik med prebivalstvom (NIJZ, n. d.).

Na svetu ima kar 246 milijonov odraslih sladkorno bolezen, povečuje pa se tudi odstotek otrok s to boleznijo. Poleg tega ima 308 milijonov odraslih predstopnjo v razvoju sladkorne bolezni, tako imenovano moteno toleranco na glukozo. Ocenjuje se, da bo leta 2025 na svetu

več kot 380 milijonov pacientov s sladkorno boleznijo. Leta 2007 je zaradi sladkorne bolezni in z njo povezanih zdravstvenih zapletov umrlo 3,8 milijona ljudi, kar predstavlja 6 % vseh smrti v tistem letu. Pogostost bolezni v Evropski uniji (EU) se je v treh letih (od 2003 do 2006) povečala za 1 %, ocenjuje pa se, da bo imelo do leta 2025 sladkorno bolezen več kot 10 % prebivalcev EU. S sladkorno boleznijo v Sloveniji živi več kot 6 % odrasle populacije, kar predstavlja približno 125.000 pacientov (Kerstin Petrič et al., 2010).

Bolezen predstavlja breme za paciente in njihove družine. Potrebujemo učinkovito, kakovostno in dostopno obravnavo, ki jo zagotavlja sistematično delovanje zdravstvenega sistema (Kerstin Petrič et al., 2010). Sladkorna bolezen tako kot druge KNB vpliva na kakovost spanja. Obstaja namreč povezanost med motnjami spanja in odpornostjo na inzulin, pri čemer zmanjšana občutljivost na inzulin povzroča motnje spanja (Van Cauter, 2011). Te pa povzročajo zmanjšano dnevno aktivnost posameznika, zmanjšano regulacijo glukoze in zmanjšano kakovost življenja (Zhu et al., 2017). Tudi akutna nespečnost lahko povzroči zmanjšano regulacijo glukoze, poruši se ravnovesje nadzora teka in povzroči tudi zmanjšano porabo energije, kar vodi v povečanje telesne mase. Te spremembe so lahko vsaj delno povezane s hormonskimi spremembami, ki jih povzroča nespečnost (Uchiyama et al., 2011).

#### **1.1.4 Anksioznost**

Duševna motnja, imenovana anksioznost ali tesnoba, je neprijetno čustveno stanje, ki se od doživljanja strahu razlikuje v vzroku. Pri strahu vzrok navadno poznamo, pri anksioznosti pa je ta neznan ali pa se mu ni mogoče izogniti oziroma ga nadzirati. Napad anksioznosti se lahko pojavi nenadoma ali postopoma, lahko je različno intenziven in trajajoč. Spremembe ob doživljanju anksioznosti (telesne in vedenjske) so podobne kot pri stresu, le izrazitejše so (pospešeno bitje srca, slabost v želodcu, oteženo dihanje, potenje, vrtoglavica, doživljanje panike itd.). Če so epizode anksioznosti kratke in minejo same od sebe, to ne izraža bolezenskega stanja. Kadar anksioznost traja dva tedna ali več in je prisotnih več simptomov ter jih posameznik ne more obvladovati in vplivajo tudi na vsakodnevno življenje, govorimo o bolezenski anksioznosti. Anksiozne motnje delimo na fobije (agorafobija, socialna fobija in specifične fobije) ter druge anksiozne motnje. Med druge anksiozne motenje uvrščamo naslednje: panično motnjo, generalizirano anksiozno motnjo, mešanico anksioznosti in

depresije, druge anksioznosti (NIJZ, 2017). V veliko pomoč pri premagovanju anksioznosti so sprostivne tehnike, spreminjanje negativnih misli in sproščajoče aktivnosti (rekreacija, glasba, konjički ipd.). V primerih, ko se anksioznost razvije v motnjo, je treba poiskati strokovno pomoč (psihoterapija ali farmakološko zdravljenje) (NIJZ, n. d.).

Prevalenca anksioznih motenj v EU zavzema približno 14 % prebivalstva (NIJZ, n. d.), kar predstavlja okoli 43 milijonov ljudi. To jih uvršča med najpogostejše vedenjske in duševne motnje. Anksioznost se pojavi pri vseh starostih; v približnem razmerju tri proti dve se omenjene motnje pogosteje pojavljajo pri ženskah. Pojavnost anksioznih motenj je v porastu; vzrok za to je predvsem življenjski slog. Pomembno je torej prepoznati dejavnike, ki pripomorejo k anksioznim motnjam (Zalar, 2010).

Anksiozna motnja pomembno vpliva na življenje posameznika; kaže se na vedenjskih, kognitivnih, emocionalnih in na biokemičnih področjih. Anksioznost se torej povezuje z različnimi telesnimi težavami, poleg občutljivosti na alergije, bolečin v hrbtu tudi z glavobolom in s spolnimi motnjami, tudi s spanjem (Zalar, 2010). Poleg tega so težave s spanjem vključene v merila simptomov za posttravmatsko stresno motnjo in generalizirano anksiozno motnjo. Tako lahko motnje spanja v nekaterih primerih napovedo anksiozne motnje (Cox, Olatunji, 2016). Anksioznost pri starostnikih se pogosto prepleta z depresijo, pri čemer se simptomi pojavijo v obliki biokemičnih sprememb v možganih, kar se odraža v motnjah spanja in budnost. Navadno je prisotna tudi utrujenost prek dneva, zaradi katere se posledično pojavlja tesnoba (Zalar, 2010).

### **1.1.5 Depresija**

Depresija je v današnjem svetu vsekakor najbolj prepoznavna in najpogostejša duševna motnja. Depresija vpliva na psihično in tudi telesno počutje. V delu možganov, ki uravnava razpoloženje posameznika, se spremeni delovanje kemičnih prenašalcev, kar se odraža v porušenem ravnovesju. Najznačilnejše za pacienta z depresijo so: dlje časa trajajoča žalost, potrtost in razdražljivost ter brezvoljnost. Depresija je pogosto združena z bolečimi telesnimi simptomi, kot so bolečine v križu in glavobol, ter motečimi telesnimi simptomi, na primer spremembe teka, utrujenost in motnje spanja (Kores Plesničar, 2010). Prisotne so lahko tudi druge spremembe, psihomotorični nemir, občutek ničvrednosti, nagnjenost k samomoru. Depresija se diagnosticira, če je prisotnih več simptomov, hkrati in trajajo vsaj

dva tedna in posameznika omejujejo pri vsakodnevem življenju (Anderluh, 2010).

Vsak šesti posameznik naj bi enkrat v življenju zbolel za depresijo. Prevalenca pri ženskah je od dva- do trikrat višja kot pri moških. To je posledica izločanja več stresnih hormonov, zato je odziv na stres podaljšan. Sicer pa se depresijo pri moških težje prepozna; pogosto moški ne poiščejo ustrezne pomoči, zato je določitev prevalence med spoloma pri depresiji vprašljiva (Lunder, 2016).

Zdravljenje depresije v zgodnji fazi je zelo učinkovito, odvisno pa je tudi od oblike pojavnosti in posameznika. Za premagovanje depresije se uporablja psihoterapija, zdravila ali njuna kombinacija. Pomembno je, da ob prepoznanih simptomih posameznik poišče strokovno pomoč (NIJZ, n. d.). Eden izmed farmakoloških načinov zdravljenja je uporaba antidepressivov, katerih dolgotrajni nezaželeni učinki so tudi motnje spanja. Težave predstavlja predvsem nespečnost (Abram, Ignatov, 2010). Uchiyama in sodelavci (2011) navajajo, da več kot tri četrtine pacientov z depresijo trpijo za nespečnostjo. Hkrati navajajo, da je nespečnost dejavnik tveganja za razvoj depresije. Odnos med depresijo in nespečnostjo je torej dvosmeren, kar pomeni, da je lahko ena posledica druge in nasprotno.

### **1.1.6 Dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni**

Poznamo različne dejavnike tveganja za KNB. Dejavniki, na katere posameznik ne more vplivati, sta starost in spol (moški več kot 55 let, ženska več kot 65 let) ter pozitivna družinska anamneza o zgodnji srčno-žilni bolezni pri moških pred 55. letom in ženskah pred 65. letom starosti (Accetto et al., 2014).

Kajenje je eden izmed ključnih dejavnikov tveganja za srčno-žilne bolezni, na katerega pa posameznik lahko vpliva. Dokazano je, da ima tudi pasivno kajenje negativne učinke. Tako je opustitev kajenja najboljši nefarmakološki ukrep za preprečevanje srčno-žilnih bolezni. Zaradi tega je pomembno, da se kadilce opozarja o prenehanju kajenja (Accetto et al., 2014).

Sledi drugi dejavnik, na katerega ima vsak posameznik vpliv – to je povišana vrednost holesterola (skupni holesterol  $> 4,9$  mmol/l in/ali LDL-holesterol  $> 3,0$  mmol/l in/ali HDL-holesterol: moški  $< 1,0$  mmol/l, ženska  $< 1,2$  mmol/l in/ali trigliceridi  $> 1,7$  mmol/l, glukoza na tešče 5,6–6,9 mmol/l, nenormalni glukozni tolerančni test in debelost (ITM  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>). Prekomerna telesna masa je posledica nezdrave prehrane in neredne telesne aktivnosti.

Pojavi se zaradi prekomernega vnosa hrane ali prenizke porabe energije, kar vodi v skladiščenje maščobe v telesu (Poličnik, 2017).

Velik javnozdravstveni problem v Sloveniji predstavlja tudi pitje alkohola v količinah in na način, ki presega mejo manj tveganega pitja. Uživanje alkohola v tem primeru predstavlja grožnjo za zdravje posameznika, njegove družine, ožje in širše okolice ter celotne družbe. Prekomerno pitje alkohola je namreč tudi povezano z nastankom nekaterih KNB (NIJZ, n. d.).

V današnjem času pa do izraza vedno bolj prihaja sorazmerno nov dejavnik za nastanek KNB, to je stres. Ob začasno porušeni telesni ali duševni ravnovesju se posameznik odzove s stresom. Do porušenega ravnovesja lahko pride zaradi notranjih ali zunanjih vplivov, ki jih imenujemo stresorji. Ti so lahko manjši (npr. gneča v trgovini) ali večji (npr. izguba službe), zunanji (npr. rok za oddajo diplomske naloge) ali notranji (npr. negativne misli) ter pozitivni (npr. rojstvo otroka) ali negativni (npr. mobing na delovnem mestu). Kadar se posameznik ob stresu zave, da zahtevne situacije presegajo njegove zmožnosti, doživi negativni stres, kar se odraža na telesu, čustvih, vedenju in mislih. Značilni so: pospešeno bitje srca, glavobol oziroma prebavne motnje, potrnost, razdražljivost itn. Našteti simptomi se lahko stopnjujejo v motnjo ali kronično bolezen (NIJZ, n. d.). Stres je torej pojem, ki pomeni začasni prilagoditveni proces, medtem ko je izgorelost končna stopnja. Ta nastopi, ko odpovedo procesi prilagajanja. Izgorelost je del negativnih stališč vedenja do dela in organizacije. Vodi v razvoj čustvene napetosti, izčrpanosti in utrujenosti (Bilban, 2014). Hirotsu in sodelavci (2015) navajajo, da sta stres in nekovostno spanje močno povezana. Povezava temelji na metabolizmu, ki se med doživljanjem stresa odvija v telesu.

## **1.2 Spanje in počitek**

Spanje je osnovna vsakodnevna biološka potreba organizma. Predstavlja obliko počitka, med katerim se obnavljata duh in telo. Med spanjem se človek ne zaveda svoje okolice, delovanje organizma se upočasni. Hkrati se v telesu odvijajo številni procesi, ki so pomembni za človekovo zdravje (Gramc, 2010). Spanje je del psihofizične potrebe organizma, ki jo povzroči utrujenost (Gellerstedt et al., 2014).

Cikel spanja je glede na nevrološke in fiziološke značilnosti sestavljen iz več faz spanja. Delimo jih na dve obdobji: faza spanja s hitrimi gibi zrkel (Rapid eye movement – REM) in faza spanja brez hitrih gibov zrkel (Non-rapid eye movement – NREM). NREM spanje razdelimo na štiri faze, pri čemer se spanje začne, ko zapremo oči. Obdobje med zaprtjem oči in prvo fazo imenujemo začetek spanja (Cox, Olatunji, 2016). Rahel spanec, med katerim se izmenjujeta spanje in budnost, predstavlja prvo fazo. Med prvo fazo se oseba zlahka prebudi, spanje v tej fazi pa je plitvo. V drugi fazi se upočasní utrip srca in zniža telesna temperatura. Upočasní se tudi delovanje možganov, vendar še vedno potekajo kratka obdobja dejavnosti. Prvi fazi predstavljata približno polovico celotnega cikla spanja. Nato nastopita fazi globokega spanja. V tretji in četrti fazi je človek manj odziven na dražljaje iz okolice, posledično pa ga je težje prebuditi kot v prvih dveh fazah. Sledi zadnja stopnja, tj. spanje REM, za katero so značilni hitri gibi oči naprej in nazaj, pri čemer veke ostanejo zaprte. Pospešeno je bitje srca, spremeni se dihanje. V tej fazi telo ne uravnava telesne temperature. Sanjamo le med REM-fazami. Cikel spanja se ponovi vsakih 90–110 minut (Institute for Quality and Efficiency in Health Care – IQWiG, 2016).

Zmanjšana sposobnost začetka spanja in drugih faz iz cikla spanja se navadno povezuje s staranjem (Mander et al., 2017), pri čemer se dolžina začetka spanja podaljša za manj kot deset minut med 20. in 80. letom, se pa po 60. letu poslabšata kakovost spanja in dolžina globokega spanja (IQWiG, 2016). Zdrav spanec pa igra pomembno vlogo pri ohranjanju dobrega zdravja in dobrega počutja. Kakovostno spanje je sestavljeno iz več kazalnikov: primerno trajanje, učinkovitost in raven zadovoljstva s spanjem, ki omogoča človeku normalno delovanje čez dan. Kazalniki nekakovostnega spanja vključujejo trajanje spanja manj od priporočenih sedem do devet ur na noč ter nezadovoljivo kakovost spanja (Murawski et al., 2018). Motnje spanja pri starejših se pojavijo iz več razlogov, vključno s spremembami cirkadianega ritma, psihosocialnimi spremembami, ki spremljajo staranje, in kroničnimi zdravstvenimi stanji (Wennberg et al., 2013).

### **1.2.1 Nespečnost**

Nespečnost je ena izmed šestih glavnih kategorij motenj spanja (Sateia, 2014). Definicija nespečnosti je kompleksna. Mednarodna klasifikacija bolezni jo definira kot nezadovoljivo dolžino in/ali kakovost spanca, ki traja daljše časovno obdobje (NIJZ, 2017). Vključuje

težave pred spanjem in med njim ter zgodnje jutranje zbujanje. Trajanje nespečnosti opredelimo kot akutno, če traja en mesec ali manj, oziroma kronično, če traja šest mesecev ali več (Štukovnik, Dolenc Grošelj, 2013).

Najpogostejši vzroki za nespečnost so: porušen ritem spanja, neželeni učinki zdravil, pogoste težave z gastroezofagealnim refluksom, dispneje ali bolečine. Simptomi, ki jih pacienti navajajo, so: dnevna utrujenost, večkratno prebujanje ponoči, zvečer težko ali ne morejo zaspati in zgodnje prebujanje (Petek Šter, 2017). Nespečnost je tudi spremljajoči simptom duševnih ali telesnih motenj, predvsem pri starejših pacientih, zato je pomembno ugotoviti vzrok in klinično sliko. Kaže se lahko torej kot simptom, motnja ali oboje hkrati (Eckerblad et al., 2015).

Zmanjšana kakovost spanja in KNB so pogosto povezane. Kažejo se pri boleznih srca, težavah s prebavnim traktom, ščitnico ali prostato, z astmo, s kronično obstruktivno pljučno boleznijo, ob pojavu srbečice in pri bolečinah različnega izvora. Vzroki za nespečnost so lahko tudi Parkinsonova in Alzheimerjeva bolezen oziroma druge demence (Šabić, Tušek-Bunc, 2010). Howell in sodelavci (2014) navajajo, da se motnje spanja pri pacientih z rakavimi obolenji pojavljajo v 25–59 %, ki so navadno posledica tesnobe ali stresa. Tudi pacienti z visokim krvnim tlakom pogosto trpijo za nespečnostjo, kot navajajo Jarrin in sodelavci (2018). Izboljšano ocenjevanje motenj spanja, predvsem nespečnosti, bi bilo zato pri pacientih s KNB izjemno dobrodošlo.

### **1.3 Kronične bolezni in nespečnost**

Nespečnost negativno vpliva na kakovost življenja pri ljudeh s KNB in to postaja vedno pomembnejša spremenljivka v zdravju (Kyle et al., 2010). Čeprav raziskav o nespečnosti pri osebah s KNB ni veliko, lahko v trenutno dostopni literaturi zasledimo podatke o močni povezanosti med prisotnostjo KNB in nespečnostjo. Ker spanje predstavlja obnovitveno funkcijo organizma, bi odpravljanje nespečnosti spodbudilo pozitivne zdravstvene izide (Gellerstedt et al., 2014).

Wallance in sodelavci (2014) navajajo, da so raziskave na področju neustreznega spanja pri pacientih s KNB in odpravljanju nespečnosti pri teh pacientih izjemno pomembne; nespečnost namreč znatno bremeni posameznika in tudi zdravstvene storitve. Ni



presenetljivo, da nespečnost predstavlja veliko ekonomsko breme za zdravstveni sistem (Jarrin et al., 2018). Stroški nespečnosti pri pacientih so povezani z zdravljenjem (pogostejši obisk ambulante), zdravljenjem, z neučinkovitim zdravljenjem KNB zaradi nespečnosti itn. (Wickwire et al., 2016).

Prav zaradi staranja prebivalstva in posledično vedno večjega števila pacientov s KNB je pomembno, da so na voljo učinkoviti pristopi za zmanjševanje vpliva nespečnosti na KNB oziroma ukrepi za odpravo nespečnosti. Slaba kakovost spanja namreč negativno vpliva na nego in izide zdravljenja KNB (Hajjar, 2008).

Številne zdravstvene težave so neposredno povezane z nespečnostjo. Medicinske sestre morajo zato pri ocenjevanju kakovosti spanja pacientov upoštevati povezavo med KNB in nespečnostjo. Ob tovrstni povezavi je treba obravnavati obe bolezni. Prav tako pa je tudi nespečnost lahko kronična težava. Pogosto je težava prisotna dlje časa, preden je diagnoza potrjena. Pomembna sta pravočasno prepoznavanje in zdravljenje nespečnosti (Štukovnik, 2017). Treba se je zavedati, da ima več kot 20 % odraslega prebivalstva s KNB težave z nespečnostjo, pri čemer jih samo 5 % zdravi simptome nespečnosti. Motnje spanja lahko zdravimo s farmakološkim ali z nefarmakološkim pristopom oziroma njuno kombinacijo (Uchiyama et al., 2011).

## **1.4 Farmakološko zdravljenje nespečnosti**

Prvi odzivi zdravnika in pacienta na nespečnost je pogosto izbran farmakološki pristop (Reynolds, Cone, 2018). Za zdravljenje nespečnosti se uporablja več različnih zdravil, in sicer: antihistaminiki, antidepresivi, antikonvulzivi in antipsihotiki. Zvezni urad za hrano in zdravila je odobril deset zdravil za zdravljenje nespečnosti, pri čemer pa so se novejši hipnotiki (eszopiclone, ramelteon, zaleplon in zolpidem) izkazali za učinkovitejšo in varno izbiro zdravljenja nespečnosti (Neikrug, Ancoli-Israel, 2010).

Dolenc Grošelj (2008) poudarja pomembnost zavedanja zdravnikov o posledicah zdravil pred določitvijo farmakološkega zdravljenja nespečnosti. Benzodiazepinski hipnotiki npr. lahko povzročajo motnje dihanja in kognitivni upad pacienta ter pripomorejo k prekomerni dnevni zaspanosti. Farmakološko zdravljenje ali kombinacija farmakološkega in nefarmakološkega zdravljenja je tako priporočena, le če nefarmakološki pristopi niso

uspešni.

## 1.5 Nefarmakološka obravnava nespečnosti

Izvajanje nefarmakološke terapije pripelje do zanesljivih in dolgotrajnih pozitivnih rezultatov. Omenjene intervencije lahko težave z nespečnostjo izboljšajo za 70–80 %. Nefarmakološka obravnava nespečnosti se začne pri higieni spanja. Vzpostaviti je treba reden urnik spanja in budnosti, pred spanjem se odsvetuje izpostavljanje hrupu in uživanje alkoholnih pijač, kave ali energijskih pijač (Dolenc Grošelj, 2008), odsvetuje se tudi kajenje, dnevni počitek, stresne ali kognitivno naporne situacije (gledanje televizije in uporaba mobitela) ter vzdrževanje teme in hladnih temperatur v spalnici (Taylor et al., 2017). V okviru spalne higiene se priporoča tudi redna telesna vadba ob primernem času (Riemann et al., 2017).

Poleg ureditve spalne higiene so na voljo še drugi nefarmakološki pristopi za odpravljanje nespečnosti. Mednje spadajo tehnike sproščanja ali relaksacijska terapija, vedenjska terapija, kognitivna terapija itn. (Riemann et al., 2017).

- Tehnike sproščanja ali relaksacijsko zdravljenje je postopek, pri katerem se skuša doseči zmanjšanje somatske napetosti, npr. progresivna mišična relaksacija in dihanje s prepono ali usmerjanje misli pred spanjem, npr. meditacija (Riemann et al., 2017). Pri progresivni mišični relaksaciji pacient sistematično napenja in sprošča določene mišice po telesu. Mišice napne za od pet do deset sekund in jih nato popolnoma sprosti. Tako se bolj sprostijo kot v mirovanju (Johnson, Roberson, 2013). Dihanje s prepono pacient izvaja med ležanjem na hrbtu. Gre za globoke vdihe in izdihe, pri čemer se osredini na dviganje in spuščanje trebušne votline. Meditacija je najpogosteje uporabljena metoda za usmeritev misli. Med meditacijo pacient mirno sedi v tišini. V tem času se lahko osredini na pozitivne občutke, npr. hvaležnost, veselje, odpuščanje itd. (Taylor et al., 2017).
- Vedenjska terapija obsega metodo omejitve spanja, pri kateri se čas v postelji zmanjša le na dejanski čas spanja. Splošno prepričanje, da ostajanje v postelji dlje časa pomeni kakovostnejši spanec, ne drži. Za oceno časa spanja je priporočljiv dnevnik spanja, ki omogoča dober pregled in oceno trajanja spanja (Taylor et al., 2017). Poleg tega v okviru vedenjske terapije obstajajo določena pravila spanja, ki omogočajo dosledno upoštevanje urnika spanja in budnosti (v posteljo gre posameznik samo takrat, kadar je

zaspan, če pacient ne more spati, vstane iz postelje, vstajanje vsak dan ob istem času, brez spanja čez dan) (Riemann et al., 2017). Tako naj npr. pacient, če ne more zaspati v pol ure, zamenja prostor in npr. bere knjigo. Priporoča se tudi poslušanje sproščajoče glasbe, ki je na točno določeni frekvenci in ki vpliva na frekvenco možganskih valov (ang. brain wave generator). Tako lahko pacient hitreje zaspi in kakovost spanja se izboljša (Šabić, Tušek-Bunc, 2010). Shaw (2016) meni, da lahko glasba vpliva na spodbujanje spanja, zato predlaga poslušanje glasbe, ki ni preglasna in nima posebne spremembe volumna glasnosti. Želi se doseči, da pacient posteljo uporablja le za spanje in spolne aktivnosti (Taylor et al., 2017).

- Kognitivna terapija je psihološka metoda, namenjena prepoznavanju in spreminjanju prepričanj o nespečnosti. Z njo poskušamo doseči, da pacient odmisli skrbi in zaskrbljenost zaradi nespečnosti ter se usmeri v razmišljanje o drugih stvareh (Riemann et al., 2017). Na splošno velja, da bi moral posameznik spati osem ur, ne da bi se pri tem zbudil, zaspati pa mora v desetih minutah, da bi bilo spanje kakovostno. Tovrstne misli pri nespečem pacientu lahko povzročijo tesnobo in stres, kar še poslabša nespečnost. S kognitivno terapijo želimo tovrstna zmotna prepričanja odmisлити (Taylor et al., 2017; Black et al., 2015).
- Med načini nefarmakološkega zdravljenja zasledimo tudi akupunkturo. Ta temelji na komplementarni medicini, ki je del dopolnilne medicine in je v zadnjih letih v porastu. Pozitivne učinke akupunkture navajajo pri nespečnosti, anksioznosti in pri depresiji. Zdravljenje poteka z zabadanjem posebnih iglic v različne predele telesa. Tako akupunktura vpliva na avtonomni živčni sistem in težave pri nespečnosti se izboljšajo. Sicer je treba omeniti, da je bilo za zdaj izvedenih premalo študij z uporabo akupunkture, ki bi potrdile uspešnost terapije. Priporočljivo bi bilo narediti več raziskav na tem področju (Bergdahl et al., 2016).

Kadar se zdravniško osebje in pacient odločijo za nefarmakološke pristope, velja poudariti, da je treba postaviti dobro strategijo njihove izvedbe. Lahko se zgodi, da samostojni ukrepi ne zadostujejo; večinoma je treba uporabiti več opisanih nefarmakoloških pristopov sočasno. Opozoriti velja še na to, da so za različne paciente potrebni različni individualni pristopi (Reynolds, Cone, 2018).

Medicinska sestra ima pri tem velik potencial, da ljudem s KNB nudi usmerjanje, izobraževanje in podporo pri nefarmakološkem odpravljanju nespečnosti (Terre, 2014).

Medicinska sestra kot izvajalka zdravstvene nege nudi pacientu celovito oskrbo ter ukrepe in napotke za samopomoč pri nespečnosti. Pacientu nudi psihološko podporo in ga vodi skozi različne faze pogovora, da odkrije vzroke nespečnosti. Ob tem oblikuje vzgojno-negovalne intervencije in spodbuja samozaposlitvene intervencije, da bi pacienti imeli čim manj težav. Pomembna sta celostna podpora in poučevanje pacientov, ki predstavljata temeljni vidik zdravstvene nege (Kurtz, Schmidt, 2016).

## **2 NAMEN**

Namen diplomskega dela je raziskati in opisati vlogo medicinske sestre pri pacientih s KNB, ki imajo težave s spanjem. S pregledom literature želimo sistematično opredeliti načine, ki se za obravnavo nespečih pacientov s KNB uporabljajo v okoljih. Izsledki pregleda literature in njihova kritična opredelitev, predstavljajo izhodišča za oblikovanje predloge oziroma izboljšave na področju zdravstvenovzgojnega dela v Sloveniji.

Cilji diplomskega dela je odgovoriti na raziskovalno vprašanje:

- Kakšna je vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta s KNB, ki je nespeč?

### **3 METODE DELA**

Uporabili smo deskriptivno metodo dela. Pregledali smo domačo in tujo strokovno in znanstveno literaturo ter analizirali vsebino. Zajeli smo znanstvene in strokovne članke ter prispevke na konferencah in simpozijih iz dostopnih zbornikov. Literaturo smo prek DiKUL-a iskali po podatkovnih bazah in iskalnikih CINAHL, Cochrane Library, MEDLINE in v COBIB.SI. Uporabljena je bila literatura, objavljena od leta 2008 do leta 2018, ki je prosto dostopna v celotnem obsegu besedila. Uporabili smo naslednje ključne besede in besedne zveze v slovenskem jeziku: kronične bolezni, nespečnost, zdravstvena nega ter v angleškem jeziku: chronic disease, insomnia, nurse. Zaradi majhnega števila zadetkov smo iskanje razširili z uporabo v tujih bazah z naslednjimi ključnimi besedami: sleep disorders, sleep disturbance, nursing, nursing care, nurse practicing, chronic illness in chronic conditions.

Iskanje člankov je bilo izvedeno na treh ravneh, pri čemer smo najprej pregledali vse zadetke po naslovih. Zaradi nezadostnega števila ustreznih člankov smo iskanje ponovili in zadetke pregledali z branjem izvlečkov, pozneje pa še z branjem celotnega besedila članka.

## **4 REZULTATI**

S pregledom literature smo z dodatnim iskanjem v končno analizo vključili deset člankov na temo vloge medicinske sestre pri nespečnosti pri pacientih s KNB. Opredelili smo njihov namen, glavne in relevantne ugotovitve v povezavi z vlogo ter intervencijami medicinskih sester (Priloga 1).

### **4.1 Sodelovanje pri obravnavi pacienta**

Poglavitna vloga medicinske sestre pri obravnavi pacientov, ki so nespečni je v prvi vrsti razumevanje, kako močno kakovost spanja vpliva na potek in zdravljenje KNB. Zato sta pri medicinskih sestrah pravočasno prepoznavanje in ustrezno upravljanje z omenjeno motnjo izjemnega pomena. Pogosto se namreč zgodi, da pacienti s KNB težave s spanjem trpijo več let in jih ne dojemajo kot resen zdravstveni problem. Zdravljenje kroničnih bolezni je pogosto zapleteno, zdravstvene intervencije so usmerjene v prisotno KNB, nespečnost pa ostane nediagnosticirana in nezdravljena. Pacienti zaradi svoje obstoječe zapletene bolezni o slabi kakovosti spanja ne govorijo oziroma se jim ne zdi vredna omembe. Večina zdravstvenih delavcev in pacientov se namreč ne zaveda vpliva nespečnosti na potek KNB. Zato se medicinske sestre med zdravljenjem pacientov s KNB vse bolj spodbuja, da samoiniciativno pridobijo podatke o kakovosti pacientovega spanja. Informacije, ki jih medicinska sestra pridobi od pacienta, pomagajo strukturirati in prilagoditi zdravstveno nego za izboljšanje kakovosti spanja pri ljudeh s KNB (Kemple et al., 2016).

### **4.2 Ocenjevanje samooskrbe pacienta**

Za ocenjevanje prisotnosti problematike in samoobvladovanje nespečnosti se predlaga čim bolj sistematični pristop, na primer z uporabo vprašalnika. Medtem ko Senthilvel in sodelavci (2011) zagovarjajo validirane vprašalnike, ki lahko zelo učinkovito identificirajo tveganja za nespečnost pri pacientih, pa Gilsenan (2012) v raziskavi navaja preprostejši primer vprašanj, ki jim medicinske sestre lahko sledijo za ocenitev spalnih navad in vedenj.

Vprašanja so naslednja:

- Ob kateri uri se odpravljate spat?

- Koliko ur po navadi spite?
- Kje spite? V postelji? Na stolu?
- Kakšna je vaša rutina pred spanjem (pijete tekočino, berete, poslušate glasbo itn.)?
- Kaj imate po navadi oblečeno, ko se odpravite v posteljo?
- Koliko vzglavnikov in odej uporabljate?
- Kaj vas po vašem mnenju prebudi? Bolečina?
- Ali za spanje uporabljate kakršne koli dodatke, uspavala?
- Ali se ponoči zbudite in morate na stranišče?
- Kako dolgo se opisani spalni vzorci že ponavljajo?
- Kaj počnete, ko ne morete spati?

Z navedenimi vprašanji medicinska sestra vsekakor pridobi boljši vpogled v posameznikove spalne navade. Glede na odgovore, ki jih prejme od pacienta, medicinska sestra ugotovi, katera vedenja mora pacient za uspešno spopadanje z nespečnostjo spremeniti, in načrtuje zdravstvenovzgojno delo za posameznika (Gilsenan, 2012).

### **4.3 Cilj intervencij zdravstvene nege**

Cilj intervencij medicinskih sester je usmerjen v spreminjanje nezdravega vedenja oziroma navad v zdravo vedenje in pridobivanje navad, ki bi spodbudile kakovostno spanje. Prednostno je za to predlagana uporaba nefarmakoloških pristopov. Prav zaradi pomanjkanja ozaveščenosti in pomanjkljivega usposabljanja medicinskih sester pa se nefarmakoloških pristopov v praksi ne uporablja pogosto. Zato bi bilo treba poskrbeti za ustrezno izobraževanje izvajalcev zdravstvene nege (razumevanje sprememb spanja pri staranju, mogoči vzroki in posledice pa tudi poznavanje strategij upravljanja in njihova učinkovitost) (Krishnan, Haweanik, 2008).

Poleg tega je cilj intervencij zdravstvene nege, da medicinska sestra pacienta pomiri in sprosti. Usposobljena medicinska sestra lahko pacientu, ki ima težave z nespečnostjo, predstavi nefarmakološki pristop ter ga nauči tehnike trebušnega dihanja s prepono in postopnega sproščanja mišic (Štukovnik, 2017).



## 4.4 Prenos znanja medicinske sestre na pacienta

Poleg izobraževanja medicinskih sester pa je enako pomemben prenos pridobljenega znanja na paciente. Te bi bilo treba izobraziti o higieni spanja in različnih nefarmakoloških pristopih. Izobraževanje o higieni spanja je torej prvi korak, ki je usmerjen v pacienta. Dozeman in sodelavci (2017) so v svoji študiji predstavili način spopadanja z nespečnostjo prek spletne strani pri pacientih z rakom dojke. Zdravljenje je potekalo z vodeno kognitivno-vedenjsko terapijo (KVT); to je metoda, ko se prek medicinske sestre pacienta nauči novih znanj in tehnik spoprijemanja z nespečnostjo. Pridobljeno znanje pacient lahko uporablja v domačem okolju. Terapija torej vključuje poučevanje o spanju, higieni spanja, učenje tehnik sproščanja in kognitivno terapijo (Štukovnik, 2017). Opisani način lajšanja nespečnosti prek spleta se je izkazal za izvedljivega in dobro sprejetega med pacienti, najpomembnejše pa je, da je učinkovit. Čeprav pomoč kronično bolnim v domači oskrbi poteka prek spleta, imajo medicinske sestre pri tem veliko vlogo. Na začetku je pomembno, da prepoznajo ustrezne kandidate za tak način upravljanja z nespečnostjo. Ob predstavitvi pacientom morajo dobro poznati vsebine in način poteka zdravljenja. Tu pa se njihova vpletenost v proces šele začne, medicinske sestre v vlogi trenerja namreč med zdravljenjem pacientom podajajo povratne informacije o izvedenih nalogah, zagotovijo potrebno razlago sodelujočim v terapiji in motivirajo udeležence k izvajanju programa (Dozeman et al., 2017).

Za prenos znanja bi medicinske sestre na podlagi pridobljenih znanj lahko uporabile še druge pripomočke (brošure, priročnike) oziroma predstavitev vaj (fizična izvedba). Duman in Timur Taşhan (2018) na primer navajata uporabo tehnik sproščanja za lajšanje težav pri nespečnosti. Paciente v raziskavi so izobrazili s pomočjo knjižic o higieni spanja, motnjah spanja in o sprostitvenih vajah. Prav tako so sodelujoči obiskali predavanja o higieni spanja in tehnikah sprostitve, predstavljene pa so jim bile tudi fizične vaje (učenje dihanja s prepono, sprostitvene vaje s poslušanjem zvoka reke hkrati z ustnimi navodili ter poslušanje glasbe za sprostitev brez navodil). V eksperimentalni skupini sta bila vidna napredek in izboljšanje, ki sta bila prisotna še tri mesece po izvedenem programu. Duman in Timur Taşhan (2018) zagovarjata tudi obisk medicinske sestre na domu za namen spremljanja pravilnega izvajanja omenjenih tehnik ter učinkovitosti predstavljenih metod. Simptome nespečnosti pri pacientih medicinska sestra prav tako poskuša odpraviti ali omiliti s pogovorom in poučevanjem splošnih načel spalne higiene.

## **4.5 Aktivnosti medicinskih sester**

Berčan (2010) v preglednem članku o starostnikih v domačem okolju navaja, da je potreben temeljit pogovor patronažne medicinske sestre s pacientom. Tako medicinska sestra pridobi podatke o spalnih navadah pacienta. Pri tem se velja osrediniti predvsem na ritem spanja in počitka, mikroklimo v spalnici oziroma prostoru, v katerem starostnik spi, vrsto ležišča, pripravo na spanje, spremembe v dnevnih aktivnostih in na subjektivne težave pri spanju. Po pogovoru in opredelitvi težav, vezanih na spanje, patronažna medicinska sestra svetuje počitek čez dan (vendar ne spanja), poznejši odhod v posteljo, poslušanje radia, nočno lučko, nočno branje, zračen prostor in primerno posteljo, zračno posteljno perilo iz naravnih materialov z nezahtevnim vzdrževanjem in pitje toplega mleka z medom ali čaj, ki pomirja. Če se kljub vsem napotkom stanje ne izboljša, je potreben obisk osebnega zdravnika. Z zdravniško pomočjo se poišče primerno zdravljenje.

V domu starejših občanov je Pejkić (2011) izvedla raziskavo o povezavi KNB in nespečnosti pri starostnikih. Vloga negovalnega osebja se je izkazala za zelo pomembno pri omenjeni obravnavi. Ključno je namreč poskrbeti za primerno izobraževanje starostnikov o pomembnosti kakovostnega spanja in ukrepih za njegovo izboljšanje. Hkrati je treba poskrbeti za zdravljenje prisotnih KNB in z zdravstvenovzgojnim delom vplivati na zdrav način življenja posameznikov in aktivnosti, ki pripomorejo k učinkovitejšemu zdravljenju kroničnih pacientov. Med raziskavo so starostniki kot pozitivne intervencije opredelili očiščeno in urejeno ležišče, za kar je poskrbelo negovalno osebje, pomoč pri aplikaciji uspaVal, pogovor z zdravstvenim sodelavcem ter mir in tišino na oddelku med spanjem. Gilsean (2012) je v svojem članku kot najpomembnejše intervencije za preprečevanje nespečnosti navedla naslednje: poskrbeti je treba za mir in tišino v spalnem okolju, da je prekinitev spanja ponoči čim manj. Poleg tega priporoča, da se pri pacientih preveri, katera zdravila uživajo; ta imajo namreč lahko negativen vpliv na kakovostno spanje.

## **4.6 Drugi pristopi medicinskih sester**

V Stockholmu na Švedskem so se med letoma 2013 in 2015 Sandlund in sodelavci (2018) zdravljenja nespečnosti lotili z drugačnim pristopom, in sicer s skupinsko terapijo, ki jo vodi usposobljena medicinska sestra. Medicinskim sestram je bilo omogočeno obiskovanje tečaja

v sodelovanju z zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci. Ta je zajemal usposabljanje za vodenje pacientov glede na vzroke in diagnozo nespečnosti ter zagotavljanje ustreznega zdravljenja. Pacienti so proces skupinske vadbe opisali kot izjemno motivacijski, med zdravljenjem so opazili spremembe, čeprav so naleteli na veliko ovire. Prav motivacija in posledično spremenjeno vedenje sta se odražala v doseganju pozitivnih izidov. Primera omenjenih komponent skupinske terapije sta na primer srečanje na poznani zaupanja vredni lokaciji (v dotičnem primeru center za primarno zdravstveno varstvo pacientov) in deljenje izkušenj z ljudmi, ki doživljajo podobne težave. Ljudje v skupinah so se na terapijah spoznali, sodelovali in družili, kar je pomembno vplivalo na deljenje izkušenj in pridobljenega znanja. Kot izjemno pozitivno so opisali pridobivanje znanja o spanju in nespečnosti ter vodenje spalnega dnevnika, kamor so zapisovali svoje občutke in razmišljanja. Poudariti je torej treba, da terapije niso bile samo izobraževalne narave, ampak se je od sodelujočih pričakovalo sodelovanje. Pridobljeno znanje so namreč sodelujoči morali uporabiti v praksi. Med terapijami so medicinske sestre s skupino predelale tehnike sprostitve in osnove spalne higiene. Sodelujočim so omejile spanje čez dan, zmanjšale vnos hipnotičnih drog in jih podučile o preusmerjanju misli. Omenjena študija poudarja tudi pomen prilagajanja zdravljenja različnim potrebam in zmožnostim ter oskrbo, osredinjeno na skupino. Prav zaradi izobraževanja v skupinah je število terapij zmanjšano in terapije so tako dostopnejše.

## 5 RAZPRAVA

Medicinska sestra ima zelo pomembne naloge pri pacientih s KNB, ki so nespeči: prepoznavanje, ocenjevanje in upravljanje nespečnosti, usmerjanje pacienta in njegovega vedenja ter informiranje pacienta pa tudi drugo zdravstvenovzgojno delo.

Spremembe spanja negativno vplivajo na počutje in kakovost življenja posameznika, zato je bil namen diplomskega dela opisati vlogo medicinske sestre pri pacientih s KNB, ki imajo hkrati tudi težave z nespečnostjo.

Vloga medicinske sestre pri pacientih s KNB, ki trpijo za nespečnostjo, je v prvi vrsti pravočasno prepoznavanje motenj spanja. Navadno je ravno medicinska sestra tisti zdravstveni delavec, ki s pacientom preživi največ časa. Medicinske sestre se zato spodbuja, da same pridobijo informacije o pacientovih spalnih navadah. Na voljo imajo različne pristope pri pridobivanju informacij o spalnih navadah pacientov, pri čemer je najpogostejši pristop preprosto pogovor. Za lažje vrednotenje in zmanjšanje subjektivnosti so na voljo tudi različni vprašalniki. Postavlja se vprašanje ali pri prepoznavanju nespečnosti pri pacientih KNB uporabiti preprost pogovor ali strogo strukturirane vprašalnike, kot jih navajajo Senthilvel in sodelavci (2010). Menimo, da bi se pacienti kljub vsemu bolje odzvali na sproščen pogovor, ki bi medicinskim sestram omogočil boljši vpogled in več informacij.

Prav tako je za dobrobit pacienta med medicinsko sestro in pacientom potreben terapevtski odnos, ki temelji na zaupanju. Vzdušje zaupanja se začne, ko medicinska sestra pacientu ponudi pomoč, kar v prenesenem pomenu pomeni »samega sebe«. Zaupanje pacienta lahko pridobi že na neverbalni način, samo s svojo prisotnostjo ali z verbalno z izbiro pravih besed. Če pacient ve, kakšna je vloga medicinske sestre v njegovem okolju, se njegov strah zmanjša in ve, kakšna so lahko njegova pričakovanja. Pomembno je, da pacientu medicinska sestra obljubi le tisto, kar lahko izpolni. Odnos temelji na poštenosti in spoštovanju, ki je temelj sodelovanja. Pacient naj bi tako verjel v tisto, kar mu reče medicinska sestra (Berčan, 2010). Opisani način pripomore k iskrenjšemu pogovoru in pridobivanju informacij v povezavi s spalnim vedenjem ter tako prikaže pravo sliko o pacientovih navadah.

Ko medicinska sestra ugotovi slabe spalne vzorce pri pacientu, je njena vloga, da poskuša razumeti, zakaj je nespečnost sploh prisotna. Nespečnost je pogosto pridružena pri pacientih s KNB (Pelcl, 2014), torej je razlog lahko prav prisotna KNB. Vzroki za nespečnost so lahko tudi drugje, na primer neustrezna higiena spanja (dremanje čez dan, uživanje alkohola, kave

in energijskih pijač pred spanjem, mir v spalnem prostoru itn.).

Vloga medicinske sestre se nadaljuje z izvajanjem zdravstvenovzgojnega dela; informiranje, svetovanje in pomoč so ključnega pomena za paciente. Medicinska sestra pacientom razloži, zakaj je kakovosten spanec temelj kakovostnega vsakodnevnega življenja. Pri kroničnih pacientih kakovosten spanec močno vpliva tudi na potek in zdravljenje KNB. Pacientu zato predlaga različne intervencije, ki bi pomagale pri izboljšanju kakovosti spanja. Osredini se na higieno spanja in na to, kako jo dosledno izvajati. Pri tem se medicinska sestra v patronažnem varstvu kot izvajalka zdravstvene nege na domu poglobi v stanje posameznega pacienta in njegovo okolje. Pacienta spremlja ter ga pri izvajanju ukrepov za odpravo nespečnosti motivira in spodbuja. Po potrebi se v izvajanje terapevtskih ukrepov vključi tudi druge družinske člane, na primer partnerja. Družinski člani oziroma partner so prav tako lahko dober vir informacij in spodbude. Smiselno bi bilo, da se medicinska sestra v patronažnem varstvu aktivno vključi v prepoznavanje nespečnosti pri pacientih s KNB. Enako velja tudi za medicinske sestre, ki delujejo v ambulantah družinske medicine. Menimo, da bi bilo ključno njihovo aktivno vključevanje v prepoznavanje težav z nespečnostjo pri pacientih s KNB.

Zaslediti je mogoče velik poudarek na uporabi nefarmakoloških pristopov, čeprav v praksi nespeči pacienti pogosto posegajo po zdravilih. Za to obstaja več razlogov: farmakološki pristopi so izjemno preprosti za uporabo za pacienta in zdravstveno osebje (ne zahtevajo veliko dela in volje) ter nepoznavanje nefarmakoloških pristopov. Prav pri zadnjem se lahko izkažejo medicinske sestre z izvajanjem zdravstvenovzgojnega dela. V primerih, pri katerih prepoznajo slabo higieno spanja, paciente o njej poučijo. Izobraževanje bi lahko potekalo na različne načine: prek predavanj, fizičnih prikazov vaj, razdeljevanja brošur, letakov, s skupinsko vadbo, prek spleta itn. Za nefarmakološko skupino je značilno, da je pristop terapevtski in vpliva na fiziološke mehanizme (Štukovnik, 2017). Glede na pozitivne izsledke raziskav bi bilo smiselno pri pacientih najprej uporabiti različne tehnike nefarmakološke terapije in se farmakološkega zdravljenja poslužiti, šele ko se izčrpajo vse preostale metode brez pričakovanega izboljšanja.

Pri pacientu s KNB, ki je nespeč, se torej vzpodbuja dobre navade spanja. Vsak posameznik pa mora sam ugotoviti, kateri izmed predstavljenih nefarmakoloških pristopov mu ustrezajo in odpravljajo nespečnost. Poleg poučevanja o higieni spanja se pacientu svetujejo pripomočki, kot so čepki za ušesa, uporaba slušalk in poslušanje umirjene glasbe. Svetuje se

mu enakomeren vzorec spanja, brez jutranjega poležavanja v postelji. Poleg izobraževanja na področju spanja se predlaga uporaba tehnik sprostitve, masažo hrbta ali aromaterapijo. Pred spanjem se priporoča topel napitek (mleko, čaj) v zmerni količini, da ne pride do težav z mikcijo prek noči in bi bil spanec v tem primeru prekinjen. Postelja naj bo urejena, udobna in čista; po potrebi se uporabi topla odeja. Omejiti je treba svetlobo in hrup v spalnici. Pomembna je primerna temperatura spalnega okolja (Gilsenan, 2012).

Po pregledu literature se zdi pomembno poudariti, da se težava pojavi že pri usposabljanju medicinskih sester na tem področju. Nekateri članki namreč navajajo, da medicinske sestre niso bile ustrezno usposobljene za prepoznavanje in odpravo nespečnosti z nefarmakološkimi pristopi, čeprav so se ti izkazali za zelo učinkovite. Nefarmakološki pristopi so vsekakor prednost za pacienta, ker nimajo stranskih učinkov in jih pacient lahko izvaja sam doma.

K težavam z nespečnostjo v tujini pristopajo na drugačen način. Literatura navaja na različne načine usposobljen kader medicinskih sester (npr. delavnice), ki omogoča pomoč pacientom na nefarmakološki način pri reševanju težav z nespečnostjo. V raziskavah navajajo, da so s pomočjo medicinske sestre, ki je vodila skupino, dosegli kakovostnejši spanec pri pacientih. Do izboljšane kakovosti spanja so pacienti prišli z upoštevanjem nalog, ki so jih dobili od medicinskih sester. Tudi v slovenskem zdravstvu bi lahko na podoben način organizirali skupine oziroma srečanja, na katerih bi se pacienti s KNB pogovarjali o težavah z nespečnostjo in s pomočjo usposobljenega kadra pridobili pomembno znanje na področju sproščanja, spalne higiene in preusmeritve misli.

Z naraščanjem števila pacientov s KNB s pridruženo nespečnostjo so v zadnjih letih veliko pacientov v obravnavo prevzele diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah družinske medicine (Maučec Zakotnik et al., 2017). Medicinska sestra z ustrezno izobrazbo je namreč kompetentna za tovrstno pomoč, hkrati bi razbremenili zdravnike, uporabili več nefarmakoloških pristopov in mogoče skrajšali čas, ko pacienti trpijo za nespečnostjo.

Omejitev raziskovanja vidimo v pomanjkanju strokovnih in znanstvenih člankov na področju naše teme v slovenskem prostoru; večina literature je dostopna le v tujem jeziku. Omeniti velja, da med pregledom literature nismo našli veliko novejših člankov (od leta 2015 naprej), ki bi se ukvarjali z zdravstveno vzgojo na tem področju. Predvsem ni zaznati raziskav o obravnavi nespečnosti pri pacientih KNB na domu in kako bi jim medicinske sestre s sodobno tehnologijo lahko omogočile prave informacije, izobraževanja

in pomoč glede kakovostnega spanja. Menimo, da bi lahko v veliki meri uporabili različne spletne povezave in s tem razbremenili paciente njihovih motenj, hkrati pa bi časovno razbremenili zdravstvene sodelavce. Poleg tega se mi zdi pomembno omeniti tudi izrazje, ki se za to tematiko uporablja v domači pa tudi tuji strokovni in znanstveni literaturi. Pogosto se namreč namesto nespečnosti oziroma angleško »insomnia« uporablja splošnejši izraz motnje spanja oziroma angleško »sleep disorders«. Nespečnost sicer spada pod motnje spanja, niso pa vse motnje spanja nespečnost. Tudi tu se kaže, da so potrebne izboljšave izobraževanja na tem področju, pri čemer bi bilo smiselno poudariti dosledno uporabo ustreznega izrazja.

V prvi vrsti bi bila dobrodošla raziskava o uspešnosti nefarmakološkega zdravljenja pri kronično bolnih pacientih z nespečnostjo, ki bi bila izvedena v Sloveniji. Ob tem bi lahko raziskali tudi, kako pogosto se pojavljajo težave z nespečnostjo pri pacientih, ki imajo pridružene še druge KNB. Raziskava bi pripomogla k izobraževanju medicinskih sester na tem področju, posledično pa bi mogoče lahko prišlo tudi do sprememb v zdravstvenem sistemu, s čimer bi medicinska sestra lahko pridobila več kompetenc na omenjenem področju.

V Republiki Sloveniji nimamo veliko ustanov, ki bi se ukvarjale z odpravljanjem nespečnosti izključno z nefarmakološkimi pristopi, zato bi bile izboljšave na tem področju v prihodnosti zelo dobrodošle (Štukovnik, 2017).

## 6 ZAKLJUČEK

Spanje kot temeljna potreba človeka, ki jo je poudarila že Virginija Henderson, je ena od 14 življenjskih aktivnosti. Kakovosten spanec in počitek sta nujno potrebna, da človek čez dan normalno funkcionira. Nespečnost ali druge motnje spanja, ki so pridružene KNB pacientov, lahko močno vplivajo na kakovost življenja.

Medicinske sestre so zdravstvene delavke, ki naj bi nespečnost zaznale in skušale pacientu s KNB čim bolj uspešno pomagati v skladu s kompetencami, znanjem in spretnostmi. Pri tem so pomembni poznavanje, svetovanje in izbor vseh nefarmakoloških pristopov, ki jih pacient lahko izvede, preden se uvede farmakološka terapija.

Nefarmakološki pristopi so v primerjavi z izključno farmakološkimi terapijami premalokrat uporabljeni za lajšanje nespečnosti pri pacientih s KNB. Ti pristopi k obvladovanju nespečnostjo so največkrat premalo poznani, časovno zamudni in zahtevajo veliko dela ter volje zdravstvenih delavcev, pa tudi pacientov. Posledično se omenjenih pristopov ne uporablja pri rutinskem obravnavi nespečnosti pacientov s KNB.

Nefarmakološki pristopi, ki jih lahko izvajajo oziroma svetujejo tudi medicinske sestre, so se v različnih raziskavah izkazale za uspešne metode, ki pripomorejo k izboljšanju nespečnosti pri pacientu s KNB. Poleg tega so tudi varnejši kot farmakološki pristopi.

Smiselno bi bilo izvesti raziskavo, kako medicinske sestre v patronažnem varstvu pristopajo k pacientom, pri katerih je poleg KNB prisotna tudi nespečnost. V slovenskem prostoru namreč nismo zasledili raziskave o nespečnosti pri pacientih s KNB in njeni nefarmakološki obravnavi.



## 7 LITERATURA

Abram T, Ignatov N (2010). Farmacevtska skrb pri duševnih bolnikih. Farm Vestn 61(2): 91-4.

Accetto R, Salobir B (2009). Epidemiološka raziskava hipertenzije v Sloveniji – delno poročilo. In: Dolenc P ed. XVIII. Strokovni sestanek Sekcije za arterijsko hipertenzijo: zbornik, Portorož, 26.-27. november 2009. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 9-17.

Accetto R, Salobir B, Brguljan Hitij J, Dolenc P (2014). Slovenske smernice za obravnavo hipertenzije 2013. Zdrav Vestn 83(11): 727-58.

Anderluh M (2010). Pregled zdravilnih učinkovin za zdravljenje depresije. Farm Vestn 61(2): 66-72.

Berčan M (2010). Starostnik v domačem okolju – vidik patronažne medicinske sestre. Kakov Starost 13(2): 5-8.

Bergdahl L, Broman JE, Berman AH, Haglund K, von Knorring L, Markström A (2016). Auricular acupuncture and cognitive behavioural therapy for insomnia: a randomised controlled study. Sleep Disord 2016(7057282): 7. doi: [10.1155/2016/7057282](https://doi.org/10.1155/2016/7057282)

Bilban M (2014). Kako prepoznati stres v delovnem okolju. In: Pegan Stemberger J, ed. Coaching za več zdravja in dobrega počutja zaposlenih: zbornik prispevkov 5. konference kariernih coachev, 30. maja 2014 v Ljubljani. Ljubljana: Glotta Nova, 14-25.

Black DS, O'Reilly GA, Olmstead R, Breen EC, Irwin MR (2015). Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med 175(4): 494-501. doi: [10.1001/jamainternmed.2014.8081](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8081)

Cox CR, Olatunji BO (2016). A systematic review of sleep disturbance in anxiety and related disorders. J Anxiety Disord 37(2016): 104-29. doi: [10.1016/j.janxdis.2015.12.001](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.001)

Dolenc Grošelj L (2008). Motnje spomina in motnje spanja pri starostnikih. *Farm Vestn* 59(2): 64–6.

Dozeman E, Verdonck - de Leeuw IM, Savard J, Straten A (2017). Guided web-based intervention for insomnia targeting breast cancer patients: feasibility and effect. *Internet Interv* 2017(9): 1–6. doi: [10.1016/j.invent.2017.03.005](https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.03.005)

Društvo onkoloških bolnikov Slovenije (n. d.). O raku.

Dostopno na: <http://www.onkologija.org/o-raku/kaj-je-rak/><19. 3. 2020>.

Duman M, Timur Taşhan S (2018). The effect of sleep hygiene education and relaxation exercises on insomnia among postmenopausal women: a randomized clinical trial. *Int J Nurs Pract* 24(4): [10.1111/ijn.12650](https://doi.org/10.1111/ijn.12650)

Eckerblad J, Theander K, Ekdahl A, Jaarsma T, Hellstrom I (2015). To adjust and endure: a qualitative study of symptom burden in older people with multimorbidity. *Appl Nurs Res* 28(4): 322–7. doi: [10.1016/j.apnr.2015.03.008](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.03.008)

Egger G, Dixon J (2014). Beyond obesity and lifestyle: a review of 21<sup>st</sup> century chronic disease determinants. *BioMed Res Int* (2014): 731685. doi: [10.1155/2014/731685](https://doi.org/10.1155/2014/731685)

Eurostat (2018). Statistika vzrokov smrti.

Dostopno na:

[https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Causes\\_of\\_death\\_statistics/sl](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/sl) <22. 5. 2018>.

Evropska komisija (2008). Dolgotrajna oskrba v Evropski uniji.

Dostopno na: [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2781&langId=sl](https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2781&langId=sl) <23. 9. 2018>.

Filej B, Kröpfl J, Kaučič BM (2015). Kakovost življenja starih ljudi s kroničnimi obolenji. *Kakov Starost* 18(4): 3–13.

Gellerstedt L, Medin J, Karlsson RM (2014). Patients experiences of sleep in hospital: a qualitative interview study. *J Res Nurs* 19(3): 176–88. doi: [10.1177/1744987113490415](https://doi.org/10.1177/1744987113490415)

Gilsenan I (2012). Nursing interventions to alleviate insomnia. *Nurs Older People* 24(4): 14–8. doi: [10.7748/nop2012.05.24.4.14.c9068](https://doi.org/10.7748/nop2012.05.24.4.14.c9068)

Gramc I (2010). Motnje dihanja med spanjem – prikaz primera. In: Kvas A, Žontar T, Prestor L, eds. Zbornik predavanj/Strokovni seminar Interdisciplinarna obravnava pacienta s pljučno hipertenzijo, Bled, 19. november 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pulmologiji, 105–14.

Hajjar RR (2008). Sleep disturbance in palliative care. *Clin Geriatr Med* 24(1): 83–91. doi: [10.1016/j.cger.2007.08.003](https://doi.org/10.1016/j.cger.2007.08.003)

Hirotsu C, Tufik S, Levs Andersen M (2015). Interactions between sleep, stress, and metabolism: from physiological to pathological conditions. *Sleep Sci* 8(3):143–52. doi: [10.1016/j.slsci.2015.09.002](https://doi.org/10.1016/j.slsci.2015.09.002)

Howell D, Oliver TK, Keller-Olaman S et al. (2014). Sleep disturbance in adults with cancer: a systematic review of evidence for best practices in assessment and management for clinical practice. *Ann Oncol* 25(4): 791–800. doi: [10.1093/annonc/mdt506](https://doi.org/10.1093/annonc/mdt506)

IQWiG – Institute for Quality and Efficiency in Health Care (2016). What is »normal« sleep?

Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279322/> <30. 4. 2020>.

Jarrin DC, Alvaro PK, Bouchard MA, Jarrin SD, Drake CL, Morin CM (2018). Insomnia and hypertension: a systematic review. *Sleep Med Rev* 41: 3–38. doi: [10.1016/j.smrv.2018.02.003](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.02.003)

Johnson D, Roberson A (2013). The evaluation of the effectiveness of relaxation training and sleep hygiene education for insomnia of depressed patients. *Clin Schol Rev* 6(1): 39–46. doi: [10.1891/1939-2095.6.1.39](https://doi.org/10.1891/1939-2095.6.1.39)

Kerstin Petrič V, Zaletel Vrtovec J, Medvešček M et al. (2010). Nacionalni program za obvladovanje sladkorne bolezni 2010–2020. Ljubljana: Republika Slovenija.

Kemple M, O'Toole S, O'Toole C (2016). Sleep quality in patients with chronic illness. *J Clin Nurs* 25(21-22): 3363–72. doi: [10.1111/jocn.13462](https://doi.org/10.1111/jocn.13462)

Kores Plesničar B (2010). Depresija in bolečina. *Farm Vestn* 61(2): 59–62.

Krishnan P, Hawranik P (2008). Diagnosis and management of geriatric insomnia: a guide for nurse practitioners. *J Am Acad Nurse Pract* 20(12): 590–9. doi: [10.1111/j.1745-7599.2008.00366.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00366.x)

Kurtz C, Schmidt N (2016). Conceptualizing cognitive-behavioral therapy as a supportive-educative nursing system for patients with insomnia. *Self Care Depend Care Nurs* 22(1): 14–21.

Kyle SD, Morgan K, Espie CA (2010). Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Med Rev* 14(1): 69–82. doi: [10.1016/j.smrv.2009.07.004](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.07.004)

Lunder L (2016). Klinična slika depresije. In: Konec Jurčič N, Roškar S, Jelenko Roth P, eds. *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika: priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 25–32.

Maučec Zakotnik J, Čuš B, Vrbovšek S, Govc Eržen J, Medved N (2017). Program integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih boleznih pri odraslih – opis preventivne obravnave osebe. In: Govc Eržen J, Petek Šter M, eds. *Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih boleznih v referenčnih ambulantah družinske medicine*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 10–6.

Mander BA, Winer RJ, Walker MP (2017). Sleep and human aging. *Neuron* 94(1): 19–36. doi: [10.1016/j.neuron.2017.02.004](https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.02.004)

Murawski B, Wade L, Plotnikoff RC, Lubans DR, Duncan MJ (2018). A systematic review and meta-analysis of cognitive and behavioral interventions to improve sleep health in adults without sleep disorders. *Sleep Med Rev* 40(2018): 160–9. doi: [10.1016/j.smrv.2017.12.003](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.12.003)

Neikrug AB, Ancoli-Israel S (2010). Sleep disorders in the older adult – a mini-review. *Gerontology* 56(2): 181–9. doi: [10.1159/000236900](https://doi.org/10.1159/000236900)

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje (2017). MKB-10-AM, različica 6. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/podatki/mkb-10-am-verzija-6> <30. 4. 2020>.

NIJZ (n. d.). Bolezni.

Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/podrocja-dela/nenalezljive-bolezni-in-stanja/bolezni?page=1> <10. 4. 2020>.

Onkološki inštitut (n. d.). Osnovna dejstva o raku.

Dostopno na: [https://www.onko-i.si/za\\_javnost\\_in\\_bolnike/osnovna\\_dejstva\\_o\\_raku](https://www.onko-i.si/za_javnost_in_bolnike/osnovna_dejstva_o_raku) <20. 3. 2020>.

Pejkić M (2011). Motnje spanja pri starostnikih zaradi kroničnih bolezni. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Pelcl M (2014). Nespečnost.

Dostopno na: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/XIV-58.pdf> <10. 3. 2019>.

Petek Šter M (2017). Arterijska hipertenzija. In: Govc Eržen J, Petek Šter M, eds.

Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 123–9.

Poh Loh K, Burhenn P, Hurria A, Zachariah F, Gupta Mohile S (2016). How do I best manage insomnia and other sleep disorders in older adults with cancer? *J Geriatr Oncol* 7(6): 413–21. doi: [10.1016/j.jgo.2016.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jgo.2016.05.003)

Poličnik R (2017). Spreminjanje prehranjevalnih navad in vzdrževanje normalne telesne teže. In: Govc Eržen J, Petek Šter M, eds. Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih bolezni v referenčnih ambulantah družinske medicine. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 112–7.

Portal GOV.SI (2019). Dolgotrajna oskrba.

Dostopno na: <https://www.gov.si/podrocja/zdravje/dolgotrajna-oskrba/> <1. 5. 2020>.

Reynolds ME, Cone PH (2018). Managing adult insomnia confidently. *J Nurse Pract* 14(10): 718–25. doi: [10.1016/j.nurpra.2018.08.019](https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.08.019)

Riemann D, Baglioni C, Bassetti C et al. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 26(6): 675–700. doi: [10.1111/jsr.12594](https://doi.org/10.1111/jsr.12594)

Sandlund C, Kane K, Ekstedt M, Westman J (2018). Patients' experiences of motivation, change, and challenges in group treatment for insomnia in primary care: a focus group study. *BMC Fam Pract* 19(1): 111 doi: [10.1186/s12875-018-0798-2](https://doi.org/10.1186/s12875-018-0798-2)

Sateia MJ (2014). The international classification of sleep disorders-third edition. *Chest J* 145(5): 1387–94. doi: [10.1378/chest.14-0970](https://doi.org/10.1378/chest.14-0970)

Senthilvel E, Auckley D, Dasarathy J (2011). Evaluation of sleep disorders in the primary care setting: history taking compared to questionnaires. *J Clin Sleep Med* 7(1): 41–8.

Shaw R (2016). Using music to promote sleep for hospitalized adults. *Am J Crit Care* 25(2): 181–4. doi: [10.4037/ajcc2016636](https://doi.org/10.4037/ajcc2016636)

SURS - Statistični urad Republike Slovenije (2019). Število in sestava prebivalstva. Dostopno na: <https://www.stat.si/StatWeb/Field/Index/17/104> <20. 4. 2020>.

Šabić S, Tušek-Bunc K (2010). Nespečnost – vsakdanji problem v ambulanti zdravnika družinske medicine. In: Tušek - Bunc K, ed. 6 Mariborski kongres družinske medicine, Maribor, 26. in 27. november 2010. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 141–6.

Štukovnik V, Dolenc Grošelj L (2013). Nefarmakološki pristopi pri obravnavi kronične nespečnosti. *Zdrav Vestn* 82(5): 316–25.

Štukovnik V (2017). Nefarmakološko zdravljenje nespečnosti pri starostnikih. *Farm Vestn* 68(2): 137–43.

Taylor K, Bilan N, Tsytsyna N, Mandel ED (2017). A nonpharmacologic approach to management insomnia in primary care. *J Am Acad Phys* 30(11): 10–5. doi: [10.1097/01.jaa.0000525905.52107.20](https://doi.org/10.1097/01.jaa.0000525905.52107.20)

Terre L (2014). Clinical implications of impaired sleep. *Am J Lifestyle Med* 8(6): 352–70. doi: [10.1177/1559827614521955](https://doi.org/10.1177/1559827614521955)

Uchiyama M, Inoue Y, Uchimura N et al. (2011) Clinical significance and management of insomnia. *Sleep Biol Rhythms* 9(1): 63–72. doi: [10.1111/j.1479-8425.2011.00496.x](https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2011.00496.x)

Van Cauter E (2011). Sleep disturbances and insulin resistance. *Diabet Med* 28(12): 1455–62. doi: [10.1111/j.1464-5491.2011.03459.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2011.03459.x)

Wallance LS, Wexler RK, McDougale L, Miser WF, Haddox JD (2014). Voices that may not otherwise be heard: a qualitative exploration into the perspective of primary care patients living with chronic pain. *J Pain Res* 3(7): 291–9. doi: [10.2147/JPR.S62317](https://doi.org/10.2147/JPR.S62317)

Wennberg AM, Canham SL, Smith MT, Spira AP (2013). Optimizing sleep in older adults: treating insomnia. *Maturitas* 76(3): 247–52. doi: [10.1016/j.maturitas.2013.05.007](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.05.007)

WHO – World Health Organization (2013). Global action plan 2013–2020.

Dostopno na:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236%20eng.pdf;jsessionid=F15E52769B78F72AAEAC2A354470BDB5?sequence=1> <23. 10. 2018>.

Wickwire EM, Shaya FT, Scharf SM (2016). Health economics of insomnia treatments: The return on investment for good night's sleep. *Sleep Med Rev* 30(2016): 72–82. doi: [10.1016/j.smrv.2015.11.004](https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.11.004)

Zadnik V, Primic Zakej M, Lokar K, Jarm K, Ivanus U, Zagar T (2017). Cancer burden in Slovenia with the time trends analysis. *Radiol Oncol* 51(1): 47–55. doi: [10.1515/raon-2017-0008](https://doi.org/10.1515/raon-2017-0008)

Zalar B (2010). Celostni vidik anksioznosti. *Farm Vestn* 61(2): 63–5.

Zhu B, Vincent C, Kapella MC et al. (2017). Sleep disturbance in people with diabetes: a concept analysis. *J Clin Nurs* 27(1-2): e50-e60.



## 8 PRILOGA

*Tabela 1: Prikaz rezultatov*

<b>Avtor, leto, država</b>	<b>Namen, cilji</b>	<b>Vzorec</b>	<b>Glavne ugotovitve</b>	<b>Vloga medicinske sestre</b>	<b>Intervencije</b>
Kemple et al., 2016, Irska	Raziskati kakovost spanja pri pacientih s kroničnimi boleznimi.	9 bolnikov iz primarne zdravstvene ambulante.	Nekakovosten spanec močno vpliva na kakovost življenja in potek kroničnih bolezni.	Razumevanje vpliva kakovosti spanja na kronične bolezni.	Predlagan je izobraževalni program za medicinske sestre.
			Pacienti težave s spanjem pogosto povezujejo s kroničnimi boleznimi.	Ocenjevanje kakovosti spanja in prilagajanje intervencij za izboljšavo.	
Dozeman et al., 2017, Nizozemska	Raziskati izvedljivost in učinkovitost zdravljenja nespečnosti z vodeno KVT prek interneta pri pacientih z rakom dojke.	V študiji je sodelovalo 171 ljudi, od tega jih je 100 (59 %) končalo terapijo.	Predstavljeni način zdravljenja je izvedljiv, dobro sprejet in učinkovit.	Medicinska sestra napoti ustrezne bolnike na spletno stran.	Uporaba KVT.  Usposabljanje medicinskih sester za prepoznavanje primernih kandidatov in za trenerje na spletni strani.
				Poznavanje vsebine spletne strani ter načina in poteka terapije.	
				Medicinske sestre so usposobljene za trenerje na spletni strani (pošiljanje povratnih informacij, razlaga in spodbuda udeležencem).	
Pejkić, 2011, Slovenija	Opredeliti kronična obolenja, ki vplivajo na nespečnost in aktivnosti zdravstvene nege.	Raziskovalni vzorec je obsegal 50 ljudi (25 žensk in 25 moških) v Domu starejših občanov Hrastnik. Vključeni so bili starostniki, ki imajo eno izmed kroničnih bolezni, ki vplivajo na kakovostno spanje.	Vloga negovalnega osebja je zelo pomembna pri obravnavi starostnika s pridruženo nespečnostjo.	Izobraževanje bolnikov o pomembnosti spanja in higieni spanja ter o stranskih učinkih uspaval.	Negovalno osebje očisti in uredi posteljo, aplicira uspavalno ali starostnikom pomaga s pogovorom. Omogoči mir na oddelku.
				Poskrbeti za zdravljenje kroničnih bolezni ter zdravstvenovzgojno vplivati na zdrav način življenja in aktivnosti bolnikov.	
Senthilvel et al., 2011, ZDA	Opredeliti, ali primarni izvajalci zdravstvene nege ugotovijo motnje spanja pri sprejemu bolnikov, in ugotoviti primernost validiranih vprašalnikov na to temo.	101 pacient je sodeloval v raziskavi.	Primarni izvajalci zdravstvene nege pogosto spregledajo motnje spanja.	Pravočasno prepoznavanje motenj spanja.	Uporaba validiranih vprašalnikov.
			Z validiranimi vprašalniki lahko učinkovito identificiramo motnje spanja.		

Gilsenan, 2012, Anglija	Predstaviti intervencije medicinske sestre za ublažitev nespečnosti.	Članek je pregleden; vzorec tako predstavlja pregled obstoječe literature.	Nespečnost vpliva na okrevanje in splošno počutje.	Spodbujanje dobrih spalnih praks in pozitivnega odnosa s pacientom ter z njegovimi domačimi.	Ugotavljanje slabih spalnih navad in svetovanje dobrih spalnih praks.
Berčan, 2010, Slovenija	Predstaviti vidik patronažne medicinske sestre o starostnikih v domačem okolju o spanju in počitku.		Pogovor medicinske sestre in pacienta je pomemben del prepoznavanja spalnih navad.	Zdravstvenovzgojno delo, informiranje, svetovanje in učenje starostnikov.	Svetovanje splošnih priporočil, če ni izboljšav; napotitev k zdravniku.
Krishnan, Haweanik, 2008, Kanada	Razprava o ocenjevanju, postavljanju diagnoz in upravljanju nespečnosti – vloga in vidik medicinske sestre.		Z zdravljenjem nespečnosti se izboljšajo nočno spanje in aktivnosti čez dan.	Pravočasno prepoznavanje in pravilno upravljanje z nespečnostjo.	Medicinska sestra samoiniciativno pridobi podatke o kakovosti pacientovega spanja.
			Pozitivni izidi pri nefarmakološkem pristopu.	Prednostna uporaba nefarmakološkega zdravljenja.	Sistematično upravljanje z nespečnostjo.
Duman, Timur Tašhan, 2018, Turčija	Preučiti učinek spalne higijene in relaksacije na nespečnost pri ženskah po menopavzi.	Študija je zajemala 161 žensk, razdeljenih v dve skupini (eksperimentalna in kontrolna skupina).	Nefarmakološki pristop lajša nespečnost.	Izobraževanje pacientk o higieni spanja in tehnikah sproščanja.	Usposabljanje medicinskih sester na področju spalne higijene in sprostitvenih vaj na način, da bi pridobljeno znanje lahko predajale pacientu.
			Priporočljiva uporaba več nefarmakoloških metod hkrati.	Obisk pacientk na domu za namen spremljanja pravilnega izvajanja in učinkovitosti predstavljenih metod.	
			Izobraževanje o higieni spanja in sprostitvenih tehnik je preprost, varen in stroškovno učinkovit način zdravljenja.	Priprava izobraževalnega gradiva.	
Sandlund et al., 2018, Švedska	Raziskati izkušnje skupinskega zdravljenja bolnikov, ki ga vodi usposobljena medicinska sestra.	V raziskavi je sodelovalo 17 ljudi.	Sledenje navodilom medicinske sestre med terapijo je bila pot do uspeha.	Izobraževanje na področju nespečnosti. Medicinske sestre so paciente motivirale, jih spremljale in izobraževale.	Vodenje pacienta po navodilih.
Štukovnik, 2017, Slovenija	Opredeliti mehanizme in zdravljenje nespečnosti v starosti.	Članek je pregleden; vzorec tako predstavlja pregled obstoječe literature.	Zdravila so najpogostejši način zdravljenja nespečnosti, kljub varnim in učinkovitim farmakološkimi načinom.	/	Uporaba nefarmakoloških pristopov za zdravljenje nespečnosti.