

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Bc. Andrea Fečková

Kvalita spánku u jedinců v pomáhajících profesích

Olomouc 2018

vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Kvalita spánku u jedinců v pomáhajících profesích“ vypracovala samostatně s využitím uvedených literárních pramenů a dalších zdrojů.

V Olomouci dne

.....

Bc. Andrea Fečková

Poděkování

Děkuji mé vedoucí diplomové práce PaedDr. et. Mgr. Marii Chráskové Ph.D., za její odborné vedení, ochotu, vstřícnost a cenné rady při zpracovávání této diplomové práce.

Obsah

Obsah	4
Úvod	6
1 Cíl práce	7
2 Teoretická východiska spánku	8
2.1 Spánkové normy a kvalita spánku.....	10
2.2 Spánková deprivace	11
2.3 Význam spánku pro člověka	12
1.4 Chování a prožívání při usínání, spánku a probuzení	13
1.5 Cirkadiánní rytmy	14
1.6 Stádia spánku	15
1.6.1 Bdění	16
1.6.2 NREM spánek (spánek rychlých pohybů očí).....	17
1.6.3 REM spánek (pomalý spánek)	18
1.7 Sny	19
1.8 Vybrané poruchy spánku	21
1.8.1 Insomnie	21
1.8.2 Poruchy rytmu spánku a bdění (dyssomnie)	24
1.8.3 Poruchy dýchání související se spánkem	25
1.8.4 Syndrom neklidných nohou.....	26
1.8.5 Parasomnie	26
1.8.6 Hypersomnie – zvýšená spavost.....	26
1.9 Spánková hygiena	27
1.9.1 Vliv kofeinu, nikotinu a alkoholu na spánek.....	28
1.10 Léky na spaní	29
1.11 Únava a spánek.....	30
3 Teoretická východiska pomáhající profese	32
3.1 Osobnost pomáhajícího	33
3.2 Motivace k výkonu pomáhající profese	35
3.3 Úskalí spojovaná s výkonem pomáhající profese	36
3.4.1 Stres	36
3.4.2 Syndrom vyhoření	37
3.4.3 Syndrom pomocníka.....	38

3.5 Profesní kompetence	39
3.5.1 Pracovník v sociálních službách.....	39
3.5.2 Pedagogický pracovník	40
4 Praktická část	41
4.1 Stanovení výzkumných problémů.....	41
4.2 Formulace hypotéz	41
4.3 Metodika výzkumu.....	42
4.4 Zpracovávání získaných dat	44
4.5 Výzkumný soubor	44
4.6 Výsledky PSQI.....	46
4.7 Výsledky doplňující výzkum	53
4.7 Ověřování hypotéz	57
Diskuse	61
Závěr	65
Souhrn.....	66
Summary.....	67
Referenční seznam	68
Seznam tabulek	72
Seznam grafů.....	73
Seznam obrázků.....	74
Seznam zkratk	75
Seznam příloh.....	76
Anotace	

Úvod

Spánek je pro člověka fyziologickou potřebou. Lidský organismus ho potřebuje k tomu, aby mohl plnit svou správnou funkci. Avšak dnešní uspěchaná doba jenž je nedílnou součástí našich životů, mnohdy i člověka nutí k různému oddalování spánku, nebo také naopak k navozování spánku určitými prostředky. V této moderní době jsou blahodárné účinky spánku spíše podceňovány. Lidský spánek je již dlouhou dobu předmětem aktivního zkoumání vědců, je specifickou oblastí, která zabírá každý den určitou část našeho života.

V diplomové práci je stručně popsána fyziologie spánku, jeho vliv na lidský organismus, dodržování spánkové hygieny, vybrané poruchy spánku, léky na spaní a jejich účinek. Také je zmiňováno to, jaký má vliv nedostatek spánku na lidský organismus. Je však nutné také dodat, že to, co stačí naspát jednomu člověku se druhému může zdát zcela nepříjemné. Dále se zabýváme pomáhající profesí a to z důvodu, jelikož výzkumné šetření bylo prováděno právě u této skupiny osob. Na základě tohoto v diplomové práci uvádíme přehled teoretických poznatků týkající se pomáhající profese, úskalí pojící se s pomáhající profesí a v neposlední řadě i Schmidbauerův syndrom pomocníka, což je také velmi významným tématem v pomáhajících profesích, které je nutné zmínit.

Praktická část je věnována výzkumnému šetření a to jak již bylo uvedeno v předešlém odstavci, u vybraných jedinců pracujících v pomáhajících profesích. Předmětem zkoumání bylo jejich subjektivní hodnocení kvality spánku. Pro získání většího počtu respondentů byly vybrány dvě profese, a to pracovníci v sociálních službách a pedagogičtí pracovníci. Pro účely výzkumného šetření byl zvolen výzkumným nástrojem dotazník, který je rozdělen na dvě části. Toto rozdělení bylo nutné a to z důvodu, že byl použit standardizovaný dotazník a další doplňující otázky.

Co se týká výzkumu spánku existuje několik standardizovaných dotazníků, avšak pro tento výzkum se jevil jako nejvhodnější dotazník Pittsburgské univerzity PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index), který je využíván ke zjištění kvality spánku, což bylo i naším předmětem výzkumného šetření. Dotazník PSQI tvoří právě první část dotazníku. Druhou část tvoří doplňující otázky, které bylo zapotřebí pro náš výzkum zjistit a nebo nás tyto otázky zajímaly, jelikož se tím tématem zabýváme v teoretické části.

1 Cíl práce

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit na záměrně vybraném vzorku respondentů, kteří působí v pomáhajících profesích (konkrétně vykonávají profesi pedagoga a pracovníka/ce v sociálních službách), jak kvalitně hodnotí svůj spánek za poslední měsíc.

Dílčí cíle práce:

- V teoretické části práce předložit souhrnné informace, které byly dohledány pro potřeby této diplomové práce v odborných knižních a internetových zdrojích.
- Formulovat hypotézy a na základě zvoleného statistického testu přijmout nebo zamítnout jejich platnost.
- V rámci praktické části provést předvýzkum u doplňující části dotazníku PSQI, která obsahuje nestandardizované otázky.
- Shromáždit data od vybrané skupiny respondentů prostřednictvím dotazníku.
- Zjistit kolik hodin v průměru respondenti spali za minulý měsíc a zda to výrazným způsobem ovlivnilo jejich subjektivní hodnocení kvality spánku.
- Odhalit, zda má práce na noční směny vliv na subjektivní hodnocení kvality spánku u pracovníků v sociálních službách.
- Prozkoumat, jak velký vliv má počet naspaných hodin na udržení si dostatku elánu během dne.

2 Teoretická východiska spánku

Spánek je fyziologickou funkcí pomáhající vyživovat mysl, tělo, duši a je základním zdrojem dobrého zdraví i skvělé duševní pohody. Naše paměť se během spánku oživuje, dochází k obnově fyzických sil a k růstu. Spánek je také vynikajícím pomocníkem při léčení nemocí a udržuje odolnost organismu vůči různým chorobám. Zdravý spánek výrazně zvyšuje každodenní výkonnost člověka. Pokud se probudíme po noci naplněné klidným osvěžujícím spánkem, tak se cítíme jako znovuzrození, připraveni čelit nástrahám nového dne. Navíc příjemný spánek zvyšuje psychickou odolnost, dodává dobrou náladu, lépe se také učíme a soustředíme na provádění obtížných úkonů (Heller, 2001, s. 10). O spánku existuje velké množství odborné literatury, článků a internetových zdrojů zabývajících se touto problematikou. Jen pro přehled jsou v této diplomové práci vybrány dvě odborné definice spánku. Ján Praško, Kateřina Espa-Červená, Lucie Závěšická (2004, s. 11) o spánku píše, že: *„Spánek lze charakterizovat jako stav snížené mentální i pohybové aktivity, který slouží k obnově psychických i fyzických sil a svojí kvalitou citlivě reaguje na fyziologické i patologické změny v organismu“*. Dále definuje spánek Vašutová (2009, s. 17), která píše, že: *„Spánek lze definovat jako rytmicky se vyskytující stav organismu charakterizovaný sníženou reaktivitou na vnější podněty, sníženou pohybovou aktivitou, typickými změnami aktivity mozku zjištěnými elektroencefalografií a sníženou kognitivní činností“*.

Spánek je neodmyslitelnou komponentou celkového obrazu zdraví a významným způsobem ovlivňuje každodenní pojetí subjektivního pocitu, jak fyzické, tak psychické pohody. Řadí se právě mezi ty fenomény, jež ukazují přímou souvislost mezi fyzickým i psychickým stavem, jež nelze vzájemně oddělovat. Platnost pojetí člověka v současnosti a to všech jeho stránek psychických, biologických i sociálních je dokazována ze všech úhlů pohledu nejrůznějších výzkumů. Spánek je nejběžnějším způsobem odpočinku, jež má často neuvědomovaný význam. Charakter spánku je značně individuálním jevem, a to i přes dobré a pravidelné deskripce jeho fází a průběhu. Kvalita spánku je hodnocena vždy jako subjektivní prožitek (Řehůlková H., Řehůlková O., 2011, s. 123).

Každý jedinec ročně prospí přibližně 3000 hodin, to je asi 24 let života průměrného člověka. Nebo také z jiného pohledu lze říci, že třetinu dne prožíváme ve stavu vyřazeného vědomí. Spánek však není nějaký stav pasivity s vypnutým mozkiem.

Je to naopak nanejvýš aktivní proces (Wu Li, 2013, s. 13). V posledních asi padesáti letech je právě lidský spánek předmětem intenzivního výzkumu. Avšak zůstává spousta nezodpovězených otázek, ale vědci i lékaři, specialisté na spánek vědí dnes s jistotou, že je spánek nepostradatelný pro lidské zdraví, náš vývoj i pro náš celkově dobrý pocit (Wu Li, 2013, s. 21-22).

Ján Praško, Kateřina Espa-Červená a Lucie Závěšická (2004, s. 11) ve své knize píše, jak většinou vypadá běžný normální spánek dospělého člověka: člověk ulehne na lůžko, přichystá se ke spaní, uvolní se a zhruba do 15 - 30 minut usne, zpravidla se probudí 2x až 3x za noc (ale ihned zase usne a ráno si tato krátká probuzení většinou nepamatuje). Definitivní probuzení přichází ráno ve zvolenou hodinu, nejčastěji po 6 až 8 hodinovém spánku.

Existuje spousta empirických výzkumů zkoumajících otázku průběhu a způsobu spánku a to především na základě studia neurologických procesů pomocí EEG a na základě vypořádání pravidelností spánkových stádií pomocí PSG. Díky tomu bylo možné téměř zcela odhalit zákonitosti průběhu spánku. Však ne tak úplně vyřešeným problémem zůstává otázka po příčinách i důvodech spánku. Existuje již také několik teorií spánku. Co se týká pasivní teorie, tak ta chápe spánek jako nedostatek bdělosti. Tato teorie však záhy byla překonána, jelikož nedokázala spolehlivě odpovědět na některé neurologické jevy spánku a to například navození spánku periferním drážděním, a nebo přímou stimulací mozku, jako další hovoří i v neprospěch pasivní teorie také to, že spánek nenastupuje pouze ve vztahu s únavou nýbrž je pravidelným cirkadiálním rytmem (Řehůlková H., Řehůlková O., 2011, s. 124). Oproti pasivní teorii byla také posléze zformulována aktivní teorie spánku, ta v sobě zahrnuje několik názorových táborů snažících se vysvětlit význam spánku. Myšlenka, že spánek je aktivitou svého druhu, i když základním postojem k jeho charakterizování, je paradoxně často využíváno odvolání se na zásadní úbytek aktivity organismu, přineslo zásadní fakta. Především se jedná o odhalení neurologické aktivity mozku a o cyklickou povahu spánku. Mezi aktivní teorie spánku Nevšimalová řadí následující pojetí. V první teorii se hovoří o významu spánku především ve vztahu k obnovení a načerpání energie. Také je poukazováno na změnu vegetativních funkcí, na útlum metabolismu během spánku, který je doprovázen zpomalenou srdeční činností, snížením tělesné teploty a také zpomaleným dýcháním. Druhé pojetí hovoří o regeneraci tkání organismu a centrální nervové soustavy (CNS). Třetí přístup hovoří o vztahu spánku k paměti a mnestickým i anamnestickým procesům, kdy ve spánku

mozek vyhodnocuje získané informace, uchovává paměťové stopy a také maže informace, které jsou nedůležité nebo banální. Poslední oblastí teorií o významu spánku tvoří okruh ontogenetických teorií. Ty se odvolávají na vliv spánku, na vývoj a růst dítěte, maturaci mozku a centrální nervové soustavy (Nevšimalová, Šonka, 1997 in Řehůlková H., Řehůlková O., 2011, s. 124).

2.1 Spánkové normy a kvalita spánku

Otázku délky spánku nelze jednoznačně zodpovědět, nejsou přesná pravidla, jako například u tělesné hmotnosti. Potřeba spánku je velice individuální. Lze konstatovat, že je třeba spát právě tak dlouho, abychom v průběhu dne nebyli ospalí a cítili se odpočatě. (Prusiński, 1993, s. 12).

Zrychlující se životní tempo již po desetiletí až staletí vede k postupnému zkracování délky nočního spánku. Předpoklad, že deficit spánku negativním způsobem ovlivňuje kvalitu života se v současnosti nepotvrzuje. Epidemiologické studie ukazují, že nejnižší mortalita a komorbidita je u respondentů jejichž délka nočního spánku je 6-7 hodin. Spánek trvající 8 a > hodin má riziko mortality vyšší než spánek trvající 6 a < hodin. Ukazuje se tedy, že daleko důležitější je kvalita spánku, než jeho délka (Nevšimalová, 2006, s. 347).

Zdravý dospělý člověk spí průměrně 6-8 hodin denně. Existují však lidé, kterým stačí 5-6 hodin. Přibližně 2 % populace vyžadují spát méně jak 5 hodin a 2 % populace vyžadují déle než 9 hodin. Jsou i lidé, kteří potřebují spát až 9-10 hodin (Praško a kol., 2004, s. 18). Šetření amerického Gallupova ústavu v roce 2005, kterého se zúčastnilo 1500 osob starších 18 let, vedlo k závěru, že průměrná subjektivně odhadovaná délka spánku v pracovních dnech je 6,8 hodin a o volných víkendech 7,4 hodin. Ve srovnání s obdobným šetřením, které bylo provedeno roku 1998 se počet osob uvádějících v pracovních dnech spánek delší než osm hodin snížil z 35 % na 26 %. Počet osob, které v pracovní dny spávali méně než šest hodin se ve stejném období zvýšil o 4 %. V roce 1998 to bylo 12 % a v roce 2005 to už bylo 16 % (Banks, Dinges, 2007 in Plháková, 2013, s. 51). Z výsledků uvedeného šetření je zřejmé, že i přesto, že jsou rozdíly v potřebě spánku do jisté míry vrozené, jeho skutečnou délku ovlivňují také i sociální podmínky, v první řadě nutnost dodržovat pracovní režim. Jako další proměnné, zkoumané v souvislosti se spánkovými normami patřili věk, rod, zdravotní stav nebo cirkadiánní preference (Plháková, 2016, s. 51-52). V této souvislosti je také nezbytné zmínit, že potřeba spánku s přibývajícím věkem mírně

klesá (Wu Li, 2013, s. 36).

Je jisté, že každý člověk značnou část svého života tráví ve stavu spánku. Různí lidé mají odlišnou potřebu spánku. Dle délky spánku lze dělit lidi na osoby spící krátce potřebující méně než 5,5 hodin spánku denně a přitom nejsou v průběhu dne unaveni nebo ospalí a osoby dlouho spící, kteří spí déle než 9 hodin denně. Kromě tohoto dělení ještě někteří vědci rozlišují lidi na dobře a špatně spící. Tuto terminologii ve své disertaci zavedl dr. Robinson z Univerzity v Chicagu z důvodu odlišení lidí, kteří od mládí usínají snadno, spí tvrdě a v noci se nebudí (dobře spící) od lidí, kteří mají nedokonalý (špatný spánek) (Prusiński, 1993, s. 11).

Stöckmann zavedl na začátku našeho století termín „přirozený spánek“. Soudil, že spánek před půlnocí je významnější a lepší než spánek nad ránem. Na základě toho doporučoval chodit spát nejpozději ve 22.00 hodin. Moderní výzkumy však tuto hypotézu nepotvrzují. Existují totiž dva typy lidí, jsou to ti, kteří mají sklon k časnému usínání a také časnému vstávání (ranní typ, neboli také typ skřivánka) a ti, kteří chodí spát pozdě a dospívají ráno (večerní typ, neboli typ sovy). „Typ sovy“ má často potíže s pracovní disciplínou, protože jsou ráno ospalí a nemají chuť pracovat (Prusiński, 1993, s. 12).

2.2 Spánková deprivace

Podobně jako nelze žít bez potravy, není možné žít ani bez spánku. Nejdelší doba, po kterou je možné zbavit člověka spánku se pohybuje mezi 100 až 200 hodinami (podle Parkese). Již po této době je další zadržení spánku nemožné. Zbavení člověka spánku neboli tzv. spánková deprivace (známá jako kruté mučení vězňů), již může vést k těžkým duševním (psychickým) poruchám. Hlavním počátečním příznakem spánkové deprivace je ospalost, k níž se postupně přidružují další fenomény. Po první noci bez spánku je možné v odpoledních hodinách pozorovat snížení pozornosti, zvláště u zrakových podnětů, také je možné zjistit určité omezení krátkodobé paměti, snížení aktivity, pokles nálady a projev agresivity. V dalších 78 až 96 hodinách bez spánku se tyto všechny příznaky zesilují, přidává se pocit ohrožení, může se projevit porucha orientace, porucha prostorového vidění a zaostřování zraku i třes rukou. Po 100 hodinách bez spánku se pouze výjimečně můžeme setkat s výraznějšími poruchami nervových funkcí (Prusiński, 1993, s. 19-20).

O spánkové deprivaci hovoříme tehdy, pokud se člověku nedaří uspokojit jeho převážně vrozenou potřebu spánku. Úplná (též akutní) spánková deprivace je jako

důsledek toho, že člověk několik dní po sobě vůbec nespál. Naproti tomu Chronická spánková deprivace, také označována jako spánkový dluh, vzniká při dlouhodobém omezení spánku na dobu kratší, než jakou daný jedinec potřebuje (Plháková, 2013, s. 65).

Chronická spánková deprivace (spánkový dluh) se vyskytuje v každodenním životě mnohem častěji než ostatní typy deprivace, to znamená u lidí, kteří pracují na směny, mají prodlouženou pracovní dobu a nebo si zvykli dlouho do noci sedět u televize nebo u počítače. Mezi lidmi existují však značné individuální a věkové rozdíly v délce spánku, který potřebují k odpočinku i načerpání nových sil a také v odolnosti vůči jeho nedostatku. Nicméně se odborníci shodují v tom, že velká část dospělé populace pravidelně spí o jednu nebo dvě hodiny méně, než odpovídá jejich přirozeným potřebám (Plháková, 2013, s. 73).

Co se týká partnerských vztahů, tak dlouhodobé soužití má vysoké nároky na vzájemné přizpůsobení partnerů, to se někdy nezdaří a tak může vést k chronické spánkové deprivaci. Sladění rytmu aktivity a odpočinku bývá náročné kupříkladu pro jedince, z nichž jeden je typická „sova“ a ten druhý „ranní ptáče“, jeden pracuje na směny, zatímco ten druhý má normální pracovní dobu atp. Další příčinou partnerské nespavosti je chrápání, mluvení ze spaní nebo jiných hlučných projevů, které je asi nejlepší řešit pomocí oddělených ložnic. Však někdy muži i ženy pokládají toto řešení za projev odcizení (Plháková, 2013, s. 77).

2.3 Význam spánku pro člověka

Jak již bylo zmíněno existuje celá řada teorií spánku. Nejpravděpodobnější jsou ty, které předkládají, že spánek je důležitý k regeneraci tkání a k restauraci energetických zdrojů. Deprivační studie prokazují, že nedostatek spánku sice nevede k psychickým projevům, ale mentální výkonnost se u člověka snižuje a často se projevují příznaky spánkové opilosti (Vašutová, 2009, s. 17). Spánek je důležitý pro řadu funkcí mozku a to včetně i toho, jak spolu nervové buňky navzájem komunikují (<https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Understanding-Sleep#top>). Praško a kol. (2004, s. 20) uvádí, že spánek má v životě člověka několik důležitých funkcí:

- umožňuje fyzickou a psychickou obnovu;
- zvyšuje odolnost organismu proti nemocem;

- napomáhá ukládání naučeného do paměti;
- emoční konsolidaci zážitků;
- má význam pro zdravý růst organismu;
- má význam pro regeneraci tkání a hojení;
- reguluje imunitní funkce;
- je důležitý pro přiměřenou náladu i výkonnost.

1.4 Chování a prožívání při usínání, spánku a probuzení

Při spánku dochází k jakémusi „odpojení“ mozku a psychického dění od vnější reality, k tomu nám také pomáhá uspořádání vnějších podmínek. Nejlépe se člověku jistě spí pod měkkou a hřejivou přikrývkou a v místnosti tiché, zatemněné a spíše chladné. Také existují lidé, na které přítomnost druhých osob působí rušivě. Mnozí lidé se zase však cítí bezpečněji a příjemněji, když je někdo druhý v téže místnosti přítomný (Plháková, 2013, s. 46). Většina lidí má ve zvyku jít spát v určitou dobu. Přibližně hodinu a půl před obvyklým ulehnutím začínají pociťovat ospalost a únavu, která může být také příčinou krátkých zdřímnutí, například když sledujeme televizi. V této době se také i zvyšuje frekvence zívání. Je nutné také zmínit, že frekvence zívání je vysoká nejen večer před usnutím, ale také ráno po probuzení a jeho efektem je zvýšit hladinu kyslíku v krvi (Zilli, Giganti, Uga, 2008 in Plháková, 2013, s. 46).

Ospalost je v celku přirozený stav, kdy je člověk poněkud utlumený, reaguje pomalu, pozornost je rozptýlena a vnímavost oslabena a pokud člověk netrpí nespavostí, po ulehnutí do postele brzy usne. Únava může být také důsledkem zdravotních komplikací a to zejména ve vyšším věku, pracovního, rodinného či jiného stresu, je subjektivně nepříjemná a někdy bývá také spojena s přecitlivělostí a podrážděností, které člověku znesnadňují usnutí (Plháková, 2013, s. 46-47).

Pokud se zaměříme na spánek, tak ve spánku dochází ke snížení lucidity vědomí. Ve druhém stádiu NREM spánku přechodně ztrácíme schopnost uvědomovat si svou existenci. V REM spánku (méně často v NREM) zase prožíváme sny, nejlépe si však pamatujeme sny, které se nám zdály v REM fázi před probuzením. Když spíme probíhají u nás různé druhy podvědomých mentálních aktivit, především je to zpracování zapamatovaných informací. Ráno po probuzení se znova napojíme na proud bdělého prožívání, který jsme měli dočasně přerušeny obdobím spánku. Pro

„ranní ptáčata“ je přechod do bdělého stavu snazší, ti totiž bývají po procitnutí svěží a čilí zatímco „noční ptáci“ se při vynuceném vstávání do školy nebo do práce někdy probouzejí poměrně obtížně. Spánek, který je klidný, nepřerušovaný a jeho délka odpovídá potřebám daného člověka, obvykle přináší tělesné a duševní osvěžení s chutí do života i do práce. Hodnocení kvality spánku je tedy velmi subjektivní (Plháková, 2013, s. 47-50).

I pro údobí spánku je možné si dávat určité úkoly, a to například, kdy se máme probudit. Existují lidé, kteří mají tendenci se spontánně budit 10 až 15 minut před zazvoněním budíku nebo lidé, kteří při dojíždění do práce si ve vlaku zdřímnou a procitnou těsně před cílovou stanicí (Plháková, 2013, s. 48). Někteří lidé tedy zřejmě disponují schopností záměrně se probudit ze spánku, což nasvědčuje tomu, že existuje možnost volního řízení i v takovém stavu vědomí, u něhož se za typický rys pokládá oslabení volní kontroly a zaměřené pozornosti. Janu Bornovi a jeho týmu spolupracovníků se však podařilo prokázat, že záměr probudit se je provázen zřetelně zvýšenou koncentrací adrenokortikotropního hormonu v krvi asi hodinu před naplánovaným probuzením. Mohlo by jít o přípravu na probuzení, která je vyvolaná jeho podvědomou mentální anticipací (Born et al., 1999 in Plháková, 2013, s. 48).

1.5 Cirkadiánní rytmy

Jedná se o rytmus střídání spánku a bdění, který má periodu přibližně 24 hodin. Cirkadiánních rytmů v našem organismu existuje mnoho, kromě spánku a bdění například rytmus vnitřní tělesné teploty nebo rytmy sekrece některých hormonů a mnohé další. Vědci si dlouhou dobu kladli otázku, jestli střídání spánku a bdění není závislé na tom, zda je v okolí tma nebo světlo. To následně bylo objasněno pokusy prováděnými v podzemních jeskyních kterými se zjistilo, že pravidelné cirkadiánní rytmy s malými změnami pokračují i po dobu mnoha dní, kdy je organismus ponechán v naprosté tmě. Náš organismus má tedy své vlastní vnitřní hodiny (vědecky „pacemaker“) a podle nich se řídí mnoho důležitých fyziologických dějů. Vědci lokalizovali tento „pacemaker“ v mozku ve struktuře zvané hypotalamus. Vnitřní hodiny tvoří shluk nervových buněk, velký asi jako špendlíková hlavička (jádro), umístěn nad zkřížením optických nervů (chiasma opticum) a jmenuje se suprachiasmatické jádro. Lidé, kteří mají oblast suprachiasmatického jádra z jakýchkoli příčin zničenou, tak spí a bdí bez jakéhokoli systému a to nepravidelně

beze stopy po cirkadiánních rytmech (Praško, 2004, s. 12-13).

Je nutné zdůraznit, že za normálních okolností vnitřní cirkadiánní rytmy jsou sladěny s vnějším podmínkami, kdy klíčovým exogenním synchronizátorem je u člověka světlo. Jakékoli informace o změnách intenzity světla jsou přenášeny ze sítnice do suprachiasmatických jader především přímou retinotalamickou drahou. Biochemický moderní výzkum prokázal, že na registraci světelných podnětů se nepodílejí tyčinky a čípky, ale soubor gangliových buněk sítnice, které obsahují řadu fopopigmentů a to obzvlášť melanopsin (Moore, 2006 in Plháková, 2013, s. 19).

Rytmičká činnost biologických hodin v suprachiasmatickém jádru je vlákný sympatiku přenášena do epifýzy, odtud jsou jednotlivé buňky, tkáně a orgány řízeny prostřednictvím změn v plazmatické hladině hormonu melatoninu. Jeho vylučování z epifýzy se v průběhu dne mění. Při večerním soumraku začne stoupat a kolem půlnoci dosahuje vrcholu, pak opět klesá. Takže můžeme říci, že hladina melatoninu je tedy vysoká v temném období dne, tzv. skotoperiodě a nízká při denním světle, tedy fotoperiodě. Tento rozdíl mezi nejvyšší a nejnižší úrovní je více jak desetinásobný. Naše buňky mají receptory pro melatonin a podle změny jeho hladiny jsou pak synchronizovány se světelným režimem prostředí. Je nutné také upozornit na to, že jednorázové podání melatoninu může zapříčinit fázový posun endogenního rytmu. Ranní příjem této látky fází zpožďuje, avšak odpolední a nebo večerní příjem způsobuje její předsunutí (Langmeier et al., 2009 in Plháková, 2013, s. 19). Illnerová a Sumová (2008, s. 350) v této souvislosti uvádějí, že cirkadiánní systém organismu dává vnitřní denní program, může i plnit funkci kalendáře.

1.6 Stádia spánku

Z fyziologického hlediska jsou řídicí centra spánku i bdění uložena hluboko v mozku. Pokud jsou u člověka všechna centra spánku aktivní a všechny oblasti bdění neaktivní, tak výsledkem u spícího je blažený spánek. Pokud však spícího člověka něco při jeho spánku vyruší kupříkladu bolest, velké horko, hlasitý zvuk, stane se to, že se probudí k činnosti centra řídicí bdělost, ta pak aktivují další části mozku jenž rozhodnou, jestli podnět vyžaduje větší reakci. Pokud mozek vyhodnotí ono vyrušení jako nepodstatné, tak většina oblastí zůstane utlumená a k probuzení do plného vědomí nedojde. Možná pouze na chvíli člověk procitne, ale pamatovat si to nemusí, a to proto, že u něj nebyla aktivovaná dost velká část mozku, aby nabyl plného vědomí (Idzikowski, 2012, s. 32-

33).

Spánek je tedy aktivní děj, pro jehož uskutečnění je nutná spolupráce mnoha mozkových oblastí, ale také je nutný přiměřený stav celého organismu a vhodné vnější podmínky. Tři základní funkční stavy řízení organismu jsou bdělost, NREM a REM spánek (Šonka, Němcová, Paul in Nevšímalová, Šonka, a kol., 2007, s. 27).

K hodnocení spánkových stádií je využíváno polysomnografické vyšetření. To zahrnuje elektroencefalografem (EEG), elektrookulografem (EOG) a také elektromyografem (EMG) svalů brady (Vašutová, 2009, s. 17). Aktivita nervových buněk, neuronů, je měřena elektroencefalografem. Podle stavu vědomí jsou rytmy mozku, neboli vlnění, která produkuje mozek (jejich amplituda), rychlejší či pomalejší, více či méně uspořádané nebo pravidelné. Tyto rytmy nazýváme beta, alfa, theta a delta (Dessaintová, 1999, s. 96). V následujícím textu budou jednotlivá stádia podrobněji popsána.

Vašutová (2009, s. 17) uvádí procentuální rozložení jednotlivých stádií spánku:

- 2. stádium NREM spánku tvoří asi 50 %;
- REM spánek tvoří asi 25 %;
- 3. a 4. stádium NREM (delta) spánek tvoří asi 20 %;
- 1. stádium NREM spánek tvoří asi 4 %;
- bdělost tvoří méně než 1 % nočního spánku.

1.6.1 Bdění

Jedná se o mentální stav, ve kterém se jedinec nachází úplně probuzený, duševně i fyzicky aktivní, bývá také označován jako nerelaxovaná čilá bdělost (alert wakefulness). Při stavu bdělosti na EEG převládají rychlé a nepravidelné beta vlny s nízkou amplitudou. Frekvenci různí autoři však udávají odlišně, vždy ale vyšší než 13 hertzů. Často je uváděna frekvence 16-25 Hz, popřípadě 18 Hz a více. Na EOG (elektrookulograf – záznam pohybů očních bulbů) jsou zaznamenány rychlé sledovací pohyby nebo klidový stav. EMG (elektromyograf – elektrická aktivita svalů) charakterizuje vysoká aktivita. Uvolněný stav mysli, který vzniká po zavření očí při pohodlném sezení nebo ležení je označován jako relaxovaná bdělost (relaxed

wakefulness). Při tomto relaxovaném stavu se na EEG projevují alfa vlny, což značí pravidelnou aktivitu s nižší frekvencí 8-13 Hz a větší amplitudou, než je u beta vlny. Záznam sledovacích pohybů nebo klidového stavu na EOG již přetrvává a EMG registruje nadále intenzivní tonickou svalovou aktivitu (Šonka, Jakoubková, Paul, 2007 in Plháková, 2013, s. 38). Konečnou fázi relaxované bdělosti označujeme jako ospalost (drowsiness), projevuje se sníženou frekvencí alfa vln z 10 na 8,5 Hz a zmenšení jejich amplitudy, nakonec úplné vymizení (Cantero, Atienza, 2000; Empson, 2002 in Plháková, 2013, s. 38-39).

1.6.2 NREM spánek (spánek rychlých pohybů očí)

V NREM spánku rozlišujeme 4 stádia, od povrchního až po nejhlubší spánek (Prusiński, 1993, s. 16). Těmito čtyřmi spánkovými stádii procházíme postupně a během nich se aktivita mozku stále více zpomaluje (Praško a kol., 2004, s. 15).

Stádium 1

V NREM spánku první stádium subjektivně odpovídá stavu usínání. Je to velmi lehký spánek, který je přechodem mezi bdělostí a spánkem. Dojde k postupnému psychickému uvolnění, relaxaci svalstva, také se zpomaluje srdeční tep a dýchání, kontakt s okolím se pozvolna rozostřuje až se ztrácí, propadáme se do spánku (Praško a kol., 2004, s. 14-15). Na EEG se objevují nepravidelné théta vlny o frekvenci 3-7 Hz a nízkou amplitudou. EOG registruje pomalé pohyby očních bulbů. EMG potvrzuje přetrvávající tonus svalů brady, který je nižší než v bdělém stavu. Toto první stádium trvá pět až deset minut, někdy i pouze minuty (Empson, 2002 in Plháková 2013, s. 39).

Stádium 2

Stádium 2 je spojováno s nehlubokým spánkem. Jedná se tedy o středně hluboký spánek, který pokrývá asi polovinu noci u dospělých. V tomto stádiu nás mohou probudit i malé podněty (např. hluk z ulice, převalování partnera). Pokud se v tomto stádiu probudíme, tak můžeme být přesvědčeni, že jsme vlastně vůbec nespali a přitom opak je pravdou. Pokud spánek pokračuje, stává se čím dál hlubším (Praško a kol., 2004, s. 15). Na EEG jsou nadále théta vlny s nízkou a střední amplitudou, přerušované periodickým výskytem spánkových vřeten (shluk rychlých vln o frekvenci 11-15 Hz, amplitudou cca 25 μ V trvajících od 0,5 do 1,5 sekundy) a K-komplexů

(dvoufázové vlny s velkou amplitudou, které trvají minimálně půl sekundy). EOG potvrzuje, že oční pohyby ustávají. EMG svalů brady indikuje přetrvávání tonické svalové aktivity nižší intenzity než tomu bylo v prvním stádiu spánku. Stádium trvá asi 20 minut (Šonka, Jakoubková, Paul, 2007; Iber et al., 2007 in Plháková 2013, s. 39).

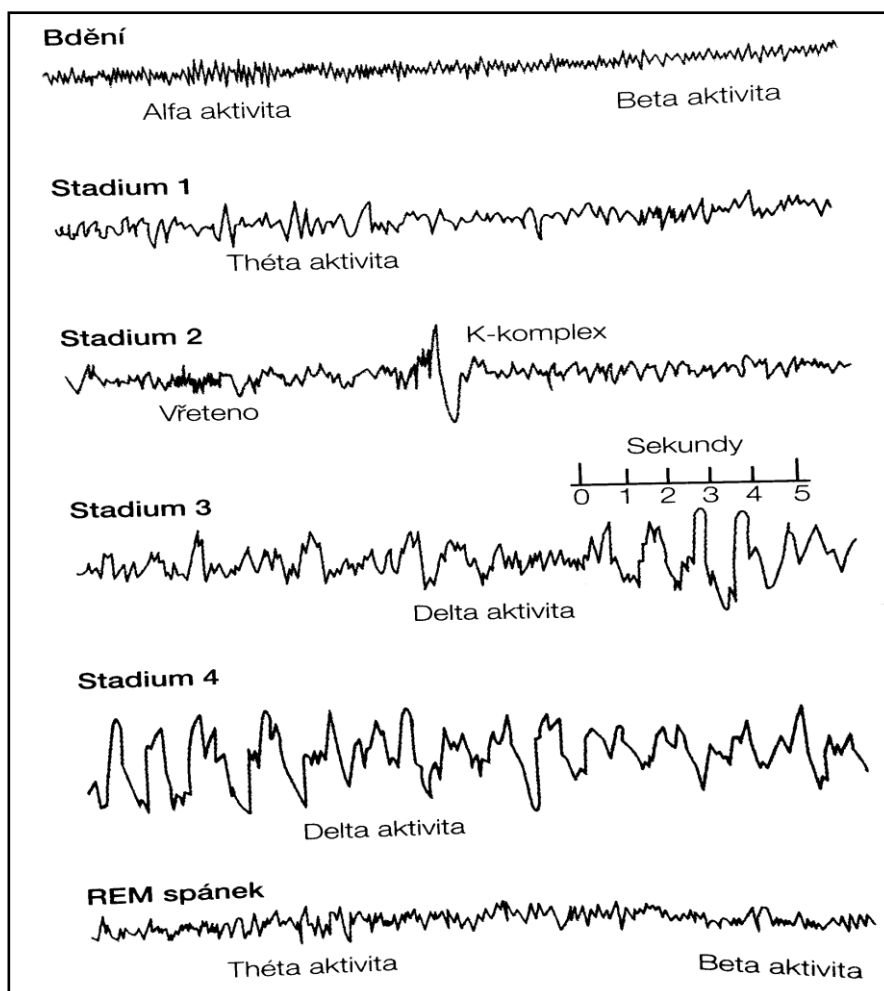
Stádium 3 a 4

Stádium 3 a 4 (delta pomalovlnný spánek). Jde o nejhlubší spánek, kdy je svalstvo úplně uvolněné, dech je zpomalený i tep srdce, klesá také krevní tlak i tělesná teplota. Na pocit odpočatosti a svěžesti po probuzení má právě rozhodující vliv kvalita a množství stádií 3 a 4. (Praško a kol., 2004, s. 15). Přibližně 20 minut po té, co člověk usne, se na EEG začínají objevovat pomalé delta vlny s frekvencí menší než 2 Hz a amplitudou větší než 75 μ V, jež oznamují přechod do hlubokého spánku. Pokud tvoří tyto vlny 20-50 % EEG, tak je spící jedinec (dle původního R&K manuálu) ve třetím stádiu spánku. Na EEG pomalých delta vln postupně přibývá. O čtvrtém stádiu NREM spánku a zároveň nejhlubším stádiu hovoříme tehdy, pokud delta vlny tvoří víc než 50 % EEG. Jako dalším charakteristickým rysem delta spánku (alternativní název pro třetí a čtvrté stádium) je, že chybí oční pohyby a přetrvává nízký, ale trvalý tonus svalů brady. U některých osob se mohou v nejhlubším NREM spánku vyskytnout noční děsy a také náměšičnost (Šonka, Jakoubková, Paul, 2007; Iber et al., 2007 in Plháková, 2013, 39-40).

1.6.3 REM spánek (pomalý spánek)

REM spánek byl objeven a poprvé definován v roce 1953. Jedná se o aktivní formu spánku. Záznam EEG v průběhu této fáze připomíná záznam při bdění, proto se tato fáze nazývá také paradoxní spánek. V REM fázi je vysoký práh probuzení, srdeční frekvence je nepravidelná často i doprovázená nepravidelným dechem a erekcí (Vašutová, 2009, s. 17). Za zavřenými víčky je možné pozorovat rychlé a nepravidelné pohyby očí. Pokud je v tomto stádiu spící probuzen, tak v 80% mívá živý sen. První stádium REM spánku trvá asi tak 10-15 minut, a poté spánek opět pokračuje jako během usínání stádií 2 a 3 do stádia 4 (tzv. NREM spánek) a pak následuje další REM stádium spánku. Období spánku, které zahrnuje stádia 1-4 a jednu periodu spánku REM se nazývá spánkový cyklus. Ten obvykle trvá 90-120 minut. Během jedné noci je tedy možno většinou napočítat 4-5 úplných spánkových cyklů. Přechody mezi spánkovými cykly, zvláště mezi stádií NREM a REM, jsou často provázány periodami

krátkých probuzeníh. Takováto probuzení ani většina lidí vůbec nepostřehne a okamžitě poté, co opět upadne do spánku je zapomíná (Praško a kol., 2004, s. 16). U novorozence představuje REM spánek celých 50 % spánku, u kojence asi 30 % a u mladých dospělých asi 20 % až 25 % a na takovéto úrovni přetrvává do stáří (Prusiński, 1993, s. 17).



Obrázek 1. EEG záznamy v různých stádiích spánku (Sternberg, 2001, s. 174 in. Plháková, 2013, s. 40).

1.7 Sny

Jako sny označujeme zvláštní psychickou (duševní) aktivitu projevující se při spánku formou zrakových a jiných vjemů a také emocemi, které se mohou skládat v určité scény a prožitky. Charakteristická je absence logiky a také promíšení různých témat. Sny tedy představují velmi zajímavý úkaz, který je zkoumán od nepaměti, a kterému se stále plně nerozumí. Obsahy snů jsou spojovány s mnoha pověrami a předsudky, a to

například ve vztahu k předpovídání budoucnosti, hledání skrytých významů, návodů k činnosti. A proto je nutné také zmínit existenci různých vykladačů snů a snářů (Prusiński, 1993, s. 18).

V našich životech mají sny velmi důležité místo. Každou noc strávíme sněním asi hodinu a půl. Sny jsou vystavěny hlavně z každodenních zkušeností člověka. Do našich snů vstupují v různých podobách události, které jsme zažili během dne. Však zároveň bylo i zjištěno, že u starších lidí mohou sny obsahovat zážitky i situace, které se staly před padesáti nebo šedesáti lety. Můžeme zmínit i další faktory, které mají vliv na naše sny. Patří sem věk, pohlaví, společenské postavení. Například dětem se daleko častěji zdá o zvířatech než o lidech, nebo jako další příklad lze uvést, že muži se častěji ve snu stávají obětmi pocitů úzkosti a fyzického napadení než ženy. Sny jsou tedy úzce spjaty bdělými životy lidí. (Palazzolo, 2007, s. 25-26).

Sny se dostávají především v REM spánku, ale provázejí i povrchní NREM spánek. Ve spánku NREM jsou sny spíše myšlenky než sny v pravém slova smyslu. V REM spánku se vyskytují nejjasnější, barevné, živé a emotivně podbarvené sny. V NREM spánku jsou sny obvykle útržkovité nevýrazné, monotónní a někdy mohou připomínat skutečný děj předešlého dne (Prusiński, 1993, s. 18-19).

Tabulka č. 1 zpřesňuje definice různých snových fenoménů (Plháková, 2013, s. 133).

Typ snu	Definice
REM sny	Vybavení mentální aktivity během REM spánku.
NREM sny	Vybavení mentální aktivity během NREM spánku.
Sny po usnutí	Vybavení mentální aktivity během NREM stádia 1 a 2.
Noční můry	REM sny provázené silnými zápornými emocemi, které jsou příčinou probuzení.
Noční děsy	Náhlé probuzení z delta spánku provázené intenzivní úzkostí.
Posttraumatické sny	REM a NREM sny znázorňující (často opakovaně) traumatické zkušenosti v celkem nezměněné podobě.
Lucidní sny	REM sny, při kterých si jedinec uvědomuje, že sní.

Tabulka č. 1 Různé druhy snů (Schredl, Wittmann, 2005; Pegal, 2008 in

Plháková 2013, s. 133).

1.8 Vybrané poruchy spánku

Podobně jako jiné funkce lidského organismu i spánek může postihnout nějaká porucha. Nejčastěji krátkodobě a přechodně, jako je například nemožnost usnout v důsledku nepříjemných zážitků prožitých v předchozím dni. Jejich připomínání tak porušuje přirozený proces usínání a udržuje napětí a nepokoj. Stále častěji se lékaři setkávají u pacientů se stížnostmi na různé poruchy spánku. Proto se vyčlenila nová lékařská specializace – poruchy spánku a bdění (somnologie, hypnologie) (Prusiński, 1993, s. 24).

O poruchách spánku hovoříme tehdy, liší-li se průběh spánku dlouhodobě nebo opakovaně od subjektivní nebo objektivní představy o jeho normálním průběhu. Z objektivního hlediska je za normální pokládáno, když člověk spí klidně, pravidelně dýchá a občas změni tělesnou polohu. Ze subjektivního hlediska většinu člověk považuje svůj spánek za dobrý (kvalitní, normální), když mu usínání netrvá déle jak půl hodiny a spí bez přerušování až do rána. O poruše spánku začínáme uvažovat v případech, že ve spánku sebou jedinec škube, chodí po bytě, skřípe zuby, má zástavu dechu, mluví, křičí, probouzí se zalitý studeným potem, a nebo na nás zírá s vytřeštěným zrakem. Jako problematické je též pokládáno časté, nechtěné nebo náhlé usínání během dne. Poruchy spánku, a to zejména nespavost, jsou nejen rozšířené, ale také mohou poměrně výrazně snižovat kvalitu života, pracovní výkonnost postiženého a narušovat jejich vztah s blízkými lidmi nebo také nepříznivě ovlivňovat zdravotní stav (Plháková, 2013, s. 95).

1.8.1 Insomnie

Nespavost neboli insomnie je nejčastěji se vyskytující poruchou spánku. Prevalence v populaci je obvykle udávána mezi 10-20 %, její výskyt vzrůstá s věkem (Vašutová, 2009, s. 18). Na potíže se spánkem si ženy stěžují 1,2-1,5krát častěji než muži. Epidemiologické studie naznačují vyšší přítomnost nespavosti u rozvedených osob, ovdovělých osob, i u lidí s nízkou socioekonomickou úrovní (Šonka, Pretl, 2009 in Plháková, s. 99).

Kvalita spánku může úzce souviset s výkonností i s celkovou životní

spokojeností člověka. Nespavost totiž vede často k jejímu markantnímu zhoršení. Odborníci mají již v současnosti k dispozici velké množství dotazníků, které využívají k diagnostice poruch spánku a také k výzkumným účelům. K nejstarším metodám je řazen Leeds Sleep Evaluation Questionnaire – LSEQ (Leedský dotazník hodnocení spánku), který navrhli v 70. letech minulého století odborníci z univerzity v anglickém Leedsu, a to v čele s Andy C. Parrottem. K nejužívanějším metodám jak klinickým, tak i výzkumným patří Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI (Pittsburský index kvality spánku), přeložený do 56 jazyků včetně češtiny (Plháková, 2013, s. 121). A proto je také dotazník PSQI použit ke sběru dat pro výzkumnou část této diplomové práce.

Již v mnoha zemích bylo zkoumáno, kolik lidí trpí nespavostí a jaká je spotřeba uspávacích prostředků. V roce 1979 s pomocí dotazníkové studie zjistil dr. Bixler v Los Angeles, že nespavostí trpí asi 32 % dospělých lidí, a to dlouhodobě. Dalších 10 % uvádělo zhoršení spánku nedlouho před vyšetřením. Z těchto 42 % lidí postižených nespavostí uvádělo 19 % potíže s usínáním, dalších 22 % uvádělo příliš lehký spánek a časté buzení, 13 % časně buzení a nemožnost opět usnout. Velká většina dotazovaných nespavostí trpěla déle jak jeden rok, přičemž skoro polovina uváděla značné zhoršení spánku (Prusiński, 1993).

Moráň (2009, s. 468) uvádí, že insomnie je stav, kdy nemocný vnímá spánek jako obtížně dosažitelný, přerušovaný, krátký, nedostatečný a neosvěžující.

Dle WHO je insomnie definována jako stav ztíženého usínání delšího než 30 minut, opakovaného nočního probouzení > 3x za noc, předčasného ranního probouzení s nemožností opětovného usnutí, neosvěžujícího spánku, a to více než 3x do týdne, v délce trvání delší než měsíc, značně obtěžující pacienta (Nevšimalová, Šonka 2007 in Moráň, 2008, s. 569).

Dle definice MKN-10 u neorganické nespavosti jde o nedostatečné množství či kvalitu spánku, které trvají dlouhé časové období. Řadí se sem potíže s usínáním (časná insomnie), s udržení spánku (střední insomnie), příliš brzké probouzení (pozdní insomnie) a špatná kvalita spánku. Tyto typy nespavosti lze považovat za poruchu, pokud by nespavost trvala alespoň po dobu jednoho měsíce (Praško a kol., 2004, s. 25).

Dle délky trvání můžeme nespavost dělit na krátkodobou a přetrvávající, neboli chronickou. Krátkodobá nespavost trvá nejčastěji jen několik dnů, maximálně

dva až tři týdny a většinou není pro člověka vážnějším problémem. Častými příčinami krátkodobé nespavosti jsou stres, problémy v práci, tělesné obtíže a to především bolest, rodinné problémy, změna nálady, narušení denního režimu, změny vnějších podmínek (např. hluk, světlo, horko, spánek na jiném lůžku, než je člověk zvyklý), posuny režimu spánek – bdění (např. noční směny v práci, posun časového pásma), také hormonální změny v průběhu menstruačního cyklu mohou být příčinou krátkodobé nespavosti. Chronická nespavost se objevuje nejméně třikrát za týden a trvá déle než jeden měsíc. Rozlišujeme dva základní typy chronické nespavosti a to nespavost primární (u zdravého člověka) a nespavost sekundární (při onemocnění). Na vzniku chronické primární nespavosti se podílí řada faktorů např. chronický stres, behaviorální podmiňování (ulehnutí člověka do postele je pomocí podmíněného reflexu spojeno se zvýšeným napětím a automatickými obavami, že usnutí nebude možné), zvýšená bdělost (ta je provázená lehce zvýšenou teplotou, zvýšeným metabolismem a zrychlenou srdeční frekvencí). Často se chronická primární nespavost spojuje s nedostatečnou spánkovou hygienou. Chronická sekundární nespavost se objevuje u lidí, kteří trpí jiným onemocněním nejčastěji psychického původu. Nespavost je jedním z příznaků například u deprese, mánie, neurotických a organických poruch, schizofrenie, poruch příjmu potravy, zneužívání návykových látek a dalších. Velká část nespavců se zpravidla zabývá svou poruchou spánku a tak jakékoliv své emoční problémy popírají. Buď je nepokládají za problém a nebo sami problém vidět nechtějí, tak ho popírají, nebo také nechtějí hovořit o problémech například z důvodu studu. Také u lidí s určitým somatickým onemocněním bývá příznačná častá stížnost na špatný spánek. Nejčastější přítomnost stížností je právě u lidí trpících bolestivým onemocněním, svěděním (např. atopický ekzém), klidný spánek může ale narušit i porucha zažívání nebo také jiná porucha spánku (např. syndrom spánkové apnoe) (Praško a kol., 2004, s. 26-29).

Praško a kol. (2004, s. 29) také uvádí, že příčina, která vedla u jedince ke vzniku nespavosti, může pominout a na udržování nespavosti se pak dále mohou podílet úplně jiné příčiny. Jako příklad můžeme předložit: krátkodobou nespavost vyvolanou jednorázovým stresem u dítěte ve škole nebo u dospělého v zaměstnání, to může u predisponovaného jedince přecházet v nespavost chronickou. Častým udržujícím faktorem bývá například špatná spánková hygiena, ale také i smýšlení člověka samého o charakteru a závažnosti jeho poruchy. Pokud se totiž takový člověk

začne nespavosti přehnaně obávat, její možné důsledky katastrofizovat a nebo jí používat jako omluvu svých nedostatků nebo své špatné nálady, pak je zde velké nebezpečí rozvoje nespavosti.

Již existuje studie, která se zabývá lékařskými a sociálně-profesními dopady nespavosti, ta ukazuje, že nespavost má vliv na nižší pracovní výkony a to včetně snížené koncentrace při výkonu pracovních povinností, více absencí a také více úrazů (Léger a kol. 2002, s. 621).

Vašutová (2009, s. 18) uvádí, že v praxi se nejčastěji vyskytují tyto typy insomnie:

- *Psychofyzilogická insomnie*, která je nejčastěji se vyskytující formou insomnie. Její podstatou je zvýšený práh probuditelnosti, naučené asociace zabraňují spánku a také se mohou i uplatňovat vlivy prostředí. V průběhu dne se u člověka objevuje špatná nálada únava, úbytek energie. Často je vyvolávajícím faktorem stres či nemoc;
- *Paradoxní insomnie* je stav, kdy doba spánku člověka je normální, ale má pocit, že nespí;
- *Akutní insomnie* trvá jen krátce (několik dnů, maximálně týdnů), je vázána na vyvolávající stresor;
- *Idiopatická insomnie* začíná obvykle v dětství, avšak její příčina není známá a intenzita obtíží je stálá, bez remisí;
- *Insomnie související s jiným onemocněním*, zde je řazena bolest, gastrointestinální potíže, psychické potíže, poruchy dýchání.

1.8.2 Poruchy rytmu spánku a bdění (dyssomnie)

Bdění i spánek podléhají vlastnímu přirozenému rytmu, v podstatě souběžně s rytmem dne a noci. Většina lidí usíná večer a budí se ráno, můžeme se však setkat s poruchami tohoto přirozeného rytmu. Řadíme sem například syndrom opožděného usínání, kdy osoby postižené touto poruchou od dětství nebo od mládí nedokáží usnout dříve než okolo třetí až šesté hodiny ranní, spí do dopoledne nebo až do odpoledne a přitom je jejich spánek normální a budí se odpočatí. Asi není nutné zdůrazňovat, že tento rytmus stěžuje normální společenský život těchto lidí i docházku do zaměstnání. Jako další příklad dyssomnie lze uvést syndrom předčasného usínání, jenž je protikladem

syndromu předchozího. U tohoto syndromu chodí postižené osoby spát velmi brzy a budí se kolem třetí až páté hodiny ranní, plně odpočatí (Prusiński, 1993, s. 78).

Dále se sem řadí jet lag, nebo-li také pásmová nemoc, která je způsobena následkem rychlého cestování letadlem přes různá časová pásma a projevuje se poruchami usínání a zhoršenou kvalitou spánku (Hill, 2004; Nevšimalová, Illnerová, 2007 in Plháková, 2013, s. 102).

Také práce ve směnném provozu má nepříznivé důsledky na rytmus spánku a bdění. Někteří lidé jí dobře snášejí, ale některým lidem působí značné potíže. Též schopnost přizpůsobit se směnnému provozu klesá se stoupajícím věkem. Mnozí pracovníci, pracující dlouhou dobu bez výrazných obtíží ve směnném provozu tuto schopnost ztrácejí, jakmile dosáhnou věkové hranice 50 let (Nevšimalová, Illnerová, 2007; Åkerstedt, 2003 in Plháková, 2013, s. 102). Ve směnném provozu, při nočních směnách se spánek u tohoto člověka za 24 hodin zkracuje o 3 až 4 hodiny. Takto způsobená spánková deprivace se kompenzuje po dvou dnech bez větších problémů avšak při spánkové deprivaci trávající větší počet dnů se stav upravuje pomalu a důsledky jsou přes den intenzivnější (Borzová, 2008, s. 228).

1.8.3 Poruchy dýchání související se spánkem

Apnoe je odborný termín pro zástavu dechu, pozorují se častěji u mužů, starších lidí, obézních lidí, po požití alkoholu nebo uspávacích prostředcích, ale může se objevit i u dětí. U dospělých se považuje za normální maximálně pět apnoických pauz za hodinu spánku. Spánkový apnoický syndrom je stav, u něhož je pravidelné dýchání ve spánku přerušováno epizodami zástavy dechu, a to delšími než deset sekund. Přestávky v dýchání mohou být kratší nebo delší (jen vzácně trvají až dvě minuty) a provází je snížený obsah kyslíku v krvi. Pokud se epizody zástavy dechu opakují často, nepřinášejí spánek danému člověku odpočinek, a to z důvodu, že každá apnoická pauza je zakončena změlním spánku nebo i krátkým probuzením, kterého si však nemocný není ve spánku vědom. Tento člověk potom trpí přes den nadměrnou spavostí (Prusiński, 1993, s. 64-65).

Antoni Prusiński (1993, s. 65-66) uvádí, že původ zástavy dechu ve spánku může být trojí a to obstrukční neboli periferní, kdy nemocný nedýchá, přestože hrudník i bránice dýchací pohyby vykonávají. V tomto případě se nachází překážka v horních

cestách dýchacích, která zastavila proudící vzduch. Nejčastěji jde o kolaps stěn hltanu, který je vyvolán snížením napětí svalů udržujících volný průchod této oblasti. Obstrukci podporují například zvětšené mandle, velký jazyk a další deformity horních cest dýchacích. Jako další je centrální, zde je původ v centrální nervové soustavě, v tomto případě nemocný v době apnoické pauzy nevyvíjí dechové úsilí. A nakonec smíšený. U smíšeného apnoická pauza začíná jako centrální s tím rozdílem, že v jejím průběhu se objevuje dýchací úsilí, ale dýchání zabraňuje obstrukce.

1.8.4 Syndrom neklidných nohou

Tento syndrom je znám již od 17. století, popsal jej anglický lékař Willis jako „neklid v končetinách“. Po ulehnutí do postele či zahřátí studených dolních končetin se v nich objeví nepříjemné pocity (tzv. parestezie), které nutí ke stálým pohybům končetinami, to přináší chvilkovou úlevu, ale značně stěžuje usnutí. Intenzita těchto obtíží bývá různá, od sotva znatelných až po velice intenzivní, které dle dr. Parkese mohou vést až k sebevražedným pokusům. Syndromem neklidných nohou trpí asi 1 % lidí, a s věkem postižených přibývá. Ovšem jen pouhou část nemocných potíže nutí navštívit lékaře. Někdy může mít i tato porucha rodinný výskyt (Prusiński, 1993, s. 12).

1.8.5 Parasomnie

Pojmem parasomnie jsou označovány chorobné stavy s různými příznaky vázanými na spánek. K nejznámějším patří náměsíčnost, mluvení ze spaní, mimovolní noční močení a noční děsy. Parasomnie bývají časté u dětí a v dospívání, ve většině případů mizí. Příčiny a mechanismy jsou většinou neznámé. Předpokládá se, že se jedná o poruchu procesu buzení: probuzení je neúplné, postižený člověk se v určité chvíli dostane do stavu mezi spánkem a bděním, vykonává podvědomě a nekontrolovaně jisté činnosti. Nezřídka se tyto poruchy vyskytují v některých rodinách častěji, což může ukazovat na jejich genetický původ (Prusiński, 1993, s. 71).

1.8.6 Hypersomnie – zvýšená spavost

Tvoří heterogenní skupinu onemocnění, kdy společným znakem je zvýšená potřeba spánku. Denní ataky spánku jsou poměrně dlouhé a po probuzení nemá jedinec pocit vyspání a trvá spavost. Prevalence v populaci není přesněji známá. Idiopatická hypersomnie je charakteristická prodlouženým nočním spánkem a výraznou denní

spavostí. Prevalence v celkové populaci je asi 0,05-0,1 % (Moráň, 2009, s. 469). Rekurentní hypersomnii charakterizují opakované epizody spánku trvající několik dnů (jen výjimečně týdnů) a střídají se s obdobím normálního spánku, patří k nim Kleineho-Levinův syndrom, jehož etiologie zatím není plně objasněna (D'Ambrosio, Baron, 2006; Nevšimalová, 2007b in Plháková, 2013, s. 109). Pro Kleineho-Levinův syndrom jsou charakteristickým rysem ataky spánku provázené bulimií, podrážděností, agresivitou, hypersexualitou a někdy i zmateností. Začínající spavost signalizují prodromy a to v podobě únavy, bolesti hlavy, vznětlivosti. Z počátku je spánek postiženého člověka velmi dlouhý, denně 18 i více hodin, ale nekvalitní. Jde o povrchní spánková stádia bez cyklického uspořádání, která jsou přerušovaná opakovanými probouzeními (Šonka, 2005; Nevšimalová, 2007b in Plháková, 2013, s. 109-110).

Nejčastější je sekundární hypersomnie, může se vyskytovat u celé řady somatických onemocnění, zánětech mozku a traumatech (Moráň, 2009, s. 469).

1.9 Spánková hygiena

Spánkovou hygienu je možné vymezit jako přehled obecných doporučení jedincům, kteří mají problémy s nedostatečným a nekvalitním spánkem (usínáním, časným buzením a opakovaným probouzením) (Moráň, 2008, s. 572).

Nedostatečná spánková hygiena znamená, že denní a noční režim jedince narušuje dobrý spánek v noci i dobrou bdělost během dne (Praško a kol, 2004, s. 32).

Borzová (2002, s. 11) v této souvislosti uvádí, že se spánkem je neslučitelný:

- nikotinismus;
- kofeinismus;
- stres;
- cvičení;
- tělesná i duševní excitace před spaním;
- nepravidelnost v uléhání a také vstávání;
- dlouhá doba v lůžku;
- spaní přes den;
- dále spánek může narušovat hluk, světlo, nepřiměřená teplota.

Pro přehled uvedu v této diplomové práci výčet některých z podmínek potřebných pro kvalitní spánek, které uvádí ve své knize Ján Praško, Kateřina Espas-Červená a Lucie Závěšická (2004, s. 56-60):

- důležitá je ochrana spánkového prostoru. Je potřeba vyloučit rušivé podněty, což je např. nadměrné světlo, hluk, průvan, horko nebo naopak zima;
- spát na pohodlné posteli;
- jíst lehce stravitelnou večeři asi dvě až tři hodiny před usínáním. S přeplněným žaludkem se těžko usíná a hrozí neklidný spánek s těžkými sny;
- pokud se člověk v noci probouzí kvůli nucení na močení je dobré omezit večerní příjem tekutin;
- vyloučit kofein, kořeněná jídla, alkohol a cigarety těsně před spaním;
- místnost, kde spíme by měla být vyvětraná a spíše chladnější, klidná, tmavá;
- mít pevný čas ulehání do postele a vstávání;
- nezůstávat v posteli dlouho, většina lidí trpících nespavostí totiž v posteli zůstává nadměrně dlouho. O co více spánek člověk natahuje a o co více polehává v posteli beze spánku, o to bude další den spánek horší;
- pravidelný rytmus spánku a bdění udržovat i o víkendu a o dovolené. To umožňuje udržování cirkadiánních rytmů a hormonálních hladin;
- postel by neměla být využívána na práci, čtení, televizi, jedení apod.;
- pokud se člověk cítí během dne unavený poté co v noci nespál, měl by se vyhnout posteli přes den, jinak hrozí, že nebude spát ani další noc. Pro nespavce není dobrým řešením spánek po obědě a to z důvodu, že zhoršuje noční spánek;
- nenutit se usnout, jelikož to jen zvyšuje napětí a frustraci;
- nespát ani nedřímát během dne.

1.9.1 Vliv kofeinu, nikotinu a alkoholu na spánek

Kofein spolu s nikotinem a alkoholem jsou v celosvětovém měřítku nejčastěji používané drogy. Kofein je přítomen v kávě, čaji, kole i kakau. Již nízké dávky kofeinu (30 – 200 mg denně) mohou zvýšit bdělost a tím také zlepšit výkon. Zvýšený příjem kofeinu před spaním snižuje množství spánku a to zejména se týká stádií 3 a 4 NREM spánku, což je hluboký spánek a také prodlužuje usínání (Praško a kol., 2004,

s. 33-34).

Nikotin zvyšuje ostražitost a také i bdělost. Nikotinismus (více jak 10 cigaret denně) celkově zvyšuje napětí a vede u člověka k nespavosti. Těžké kouření (více jak 20 cigaret denně) způsobuje to, že člověk obtížně usíná. Řada lidí, jenž trpí úzkostnými stavy nebo depresí nadměrně kouří, nezřídka více než 40 cigaret denně. Při nadměrném příjmu nikotinu u člověka dochází k celkové podrážděnosti a vnitřnímu neklidu a snadno dojde k rozvoji těžké nespavosti. Také je nebezpečné kouřit během noci. Pokud se člověk probudí a jde si zaplašit dlouhou chvíli cigaretou, může tak zhoršovat svou závislost na nikotinu a později také může být nedostatek nikotinu během noci důvodem nočních probouzení (Praško a kol., 2004, s. 34).

Alkohol může způsobit nespavost, a nebo se nespavost může vyvinout druhotně. Řada lidí užívá alkohol na lepší usnutí. Účinek je však takový, že člověk sice lépe usne, ale když se alkohol začíná vstřebávat a jeho hladina v krvi klesá, spánek se stává mělčím a člověk snadno probuditelným. Alkohol zkracuje spánek, vede k předčasnému probouzení a také zhoršuje kvalitu spánku. Dalším negativním účinkem je, že záhy vzniká tolerance na jeho uspávací účinek a k usnutí je nutno zvyšovat dávku, což představuje riziko rozvoje závislosti (Praško a kol., 2004, s. 34).

1.10 Léky na spaní

Pokud nahlédneme do historie farmakologie, tak zjistíme, že látky k navození spánku byly užívány již ve starověku a to konkrétně alkohol, belladonna či valeriana. Co se týká alkoholu, tak ten je stále nejvyužívanější autoindikované hypnotikum a sedativum. Roku 1826 se pak začali podávat soli brómu, ty však měli z hlediska účinku spíše sedativní než hypnotický efekt. Počátkem 20. století se objevily barbituráty s delším biologickým poločasem a již roku 1935 barbituráty s krátkým poločasem, v roce 1963 pak byl na trhu uveden pentobarbital. Je nutné podotknout, že do 60. let byly ony barbituráty dominantními hypnotiky. Éra benzodiazepinů a to nejen na poli hypnotik (chlordiazepoxid, flunitrazepam, nitrazepam, diazepam) se datuje od roku 1959. V současné době je farmakoterapie nejen nejčastější, ale také nejjednodušší metodou používanou k léčbě poruch spánku. Avšak je nutné pamatovat na řadu úskalí spojených s jejím užíváním, což je vliv těchto léčiv na paměť, vznik tolerance, závislosti, problémy s vysazením, změny v chování a také v myšlení, rizika v graviditě (Vašutová, 2009, s. 70-71). V této souvislosti se autoři shodují v tom, že

ideální hypnotikum neexistuje (Moráň, 2008, s. 572; Vašutová, 2009, s. 71).

V současné době máme k dispozici hypnotika tří generací. První generaci jsou barbiturátová a nebarbiturátová, nebenzodiazepinová hypnotika. Jsou to hypnotika s nespecifickým účinkem a snadno vedou ke vzniku tolerance a závislosti, také vykazují vysokou toxicitu i četné interakce s jinými léčivy. Barbiturátová hypnotika jsou již dnes obsolentní z důvodu, že výrazně zkracují REM spánek a delta spánek, také terapeutická šíře je velmi úzká, vykazují také vysoký potenciál lékových interakcí a vysoké riziko vzniku závislosti. Nebarbiturátová nebenzodiazepinová hypnotika mají sice odlišnou strukturu než mají barbituráty, ale téměř shodné nevýhody, jejich používaným zástupcem je klomethiazol. Druhou generaci jsou benzodiazepinová hypnotika. Benzodiazepiny potlačují REM spánek, také zkracují spánkovou latenci a prodlužují celkovou dobu spánku, dále je nutné také zmínit, že redukují množství nočních probuzení a prodlužují stádium II NREM. Riziko závislosti je menší než u barbiturátů. Benzodiazepiny dělíme na krátkodobě působící, středně dlouho působící a dlouhodobě působící. Třetí generace hypnotik má již selektivní hypnotický účinek. Do třetí generace hypnotik řadíme zolpidem a zolpicon (Vašutová, 2009, s. 71).

1.11 Únava a spánek

Únavu je možné vymezit jako postupné snížení psychické i fyzické ostražitosti, což může vést ke spánku. Je nutné vnímat varování, které lidské tělo vysílá, protože se jedná totiž o výstražné signály, které vybízejí k odpočinku. Ani čas věnovaný spánku není možné omezit bez následků. Kvalita a množství mají přímý vliv na bdělost a výkony člověka (Palazzolo, 2007, s. 29).

Dnešní společnost je v zajetí představ o tom, že když člověk omezí spánek, dokáže toho víc stihnout (Heller, 2001, s. 54). Pracovní stres výrazně ovlivňuje spánek. Přílišné pracovní zatížení má za následek nespavost, ale i migrény, bolesti hlavy, různé typy alergií a deprese (Heller, 2001, s. 59).

Jérôme Palazzolo (2007, s. 30) ve své knize uvádí výčet hlavních ukazatelů zvýšené únavy, které organismus začne prokazovat tehdy, pokud kvalita a množství spánku nejsou dostatečné: těžká víčka a upřený pohled do neznáma, skelné oči popřípadě i halucinace, ospalost, obtíže s artikulací a zpomalený mluvený projev, popletené myšlenky, těkavá mysl, časté zívání, obtíže se vzpřímeným držetím hlavy,

potíže s komunikací, bolesti hlavy a žaludku, obtíže se soustředěním na detaily, snížená duševní aktivita či ztráta motivace, narušení kognitivních schopností, zvýšená podrážděnost a roztržitost, váhání ohledně rozhodování a vlastní iniciativy, opožděné reakce, častější chybovost a snížená tolerance k chybám, jedinec ztrácí smysl pro humor, sklony ke zveličování problému a zbytečnému riskování, zpomalené reakce, oslabené reflexy.

Zajímavý byl výzkum, který provedl David Dinges s týmem spolupracovníků. Ti zkoumali efekt spánkového dluhu u 16 zdravých dospělých lidí, kdy byl jejich spánek oproti obvyklému trvání zkrácen o 33 % po dobu sedmi dnů. Průměrná délka tohoto omezeného spánku činila 4,98 hodiny. Lidé účastníci se výzkumu týden spávali v laboratoři a v průběhu dne třikrát denně (10:00, 16:00 a 22:00) prováděli výkonové testy a posuzovali svou ospalost, únavu a náladu. Zpracovaná data potvrdila nepříznivý kumulativní efekt omezeného spánku na psychický stav zkoumaných osob, ten se projevoval rostoucí únavou, zmateností, napětím, pocity mentálního vyčerpání a stresu, poruchami nálady. Badatelé se také i účastníků dotazovali na jakoukoli významnou nemoc, bolest, infekci, obavy či problém, které momentálně prožívají. Účastníci výzkumu udávali četné obtíže, jejichž výskyt vrcholil během pátého až šestého dne. Autoři tyto obtíže rozdělili do třech skupin. První skupinu tvoří ospalost, únava a tendence usínat během dne, druhou skupinu tvoří somatické potíže, což jsou bolesti hlavy, poruchy zažívání, bolesti kloubů a poslední skupinu zahrnují kognitivně-emocionální problémy, což je zhoršená koncentrace pozornosti, skleslost, emoční labilita (Dinges et al., 1997 in Plháková, 2013, s. 75).

Při zjišťování spánkových poruch je mnohdy nezbytné diferencovat mezi ospalostí a únavou. V anglicky psaných odborných literaturách se rozlišují obvykle dva druhy únavy. První je psychická únava a druhá je spíše fyziologická. Se stížnostmi na duševní únavu, u nichž se projevuje nedostatek energie a iniciativy, se běžně setkáváme u depresivních lidí. Tento stav se zlepšuje obvykle po odpočinku, ale spánek nemusí mít na něj pozitivní vliv. Lidé, kteří trpí nespavostí si obvykle nestěžují na ospalost, ale na únavu. Pro ně je typické to, že nejsou schopni usnout ani za vhodných okolností, přestože „padají únavou“. Fyziologický typ únavy se projevuje především rychlým úbytkem výkonnosti při delší prováděné tělesné nebo psychické aktivitě. Je klíčovým projevem tzv. chronického únavového syndromu (Mathis, Hess, 2009 in Plháková, 2013, s. 121).

3 Teoretická východiska pomáhající profese

Pomáhající profese lze definovat jako „*souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problému a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby mohla být pomoc účinnější*“ (Hartl, Hartlová, 2009 in Michalík a kol., 2011, s. 17).

Termín pomáhající profese nám definuje skupinu povolání, která jsou založena na profesní pomoci druhým lidem. Řadíme mezi ně např. zdravotnické profese, pedagogické profese, profese zaměřující se na sociální pomoc a dále také duchovní, terapeuti, psychologové. U těchto profesí nalzáme některé společné rysy, které je odlišují od ostatních povolání. Například k jejich vykonávání je vždy nutný vztah s klientem a také zapojení vlastní osoby pomáhajícího do pracovního procesu. Také se můžeme setkat s pomáháním i u jiných povolání, to je však vedlejším účinkem, nikoliv hlavním cílem. Pomáhající profese představují tedy systém, kde na jedné straně stojí pomáhající (učitel, zdravotní sestra, sociální pracovník atd.) a na druhé straně ten, komu má onen pomáhající pomoci (žák, pacient, uživatel atd.) (Géringová, 2011, s. 21). Obecně lze také říci, že pomáhající profese jsou orientovány na potřeby člověka a jejich podstatným rysem je takové jednání vůči druhému člověku, jenž se zaměřuje na řešení jeho potřeb, poskytnutí podpory i pomoci (Michalík a kol., 2011, s. 14).

Kopřiva (2006, s. 16-20) se ve své knize zmiňuje o neangažovaných a angažovaných pracovnících pomáhajících profesí a následně tyto pracovníky popisuje: neangažovaný pracovník svou práci pojímá jako výkon svěřených pravomocí bez osobního zájmu o klienta. Pomáhající profese patří k těm, jenž mohou nadchnout, a které jsou s to angažovat člověka celého. Jsou také i jednou z možností, jak se člověk vyhne rozštěpení na dvě části, kdy jedna část (práce) je jen nezbytnou obětí pro umožnění skutečného života začínajícího až po pracovní době. Další zisky, jenž profese angažovanému pomáhajícímu pracovníkovi přináší, jsou zároveň i potencionálním zdrojem problémů. Hlavně jde o to, že pomáhající povolání dává příležitost překonat pocit osamělosti a nejisté sebeúcty pomocí kontaktu s klientem. Úkolem angažovaného pracovníka je tedy se o každého klienta zajímat, pochopit jej, vcítit se do něj a přijímat ho, jaký je. Vidět v něm ty dobré stránky, které ostatním unikají. Jsou případy, kdy pro pomáhajícího pracovníka bývá přijetí klienta snadné, nebo naopak těžké.

V životě člověk prochází řadou rolí, ty souvisejí s místem pobývání, se společnostmi ve které se nachází a v neposlední řadě také s vykonávanou činností. Role mohou být časově i místně omezené nebo naopak mohou být trvalou součástí našeho života. Role se vzájemně ovlivňují a mísí, a tak vytvářejí pestrou mozaiku lidských osobností. Pomáhající se při výkonu svého povolání pohybuje také v roli, a tj. v roli pomáhajícího pracovníka. Tato role má svá jasná pravidla a jasná očekávání. Pomáhající pracovník by měl být vlídný, ochotný, klidný a vyrovnaný, empatický, měl by mít rád svou práci, měl by mít odpovídající znalosti a dovednosti. Toto odpovídá celkovému nastavení ve společnosti. Tato očekávání jenž má společnost vůči pracovníkům pomáhajících profesí, neodpovídají struktuře institucionálně poskytovaného vzdělání (Géringová, 2011, s. 36).

3.1 Osobnost pomáhajícího

Jankovský (2003, s. 54) píše, že osobnost se především projevuje v rozhodování, v hodnotové orientaci a také v zacílení a zakotvení života. Také ve své knize zmiňuje pojem personalizace. Píše, že je to složitý proces formování vlastní osobnosti v její jedinečnosti a také neopakovatelnosti realizovaný působením vnějších vlivů, ale zároveň také sebevýchovou (schopnost daného jedince vyvinout na sebe tlak při absenci vnějšího tlaku). Výsledkem tohoto zdařilého procesu je pak integrovaná osobnost, zakotvená v životě, která se těší respektu okolí a zakouší pocit vlastní ceny a sebeúcty.

Schmidbauer (2000, s. 11) se ve své knize zmiňuje, že základním nástrojem pomáhajících profesí je osobnost pomáhajících. Dále se také zmiňuje, že největší nesnáze působí slabá místa této osobnosti, nevyřešené neurotické konflikty nebo také hlubší osobnostní poruchy.

Michalík (2011, s. 14-15) uvádí, že každá z pomáhajících profesí má svá specifika a následně také uvádí některé charakteristiky pomáhajících profesí. Těmi jsou požadavky na speciální nebo specializované vzdělávání, orientace na individuální potřeby jednotlivce, důležitá role praxe a také další vzdělávání, speciální požadavky na strukturu osobnosti, zvýšené riziko syndromu vyhoření, užití etických norem a také specifické komunikační schopnosti.

Matoušek, Hartl (2003, s. 52-54) uvádí a popisují čtyři obecné předpoklady

a dovednosti pracovníka působícího v pomáhající profesi následovně:

předpoklad zdatnosti a inteligence

Pomáhat druhým je těžká a vysilující práce. Z toho také vychází i američtí autoři, a proto kladou na první místo fyzickou zdatnost. Člověk, který chce pomáhat druhým, respektuje své tělo a pracuje v jeho prospěch a ne proti němu. To pro pomáhajícího znamená udržovat fyzickou kondici, protože tělo je prvotním zdrojem energie. Také se předpokládá dobrá inteligence, stálé obohacování svých dosavadních znalostí a seznamování se s novými teoriemi i praktickými technikami, čtení odborné literatury, shrnování svých výsledků práce do vlastního výzkumu, který tak ukáže dosažené výsledky. Těž je předpokladem i emoční a sociální inteligence;

předpoklad přitažlivosti

Pomáhající se pro klienta může stát přitažlivý nejen pro svůj fyzický vzhled, pro to jak se chová, obléká, ale i pro svou odbornost, pověst a jak jedná s klienty;

předpoklad důvěryhodnosti

Zde nalézáme zdroje podobné jako u přitažlivosti, a to fyzický vzhled pomáhajícího, pověst a pracovníkově současné chování. Podle S. R. Stronga (1986) se důvěryhodnost skládá z toho, jak klient u pracovníka vnímá jeho smysl pro čestnost, jeho sociální roli, otevřenost, srdečnost a také nízkou motivaci k osobnímu prospěchu. Složky, které přispívají k důvěryhodnosti pracovníka lze vymezit následovně: diskrétnost, spolehlivost, využívání moci ve smyslu, když se jako klient pracovníkovi svěřím, bude se mi věnovat a porozumění;

předpoklad komunikační dovednosti

Jde o navázání vztahu pracovníka s klientem a tak začít řešit jeho problém. Pracovník se projevuje tím, co říká a co dělá. Přičemž dobrý pracovník je v souladu jak s tím, co říká tak i s tím, jak se projevuje neverbálně, a to aniž by musel o tom dlouze přemýšlet.

Již několik desetiletí byl vytvářen různými autory takzvaný „*pětifaktorový model osobnosti (Big Five)*“, tento model pracuje s rysy (predispozicemi) osobnosti, ty představují návyk reagovat stejným způsobem. Je to extraverte, neuroticismus (emoční stabilita), svědomitost, přívětivost a také intelekt nebo otevřenost ke zkušenosti (Jankovský, 2003, s. 54).

3. 2 Motivace k výkonu pomáhající profese

Pojmem motivace je zpravidla označován proces spouštění, zaměření a regulace aktivity jedince na objekty i cíle. Motivace, jako komplexní psychický proces zahrnuje prožitek a to jak konkrétního nedostatku nebo také přebytku, tak specifický cíl, jímž je možné napětí vzniklé narušením rovnováhy organismu odstranit. Motiv však na druhou stranu znamená spouštěcí sílu, která popuzuje psychickou tendenci osobnosti člověka k odpovídající aktivitě. Mnohdy se vzájemně motiv a potřeba nahrazují. Jedná se ale o pojmy s rozdílným významem (Cakirpaloglu, 2012, s. 180).

V souvislosti s pomáhajícími profesemi je také nutné se zabývat motivem pro výkonávání právě pomáhající profese. Hawkins a Shohet (2016, s. 23-28) se ve své knize touto tematikou zabývají: zmiňují se o některých složitých motivech vedoucích k volbě pomáhající profese. Jsou jimi touha po moci, naplňování vlastních potřeb a přání léčit. Dále uvádí, že zkoumání vlastních motivů zahrnuje přiznání si stinných stránek vlastních impulzů pomáhat a to včetně touhy po moci, toho, jak naplníme vlastní potřeby prostřednictvím pomoci druhým. Může existovat i skrytá potřeba moci jednat to může být obklopením se lidmi, kteří jsou na tom hůře než já a jednak možností řídit části životů druhých lidí, kteří potřebují pomoc. Autoři dále upozorňují, že popření vlastních potřeb může být škodlivé. Znalost sebe samých, našich motivů a potřeb zvyšuje pravděpodobnost skutečně pomáhat. Potom se nestane, že nevědomky využívá pomáhající druhé pro své vlastní účely nebo je nechává nést ty stránky sebe samého, které si nedokáže přiznat.

Michalík (2011, s. 20) uvádí, že motivace k působení v pomáhajících profesích je vždy různá. Ve své knize dále uvádí typové postoje, jenž vedou k rozhodnutí realizovat pracovní potenciál právě v rámci pomáhajících profesí:

- *„altruistický přístup k životu, zaměření na potřeby okolí, uspokojení z pomáhaní;*
- *realistický přístup zahrnující vyhodnocení osobnostních možností a dispozic, profesních požadavků a regionální charakteristiky na trhu práce;*
- *mocensko-manipulativní zaměření, uspokojení z ovládnání a ovlivňování situací i lidí“ (Michalík 2011, s. 20).*

V osobnostním zaměření pracovníka působícího v pomáhající profesi nalezneme

málokdy výlučně jednu z uvedených motivačních variant. Většinou existuje v období přípravy na povolání a posléze pak při jeho výkonu motivační i výkonová struktura, jež zohledňuje prvky všech uvedených přístupů. Při podrobnějším sledování činnosti každého pracovníka je možné poznat, která z nich převládá (Michalík, 2011, s. 20).

3.3 Úskalí spojovaná s výkonem pomáhající profese

S výkonem pomáhající profese je spojena celá řada obtíží, problémů i zklamání. Služba druhým lidem vyžaduje od těch, kteří jí hodlají poskytovat určité osobnostní dispozice, vzdělání, mnohdy i ochotu přinášet oběti. Některá pomáhající povolání mají základní požadavky na reprezentanty příslušné profese formulovány v takzvaném etickém kodexu. Poměrně náročné požadavky na pomáhající profese mohou představovat pro některé pomáhající pracovníky nepřiměřenou zátěž a ta může vést, ve spojení s psychickou, emocionální nebo popřípadě i fyzickou náročností, až k naprostému vyčerpání, respektive k vyhoření, vyhaslosti či vyprahlosti (Jankovský, 2003, s. 157-158).

3.4.1 Stres

Do stresu se dostává každý člověk. Je pravda, že co je pro jednoho velkým stresem, pro druhého může být jen menší nepříjemností. Často je možné pozorovat, že lidé stresové situace zvládají naprosto odlišně. Odlišnost je dána v používání různých strategií, jak bojují se stresem, co jim ve stresu pomáhá nebo jakou mají sílu v boji (Křivohlavý, 1994, s. 171).

Stres je právě jedním z hlavních důvodů rozvoje nespavosti. Při rychlosti života, který kolem člověka letí a zodpovědnosti, kterou na člověka klade jeho rodina, práce, tak není divu, že je člověk často naplněn prožitky stresu, které někdy přesahují i únosnou mez. V zásadě všichni lidé žijí ve stresu, je to normální ba dokonce organismu prospěšné. V mnoha situacích je stres dokonce prostředek ochrany, protože vyburcuje tělo a mysl v nepříjemných nebo nebezpečných situacích k rychlé reakci. Tato reakce je „boj“ nebo „útěk“ a člověka tak udržuje při životě zejména v ohrožujících situacích. Běžně stresová reakce vybudí smysly, zaostří pozornost a přinutí k maximálnímu výkonu. Pokud se ale prožívání stresu vymkne z kontroly, může to vést k psychickým nebo tělesným problémům. Nejtypičtěji s tím právě souvisí nespavost. Při nadměrném stresu člověk prožívá pocit, že ztrácí kontrolu nad svým

životem. Jde o nerovnováhu mezi očekáváním a realitou. Však problémem současnosti je, že si jedinec často vytváří stresující situace sám ve vlastní mysli, i když v realitě není nijak zvláště ohrožen, zvláště ne na životě či existenci (Praško a kol., 2004, s. 89).

V pomáhajících profesích vznikající stresory při výkonu práce a často vybudí duševní i tělesné systémy k akci a to bez možnosti tuto energii v některé akci vybit. Stres, který se nevybije, zůstane v těle a posléze se může projevit v podobě psychických, tělesných nebo emočních příznaků. Jako důležitá se jeví znalost vlastních sklonů ke způsobu reagování na stres, to umožní mít se na pozoru před hromaděním vnitřního napětí. Také je velmi důležité, aby pomáhající přebíral odpovědnost za to, že si sám bude všimnout známek přetížení vlastního systému a ujistí se, že se mu dostane podpory jak při zvládnutí stresu tak při vypořádání se s příčinou stresu. Pokud jsou příznaky stresu dlouhou dobu přehlíženy, hrozí nebezpečí zaplavení těmito příznaky a ocitnutí se v situaci, kdy jediné čemu se bude schopný věnovat budou vlastní výsledné příznaky. Pokud k tomuto dojde, vstoupil pomáhající do stavu označovaného jako vyhoření (Hawkins, Shohet, 2016, s. 31-32).

3.4.2 Syndrom vyhoření

Termín burnout, který se v odborné psychologické literatuře používá, znamená česky doslova „vyhořet“ nebo „vyhoření“ (Křivohlavý, 2012, s. 8). Pokud je energetická bilance člověka dlouhodobě záporná (nejsou zdroje radosti v životě a není-li člověk dobře zakotven v těle), dostává se do stavu, pro který se právě ustálil termín syndrom vyhoření (Kopřiva, 2006, s. 101).

Syndrom vyhoření představuje soubor příznaků, které se projevují zpravidla u angažovaných pomáhajících, a to ztrátou elánu, radosti ze života a hlavně energie a nadšení potřebných pro vykonávání profese. Postupně tak u pomáhajícího dochází k celkové stagnaci až rezignaci. Pomáhající člověk je frustrován, reaguje podrážděností, nedůvěřivostí, depresivitou, apatií a také cynismem i celkovým vyčerpáním (Jankovský, 2003, s. 158). V procesu vyhoření hraje důležitou roli také délka zaměstnání. Čím déle je člověk zaměstnáván na náročném pracovním úseku v péči o lidi, tím méně uspokojení mu přináší jeho práce (E. Aronson a kol., 1983 in Jankovský, 2003, s. 160).

Projevy vyhoření, vyhaslosti popisuje ve své knize Jankovský (2003, s. 159) ve třech oblastech následovně:

vyčerpání tělesné

projevem je chronická únava a celková slabost. V tomto důsledku jsou tito lidé náchylní jak k nejrůznějším onemocněním tak i k úrazům a selháním. Objevují se bolesti hlavy, zad a poruchy spánku, jelikož člověk nemůže spát protože je přetížen starostmi. Také jsou narušeny i stravovací návyky (nechutenství a nebo naopak si zátěž kompenzuje jídlem);

vyčerpání emocionální

bezmoc a beznaděj. Člověk nenalézá žádné východisko z takto zoufalé situace. Je podrážděný, negativistický až agresivní vůči lidem, ale i vůči sobě samému. Mohou se objevit až myšlenky na sebevraždu;

vyčerpání duševní

projevuje se negativním postojem k sobě samému, ke svému okolí a hlavně k práci. Pro vyhořelého člověka je typická takzvaná dehumanizace, která se projevuje nedostatkem lidskosti v interakci s okolím. Člověk se uzavírá do sebe a ostatní lidi, hlavně své klienty nebo pacienty vidí jako příčinu svých problémů.

Vyhoření je proces mající své fáze i dynamiku. Na počátku se u člověka objevuje nadšení a mnohé naděje, souvisí to však s nerealistickým pohledem na pomáhající profesi, zejména s nepřiměřenými očekáváními. Až enormně se zapojuje do práce a jeho uspokojení se zdá být tak značné, až se téměř kryje se smyslem života. Následně se dostavuje stagnace, kdy nadšení dohasíná a práce se již nejeví natolik přitažlivá. V této fázi se do popředí člověka dostávají subjektivní i mimopracovní zájmy. Po stagnaci přichází frustrace, kdy začínají být pokládány otázky smyslu práce, objevují se obtíže na pracovišti, v osobním životě. Následně frustrace přeroste v apatii, kdy člověk reaguje na bezvýchodný stav, je trvale frustrován a nemá možnost tuto situaci změnit. Dělá jen to, co musí. Poslední fází je intervence, cesta z bludného kruhu ven, která může mít mnoho podob. Od změny vztahu k práci, klientům nebo okolí až po změnu zaměstnání, bydliště, případně i partnera (viz. J. Edelwich, A. Brodsky 1984 in Jankovský 2003, s. 160). Nejnadšenější lidé upadají do nejtěžších forem vyhoření častěji. Závažnost jejich fyzického a psychického stavu je do jisté míry ukazatelem jejich původního nadšení (Křivohlavý, 2012, s. 12).

3.4.3 Syndrom pomocníka

Autorem termínu syndrom pomáhajícího je německý psycholog a publicista Wolfgang Schmidbauer, jenž vedl skupiny příslušníků sociálních povolání zaměřené na další vzdělávání formou skupinové dynamiky. Během dlouhodobé práce s pomáhajícími

Schmidbauer objevil, že je spojují určité podobné druhy problémů. Koncept syndromu pomocníka má pomáhajícího přivést k hluboké analýze vnitřních motivací pro jeho životní volbu pro toto povolání (Géringová, 2011, s. 92).

Wolfgang Schmidbauer (2008, s. 16) ve své knize o syndromu pomocníka píše: „*Syndrom pomocníka tkví v neschopnosti projevit vlastní city a potřeby, která se stala součástí osobnostní struktury. V ní se spojila se zdánlivě nenapadnutelnou fasádou v oblasti sociálních „služeb“ a latentními fantaziemi o vlastní všemohoucnosti*“. Schmidbauer (2000, s. 21-22) poukazuje na to, že u jedince se syndromem pomáhajícího je základní problematikou sociální fasáda orientovaná na vysoký, strnulý ideál Já a její fungování je přitom střeženo kritickým a zlým Nadjá. Popírána je vlastní slabost a potřeba pomoci, jedinec se vyhýbá vzájemnosti i intimitě ve vztazích.

3.5 Profesní kompetence

Vzhledem k tomu, že výzkum kvality spánku probíhal u dvou skupin profesí je nutné si vymezit jejich profesní kompetence.

3.5.1 Pracovník v sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů nám pracovníka v sociálních službách vymezuje jako pracovníka vykonávajícího „*přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů s uspokojování psychosociálních potřeb*“ (www.mpsv.cz).

Dále pracovník v sociálních službách vykonává základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost v domácnosti osoby a další činnosti pod dohledem sociálního pracovníka. V čem tyto činnosti spočívají dále podrobněji specifikuje zákon o sociálních službách (www.mpsv.cz).

3.5.2 Pedagogický pracovník

Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících ve znění pozdějších předpisů uvádí, že: „*Pedagogickým pracovníkem je ten, kdo koná přímou vyučovací, přímou výchovnou, přímou speciálněpedagogickou nebo přímou pedagogicko-psychologickou činnost přímým působením na vzdělávaného, kterým uskutečňuje výchovu a vzdělávání na základě zvláštního právního předpisu* (dále jen "přímá pedagogická činnost"); je zaměstnancem právnické osoby, která vykonává činnost školy, nebo zaměstnancem státu, nebo ředitelem školy, není-li k právnické osobě vykonávající činnost školy v pracovněprávním vztahu nebo není-li zaměstnancem státu. Pedagogickým pracovníkem je též zaměstnanec, který vykonává přímou pedagogickou činnost v zařízeních sociálních služeb“ (www.msmt.cz).

Dále také zákon o pedagogických pracovnících specifikuje, kdo vykonává přímou vyučovací činnost. Jsou jimi učitel, pedagog v zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, speciální pedagog, asistent pedagoga, vychovatel, psycholog, pedagog volného času, trenér, metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně a vedoucí pedagogický pracovník (www.msmt.cz).

4 Praktická část

V následující části práce se budu zabývat stanovenými cíli práce viz. kapitola 1, stanovením výzkumných problémů a formulací hypotéz. Budu se také věnovat metodice výzkumu, zpracování získaných dat a charakteristice výzkumného souboru. V praktické části budou také prezentovány výsledky výzkumného šetření.

4.1 Stanovení výzkumných problémů

- VP1** Bude celkové skóre dotazníku PSQI indikovat horší kvalitu spánku u pracovníků v sociálních službách v porovnání s pedagogickými pracovníky?
- VP2** Existuje vztah mezi subjektivním hodnocením kvality spánku a každodenním počtem naspaných hodin u jedinců pracujících v sociálních službách ve směnném provozu?
- VP3** Má vliv práce na noční směny u jedinců pracujících v sociálních službách na subjektivní hodnocení kvality spánku?
- VP4** Existuje vztah mezi délkou spánku a udržením si dostatku elánu během dne u jedinců pracujících na noční směny?

4.2 Formulace hypotéz

- H1 Existuje vztah mezi subjektivním hodnocením kvality spánku a každodenním počtem naspaných hodin u pracovníků v sociálních službách.**
- H1₀ Neexistuje žádný vztah mezi subjektivním hodnocením kvality spánku a počtem naspaných hodin.
- H1_A Existuje určitý vztah mezi subjektivním hodnocením kvality spánku a každodenním počtem naspaných hodin.
- H2 Práce na noční směny významným způsobem ovlivnila subjektivní hodnocení kvality spánku u pracovníků v sociálních službách v porovnání s pedagogickými pracovníky, kteří na noční směny nepracují.**

H2₀ Práce na noční směny významným způsobem neovlivnila subjektivní hodnocení kvality spánku za poslední měsíc.

H2_A Práce na noční směny významným způsobem ovlivnila subjektivní hodnocení kvality spánku za poslední měsíc.

H3 Pracovníci v sociálních službách, kteří za poslední měsíc spali 7 hodin a více si lépe udrželi dostatek elánu během dne, než respondenti, kteří spali 5 hodin a méně.

H3₀ Neexistuje signifikantní vztah mezi počtem naspaných hodin a udržením si dostatku elánu v průběhu dne.

H3_A Existuje signifikantní vztah mezi počtem naspaných hodin a udržením si dostatku elánu v průběhu dne.

4.3 Metodika výzkumu

Pro účely této diplomové práce byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Na základě teoretických poznatků byly zformulovány hypotézy, které byly následně podrobeny testování se záměrem jejich platnost přijmout nebo zamítnout. Za výzkumný nástroj byl zvolen dotazník. Tento dotazník je také přílohou diplomové práce (příloha č. 1).

Dotazník se skládá ze dvou částí. První část dotazníku tvoří standardizovaný dotazník PSQI (**Pittsburgh Sleep Quality Index**), který byl klíčovým nástrojem pro zjišťování kvality spánku u zvoleného výzkumného souboru. Tímto dotazníkem byla hodnocena kvalita spánku u jedinců pracujících v pomáhajících profesích za poslední měsíc.

PSQI se skládá z 19 samohodnotících otázek a pěti otázek hodnocených partnerem nebo spolubydlícím dotazovaného. Položky dotazníku jsou hodnoceny body 0–3, přičemž „0“ neznamenává žádné potíže a „3“ znamená závažné potíže. U dotazníku je vyhodnocováno 7 komponent. Výsledek všech sedmi komponent, konkrétně jejich skóre se pak sčítá. Toto sečtení nám umožní získat hodnotu celkového

skóre PSQI. Po sečtení se celkové skóre PSQI dotazníku pohybuje v rozmezí 0–21 bodů, přičemž „0“ znamená žádné obtíže a „21“ znamená vážné obtíže ve všech oblastech (Buysse et al., 1988, s. 211). Dle autorů testu je indikátorem dobré kvality spánku skóre 0 až 5, kdežto vyšší hodnoty mohou signalizovat přítomnost spánkové poruchy. Komponenty, jenž jsou vyhodnocovány jsou subjektivní kvalita spánku, latence spánku, doba trvání spánku, efektivita spánku, poruchy spánku, užívání léků na spaní a denní dysfunkce (Plháková, 2013, s. 122). Pittsburghský index kvality spánku (PSQI) je často používaný dotazník k měření kvality spánku a identifikaci dobrých a špatných spáčů, jeho výhodou je také jeho reliabilita a validita (Okun et al., 2009).

Pro potřeby výzkumu byl dotazník rozšířen ještě o druhou část, která jej doplňuje o dalších jedenáct otázek a zároveň nám umožňuje nasbírat větší množství dat od zkoumaného souboru. S ohledem na druhou část dotazníku bylo nutné provést před skutečným výzkumným šetřením předvýzkum. Důvodem byla nutnost ověřit, zda otázky, které jsou součástí druhé části dotazníku jsou pro respondenty srozumitelné a jednoznačné. Pro předvýzkum bylo vybráno 6 pracovníků z pomáhajících profesí (3 pedagogičtí pracovníci a 3 pracovnice v sociálních službách).

Hlavní výzkumné šetření probíhalo v měsíci květen a červen 2018, kdy byla telefonicky oslovena pracoviště, ve kterých již výše zmiňovaný výzkumný soubor pracuje. Výběr respondentů byl záměrný a probíhal tak, že dotazníky byly distribuovány buď prostřednictvím e-mailu (v malé míře) nebo osobně (ve větší míře). Jednalo se o pracovníky vybraných zařízení sociálních služeb, základních škol a školek v okrese Ústí nad Orlicí. Osloveni byli také pedagogičtí pracovníci a pracovníci v sociálních službách, které osobně znám a kteří byli ochotni dotazníky nejen vyplnit, ale také i pomoci s jejich distribucí. Celkem bylo rozesláno a rozdáno 160 dotazníků. Vrátilo se 117 dotazníků, což je 73 % z celkového počtu distribuovaných dotazníků. Z těchto dotazníků pak bylo vybráno 54 dotazníků od pedagogických pracovníků a stejný počet, tedy 54 dotazníků od pracovníků v sociálních službách. Zbylé dotazníky byly vyřazeny a to například pro neúplnost nebo také nejasné označení odpovědi.

Stanoveným kritériem bylo, aby respondenti pracovali buď jako pracovníci v sociálních službách nebo jako pedagogičtí pracovníci, a také aby byly vyplněny všechny položky dotazníků. Dále byla snaha získat úplně stejný počet respondentů od obou zkoumaných skupin, což se nakonec povedlo a to i přesto, že výběr byl ztížen dalším a zároveň posledním kritériem a to bylo, aby pracovníci v sociálních službách

pracovali na noční směny. Důvodem byla snaha získat různorodé skupiny respondentů a zjistit, která z těchto skupin bude disponovat horší kvalitou spánku a v hypotézách se zabývat už jen skupinou s horším subjektivním hodnocením kvality spánku podle dotazníku PSQI.

4.4 Zpracovávání získaných dat

Nasbíraná data byla zaznamenávána po celou dobu výzkumu do tabulkového procesoru Microsoft Excel a následně zpracována na absolutní a relativní četnost. Pro větší přehlednost jsou výsledky výzkumu zpracovány buď do tabulek nebo grafů.

Jak již bylo zmíněno, dotazník PSQI je standardizovaný a proto je nutné zdůraznit, že má vlastní metodiku vyhodnocení.

K ověření platnosti zformulovaných hypotéz byl použit test nezávislosti Chí-kvadrát pro čtyřpolní kontingenční tabulku. Vzorec pro výpočet (Chráska, 2006, s. 103):

$$\chi^2 = n \cdot \frac{(ad - bc)^2}{(a+b) \cdot (a+c) \cdot (b+d) \cdot (c+d)}$$

Hladina významnosti byla stanovena na 5 % (tedy 0,05), pro jeden stupeň volnosti je kritická hodnota 3,841. Následně byla srovnávána vypočítaná hodnota testovaného kritéria s hodnotou kritickou. Pokud byla hodnota testovaného kritéria menší než hodnota kritická, byla na hladině významnosti 5 % nulová hypotéza přijata. Nulová hypotéza pak byla zamítnuta na hladině významnosti 5 % v případě, že hodnota testovaného kritéria byla vyšší nebo alespoň rovna kritické hodnotě (Chráska, 2006, s. 84).

4.5 Výzkumný soubor

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 108 respondentů pracujících v pomáhajících profesích. Za výběrový soubor byli zvoleni konkrétně pracovníci pracující v sociálních službách (54 respondentů) a pedagogičtí pracovníci (54 respondentů).

Z tohoto výzkumného souboru 12 (tj. 22 %) respondentů pracujících v sociálních službách žije v místě bydliště do 5000 obyvatel, 42 (78 %) respondentů žije v místě bydliště od 10 000 do 20 000 obyvatel. Co se týká pedagogických pracovníků, tak

8 (tj. 15 %) respondentů žije v místě bydliště do 5000 obyvatel a 46 (tj. 85 %) v místě bydliště od 10 000 do 20 000 obyvatel.

Většinu zkoumaného vzorku tvoří ženy. Pouze 2 (tj. 4 %) pracovníci v sociálních službách jsou muži a zbytek tvoří ženy, tedy 52 respondentek (tj. 96 %). U pedagogických pracovníků jsou 4 (tj. 7 %) respondenti muži a zbytek ženy 50 (tj. 93 %).

Co se týká věku respondentů, tak věk nejmladšího respondenta činí 21 let a pracuje jako pracovník v sociálních službách. Nejstaršímu respondentovi je 60 let a pracuje jako pedagogický pracovník. Zastoupení respondentů dle věku podrobněji uvádíme v tabulce 2.

Tabulka 2. Rozdělení respondentů podle věku

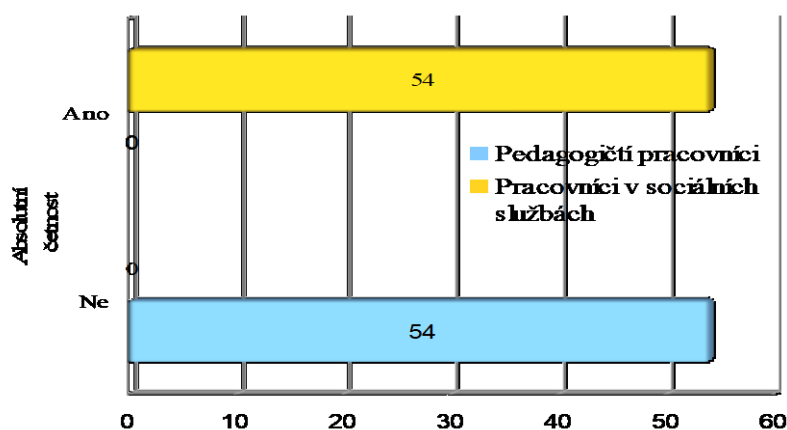
Věkové rozmezí	Pedagogičtí pracovníci		Pracovníci v sociálních službách	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
20 - 25	0	0 %	3	6 %
26 - 30	3	6 %	5	9 %
31 - 35	11	20 %	6	11 %
36 - 40	15	28 %	11	20 %
41 - 45	11	20 %	13	24 %
46 - 50	7	13 %	8	15 %
51 - 55	3	6 %	5	9 %
56 - 60	4	7 %	3	6 %
Celkem	54	100 %	54	100 %

V rámci výzkumu byla zjišťována také délka profesní praxe respondentů. Pro vyhodnocení délky praxe se jeví jako vhodné rozdělení respondentů do tří kategorií. První kategorii tvoří respondenti s délkou praxe od 0 do 5 let, druhou kategorií tvoří respondenti s délkou praxe od 6 do 10, třetí kategorií tvoří respondenti s délkou praxe od 11 let a více.

U **pedagogických pracovníků** spadá do pěti let praxe 13 (tj. 24 %) pracovníků, od 6 do 10 let má praxi 19 (tj. 35 %) respondentů a **nad 10 let má praxi 22 (tj. 41 %) respondentů**.

Pracovníci v sociálních službách uvádí, že praxi do pěti let má 19 (tj. 35 %) respondentů, **20 (tj. 37 %) respondentů má praxi od 6 do 10 let** a nad 10 let má praxi 15 (tj. 28 %) respondentů.

Při výzkumu byli záměrně vybíráni pracovníci v sociálních službách, kteří pracují ve směnném provozu a mají tudíž nepravidelný režim. Důvodem bylo zjistit, zda existují rozdíly v kvalitě spánku u jedinců v pomáhajících profesích, kteří mají nepravidelný režim a těch, kteří mají pravidelný režim. Graf 1. podrobněji znázorňuje absolutní četnosti všech dotazovaných respondentů.



Graf 1. Práce na noční směny

4.6 Výsledky PSQI

V rámci dotazníku PSQI bylo zjišťováno subjektivní hodnocení kvality spánku u pracovníků v sociálních službách a pedagogických pracovníků za poslední měsíc. Cílem bylo zjistit subjektivní vnímání kvality spánku obou zkoumaných skupin. Na závěr jsou jednotlivá data ze škál sečtena a prezentována v grafu 2. Jednotlivé škály dotazníku PSQI jsou:

- subjektivní hodnocení spánku (PSQISLPQUAL),
- spánková latence (PSQILATEN),
- trvání spánku (PSQIDURAT),

- spánková efektivita (PSQIHSE),,
- poruchy spánku (PSQIDISTB),
- potřeba léků na spaní (PSQIMEDS),
- denní dysfunkce (PSQIDAYS),

Subjektivní hodnocení kvality spánku

12 (tj. 22 %) pedagogických pracovníků hodnotí kvalitu svého spánku jako velmi dobrou, 33 (tj. 61 %) jako docela dobrou, 8 (tj. 15 %) jako docela špatnou a pouze 1 (tj. 2 %) jako velmi špatnou.

Již z tabulky 3. můžeme vidět, že pracovníci v sociálních službách hodnotí kvalitu svého spánku hůře než pedagogičtí pracovníci. Pouze 4 (tj. 7 %) pracovníci v sociálních službách hodnotí kvalitu svého spánku jako velmi dobrou, 22 (tj. 41 %) docela špatnou, 20 (tj. 37 %) docela dobrou, 8 (tj. 15 %) velmi špatnou. Důvodem horší kvality spánku u pracovníků v sociálních službách může být nepravidelnost denního režimu. Jak je již možné vidět z grafu 1., velká část pracovníků v sociálních službách pracuje na noční směny. Někteří respondenti z výzkumného vzorku dle mého bližšího zjišťování pracují i na tří směnný provoz (ranní, odpolední, noční). Domnívám se, že důvodem horší kvality spánku by mohla být práce na noční směny u pracovníků v sociálních službách.

Tabulka 3. Subjektivní hodnocení spánku

	Pedagogičtí pracovníci		Pracovníci v sociálních službách	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi dobrá	12	22 %	4	7 %
Docela dobrá	33	61 %	20	37 %
Docela špatná	8	15 %	22	41 %
Velmi špatná	1	2 %	8	15 %
Celkem	54	100 %	54	100 %

Doba usnutí

Jako optimální dobu usnutí velká část odborníků uvádí nejdéle do 30 minut. Tato doba je také nejvíce uváděna respondenty obou skupin. Jak je již můžeme vidět z tabulky 4., tak větší část tvoří jedinci usínající od 16 do 30 minut. Méně početnou skupinou jsou pak respondenti usínající ≤ 15 min. 5 (tj. 9 %) pedagogických pracovníků a 7 (tj. 13 %) pracovníků v sociálních službách usínají od 31 do 60 minut. Usínání více než 60 minut uvádí pouze jeden respondent a to pracovník sociálních služeb. Pozitivním jevem také je, že s usnutím do 30 minut většina respondentů měla problém méně než jednou týdně.

Tabulka 4. Doba usnutí

	Pedagogičtí pracovníci		Pracovníci v sociálních službách	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
≤ 15 min	15	28 %	18	33 %
16-30 min.	34	63 %	28	52 %
31-60 min.	5	9 %	7	13 %
> 60 min	0	0 %	1	2 %
Celkem	54	100 %	54	100 %

Doba trvání spánku

Dále bylo zjišťováno prostřednictvím dotazníku PSQI, kolik hodin denně pracovníci v sociálních službách a pedagogičtí pracovníci spali za poslední měsíc.

Nejvíce pracovníků v sociálních službách uvedlo, že naspalo v posledním měsíci < 6 a ≥ 5 hodin a to přesně 27 (tj. 50 %) respondentů, druhou početnou skupinou jsou respondenti, kteří uvádějí, že naspali < 7 a ≥ 6 hodin v počtu 16 (tj. 30 %) respondentů, dalšími jsou respondenti, kteří v posledním měsíci naspali 5 a méně hodin, těch je 7 (tj. 13 %) a nejméně početnou skupinu tvoří respondenti spící v posledním měsíci 7 a více hodin, těchto respondentů je pouze 4 (tj. 7 %).

Větší část pedagogických pracovníků za poslední měsíc naspala < 7 a ≥ 6 hodin, uvádí tak 28 (tj. 52 %) respondentů. Druhou skupinu tvoří respondenti spící < 6 a ≥ 5 hodin v počtu 13 (tj. 24 %) respondentů, 11 (tj. 20 %) respondentů spalo v posledním měsíci 7 a více hodin a pouze 2 (tj. 4 %) respondenti spali v posledním měsíci 5 a méně hodin. Již můžeme z tabulky 5. pozorovat značné rozdíly v naspaných hodinách obou skupin respondentů. Pracovníci v sociálních službách v posledním měsíci spali v průměru méně hodin, než pedagogičtí pracovníci. To mohlo mít i vliv na jejich subjektivní hodnocení kvality spánku. Tomu se již také budeme později věnovat v rámci ověřování hypotéz.

Tabulka 5. Doba trvání spánku

	Pedagogičtí pracovníci		Pracovníci v sociálních službách	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
7 a více hodin	11	20 %	4	7 %
< 7 a ≥ 6 hodin	28	52 %	16	30 %
< 6 a ≥ 5 hodin	13	24 %	27	50 %
5 a méně hodin	2	4 %	7	13 %
Celkem	54	100 %	54	100 %

Spánková efektivita

Pro zjištění spánkové efektivity je nutné pracovat s otázkou č. 1, která nám zjišťuje dobu ulehnutí respondentů na lůžko a otázkou č. 3, která nám zjišťuje dobu vstávání respondentů. Vzorec pro výpočet je následující: počet hodin spánku / počet hodin strávených v posteli $\times 100$ = efektivita spánku respondentů. Čím vyšší procentuální hodnota (> 85 %), tím je lepší spánková efektivita.

Z tabulky 6. je patrné, že 52 % pedagogických pracovníků a 61 % pracovníků v sociálních službách dobu v posteli stráví spánkem. Což je pozitivní zjištění s ohledem na spánkovou hygienu.

Tabulka 6. Spánková efektivita

	Pedagogičtí pracovníci		Pracovníci v sociálních službách	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
> 85 % (hodnota dílčí škály 0)	28	52 %	33	61 %
75 % - 84 % (hodnota dílčí škály 1)	22	41 %	19	35 %
65 % - 74 % (hodnota dílčí škály 2)	3	5 %	2	4 %
< 65 % (hodnota dílčí škály 3)	1	2 %	0	0 %
Celkem	54	100 %	54	100 %

Narušení spánku

Také bylo zjišťováno, zda existují u respondentů nějaké rušivé vlivy spánku, jejich příčiny a četnost výskytu za poslední měsíc. Zde byla hodnocena otázka 5b až 5j. Respondent má na výběr ze čtyř odpovědí: nikdy během posledního měsíce, méně, než jednou týdně, jednou nebo dvakrát za týden, třikrát nebo víckrát za týden. Více jak polovina respondentů obou skupin uvádí méně vážné problémy. Vážné problémy uvádí 7 (tj. 13%) pedagogických pracovníků a 18 (tj. 33%) pracovníků v sociálních službách. Velmi vážné problémy uvádí pouze 2 (tj. 4%) pracovníci v sociálních službách. Žádné problémy uvádí 4 (tj. 7 %) pedagogičtí pracovníci a 2 (tj. 4 %) pracovníci v sociálních službách. Zde je uveden výčet problémů se spánkem, které byly respondenty vepsány do dotazníku PSQI: neuróza, stres, obavy, strach, deprese.

Tabulka 7. Narušení spánku

	Pedagogičtí pracovníci		Pracovníci v sociálních službách	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádné problémy	4	7 %	2	4 %
Méně vážné problémy	43	80 %	32	59 %
Vážné problémy	7	13 %	18	33 %
Velmi vážné problémy	0	0 %	2	4 %
Celkem	54	100 %	54	100 %

Užívání léků

Výhodou léků na spaní je to, že je to celkem jednoduchý způsob, jak si navodit spánek. Však velká nevýhoda je nebezpečí vytvoření závislosti. Jak již můžeme vidět z tabulky 8. Pracovníci v sociálních službách užívají léky nebo jiné přípravky na spaní více, než pedagogičtí pracovníci. 89 % pedagogických pracovníků a 65 % pracovníků v sociálních službách neužilo léky nebo jiné přípravky během posledního měsíce.

Tabulka 8. Užívání léků

	Pedagogičtí pracovníci		Pracovníci v sociálních službách	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nikdy během posledního měsíce	48	89 %	35	65 %
Méně, než jednou týdně	5	9 %	11	20 %
Jednou nebo dvakrát za týden	1	2 %	5	9 %
Tříkrát nebo vícekrát za týden	0	0 %	3	6 %
Celkem	54	100 %	54	100 %

Denní dysfunkce

Dalším zjišťovaným údajem bylo, jak jsou na tom respondenti s ospalostí během dne a také, jestli pociťují problémy s udržení si dostatku elánu během dne. Méně vážné dysfunkce uvádí více jak polovina respondentů a to v obou výzkumných skupinách. 12 (tj. 22 %) pedagogických pracovníků a 7 (tj. 13 %) pracovníků v sociálních službách neuvádí žádné problémy během dne. Vážné problémy během dne uvádí 8 (tj. 15 %) pedagogických pracovníků a 12 (tj. 22 %) pracovníků v sociálních službách. Velmi vážné problémy mají 2 (tj. 6 %) pedagogičtí pracovníci a 6 (tj. 11 %) pracovníků v sociálních službách.

Tabulka 9. Denní dysfunkce

	Pedagogičtí pracovníci		Pracovníci v sociálních službách	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádné problémy	12	22 %	7	13 %
Méně vážné problémy	32	59 %	29	54 %
Vážné problémy	8	15 %	12	22 %
Velmi vážné problémy	2	4 %	6	11 %
Celkem	54	100 %	54	100 %

Celkové skóre PSQI

Součtem všech 7 výsledků domén (DURAT, DISTB, LATEN, DAYDYS, HSE, SLPQUAL, MEDS) získáme celkové skóre, které nám uvádí výslednou hodnotu kvality spánku. Výsledek celkového skóre odpovídající nebo menší než 5 nám značí kvalitní spánek. Kdežto hodnota skóre přesahující 5 značí nekvalitní spánek. Nejhorší hodnota je skóre 21. Jak již vidíme z tabulky 10. bodové skóre od 5 a výše má 55 % pedagogických pracovníků a 80 % pracovníků v sociálních službách. Můžeme tedy zhodnotit, že více jak polovina obou zkoumaných skupin subjektivně hodnotí svůj spánek jako nekvalitní, přičemž více nekvalitním spánkem trpí pracovníci v sociálních službách, kteří pracují na noční směny.

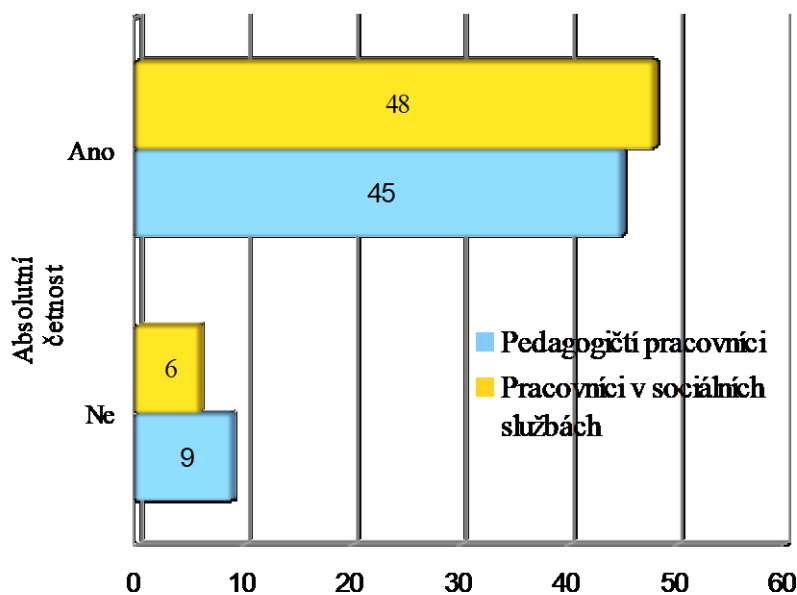
Tabulka 10. Celkové skóre PSQI

Získané bodové skóre	Pedagogičtí pracovníci n = 54	Pracovníci v sociálních službách n = 54
Od 1 do 3	12 %	6 %
Od 3 do 5	33 %	14 %
Od 5 do 7	45 %	39 %
Od 7 do 10	10 %	34 %
Od 10 do 13	0 %	7 %
	100 %	100 %

4.7 Výsledky doplňující výzkum

Otázka č. 11 Pociťovala jste během posledního měsíce alespoň jednou obavu z nevyspání a následné snížené výkonnosti během dne?

Na tuto otázku 48 pracovníků v sociálních službách odpovědělo „Ano“, což znamená, že 89 % respondentů pocítilo alespoň jedenkrát v posledním měsíci obavu z nevyspání a následné snížené výkonnosti během dne. Pouhých 6 respondentů (tj. 11 %) odpovědělo „Ne“. „Ano“ odpovědělo také 45 (tj. 83 %) pedagogických pracovníků a „Ne“ pak odpovědělo 9 (tj. 17 %) pedagogických pracovníků.



Graf 2. Odpovědi na otázku č. 11

Analýza otázky č. 12

Pokud se stane, že se v průběhu noci probudíte a nemůžete opět usnout, co obvykle děláte?

Tato otázka nás zajímala z často uváděného důvodu, že postel by neměla být využívána na jiné aktivity než je spánek a odpočinek – tedy práci, čtení, televizi, jedení apod. (Praško a kol, 2004, s. 58). Dále je např. v zásadách hygieny spánku dle A. Bordelyho, bývalého prezidenta Evropské společnosti pro výzkum spánku 1989 uvedeno, že nemůže-li jedinec v noci spát, je potřeba vstát z postele a něco dělat, než nečinně ležet v posteli (Prusinski, 1993, s. 51).

Proto nás zajímalo, co obvykle respondenti dělají, pokud nemohou v noci spát. Následně se nabízelo několik možných odpovědí i s možností dopsat aktivitu dle libosti respondentů. Vybrané možnosti pro výběr respondentů jsou následující:

- ležím v posteli a čekám, až opět usnu;
- vezmu si knihu a čtu si;
- zapnu si televizi nebo PC;
- vstanu z postele a najdu si nějakou pracovní činnost;

- jinou aktivitu, jakou.

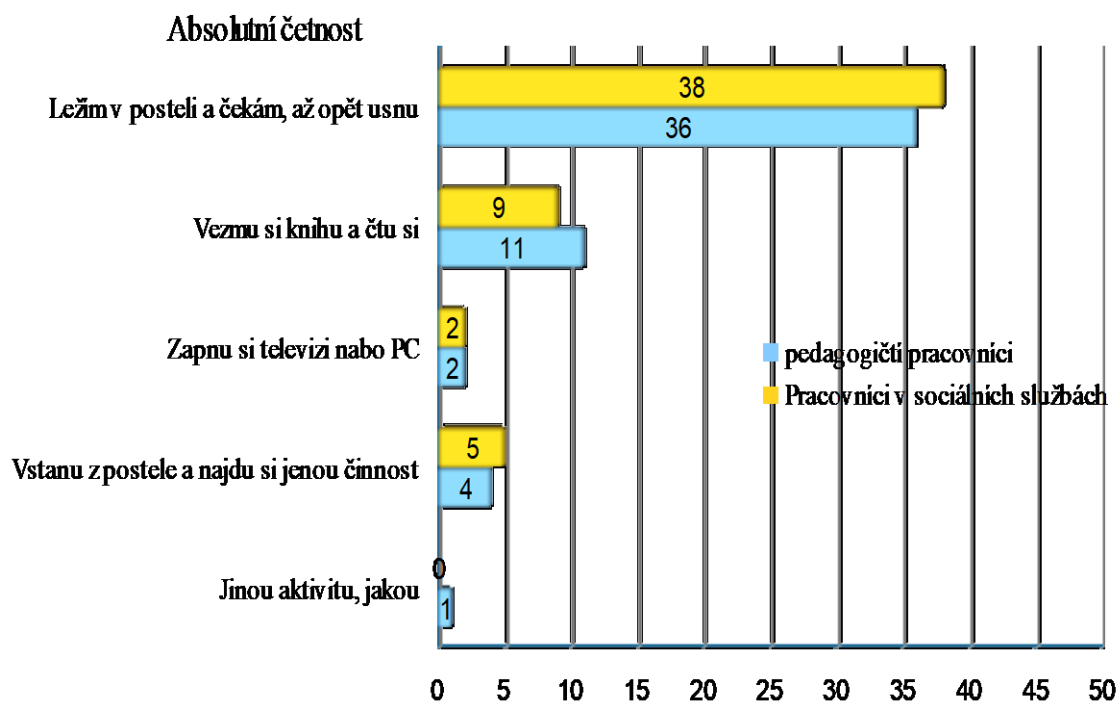
Z grafu 2 je možné vyčíst, že nejvíce respondentů, pokud se v průběhu noci probudí nejčastěji zůstane ležet v posteli, to uvádí 38 (tj. 70 %) pracovníků v sociálních službách a 36 (tj. 67 %) pedagogických pracovníků. Další výsledky jsou následující:

9 (tj. 17 %) pracovníků v sociálních službách a 11 (tj. 20 %) pedagogických pracovníků si vezme knihu a čte si.

2 (tj. 4 %) pracovníci v sociálních službách a 2 (tj. 4 %) pedagogičtí pracovníci uvádějí, že si zapnou televizi nebo PC.

5 (tj. 9 %) pracovníků v sociálních službách a 4 (tj. 7 %) pedagogičtí pracovníci vstanou z postele a najdou si nějakou pracovní činnost.

Jinou aktivitu uvedl pouze jeden (tj. 2 %) pedagogický pracovník a to „Vstanu a jdu si dát něco dobrého“.



Graf 3. Odpovědi na otázku č. 12

Analýza otázky č. 13, 14, 15

V těchto otázkách se respondentů ptáme, zda během minulého měsíce užíli ve večerních hodinách nebo těsně před spaním alkohol, kávu, nikotin (cigaretu, elektronickou cigaretu). Již v teoretické části byl popsán účinek těchto látek na usínání a spánek. Veškeré výsledky nám podrobněji prezentují tabulky číslo 3, 4, 5. Největší zastoupení odpovědí je vyznačeno v tabulkách tučným písmem.

Tabulka 11. **Odpovědi na otázku č. 13** Užíval (a) jste během minulého měsíce alkohol ve večerních hodinách nebo před spaním?

Odpovědi na Otázku č. 13	Pedagogičtí pracovníci		Pracovníci v sociálních službách	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vůbec ne	2	4 %	1	2 %
Méně než 1x týdně	28	52 %	24	44 %
1x týdně	24	44 %	29	54 %
2x i vícekrát týdně	0	0 %	0	0 %
Celkem	54	100 %	54	100 %

Tabulka 12. **Odpovědi na otázku č. 14** Užíval (a) jste během minulého měsíce kávu ve večerních hodinách nebo před spaním?

Odpovědi na Otázku č. 14	Pedagogičtí pracovníci		Pracovníci v sociálních službách	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vůbec ne	48	89 %	46	85 %
Méně než 1x týdně	4	7 %	8	15 %
1x týdně	2	4 %	0	0 %
2x i vícekrát týdně	0	0 %	0	0 %
Celkem	54	100 %	54	100 %

Tabulka 13. **Odpovědi na otázku č. 15** Užíval (a) jste během minulého měsíce nikotin (cigaretu, elektronickou cigaretu) ve večerních hodinách nebo před spaním?

Odpovědi na Otázku č. 15	Pedagogičtí pracovníci		Pracovníci v sociálních službách	
	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Vůbec ne	48	89 %	43	80 %
Méně než 1x týdně	0	0 %	1	2 %
1x týdně	0	0 %	0	0 %
2x i vícekrát týdně	6	11 %	10	18 %
Celkem	54	100 %	54	100 %

4.7 Ověřování hypotéz

Dále jsem se již zabývala pouze pracovníky v sociálních službách. Ti zároveň také vykazují dle dotazníku PSQI horší kvalitu spánku než pedagogičtí pracovníci. V ověřování hypotéz jsem se zabývala sociálními pracovníky proto, jelikož jsem se domnívala, že vlivem práce na noční směny bude vyšší počet respondentů mít nekvalitní spánek v porovnání s pedagogickými pracovníky. To se nám také i potvrdilo.

H1 Existuje či neexistuje signifikantní vztah mezi subjektivním hodnocením kvality spánku a každodenním počtem naspaných hodin u jedinců pracujících na noční směny.

H10 Neexistuje určitý vztah mezi subjektivním hodnocením kvality spánku a počtem naspaných hodin.

H1A Existuje určitý vztah mezi subjektivním hodnocením kvality spánku a každodenním počtem naspaných hodin.

Pro ověření první hypotézy je pracováno s odpověďmi na dvě otázky uvedenými v dotazníku PSQI a to otázkou číslo 6, která se dotazuje respondentů na to, jak by ohodnotili kvalitu svého spánku během posledního měsíce a otázkou číslo 4, která se respondentů táže, kolik hodin za poslední měsíc opravdu spali. Pro výpočet byla využita čtyřpolní kontingenční tabulka, do níž jsou zaznamenány hraniční odpovědi dotazníku PSQI a to, hodnocení kvality spánku buď jako „velmi dobré“ nebo „velmi špatné“ a počet hodin spánku „7 hodina a více“ nebo „5 hodin a méně“.

Na základě výpočtu bylo zjištěno, že testované kritérium je 8, což je vyšší, než je kritická hodnota 3,841. To nám ukazuje, že na hladině významnosti 5 % (tj. 0,05) nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu, která nám říká, že existuje určitý vztah mezi subjektivním hodnocením kvality spánku a počtem naspaných hodin. Na základě tohoto zjištění můžeme také říci, že počet hodin spánku, který pracovníci v sociálních službách za poslední měsíc spali významným způsobem ovlivnil jejich subjektivní hodnocení kvality spánku.

Tabulka 14. Čtyřpolní kontingenční tabulka H1

Naspané hodiny	Hodnocení kvality spánku	
	N 8	
	Velmi dobrá	Velmi špatná
7 a více hodin	3	0
5 a méně hodin	0	5

$$X^2 = 8$$

H2 Práce na noční směny významným způsobem ovlivnila subjektivní hodnocení kvality spánku u pracovníků v sociálních službách v porovnání s pedagogickými pracovníky, kteří na noční směny nepracují.

H2₀ Práce na noční směny významným způsobem neovlivnila subjektivní

hodnocení kvality spánku za poslední měsíc.

H2A Práce na noční směny významným způsobem ovlivnila subjektivní hodnocení kvality spánku za poslední měsíc.

Pro výpočet hypotézy 2 bylo pracováno s otázkou číslo 6 v dotazníku PSQI, která se ptá respondentů na subjektivní hodnocení kvality spánku za poslední měsíc a dále s otázkou číslo 16, která se ptá, zda respondenti pracují na noční směny. Pro výpočet byla opět využita čtyřpolní kontingenční tabulka, do níž jsou zaznamenány hraniční odpovědi respondentů a to, hodnocení kvality spánku, buď jako „velmi dobré“ nebo „velmi špatné“ a práce na noční směny, odpovědi „Ano“ a „Ne“.

Výpočtem bylo zjištěno testované kritérium 9,4. V porovnání s kritickou hodnotou, která je nižší 3,841 než zjištěné testované kritérium lze tedy konstatovat, že na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu $2H_0$ přijímáme. U respondentů pracujících jako pracovníci v sociálních službách na noční směny právě noční směny a s nimi spojený nepravidelný režim spánku významně ovlivňují jejich subjektivní hodnocení spánku.

Tabulka 15. Čtyřpolní kontingenční tabulka H2

Práce na noční směny	Hodnocení kvality spánku	
	Velmi dobrá	Velmi špatná
N 25		
Ano	4	8
Ne	12	1

$$X^2 = 9,4$$

H3 Respondenti pracující v sociálních službách, kteří za poslední měsíc spali 7 hodin a více si lépe udrželi dostatek elánu během dne, než respondenti, kteří spali 5 hodin a méně.

H3₀ Neexistuje signifikantní vztah mezi počtem naspaných hodin a udržení si dostatku elánu v průběhu dne.

H3_A Existuje signifikantní vztah mezi počtem naspaných hodin a udržení si dostatku elánu v průběhu dne.

V rámci třetí hypotézy nás zajímá, zdá má vliv délka spánku u respondentů na udržení si dostatku elánu během dne. Již také v dotazníku PSQI bylo zjištěno, že respondenti pracující v sociálních službách spali za poslední měsíc méně hodin než pedagogičtí pracovníci. U Hypotézy 3 bylo pracováno opět s otázkami v dotazníku PSQI a to s otázkou č. 4, která se ptá na obvyklý počet naspaných hodin za poslední měsíc a otázkou č. 9, která se ptá na problémy s udržení si dostatku elánu pro dokončování činnosti. U obou otázek bylo opět pracováno s krajními hodnotami, konkrétně s četnostmi odpovědí u otázky č. 4 „7 a více hodin“ a „5 a méně hodin“, u otázky č. 9 „Nikdy během posledního měsíce“ a „3x a víckrát za měsíc“.

Výpočtem byla získána hodnota testovaného kritéria 1,1. Testovaná hodnota je tedy nižší, než je kritická hodnota 3,841. Na hladině významnosti 5 % tedy nulovou hypotézu nezamítáme. Nepotvrdilo se tedy, že u pracovníků v sociálních službách má na udržení si dostatku elánu během dne pro dokončování činností významný vliv každodenní délka spánku.

Tabulka 16. Čtyřpolní kontingenční tabulka H3

Délka spánku	Udržení si elánu	
	Nikdy	3x a víckrát za týden
N 11		
7 a více hodin	4	1
5 a méně hodin	3	3

$$X^2 = 1,1$$

Diskuse

V rámci výzkumného šetření bylo nasbíráno a zpracováno mnoho dat. Jak již bylo řečeno na začátku diplomové práce, hlavním cílem bylo zjistit na záměrně vybraném vzorku respondentů, kteří působí v pomáhajících profesích (konkrétně vykonávají profesi pedagogického pracovníka/ce a pracovníka/ce v sociálních službách), jak kvalitně hodnotí svůj spánek za poslední měsíc. Celková kvalita spánku u respondentů byla zjišťována pomocí standardizovaného dotazníku PSQI, který zjišťuje subjektivní hodnocení kvality spánku. Nasbíraná data byla dále porovnávána s výsledky jiných studií.

Získaná data ukázala zajímavé výsledky. Pracovníci v sociálních službách, pracující na noční směny uváděli, že spí méně hodin než pedagogičtí pracovníci, kteří na noční směny nepracují. Konkrétně 50 % pracovníků v sociálních službách uvedlo, že spí < 6 a ≥ 5 hodin a < 7 a ≥ 6 hodin uvedlo 30 %. Oproti tomu pedagogičtí pracovníci spíše uváděli, že spí < 7 a ≥ 6 hodin a to celkem 52 % respondentů a 24 % respondentů uvedlo, že spí < 6 a ≥ 5 hodin. Pozitivním zjištěním však je, že většina respondentů obou zkoumaných skupin nemá problémy usnout do 30 minut. Také bylo zjištěno, že v posledním měsíci pracovníci v sociálních službách užíli léky na spaní o něco více, než pedagogičtí pracovníci. Z uvedených hodnot získaných výzkumem vyplývá, že v posledním měsíci užílo léky na spaní nejméně jednou 35 % pracovníků v sociálních službách a 11 % pedagogických pracovníků.

Dále nás zajímala spánková hygiena respondentů. Dotazovali jsme se tedy, co respondenti dělají, pokud se v noci probudí a nemohou opět usnout. Výsledky ukázaly, že 72 % pracovníků v sociálních službách a 67 % pedagogických pracovníků leží v posteli a čeká, až opět usnou. Toto zjištění není příliš pozitivní a s ohledem na spánkovou hygienu jej odborníci příliš nedoporučují. Velmi pozitivním zjištěním je, že většina respondentů během posledního měsíce ve večerních hodinách nebo před spaním vůbec neužívala kofein. Uvádí tak 85 % pracovníků v sociálních službách a 89 % pedagogických pracovníků. Také většina respondentů vůbec neužívala ve večerních hodinách nebo před spaním nikotin uvedlo tak 89 % pedagogických pracovníků a 80 % pracovníků v sociálních službách. Větší část respondentů také uvedla, že užívala alkoholických nápojů ve večerních hodinách nebo před spaním méně než jednou týdně, tak uvádělo 52 % pedagogických pracovníků a 44 % pracovníků

v sociálních službách. Jednou týdně pak užilo alkohol 44 % pedagogických pracovníků a 54 % pracovníků v sociálních službách.

Velmi zásadní byl pro náš výzkum dotazník PSQI. Z celkového skóre dotazníku PSQI vyplívá, že více než polovina obou zkoumaných skupin subjektivně hodnotí svou kvalitu spánku jako nekvalitní, přičemž větší skupinu s nekvalitním spánkem tvoří pracovníci v sociálních službách. Celkové skóre od 5 výše má 55 % pedagogických pracovníků a 80 % pracovníků v sociálních službách.

První hypotéza zjišťovala, zda existuje u zkoumaného souboru pracovníků v sociálních službách vztah mezi subjektivním hodnocením kvality spánku a každodenním počtem naspaných hodin. Na základě výpočtu testu nezávislosti chí-kvadrát pro čtyřpolní tabulku byla zjištěna hodnota testovaného kritéria 8. Tato hodnota velmi výrazně přesahuje kritickou hodnotu 3,841, a proto byla přijata alternativní hypotéza, která nám říká, že existuje vztah mezi subjektivním hodnocením kvality spánku a každodenním počtem naspaných hodin. Lze tedy konstatovat, že délka spánku, kterou jedinci v pomáhajících profesích skutečně spali, za poslední měsíc měla významný vliv na jejich subjektivní hodnocení kvality spánku při vyplňování dotazníku. Pokud se také podíváme na věkové rozmezí pracovníků v sociálních službách, zjistíme, že je zastupují respondenti ve větší míře ve věku 41 +. A jak uvádí Plháková (2013, s. 49) práh probuzení se mění v závislosti na věku člověka a je známo, že děti a mladí lidé spí velmi tvrdě, zatímco starší lidé naopak mají lehké spaní. To již bylo také potvrzeno v mnoha laboratorních studiích. Například Zepelin, McDonald a Zammit (1984 in Plháková, 2013, s. 49) zkoumali zvukový práh probuzení u třech skupin osob různého věku (18 až 25, 40 až 48 a 52 až 71 let). Na základě jejich výzkumu se ukázalo, že s rostoucím věkem se práh probuzení ve druhém a čtvrtém stádiu NREM spánku výrazně snižuje. I v REM stádiu se objevil pokles, ale ten byl méně plynulý. To autoři vysvětlují začleněním zvukových podnětů do obsahu snů. Dále můžeme také zmínit skutečnost v níž se odborníci shodují, a kterou uvádí Plháková (2013, s. 73), že velká část dospělé populace pravidelně spí o jednu nebo dvě hodiny méně, než je jejich přirozená potřeba. Můžeme uvažovat i nad tím, že pokud měla u pracovníků sociálních službách délka spánku vliv na jejich subjektivní hodnocení kvality spánku, tak je možné, že právě spí méně hodin, než je jejich přirozená potřeba.

Hypotézou 2 jsme se snažili zjistit, zda práce na noční směny významným

způsobem ovlivnila subjektivní hodnocení kvality spánku u jedinců pracujících v sociálních službách v porovnání s pedagogickými pracovníky, kteří samozřejmě na noční směny nepracují. Je jisté, že práce na noční směny způsobuje nepravidelnost v režimu jedince.

Existují však lidé, kteří práci na noční směny snášejí poměrně dobře, ale některým jedincům může způsobovat značné potíže (Nevšimalová, Illnerová, 2007; Åkerstedt, 2003 in Plháková, 2013 s. 102). Snažili jsme se tedy zjistit, jak je na tom náš záměrně vybraný soubor pracovníků v sociálních službách. Na základě výpočtu testu nezávislosti chí-kvadrát, pro čtyřpolní tabulku bylo zjištěno testované kritérium 9,4, což je vyšší než je kritická hodnota 3,841. Lze tedy konstatovat, že práce na noční směny významným způsobem ovlivňuje subjektivní hodnocení kvality spánku u zkoumaného vzorku pracovníků v sociálních službách v porovnání s jedinci, kteří napracují na noční směny. Již se můžeme ale domnívat, že práce na noční směny nemusí být zásadním ovlivňujícím prvkem subjektivní kvality spánku. I další významné skutečnosti mohly hrát důležitou roli a to může být pohlaví zkoumaného vzorku, věk, prostředí spánku. Již bychom mohli zmínit také studii, kterou provedl roku 2011 De Almondes a Araujo. Ve své studii se zabývali subjektivním hodnocením kvality spánku a pravidelností životního stylu u pracovníků pracujících v pravidelném režimu a pracovníků pracujících v nepravidelném režimu, tedy na směny. Výzkumný vzorek byl složen ze 141 mužských respondentů a použitým protokolem pro výzkum byl také Pittsburghský index kvality spánku (PSQI). Tato studie potvrdila, že kvalita spánku se zlepšila s větší pravidelností režimu a že při práci na směny se pravidelnost každodenních činností nezdá být hlavním faktorem při určování kvality spánku (De Almondes, Araujo, 2011).

Hypotéza 3. zjišťovala u respondentů pracujících v sociálních službách, zda si lépe udrží dostatek elánu během dne, ti respondenti, kteří spí více hodin než ti respondenti, kteří spí méně hodin. Na základě výpočtu testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku bylo zjištěno, že u výzkumného vzorku sociálních pracovníků neexistuje signifikantní vztah mezi počtem naspáných hodin a udržením si dostatku elánu v průběhu dne. Získaná hodnota testovaného kritéria je 1,1 a to je nižší než kritická hodnota 3,841. Jak již bylo zmiňováno v teoretické části, mezi lidmi existují výrazné rozdíly v potřebě délky spánku. Většina výzkumů, která byla provedena v 70. a 80. letech minulého století vedla k závěru, že i dlouhodobé omezení

délky spánku má celkem malý nebo minimální škodlivý vliv na výkonnost, ospalost i náladu zúčastněných účastníků výzkumu. Jako příklad lze uvést výzkum, který provedl Webb a Agnew (1974 in Plháková, 2013, s. 74) u 15 mužů, kdy byl sledován jejich psychický a tělesný stav, když 60 dní po sobě spali pouze pět a půl hodiny. V prvním týdnu výzkumu sice muži vykazovali prodloužení čtvrtého stádia spánku a zkrácení REM fáze. Dále také i vykazovali potíže se vstáváním a ospalost přes den, postupně však došlo k úpravě těchto odchylek od normálního stavu a na sebezposuzovacích škálách nálady již neuváděli žádné změny k horšímu.

S ohledem na náročnost a velkou psychickou zátěž, kterou pomáhající profese jedincům, kteří v ní pracují přináší, je nutné se zabývat různými aspekty, které mají vliv na zdraví těchto jedinců. Tímto důležitým aspektem zdraví je právě také spánek. Tato práce může být podnětem pro další výzkum s hlubším zaměřením, a to především na lidi, kteří mají nepravidelný režim spánku a nemusí se jednat pouze jen o pracovníky v sociálních službách, ale i o ostatní pracovníky v pomáhajících profesích, pracujících ve směnném provozu. U dotazníku PSQI bylo častým problémem jedinců pracujících na noční směny stanovení času ulehnutí a vstávání z tohoto důvodu bych doporučila u těchto jedinců využití i dalších metod, například vedení spánkového deníku. Zajímavá zjištění by také mohl přinést ještě dotazník zaměřený na určení chronotypu respondentů.

Závěr

Diplomová práce s názvem „Kvalita spánku u jedinců v pomáhajících profesích“ se zabývá subjektivním hodnocením kvality spánku jedinců pracujících v pomáhajících profesích. Hlavním cílem bylo zjistit u těchto pracovníků subjektivní vnímání kvality spánku za poslední měsíc. Diplomová práce se skládá z teoretických poznatků z oblasti spánku a pomáhající profese. Praktickou část tvoří výzkum, kterého se účastnilo 108 respondentů pracujících jako pedagogičtí pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Jako výzkumná metoda byl využit dotazník, který byl rozdělen na dvě části. První část tvoří standardizovaný dotazník PSQI a druhou část tvoří otázky, které dotazník rozšiřují.

Z výzkumného šetření z celkového skóre dotazníku PSQI bylo zjištěno, že více respondentů v pomáhajících profesích, konkrétně v profesích pedagogických pracovníků a pracovníků v sociálních službách svou kvalitu spánku hodnotí za nekvalitní. Větší skupinu s nekvalitním spánkem tvoří pracovníci v sociálních službách. Celkové skóre od 5 výše má 55 % pedagogických pracovníků a 80 % pracovníků v sociálních službách. Zbytek respondentů vykazovalo dobrou kvalitu spánku. Domnívali jsme se, že větší procentuální zastoupení nekvalitního spánku u pracovníků v sociálních službách je z důvodu nepravidelnosti režimu kvůli práci na noční směny, které pedagogičtí pracovníci nevykonávají. To jsme se také pokusili dokázat v rámci druhé hypotézy, která nám naší domněnku potvrdila. Což znamená, že práce na noční směny u pracovníků v sociálních službách významným způsobem za poslední měsíc ovlivnila subjektivní hodnocení kvality spánku při vyplňování dotazníku. Jako další významnou skutečností se ukázalo, že délka spánku měla také vliv na subjektivní hodnocení kvality spánku u pracovníků sociálních služeb. Pokud se podíváme na rozdíly v délce trvání spánku, tak zjistíme i značné rozdíly mezi oběma zkoumanými skupinami. 50 % pracovníků v sociálních službách spí < 6 a ≥ 5 hodin, přičemž pedagogičtí pracovníci více uváděli < 7 a ≥ 6 hodin, to uvedlo 52 % pedagogických pracovníků. Dále se ale zároveň nepotvrdilo, že pracovníci v sociálních službách, kteří spí sedm a více hodin si lépe udrží dostatek elánu během dne než respondenti pracující v sociálních službách, kteří spí 5 hodin a méně. Dále bylo zjištěno, že většina respondentů nemá vážnější problémy s usnutím do 30 minut.

Souhrn

Diplomová práce pojednává o kvalitě spánku 108 jedinců pracujících v pomáhajících profesích. V teorii jsou sumarizovány informace z oblasti spánku a také specifika pomáhající profese. Praktická část obsahuje skutečnosti, získané výzkumným šetřením. Výzkumným nástrojem byl zvolen dotazník, kdy jeho součástí je standardizovaný dotazník Pittsburské univerzity PSQI, zjišťující kvalitu spánku a další doplňující otázky. Pro větší přehlednost jsou výsledky zpracovány do tabulek nebo grafů.

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit na záměrně vybraném vzorku respondentů, kteří působí v pomáhajících profesích, konkrétně vykonávající profesi pedagogického pracovníka/ce (54 respondentů/tek) a pracovníka/ce v sociálních službách (54 respondentů/tek), jejich subjektivní hodnocení kvality spánku za poslední měsíc. Je nutné zmínit, že všichni respondenti pracující v sociálních službách pracují na noční směny. Výzkum prokázal, že subjektivní hodnocení kvality spánku je z větší části respondenty hodnoceno spíše jako nekvalitní. Celkové skóre dotazníku PSQI ukázalo, že 54 % pedagogických pracovníků a 69 % pracovníků v sociálních službách subjektivně hodnotí kvalitu svého spánku jako nekvalitní, což je 6 – 10 bodů. Hodnota nad 10 bodů, naznačuje spánkovou poruchu a spadá sem pouze 7 % pracovníků v sociálních službách. Z pedagogických pracovníků nikdo. Zbytek pracovníků v pomáhajících službách vykazuje dobrou kvalitu spánku. 50 % pracovníků v sociálních službách spí < 6 a \geq 5 hodin, přičemž pedagogičtí pracovníci více uváděli < 7 a \geq 6 hodin, to uvedlo 52 % pedagogických pracovníků. V rámci ověřování hypotéz bylo pracováno s daty pracovníků v sociálních službách a to z důvodu, že v průměru vykazují podle dotazníku PSQI horší kvalitu spánku, než pedagogičtí pracovníci. Bylo zjištěno, že subjektivní hodnocení kvality spánku u pracovníků v sociálních službách za poslední měsíc významně ovlivnila délka každodenního spánku. U pracovníků v sociálních službách se také potvrdilo, že i práce na noční směny ovlivnila subjektivní hodnocení kvality spánku. Dále se nepotvrdilo, že by délka spánku měla vliv na udržení dostatku elánu během dne. Velmi pozitivní zjištění je, že většina respondentů nemá vážnější problémy s usnutím do 30 minut.

Summary

The diploma work deals with the quality of sleep in one hundred and eight people working in helping professions. In the theoretical part the information from the sleep area and specifics of helping professions are described. The practical part shows the facts proven by exploratory research, where the University of Pittsburg's standardized questionnaire PSQI (The Pittsburgh Sleep Quality Index) measuring the quality and the patterns of sleep was used. In order to get a better overview of the results, the data are interpreted in tables and charts.

The main aim of the diploma work is to find out on a purposely selected sample of fifty four pedagogical workers and fifty four social service workers their subjective sleep quality assessment over the last month. In addition, it must not be forgotten to mention that all the social service workers do night shifts. The research proved that the respondents rate their subjective sleep quality assessment as rather “poor”. A total score of PSQI questionnaire showed that 54 % of pedagogical workers and 69 % of social service workers rate their sleep quality as “poor”, which is 6 – 10 points. The score higher than 10 points indicates a sleep disorder and only 7 % of social service workers belong to this group. From the group of the pedagogical workers, however, nobody belongs here. The rest of the workers in helping professions show a good quality of sleep. 50 % of the social workers sleep on average < 6 and ≥ 5 hours, whereas 52 % of the pedagogical workers mentioned < 7 and ≥ 6 hours. In order to verify the hypothesis the data of the workers in social services were used, mainly because they, on average, have according to the PSQI questionnaire a poorer quality of sleep than the pedagogical workers. It was found out that the subjective sleep quality assessment in the social service workers was significantly influenced by the length of daily sleep in the last month; it was also confirmed that working night shifts influenced the subjective sleep quality assessment. On the other hand, the length of the sleep did not have any impact on keeping up the enthusiasm during the day. A very positive finding is that most of the respondents can get to sleep within thirty minutes.

Referenční seznam

1. BORZOVÁ, C. 2002. Primární poruchy spánku. *Interní medicína pro praxi*. [on-line]. 3.1.2002, č. 1, s. 10-14. [cit. 2018-05-20]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2002/01/03.pdf>.
2. BORZOVÁ, C. 2008. Spánek a paměť ve vztahu k medikaci. *Psychiatrie pro praxi*. [on-line]. 2008, 9(5). s. 226-229. [cit. 2018-05-20]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/05/04.pdf>.
3. BUYSSE, J. D., REYNOLDS, C. F., MONK, T. H., BERMAN S. R. a J. D. KUPFER. 1988. The Pittsburg sleep quality index: A New Instrument. *Psychiatric Practice and Research*. [on-line]. roč. 28, s. 193-213, [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <http://www.w.esmotech.com/sites/default/files/Original-Pittsburgh-Sleep-Quality-Index-PSQI-paper-1988.pdf>.
4. CAKIRPALOGLU, P. 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, Psyché (Grada). 288 s. ISBN 978-80-247-4033-1.
5. DE ALMONDES, K. M., ARAUJO, J. F. (2011). Sleep quality and daily lifestyle regularity in workers with different working hours. *Biological Rhythm Research*, 42), 231-245. [cit. 2018-11-14]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1080/09291016.2010.509480>.
6. DESSAINTOVÁ, M. P. 1999. *Nezačínajte stárnout: jak žít co možná nejdéle příjemně, samostatně a důstojně*. Praha: Portál. 231 s. ISBN 80-7178-255-6.
7. GÉRINGOVÁ, J. 2011. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. 1. vyd. Praha: Triton, Psyché (Triton). 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3.
8. HELLER, B. L. 2001. *Cesta ke klidnému spánku: 250 snadných přírodních návodů na odstranění nespavosti*. Hodkovičky: Pragma, 188 s. ISBN 978-80-7205-930-0.
9. HAWKINS, P., SHOHET, R. 2016. *Supervize v pomáhajících profesích*. Vydání druhé. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Portál, 208 s. ISBN 978-80-262-0987-4.
10. CHRÁSKA, M. 2006. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc:

Univerzita Palackého v Olomouci, 168 s. ISBN 80-244-1367-1.

11. IDZIKOWSKI, Ch. 2012. *Zdravý spánek: bez problémů usnete, vydržite klidně spát, osvěžte tělo i ducha*. Praha: Slovart, 160 s. ISBN 978-80-7391-545-2.
12. ILLNEROVÁ, H., a A. SUMOVÁ. 2008. Vnitřní časový systém. *Interní medicína pro praxi*, [online]. 2008, 10 (7 a 8), s. 350-352 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/07/09.pdf>.
13. JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
14. KOPŘIVA, K. 2006. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, Pro vaše zdraví. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. 2., přeprac. vydání, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
17. KÁBRT M. 2011. *Aplikovaná statistika*. Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce [online]. 2011. [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>.
18. LÉGER, D., BIOL, D., GUILLEMINAULT, Ch., RAFFRAY, T., BIOL D., BADER G., a E., LÉVY. 2002. Paillard M. Medical and Socio-Professional Impact of Insomnia. *Rev Neurol (Paris). Sleep*. [online]. 25, č. 6, 1.9.2002, s. 621-625, [cit. 2018-06-06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/sleep/25.6.621>.
19. MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
20. MORÁŇ, M. Poruchy spánku. *Interní medicína pro praxi*, 2009. [online]. 8.10. 2009, 11(10), s. 466-470, [cit. 2018-05-20]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2009/10/08.pdf>.
21. MORÁŇ, M. Farmakologie nespavosti. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, 10(12), strana 569-574, [cit. 2018-04-16]. Dostupné

- z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/12/07.pdf>.
22. MICHALÍK, J. a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
 23. NEVŠÍMALOVÁ, S., a K. ŠONKA. 2007. *Poruchy spánku a bdění*. 2.vyd. Praha: Galén, 345 s. ISBN 978-80-7262-500-0.
 24. NEVŠÍMALOVÁ, S. 2006. Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života. *Interní medicína pro praxi*. [online]. 7 a 8, s. 342-347, [cit. 2018-05-20]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2006/07/07.pdf>.
 25. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Brain Basics: Understanding Sleep [online]. [cit. 2018-07-01]. Dostupné z: https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Understanding-Sleep#sleep_and_.
 26. Okun, M. L., Kravitz, H. M., Sowers, M. F., Moul, D. E., Buysse, D. J., & Hall, M. (2009). *Psychometric Evaluation of the Insomnia Symptom Questionnaire: a Self-report Measure to Identify Chronic Insomnia*. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 5(1), 41–51. [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2637165/>.
 27. PRUSÍNSKI, A., 1993. *Nespavost a jiné poruchy spánku: Rady lékaře, který nespavost nebere na lehkou váhu*. Překlad Jan Hugo. Praha: Maxdorf, 1993. 81 s. Medica, sv. 3 ISBN 80-858-0001-2.
 28. PRAŠKO, J., K. ESPA-ČERVENÁ, a L. ZÁVĚŠICKÁ. 2004. *Nespavost: zvládnutí nespavosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 102 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-7178-919-4.
 29. PLHÁKOVÁ, A. 2013. *Spánek a snění: vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití*. Praha: Portál, 264 s. ISBN 978-80-262-0365-0.
 30. PALAZZOLO, J. 2007. *Nespavost - zbavte se jí navždy!*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-80-247-2286-3.
 31. ŘEHŮLKOVÁ H, ŘEHŮLKOVÁ O., 2011. Kvalita spánku u vysokoškolských studentů. *Škola zdraví* 21. 2011. s. 123-129, [cit. 2018-05-20]. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/39/texty/cze/13_rehulkova_rehulkova_cze.pdf.

32. SCHMIDBAUER, W. 2000. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 176 s. ISBN 80-7178-312-9.
33. SCHMIDBAUER, W. 2008. *Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, Spektrum. 204 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
34. ŠONKA, K.: *Snění v neurologické praxi*, *Neurologie pro praxi*, 7.3.2002, 3, strany 143-145, [cit. 2018-03-24]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2002/03/07.pdf>.
35. VAŠUTOVÁ, K. *Spánek a vybrané poruchy spánku a bdění*, *Praktické lékařství*, 4.1.2009, 5(1), strany 17-20, [cit. 2018-04-22]. Dostupné z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/01/04.pdf>.
36. WU, Li. 2013. *Chrápání a jak si s ním poradit*. Přeložil Petr Babka. 1. vyd. Praha: Portál, 128 s. ISBN 978-80-262-0479-4.
37. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/novela-zakona-o-pedagogickych-pracovnicich>.
38. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7334>.

Seznam tabulek

Tabulka 1. Různé druhy snů	20
Tabulka 2. Rozdělení respondentů podle věku	45
Tabulka 3. Subjektivní hodnocení kvality spánku	47
Tabulka 4. Doba usnutí	48
Tabulka 5. Doba trvání spánku	49
Tabulka 6. Spánková efektivita	50
Tabulka 7. Narušení spánku	51
Tabulka 8. Užívání léků	51
Tabulka 9. Denní dysfunkce	52
Tabulka 10. Celkové skóre PSQI	53
Tabulka 11. Odpovědi na otázku č. 13	56
Tabulka 12. Odpovědi na otázku č. 14	56
Tabulka 13. Odpovědi na otázku č. 15	57
Tabulka 14. Čtyřpolní kontingenční tabulka H1	58
Tabulka 15. Čtyřpolní kontingenční tabulka H2	59
Tabulka 16. Čtyřpolní kontingenční tabulka H3	60

Seznam grafů

Graf 1. Práce na noční směny	46
Graf 2. Odpovědi na otázku č. 11	54
Graf 3. Odpovědi na otázku č. 12	55

Seznam obrázků

Obrázek 1. EEG záznamy v různých stádiích spánku

19

Seznam zkratek

EEG	elektroencefalografem
PSG	polysomnograf
EOG	elektrookulograf
EMG	elektromyograf
REM	rapid eye movement (rychlé pohyby očí)
NREM	Non rapid eye movement (opak REM , bez rychlých očních pohybů)
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
CNS	Centrální nervová soustava
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

Seznam příloh

Příloha 1. Dotazník

Příloha 1. Dotazník

Jmenuji se Andrea Fečková a jsem studentkou na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je důležitým podkladem pro mou diplomovou práci. Dotazník je anonymní a údaje z něj získané budou použity pouze v mé diplomové práci s názvem „Kvalita spánku u jedinců v pomáhajících profesích“.

Velice Vám děkuji za Váš čas i trpělivost.

Bc. Andrea Fečková

1. část dotazníku: PSQI (otázky 1 až 10)

Pokyny:

Následující otázky (1 až 10) se týkají vašich obvyklých spánkových návyků pouze během posledního měsíce (posledních 30 dnů). Ve svých odpovědích byste měli označit ten stav, který co nejpřesněji vystihuje většinu dní a nocí v minulém měsíci. Prosím odpovězte na všechny otázky.

(1) V kolik hodin jste obvykle během posledního měsíce večer ulehl (a) do postele?

ČAS ULEHNUTÍ DO POSTELE _____

(2) Jak dlouho (v minutách) vám obvykle každý večer během posledního měsíce trvalo, než jste usnul/a?

POČET MINUT _____

(3) V kolik hodin jste obvykle během posledního měsíce ráno vstával/a z postele?

ČAS VSTÁVÁNÍ _____

(4) Kolik hodin za noc jste minulý měsíc obvykle opravdu spal/a? (tento údaj se může lišit od počtu hodin strávených v posteli)

OBVYKLÝ POČET HODIN SPÁNKU ZA JEDNU NOC

U každé ze zbývajících otázek označte jednu nejvhodnější odpověď. Odpovězte, prosím, na všechny otázky.

(5) Jak často jste během posledního měsíce měl/a problémy se spánkem, protože..

a) Jste nemohl (a) usnout do 30 minut

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

b) Jste se vzbudil (a) uprostřed noci nebo brzo ráno

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

c) Jste musel (a) vstávat a jít na záchod

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

d) Jste nemohla dobře dýchat

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

e) Jste hlasitě kašlal (a) nebo chrápal (a)

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

f) Vám bylo příliš chladno

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

g) Vám bylo příliš horko

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

h) Jste měl (a) špatné sny

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

i) Jste měl (a) bolesti

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

j) Jiné důvody prosím popište

Jak často jste kvůli těmto jiným důvodům měl (a) během posledního měsíce problémy se spánkem?

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

(6) Jak byste celkově ohodnotil (a) kvalitu svého spánku během posledního měsíce?

- Velmi dobrá
- Docela dobrá
- Docela špatná

Velmi špatná

(7) Kolikrát jste během posledního měsíce užil (a) léky nebo jiné přípravky, které vám pomáhají usnout a spát (na lékařský předpis nebo bez předpisu)?

Nikdy během posledního měsíce

Méně, než jednou týdně

Jednou nebo dvakrát za týden

Třikrát nebo vícekrát za týden

(8) Jak často jste se během minulého měsíce cítil (a) ospalý (á) při řízení auta, při jídle, ve škole nebo při jiné společenské činnosti?

Nikdy během posledního měsíce

Méně, než jednou týdně

Jednou nebo dvakrát za týden

Třikrát nebo vícekrát za týden

(9) Jak těžké bylo pro vás během posledního měsíce udržet si dostatek elánu pro dokončení činnosti?

Nikdy během posledního měsíce

Méně, než jednou týdně

Jednou nebo dvakrát za týden

Třikrát nebo vícekrát za týden

(10) Spí ve vašem bytě nebo ve vaší posteli ještě někdo jiný?

Nikdo nespí v mé posteli ani v mém bytě

Někdo spí v mém bytě, ale v jiné místnosti

Někdo spí ve stejné místnosti, ale ne ve stejné posteli

Někdo se mnou spí ve stejné místnosti

Pokud někdo spí v pokoji nebo v posteli s vámi, zeptejte se ho (jí), jak často během minulého měsíce jste..

a) Hlasitě chrápal (a)

Nikdy během posledního měsíce

Méně, než jednou týdně

Jednou nebo dvakrát za týden

Třikrát nebo vícekrát za týden

b) Ve spánku měl (a) dýchání přerušované dlouhými přestávkami

Nikdy během posledního měsíce

- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

c) Ve spánku cukal (a) nebo škubal (a) nohama

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

d) Měl (a) při nočním probuzení chvilkové stavy dezorientace nebo zmatenosti

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

e) Byl (a) jste během spánku jinak neklidný (á), prosím, popište

- Nikdy během posledního měsíce
- Méně, než jednou týdně
- Jednou nebo dvakrát za týden
- Třikrát nebo vícekrát za týden

2. část dotazníku: doplňující otázky (otázky 11 až 21)

(11) Pociťoval (a) jste během posledního měsíce alespoň jednu obavu z nevyspání a následné snížené výkonnosti během dne?

- Ano
- Ne

(12) Pokud se stane, že se v průběhu noci probudíte a nemůžete opět usnout, co obvykle děláte?

- Ležím v posteli a čekám, až opět usnu
- Vezmu si knihu a čtu si
- Zapnu si televizi nebo počítač
- Vstanu z postele a najdu si nějakou činnost
- Jinou aktivitu, jakou.....

(13) Užíval (a) jste během minulého měsíce alkohol ve večerních hodinách nebo před spaním?

- Vůbec ne
- Méně než 1x týdně
- 1x týdně
- 2x i vícekrát týdně

(14) Užíval (a) jste během minulého měsíce kávu ve večerních hodinách nebo před spaním?

- Vůbec ne
- Méně než 1x týdně
- 1x týdně
- 2x i vícekrát týdně

(15) Užíval (a) jste během minulého měsíce nikotin (cigaretu, elektronickou cigaretu) ve večerních hodinách nebo před spaním?

- Vůbec ne
- Méně než 1x týdně
- 1x týdně
- 2x i vícekrát týdně

(16) Pracujete na noční směny?

- Ano
- Ne

(17) Věk.....

(18) Pohlaví: žena

muž

(19) Profese: pedagogický pracovník/ce

pracovník/ce v sociálních službách

(20) Délka praxe:.....roky.....měsíce.

(21) Místo Vašeho bydliště je:

- do 5000 obyvatel
- nad 5000 obyvatel do 10 000 obyvatel
- nad 10 000 obyvatel do 20 000 obyvatel
- nad 20 000 obyvatel do 50 000 obyvatel
- nad 50 000 obyvatel

Zdroj otázek 1-10 PSQI:

BUYSSE, J.D., C.F. REYNOLDS, T.H. MONK, S.R. BERMAN A J.D. KUPFER. The Pittsburg sleep quality index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. Psychiatric Research. 1988, roč. 28, č. 2, s. 193-213., AJ verze. Dostupné z: <http://www.w.esmotech.com/sites/default/files/Original-Pittsburgh-Sleep-Quality-Index-PSQI-paper-1988.pdf>.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Andrea Fečková
Katedra nebo ústav:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019
Název práce:	Kvalita spánku u jedinců v pomáhajících profesích

Název v angličtině:	Sleep quality in individuals in helping professions
Anotace práce:	<p>Diplomová práce s názvem „Kvalita spánku u jedinců v pomáhajících profesích“ pojednává o kvalitě spánku jedinců působících v pomáhajících profesích. Za výzkumný soubor byli zvoleni pedagogičtí pracovníci a pracovní v sociálních službách. Celkem 108 respondentů. Práce je rozdělena na dvě části. První část tvoří teoretické poznatky z oblasti spánku a pomáhající profese. Druhá část je praktická a věnuje se výzkumu.</p>
Klíčová slova:	PSQI, kvalita spánku, pomáhající profese
Anotace v angličtině:	<p>The diploma work deals with the sleep quality in individuals working in helping professions. In total, one hundred and eight pedagogical and social service workers were selected as a research group.</p> <p>The work is divided into two parts. The first part is formed by theoretical pieces of knowledge from the area of sleep and helping profession. The second, the practical one, focuses on the research itself.</p>
Klíčová slova v angličtině:	PSQI, quality of sleep, helping professions
Přílohy vázané v práci:	Dotazník
Rozsah práce:	76 stran
Jazyk práce:	Český