

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Kvalita spánku ve vztahu k rodinnému prostředí**  
**The quality of sleep in relation to the family**  
**environment**



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Kateřina Surovcová

Vedoucí práce: PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová

Olomouc

**2016**

**Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma:

„Kvalita spánku ve vztahu k rodinnému prostředí“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V ..... dne ..... Podpis .....

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce PhDr. Lucii Klůzové Kráčmarové za její trpělivost, vstřícný přístup, ochotu, čas a odborné rady, které vedly ke zpracování a dokončení bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu za jejich ochotu a strávený čas.

# Obsah

Úvod .....	7
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Spánek a bdění .....</b>	<b>9</b>
1.1 Bdělost.....	9
1.1.1 Stavy bdění .....	10
1.2 Spánek.....	10
1.2.1 Funkce spánku .....	11
1.2.2 Stádia spánku .....	11
1.2.3 Faktory ovlivňující spánek a jeho kvalitu.....	13
1.2.4 Spánková deprivace .....	13
1.3 Spánek v různém období života .....	14
1.3.1 Spánek v dětství .....	14
1.3.2 Spánek v období adolescence .....	14
1.3.3 Spánek v dospělosti a ve stáří .....	15
<b>2 Vybrané poruchy spánku.....</b>	<b>16</b>
2.1 Klasifikace poruch spánku .....	16
2.2 Insomnie.....	17
2.2.1 Typy insomnie .....	18
2.3 Některé poruchy dýchání související se spánkem.....	19
2.4 Hypersomnie .....	20
2.4.1 Narkolepsie .....	21
2.5 Parasomnie .....	21
2.5.1 Somnambulismus.....	22
2.5.2 Pavor nocturnus .....	23
2.5.3 Noční můry .....	23
2.6 Abnormální pohyby ve spánku .....	24

2.6.1	Syndrom neklidných nohou .....	24
2.7	Poruchy cirkadiánního rytmu .....	25
2.7.1	Zpožděná fáze spánku .....	26
2.7.2	Předsunutá fáze spánku .....	26
2.8	Hraniční varianty a izolované příznaky poruch spánku .....	26
2.8.1	Chrápání .....	26
2.8.2	Mluvení ze spánku .....	27
2.8.3	Hypnagogické záškuby .....	27
<b>3</b>	<b>Rodinné prostředí .....</b>	<b>28</b>
3.1	Definice rodiny .....	28
3.2	Vývoj rodiny .....	28
3.3	Funkce rodiny .....	29
3.4	Problémově zatížené rodiny .....	30
3.5	Výchova v rodině .....	31
3.6	Rodinné prostředí ve vztahu k poruchám spánku .....	32
	<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>Cíle výzkumu .....</b>	<b>36</b>
4.1	Hypotézy .....	36
<b>5</b>	<b>Metodologický rámec .....</b>	<b>38</b>
5.1	Typ výzkumu .....	38
5.2	Metody získávání dat .....	38
5.2.1	Sociodemografický dotazník .....	38
5.2.2	The Big Five Inventory- 44 BFI .....	38
5.2.3	Dotazník traumatizace v dětství (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ ) 40	
5.2.4	Pittsburský index kvality spánku (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI)	41
5.2.5	Dotazník zaměřený na sny .....	42

5.2.6	Index závažnosti nočních můr .....	42
5.3	Popis souboru .....	42
5.4	Sběr dat.....	44
5.5	Metody zpracování a analýzy dat.....	44
5.6	Etika výzkumu .....	45
<b>6</b>	<b>VÝSLEDKY .....</b>	<b>46</b>
6.1	Reliabilita metod .....	46
6.2	Vyhodnocení dotazníku zaměřující se na rodinné prostředí respondentů .....	46
6.3	Vyhodnocení Pittsburského indexu kvality spánku .....	48
6.4	Vyhodnocení položek týkajících se snění a nočních můr .....	49
6.5	Hypotézy .....	51
6.6	Výzkumné otázky.....	56
6.7	Regresní analýza .....	57
<b>7</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>59</b>
<b>8</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>63</b>
<b>9</b>	<b>Souhrn.....</b>	<b>65</b>
	<b>Seznam použitých zdrojů a literatury.....</b>	<b>68</b>

## **Seznam tabulek a grafů**

## **Abstrakt diplomové práce**

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Formulář zadání BcDP

Příloha 2: Průvodní dopis

Příloha 3: Dotazník zaměřený na rodinné prostředí respondentů

Příloha 4: Dotazník BFI

Příloha 5: Dotazník CTQ

Příloha 6: Dotazník PSQI

## Úvod

Spánek je nedílnou součástí života každého člověka. Je nezbytným předpokladem pro každodenní fungování a řešení nejrůznějších úkolů či situací. Potřeba spánku a jeho kvalita je u každého člověka individuální. Některým lidem stačí spát méně než pět hodin a přesto je jejich spánek osvěžující. Po probuzení se cítí plní energie a jsou výkonní. Jiní sice potřebují více hodin spánku, avšak po probuzení se cítí odpočatě, svěže a jsou schopni standardně fungovat. Najdou se ale také ti, pro které spánek osvěžující není. Mají potíže s usínáním, které jim trvá déle, i probouzením. Příčin takového spánku může být hned několik. Mimo jiné jej ovlivňují sociálně-kulturní faktory, mezi které patří také rodinné prostředí. Tato myšlenka mě velmi zaujala. Kvalita spánku se odráží v každodenních činnostech, ale také v celkové kvalitě života, a proto považuji za přínosné se této problematice věnovat.

Z důvodu zájmu o spánek a jeho poruchy jsem si jako téma své bakalářské diplomové práce zvolila kvalitu spánku ve vztahu k rodinnému prostředí. Cílem práce je ověření korelace mezi kvalitou spánku a rodinným prostředím u středoškolských studentů. Práce se skládá z teoretické části a empirické části. První kapitola teoretické části se věnuje spánku a bdění, popisuje také spánek u různých věkových kategorií. Druhá kapitola je zaměřena na vybrané poruchy spánku. Třetí kapitola se zabývá rodinným prostředím a již realizovanými zahraničními studiemi. Empirická část obsahuje cíle výzkumu, jeho metody, zpracování dat a samozřejmě také jeho výsledky.

## **TEORETICKÁ ČÁST**



# 1 Spánek a bdění

Spánek a bdění jsou dva základní funkční stavy centrálního nervového systému. Jsou nezbytné pro přežití i fungování každého člověka. Organismus těmito stavy prochází během celého lidského života díky působení vrozených biologických rytmů. Pro tuto kapitolu jsou stěžejní zvláště cirkadiánní rytmy, které se opakují v průběhu 24 hodin. Jejich fungování může být podmíněno zevně (exogenně), což je například střídání dne a noci. Nebo vnitřním neboli endogenním biologickým mechanismem, který není závislý na vnějších podnětech. Na střídání spánku a bdění se významně podílí neuronální okruhy vzestupného systému retikulární formace, limbický systém a hypotalamus (Merkunová, & Orel, 2008).

Mezi lidmi existují individuální rozdíly v preferovaném načasování pacemakeru neboli biologických hodin. Rozlišujeme dvě skupiny lidí. První z nich, „ranní ptáčata“ nebo „skřivani“, jsou velmi aktivní v ranních hodinách, nečiní jim problém brzké vstávání. V dopoledních hodinách jsou na vrcholu své fyzické aktivity a večer chodí brzy spát. Oproti tomu, „noční ptáci“ nebo „sovy“, se probouzejí později, nejaktivnější jsou v pozdních odpoledních hodinách nebo večer. Usínají pozdě v noci. Do těchto dvou skupin nelze zařadit každého člověka. Někteří lidé nepatří ani do jedné z těchto skupin (Plháková, 2013).

Mezi „ranními ptáčaty“ a „nočními ptáky“ existují rozdíly v kvalitě spánku. Studie, které se zúčastnilo 249 vysokoškolských studentů, prokázala, že tzv. „sovy“, mají horší kvalitu spánku než „ranní ptáčata“. Snížená kvalita spánku nočních ptáků mimo jiné způsobuje to, že usínají hůře než ranní ptáčata a častěji se u nich také objevuje ospalost během dne. Horší kvalita spánku také výrazně ovlivňuje denní dysfunkce (Plháková, Dostál, & Janečková, 2013).

## 1.1 Bdělost

Po probuzení nastává stav bdělosti, který je nezbytným předpokladem vědomí. V psychologickém slovníku je bdělost, neboli vigilance, popsána jako stav připravenosti a pohotovosti organismu reagovat na vnější podněty. Je také základním předpokladem vnímání a prožívání (Hartl, & Hartlová, 2009).

Co se týče zajištění bdělosti, z hlediska neurofyziologického se na něm podílí ascendentní aktivační systém retikulární formace. Senzorické a senzitivní informace přicházejí do retikulární formace a tím ji aktivují (Merkunová, & Orel, 2008).

### 1.1.1 Stavby bdění

Na základě stupně aktivity mozkové činnosti rozlišujeme tři stavy bdělosti: **Nerelaxovaná bdělost** je mentální stav, ve kterém je člověk probuzený, aktivní fyzicky i psychicky. Na encefalografu při tomto stavu převládají nepravidelné, rychlé beta vlny s nižší amplitudou. Frekvence beta vln je vždy vyšší než 13 Hz (Plháková, 2013).

**Relaxovaná bdělost** je uvolněný stav. Nastává po zavření očí, při relaxaci, odpočinku, meditaci, cvičení jógy a další psychické činnosti, která vyžaduje vnitřní koncentraci. Na záznamu EEG převládají alfa vlny s vyšší amplitudou. Frekvence je nižší, uvádí se 8–13 Hz (Plháková, 2013).

**Ostražitá bdělost** je stav, při kterém dochází k největší koncentraci pozornosti. Je spojený s výrazným emocionálním doprovodem. Na záznamu EEG se nachází vysokofrekvenční gama-rytmus (Merkunová, & Orel, 2008).

## 1.2 Spánek

Definice spánku není jednoznačná. Různě vědní obory jej popisují dle objektu, kterým se zabývají. I přes rozdílnost jednotlivých odvětví se však odborníci v mnohém shodují.

Šonka, Němcová a Paul (2007) vnímají spánek jako rytmicky se vyskytující stav organismu. Projevuje se sníženou reaktivitou na vnější podněty, změnou kognitivních funkcí, sníženou pohybovou aktivitou a typickými změnami aktivity mozku. Spánek není pasivním dějem, jak by se mohlo na první pohled zdát. Je to děj aktivní. K jeho uskutečnění je nutné zapojení mnoha mozkových oblastí. Zanedbatelný není ani celkový stav organismu a vhodné vnější podmínky.

Autoři Hartl a Hartlová (2009) uvádějí, že spánek je celkový útlum činnosti ústředního nervstva. Je spojený se snížením aktivity většiny životních pochodů. Významně ovlivňuje proces učení, paměť, schopnost soustředit se. Jeho nedostatek se projeví ve snížení duševních schopností.

Z hlediska neurofyziologického je spánek vnímán jako heterogenní funkční stav centrálního nervového systému a celého organismu. Můžeme si jej představit jako stav bezvědomí, ze kterého je možné se adekvátním senzoričným podnětem probudit (Merkunová, & Orel, 2008).

### 1.2.1 Funkce spánku

Funkce spánku v lidském životě je nezastupitelná. Podílí se na obnově činnosti nervového systému a všech tělesných i psychických funkcí. Zásadně ovlivňuje celý organismus. Je nezbytným předpokladem pro udržení a obnovení plné výkonnosti (Merkunová, & Orel, 2008). Během spánku dochází k regeneraci mozkových funkcí, ukládání podnětů a informací do dlouhodobé paměti a její konsolidaci – jinými slovy začlenění novějších informací do již existujících schémat (Orel, & Facová, 2009).

### 1.2.2 Stádia spánku

Nathaniel Kleitman a jeho student Eugene Aserinsky roku 1951 zjistili, že spánek není homogenním stavem, jak by se na první pohled mohlo zdát, ale že se skládá ze dvou hlavních částí (Pollak, Thory, & Yager, 2008). Jsou jimi REM fáze a NREM fáze. Označení REM fáze pochází z anglického „rapid eyes movement“, což je překládáno jako rychlé pohyby očí. Pod víčky se oči koordinovaně pohybují zleva doprava. Zkratka NREM vychází z anglického označení „non rapid eyes movement“. Jak už název napovídá, u NREM spánku se pohyby očí nevyskytují, což jej právě od REM fáze spánku odlišuje (Šonka, Němcová, & Paul, 2007).

Střídání spánkových fází označujeme jako tzv. spánkovou architekturu (Vašutová, 2009).

#### 1.2.2.1 NREM spánek

Synonymem pro NREM spánek je synchronní spánek nebo spánek s pomalými vlnami EEG. Zaujímá přibližně 75-80 % z celkové doby nočního spánku (Šonka, Němcová, & Paul, 2007).

Rozlišujeme čtyři stádia NREM spánku:

**Stadium 1:** v tomto stádiu dochází k usínání. Nejprve proběhnou velké tělesné pohyby, případně změna polohy těla. Následně se prohlubuje dýchání a zároveň se snižuje aktivita svalů. V této fázi se mohou objevit svalové křeče, které se projeví šubnutím celého těla, což může způsobit probuzení (Fernald, 1997 in Plháková, 2013). Na záznamu EEG se

objevují nepravidelné théta vlny, jejichž frekvence se pohybuje v rozmezí 3-7 Hz. V případě, že dojde k probuzení v tomto stadiu, tak je člověk přesvědčený o tom, že ještě nespál (Empson, 2002).

**Stadium 2:** délka druhého stádia je zpravidla 20 minut. Na záznamu EEG stále převažují théta vlny s nízkou a střední amplitudou. Vyskytují se zde také spánková vřetena, která tvoří shluk rychlých vln s frekvencí 11-15 Hz a dvoufázové vlny s velkou amplitudou, které se nazývají K-komplexy (Šonka, Jakoubková, & Paul, 2007).

**Stadium 3:** neboli pomalovlnný spánek nastává přibližně po 20 minutách od usnutí. Spánek je hluboký. Na záznamu EEG se objevují pomalé delta vlny, jejichž frekvence je menší než 2 Hz. Tyto vlny tvoří 20-50% EEG záznamu (Iber et al, 2007 in Plháková, 2013).

**Stadium 4:** jedná se o nejhlubší spánek. Pomalé delta vlny tvoří již více než 50% EEG záznamu. Stadium je charakteristické tím, že se nevyskytují pohyby očí, objevuje se trvalý tonus svalů brady, klesá dechová i srdeční frekvence. Zároveň se u některých jedinců mohou objevit noční děsy a somnambulismus neboli náměsíčnost (Šonka, Němcová, & Paul, 2007).

Když je stadium delta vln u konce, vrací se jedinec opět do stádia druhého. Celý cyklus NREM fáze, při kterém se spánek prohlubuje a opět změlčuje, se obvykle pohybuje v rozmezí 70-90 minut. Poté následuje REM spánek (Plháková, 2013).

#### **1.2.2.2 REM spánek**

REM spánek bývá označován také jako paradoxní či aktivní spánek (Orel, Facová, 2009). Charakteristická je intenzivní činnost mozku, která je srovnatelná s činností v bdělém stavu. Objevuje se také bohatá snová aktivita (Šonka, Němcová, & Paul, 2007).

Rosenthal (2006, in Plháková, 2013) uvádí dělení REM spánku na **tonický** spánek, který je delší. Převládají v něm théta a alfa vlny. Záznam EEG připomíná aktivitu v bdělém stavu případně první fázi spánku. Svaly jsou u jedince uvolněné s výjimkou srdečního svalu, bránice, okohybných svalů a hladké svaloviny. Kratší REM spánek se nazývá **faázický**. Projevuje nepravidelným dýcháním, zvýšenou srdeční frekvencí, která se podobá bdělému stavu.

Každou noc se u jedince vystřídají celkem čtyři cykly NREM spánku, které trvají přibližně 90-110 minut. Během spánku se střídají se čtyřmi až pěti REM fázemi, které zabírají právě 25% prospaného času. První REM fáze je nejkratší, trvá přibližně 10 minut, ostatní se postupně prodlužují, což vede ke zkracování NREM fází. Spontánní probuzení nastává během poslední REM fáze, která trvá přibližně 30 minut (Plháková, 2013).

### 1.2.3 Faktory ovlivňující spánek a jeho kvalitu

Faktorů, které spánek ovlivňují, je hned několik. Trachtová a kol. (2008) tyto faktory rozděluje do čtyř částí. Jsou jimi **fyziologicko-biologické faktory**, mezi které patří věk, nemoc, bolest, strava, tekutiny, pohyb, aktivita a změna způsobu života. Další skupinou jsou **psychicko-duchovní faktory**, ke kterým se řadí zvláště pocity strachu, úzkosti, nejistoty, dále také nedostatek činnosti, nuda či ztráta smyslu života. Třetí kategorií jsou **sociálně-kulturní faktory**, jedná se zvláště o mezilidské vztahy, disharmonii v rodině, pracovní i finanční problémy. Poslední skupinu tvoří **faktory životního prostředí**, které obsahují všechny rušivé vjemy prostředí, jako například nadměrný hluk, stav ovzduší, tlak vzduchu, teplota a nevyhovující prostředí či zařízení.

### 1.2.4 Spánková deprivace

Spánková deprivace nastává, pokud dojde k delšímu stavu bdělosti bez spánku, který začíná jedinci scházet (Hartl, & Hartlová, 2009). K odpočinku a regeneraci fyzických sil slouží hluboký REM spánek. Nedostatek REM spánku se projeví především narušením psychické činnosti (Plháková, 2004).

Délka spánku je u každého člověka různá. Někomu stačí 5 hodin, jiný potřebuje spát alespoň 9 hodin. Rozdíly jsou individuální. Optimální délka spánku je 7 - 8,5 hodiny denně. Pokud je spánek kratší, je větší tendence spát v denní době. U osob, které spí méně než 7 hodin, dochází ke zvýšení výskytu některých nemocí (Šonka, Němcová, & Paul, 2007).

Dopady spánkové deprivace jsou experimentálně ověřeny. Jeden z experimentů doložil, že nepřetržitě patnáctidenní bdění způsobilo celkové vyčerpání organismu zvířat, která na následky spánkové deprivace uhynula (Plháková, 2004). I v současné době je téma stále aktuální. Studie publikovaná roku 2015 se zabývala vztahem spánkové deprivace a rozšíření parazitního onemocnění malárie u myši. Ty byly rozděleny na dvě skupiny a infikovány parazity, kteří způsobují smrt. Skupina myši, která byla nepřetržitě

bdělá 48 hodin, vykazovala vyšší počet infikovaných buněk a snížení tělesné hmotnosti oproti skupině, která byla nepřetržitě bdělá 24 hodin. Tyto výsledky ukazují, že spánková deprivace poškozuje imunitní systém a vede ke zvýšení závažnosti infekční choroby (Lungato et al., 2015).

### **1.3 Spánek v různém období života**

Během celého našeho života má spánek výrazný vliv na vývoj člověka a také na jeho chování. Množství spánku a jeho načasování u různých věkových skupin, závisí na biologické regulaci, životním prostředí a psychologických faktorech (Crowley, Acebo, & Carskadon, 2007). Existují zřetelné změny ve struktuře spánku od dětství až po stáří. Tyto rozdíly budou popsány v následující části kapitoly.

#### **1.3.1 Spánek v dětství**

Délka spánku u novorozenců se pohybuje okolo 16-17 hodin denně. Narušován bývá v pravidelných intervalech, které jsou spojeny s nezbytnými pečovatelskými úkony. Novorozenci nereagují na střídání dne a noci. Jejich spánek můžeme charakterizovat jako polyfázický, regulovaný ultradiánními rytmy (Plháková, 2013). V prvních měsících života převažuje u kojenců aktivní spánek nad spánkem klidným, po třech měsících života dochází ke změně - převažuje přechod z bdění do klidného spánku. Po půl roce již můžeme na EEG pozorovat typické vzorce REM a NREM spánku. Zároveň klesá délka REM fáze spánku, přibližně na 25% prospaného času. Kojenec spí zvláště v noci a převažuje u něj klidný spánek nad spánkem aktivním. Ve druhé polovině prvního roku života trvá spánek přibližně 14 hodin denně a jeho nejdelší část se přesunuje do nočních hodin. Mění se tak délka denních a nočních fází spánku. U batolat se objevuje tzv. bifázický spánek. Spí přibližně 10 hodin v noci a nejvýše 3 hodiny odpoledne. V dětství se spánek postupně zkracuje. Před nástupem do školy vymizí denní spánek. Děti mladšího školního věku spí průměrně 11 hodin nočním spánkem. Během dne se u nich projevuje maximální bdělost. Noční spánek je kvalitní s četnými periodami hlubokého spánku. V dospívání dochází k postupnému zkracování nočního spánku na 8 hodin denně (Šonka, Němcová, & Paul, 2007).

#### **1.3.2 Spánek v období adolescence**

Vzhledem k tomu, že se výzkumná část věnuje právě adolescentům, je důležité zmínit také specifika v oblasti spánku v této věkové kategorii.

Jedním z charakteristických rysů spánku adolescentů je preference usínat v pozdějších nočních hodinách a také se později probouzet. Optimální délka spánku dospívajícího se však nemění. (Crowley, Acebo, & Carskadon, 2007).

Další typickou změnou je, že v průběhu dospívání dochází ke zkracování třetího a čtvrtého stádia spánku. Tento odhadovaný pokles je přibližně 40 % . U adolescentů se zkracuje doba od usnutí po první REM fázi. Dále se zvyšuje podíl prvního a druhého stádia což vede ke zkrácení třetího stádia spánku (Primhak, & Kingshott, 2011).

Narušení kvalitního spánku v tomto období může mít hned několik příčin. Nejčastěji se jedná o emocionální změny, stres, experimentování s omamnými látkami či různé společenské příčiny. Ve všeobecnosti potřebují adolescenti více spánku, než reálně mají, a tak u nich vzniká tzv. spánkový dluh. Spánek si tedy vynahrazují o víkendech či v době školních prázdnin. Takový režim se neslučuje s povinnostmi pracovního dne, a tak se může nedostatek spánku negativně projevit na fungování jedince. Ve vážnějších případech je nutné zvolit vhodnou léčbu - využívána bývá například fototerapie. Ke stabilizaci může také dojít samovolně, nejčastěji změnou životního stylu (Primhak, & Kingshott, 2011).

### **1.3.3 Spánek v dospělosti a ve stáří**

S přibývajícím věkem se opět mění spánková architektura. Ve středním věku se snižuje účinnost spánku tak, že se zkracuje jeho délka a dochází k častému probouzení během noci. Spánek je často u žen ovlivněn hormonálními změnami, které se projevují například při menopauze. Během stáří se postupně zmenšuje amplituda delta vln a dochází ke zkrácení podílu 3. a 4. NREM fáze spánku. Dochází také ke zřetelnému úbytku spánkových vřeten a K - komplexů (Šonka, Němcová, & Paul, 2007).

## 2 Vybrané poruchy spánku

Porucha spánku je popisována jako neschopnost dostatečného spánku, která způsobuje narušení výkonnosti a nadměrnou ospalost během dne (Hartl, & Hartlová, 2009).

Moráň (2001a) uvádí, že potíže se spánkem má přibližně 25-30 % dospělé populace. Z toho 17 % lidí označilo tyto problémy jako závažné. Přibližně 2-4 % populace pravidelně užívá hypnotika, tedy léky usnadňující usínání. Většinou se jedná o krátkodobé užívání, přibližně jeden den až dva týdny. Další 3-4 % procenta lidí užívají k vylepšení kvality spánku a urychlení usínání volně dostupná léčiva. Pokud spánek není narušený, tak je vnímán jako samozřejmost. Teprve, když k narušení dojde, tak je na něj zaměřena pozornost, stává se problémem.

### 2.1 Klasifikace poruch spánku

Kliničtí psychologové i lékaři pro účely diagnostiky využívají desátou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, a to nejen v České republice, ale také v dalších evropských zemích (Plháková, 2013).

Mezinárodní klasifikace nemocí rozděluje poruchy spánku do dvou skupin. První z nich jsou **neorganické poruchy spánku**, které se řadí k duševním poruchám a poruchám chování. Za jejich primární faktor jsou označovány emoční příčiny. Zároveň nespádají pod somatické poruchy, které jsou zařazeny jinde. Nejdeme je pod kódem F51 (MKN-10, 2014). Tyto neorganické poruchy spánku se dělí na dyssomnie a parasomnie. Dyssomnie jsou spojené s narušením kvality a načasováním spánku, typickým příkladem je neorganická insomnie, hypersomnie a poruchy schématu spánek–bdění. Parasomnie souvisí s abnormálním chováním ve spánku, příkladem jsou noční můry, noční děsy nebo somnambulismus (Orel, & Facová, 2009). Druhou skupinu tvoří **organické poruchy spánku**. Ty jsou řazeny mezi nemoci nervové soustavy (MKN-10, 2014).

Mírně rozdílné dělení uvádí Mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění (ICSD) z roku 2005. Osm hlavních kategorií poruch spánku je popsáno v následující tabulce (ICSD–2, 2005).



**Tabulka 1: Klasifikace poruch spánku podle ICSD–2 (2005).**

1. Insomnie
2. Poruchy dýchání související se spánkem
3. Hypersomnie centrálního původu
4. Poruchy cirkadiánního rytmu
5. Parasomnie
6. Pohybové poruchy související se spánkem
7. Izolované symptomy, odchylky od normálu, nevyřešené problémy
8. Ostatní poruchy spánku
Dodatek A: poruchy spánku spojené s jednotkami klasifikovanými jinde
Dodatek B: další psychiatrická a behaviorální onemocnění vyskytující se často v diferenciální diagnostice poruch spánku

## 2.2 Insomnie

Insomnie (nеспavost) je nejfrekventovanější porucha spánku. Její prevalence v populaci se pohybuje v rozpětí mezi 10-20 %, přičemž spolu s věkem se zvyšuje četnost jejího výskytu (Vašutová, 2009). Pro nespavost je charakteristické nedostatečné množství spánku nebo jeho horší kvalita. U lidí, trpících insomnií, se vyskytují potíže s usínáním, potíže s udržení spánku, probuzení v brzkých ranních hodinách s čímž souvisí pocit nedostatečného zotavení (Praško, Espa-Červena, & Závěšická, 2004).

Mezi znaky nespavosti podle Pretla a Příhodové (2007) patří:

- doba usínání delší než 30 minut
- nemožnost usnout po probuzení déle než za 30 minut
- probuzení se dříve než 30 minut před plánovaným probuzením
- spánková efektivita menší než 85 %

Autorka dále uvádí, že o nespavosti mluvíme, pokud se výše zmíněné obtíže objevují minimálně 3krát do týdne po dobu jednoho měsíce.

Co se týče důsledků nespavosti, jsou to především pocity únavy a neodpočatosti. Během dne se může objevit výrazný úbytek energie a denní spavost. Časté jsou také poruchy paměti a koncentrace, s čímž souvisí větší náchylnost k chybám a nehodám.

Dochází k úbytku motivace, poruchám nálady, zvláště pocitu podrážděnosti a úzkosti. Dopady můžeme pozorovat také v somatické oblasti. Zde se jedná především o bolesti hlavy, gastrointestinální symptomy a vzniku tenze (Pretl, & Příhodová, 2007).

Rozvoj insomnie výrazně ovlivňuje osobnost a adaptační schopnosti daného člověka. Zanedbatelné nejsou ani vnější faktory, jako je délka a intenzita stresových podnětů či důsledky nespavosti (Bouček a kol., 2006).

Nejčastější metodou léčby nespavosti je použití nebenzodiazepinových hypnotik. Ty je však možné užívat pouze krátkodobě. Jsou nejvhodnějším řešením v akutních obtížích. Pokud však stav přetrvává několik týdnů, pak je nutné vyhledat odborníka. Další farmaka využívaná v léčbě jsou tricyklická antidepresiva, antidepresiva, melatonin, antihistaminika a chloralhydrát (Příhodová, 2013). Účinnou a doporučovanou metodou je psychoterapie. Nejčastěji bývá doporučována kognitivně-behaviorální terapie (KBT). KBT je efektivním řešením pro stavy akutní, ale také chronické. Důležitý je také správný spánkový režim a dodržování spánkové hygieny (Pretl, & Příhodová, 2007).

### 2.2.1 Typy insomnie

Nespavost dělíme podle délky jejího trvání na **krátkodobou** a **chronickou** (Praško a kol., 2004). **Krátkodobá insomnie** bývá označována také jako akutní nespavost

či spánková porucha z nepřízůsobení. Trvá nejčastěji jen několik dnů, maximálně 2-3 týdny. Způsobena je zpravidla stresem, pracovními či rodinnými problémy, výjimečnými životními událostmi tělesnými obtížemi, narušením denního režimu, změnou vnějších podmínek. U žen se na jejím vzniku mohou podílet hormonální změny v průběhu menstruačního cyklu (Praško a kol., 2004). Krátkodobá nespavost zpravidla vymizí samovolně, po adaptaci na zátěžovou situaci nebo po jejím ukončení (Plháková, 2013). Pokud tomu tak není, pak se k léčbě užívají hypnotika, která nesmí být podávána déle než 4-6 týdnů (Praško a kol., 2004). **Chronická insomnie** se označuje také jako přetrvávající či naučená (podmíněná) insomnie. Jedná se o nespavost, ke které dochází minimálně 2-3 za týden po dobu delší než 30 dnů. Rozlišujeme 2 typy chronické nespavosti.

Prvním z nich je **primární insomnie**, kde je nespavost hlavním a zároveň jediným příznakem. Na vzniku primární insomnie se mimo jiné podílí chronický stres, napětí při usínání, automatické obavy z nemožnosti usnout a zvýšená bdělost. Primární insomnií tvoří poruchy spánku s názvem psychofyziologická insomnie a idiopatická insomnie.

**Psychofyziologická insomnie** se skládá ze dvou hlavních faktorů. Prvním z nich jsou *automatické obavné představy* s usínáním nebo probouzení během noci, na které lidé během usínání intenzivně myslí. Tyto myšlenky zvyšují *tělesné napětí*, což je druhý faktor. Usínání se pak stává obtížnějším. Lidé si často stěžují na rychlý proud myšlenek, který není možný při usínání zastavit. **Idiopatická insomnie** má časný začátek, což ji od psychofyziologické insomnie odlišuje. Příznaky se objevují již v dětství a mohou přetrvávat po celý život. Příčinou je pravděpodobně abnormita neurologického řízení mechanismu spánek-bdění (Praško a kol., 2004).

Druhým typem je sekundární **insomnie**, která je přidružena k jiným onemocněním, velmi často psychického původu. Prevalence této nespavosti se pohybuje kolem 40 %. Objevuje se mimo jiné u mánie, deprese, schizofrenie, neurotických poruch, organických poruch, zneužívání návykových látek či poruch příjmu potravy. Co se týče somatických onemocnění, zde se insomnie vyskytuje nejčastěji u bolestivých onemocnění, svědění či u jiné poruchy spánku (Praško a kol., 2004).

### **2.2.1.1 Paradoxní insomnie**

Jinými slovy chybná percepce spánku či subjektivní nespavost. Jedná se o chybné vnímání spánku. Lidé jsou přesvědčeni, že probděli celou noc nebo alespoň její značnou část. Stížnosti však nejsou potvrzeny objektivním nálezem při pozorování spánku. Polysomnografické záznamy svědčí o plnohodnotném spánku. Jedinci jsou během dne v dobré duševní i tělesné kondici (Šonka, & Pretl, 2009). Pseudoinsomnie je způsobena psychickou přecitlivělostí, která je součástí struktury osobnosti a ovlivňuje nesprávné vnímání kvality spánku (Borzová a kol., 2008).

## **2.3 Některé poruchy dýchání související se spánkem**

**Apnoe** se řadí mezi dyssomnie organického původu. Jedná se o opakované přerušování dýchání ve spánku, které trvá přibližně 10 s a více a opakuje se minimálně 5 krát za hodinu spánku (Hobzová, 2010). V některých případech trvá dokonce déle než 60 vteřin. Poté se jedinec na velmi krátkou dobu probudí kašlem nebo zalykáním. Následně opět usíná a celá sekvence se zase opakuje. Tento proces se během noci může objevit hned několikrát. Jedinec si jej však nepamatuje, má ale pocit, že byl spánek neosvěžující. Příčin spánkové apnoe je hned několik. Nejčastěji bývá způsobena uzavřením nebo

zúžením v oblasti hrtanu. Další faktory, které mohou vznik způsobit, jsou nadváha, konzumace alkoholu či chrápání (Chopra, 1994).

Autoři Šonka a Příhodová (2007) rozlišují několik typů. *Obstrukční apnoe* je charakteristická tím, že přetrvává dýchací úsilí. O *centrální apnoe* hovoříme tehdy, pokud chybí v centrální nervové soustavě řídicí podněty k dýchání. *Směšená apnoe* je ta, která začíná jako centrální, ale během jejího trvání dojde k obnovení dýchacího úsilí.

Spánková apnoe se vyskytuje zvláště u dospělých, u dětí se s ní setkáváme zřídka. U starších lidí existuje výrazné riziko přivození srdečního selhání v důsledku rozvinuté apnoe, která může způsobit hypertenzi a snížení hladiny kyslíku v krvi (Chopra, 1994).

Léčba spánkové apnoe spočívá ve vyloučení potenciálních zdravotních komplikací, které by mohly být spouštěčem. Jedná se například o obezitu, obstrukci horních dýchacích cest a další. Účinný může být také trvalý přetlak v dýchacích cestách nebo aplikace kyslíku během spánku. Z farmak se nejčastěji využívá acetazolamid. Ke zlepšení ovšem může dojít i spontánně, děje se tak přibližně u 20 % případů (Šonka, & Příhodová, 2007).

## **2.4 Hypersomnie**

Hypersomnie tvoří skupinu onemocnění, které jsou charakteristická nadměrnou denní spavostí a prodlouženým nočním spánkem. Lidé, trpící hypersomnií, nejsou schopni udržet kontinuální bdělost během celého dne. Po probuzení se cítí stále unavení a denní spavost u nich přetrvává (Moráň, 2001b). Hypersomnii diagnostikujeme, pokud příznaky trvají alespoň tři měsíce. Potíže jsou zaznamenávány především pomocí subjektivního škálování, případně polysomnografickým vyšetřením (Nevšimalová, 2007). Příčin neorganické hypersomnie je hned několik. Jednou z nich jsou další poruchy spánku, nejčastěji insomnie či poruchy cirkadiálního rytmu. Zanedbatelná není ani životospráva či konzumace návykových látek. Lehčí forma hypersomnie se může objevovat u žen v závislosti na hormonálních změnách jako je menstruace či těhotenství. Dále se může být doprovázejícím symptomem organického poškození centrální nervové soustavy. Dopady nadměrné denní spavosti se projeví nejen v omezení pracovní výkonnosti, zvýšení nehodovosti, ale také ve společenském životě, volnočasových aktivitách a v partnerských či jiných vztazích (Nevšimalová, 2007). Jedná se o závažný společenský problém, kterým se, mimo jiné, zabývala studie publikovaná 1997. Celkem se jí zúčastnilo 4952 respondentů ve věku od 15 do 100 let. Lehčí formu hypersomnie zde

uvedlo 15-20 % respondentů a jako závažný problém vnímalo denní spavost 4-6 % respondentů (Ohayon et al., 1997).

### **2.4.1 Narkolepsie**

Nevšímalová (2007a) popisuje narkolepsii jako chorobný stav, který je charakteristický náhlým nepřekonatelným usínáním, které se opakuje několikrát během dne a trvá pár minut, zpravidla 5-10 nebo i méně, nejvýše však půl hodiny. Nastává, když je jedinec v klidu nebo při stereotypních, automatických činnostech. Po probuzení se lidé cítí svěže, velmi brzy se však opět dostaví pocit únavy. Prevalence narkolepsie v populaci se pohybuje v rozmezí 0,02-0,18 % (Nevšímalová, 2007). Autorka Bušková (2006) dodává, že tato geneticky podmíněná neurologická porucha vzniká nejčastěji ve věku od 20 do 40 let. Přibližně 40 % pacientů však uvádí začátek obtíže dříve - 10% pacientů zaznamenalo začátek nemoci již před 10. rokem věku. Oproti tomu začátek onemocnění po 55. roku je spíše výjimečné.

Narkolepsie je dlouhodobým onemocněním, její příznaky však lze pomocí léčby zmírnit či potlačit tak, aby jedinec mohl vést kvalitní život. Vše se odvíjí od závažnosti příznaků. V první řadě je důležitý pravidelný režim. Pacienti si plánují denní spánky, přiměřené fyzické aktivity a důraz je kladen také na dlouhý noční spánek. Pravidelný spánkový režim je pro léčbu stěžní. Dále se využívá medikace. K ovlivnění denní spavosti se využívají centrální stimulancia či modafinil. Ke snížení katalepsie (náhlé ztráty svalového napětí) bývají využívána tricyklická antidepresiva či inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (Příhodová, 2013).

### **2.5 Parasomnie**

Autorka Příhodová (2013) popisuje parasomnie jako poruchy spánku, pro které jsou charakteristické abnormální, nepředvídatelné jevy ve spánku. Projevují se nejen ve spánku, ale také ve stavu bdělosti nebo probuzení. Při neúplném probuzení, může jedinec vykonávat automatické pohyby, které však není schopen plným vědomím řídit a korigovat. Zahrnují vegetativními projevy (bušení srdce, rychlejší dýchání, výrazné pocení, vyšší krevní tlak a další), psychickými prožitky (emoce, změněné vnímání) a aktivaci autonomního systému. Novák a Slonková (2008) uvádějí, že v minulosti byly parasomnie milně zaměňovány za formu epilepsie. Odlišení parasomnií od parciálního epileptického záchvatu může být problematické i dnes.

Většinou jsou silně ovlivňovány stresem. Mohou být také důsledkem poruchy koordinace biologických a psychologických procesů v centrálním nervovém systému (Moráň, 2002).

Výskyt parasomnií je nejčtenější v dětském věku. Až 80 % dětí prožije alespoň jedenkrát tento ojedinělý stav. Zpravidla ustupují s věkem dítěte a vývojem spánku. Nejfrekventovanější jsou parasomnie vázané na NREM spánek, noční můry a primární noční enuréza (Příhodová, 2013).

Co se týče léčby parasomnií, ve většině případů není nutná, protože se jedná o přechodnou poruchu, které zpravidla odeznívá. Je však nutné dbát na pravidelný režim a vyhýbat se konzumaci návykových látek. Pokud se na vzniku podílejí psychogenní faktory, pak je vhodné vyhledat odbornou psychologickou nebo psychiatrickou pomoc. K léčbě se také často využívá psychoterapie, zvláště kognitivně-behaviorální terapie. Při pravidelném výskytu je možné využít tzv. programovaná probuzení, která spočívají v probuzení 30 minut před výskytem stavu. Praktikují se alespoň po dobu jednoho měsíce. Přínosné může být také praktikování meditace, relaxace, behaviorálního tréninku či hypnózy. Farmakologická léčba se doporučuje, pokud je výskyt alespoň 4 krát měsíčně. Z farmak se nejčastěji k léčbě používá clonazepan, diazepam imipramin nebo inhibitory zabraňující zpětnému vychytávání serotoninu (SSRI). Léčba by neměla trvat déle než 3-6 měsíců a to hlavně z důvodů vedlejších účinků léčiv (Příhodová, & Šonka, 2007).

### **2.5.1 Somnambulismus**

Somnambulismus (také náměsíčnost) je charakteristický automatickým chováním, které zahrnuje především chůzi. Typická epizoda náměsíčnosti začíná tím, že se jedinec posadí na posteli. Obvykle se u této činnosti tváří zmateně či nepřítomně. Následně může opustit lůžko a chodit po místnosti nebo dokonce po celém domě. Během celé epizody dochází ke snížení schopnosti uvědomovat si vnější stimuly, což znesnadňuje úplné probuzení. Příležitostně se mohou vyskytnout také řečové projevy, ty však jen zřídka vyjadřují kognitivní nebo mentální obsahy. Epizoda, která trvá několik minut či hodin, končí ulehnutím do postele a následným pokračováním v klidném spánku. Po probuzení si jedinec obvykle nic nepamatuje (Pollak, Thorpy, & Yager, 2009).

Podle stejných autorů se somnambulismus nejčastěji objevuje u dětí a v prepubertálním věku. Není to žádný atypický jev, průměrně se s ním alespoň jednou setká až 30 % zdravých dětí. Nejvyšší frekvence výskytu se pohybuje kolem 10. roku

života. V průběhu puberty dochází se snížení frekvence episod. Borzová a kol. (2009) uvádí, že prevalence výskytu somnambulismu u dospělých se pohybuje v rozmezí 1-2,5 % populace. Dále dodává, že se jedná o nemoc, která je geneticky vázána. Pokud jí trpí oba rodiče, pak existuje přibližně 70 % pravděpodobnost přenosu na potomky.

### **2.5.2 Pavor nocturnus**

Pavor nocturnus neboli noční děsy popsal roku 1968 Roger J. Broughton. Jedná se o neorganickou parasomnii, která je vázaná na NREM spánek. Obvykle se objevuje v prvním cyklu nočního spánku (Pollak, Thorpy, & Yager, 2009). Episoda nočních děsů je charakteristická tím, že se jedinec s pronikavým křikem a úzkostným výrazem prudce posadí v posteli. Prožívá strach, paniku, úzkost. Často je zmatený, nesrozumitelně mluví. Obvykle běží ke dveřím, jako by chtěl někomu utéct, uniknout z pokoje. Během poruchy pozorujeme i vegetativní změny jako je zrychlený dech, tlukot srdce, rozšířené zorničky, značné pocení, může dojít i k pomočení. Většina epizod netrvá déle než 15 minut. S postiženým jedincem není možné v průběhu epizody komunikovat, není možné jej probudit (Plháková, 2013). Ráno si zpravidla na noční děsy nevzpomíná. Pokud k rozpomenutí dojde, pak jsou vzpomínky neúplné, objeví se jedna až dvě snové představy (MKN-10, 2014).

Noční děsy se nejčastěji vyskytují u dětí. Až 6 % prepubertálních dětí trpí opakujícími se episodami této nemoci. Vrchol frekvence výskytu se pohybuje kolem 6. roku života dítěte (Pollak, Thorpy, & Yager, 2009). Do 15 let zpravidla ustávají. Prevalence výskytu u dospělých osob je přibližně 1 %. V tomto období jsou navíc doprovázeny dalším psychickými poruchami, jako jsou úzkosti, deprese či fobie (Moráň, 2002).

### **2.5.3 Noční můry**

Noční můry jsou parasomnií, která je vázaná na REM spánek, což je výrazně odlišuje od výše zmíněných nočních děsů (Příhodová, & Šonka, 2007). Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2014, 229) definuje noční můry jako „*snový prožitek, nabitý úzkostí nebo strachem, s velmi detailní vzpomínkou na snový obsah.*” Nejčastějším tématem nočních můr je ohrožení života, bezpečí či sebeúcty. Jedinec se z noční můry probouzí se silným emočním doprovodem. Obvykle pociťuje úzkost, strach, případně hněv či další negativní pocity (Příhodová, & Šonka, 2007).

Rozlišujeme dva typy nočních můr. Jsou jimi **idiopatické** noční můry, u kterých není specifikována příčina a **posttraumatické** noční můry, které vznikají při posttraumatické stresové poruše (ICSD-2, 2005). Pacienti trpící posttraumatickými nočními můrami se během noci často budí, což může způsobit vznik nespavosti (Plháková, 2013). Autorka Borzová a kol. (2009) uvádí, že nejčastější výskyt nočních můr je u dětí ve věku 3–6 let. Až 75 % těchto dětí si stěžuje na noční můry. S věkem klesá četnost výskytu. U předškolních dětí je prevalence udávána v rozmezí 10–50 %. Příhodová a Šonka (2007) dodávají, že poté noční můry obvykle spontánně vymizí. V dospělosti trpí nočními můrami přibližně 2-8 % jedinců. Což potvrzuje studie publikovaná roku 2012. Zúčastnilo se jí 198 vysokoškolských studentů. Celkem 35 % respondentů uvedlo, že se u nich objevují noční můry velmi vzácně. Několikrát do roka se tyto sny zdají 30 % respondentům. Výskyt nočních můr alespoň jednou týdně uvedlo 5 % studentů, frekvenci několikrát týdně označila 2 % studentů a 7 % studentů uvedlo, že noční můry nemívají vůbec (Kráčmarová, 2012). Schredl (2010) se také výzkumně zabýval frekvencí nočních můr. Jeho výzkumu se zúčastnilo celkem 2 019 (1 135 žen, 884 mužů) respondentů. Z celkového počtu respondentů mělo 2,4 % jedinců noční můry jednou týdně nebo častěji, 4,7 % dvakrát jednou za dva týdny. Většina respondentů (80 %) uvedla, že se u nich noční můry téměř nevyskytují. Schredl (2003) se mimo jiné věnoval frekvenci nočních můr u mužů a žen. V tomto výzkumu dospěl k závěru, že ženy mají noční můry častěji než muži.

## **2.6 Abnormální pohyby ve spánku**

ICSD-2 (2005) popisuje abnormální pohyby ve spánku jako jednoduché, stereotypní pohyby, které se mohou objevit i u jinak zdravých osob. Každý z jevů může mít vysokou intenzitu, což obvykle způsobí nepohodlí pacienta, bolesti, úzkost či rozpaky.

### **2.6.1 Syndrom neklidných nohou**

Syndrom neklidných nohou označujeme zkratkou RLS (Restless Legs Syndrome). Borzová a kol. (2009) uvádějí, že se syndrom neklidných nohou projevuje čtyřmi příznaky. Zpravidla je nutkání pohybovat nohama doprovázeno nepohodlím a nepříjemnými pocity v nohách. K jeho zhoršení dochází během odpočinku či nečinnosti. Naopak k částečnému či úplnému odstranění příznaků dochází při pohybu (například při chůzi). Nepříjemné pocity a pohyby jsou nejsilnější večer a v noci. RLS se



může u pacientů objevit i sekundárně. Nejčastěji je tomu tak u poškození nervového systému, nedostatku železa, revmatických onemocnění či Parkinsonovy nemoci (Moráň, 2007). RSL postihuje přibližně 10% populace, přičemž častěji jím trpí ženy. Výskyt se zvyšuje během těhotenství a porodu (Borzová a kol., 2009). Což dokládá také studie publikovaná 2014. Z 500 respondentek, jejichž průměrný věk byl 27 let, pozitivně odpovědělo celkem 77 těhotných respondentek na všechny otázky týkajících se diagnostických kritérií RLS. Zjištěná prevalence RLS během těhotenství byla přibližně 15,4 % (Bülent a kol., 2014). Příčinou onemocnění je porucha extrapyramidového systému, který se podílí na řízení pohybu. Přibližně v polovině případů je jako příčina označena genetická předurčenost (Borzová a kol., 2009).

Terapie RLS spočívá především v úpravě režimu, dostatečném spánku, omezení těžkých jídel, kofeinových nápojů a alkoholu. Vhodné jsou relaxační techniky a fyzická aktivita, která omezuje příznaky RLS a prohlubuje spánek. Pokud je to nutné, pak je také perorálně podáváno železo. Tento účinek se projeví za několik týdnů, proto je podávání nutné alespoň po dobu 3-4 měsíců. Z farmak se dále nejčastěji využívají dopaminergní antagonisté, clonazepam nebo gabapentin (Příhodová, 2013).

## **2.7 Poruchy cirkadiánního rytmu**

Během poruch cirkadiánního rytmu dochází ke změnám v časování spánku, které není v souladu se společenskými normami. Spánek začíná dříve, nebo naopak později než obvykle. Probouzení i usínání činí pacientům problémy. Nejčastěji jsou tyto poruchy způsobeny nedostatečným fungováním biologických hodin či vnějšími podněty (Příhodová, 2013). U poruch není přítomen jiný neurologický nebo somatický stav, který by dané problémy mohl způsobovat. Nutné je také vyloučit užívání psychoaktivních látek (Borzová a kol., 2009).

Léčba poruch cirkadiánního rytmu je komplexní. Skládá se z dodržování pravidelného režimu, léčby melatoninem a osvit v ranních hodinách. Prvním krokem je synchronizace biologických hodin s denním časem. Následně je důležité dodržovat pravidelný režim, vyhýbat se konzumaci alkoholu, kávy a kouření alespoň 4-6 hodin před spánkem. Zvýšit přirozený denní osvit a večer se osvit vyhýbat, například nesledovat televizi. Následuje již zmíněná léčba melatoninem a osvit v ranních hodinách. Účinná je také aplikace vitamínu B<sub>12</sub>, který může podpořit posun spánku. Efektivní je také kognitivně-behaviorální terapie spolu s již zmíněnou léčbou (Příhodová, 2013).

### **2.7.1 Zpožděná fáze spánku**

Při zpožděné fázi spánku dochází k posunutí obvyklého začátku spánku alespoň o 2 hodiny. Pacient usíná až v brzkých ranních hodinách (nejčastěji mezi 1-6 hodinou). Ve spánku následně pokračuje dopoledne nebo v odpoledních hodinách. Vstávání je pro pacienty obtížné, a proto mívají potíže s včasným příchodem do školy či zaměstnání (Plháková, 2013). Po probuzení se mohou dostavit projevy spánkové opilosti (Nevšimalová, & Illnerová, 2007). Pacienti se tuto situaci ovlivnit tím, že chodí brzy spát, využívají relaxační techniky či užívají hypnotika. Tyto aktivity jim přinášejí však jen malý trvalý úspěch. Onemocnění se nejčastěji objevuje v období adolescence, výjimečně však může začít už v dětství. Vyskytuje se také v souvislosti s psychopatologií, užívání alkoholu, hypnotik či sedativ (ICSD-2, 2005).

### **2.7.2 Předsunutá fáze spánku**

Předsunutá fáze spánku (advanced sleep phase – ASP) je, jak už vyplývá z názvu, opakem již zmíněné zpožděné fáze spánku. Je charakteristická tím, že jedinec usíná podstatně dříve, než obvykle (Pollak, Thorpy, & Yager, 2009). Obvykle jejich spánek začíná již ve večerních hodinách, v rozmezí 18–21 hodin. Probouzejí se v brzkých ranních hodinách, velmi často mezi 2-5 hodinou (Nevšimalová, & Illnerová, 2007). ASP se začíná projevovat v dospělém věku. Spolu s věkem dochází ke zvyšování výskytu této poruchy. Prevalence v populaci středního věku a starší byla odhadnutá na zhruba 1 % (Revel et al., 2006).

## **2.8 Hraniční varianty a izolované příznaky poruch spánku**

Hraniční varianty jsou skupiny poruch, které tvoří přechod mezi spánkem normálním a abnormálním (ICSD-2,2005). Do této skupiny patří například odlišná délka spánku, chrápání, mluvení ze spánku či hypnagogické záškuby (Nevšimalová, 2007b).

### **2.8.1 Chrápání**

Chrápání (ronchopatie) jsou dýchací zvuky, které vznikají během spánku v horních dýchacích cestách. Intenzita i výška tónu jsou udávány vlastnostmi kmitajících měkkých tkání, dotváření zvuku v horních dýchacích cestách a síle dechového úsilí (Šonka a kol, 2004). Chrápání je naprosto běžným jevem. Vyskytuje se až u 60 % mužů 45 % žen starších 60 let (Praško a kol., 2004).

### **2.8.2 Mluvení ze spánku**

Mluvení ze spánku popisuje ICSD-2 (2005) jako vyslovování slov nebo zvuků během spánku, aniž by si je jedinec uvědomoval. Zpravidla se jedná o krátká slova, která obvykle neobsahují příznaky emočního stresu. Objevuje se v idiopatické formě, ale také může být přidruženo k dalším, vážnějším poruchám spánku. Mluvení ze spánku postihuje přibližně 50 % dětí a 5 % dospělé populace. Lze u něj předpokládat genetické predispozice. Tyto projevy mohou být nepříjemné pro partnery či členy domácnosti.

### **2.8.3 Hypnagogické záškuby**

Hypnagogické záškuby jsou pohyby, zejména jednorázové, které se vyskytují při usínání. Nejčastěji zasahují horní nebo dolní končetiny, mohou se však postihnout celé tělo. Objevují se spontánně nebo jako reakce na vnější podnět, velmi často při větší námaze, psychickém stresu (Moráň, 2002). Frekvence výskytu je udávána v rozmezí 60–70 % u zdravých jedinců. Není povázána s věkem, objevuje se u různých věkových kategorií, stejně u mužů i žen (Nevšimalová, 2007b).

### 3 Rodinné prostředí

Rodina má značný vliv na vývoj a život dítěte. Výzkumně byla prokázána také souvislost mezi rodinným prostředím a výskytem poruch spánku u adolescentů (Adam et al., 2007). Souvislosti mezi poruchami spánku a rodinným prostředím se věnuje také výzkumná část práce, a proto bych v následující kapitole chtěla tuto problematiku nastínit.

#### 3.1 Definice rodiny

Definic rodiny existuje hned několik, vzájemně se však doplňují.

Autoři Kraus, Poláčková a kol. (2001, 78) vnímají rodinu jako „*institucionalizovaný sociální útvar nejméně tří osob, mezi nimiž existují rodičovské, příbuzenské nebo manželské vazby.*”. Jako základ rodiny uvádějí stejní autoři dyadický pár, který se skládá z muže a ženy. Fisher a Škoda (2009) považují rodinu za nejdůležitější sociální skupinu, ve které člověk žije a uspokojuje své fyzické, psychické a sociální potřeby. Rodina je také zdrojem jedinečného systému hodnot a vzorců chování. Helus (2007) popisuje rodinu jako první sociální skupinu, ve které se dítě nachází. Právě zde dochází k primární socializaci - dítě vstupuje do prvních interakcí se společnostmi. Sobotková (2007) vnímá rodinu jako systém, který se skládá z jednotlivých subsystémů. Tvoří jej manželský či partnerský subsystém, subsystém rodič – dítě a sourozenecký subsystém. Při zkoumání tohoto rodinného systému, není možné opomenout jedinečnost každého člena rodiny. Nakonečný (2009) popisuje rodinu jako primární skupinu, která je sociologicky popisována jako společenská instituce, která tvoří velmi důležitý prvek lidské společnosti. Stejný autor dále rozlišuje tři typy rodiny. **Vícegenerační rodina** je charakteristická soužitím rodičů a dětí s prarodiči. O **úplné rodině** nebo také nukleární rodině hovoříme, pokud ji tvoří pár a dětmi. Jestliže jeden z rodičů schází, pak se jedná o **neúplnou rodinu**.

#### 3.2 Vývoj rodiny

V 18. a 19. století byla typická tzv. **patriarchální rodina**, což znamená, že dominantní postavení měl otec. Tento model rodin přetrvával v České republice až do roku 1949 (Dunovský a kol., 1999). Dále je pro toto období typická monogamní a vícegenerační rodinná formace. Důraz byl kladen zvláště na ekonomickou stránku rodiny, posuzovalo se také její postavení ve společnosti. Z toho pramení velmi časté

uzavírání sňatků na základě předešlé domluvy rodičů (Možný, 2008). Od té doby prošla rodina výraznými změnami.

Současnou rodinu charakterizuje Helus (2007) pěti znaky. Tato rodina je **nukleární (jádrová)** což znamená, že několik málo lidí společně sdílí intimní soužití. Tito lidé tedy tvoří samotné jádro rodiny, zpravidla to bývají partnerské dvojice. Následujícím znakem je **manželská** rodina. Pod tímto znakem si můžeme představit situaci, kdy manželé nejsou jen rodičem svým dětem, ale pečují i o děti z předchozích vztahů jednoho či druhého partnera. Současně tuto rodinu můžeme označit za **dvougenerační** neboli skládající se z generace rodičů a generace dětí. Třetí znak spočívá ve **vztahové intimitě**. Oproti tradiční velké rodině je v nukleární rodině znatelná citová blízkost. Členové si navzájem poskytují citovou oporu, jeden do druhého se vcítí, sdílí pocity lásky, ale také starostí, které mohou být vyvolány společnými problémy. Posledním znakem je **privátní individuace**. Dnešní rodina klade důraz na individualitu jedince. Vymaňuje se z pout tradice, kterou tvořily historicky předávané hodnoty a zvyky nebo také typické profesních a majetkové předurčení. Individuace nemusí vést nutně k rozvoji osobnosti. Může se realizovat v podobě bezohlednosti vůči druhým, a proto je nutná také společenská kontrola.

### 3.3 Funkce rodiny

Tak, jako se vyvíjela rodina, tak se měnily také její funkce. V současné době rozlišujeme hned několik funkcí rodiny.

První z nich je funkce **biologicko-reprodukční**. Jak už napovídá název, slouží k právě k udržení života. Má význam jak pro jedince, tak také pro celou společnost (Dunovský a kol., 1999). Následuje funkce **sociálně-ekonomická**. Rodina se výrazně podílí na rozvoji ekonomického systému státu. Její členové jsou nejen spotřebitelé, ale také se zapojují do výrobních i nevýrobních procesů (Kraus, Polášek a kol, 2001). Zabezpečovací funkce se týká všech členů rodiny a nejedná se jen o materiální oblast. Zahrnuje v sobě také oblast sociální, duševní i duchovní. Stěžejním cílem této funkce je poskytovat jedinci v životě jistoty (Dunovský a kol., 1999). Další funkce je **emocionální**. Je to velmi významná základní funkce rodiny, potřebují ji všichni členové rodiny, nejen děti. Zajišťuje harmonický život rodiny (Dunovský a kol., 1999). Poslední funkcí, kterou bych v této části chtěla zmínit, je funkce **socializačně-výchovná**. Jedná se o nejvýznamnější funkci, jelikož připravuje děti i mladistvé do praktického života. Děti si

aktivně osvojují nejrůznější praktické dovednosti (Kraus, Polášek a kol, 2001). Rodina dítěti předává nejen základní způsoby společenského chování, ale také kulturní hodnoty dané společností (Langmeier, & Krejčířová, 2006).

Ne v každé rodině však dochází k uspokojování všech potřeb dítěte. Autor Dunovský (1986) rozlišil čtyři kategorie rodin z hlediska funkčnosti uspokojování potřeb. Učinil tak na základě dotazníku funkčnosti rodiny. Prvním typem je **rodina funkční**. V těchto rodinách je zajištěn dobrý vývoj dítěte, jsou uspokojovány jeho potřeby. Tyto rodiny jsou ve společnosti zastoupeny nejčastěji, udávaná četnost je 83-88 %. U **rodin problémových** jsou členové zahlceni potížemi, což rodině značně znesnadňuje plnit některé nebo všechny funkce. Rodina tyto potíže však zvládá řešit sama či s drobnou pomocí zvenčí. Je však vhodné rodinu zvýšeně pozorovat. Výskyt v populaci je udáván v rozmezí 10-13 %. V **dysfunkčních rodinách** nejsou některé nebo všechny funkce rodiny plněny. Rodina již není schopna zvládat problémy samostatně. Vývoj dětí může být bezprostředně ohrožen, a proto musí častokrát zasáhnout vnější instituce. Sobotková (2007) uvádí některé znaky, podle kterých je možné takové rodiny identifikovat. Patří mezi ně například: problematická, nejasná komunikace, popírání problémů, chybějící pravidla, nedostatečná intimita, potlačování individuálních potřeb a osobní identity. Tento typ rodiny se objevuje v populaci necelých 2 % (Dunovský, 1986). **Rodiny afunkční** popisuje stejný autor jako takové, které zcela přestaly plnit svou funkci a dítě přímo ohrožují. Typickým příkladem jsou patologické jevy. Není zde naděje na úspěch, je nutný zásah soudu, který zbaví rodiče rodičovských práv a svěří dítě do náhradní výchovné péče. Případů afunkčních rodin se u nás eviduje méně než 1 %.

### 3.4 Problémově zatížené rodiny

Problémově zatížené rodiny ještě podrobněji vymezil autor Helus (2007), který uvádí hned několik charakteristik nejčastějších typů těchto rodin. Se všemi typy se poměrně běžně setkáváme.

Prvním z nich je **nezralá rodina**, která je charakteristická nevyzrálou osobností rodičů dítěte. Ti nejsou schopni být ve všech aspektech dobrými a spolehlivými rodiči. Často bývají novou rolí zaskočeni, což může vést k negativnímu ovlivnění dítěte. Druhým typem je **přetížená rodina**. Rodiče jsou zahlceni svými starostmi a konflikty, což značně znesnadňuje výchovu dětí. Důsledkem přetížení je neuspokojování potřeb potomků. **Ambiciózní rodina** poskytuje na první pohled velmi dobré podmínky pro

rozvoj dítěte. Avšak rodiče více dbají na uspokojování svých potřeb, na své uplatnění a seberealizaci. To vše se děje na úkor rozvoje osobnosti dítěte, které je velmi dobře zabezpečené materiálně, citově však strádá, zažívá subdeprivaci. Pro **perfekcionistickou rodinu** je důležité, aby dítě podávalo co nejlepší výkony, aby bylo ideálně vždy lepší než ostatní. Dítě je tak permanentně zatěžováno. **Autoritářská rodina** vymezuje vztahy mezi rodičem a dítětem neustálými příkazy a zákazy. Dítě se nemůže svobodně rozhodnout ani brát na sebe zodpovědnost. Nepociťuje míru osobní autonomie, což může vést k frustraci, pocitům apatie, rezignaci a vzdání se jakékoliv iniciativy. Oproti tomu **rozmazlující rodina** vždy vyhoví přání dítěte a dá mu za pravdu. Dítě si ani v tomto případě nezvykne nést za sebe a své rozhodnutí zodpovědnost. **Nadměrně liberální** rodina nedává dítěti žádný řád, kterým by se mělo řídit. **Odkládací rodina** své dítě často někomu svěruje. Ohroženo je v tomto případě hlavně citové zrání dítěte. Může se u něj objevit i deprivací syndrom, což je strádání v důsledku nepřesvědčivosti klíčových citových vztahů. Posledním typem je **disociovaná rodina**. Zde dochází k významnému narušení vnitřních i vnějších vztahů rodiny. Vnější vztahy mohou být narušeny tím, že se rodina buď úplně izoluje od vnějšího okolí, nebo má s okolím konflikty.

### 3.5 Výchova v rodině

Rodičovské styly výchovy charakterizuje Thorová (2015, 188) jako „*psychologické konstrukty určitých navzájem se lišících souborů strategií, které rodiče používají při výchově dítěte*“. Výchova zahrnuje udržování disciplíny, emoční náklonnost, sociální interakci, komunikaci, protektivitu a v neposlední řadě také vedení k samostatnosti dítěte. Na rodičovský styl má vliv hned několik faktorů. Jsou to například kultura společnosti, socioekonomická situace rodiny a temperament rodičů i dětí.

Autorka Thorová (2015) dále vymezuje několik základních stylů rodičovské výchovy:

**Demokratické rodičovství** – především respektuje osobnost dítěte, nechává dítě rozhodovat avšak s ohledem na jeho věk a schopnosti. Rodiče mají k dítěti vřelý vztah, snaží se být dítěti dobrými rádci a zodpovídat jeho otázky. Vedou dítě k samostatnosti, ale dostatečně jej kontrolují. Vytyčují jasné hranice. Méně trestají, více vysvětlují.

**Autoritativní rodičovství** – klade na první místo poslušnost dítěte, které musí dodržovat stanovená pravidla. Komunikace je zpravidla jednosměrná, dítě se zcela podřizuje

autonomii dospělého. Velmi časté je užití trestů a příkazů. Citová vřelost schází, neboť je považována za projev slabosti.

**Liberální rodičovství** – nechává dítěti absolutní volnost, rodiče nemají téměř žádné požadavky, nevyžadují disciplínu. S dítětem hodně komunikují, vyhýbají se konfrontacím. Vztahy jsou spíše přátelské než rodičovské.

**Nezúčastněné rodičovství** – rodiče uspokojují základní potřeby dítěte, schází však citová vřelost, kontrola, vzájemná komunikace. Rodiče se výrazně neangažují na životě dítěte, nekladou na něj žádné výrazné nároky.

Autoři Langmeier a Krejčířová (2013) se zabývali nevhodnými, pro vývoj dítěte dokonce škodlivými styly výchovy. Mezi tyto styly patří (1) **Výchova rozmazlující**, jež bývá nazývána také tzv. opičí láskou. V tomto případě rodiče hýčkají své potomky, splní jim každé přání. (2) **Výchova zavrhuje** je charakteristická tím, že rodiče přímo či nepřímo vyjadřují svým chováním city odmítáním a nesouhlasu. (3) **Výchova nadměrně ochraňuje** označována také jako hyperprotektivní, nadměrně chrání dítě před všemi riziky, na úkor získávání dovedností. Dítě nemá možnost naučit se účelnému zvládnutí rizikových situací. (4) **Výchova perfekcionista** klade důraz na dokonalost, nejlepší výkony ve všech oblastech. Rodiče zatěžují dítě i těmi úkoly a požadavky, které nemůže, vzhledem ke svému věku a osobním vlastnostem, splnit. (5) **Výchova nedůsledná** je charakteristická tím, že rodič není vyhraněný, někdy působí krajně přísně, jindy krajně povolně. Nedůslednost může být také následkem rozdílného postoje rodičů. (6) **Výchova zanedbávající** jinými slovy týrající, deprivující, zneužívající dítě. Je nejvážnějším typem, protože je přímo ohrožen vývoj dítěte.

### **3.6 Rodinné prostředí ve vztahu k poruchám spánku**

Existují studie, které se vztahem kvality spánku a rodinným prostředím již zabývali. Jedná se o zahraniční studie.

V roce 2013 byly publikovány výsledky portugalské průřezové studie, která se zabývala rolí vlivem rodiny na vznik poruch spánku v dětství. Autoři si kladli za cíl zjistit výskyt poruch spánku u dětí ve vztahu k některým faktorům, zejména socio-kulturnímu prostředí. Provedli průřezovou studii dětí, které byly přijaty do zařízení s názvem Centru primární zdravotní péče ve městě Lisabon. Výzkumný soubor tvořilo 128 dětí ve věku od 4 do 10 let, průměrný věk dětí byl 6 let. Respondenti vyplňovali dotazník zabývající se



spánkovými návyky. Ten obsahal 8 subškál: spánkovou rezistenci, zpoždění nástupu spánku, délku spánku, parasomnie, noční probuzení, spánkovou úzkost, poruchy dýchání ve spánku a denní ospalost. Ze 128 dětí žilo 21 % v neúplné rodině. Výsledky prokázaly, že u dětí z neúplné rodiny je vyšší frekvence poruch spánku ( $p = 0.048$ ), zejména parasomnií (Martins, Chaves, Papoila, & Loureiro, 2015).

Autoři Billows, Gradisar, Dohnt, Johnston, a McCappin (2009) zabývali tím souvislostí mezi spánkovou hygienou a rodinnou dezorganizací. Dále se zaměřili také na celkový čas spánku a denní spavost u adolescentů. Studie se zúčastnilo celkem 217 dospívajících ve věku 13 až 18 let (z toho 43 % mužů), vybraných ze čtyř vysokých škol v jižní Austrálii. K testování byly využity dotazníky zabývající se spánkovou hygienou (Sleep Hygiene Index), rodinnou dezorganizací (the Confusion, Hubbub and Order Scale), spánkovou latencí a celkovou dobou spánku. Byly sledovány korelace mezi rodinnou dezorganizací, spánkovou hygienou a proměnnými spánku u dospívajících. Vztahy byly všechny významné ( $p < 0,01$  pro  $p < 0,001$ ). Tyto nálezy naznačují, že při posuzování poruch spánku u dospívajících by měla být věnována pozornost také rodinnému prostředí, jakož to významnému činiteli.

Problematikou traumatizace v dětství a následnou horší kvalitou spánku se zabýval zahraniční výzkum publikovaný roku 1998. Zúčastnilo se jej celkem 97 účastníků, 79 žen a 18 mužů. Z toho souboru mělo 53 respondentů (45 žen a 8 mužů) mělo alespoň jednu negativní zkušenost z dětství. Jednalo se o fyzické zneužívání (11 žen a 1 muž), emocionální zneužívání (18 žen a 2 muži), pohlavního zneužívání (23 žen a 3 muži), zanedbávání (10 žen); lékařský trauma (20 žen a 2 muži) a další trauma (30 žen a 5 mužů). Výsledky potvrdili, že na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  existuje pozitivní korelace mezi traumatizací v dětství a sníženou kvalitou spánku. Jedinci, kteří v dětství prožili nějaké trauma, skórovali výrazně hůře. To znamená, že měli vyšší výskyt poruch spánku (narkolepsie, spánková apnoe, noční děsy) i vyšší frekvenci nočních můr (Chambers, & Belicki, 1998).

Problematikou vztahu traumatizace v dětství, zhoršenou kvalitou spánku a neuroticismu se věnoval výzkum publikovaný roku 2011. Zúčastnilo se jej 327 studentů (236 žen a 91 mužů). Použité metody byly dotazníky zjišťující traumatizaci v dětství (CTQ), kvalitu spánku (PSQI) a míru neuroticismu (NEO PI – R). Výsledky ukazují, že vztah mezi traumatizací v dětství a kvalitou spánku v dospělosti je statisticky významný

( $t = 4,81$ ,  $p < 0,001$ ). Tyto údaje dále naznačují, že u jinak zdravých mladých dospělých s anamnézou traumatizace v dětství je výrazně vyšší riziko výskytu poruch spánku než u těch, kteří tuto anamnézu nemají. Byla také prokázána souvislost mezi neuroticismem ( $t = - 7,21$ ,  $p < 001$ ) a traumatizací v dětství ( $t = - 3,99$ ,  $p < 001$ ) na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$ , přičemž u žen a mužů nebyl nalezen statisticky významný rozdíl (Ramsawh, Sullivan, Ancoli-Israel & Hitchcock, 2011).

## **EMPIRICKÁ ČÁST**

## 4 Cíle výzkumu

Kvalita a délka spánku je velmi individuální. Někteří lidé nemají se spánkem sebemenší problém. Usnou kdykoliv a po probuzení se cítí svěží a odpočatí. Na druhé straně stojí jedinci, kterým spánek nedodává potřebnou energii. Obtížené pro ně může být jak usínání tak také probouzení. Cítí se během dne unavení, nesoustředění a zvyšuje se u nich chybovost při nejrůznějších činnostech. Zajímavé je sledovat také frekvenci nočních můr, které mohou kvalitu spánku ovlivnit. Někteří lidé mají více nočních můr za jednu noc, naopak existují i takoví jedinci, pro které jsou noční můry cizím pojmem. Co je tedy rozhodující pro kvalitu spánku a frekvenci nočních můr? Byly provedeny zahraniční výzkumy, které se této problematice věnovaly. Prokázaly, že faktorů je hned několik. Jedním z nich je také rodinné prostředí. Tato myšlenka mě velmi zaujala. Výzkum provedený v rámci této práce se zaměřuje na vztah mezi kvalitou spánku a rodinným prostředím u středoškolských studentů.

Pro svůj výzkum jsem si vybrala populaci středoškolských studentů. Tuto věkovou kategorii jsem volila, protože se domnívám, že není dostatečně popsána, a proto by výzkum mohl přinést nové poznatky. Zkoumaní jedinci by také měli splňovat podmínku pravidelného režimu spánku a bdění (jelikož se jedná o studenty, tak by ještě neměli pracovat na směny). U výzkumného souboru jsem ověřovala souvislost traumatizace v dětství, vztahů v rodině, osobnostních charakteristik, frekvenci nočních můr a kvality spánku. Cílem výzkumné části je tedy ověření souvislosti mezi traumatizací v dětství a kvalitou spánku. Blíže se zaměřuji také na vztah mezi kvalitou spánku a osobními charakteristikami. Dále se zabývám vztahem mezi frekvencí nočních můr a traumatizací v dětství.

### 4.1 Hypotézy

Cílem mé práce je tedy ověření hypotéz a zodpovězení výzkumných otázek:

**H1: Snížená kvalita spánku pozitivně koreluje s celkovým skórem dotazníku CTQ.**

**H2: Celkový skór dotazníku PSQI pozitivně koreluje s frekvencí nočních můr.**

**H3: Celkový skór dotazníku PSQI pozitivně koreluje s celkovým skóre na škále neuroticismem v dotazníku BFI.**

**H4: Celkový skór Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) se mezi ženami a muži liší.**

**H5: Celkový skór dotazníku CTQ pozitivně koreluje s frekvencí nočních můr.**

**H6: Ženy mají vyšší frekvenci nočních můr než muži.**

**H7: Jedinci vyrůstající v neúplné rodině mají vyšší celkový skór dotazníku PSQI než jedinci vyrůstající v úplné rodině.**

Výzkumné otázky:

**VO1: Existuje pozitivní korelace mezi celkovým skórem dotazníku PSQI a subjektivně horšími vztahy v rodině?**

**VO2: Existuje pozitivní korelace mezi frekvencí nočních můr a subjektivně horšími vztahy v rodině?**

**VO3: Existuje pozitivní korelace mezi frekvencí nočních můr a celkovým skóre na škále neuroticismem v dotazníku BFI?**

## **5 Metodologický rámec**

### **5.1 Typ výzkumu**

Problematiku kvality spánku ve vztahu k rodinnému prostředí jsem se rozhodla prozkoumat prostřednictvím kvantitativního výzkumu. Podle Ferjenčíka (2000) je tento výzkum orientovaný holisticky, umožňuje zkoumat danou problematiku v širší souvislosti. Jedná se o výzkum deduktivní, klíčovou úlohu v něm zaujímá testování hypotéz. Výsledky takového typu výzkumu mají numerickou podobu. Nevýhodou kvantitativního výzkumu je redukce výzkumného problému. Není možné zachytit souvislosti v celé jejich rozmanitosti. Výzkumník si vybírá jen některé aspekty, které jsou popsány podrobně, ale může dojít k absenci kontextu. Navzdory nevýhodám považuji tento přístup za vhodný a kompatibilní s tématem práce.

### **5.2 Metody získávání dat**

K získání potřebných dat byly použity následující dotazníky: Osobnostní dotazník (Big Five Inventory - BFI), Dotazník traumatizace v dětství (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ), Pittsburský index kvality spánku (PSQI) a zařazeny byly také otázky týkající se nočních můr pocházející z dotazníku zaměřeného na sny a indexu závažnosti nočních můr. Dotazníky byly doplněny ještě o krátký dotazník zaměřující se na rodinné prostředí. V této kapitole se věnuji popisu jednotlivých metod.

#### **5.2.1 Sociodemografický dotazník**

Účastníci výzkumu byli u úvodu sociodemografického dotazníku nejprve dotazováni na pohlaví, věk a kraj, ze kterého pocházejí.

Další část sociodemografického dotazníku byla zaměřená na prozkoumání rodinného zázemí. Respondenti odpovídali na otázku, v jakém prostředí byli vychovávaní – zda se jedná o úplnou, neúplnou rodinu, pěstounskou péči, dětský domov či jinou možnost. Poté vyplnili slovem, kdo se o ně v dětství nejvíce staral. Následně byli tázáni na vztahy v rodině, které hodnotili na stupnici od 0 (velmi špatné) po 4 (velmi dobré). Položky zaměřené na rodinné prostředí jsem zkonstruovala samostatně, spolu s dalšími metodami jsou zařazeny v přílohách.

#### **5.2.2 The Big Five Inventory- 44 BFI**

The Big Five Inventory je dotazník, který byl vytvořen v roce 1991 Johnem, Donahuem a Kentlem (in Rammstedt & John, 2007). Tento dotazník obsahuje celkem 44 položek, které se snaží zachytit objektivně měřitelné rysy osobnosti v pěti dimenzích tzv.

Big Five. Tyto dimenze tvoří neuroticismus, extraverte, otevřenost vůči zkušenosti, svědomitost a přívětivost (Rammstedt & John, 2007). Všechny tyto dimenze jsou zastoupeny v osobnosti každého člověka. Individuální je pouze jejich intenzita a polarita, tedy to, zda jsou kladné nebo záporné. Jsou to stabilní rysy osobnosti, na které působí vnější prostředí a tím je může do jisté míry formovat.

Škála neuroticismu zachycuje individuální rozdíly v emocionální stabilitě a labilitě. Hodnotí to, jak daný jedinec zvládá strach, úzkost, sklíčenost a další negativní afekty. Jedinci, kteří dosahují vysokého skóre v této škále, jsou psychicky nestabilní. Lehce upadají do rozpaků, cítí se nejistí, zahanbení či úzkostní. Disponují omezenou možností sebekontroly, hlavně z důvodů odlišnosti jejich představ od reality. Obtížně zvládají stres a zátěžové situace. Oproti tomu jedinci s nízkými hodnotami neuroticismu jsou emocionálně stabilní. Jsou vyrovnaní, optimističtí, klidní. Zvládají zátěžové situace a jsou odolní vůči psychickému vyčerpání (Hřebíčková, & Urbánek, 2001).

Extraverte posuzuje kvalitu a kvantitu intrapersonálních reakcí. Jedinci s vysokým skórem v této škále jsou zpravidla společenší, sociabilní, aktivní, asertivní, sebejistí a veselí. Mají rádi společnost, navštěvují různá společenská shromáždění, jsou členy několika sociálních skupin. Naopak jedinci s nižší mírou extroverze jsou spíše uzavření, zdrženliví, nezávislí, vyrovnaní a často také flegmatictí. Nejsou však pesimističtí ani nešťastní (Hřebíčková, & Urbánek, 2001).

Škála otevřenosti vůči zkušenosti se zabývá zájmy a mírou zaujetí pro nové zážitky a zkušenosti. Jedinci s vysokým skórem otevřenosti vůči zkušenosti mají bohatou fantazii a estetickou citlivost. Upřednostňují nekonvenční chování i hodnoty. Často jsou popisováni jako intelektuální, empatičtí, vnímaví, ochotni experimentovat. Jedinci s nízkým skórem v této škále jsou spíše konzervativní. Mají tendence ke konvenčnímu chování. Upřednostňují známé a osvědčené postupy před novými. Emoční reakce mají většinou utlumeny (Hřebíčková, & Urbánek, 2001).

Přívětivost, stejně jako extraverte, patří mezi intrapersonální charakteristiky chování. Jedinci s vysokým skórem jsou charakterizováni jako empatičtí, pomáhají ostatním, mají pro ně pochopení, porozumění. Upřednostňují spolupráci před soutěživostí. Doménou je u těchto osob altruismus. Vyznačují se laskavostí a dobrosrdečností, a proto jsou ve společnosti velmi často oblíbení. Jedinci skórující níže bývají popisováni jako

egocentričtí, skeptičtí, nepřátelští, cyničtí. Raději soutěží než spolupracují. Mají tendence bagatelizovat či znevažovat záměry druhých lidí (Hřebíčková, & Urbánek, 2001).

Poslední škálou systému Big Five je svědomitost, která popisuje sebekontrolu jedince ve vztahu k nejrůznějším podnětům. Osoby, které dosahují vysokých skóre na škále svědomitosti, jsou charakterizovány jako cílevědomí, poctiví, ctizádostiví, vytrvalí, pracovití, disciplinovaní, systematictí a s pevnou vůlí. Tito lidé jsou k sobě kritičtí a jsou na sebe také velmi tvrdí. Mají zpravidla studijní i pracovní úspěchy, avšak je u nich vyšší riziko workoholismu, extrémní pořádkumilovnosti či pedantnosti. Oproti tomu jedinci skórující níže jsou popisováni jako nedbalí, leniví, lhostejní a obtížně dosahují svých stanovených cílů (Hřebíčková, & Urbánek, 2001).

Jednotlivé položky, týkající se výše zmíněných škál, mají formu oznamovací věty v první osobě. Respondent vybírá nejvhodnější odpověď na škále 0 (vůbec nevystihuje) až 4 (úplně vystihuje). Dotazník je pro účely výzkumu volně dostupný. Ve výzkumu z roku 2008 byla prokázána velmi dobrá spolehlivost této metody. Conbachova alfa spolehlivosti pro doménu stupnic se pohybovala v rozmezí od 0, 73 do 0, 88, s průměrně 0, 81. Dominantní byla také jasná struktura jednotlivých faktorů (Denissen, Geenen, van Aken, Gosling, & Potter, 2008).

### **5.2.3 Dotazník traumatizace v dětství (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ )**

Dotazník CTQ je široce využívaným nástrojem k posouzení traumatu v dětství., který byl již přeložen do 10 světových jazyků (Karos, Niederstrasser, Abidi, Bernstein, & Bader, 2014). Originální dotazník CTQ byl vyvinut ze 70 položek retrospektivního dotazníku, ve kterém účastníci hodnotili frekvenci na škále Likertova typu v rozmezí od 0 (nikdy) do 5 (velmi často). V dalších studiích, došlo na základě průzkumné faktorové analýzy k úpravě délky dotazníku na 28 položek. Z nichž 25 položek slouží k měření pěti oblastí týrání (pět položek pro každou subškálu), zatímco tři se obvykle používají k identifikaci případů bagatelizace či popírání problémů dětství (Gerdner, & Allgulander, 2009). I když existují jiné nástroje s podobnými cíli, CTQ je zřejmě jediný dotazník, který hodnotí všech pět typů týrání v dětství. Jedná se o emocionální zneužívání, tělesné týrání, sexuální zneužívání, emociální zanedbávání a fyzické zanedbávání.

Emocionální zneužívání zahrnuje verbální útoky, či jakékoliv ponižující poznámky či výhrůžky namířené od dospělé osoby směrem k dítěti. Tělesné týrání odkazuje na tělesné



útoky dospělé osoby na dítě, které pro něj představuje nebezpečí nebo může vést k poranění. Sexuální zneužívání se vztahuje k pohlavnímu styku nebo nevhodnému chování mezi dítětem a starší osobou, včetně explicitního nátlaku. Emocionální zanedbávání se odkazuje na selhání pečovateli poskytovat základní citové potřeby, jako je láska, povzbuzení, sounáležitost a podpora. Fyzické zanedbávání se týká neuspokojování základních fyzických potřeb včetně potravin, přístřeší a bezpečí (Grassi-Oliveira et al., 2014).

Celkové skóre CTQ bere v úvahu závažnost různých forem zneužívání a zanedbávání.

Vzhledem k tomu, že administrace dotazníku probíhala ve školních třídách, byl dotazník zkrácen. Na přání pedagogů byly vynechány otázky týkající se sexuálního zneužívání a otázky týkající se fyzických trestů. Z tohoto důvodu byly k výpočtu použity zkrácené škály, které mají i přesto dobrou interní reliabilitu.

#### **5.2.4 Pittsburský index kvality spánku (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI)**

Pittsburský index kvality spánku je standardizovaný dotazník, který slouží ke klinickému posouzení kvality a délky spánku za posledních 30 dnů. Dotazník vytvořil roku 1989 americký psychiatr J. D. Buysse ve spolupráci se svým týmem. V současné době je anglický originál přeložen do 56 jazyků. Dotazník PSQI se skládá celkem z 19 základních sebehodnotících otázek a 5 doplňujících otázek, které vyplňuje osoba, která sdílí místnost na spaní spolu s respondentem a má tak objektivní přehled o jeho spánku. Doplňující otázky se nezapočítávají do celkového skóru, slouží pouze k upřesnění klinických informací. Dotazník hodnotí latenci usnutí, celkovou dobu spánku, spánkovou efektivitu, poruchy spánku, kvalitu spánku, užívání léků na spaní a obtíže v denní činnosti způsobené ospalostí. Respondent subjektivně posuzuje svůj spánek. Na první čtyři položky odpovídá číselnou či časovou hodnotou. U všech dalších otázek vybírá nejvhodnější odpověď na škále od 0 do 3, přičemž hodnota 0 neguje dané obtíže a naopak hodnota 3 vyjadřuje těžké potíže. Celkový skór dotazníku PSQI získáme po sérii výpočtů, přičemž v neposlední řadě sečteme jednotlivé dílčí části. Výsledný skór se nachází v rozmezí 0–21. Hodnoty 0 až 5 značí dobrou kvalitu spánku a hodnoty 6 až 21 jsou spojeny se špatnou kvalitou spánku (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989).

### **5.2.5 Dotazník zaměřený na sny**

Jedná se o nestandardizovaný dotazník, který slouží k zjištění frekvence nočních můr a vybavování si snů všeobecně a za období posledního měsíce. Pro zjištění frekvence vybavování snů a nočních můr byl využit nestandardizovaný dotazník. Dotazník byl vytvořen autorkou Kráčmarovou (2012) a to na základě inspirace zahraničních studií. Obsahuje celkem 21 položek. Pro výzkumné účely byla použita pouze otázka týkající se nočních můr. Tato otázka zněla: „*Někteří lidé mívají noční můry. Jsou to sny, které jsou silně negativně laděny a často obsahují pocity strachu nebo paniky, což vede k okamžitému probuzení. Jak často míváte tento typ snů?*“. Respondenti vybírali nejvhodnější odpověď na škále od 0 do 6, kde 0 značí možnost nikdy a 6 několikrát týdně.

### **5.2.6 Index závažnosti nočních můr**

Autorem tohoto dotazníku je Barry Krakow. Jedná se o dotazník, který byl vytvořen na základě rozšíření původního dotazníku Nightmare Frequency Questionnaire (Krakow et al., 2002; Krakow, 2006, in Klůzová Kráčmarová, & Plháková, 2015). Krakow (2006, in Klůzová Kráčmarová, & Plháková, 2015) zjistil, že lidé trpící nočními můrami mají potíže s rozlišením, zda se jedná o noční můry nebo o zlý sen. Dotazník zahrnuje pět otázek, kterými je posuzována frekvence, intenzita a závažnost zlých snů či nočních můr a četnost probuzení již způsobují. Čím vyšší skóre, tím závažnější problém má jedinec s nočními můrami. Dotazník ve výzkumu nebyl využitý celý, použitá byla jen jeho část a to celkem 2 položky. První se zaměřuje na to, jak často respondenty budí noční můry. Ti opět odpovídají na škále od 0 (nikdy/zřídka) po 4 (velmi často). Ve druhé otázce hodnotí závažnost svého problému s nočními můrami či znepečujivými sny na škále od 0 (žádný problém) po 6 (extrémně závažný problém). Cronbachovo Alfa vybraných položek ve výzkumu byla 0,75.

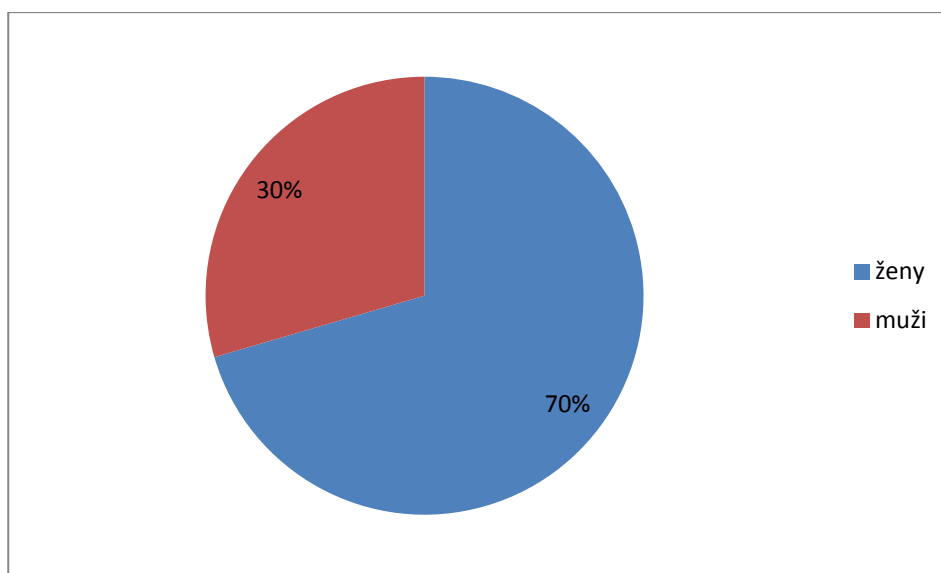
## **5.3 Popis souboru**

Výzkumu se zúčastnilo celkem 305 respondentů z hlavního města Prahy, Olomouckého, Jihomoravského a Zlínského kraje. Jednalo se o studenty střední školy polygrafické, ekonomické a gymnázia. Z 304 získaných dotazníků bylo 6 vyřazeno z důvodu nedokončení dotazníku. Analyzováno bylo 298 dotazníků. Výzkumu se zúčastnilo 88 mužů a 210 žen. Co se týče počtu zastoupení v jednotlivých krajích, z hlavního města Prahy se zúčastnilo 83 respondentů, z Olomouckého kraje 95 respondentů,

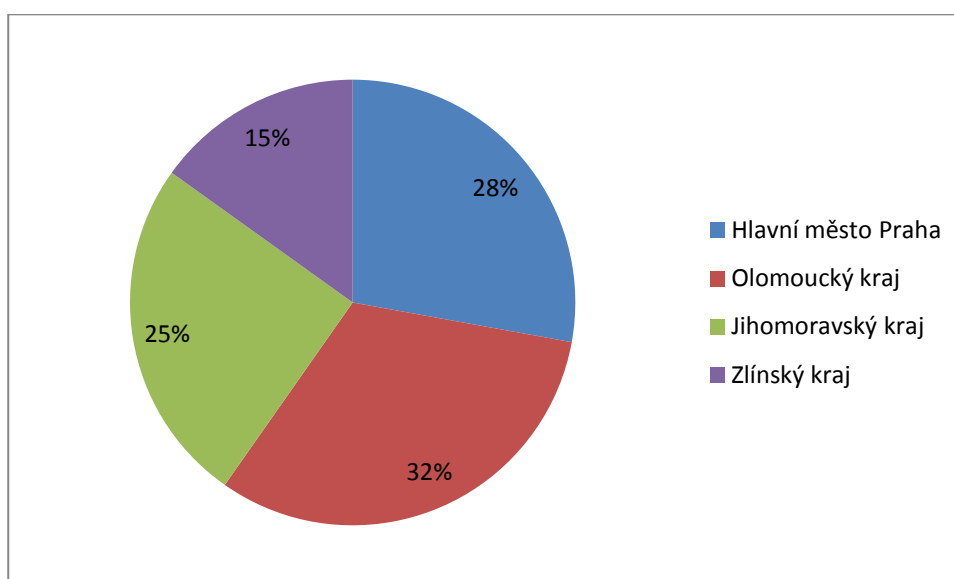
z Jihomoravského kraje 75 respondentů a z kraje Zlínského 45 respondentů. Zastoupení jednotlivých krajů v souboru znázorňuje graf 2.

Výzkum byl zaměřen na studenty středních škol, proto podmínkou účasti na výzkumu bylo rozmezí věku 15-19 let. Průměrný věk účastníků byl u žen 16,8 let (SD=1,35) u mužů 16,9 let (SD=1,28). Zastoupení pohlaví ve výzkumném souboru v procentech popisuje graf 1. Mezi další zjišťované charakteristiky souboru patřilo to, zda-li studenti pocházejí z úplné či neúplné rodiny. Z 298 respondentů pocházelo z úplné rodiny 225 studentů a z neúplné rodiny 71 studentů.

**Graf 1: Zastoupení pohlaví ve výzkumném souboru (N=298)**



**Graf 2: Zastoupení jednotlivých krajů ve výzkumném souboru (N=298)**



## 5.4 Sběr dat

Sběr dat probíhal v průběhu listopadu 2015 až února roku 2016. Výběr výzkumného souboru byl uskutečněn na základě dostupnosti, nelze jej označit za reprezentativní. Kontaktovány byly střední školy: PSSOU a Gymnázium Bratří Čapků s.r.o., Střední škola polygrafická Olomouc, Obchodní akademie a Střední zdravotnická škola Blansko a SOŠ a Gymnázium Staré Město. Dotazníky byly administrovány formou tužka – papír. Studenti vyplňovali dotazníky během vyučovací hodiny, po domluvě s vyučujícím. Na SOŠ a Gymnáziu ve Starém Městě byl dotazník administrován v online podobě a to hlavně z časových důvodů. Tato strategie sběru dat zajistila 100 % návratnost dotazníku. Vyplnění zabralo průměrně 20 minut. Účast na výzkumu nebyla vázána na finanční ani jinou odměnu, byla zcela dobrovolná a anonymní.

## 5.5 Metody zpracování a analýzy dat

Nejprve byla získaná data převedena pomocí aplikace Microsoft Office Excel 2013 do elektronické podoby. Následující hlavní zpracování dat proběhlo v programu Statistica 12 od společnosti StatSoft. Při zpracování dat byla nejdříve ověřena normalita dat pomocí *Kolmogorov-Smirnového* testu. Na základě výsledku tohoto testu byly zvoleny parametrické metody, jelikož se data blížila normálnímu rozložení. Následně byly využity popisné statistiky. Ke zjištění vztahu mezi jednotlivými proměnnými byla využita korelační analýza. Konkrétně byl použit *Pearsonův korelační koeficient*. Ten se značí písmenem  $r$  a jeho hodnoty se pohybují v intervalu  $\langle -1; 1 \rangle$ . Pokud se hodnota  $r = -1$ , pak existuje mezi proměnnými výrazně protikladný vztah. Hodnota  $r = 0$  značí, že proměnné nejsou v žádné souvislosti, jsou na sobě nezávislé. V případě, že se  $r = 1$  konstatujeme mezi oběma proměnnými pozitivní lineární souvislost (Reiterová, 2011). Čím více se hodnoty  $r$  blíží k číslům  $-1$  a  $1$ , tím silnější je korelace mezi dvěma náhodnými proměnnými. Tento výsledek mohou zkreslit výrazně odlehlé hodnoty. Mezi další charakteristiky Pearsonova korelačního koeficientu patří to, že pracuje pouze s metrickými daty a nerozlišuje mezi závislou a nezávislou proměnou. Při interpretaci je nutné také zdůraznit, že Pearsonův korelační koeficient vyjadřuje pouze souvislost. Korelace nepopisuje příčinu vztahu těchto dvou proměnných (Hendl, 2010). Pro porovnání dvou výběrů byl zvolen neparametrický *Mann-Whitneyův U-test pro dva nezávislé výběry* a to hlavně z důvodu nevyváženého souboru respondentů. Tento test vychází z pořadí hodnot nezávislých výběrů, přičemž vyšší hodnoty mají také vyšší pořadí. K zamítnutí nulové hypotézy v tomto případě dochází, pokud je výsledná hodnota

menší než stanovená kritická mez (Hendl, 2010). Další zvolenou metodou byla *mnohonásobná lineární regrese*, která byla použita pro podrobnější popis vztahu mezi závislou proměnou a několika nezávislými proměnnými. Mnohonásobná lineární regrese se používá, pokud chceme zjistit, jak jednotlivé parametry ovlivňují cílovou proměnou. Tuto metodu můžeme také využít pro predikci hodnot závislé proměnné. K vyjádření variability závislé proměnné, která je vysvětlena hodnotami nezávislých proměnných, užíváme tzv. koeficient determinace. Ten se značí jako  $R^2$  a velmi často bývá udáván v procentech. V tom případě nabývá hodnot 100  $R^2$  (Hendl, 2010).

## **5.6 Etika výzkumu**

Jelikož se výzkumný soubor skládat ze studentů středních škol, tak bylo nutné se nejdříve obrátit na vyučující a vedení školy. Kontaktování byli nejdříve e-mailem, jehož součástí byl také dotazník, který studenti měli vyplňovat. Bylo to hlavně z toho důvodu, aby měli kantoři podrobnější informace a mohli se tak rozhodnout, jestli se spoluprací souhlasí. Na základě této konzultace byly z dotazníku CTQ vyřazeny otázky týkající se sexuálního zneužívání a fyzického týrání. Samotná účast ve výzkumu byla zcela anonymní a dobrovolná, bylo možné testovou situaci kdykoliv opustit. Studenti neměli nárok na finanční ani jinou odměnu. Byli srozuměni s tím, že data z výzkumu budou využity pouze pro účely bakalářské práce. K baterii dotazníku byl přiložen průvodní dopis, který obsahoval stručné informace o cíli výzkumu a také kontakt na mnou osobu, který žádný z respondentů zatím nevyužil.

## 6 VÝSLEDKY

V následující kapitole nejdříve nastíním reliabilitu metod, výsledky dotazníků a poté se budu věnovat ověřování hypotéz a zodpovězení výzkumných otázek.

### 6.1 Reliabilita metod

Vzhledem k tomu, že nebyly použity celé škály v dotazníku CTQ, je nutné zaměřit se na reliabilitu použitých metod. Reliabilita byla ověřena také z důvodu toho, že všechny dotazníky byly do češtiny přeloženy z cizojazyčných originálů. K ověření byl použit Cronbachův koeficient alfa. Výsledky jsou popsány v následující tabulce.

**Tabulka 2: Reliabilita dotazníků CTQ, PSQI a frekvence nočních můr**

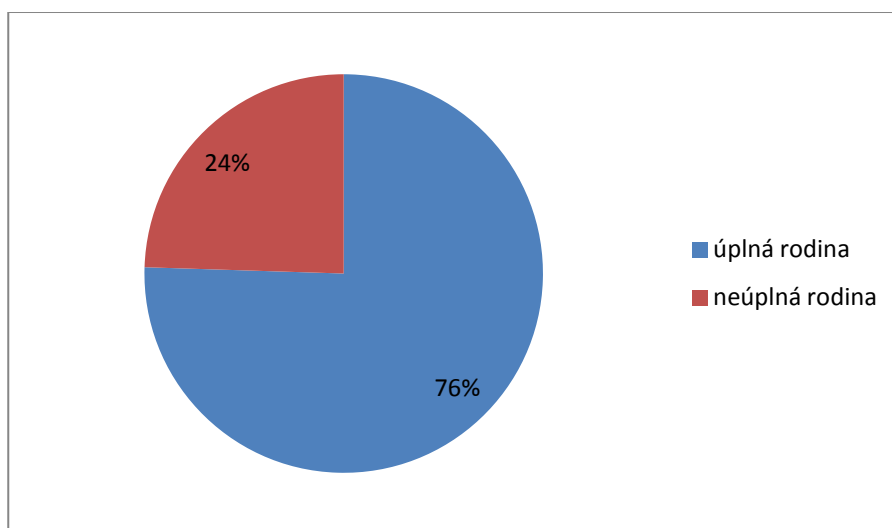
<i>Metoda</i>	<i>Cronbachovo alfa</i>	<i>N</i>
CTQ	0,91	298
PSQI	0,83	298
Frekvence nočních můr	0,82	298

### 6.2 Vyhodnocení dotazníku zaměřující se na rodinné prostředí respondentů

Následující podkapitola se zabývá vyhodnocení položek popisujících rodinné prostředí respondentů.

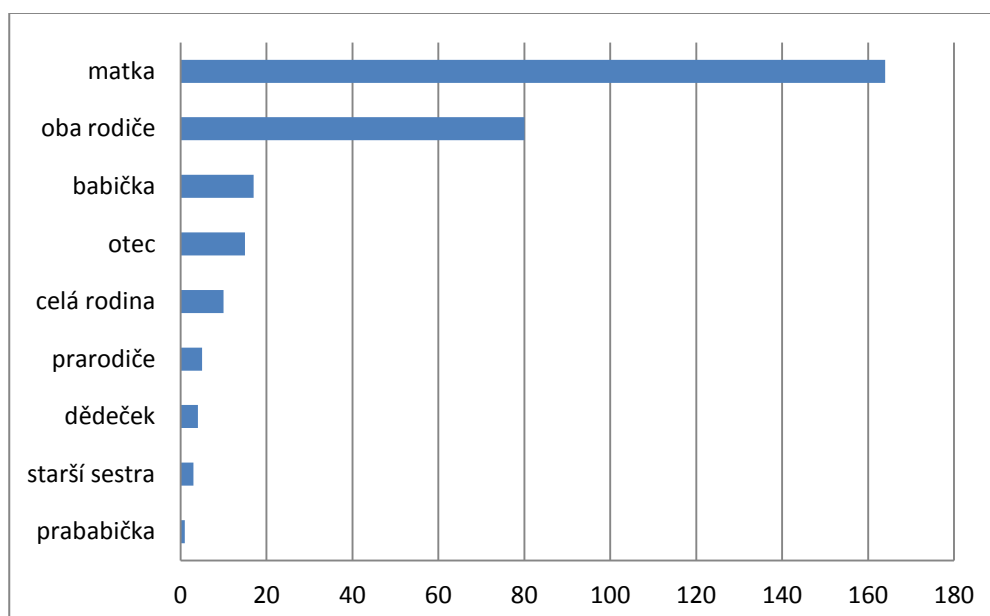
První otázka byla zaměřena na to, jestli respondent vyrůstal v úplné rodině, neúplné rodině, pěstounské péči, dětském domově, případně mohl uvést jinou možnost. Z výsledků vyplývá, že celkem 225 respondentů vyrůstalo v úplné rodině a 73 respondentů v rodině neúplné. Žádnou jinou možnost studenti nevolili.

**Graf 3: Zastoupení typů rodiny, ve které respondenti vyrůstali (N=298)**



Druhá otázka se zaměřila na to, kdo se o respondenty nejvíce staral v dětství. Výsledky neprokázaly žádnou abnormalitu. Ve všech případech se jednalo o členy rodiny. Celkem 55 % uvedlo, že se o ně nejvíce starala matka, 27 % uvedlo oba rodiče, 6 % babičku, 5 % otce, 3 % celou rodinu, 2 % prarodiče a 1% dědečka a také starší sestru. Četnost pečujících osob je znázorněna na ose y v následujícím grafu 4.

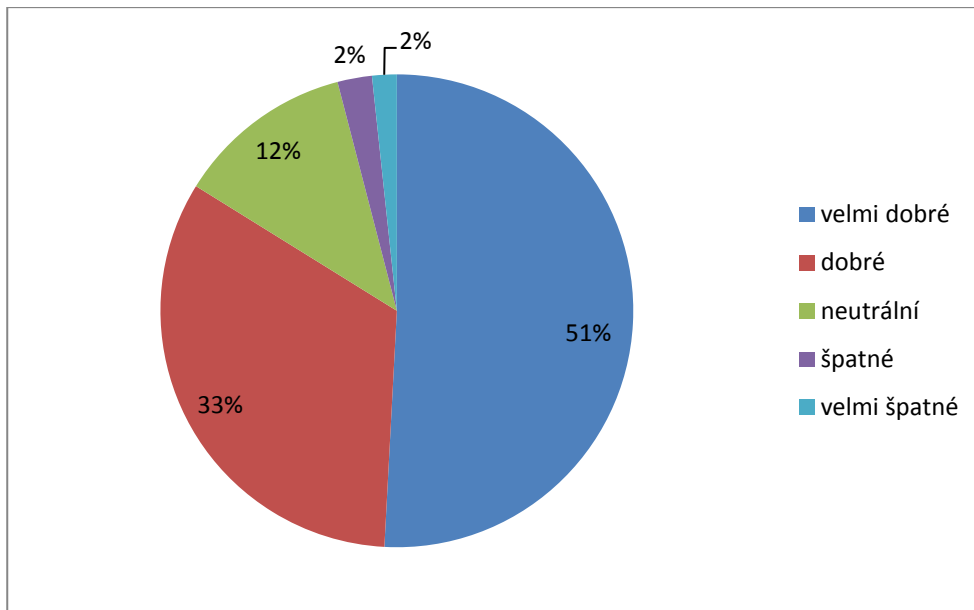
**Graf 4: Zastoupení četnosti pečujících osob u respondentů (N=298)**



Poslední otázka demografického dotazníku zjišťovala, jak respondenti subjektivně hodnotí vztahy se svými rodiči. Vztahy byly hodnoceny na stupnici od 0 (velmi špatné) po 4 (velmi dobré). Nejvíce jedinců považuje vztahy v rodině za velmi dobré a pouze 5

z nich za velmi špatné. Podrobnější rozložení odpovědí ve výzkumném souboru znázorňuje Graf 5.

**Graf 5: Hodnocení vztahu mezi respondenty a jejich rodiči (N = 298)**

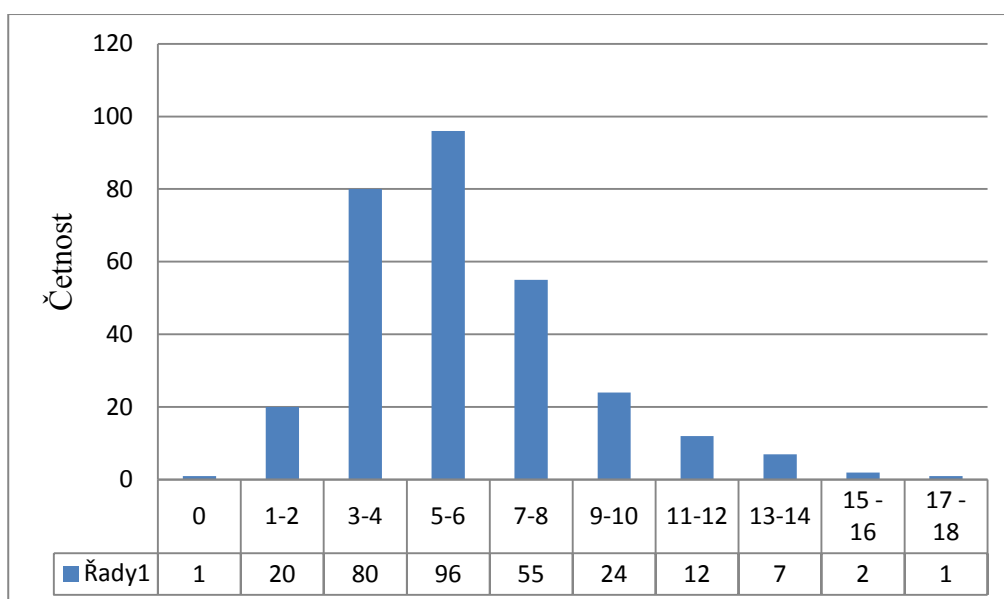


### 6.3 Vyhodnocení Pittsburského indexu kvality spánku

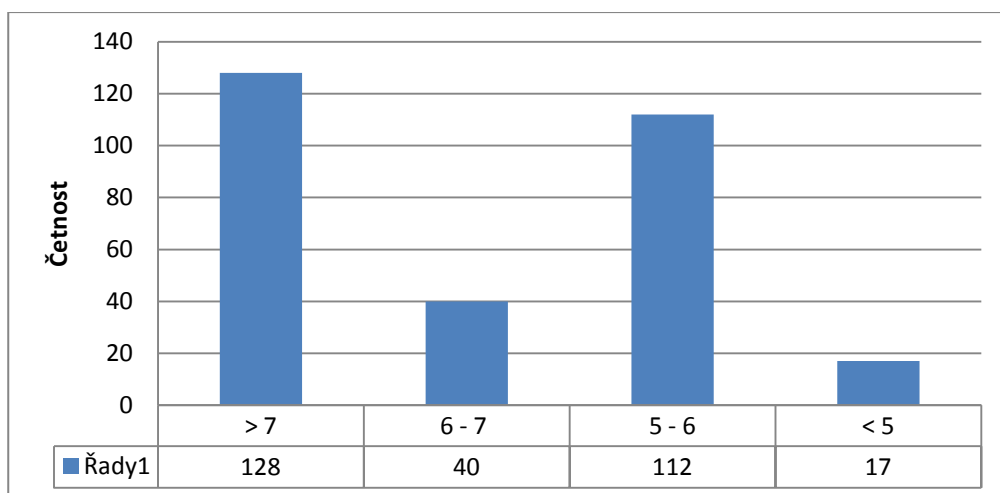
Jak již bylo zmíněno, celkový skór Pittsburského indexu kvality spánku se pohybuje v rozmezí od 0 po 21 bodů. Čím nižší hodnoty celkový skór nabývá, tím kvalitnější je spánek. Minimální hodnota celkového skóru ve výzkumném souboru byla 0. Naopak nejvyšší skór dosahoval 18 bodů. Průměr byl 5,93 bodů, směrodatná odchylka 2,83. Podrobnější výsledky zobrazuje graf 6, kde jsou zobrazeny jednotlivé celkové skóry respondentů v intervalech. Co se týče počtu hodin spánku, většina respondentů spí 7 a více hodin denně, našli se ale také ti, kteří spí pouze méně než 5 hodin denně. Tyto výsledky jsou zobrazeny v grafu 7 a počty hodin jsou uvedeny v tabulce pod ním. Dotazník obsahoval také nepovinnou položku, která zahrnovala jiné důvody, které vedly k tomu, že respondenti nemohli usnout. Nejčastěji se objevovaly vtíravé myšlenky. Příklad odpovědi: „Přemýšlela jsem nad věcmi, co mě trápí.“, „Moc myšlenek, strach z dalšího dne.“, „Moje hlava unavená nebyla, pořád jsem přemýšlela“. V menší míře se objevily také vnější faktory. Příklad odpovědi: „Protože mě budí křeček“, „Přemýšlela jsem nad věcmi, co mě trápí.“, „Soused měl párty, sousedům štěkal pes“.



**Graf 6: Výsledný skór PSQI (N = 298)**



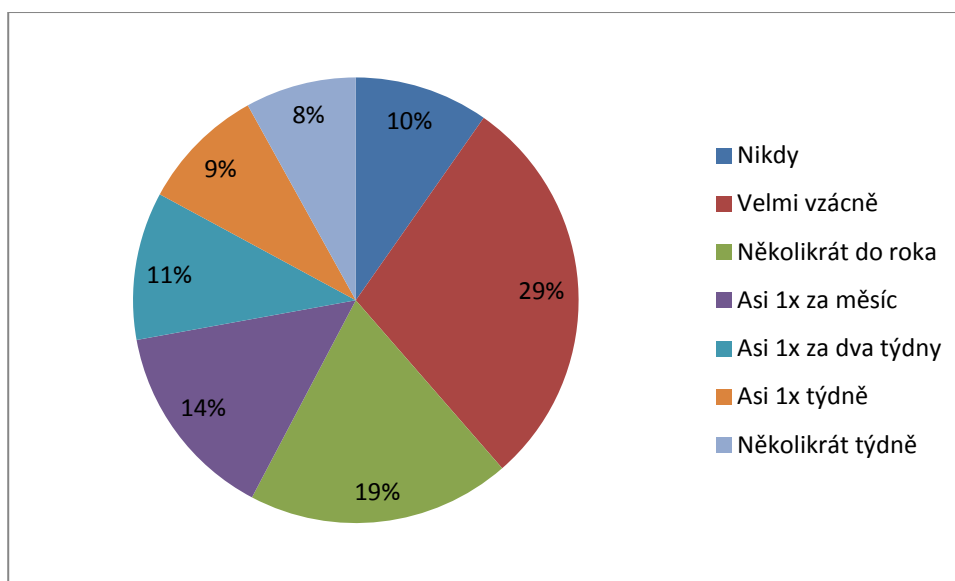
**Graf 7: Počet hodin spánku jedinců ve výzkumném souboru (N = 297)**



#### 6.4 Vyhodnocení položek týkajících se snění a nočních můr

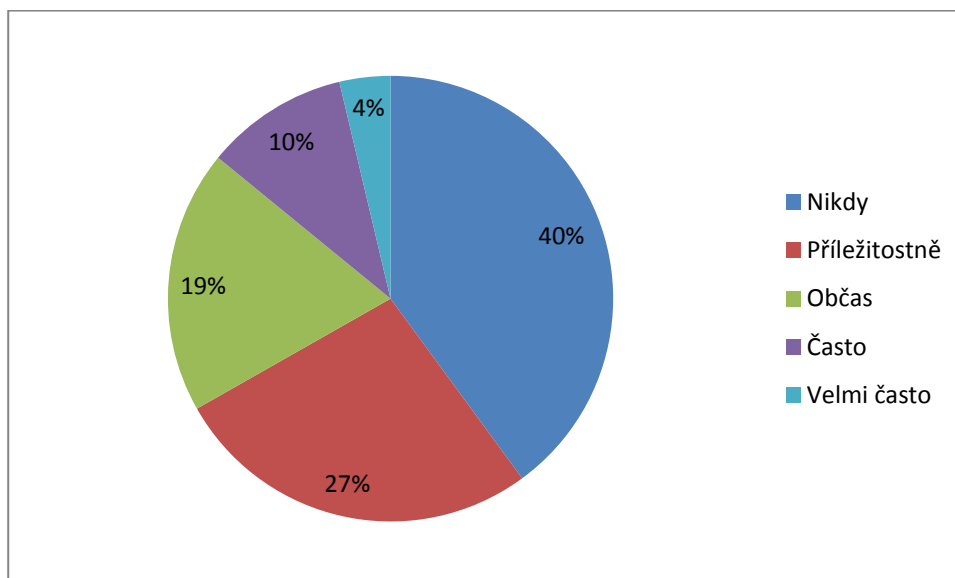
První položka, na kterou respondenti odpovídali, zněla: „Někteří lidé mívají noční můry. Jsou to sny, které jsou silně negativně laděny a často obsahují pocity strachu nebo paniky, což vede k okamžitému probuzení. Jak často míváte tento typ snů?“. Studenti vybírali na škále od 0 (nikdy) po 6 (několikrát týdně). U některých studentů se noční můry nevyskytují vůbec (29), nebo se objevují velmi vzácně. Našli se i takoví, u kterých se noční můry objevují několikrát týdně (24). Výskyt nočních můr v procentech je uveden v následujícím grafu 8.

**Graf 8: Frekvence nočních můr u výzkumného souboru (N = 298)**



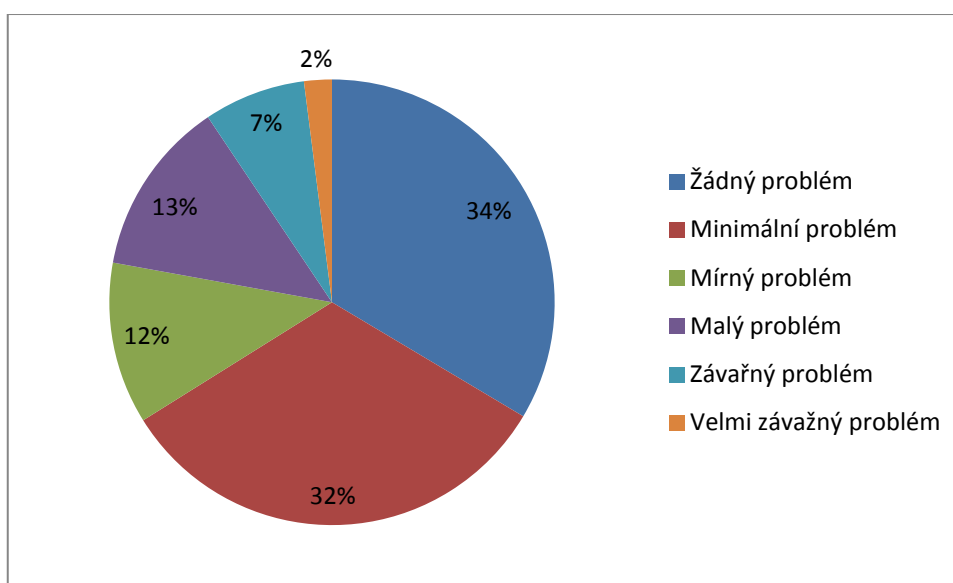
Další otázka se tím, jak často noční můry respondenty budí. V tomto případě volilo nejvíce studentů možnost nikdy/ zřídka (119) a nejmenší četnost měla možnost velmi často (11). Podrobnější výsledky popisuje graf 9.

**Graf 9: Frekvence probuzení noční můrou u výzkumného souboru (N = 297)**



Poslední otázka týkající se nočních můr byla zaměřena na to, jak by respondenti subjektivně ohodnotili závažnost nočních můr. U této otázky se také většina respondentů pohybovala v dolních hodnotách. Nejvíce jich označilo odpověď žádný problém (100), ale našli se i takoví, kteří jej vnímají jako velmi závažný problém (6). Poslední možnost extrémně závažný problém nezvolil žádný respondent.

**Graf 10: Závažnost nočních můr u výzkumného souboru (N = 297)**



## 6.5 Hypotézy

### **H1: Snížená kvalita spánku pozitivně koreluje s celkovým skórem dotazníku CTQ.**

Hypotéza byla zkonstruována na základě výzkumu z roku 2011, který potvrdil pozitivní korelaci mezi traumatizací v dětství a kvalitou spánku. Ve výzkumu byly použity také totožné testové metody (Ramsawh, et al., 2011).

**Hypotézu 1 přijímám.** Výzkum prokázal pozitivní korelaci mezi sníženou kvalitou spánku (zjištěnou celkovým skórem dotazníku PSQI) a celkovým skórem dotazníku CTQ na hladině významnosti  $\alpha=0,001$  ( $r=,28$ ;  $p=,000$ ).

### **H2: Celkový skór Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) pozitivně koreluje s frekvencí nočních můr.**

Na základě již realizovaných studií byla zjištěna souvislost mezi celkovým skórem Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) a frekvencí nočních můr. Ke stejnému závěru došla ve svém výzkumu také Šídllová (2014).

**Hypotézu 2 přijímám.** Pozitivní korelace mezi celkovým skórem Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) a frekvencí nočních můr (získané sečtením všech tří položek týkajících se nočních můr za posledních 30 dnů) byla potvrzena. Je signifikantní na hladině významnosti  $\alpha=0,001$  ( $r=,53$ ;  $p=,00$ ).

**Tabulka 3: Korelace PSQI se zkoumanými proměnnými (N = 298)**

	rho (Pearson) =	p =
<b>CTQ</b>	<b>,28*</b>	<b>p=,000</b>
<b>BFI</b>	<b>,38*</b>	<b>p=,000</b>
<b>Frekvence nočních můr</b>	<b>,53*</b>	<b>p=0,00</b>
* Korelace je signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0.001$ .		

**H3: Celkový skóre Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) pozitivně koreluje s celkovým skóre na škále neuroticismem v dotazníku BFI.**

Tato hypotéza byla sestavena opět podle zahraniční studie, kterou realizoval Ramsawh et al. (2011). V tomto výzkumu byl vztah mezi celkovým skóre dotazníku PSQI a skóre na škále neuroticismu potvrzen a to na hladině významnosti  $\alpha=0,001$ .

**Hypotézu 3 přijímám.** Existuje pozitivní korelace mezi celkovým skóre Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) a celkovým skóre neuroticismu v dotazníku BFI. Je statisticky významná na hladině  $\alpha=0,001$  ( $r= ,38$ ,  $p= ,000$ ). Korelace s ostatními škálami inventáře BFI jsou zobrazeny v tabulce 5. Kromě již zmíněné pozitivní korelace si můžeme všimnout také pozitivní korelace na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  mezi celkovým skóre dotazníku PSQI a celkovým skóre škály otevřenost vůči zkušenosti v téže BFI inventáři.

**Tabulka 4: Korelace mezi celkový skórem Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) a jednotlivými škálami inventáře BFI (N = 298)**

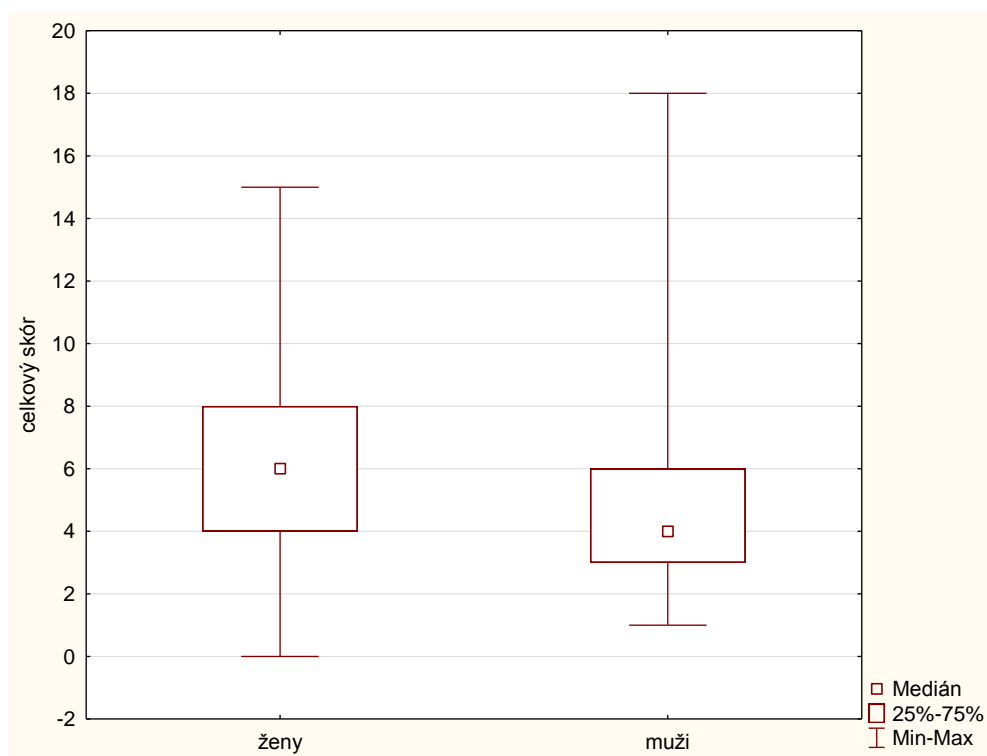
<b>Celkové skóre PSQI</b>	<b>Neuroticismus</b>	<b>Extraverze</b>	<b>Otevřenost vůči zkušenosti</b>	<b>Přívětivost</b>	<b>Svědomitost</b>
<b>N</b>	298	298	298	298	298
<b>r</b>	<b>,38*</b>	-,09	,17***	-,02	-,09
<b>p-hodnota</b>	p=,000	p=,141	p=,004	p=,801	p=,118
* Korelace je signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0.001$ . ** Korelace je signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0.01$ . *** Korelace je signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0.05$ .					

**H4: Celkový skór Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) je vyšší u žen než u mužů.**

Tuto hypotézu testovala ve svém výzkumu Šídlová (2014). Výzkum potvrdil, že žena mají horší kvalitu spánku než muži a to na hladině významnosti významné ( $\alpha = 0,05$ ,  $t = -2,07$ ).

**Hypotézu 4 přijímám.** Podle výsledku neparametrického Mann-Whitneyův U-testu je mezi muži a ženami v celkovém skóru Pittsburského indexu kvality spánku signifikantní rozdíl. Na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  ( $Z=4,54$ ,  $p=, 0,000006$ ) mají ženy vyšší celkový skór Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) než muž. Průměr žen byl 6,31, (SD=2,71) a u mužů byl průměr 5,02 (SD=2,91). Z čehož vyplývá, že ženy mají horší kvalitu spánku než muži. Výsledky jsou zobrazeny v následujícím grafu.

**Graf 11: Výsledný skór Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) u mužů a žen v rámci výzkumného souboru**



**H5: Celkový skór dotazníku CTQ pozitivně koreluje s frekvencí nočních můr.**

Hypotéza byla sestavena, podle již zmíněné zahraniční studie z roku 1998, která obdobnými testovými metodami prokázala souvislost mezi frekvencí nočních můr a traumatizací v dětství (Chambers, & Belicki, 1998).

**Hypotézu 5 přijímám.** Mezi traumatizací v dětství (zjišťována dotazníkem CTQ) a frekvencí nočních můr existuje pozitivní korelace, která byla zjištěna na hladině významnosti  $\alpha = 0.001$  ( $r=,25$ ,  $p=,000$ ).

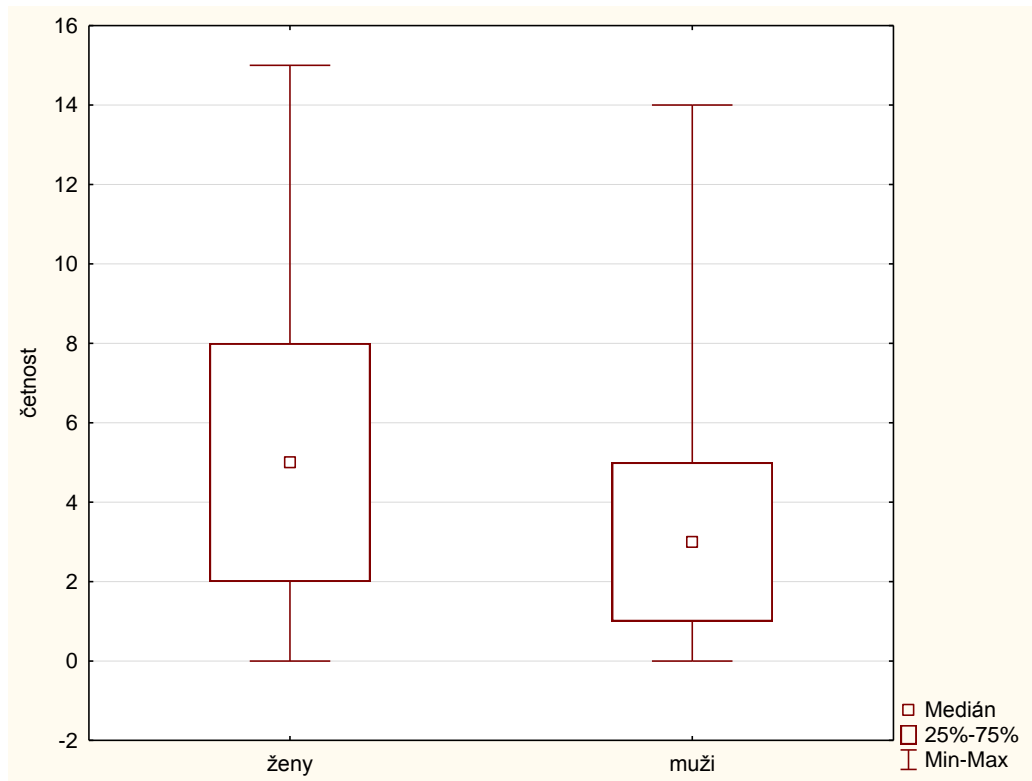
**H6: Ženy mají vyšší frekvenci nočních můr než muži.**

Obdobnou problematikou se ve svém výzkum věnoval již Schredl (2003). Výsledky tohoto výzkumu dokládají, že u žen je vyšší výskyt nočních můr než u mužů ( $r=0.148$ ,  $p= 0.0010$ ).

**Hypotézu 6 přijímám.** Na základě nevyváženého souboru mužů a žen byl k výpočtu použitý neparametrický Mann-Whitneyův U Test. Výsledky tohoto testu prokázaly, že na

hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  je frekvence nočních můr vyšší u žen oproti mužům, přičemž  $Z=4,72$ . Průměrný skór žen byl v tomto případě 5,56 (SD=3,8) a průměr mužů byl 3,41 (SD=3,14). Tyto výsledky jsou dále zobrazeny v grafu 12.

**Graf 12: Frekvence nočních můr u žen a mužů v rámci výzkumného souboru**

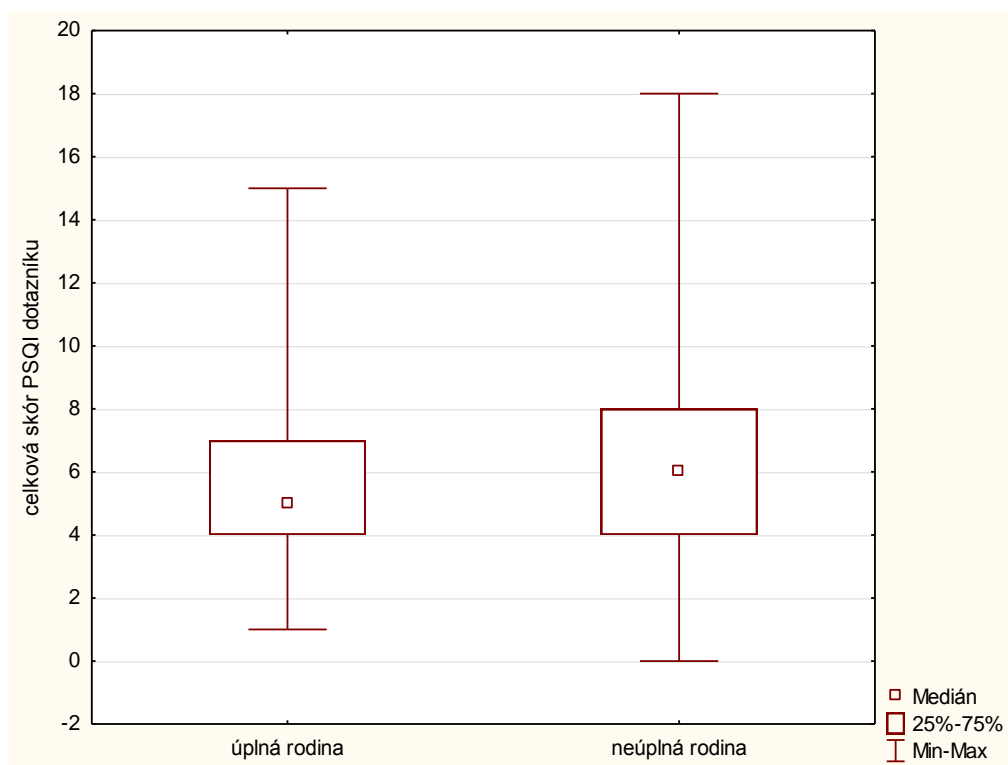


**H7: Jedinci žijící v neúplné rodině mají vyšší celkový skór dotazníku PSQI než jedinci žijící v úplné rodině.**

Tato hypotéza byla sestavena na základě portugalské průřezové studie, jejíž výsledky ukázaly, že děti žijící v neúplných rodinách mají vyšší frekvence poruch spánku než děti žijící v úplných rodinách (Martins et al., 2015).

**Hypotéza 7 je zamítnuta.** Nebyl prokázán signifikantní rozdíl v celkovém skóru Pittsburského indexu kvality spánku jedinců žijících v neúplné rodině a těch žijících v úplné rodině. Rozdíl byl posuzován na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  ( $Z= -0,98$ ,  $p= 0,329$ ). Jedinci žijící v úplné rodině měli průměrný skór 5,87 a průměrný skór jedinců žijících v neúplné rodině byl 6,14.

**Graf 13: Celkový skór dotazníku PSQI v závislosti na rodině, ve které jedinci vyrůstali**



## 6.6 Výzkumné otázky

**VO1: Existuje pozitivní korelace mezi celkovým skórem Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) a subjektivně horšími vztahy v rodině?**

K výpočtu byl využit opět Pearsonův korelační koeficient. Výsledek potvrdil, že **existuje pozitivní korelace** mezi celkovým skórem dotazníku PSQI a subjektivně horšími vztahy v rodině na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  ( $r = ,25$ ,  $p = ,000$ ).

**VO2: Existuje pozitivní korelace mezi frekvencí nočních můr a subjektivně horšími vztahy v rodině?**

Podle stejného testu **existuje pozitivní korelace** mezi frekvencí nočních můr a subjektivně horšími vztahy v rodině. Testovaná hladina významnosti je opět  $\alpha = 0,001$  ( $r = ,20$ ;  $p = ,001$ ).



**VO3: Existuje pozitivní korelace mezi frekvencí nočních můr a celkovým skóre na škále neuroticismem v dotazníku BFI?**

**Pozitivní korelace** mezi frekvencí nočních můr a celkovým skóre na škále neuroticismu v dotazníku BFI **existuje** na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  ( $r = ,34$ ,  $p = ,000$ ). Jedinci s vyšším skóre na škále neuroticismu v dotazníku BFI vykazovali také vyšší frekvenci nočních můr.

**Tabulka 5: Korelace mezi frekvencí nočních můr a jednotlivými škálami inventáře BFI (N = 298)**

<b>Frekvence nočních můr</b>	<b>Neuroticismus</b>	<b>Extraverze</b>	<b>Otevřenost vůči zkušenosti</b>	<b>Přívětivost</b>	<b>Svědomitost</b>
<b>N</b>	298	298	298	298	298
<b>r</b>	,34*	,02	,16**	,04	-,04
<b>p-hodnota</b>	$p = ,000$	$p = ,723$	$p = ,005$	$p = ,538$	$p = ,522$
* Korelace je signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0.001$ . ** Korelace je signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0.01$ . *** Korelace je signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0.05$ .					

## 6.7 Regresní analýza

Vzhledem k tomu, že testování hypotéz prokázalo statisticky významné vztahy mezi proměnnými, byla k přesnějšímu popisu následně použita také regresní analýza. Zjišťována byla velikost vlivu nezávisle proměnných na závisle proměnnou. Závislou proměnnou je v tomto případě kvalita spánku testována dotazníkem PSQI. Celkový skór dotazníku CTQ jako prediktor vysvětluje 7,73 % celkové variability. Přičemž nejvýraznější jsou škály emoční zanedbávání vysvětlující 7,52 % a fyzické zanedbávání s 9,52 % z celkové variability PSQI. Vztahy s rodiči jako prediktor vysvětlují 6,27 %. Nejvýznamnějším prediktorem, vysvětlujícím 14,64 % z celkové variability PSQI, se stal neuroticismus.

Na základě těchto výsledků byl sestaven regresní model. Do tohoto modelu byly jako prediktory zhoršení kvality spánku zahrnuty tyto proměnné: skór škály emočního zneužívání,

skór škály emočního zanedbávání, skór škály fyzického zanedbávání, subjektivně hodnocené vztahy s rodiči a skór škály neuroticismu.

Tento regresní model vysvětluje podle koeficientu determinace  $R^2$  21,19 % z celkové variability. Tyto výsledky blíže popisuje následující tabulka.

**Tabulka 6: Regresní model pro závislou proměnnou PSQI**

R= ,460; R2= ,21; upravené R2= ,20 p<,00000; směrod. chyba odhadu: 2,54			
N = 297	b	t	P - hodnota
Abs.člen	7,18	7,00	0,000000
Vztahy s rodiči	0,18	0,78	0,436470
Neuroticismus	0,15	6,19	0,000000
Emoční zanedbávání	0,00	0,05	0,962084
Emoční zneužívání	0,00	0,05	0,958455
Fyzické zanedbávání	0,47	3,14	0,001862

## 7 Diskuze

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo ověření, jestli existuje vztah mezi kvalitou spánku a traumatizací v dětství u studentů středních škol. Zahraniční studie se touto problematikou zabývají. V našem prostředí jsem však nenašla výzkum, který by se obdobnému tématu věnoval. Dále jsem se chtěla zaměřit na to, jestli existuje souvislost mezi kvalitou spánku a subjektivně hodnocenými vztahy v rodině. K tomuto účelu jsem zvolila kvantitativní výzkum. Použité metody byly osobnostní dotazník (The Big Five Inventory- 44 BFI), dotazník traumatizace v dětství Dotazník traumatizace v dětství (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ ), Pittsburský index kvality spánku (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI), dotazník zaměřený na sny a index závažnosti nočních můr. V této části je nyní nutné se zaměřit na interpretaci získaných dat a jejich souvislosti se zahraničními studii. V neposlední řadě je nezbytné zmínit možná rizika zkreslení výsledků a doporučení pro budoucí výzkumy.

Výzkum potvrdil existenci vztahu mezi kvalitou spánku a traumatizací v dětství na hladině významnosti  $\alpha=0,001$  ( $r=,28$ ;  $p=,000$ ). K podobným závěrům došel také výzkum autorů Ramsawh et al. (2011), ve kterém byla kvalita spánku i traumatizace v dětství měřena u středoškolských a vysokoškolských studentů. Použity byly stejné metody, tedy dotazník CTQ a PSQI. V této studii bylo prokázáno, že vztah mezi traumatizací v dětství a kvalitou spánku v dospělosti je statisticky významný ( $t= 4,81$ ,  $p < 0,001$ ). Na základě tohoto výsledku je možné se domnívat, že lidé, kteří v dětství prožili nějakou negativní zkušenost, mají horší kvalitu spánku a jsou náchylnější k vzniku poruch spánku než jedinci, kteří tuto zkušenost z dětství nemají. Je však nutné tento vztah prozkoumat detailněji, jelikož korelace zjištěné v naší studii jsou poměrně nízké ( $r=0,28$ ). Tento výsledek mohl být zkreslen především použitím neúplného dotazníku CTQ. Jednalo se o neúplnost škály tělesné zneužívání a emoční zneužívání. Z etických důvodů byly vyřazeny položky týkající se sexuálního zneužívání a fyzického týrání.

Dále byly nalezeny souvislosti mezi kvalitou spánku a osobnostními charakteristikami. Nejvýznamnější souvislost byla prokázána s neuroticismem. Tento výsledek odpovídá zahraničnímu výzkumu, kde jedinci, kteří měli horší kvalitu spánku, dosahovali více bodů na škále neuroticismu (Ramsawh et al., 2011). Výsledek nebyl překvapivý. Jak již bylo zmíněno dříve, podle Hřebíčkové a Urbánka (2011) jsou jedinci, dosahující vysokých hodnot na škále neuroticismu, emočně nestabilní. Což může být

hlavním indikátorem zhoršení kvality spánku. Dále jim činí potíže zvládnutí zátěžových či stresujících situací. Často pocítují nejistotu a úzkost, což se mimo jiné opět může projevit v kvalitě spánku. Autoři Zawadzki, Graham a Gerin (2012) upozornili na to, že úzkostnost ovlivňuje ruminaci, což je nutkavé a zdlouhavé zabývání se nějakými starostmi, problémy, myšlenkami. Ruminace výrazně ovlivňuje kvalitu spánku. Myšlenky u jedinců přetrvávají, i když stresová situace skončí, což jim mimo jiné znesnadňuje usnutí. Někteří respondenti ruminaci uváděli v dotazníku kvality spánku jako jeden z důvodů, proč nemohli usnout. Příklad odpovědi: „*Přemýšlela jsem nad věcmi, co mě trápí.*“, „*Sem smutný z toho, co se stalo a myslím na to - nemůžu usnout*“, „*Myšlení na osobu blízkou*“. Ruminace by se tedy mohla vyskytovat u neurotičtějších respondentů a ovlivňovat tak kvalitu jejich spánku. Z dalších osobnostních charakteristik byla nalezena pozitivní korelace mezi kvalitou spánku a otevřeností vůči zkušenosti ( $r = 0,17$ ,  $p = 0,004$ ). Tato souvislost by se za překvapivou označit dala. V zahraničních výzkumech korelace mezi těmito proměnnými statisticky významná nebyla ( $r = 2,03$ ,  $p = 0,52$ ) (Duggan, Friedman, McDevitt, Mednick, 2013). Žádná další významná korelace mezi osobnostními charakteristikami a kvalitou spánku nalezena nebyla.

Dále byla sledována odlišnost kvality spánku u mužů a žen. Výsledky potvrzují, že ženy mají horší kvalitu spánku než muži. Ke stejnému závěru dospěla ve svém výzkumu také Šídlová (2014). Výzkum dále prokázal, že muži a ženy se od sebe liší také ve frekvenci nočních můr. Přičemž ženy trpí nočními můrami častěji než muži. Tento výsledek se shoduje se zahraničními výzkumy (Schredl, 2003, Levin, 1994).

Zaměřila jsem se také na odlišnost kvality spánku u jedinců vyrůstající v neúplné rodině a jedinců vyrůstající v úplné rodině. Ve výzkumném souboru nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v kvalitě spánku a frekvenci nočních můr u jedinců vyrůstajících v neúplných rodinách a jedinců vyrůstajících v úplných rodinách. Martins et al. (2015) dospěli k odlišnému zjištění. Podle těchto autorů mají děti vyrůstající v neúplné rodině vyšší frekvenci nočních můr, ale také vyšší výskyt poruch spánku ( $p = 0,048$ ) než jedinci vyrůstající v úplné rodině. Podle mého názoru tedy kvalitu spánku nelze posuzovat pouze podle typu rodiny, ve které jedinci vyrůstají. Domnívám se, že i neúplná rodina může poskytnout funkční zázemí a uspokojovat potřeby jedince. Oproti tomu, stejně tak může být v úplné rodině uspokojování potřeb problematické. Zvláště z toho důvodu jsem se rozhodla zařadit dotazník zaměřený na traumatizaci v dětství a otázku týkající se vztahů s rodiči.

Zaměřila jsem se také na hledání souvislosti mezi kvalitou spánku a subjektivně hodnocenými vztahy v rodině. Tato souvislost byla potvrzena na hladině významnosti  $\alpha = 0,001$  ( $r = ,25$ ,  $p = ,000$ ). Jedinci, kteří hodnotili vztahy se svými rodiči negativně (nízkými hodnotami) dosahovali vyšších skóre v dotazníku PSQI než ti, kteří vztahy hodnotili velmi pozitivně. Stejně tak byla nalezena pozitivní korelace mezi frekvencí nočních můr a subjektivně hodnocenými vztahy s rodiči ( $\alpha = 0,001$ ,  $r = ,20$ ,  $p = ,001$ ). Z čehož vyplývá, že na kvalitu spánku mají vliv nejen minulé zkušenosti, jako je traumatizace v dětství, ale také současné vztahy v rodině. Čím lépe jsou hodnoceny vztahy v rodině, tím lepší je kvalita spánku jedinců. Noční můry se také, podle výsledků, objevují častěji u lidí s vyšší mírou neuroticismu ( $r = ,34$ ,  $p = ,000$ ). Tento výsledek je srovnatelný s výsledky Schredla (2003). Podle něj mají neurotičtí lidé více nočních můr než lidé s nižší mírou neuroticismu ( $r = ,31$ ,  $p = ,0001$ ).

Zajímavé zjištění se týká již zmíněných nočních můr. Bylo zjištěno, že celkem 10 % jedinců s nočními můrami nemá žádnou zkušenost, oproti tomu výskyt několikrát týdně uvedlo 8 % respondentů. Tyto výsledky se značně liší od zahraničního výzkumu Schredla (2010), kde daleko více respondentů tuto problematiku neguje (80 %) a pouze u 2,4% jedinců se noční můry objevují několikrát týdně. Výzkum Kráčmarové (2012), také přináší odlišné výsledky. Což je způsobeno hlavně tím, že frekvence nočních můr spolu s věkem ubývá (Příhodová, & Šonka, 2007). Tuto skutečnost tedy výsledky podporují. Výzkum Schredla (2010) a Kráčmarové (2012) byl realizován na studentech vysokých škol a dospělých osobách, a proto se očekává nižší frekvence než u studentů středních škol.

Z výsledků mé studie dále vyplývá, že frekvence nočních můr souvisí s traumatizací v dětství, což se shoduje s výzkumem Chamberse a Belicki (2011), kteří zjistili, že jedinci, kteří v minulosti prožili nějaké trauma, mají vyšší výskyt nočních můr než ti, které je neprožili ( $t = 2,09$ ).

### **8.1 Limity a přínosy výzkumného šetření**

Nyní je nutné zmínit možná rizika zkreslení výsledků, na nichž se mohlo podílet hned několik faktorů.

Prvním z nich by mohl být výzkumný soubor. Možné riziko vnímám zvláště v jeho výběru. Jednalo se o výběr nepravděpodobnostní, výzkumný soubor byl vybrán

na základě dostupnosti. Nelze jej proto označit za reprezentativní. Zohledněny nebyly také jednotlivé typy škol. Ve výzkumném souboru se nachází studenti z oborů vzdělání s výučním listem, gymnázia i středních škol. Do výzkumu také nebyly zahrnuty všechny územní kraje. Výzkumný soubor tedy nepokrývá celou populaci studentů.

Dalším limitem by mohlo být to, že souvislosti mezi zkoumanými proměnnými byly zkoumány prostřednictvím sebeposuzovacích, retrospektivních metod, což mohlo vést k jistému zkreslení, zvláště v dotazníku, jenž se zabývá traumatizací v dětství (CTQ).

Mezi další možnosti zkreslení je možné zařadit také vynechané položky dotazníků. Pokud položka nebyla vyplněna, nebyla nijak nahrazována ani z tohoto důvodu nebyl dotazník ze souboru vyřazen. Dotazník pouze nebyl zahrnut do konkrétní analýzy, pro kterou byla položka stěžejní. Z tohoto důvodu se ve výsledcích jednotlivých dotazníků objevují různě velké soubory (N). Chybějících hodnot nebylo mnoho, a proto je standardní zpracování dat možné.

V neposlední řadě je ještě jednou vhodné zmínit, že dotazník CTQ byl mnou zkrácen, a proto nebyl použitý celý, což mohlo výsledky bezesporu ovlivnit.

Co se týče přínosu této bakalářské práce, vnímám jej především v nastínění problematiky kvality spánku ve vztahu k rodinnému prostředí u populace českých studentů. Výsledky výzkumu se velmi podobají zahraničním studiím, které se již těmto tématům věnovaly. Podle mého názoru těchto provedených zahraničních studií nebylo mnoho, a proto by bylo přínosné se této problematice ještě podrobněji věnovat. V budoucích výzkumech by bylo zajímavé zaměřit se na konkrétní obsahy nočních můr a subjektivně hodnocené vztahy v rodině či traumatizací v dětství. Bylo by vhodné zvětšit výzkumný soubor a rozšířit jej také o další věkové kategorie. Případně také rozšířit o kvalitativní výzkum, který by umožnil detailnější popis dané problematiky.

## 8 Závěr

Cílem mé této práce bylo ověření, jestli existuje vztah mezi kvalitou spánku a traumatizací v dětství také u české populace. Dále jsem se zaměřila na to, jestli existuje souvislost mezi kvalitou spánku a subjektivně hodnocenými vztahy v rodině, osobnostní charakteristikou a frekvencí nočních můr. Výsledky výzkumu dopadly takto:

Hypotézy:

- H1: Snížená kvalita spánku pozitivně koreluje s celkovým skórem dotazníku CTQ.

**Hypotéza 1 byla potvrzena.**

- H2: Celkový skór dotazníku PSQI pozitivně koreluje s frekvencí nočních můr.

**Hypotéza 2 byla potvrzena.**

- H3: Celkový skór dotazníku PSQI pozitivně koreluje s celkovým skóre na škále neuroticismem v dotazníku BFI.

**Hypotéza 3 byla potvrzena.**

- H4: Celkový skór Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) je vyšší u žen než u mužů.

**Hypotéza 4 byla potvrzena.**

- H5: Celkový skór dotazníku CTQ pozitivně koreluje s frekvencí nočních můr.

**Hypotéza 5 byla potvrzena.**

- H6: Ženy mají vyšší frekvenci nočních můr než muži.

**Hypotéza 6 byla potvrzena.**

- H7: Jedinci vyrůstající v neúplné rodině mají vyšší celkový skór dotazníku PSQI než jedinci vyrůstající v úplné rodině.

**Hypotéza 7 nebyla potvrzena.**

**Výzkumné otázky:**

- VO1: Existuje pozitivní korelace mezi celkovým skórem dotazníku PSQI a subjektivně horšími vztahy v rodině?

**Mezi sledovanými proměnnými existuje pozitivní korelace.**

- VO2: Existuje pozitivní korelace mezi frekvencí nočních můr a subjektivně horšími vztahy v rodině?

**Mezi sledovanými proměnnými existuje pozitivní korelace.**

- VO3: Existuje pozitivní korelace mezi frekvencí nočních můr a celkovým skóre na škále neuroticismem v dotazníku BFI?

**Mezi sledovanými proměnnými existuje pozitivní korelace.**



## 9 Souhrn

Tato bakalářská diplomová práce se věnuje tématu kvality spánku ve vztahu k rodinnému prostředí.

První kapitola bakalářské diplomové práce se věnuje problematice spánku a bdění, které neoddelitelně patří k životu každého z nás. Jsou to funkční stavy centrálního nervového systému, které zajišťují přežití i fungování člověka. Řadí se mezi cirkadiánní rytmy, jelikož se střídají v průběhu 24 hodin. Toto střídání zajišťují individuálně načasované biologické hodiny. Spánek tvoří dvě fáze. Jsou jimi REM fáze a NREM fáze. NREM fáze se skládá celkem ze čtyř stádií a zaujímá většinu prospaného času. Oproti tomu REM spánek je sice podstatně kratší, jedna fáze trvá přibližně 10 minut, ale aktivita mozku během něj je srovnatelná s aktivitou v bdělém stavu. Mimo to, se právě v tomto stádium jedincům zdají sny. Tyto fáze se během noci několikrát vystřídají. K probuzení zpravidla dochází během poslední REM fáze. To, zda byl spánek osvěžující, závisí především na jeho kvalitě, která je ovlivněna fyziologicko-biologickými faktory, psychicko-duchovními faktory, sociálně-kulturními faktory a faktory životního prostředí. V neposlední řadě je potřeba zmínit, že potřeba spánku je u každého jedince individuální. Pokud však není naplněna, tak se může projevit spánková deprivace.

Druhá kapitola teoretické práce je věnována poruchám spánku, které jsou charakterizovány jako neschopnost dostatečného spánku. Poruchy spánku se dělí na neorganické, které se řadí k duševním poruchám a poruchám chování a organické, které patří pod nemoci nervové soustavy. Neorganické poruchy spánku se skládají z dysomnií, které souvisí s narušením kvality a načasování spánku a parasomnií, jenž jsou typické výskytem abnormálního chování ve spánku. Nejčastější poruchou spánku je insomnie (nespavost). Rozlišujeme několik typů nespavosti a to krátkodobá, chronická, primární, sekundární. Opakem nespavosti je nadměrná spavost neboli hypersomnie, do které se řadí především narkopesie. Značná část práce je věnována také parasomniím, které se objevují v NREM spánku - somnambulismus, noční děsy nebo v REM spánku - noční můry. Další z kategorií poruch spánku jsou poruchy cirkadiánního rytmu, mezi které mimo jiné patří zpožděná fáze spánku a předsunutá fáze spánku. Zmíněny jsou také abnormální pohyby ve spánku, hraniční varianty a izolované příznaky poruch spánku.

Poslední část teoretická práce se věnuje tématu rodiny, což je primární skupina, která se výrazně podílí na socializaci jedince. Rodina má hned několik funkcí. Jsou jimi

funkce biologicko-reprodukční, sociálně-ekonomická, emocionální a socializačně-výchovná. Tak, jako existuje několik funkcí rodiny, je možné odlišit také několik jejich typů. Z hlediska uspokojování potřeb, mohou být rodiny funkční, problémové, dysfunkční či afunkční. Následně se v této kapitole věnuji stylům výchovy v rodině. Pro lepší provázanost s výzkumnou částí jsou v závěru této kapitoly zmíněny již realizované výzkumy s tematikou rodinného prostředí a kvalitou spánku.

Výzkumná část se zabývala vztahem mezi kvalitou spánku a rodinným prostředím. Snažila se najít souvislosti mezi kvalitou spánku, traumatizací v dětství, osobnostními charakteristikami, vztahy v rodině a frekvencí nočních můr. Jednalo se o výzkum kvantitativní. Výzkumný soubor tvořilo 298 studentů (210 žen a 88 mužů) ve věku 15-19 let. Respondenti pocházeli ze středních škol z Olomouckého, Zlínského, Jihomoravského kraje a hlavního města Prahy. Co se týče testových metod, byly použity dotazníky: Osobnostní dotazník (Big Five Inventory - BFI), Dotazník traumatizace v dětství (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ), Pittsburský index kvality spánku (PSQI) a zařazeny byly také otázky týkající se nočních můr pocházející z dotazníku zaměřeného na sny a indexu závažnosti nočních můr. Tyto dotazníky byly doplněny o sociodemografický dotazník, který kromě věku, pohlaví a územního kraje obsahoval položky zaměřeny na rodinné prostředí respondentů. Ve výzkumu byla zjištěna pozitivní korelace mezi celkovým skórem dotazníku PSQI a celkovým skórem dotazníku CTQ ( $r=,28$ ;  $p=,000$ ). Kvalita spánku tedy souvisí s traumatizací v dětství. S celkovým skórem dotazníku CTQ souvisí také s frekvencí nočních můr ( $r=,25$ ,  $p=,000$ ). S nočními můrami pozitivně korelují také subjektivně hodnocené vztahy s rodiči ( $r=,20$ ,  $p=,001$ ) a celkový skóre dotazníku PSQI ( $r=,5259$ ,  $p=,00$ ). Výsledky dále dokládají, že ženy mají horší kvalitu spánku než muži ( $Z=4,54$ ,  $p=,0,000006$ ) a mají také vyšší frekvenci nočních můr ( $Z=4,72$ ). Co se týče osobnostních charakteristik, byla potvrzena pozitivní korelace mezi celkovým skórem dotazníku PSQI a neuroticismem ( $r=,38$ ,  $p=,000$ ) a také otevřeností vůči zkušenosti ( $r=0,17$ ,  $p=0,004$ ). Ve výzkumném souboru nebyl nalezen rozdíl v kvalitě spánku u jedinců vyrůstajících v úplné rodině a jedinců vyrůstajících v neúplné rodině ( $Z=-0,98$ ,  $p=0,329$ ). Tento výsledek se jako jediný liší od výsledků již realizovaných zahraničních výzkumů.

## **POUŽITÉ ZKRATKY**

<b>EEG</b>	elektroencefalogram
<b>BFI</b>	Big Five Questionnaire
<b>CTQ</b>	Childhood Trauma Questionnaire
<b>ICSD-2</b>	International Classification of Sleep Disorders, Second Edition Mezinárodní klasifikace spánkových poruch, druhé vydání
<b>KBT</b>	Kognitivně-behaviorální terapie
<b>MKN-10</b>	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
<b>NREM</b>	synchronní spánek (non- rapid eye movement)
<b>PSQI</b>	Pittsburgh Sleep Quality Index – Pittsburský index kvality spánku
<b>REM</b>	paradoxní spánek (rapid eye movement)
<b>RLS</b>	restless-legs syndrome, syndrom neklidných nohou
<b>SSRI</b>	Selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu

## Seznam použitých zdrojů a literatury

1. Adam, E. K., Snell, E. K., & Pendry, P. (2007). Sleep timing and quantity in ecological and family context: A nationally representative time-diary study. *Journal of Family Psychology*, 21(1), 4 – 19. doi: 10.1037/0893-3200.21.1.4.
2. Billows, M., Gradisar, M., Dohnt, H., Johnston, A., McCappin, S. (2009). Family Disorganization, Sleep Hygiene, and Adolescent Sleep Disturbance. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(5), 745–752. doi: 10.1080/15374410903103635
3. Borzová, C. (2008). Spánek a paměť ve vztahu k medikaci. *Psychiatrie pro praxi*, 9(5), 213 -216.
4. Borzová, C. a kol. (2009). *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Grada.
5. Bouček a kol. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
6. Bülent, C., Metin, Zeynep Fulya, M., Ahmet, K., Zeki, O., & Fazlı, D. (2014). Restless leg syndrome in pregnancy. *Perinatal Journal*, 22(1), 1-5. doi:10.2399/prn.14.0221001
7. Bušková, J. (2006). Narkolepsie a její psychosociální aspekty. *Československá psychologie*, 50, 458-462.
8. Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Res*, 28(2), 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
9. Crowley, S. J., Acebo, C., & Carskadon, M. A. (2007). Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Medicine* 8, 602–612. doi:10.1016/j.sleep.2006.12.002
10. Denissen, J. J. A., Geenen, R. van Aken M. A. G., Gosling S. D., Potter, J. (2008). Development and Validation of a Dutch Translation of the Big Five Inventory (BFI). *Journal of Personality Assessment*, 90(2), 152–157. doi:10.1080/00223890701845229
11. Dunovský, J. (1999). *Sociální pediatrie*. Praha: Grada.
12. Dunovský, J. (1986). *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Anvaceum.
13. Empson, J. (2002). *Sleep and dreaming*. New York: Palgrave.

14. Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.
15. Fisher, S., & Škoda, J. (2009). Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada.
16. Gerdner, A., & Allgulander, Ch. (2009). Psychometric properties of the Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire\*Short Form (CTQ-SF). *Nord J Psychiatry*, (63), 160 - 170. doi: 10.1080/08039480802514366
17. Grassi-Oliveira, R., et al. (2014). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: Findings from Confirmatory Factor Analysis. *PLoS ONE* 9(1): e87118. doi:10.1371/journal.pone.0087118
18. Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
19. Hendl, J. (2010). Přehled statistických metod. Praha: Portál. Helus, Z. (2007). Sociální psychologie pro pedagogy. Praha: Grada.
20. Hobzová, M. (2010). Syndrom obstrukční spánkové apnoe. *Interní medicína pro praxi*, 12(3), 148–151.
21. Hřebíčková, M., & Urbánek, T. (2001). NEO pětifaktorový osobnostní inventář. Praha: Testcentrum.
22. Chambers, E., & Belicki, K. (1998). Using sleep dysfunction to explore the nature of resilience in adult survivors of childhood abuse or trauma *Child Abuse Negl*, 22(8), 753–758. doi:10.1016/S0145-2134(98)00059-3
23. Chopra, D. (1994). Spokojený spánek – insomnie a jak ji léčit. Praha: Pragma.
24. ICSD-2 (2005). International Classification of Sleep Disorders, Version 2. Rochester, MN: American Academy of Sleep Medicine.
25. Karos, K., Niederstrasser N., Abidi L., Bernstein D.,P., Bader K. (2014). Factor structure, reliability, and known groups validity of the German version of the Childhood Trauma Questionnaire (Short-form) in Swiss patients and nonpatients. *J Child Sex Abus*, (4), 418-430. doi: 10.1080/10538712.2014.896840.
26. Klůzová Kráčmarová, L. & Plháková, A. (2015). Nightmares and Their Consequences in Relation to State Factors, Absorption, and Boundaries. *Dreaming*, 25(4), 312-320. doi: 10.1037/a0039712
27. Kráčmarová, L. (2012). Vybavování snů ve vztahu k některým osobnostním proměnným. Magisterská diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.

28. Klůzová Kráčmarová, L. (2013). Vybavování snů a frekvence nočních můr ve vztahu k některým osobnostním proměnným. Rigorózní práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.
29. Kraus, B., Poláčková, V. a kol. (2001). Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky. Brno: Paido.
30. Langmeier, J., & Krejčířová, D. (1998). Vývojová psychologie. Praha: Grada.
31. Levin, R. (1994) Sleep and dream characteristics of frequent nightmare subjects in a university population. *Dreaming*, 4, 127–137. doi: 1053-0797/94/0600-0127\$07.00/1
32. Lungato et al. (2015). Paradoxical sleep deprivation impairs mouse survival after infection with malaria parasites. *Malaria Journal*. 14, 183. doi: 10.1186/s12936-015-0690-7
33. Martins, A. L., Chaves, P., Papoilac, A. L., Loureiroa, H. C. (2015). The family role in children's sleep disturbances: Results from a cross-sectional study in a Portuguese Urban pediatric population. *Sleep Science* 8, 108–114. doi: 10.1016/j.slsci.2015.09.003
34. Merkunová, A., & Orel, M. (2008). Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory. Praha: Grada.
35. MKN-10 (2014). Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů-10. revize. Praha: Psychiatrické centrum.
36. Monografie v elektronické podobě:
37. Moráň, M. (2001b). Poruchy spánku. *Interní medicína pro praxi*. *Interní medicína pro praxi*, (3), 104-109. Získáno 26.2.2016 z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2001/03/02.pdf>
38. Moráň, M. (2001a). Použití hypnotik u insomnie. *Interní medicína pro praxi*, (10), 446-450. Získáno 28.12.2015 z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2001/10/03.pdf>
39. Moráň, M. (2002). Parasomnie v NREM spánku. *Neurologie pro praxi*, 3, 131-133.
40. Moráň, M. (2007). Spánek a jeho nejčastější poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 126–128.
41. Možný, I. (2008). Rodina a společnost. Praha: SLON.
42. Nakonečný, M. (2009). Sociální psychologie. Praha: Academia.
43. Nevšimalová, S. (2007a). Nadměrná denní spavost. In Nevšimalová, S., Šonka, K. et al. *Poruchy spánku a bdění* (167-190). Praha: Galén.

44. Nevšimalová, S. (2007b). Hraniční varianty a izolované příznaky poruch spánku. In Nevšimalová, S., Šonka, K. et al. Poruchy spánku a bdění (265-272). Praha: Galén.
45. Nevšimalová, S., Illnerová, H. (2007). In Nevšimalová, S., Šonka, K. et al. (2007). Poruchy spánku a bdění (191-208). Praha: Galén.
46. Novák, V., & Slonková, J. (2008). Non-REM parasomnie. *Neurologie pro praxi*, 9(5), 284–286.
47. Orel, M., Facova, V. a kol. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada
48. Ohayon, M., M., Caulet, M., Philip, P., Guilleminault, C., Priest, R., G. (1997). How sleep and mental disorders are related to complaints of daytime sleepiness. *Archives of Internal Medicine*, 157(22), 2645-2652. doi: 10.1001/archinte.1997.00440430127015
49. Praško, J., Espa-Červena, K., & Závěšická, L., (2004). *Nespavost: zvládání nespavosti*. Praha: Portál.
50. Primhak, R. & Kingshott, R. (2011). Sleep physiology and sleep-disordered breathing: the essentials. *Arch Dis Child*. 97(1), 54-58. doi: 10.1136/adc.2010.186676
51. Pretl, M., Příhodová, I. (2007). Insomnie. In Nevšimalová, S., Šonka, K. et al. Poruchy spánku a bdění (87-115). Praha: Galén.
52. Příhodová, I. (2011). Syndrom neklidných nohou a periodické pohyby končetinami ve spánku u dětí. *Neurologie pro praxi*, 12(5), 344 – 347.
53. Příhodová, I. (2013). *Poruchy spánku u dětí a dospívajících*. Praha: Maxdorf.
54. Rammstedt, B., John, O., P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 203–212. doi:10.1016/j.jrp.2006.02.001
55. Ramsawh, H. J., Ancoli-Israel, S., Sullivan, S., G., & Hitchcock, C. A. (2011). Neuroticism Mediates the Relationship Between Childhood Adversity and Adult Sleep Quality. *Behavioral Sleep Medicine*, 9, 130-143. doi: 10.1080/15402002.2011.583895
56. Reiterová, E. (2011). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého
57. Revel, V., L., et al. (2006). Advancing Human Circadian Rhythms with Afternoon Melatonin and Morning Intermittent Bright Light. *The Journal of Clinical*

- Endocrinology & Metabolism, 91(1), 10.1210/jc.2005-1009. doi: 10.1210/jc.2005-1009
58. Schredl, M. (2003). Effects of state and trait factors on nightmare frequency. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 253, 241–247. doi: 10.1007/s00406-003-0438-1
59. Schredl, M. (2010). Nightmare frequency and nightmare topics in a representative German sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(8):565-70. doi: 10.1007/s00406-010-0112-3.
60. Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
61. Šídlová, V. (2014). Vybavování snů ve vztahu ke kvalitě spánku a vnitřním hranicím. *Bakalářská diplomová práce*. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, katedra psychologie.
62. Šonka, K., et al. (2004). *Apnoe a další poruchy dýchání ve spánku*. Praha: Grada.
63. Šonka, K., Jakoubková, M., & Paul, K. (2007). *Vyšetřování poruch spánku a bdění*. In Nevšimalová, S., Šonka, K. et al. *Poruchy spánku a bdění (59-86)*. Praha: Galén.
64. Šonka, K., Němcová, V., & Paul, K. (2007). *Fyziologie spánku a bdění*. In Nevšimalová, S., Šonka, K. et al. *Poruchy spánku a bdění (27-51)*. Praha: Galén.
65. Šonka, K., & Pretl, M. (2009). *Nespavost: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf.
66. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
67. Trachtová, E. a kol. (2001). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ.
68. Vašutová, K. (2009). Spánek a vybrané poruchy spánku. *Praktické lékařství*, 5(1), 17–20.
69. Zawadzki, M., J., Graham, J., T., & Gerin, W.(2013). Ruminatión and Anxiety Mediate the Effect of Loneliness on Depressed Mood and Sleep Quality in College Students. *Health Psychology*. 32,(2), 212–222. doi: 10.1037/a0029007



## Seznam tabulek a grafů

Tab. 1: Klasifikace poruch spánku podle ICSD–2 (2005).

Tab. 2: Reliabilita dotazníků CTQ, PSQI a frekvence nočních můr

Tab. 3: Korelace PSQI se zkoumanými proměnnými (N = 298)

Tab. 4: Korelace mezi celkový skórem Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) a jednotlivými škálami inventáře BFI (N = 298)

Tab. 5: Korelace mezi frekvencí nočních můr a jednotlivými škálami inventáře BFI (N = 298)

Tab. 6: Regresní model pro závislou proměnnou PSQI

Graf 1: Zastoupení pohlaví ve výzkumném souboru (N=298)

Graf 2: Zastoupení jednotlivých krajů ve výzkumném souboru (N=298)

Graf 3: Zastoupení typů rodiny, ve které respondenti vyrůstali (N=298)

Graf 4: Zastoupení četnosti pečujících osob u respondentů (N=298)

Graf 5: Hodnocení vztahu mezi respondenty a jejich rodiči (N = 298)

Graf 6: Výsledný skór PSQI (N = 298)

Graf 7: Počet hodin spánku jedinců ve výzkumném souboru (N = 297)

Graf 8: Frekvence nočních můr u výzkumného souboru (N = 298)

Graf 9: Frekvence probuzení noční můrou u výzkumného souboru (N = 297)

Graf 10: Závažnost nočních můr u výzkumného souboru (N = 297)

Graf 11: Výsledný skór Pittsburského indexu kvality spánku (PSQI) u mužů a žen v rámci výzkumného souboru

Graf 12: Frekvence nočních můr u žen a mužů v rámci výzkumného souboru

Graf 13: Celkový skór dotazníku PSQI v závislosti na rodině, ve které jedinci vyrůstali

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Kvalita spánku ve vztahu k rodinnému prostředí

**Autor práce:** Kateřina Surovcová

**Vedoucí práce:** PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová

**Počet stran a znaků:** 61, 124 089

**Počet příloh:** 5

**Počet titulů použité literatury:** 69

### **Abstrakt:**

Práce se zabývá kvalitou spánku ve vztahu k rodinnému prostředí. Cílem výzkumu bylo zjistit, jestli existuje souvislost mezi kvalitou spánku a traumatizací v dětství. Dále byla hledána souvislost mezi kvalitou spánku, frekvencí nočních můr, osobními charakteristikami a subjektivně hodnocenými vztahy s rodiči. Metodou sběru dat byl Dotazník traumatizace v dětství CTQ, Pittsburský index kvality spánku (PSQI), Osobnostní dotazník BFI a dotazníky zjišťující frekvenci nočních můr a rodinné prostředí respondentů. Výzkumu se zúčastnilo 298 participantů, ve věku 15 až 19 let. K vyhodnocení dat byl využit Pearsonův korelační koeficient, Mann-Whitneyův U-test a regresní analýza. Výzkum potvrdil, že existuje pozitivní korelace mezi kvalitou spánku a traumatizací v dětství ( $r=,28$ ). Kvalita spánku pozitivně korelovala s neuroticismem ( $r=,38$ ), subjektivně hodnocenými vztahy v rodině ( $r=,25$ ). Frekvence nočních můr pozitivně korelovala s traumatizací v dětství ( $r=,25$ ), kvalitou spánku ( $r=,53$ ), a subjektivně hodnocenými vztahy v rodině ( $r=,20$ ).

**Klíčová slova:** kvalita spánku, rodinné prostředí, poruchy spánku, noční můry, osobnostní charakteristiky

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** The quality of sleep in relation to the family environment

**Author:** Kateřina Surovcová

**Supervisor:** PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová

**Number of pages and characters:** 61, 124 089

**Number of appendices:** 6

**Number of references:** 69

### **Abstract:**

This thesis is concerned with the quality of sleep in relation to the family environment. The goal of the research was to find out the relation of the sleep quality and childhood trauma and to look into connections between sleep quality, frequency of nightmares, personal characteristics and subjectively evaluated relationships with parents. The data were collected by questionnaire trauma in Childhood trauma questionnaire CTQ, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Personality Questionnaire BFI and questionnaires on the frequency of nightmares and family environment respondents. 298 participants aged 15-19 took part in the research. Pearson correlation coefficient, Mann-Whitney U-test and regression analysis were used to evaluate data. Research has proven that there is a positive correlation between quality of sleep and trauma in childhood ( $r = .28$ ). Quality of sleep positively correlated with neuroticism ( $r = .38$ ), subjectively evaluated family relations ( $r = .25$ ). The frequency of nightmares positively correlated with trauma in childhood ( $r = .25$ ), the quality of sleep ( $r = .53$ ), and subjectively assessed family relations ( $r = .20$ ).

**Keywords:** sleep quality, family environment, sleep disorders, nightmares, personality characteristics

## Příloha 1: Formulář zadání BcDP

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

### Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
SUROVCOVÁ Kateřina	Mlýnská 217, Kudlovice	F13710

#### TÉMA ČESKY:

Poruchy spánku ve vztahu k rodinnému prostředí.

#### TÉMA ANGLICKY:

Sleep disorders in relation to the family environment.

#### VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

- 1) Studium české a zahraniční literatury zabývající se danou problematikou.
- 2) Zpracování teoretické části zaměřené na spánek a poruchy spánku.
- 3) Vypracování výzkumného projektu - stanovení hypotéz.
- 4) Realizace kvantitativního výzkumu. Výzkumné metody: osobnostní dotazník, dotazník Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).  
Cílem výzkumu je zjistit výskyt poruch spánku ve vztahu k rodinnému prostředí.
- 5) Statistické zpracování výsledků a jejich interpretace.
- 6) Zpracování, vyhodnocení dat, diskuse, závěr.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Borzová, C. (2009). Nespavost a jiné poruchy spánku. Praha: Grada.  
Nevšímalová, S.; Šonka, K. et al. (2007). Poruchy spánku a bdění. Praha: Galén.  
Orel, M.; Facová, V. a kol. (2009). Člověk, jeho mozek a svět. Praha: Grada.  
Plháková, A. (2004). Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia.  
Plháková, A. (2013). Spánek a snění. Praha: Grada.  
Příhodová, I. (2013). Poruchy spánku u dětí a dospívajících. Praha: Maxdorf.

Podpis studenta: .....

Datum: .....

Podpis vedoucího práce: .....

Datum: .....

## **Příloha 2: Průvodní dopis**

Vážení respondenti,

chtěla bych Vám poděkovat za Váš zájem a čas, který jste si našli na vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník se zabývá poruchami spánku ve vztahu k rodinnému prostředí. Jeho výsledky budou sloužit jako podklad k mé bakalářské práci.

Dotazník je zcela anonymní. Jeho vyplnění je dobrovolné a nezabere Vám více než 30 minut. Neexistují v něm „správné“ ani „špatné“ odpovědi. Odpovídejte prosím pravdivě a dejte si záležet na vyplnění všech položek.

V případě jakýchkoliv dotazů či připomínek mě neváhejte kontaktovat na mailové adrese [K.Surovcova@seznam.cz](mailto:K.Surovcova@seznam.cz)

---

**Přílohy 3, 4, 5, 6: Plné znění použitých psychodiagnostických metod je u uvedeno v tištěné verzi bakalářské diplomové práce.**