

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Helena Hycnarová

5. ročník – prezenční studium

Psychologie



PSYCHOFYZIOLOGICKÁ INSOMNIE

PSYCHOPHYSIOLOGICAL INSOMNIA

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Alena Plháková, CSc.

OLOMOUC 2008

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně na základě uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 27. listopadu 2008

.....

podpis

Děkuji paní Doc. PhDr. Aleně Plhákové, CSc. za odborné a trpělivé vedení diplomové práce a za cenné rady a podněty.

Dále děkuji MUDr. Miroslavu Moráňovi, MUDr. Lucii Závěšické a především MUDr. Vilému Novákovi, za pomoc, kterou mi ochotně nabídli při realizaci výzkumné části a za užitečné informace, které mi předali.

Velké poděkování patří všem účastnicím výzkumu, které obětovaly svůj čas, aby se se mnou setkaly. Tím, že souhlasily s provedením rozhovoru, přispěly k vypracování této diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	6
A TEORETICKÁ ČÁST	7
1 SPÁNEK.....	8
2 INSOMIE	11
2.1 Diagnostika insomnie.....	16
3 PSYCHOFYZIOLOGICKÁ INSOMIE.....	19
4 PSYCHOLOGICKÝ PROFIL	24
B PRAKTICKÁ ČÁST	29
5 CÍL VÝZKUMU.....	30
6 REALIZACE VÝZKUMU	31
7 POPIS ZKOUMANÉHO SOUBORU	33
8 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	34
8.1 Polostrukturované interview	34
8.1.1 Tématické okruhy interview.....	35
9 ANALÝZA DAT	38
10 INTERPRETACE DAT.....	40
10.1 Okruh charakteristika nespavosti.....	40
10.1.1 Jak dlouho máte problémy s nespavostí?	40
10.1.2 Jak často se u vás nespavost vyskytuje?.....	41
10.1.3 Co považujete za spouštěcí faktor?	42
10.1.4 Průběh poruchy.....	43
10.1.5 Shrnutí	47
10.2 Okruh prožívání nespavosti	48
10.2.1 Na jaké oblasti Vašeho života má nespavost vliv?.....	48
10.2.2 Když se dobře či špatně vyspíte, ovlivní to vaši náladu druhý den?	49

10.2.3	Jaký význam přikládáte nespavosti?	50
10.2.4	Myslíte si, že Vás vaše nespavost změnila?	51
10.2.5	Co by Vám podle Vás pomohlo nespavost překonat?	52
10.2.6	Shrnutí	56
10.3	Okruh osobnost respondentek.....	58
10.3.1	Mohla byste říci, že máte nějaké vlastnosti, které pomáhají udržet Váš problém?	58
10.3.2	Jak reagujete na stres?	59
10.3.3	Jaký je Váš vztah k zodpovědnosti?	60
10.3.4	Shrnutí	61
10.4	Okruh zaměstnání	62
10.4.1	Cítíte se v zaměstnání pod tlakem?	62
10.4.2	Je Vaše rodina závislá na Vašem příjmu?	63
10.4.3	Shrnutí	64
10.5	Okruh životní spokojenosti a „místo řízení“	64
10.5.1	Mohla byste o sobě říci, že jste v životě spokojená?	64
10.5.2	Máte pocit, že máte život pevně ve svých rukou?	65
10.5.3	Shrnutí	65
10.6	Okruh rodinný systém	66
10.6.1	Jaký je Váš stav?	66
10.6.2	Spokojenost v partnerském stavu	68
10.6.3	Pomáhá Vám rodina problém zvládat?	69
10.6.4	Rozdělení domácích prací	70
10.6.5	Sexuální život.....	70
10.6.6	Shrnutí	71
11	DISKUZE	72
12	ZÁVĚRY	75
13	SOUHRN.....	77
	LITERATURA	80

PŘÍLOHY

ÚVOD

Spánek je základní lidskou potřebou. Většinou se jím příliš nezabýváme, v případě, že se pro nás stane těžko dosažitelným, věnujeme mu pozornosti podstatně více. Opačně i malá nepohoda způsobená přechodně zhoršeným spánkem může dát podnět pro zaobírání se následky nespavosti a pomoci k rozvoji psychofyziologické insomnie. Při přechodu krátkodobé nespavosti v chronické onemocnění hrají roli různé faktory, jedním z klíčových je naše psychika. Diplomovou práci na téma psychofyziologická insomnie jsem si zvolila především z toho důvodu, že mám za to, že se jedná o podceňovanou a možná i bagatelizovanou poruchu spánku. Přitom vliv její chronické podoby na život postižených je bez přehánění značný. Její vznik souvisí se stresujícími událostmi, kterým se nikdo z nás nemůže vyhnout, je tedy nezodpovědné, že se tomuto psychosomatickému onemocnění věnuje tak málo prostoru. V době, kdy se klade důraz na výkon, či prestiž, je předpoklad, že se její výskyt bude zvyšovat a nemocných bude přibývat. Je třeba mít na paměti, že chronická psychofyziologická insomnie snižuje kvalitu života dotčených, představuje velkou psychickou i fyzickou zátěž a může dát podnět pro rozvoj některých závažných psychických onemocnění, mezi které patří například deprese. Riziko sebevraždy se zvyšuje. V teoretické části se kromě psychofyziologické insomnie věnuji jejímu začlenění do širší kategorie, kterou je insomnie čili nespavost, a v nejobecnější rovině spánku jako důležité lidské potřebě. Objevuje se také diagnostika insomnie a psychologický profil lidí trpících nespavostí. Praktická část obnáší kvalitativní výzkum, který si klade za cíl získat celistvý pohled na spánkovou poruchu – psychofyziologickou insomnií v jejích nejširších souvislostech.

A TEORETICKÁ ČÁST

1 SPÁNEK

V průběhu historie si lidé mysleli, že se při spánku v jejich těle nic neděje, někteří básníci a filozofové dokonce hovořili o spánku jako o určitém druhu smrti. Jako zástupce básníků, který smýšlel podobně uvedu Goetheho, který tvrdil, že během spánku „přestáváme být“. Asi do poloviny 20. století byl spánek vnímán jako pasivní stav vznikající odpojením mozku od zbytku těla a vnějšího okolí nebo zpomalením a inhibicí jeho aktivity (Šonka, 2004). Aristoteles se domníval, že spánek slouží ke strávení jídla (Chopra, 1994).

Řeckým bohem spánku byl Hypnos (v římské mytologii pak Somnus), který byl dvojčetem Thanata – boha smrti. Spánek byl tedy pojmán jako něco na konci života, jako jeho poslední tajemství (Prusiński, 1993). Spánek se nacházel po dlouhou dobu na opačném pólu zájmu vědců. Roku 1924 ale německý lékař Hans Berger zjistil, že je možné zaznamenat slabé elektrické impulzy, které mozek neustále vysílá. Berger se poté zaměřil na to, že během cyklu spánku a bdění se mění elektrická aktivita mozku.

Nathaniel Kleitman (1939; in Coren, 1998, s. 21) významný vědec na poli výzkumu spánku chápe spánek jako „periodické zastavení či přerušení aktivní bdělosti, tedy stavu, který má u zdravých jedinců převládat“. Tento profesor Chicagské univerzity měl prvotní přesvědčení takové, že lidské tělo je jako automobil. Spánek pro něj představoval stav, který je totožný s parkovacím stavem: tělo se znehybní a mozek se vypne. Ráno, po otočení klíčkem, se auto začne pohybovat. Kleitman akceptoval, že lidský mozek se ve spánku úplně nedeaktivuje, jen, že se jeho funkce zřetelně zpomalí, jindy zase zrychlí, to když se spící osoba nachází v REM fázi. Kleitman spolu s Dementem přišli s velkým zjištěním. Díky dlouhodobému sledování EEG v průběhu spánku u lidí zjistili, že spánkový elektroencefalogram se cyklicky mění (Hoskovec, Hoskovcová, 2002).

Martin Anders charakterizuje spánek takto: „Je to stav klidu s minimální pohybovou aktivitou v určité poloze, se sníženým vnímáním okolního prostředí a se změněnou duševní činností oproti stavu bdělému“ (Anders, 2000, s. 6). Spánek podle Anderse (2000) není opak bdění, ale oba stavy se vzájemně doplňují, jedná se o jakýsi „druhý funkční stav organismu“.

„Bdělost, NREM spánek a REM spánek jsou 3 základní funkční stavy organismu. Spánek je rytmicky se vyskytující stav charakterizovaný sníženou reaktivitou na vnější

podněty, sníženou pohybovou aktivitou a změněnou, resp. sníženou kognitivní činností. Spánek je okamžitě reverzibilní“ (Šonka, 2004, s. 25).

Pro vědce je spánek charakterizován jako zvláštní soubor okolností a aktivit, jež souvisejí s mozkem (Coren, 1998).

Stručný psychologický slovník používá následující definici spánku: *„Spánek je celkový útlum činnosti ústředního nervstva provázený snížením intenzity většiny životních pochodů; má význam pro učení, paměť a schopnost soustředění, jeho nedostatek snižuje tělesné i duševní schopnosti“ (Hartl, 2004, s. 156).*

Chopra (1994) vystihuje spánek jako zvláštní stav těla a mysli, při němž tělo hluboce odpočívá, metabolismus se snížil a mysl si přestala uvědomovat vnější svět, ale nenachází se během spánku úplně v nevědomém stavu.

Spánek je biologický ochranný útlum, druh odpočinku, umožňující obnovu zásob vyčerpané energie v nervových buňkách, především mozku (Nakonečný, 1998).

Pavlov (1923; in Kuhn, 1966) pokládá spánek za stav vnitřního útlu mozkové kůry, který chrání korové buňky před nadměrnou únavou a funkčním rozrušením.

Každý člověk se vyznačuje svým rytmem spánku a bdění. Pro všechny je důležité jít spát v dobu, kdy se cítí unavení a jindy být vzhůru, když se cítí bdělí (Hayes, 2003). Každý člověk je, co se týká potřeby délky spánku jiný (Aronová, 2006).

„Bez kvalitního spánku, jsou narušené naše schopnosti přizpůsobovat se, hůře zvládáme i běžné starosti a situace“ (Anders, 2000, s. 3).

Spánek je nezbytně nutný pro správnou činnost mozku (Šonka, 2004). Z režimu neuronálních růstových faktorů vyplývá, že i jednotlivé hormony potřebují periody snížené činnosti. Představa spánku jako etapy vzniku zásob energie je mylná. Organismus (s výjimkou mozku) se totiž regeneruje více v klidné bdělosti než při spánku. Na druhou stranu by ale 24 hodinová zátěž zřejmě vedla k přetížení a předčasnému „opotřebení“ různých struktur, jejichž bdělostní režim je nastaven na 12-14 hodin denně. Důležité je dostatečně dlouhé trvání stádií 3 a 4 NREM a přiměřené trvání REM spánku. Delta spánek je důležitý zejména pro restauraci funkceschopnosti mozku (je při něm zvýšena proteinová syntéza a celkový metabolismus v gliální tkáni) (Šonka, 2005).

Spánek je naše základní potřeba stejně jako jídlo či sexualita (Dethlefsen, Dahlke, 1995).

Spánek je aktivita, která zahrnuje přibližně třetinu našeho života a má hluboký vliv na naše mentální, emocionální a fyzické zdraví. Když člověk spí dobře, považuje to za

samozřejmé, špatné spaní se může stát obsesí. Dobrý spánek podporuje náš pocit spokojenosti (Lavery, 1998).

Díky výzkumu spánku především v posledních desetiletích bylo docíleno pozoruhodných výsledků, většina otázek týkajících se mechanismů a významu spánku však dosud nebyla uspokojivě vysvětlena. V praxi se uplatňuje polysomnografie, která mapuje elektrofyziologické koreláty spánkového procesu. Chronobiologický výzkum přinesl také poznatky, které lze uplatnit v klinické praxi (Smolík et al., 2006).

2 INSOMIE

Termínem insomnie se označuje nespavost. Pochází z latinského slova *insomnia*, *in* = ne, *somnus* = spánek. Doslovně znamená úplné chybění spánku. Nespavost odráží jedincův subjektivní pocit, že spánek je nedostatečný vzhledem k jeho potřebám a očekávání. Asi 80% této poruchy je připisováno emočním poruchám, jsou tedy neorganicky podmíněné, primární (Šonka, 2004). Za nespavostí, jako jedním z nejvíce udávaných subjektivních obtíží pacientů při kontaktu s praktickým lékařem, se také může skrývat závažné psychiatrické nebo neurologické onemocnění (Smolík et al., 2006). Nespavost je definována poruchou usínání, přerušovaným spánkem (častým) a/nebo časným probouzením. Izolované či kombinované potíže mají za následek nedostatečné množství spánku, jehož důsledkem jsou stesky na neodpočatost a únavu. Insomnii lze definovat podle tíže, frekvence a trvání problémů a podle vlivu na denní činnosti jednotlivce (Pretl, Příhodová, 2007). Anders a Švestka (2005) hovoří o přísnější definici insomnie, která obnáší ztížené usínání (delším než 30 min.), opakované noční probouzení (více než 3krát za noc), předčasné probouzení (o více než 30 minut před obvyklým časem), zkrácenou délku spánku (méně než 6 hodin) a sníženou kvalitu spánku.

„Insomnii lze definovat jako stav, kdy je spánek vnímán nemocným jako obtížně dosažitelný, přerušovaný, krátký, nedostatečný a neosvěžující“ (Šonka, 1997, s. 67).

Stížnosti na nespavost jsou dvakrát častější u žen než u mužů (Bixler, Kales, Soldatos, et al., 1979; in Morin, 1993). Jsou také běžnější u žen v domácnosti, nezaměstnaných, rozvedených a ovdovělých lidí a lidí žijících sami (Bixler, Kales, Soldatos, et al. 1979; Ford & Kamerow, 1989; in Morin, 1993). Borzová (2002) také uvádí, že ženy jsou podle statistik insomnií postižené více, ale možná z toho důvodu, že muži se bojí se svým problémem lékaři svěřit, stydí se za něj nebo ho bagatelizují.

Nespavost zahrnuje spektrum problémů mající vliv na kvalitu, trvání nebo kontinuitu spánku. Jedná se o problémy s usínáním na začátku noci, probouzením se během noci s nemožností pokračovat v kontinuitě spánku nebo s probouzením se časně nad ránem doprovázeném neschopností usnout. Z toho důvodu může být spánek popisován jako neosvěžující, lehký, mělký. Intenzita nespavosti může kolísat v rozmezí dnů nebo týdnů (Pretl, Příhodová, 2007).

Za důležitý znak insomnie je považováno změněné vnímání spánku, které je v rozporu s objektivním polysomnografickým nálezem. Dále jsou důležitými subjektivními příznaky nespavosti denní únava, smíšené úzkostné a depresivní příznaky nebo jiné poruchy nálady (především podrážděnost) a zhoršená aktivita během dne (Pretl, Příhodová, 2007).

Vlastní vnímání spánku se jeví problematické. Dobu spánku, poruchy usínání a poruchy v průběhu spánku může pacient jen odhadnout. K jeho odhadu mu slouží mezery ve vzpomínkách. Při častějším probouzení je přesné posouzení trvání spánku pouze cca 57 %. Pokud se jedná o chronické potíže, mívají pacienti odhad přesnější. Pro diagnózu je klíčové, jak se pacient probouzí, vstupuje do dne a jak ho prožívá (Franz, Krusse, 2008).

Vyskytuje se obava o zvládání denních činností kvůli nespavosti nebo obava o vlastní zdraví, na které by mohla mít nespavost negativní vliv. V populaci existuje řada lidí, kteří brzké vstávání vítají. Jedná se o nediagnostikovanou část insomníků. Vliv nespavosti na aktivity během dne je některými jedinci vnímán různě intenzivně. K průvodním projevům mohou patřit únava, snížená pozornost, zhoršená koncentrace, poruchy paměti, poruchy nálady. Při diagnostice insomnie nelze opomíjet vnímání subjektivního problému (Pretl, Příhodová, 2007).

Intenzita nespavosti je podle Šonky (1997) rozdělována do tří stupňů, rozděluje insomnii podle kritéria její kvantifikace takto:

- mírná
- střední
- závažná

Toto rozdělení intenzity nespavosti podléhá anamnestickým údajům, za základní faktor závažnosti nespavosti je brána míra zhoršení společenských a pracovních schopností během dne.

Mírná insomnie – jedinec si stěžuje na skoro každodenní nedostatek spánku nebo nepociťuje odpočínutí po spánku. Pracovní výkon se výrazně nemění.

Střední insomnie – nedostatečný spánek nebo pocit neodpočínutí po spánku každou noc. Pracovní výkon se mírně nebo středně intenzivně zhoršuje. Objevuje se mírná anxieta, podrážděnost, denní únavnost.

Těžká insomnie – každonoční nespokojenost se spánkem nebo pocit neodpočinutí po normální epizodě nočního spánku. Opět se objevuje mírná anxieta, podrážděnost, denní únavnost.

Borzová uvádí, že středně těžká až těžká insomnie může být spojena s méně či více rozvinutým depresivním nebo úzkostně-depresivním syndromem – může se objevit bolest páteře, hlavy, tlak v očích, bušení srdce, pocit sevření na hrudníku a kolem žaludku, vnitřní neklid a chvění. Těžká insomnie bývá často spojena s užíváním či nadužíváním hypnotik (<http://www.zdravyspanek.cz/default.aspx/cz/chc/zdravyspanek/default/menu/nespavost>).

Anders a Švestka (2005) rozvádí, že pro popis insomnie je důležité těžiště problému – jedná-li se o ztížené usínání, časté probouzení nebo předčasné ranní probouzení. Insomnie můžeme také rozlišovat podle typu poruchy nočního spánku, který je charakterizován:

- ztíženým usínáním (dyskoimesis),
- předčasným probouzením (dysfylaxis),
- opakovaným nočním probouzením,
- neklidným spánkem (agrypnia) či
- nedostatečnou hloubkou spánku (dysnystaxis)

V praxi je velmi důležité zjištění, jak dlouho insomnie trvá. Podle tohoto kritéria bývá rozdělována insomnie podle Šonky (1997) na :

Transientní insomnie (několik nocí): Asi každému z nás se občas stane, že se pár dní nevyspí. Forma této insomnie, akutní insomnie trvá maximálně jeden týden. Na vině může být krátkodobý stres (např. napětí před zkouškami), nocleh v hlučné místnosti, pooperační bolest, horečka u akutních infekčních onemocnění, nepříjemný zážitek vyvolávající přechodnou frustraci apod. Člověk se pak během dne může cítit unavenější, někdy i podrážděný. Tento spánkový dluh většinou během několika dalších nocí „dospíme“. Někteří lidé popisují nespavost v období kolem úplňku. Důležité je, zjistit příčinu těchto problémů. Jinak se může stát, že příčina zůstane ignorována a hrozí přechod problémů s nespavostí transientní do insomnie chronické.

Krátkodobá insomnie (1 až 4 týdny): Krátkodobá, rekurentní nespavost je ovlivněna dlouhotrvajícím stresem – vážná nemoc, úmrtí někoho z blízkých, pracovní problémy, rodinné konflikty, tělesné potíže (zejména bolest), změna nálady, narušení

denního režimu (např. spánek přes den), změny zevních podmínek (hluk, světlo, horko, hospitalizace). Nejčastěji bývá způsobena somatickou nemocí nebo nepříznivou psychickou situací, trvalým situačním stresem (prostředí ad.). U žen se může jednat o hormonální změny v průběhu menstruačního cyklu. Obvykle trvá 1-3 týdny. Mezi nespecifické příznaky této nespavosti patří bolest hlavy, podrážděnost, pocit únavy, menší výkonnost.

Chronická insomnie (4 týdny a více): Dlouhotrvající nebo jinak přetrvávající insomnie. Chronickou nespavost nejčastěji způsobuje psychofyziologická insomnie, deprese i mánie, úzkostné poruchy, nesprávná životospráva, rušivé vnější prostředí, stimulačně působící látky, syndrom neklidných nohou, poruchy cirkadiánního rytmu a organická postižení mozku (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc a další), bolestivé stavy a některá interní onemocnění (Šonka, 2005).

Chronická insomnie je dle Borzové (2006) dělena na:

- nekomplikovanou – bez užívání hypnotik
- komplikovanou – se vznikem tolerance a syndromu závislosti na hypnoticích.

Následkem chronické nespavosti je syndrom vyčerpání (Franz, Krusse, 2008):

- nejsou vykonávány požadované práce
- snížená schopnost prožívat
- snížený podnět pro spontánní aktivity
- pocit postiženého, že už dlouho nevydrží
- obava z psychického zhroucení

Lavery (1998) píše, že chronický nedostatek spánku může způsobit poruchu růstu, snížit obranyschopnost organismu vůči infekci a vážně zhoršit schopnost soustředění a provádění složitých operací.

Typ nespavosti se může v průběhu času měnit – v počátcích poruchy se nejčastěji jedná o poruchy usínání, později se do popředí dostává neschopnost spánek udržet. První epizoda nespavosti se může objevit v kterémkoli věkovém období. Její počátek je náhlý nebo pozvolný. Jedinci s primární insomnií za začátek svých obtíží označují věk mezi 20. a

30. rokem (Morin, 2003; in Pretl, Příhodová, 2007). První epizoda onemocnění bývá nejčastěji spojována se stresující životní událostí (školní zkouška, nové zaměstnání, narození dítěte).

Chroničtí insomnici se potýkají s kolísáním stavu noc od noci. Příležitostně mají dobré noci, které ale přerušují noci s nekvalitním spánkem. Nepředvídatelnost má na pacienty velice stresující vliv a pomáhá podmiňovat děje, které problém udržují. Dlouhodobá prognóza chronické nespavosti je považována za nejistou. Jde hlavně o rekurentní problém, který v případě chybějící léčby, zvyšuje riziko psychických obtíží, hlavně velké deprese (Morin, 2003; in Pretl, Příhodová, 2007).

Prognóza insomnie má úzký vztah k její příčině. Nespavost, která je zapříčiněná akutním stresem, bývá velmi dobrá, chronická insomnie si žádá zevrubné vyšetření psychiatricko-psychologické, neurologické a interní (zejm. plicní a kardiologické).

„Insomnie sama o sobě představuje zátěžovou okolnost, která může přispět k rozvoji depresivní fáze nebo jiného onemocnění“ (Smolík, et al., 2006, s. 5).

Dle Anderse a Švestky (2005) nespavost v podobě primárního onemocnění či doprovodného symptomu tělesných či duševních poruch, patří k velmi častým zdravotním problémům současné populace. Její dopad můžeme pozorovat na tělesném i duševním zdraví, sociálním statutu a kvalitě života postižených jedinců. V léčbě je přínosný komplexní přístup, zahrnující přístupy nefarmakologické, farmakologické a jejich kombinaci. Jedná se o poruchu, která má většinou recidivující charakter a chronifikující průběh; 50–80 % osob s nespavostí jí trpělo i po 1–3,5 letech (Ganguli et al., 1996). Jen 36–50 % osob s insomnií vyhledá lékaře a z nich jen třetina je adekvátně léčena. Nespavost (insomnie) je jeden z nejvíce léčených zdravotních problémů, ale její příčiny jsou často skryty a zůstávají ignorovány. Pretl a Vevera (2007) uvádí, že se insomnie řadí mezi nejčastější onemocnění v populaci a zaujímá čelní místo v nákladech na zdravotní péči. Insomnie je nejčastější spánkovou poruchou a patří mezi nejčastější poruchy v populaci (Šonka, 2004; Smolík, et al., 2006).

Současné výzkumy hovoří o 5-35 % výskytu nespavosti v populaci. Zvyšující se počet lidí trpících nespavostí odráží zrychlující se životní tempo, zvyšující se věk, s kterým výskyt insomnie vzrůstá a nepravidelný režim spánku a bdění (Smolík, et al., 2006). Podobně Ohayon (2002; in Pretl, Příhodová, 2007) uvádí, že v populaci se insomnie vyskytuje s vysokou frekvencí. S akutní insomnií má zkušenost každý člověk, s chronickou 10 – 20 % populace, různé symptomy pak můžeme nalézt u 4 do 48 % populace.

Červená a Praško (2001) popisují, že podle zjištění WHO trpí poruchou spánku za život asi 50 % dospělé populace, u přibližně 13 % lidí je tato porucha natolik závažná, že vyžaduje léčbu. Díky rozdílné etiologii jednotlivých spánkových poruch se jedná o problematiku, která zasahuje do různých medicínských oborů.

2.1 Diagnostika insomnie

Insomnie může být pojímána jako izolovaný symptom, soubor subklinických symptomů nebo při splnění diagnostických kritérií jako klinický syndrom. O symptomu můžeme hovořit ve chvíli, kdy se objevují příležitostné poruchy spánku, ke kterým patří nejznámější poruchy usínání v neděli večer nebo např. před nějakým subjektivně důležitým výkonem - např. zkouškou. Tyto potíže mohou, ale nemusejí být jedincem vnímány jako problém. Pokud se výskyt potíží s usínáním stane častější, např. 1-2x do týdne a mají-li potíže vliv na denní činnosti a aktivity, mohou být původcem dyskomfortu. I v tomto případě jsou ještě považovány za subklinický problém. Pokud insomnie dosáhne diagnostickou hranici a tuto hranici překročí, je diagnostikována jako klinický syndrom, který může být primární nebo sekundární. Komorbidní (sekundární) insomnie je spojena s probíhající událostí - psychiatrickým, spánkovým nebo jiným onemocněním (Pretl, Příhodová, 2007).

V rámci běžné praxe bývá rozlišováno mezi nespavostí primární a sekundární. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN- 10) rozděluje poruchy spánku na organické (G47) a neorganické (F51).

Definice Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN- 10) hovoří o tom, že u neorganické nespavosti jde o nedostatečné množství nebo kvalitu spánku, které trvají významně dlouhé časové období. Řadí se zde potíže s usínáním (časná insomnie), s udržení spánku (střední insomnie), příliš brzké probouzení (pozdní insomnie) nebo špatná kvalita spánku s následným pocitem nedostatečného zotavení. Příčinu insomnie nelze přičíst organickému faktoru, např. neurologickému nebo jinému tělesnému stavu či poruše, která vznikla užíváním psychoaktivních látek nebo léků. Aby mohla být nespavost označena za poruchu, má mít trvání alespoň po dobu jednoho měsíce. Narušení spánku způsobuje osobní nepohodu, postižený má strach z období ulehnutí ke spánku. Zároveň se obává zhoršení výkonnosti při fungování v běžném životě (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004).

Neorganické poruchy spánku jsou zařazeny mezi poruchy duševní a poruchy chování, kdežto organické (sekundární) poruchy spánku jsou zařazeny v neurologické části mezi záchvatovitá onemocnění.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F51.0 Neorganická nespavost

A. Jedinec trpí obtížemi při usínání, při udržení spánku nebo nedostatečně zotavujícím spánkem.

B. Narušení spánku se vyskytuje nejméně třikrát týdně po dobu nejméně jednoho měsíce.

C. Narušení spánku vede ke zřetelné osobní nepohodě nebo je na překážku výkonu běžných denních činností.

D. Není znám příčinný organický faktor, jako je neurologický nebo jiný somatický stav, porucha způsobená užíváním psychoaktivní látky nebo medikace.

Rozdělení poruch spánku podle Mezinárodní klasifikace nemocí není považováno za optimální, má řadu nepřesností (Nevšimalová, 1997). Klasifikace poruch spánku není jednotná, hranice mezi organickými a neorganickými poruchami spánku je značně neostrá (Ticháčková, 2006). Pretl (2005) uvádí, že nejpoužívanější klasifikace poruch spánku vychází z MKN- 10, nejmodernější a nejpodrobnější je klasifikace ICSD- 2 (International Classification of Sleep Disorders- 2, modifikovaná v roce 2005). Rozdělení poruch spánku a bdění podle Diagnostického manuálu Americké asociace psychiatrů (DSM- IV) a Mezinárodní klasifikace nemocí „*praxi příliš nevyhovují pro svou jednostrannost a poplatnost účelu pro který vznikly*“ (American Psychiatric Association, 1994; in Pretl, Příhodová, 2007, s. 89).

Diagnostická kritéria DSM- IV pro Insomni

A. Převládajícím steskem jsou obtíže při usínání nebo udržení spánku nebo nedostatečně zotavující spánek po dobu nejméně jednoho měsíce.

B. Narušení spánku (nebo s tím související únava ve dne) působí klinicky významné obtíže nebo zhoršení výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých funkcí.

C. Narušení spánku se nevyskytuje výhradně v průběhu Narkolepsie, Poruchy spánku související s dýcháním nebo s Parasomnií.

D. Rušivé příznaky se nevyskytují výhradně v průběhu jiné duševní poruchy (např. Velké depresivní poruchy, Generalizované úzkostné poruchy, Deliria). Rušivé příznaky nejsou způsobeny přímým fyziologickým účinkem substance, např. návykové látky či léku nebo somatického onemocnění.

Americká společnost pro poruchy spánku vytvořila ve spolupráci s ostatními vůdčími osobnostmi v oboru somnologie klasifikaci (ICSD- 2), která problematiku spánku vystihuje lépe. Roku 2005 došlo k její aktualizaci. Po této aktualizaci je nespavost dělena na několik základních typů (American Academy of Sleep Medicine, 2005; in Pretl, Příhodová, 2007).

Dělení nespavosti podle ICSD- 2 s kódy ICD-10

Akutní insomnie	F51.01
Psychofyziologická insomnie	F51.03
Paradoxní insomnie	F51.02
Idiopatická insomnie	F51.04
Insomnie způsobená duševní poruchou	F51.05
Insomnie způsobená nedostatečnou spánkovou hygienou	Z72.821
Behaviorální insomnie v dětství	Z73.81
Insomnie způsobená somatickým stavem, organické insomnie	G47.03
Insomnie způsobená užíváním léků/látek	G47.02
Neorganická, nespecifikovaná insomnie	F51.00
Organická, fyziologická insomnie, nespecifikovaná	G47.00

3 PSYCHOFYZIOLOGICKÁ INSOMIE

Psychofyzilogická insomnie je nejčastější druh insomnie. Za příčinu této spánkové poruchy jsou považovány naučené patologické vzorce chování, které jsou uplatňovány při zátěžových situacích a brání usnutí. I když stresová situace odezněla, pacient dále uplatňuje vzorce chování, které si osvojil. To vede k nespavosti (Pretl, Příhodová, 2007).

Borzová (2002) psychofyzilogickou nespavost vystihuje takto: „*Jde o „naučenou“ neschopnost usnout v důsledku somatizované tenze vzniklé z různých důvodů a projevující se v prostředí spojené se spánkem*“.

Podle Swierzewského (2008) termín psychofyzilogický vystihuje spojení mezi tělem (fyzilogický) a myslí (psychologický). Lidé, kteří trpí psychofyzilogickou insomnií, trpí poruchou spánku, protože reagují na stres fyzilogickým nabuzením.

Ashton (2008) přibližuje, že je možné setkat se s označením “mind-body” insomnie, protože při pokusech o spánek není buď tělo nebo mysl relaxovaná, což spánku brání.

Toto onemocnění se vyvíjí většinou v době jinak vyvolané nespavosti. I když důvod, pro který insomnie vznikla, pominul, psychofyzilogická insomnie přetrvává. Pokud má onemocnění trvání do jednoho měsíce považuje se za akutní, při trvání 1 až 6 měsíců se považuje za subakutní a při trvání 6 měsíců a více za chronické, přitom platí, že čím déle trvá, tím horší je jeho prognóza (Šonka, 1997).

Psychofyzilogická insomnie se nerozvine přes noc. Je skoro vždy na začátku spojena se situační nebo přechodnou nespavostí, která se vyvíjí jako reakce na stresující životní události. Změny ve spánkových záležitostech jsou časově spojeny se stresory, které lze identifikovat např. smrt milovaného člověka, rodinné či manželské problémy, změna práce, náhlá operace. Poruchy spánku jsou tak nejklasičtější reprezentací působení psychologických faktorů na spánek (Morin, 1993).

Psychofyzilogická insomnie je nejběžnější typ přetrvávající primární insomnie a je považována za prototyp primární insomnie. Psychofyzilogická insomnie je definovaná jako trvalá, nebo chronická porucha způsobená somatickou tenzí, udržovaná díky naučeným asociacím, které se váží ke spánku. Je založena na opakovaných negativních zkušenostech s obtížemi se spánkem. Naučené asociace se mohou upevnit buď díky vnitřním duševním obsahům (např. díky opakovaným asociacím, které vznikají na základě

myšlenek mezi dobou jít spát a anticipací špatného usínání), nebo pomocí externích stimulů. Například člověk, který často zůstává v noci vzhůru, i když se snaží spát, může být ospalý a usnout, když něco poslouchá nebo se dívá na televizi, navzdory úmyslu, zůstat vzhůru. Ospalost může reprezentovat únik z úzkosti a vzrušení, které doprovází snaha spát (Carney, Berry, Geyer, 2005).

Primární psychofyziologická insomnie je podle MKN- 10 řazena mezi insomnie z vnitřních příčin. Jedná se o poruchu usínání, která má souvislost se dvěma faktory (Praško, Maršálek, Červená, 2002):

- **tělesným napětím,**
- **naučeným spojením obavných myšlenek nebo představ s usínáním.**

Psychofyziologická insomnie je důvěrně známá pro mnoho lidí, vyvíjí se z různých faktorů jako je stres. U lidí, kteří transformují duševní nepohodu do somatické tenze, jsou náchylní k ruminaci o spánku, se může vyvinout chronický problém se spánkem. Maladaptivní asociace se mohou upevnit s vazbou na prostředí ložnice a spánkové rituály, společně s distresem a nabuzením doprovázejícím insomnií (Bootzin, 1973; in Ellman, Antrobus, 1991).

Tento subtyp insomnie se pravděpodobně vyvíjí jako výsledek dvou vzájemně se posilujících faktorů: naučené asociace týkající se spánku a somatické tenze (Hauri & Fisher, 1986; in Morin, 1993). První faktor vzniku onemocnění souvisí s upořádáním místa, kontextu spánku. Např. opakovaně nekvalitní spánek dává vzniku různým asociacím, které jsou vázány např. na situační (postel, ložnice), časové (čas jít do postele) nebo podněty chování (rituály v posteli). Asociace vedou k podmíněné bdělosti, která je se spánkem neslučitelná. Uspořádání týkající se spánku jako důležitá proměnná nespavosti, vyplyne často na povrch např. v situacích, kdy spí pacienti mimo jejich domov, např. v laboratořích. Ráno jsou pak mnohdy překvapeni, jak dobře se jim spalo. Tento fenomén je znám jako “opačný efekt první noci“. To proto, že dobří spáči spí typicky hůře mimo známé prostředí (Hauri & Olmstead, 1989; in Morin). Na důležitost prostředí ukazuje také fakt, že mnozí špatní spáči usnou mnohem lépe, když se o to nesnaží, např. když se dívají na televizi. Druhý faktor, somatizovaná tenze vyplývá z internalizování psychologických konfliktů, které jsou vloženy do fyziologických kanálů, tímto vedou k hypernabuzení a insomnií (A. Kales & Kales, 1984; in Morin, 1993). To odpovídá tomu, že zájem

insomníků je zaměřen výhradně na jejich nespavost a zároveň minimalizují roli jiných osobních problémů, které mohou ovlivňovat jejich poruchu spánku.

Noční ležení v posteli beze spánku bývá doprovázeno přehnanou kognitivní aktivitou, přemítáním o problémech, neustálým tokem myšlenek, měnícími se představami, myšlenkami o budoucnosti, o předešlém a nadcházejícím dni. Emoční podíl na trvání poruchy se projevuje především v naštvání nad sebou samým, ve stýskání si nad zničeným spánkem, strachu nebo skleslosti. Tělesné potíže se mohou projevit v rámci vegetativního nabuzení (např. napětí, neklid, bušení srdce, tachykardie nebo pocení) nebo jako symptom jiného onemocnění (např. dušnost, bolesti). Mnozí nemocní vykazují v testech osobnosti některé nápadnosti (např. zvýšenou míru náchylnosti k depresi, hypochondrii, ustrašenost), i když netrpí žádnou odpovídající psychickou poruchou. Charakteristické průvodní znaky můžeme nalézt zejména u pacientů trpících chronickou formou primární, neorganické insomnie. Co se týká primární psychofyziologické insomnie, Hajak (2002) vypisuje průvodní symptomy této poruchy spánku takto: potíže s usnutím, časté probouzení, dlouhé periody, kdy je člověk vzhůru, brzké probouzení, neklidný, lehký spánek, přehnaná duševní aktivita, tělesné napětí a vzrušení, přehnaná vegetativní aktivita (bušení srdce, pocení), ranní slabost. Dále k příznakům duševního stavu během dne, který je nekvalitním spánkem narušen vyjmenovává: patologickou únavu, vnitřní napětí, pocit nepohody, potíže s koncentrací, vznětlivost, pokles nálady, bolesti svalů, strach z noci, zmenšující se rezervu sil, přehnané zabývání se poruchou.

Psychofyziologická insomnie je stav, u kterého jsou subjektivní stížnosti na počátek či udržení spánku objektivně potvrzené pomocí polysomnografie. Jedná se o nejčastější formu naučené či podmíněné insomnie, a také o tu formu nespavosti, která je nejvíce zkoumána v psychologickém výzkumu (Borkovec, 1982; Lacks & Morin, 1992; in Morin, 1993).

Komplikací psychofyziologické insomnie je přehnané užívání hypnotik nebo alkoholu, jako prostředků, které mají pomoci navodit spánek. Trankvilizéry mohou být užívány přes den pro snížení somatické tenze a kofein nebo stimulancia mohou být užívány v boji s únavou (Carney, Berry, Geyer, 2005).

Prevalence psychofyziologické insomnie je v populaci nejasná. Mezi pacienty, kteří uvádí problémy se spánkem, je asi 15 % lidí trpících insomnií, kteří obdrží diagnózu psychofyziologická insomnie (Coleman, 1983 in Carney, Berry, Geyer, 2005).

Psychofyziologická nespavost podle Šonky (2008) jako jedna z nejčastějších typů insomnie přetrvává do období stáří. Nyní ale nemocní nestrádají tolik představou snížené

kondice následujícího dne a obtížného vstávání, proto jsou jejich potíže mírnější. Také Morán (2003) uvádí, že i v pozdním věku je nejčastější poruchou spánku nespavost, která může mít řadu funkčních příčin ve smyslu psychofyzilogické insomnie.

Psychofyzilogická insomnie, primární insomnie (chronic insomnia, primary insomnia, chronic somatized tension) dle ICSD- 2

- A. Základní diagnostická kritéria insomnie splněna.
- B. Trvání nejméně jeden měsíc
- C. Obtíže se spánkem a/nebo častá probuzení jsou podmíněny minimálně jednou z uvedených podmínek:

Zvýšená pozornost věnovaná spánku nebo obava ze spánku.

Ztížené usínání v posteli v čase pravidelného uléhání či plánovaného zdřímnutí. Nejsou žádné potíže usnout během jiné monotónní aktivity, během které není plánován spánek.

Schopnost spát lépe mimo domov.

Duševní probuzení v posteli charakterizované buď rušivými/neodbytnými myšlenkami, nebo vnímanou neschopností úmyslně zastavit duševní aktivitu, která zabraňuje spánku.

Zvýšení somatické tenze v posteli, odrážející se ve vnímané neschopnosti dostatečně relaxovat tělo tak, aby bylo dosaženo spánku.

D. Poruchu nelze vysvětlit jinou příčinou (spánkovou, neurologickou, duševní, medikací, jinou látkou).

Podstatou psychofyzilogické insomnie je zvýšený práh probuditelnosti, dále naučené asociace, které zabraňují spánku – čím víc se snažím spát, tím víc mi to nejde – včetně vlivů prostředí (usínání mimo postel). Vzniká během stresu, nemoci. Objevuje se špatná nálada přes den, únava, úbytek energie.

Doprovodné faktory: Během dne se vyskytuje špatný pocit, který je založen na nekvalitním nočním spánku. Vede ke zhoršování nálady a motivace, poruchám pozornosti, vigilance, úbytku energie, koncentrace, zvýšené malátnosti a únavě. Přes stesky, které jsou pacienty vyjmenovávány, nemají pacienti tendenci spát přes den a většina z nich také uvádí neschopnost „dát si šlofíka“.

Výskyt: 1-2 % populace (12-15 % insomnií), častější výskyt u žen, v dětském věku není výskyt častý, častěji u adolescentů. Rozložení mezi jednotlivými věkovými skupinami

je rovnoměrné. Příznaky psychofyzilogické insomnie se hojně objevují také u dalších typů insomnie sekundárně a její výskyt lze předpokládat častější. Pro rozvoj psychofyzilogické insomnie je typické, že pacienti měli mělký spánek (trvale, epizodicky). Stres, faktory prostředí, životní změny jsou považovány za vyvolávací faktory. Charakteristické jsou obavy o zdravotní stav, ztrátu životní pohody a denního rytmu – přezaměstnanost. Začátek onemocnění bývá náhlý nebo pozvolný.

Komplikace: Neléčená psychofyzilogická insomnie může přetrvávat léta za zhoršování stavu díky rozvoji vzájemně se podmiňujících udržujících faktorů (špatný spánek – komplex denních příznaků). Po odeznění vyvolávacích faktorů přetrvává psychofyzilogická insomnie díky naučeným asociacím. Neléčená insomnie může stát jako vyvolávací příčina první epizody nebo rekurence velké deprese, může zapříčinit nadužívání hypnotik nebo látek navozujících spánek, vyvolat období rezignace a bezmocnosti či navodit pomoc vyhledávající chování.

Diferenciální diagnostika:

- Idiopatická insomnie
- Paradoxní insomnie
- Špatná spánková hygiena
- Poruchy cirkadiánního rytmu (sleep delay)

4 PSYCHOLOGICKÝ PROFIL

U většiny pacientů, kteří se léčí pro nespavost, nacházíme alespoň některé psychologické symptomy anxiety nebo deprese (Edinger, 2000; in Pretl, Příhodová, 2007). Nejklasičtější z příznaků je forma spánkové anticipační úzkosti, která souvisí s neschopností spát a vede k podmíněné (naučené) bdělosti v době spánku. Dalším příznakem jsou zvýšené obavy z nedostatku spánku a možný vliv, který z toho plyne na život postiženého. Bývá přítomna také forma naučené bezradnosti nebo dysforie, která se může během insomnie rozvinout. To může být prohloubeno u pacienta s dlouhodobými potížemi uvědoměním si, že navození spánku není závislé na jeho vůli, spánek se pro něj stává nepředvídatelný a nekomfortní. Častěji se také vyskytují povahové rysy jako obavy, ruminace či chování podobající se dysthymii. I když se symptomy vyskytují často, nedosahují diagnostickou hranici pro depresivní nebo úzkostnou poruchu (Pretl, Příhodová, 2007) .

Lidé trpící nespavostí se vyznačují tím, že věnují tématu nespavosti mnoho času, je součástí jejich myšlenek. V době, kdy chodí spát se cítí napjatí, úzkostní, ustaraní nebo depresivní, s utíkajícími myšlenkami k nespavosti. Opakovaně myslí na potřebu kvalitního vyspání, osobní problémy, zdravotní stav i smrt. K vyvážení pocitu tenze sahají po alkoholu a lécích. Po probuzení se cítí tělesně i duševně unavení. V průběhu dne jsou depresivní, plní starostí, napjatí a zabývají se sami sebou. Považují se v důsledku nespavosti za méně výkonné. Po pravidelné zkušenosti s nespavostí se spánek a okolnosti usínání stávají stresory samy ve své podstatě. Porucha se tak upevňuje a prohlubuje a má tendenci dlouhodobě přetrvávat (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004).

Typické myšlenky člověka trpícího psychofyzilogickou insomnií jsou v době spánku např. tyto: „*Musím usnout, zítra budu k ničemu, mám před sebou důležité jednání*“, „*Proč už nespím*“, „*Když nebudu pořád spát, onemocním z toho*“. Mnoho představ v různých obměnách pracují s následky nespavosti a zvyšují napětí, které brání rozvoji spánku. Nespavost se stává tak důležitou, že na její možný vliv myslí automaticky v době ulehnutí ke spánku. Díky napětí se nespavost opakuje. Vytváří se automatické spojení – ulehnutí ke spánku a vynořující se rušící myšlenky a představy – zvýšené napětí – neschopnost usnout – posílení negativních myšlenek. To má za následek vznik bludného kruhu nespavosti (Praško, Maršálek, Červená, 2002).

Negativní automatické myšlenky, které spánek často provází, mnohdy pramení z nejrůznějších pověr, které se ho týkají. Obavy, že nedostatek spánku může silně poškodit zdraví, zvyšují strach a úzkost, jestli spánek přijde. Mnozí lidé mají zato, že musí spát 8 hodin denně, aby vše bylo v pořádku, pravdou je, že mnoho lidí nevykazuje žádné problémy, ačkoli spí mnohem kratší dobu. S věkem také délka spánku ubývá. Další mýtus ohledně spánku se týká jeho kontinuity. Někteří se domnívají, že dobrý spánek musí být pouze nepřerušovaný. Ale je zcela přirozené a obvyklé, že se během noci několikrát probudíme, z toho si to mnohdy ani nemusíme uvědomit. Pokud jedinec těmto probuzením začne přikládat velkou váhu, začne z nich mít strach a to spánek činí nekvalitním. Zaměření pozornosti na reálné i jen myšlené nedostatky spánku vede ke zvýšenému napětí. To samotné se postará o blokaci spánku. Katastrofická interpretace nedostatků ve spánku má za následek zvýšené napětí. Protože napětí brání spánku, je možné i to katastroficky interpretovat (Praško, Maršálek, Červená, 2002).

Mnozí insomnici mají strach z insomnie jako z velkého údělu. Mají velký strach z neschopnosti spát, tato fobie se označuje jako agrypniafobia. Většině z nás bylo od dětství vštěpováno, že dostatek spánku je velice důležitý, že bez dobrého spánku, nemůžeme adekvátně fungovat další den. V souladu s tím, opravdu zjišťujeme, že po špatném spánku fungujeme velmi mizerně (Hauri, Linde, 1990).

Potíže s usínáním, se často pojí s obavami, starostmi, úzkostí, napětím. Mělký spánek a předčasné probouzení má souvislost s nedostatkem energie, ztrátou radosti, sebevýchytkami, depresí a beznadějí (Praško, 1999).

Nespavost se typicky objevuje u deprese, úzkostných a somatoformních poruch, může být také signálem u poruch příjmu potravy, schizofrenie, demence, či drogové, alkoholové závislosti nebo také závislosti na hypnoticích (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004).

Špatná nálada spolu s nespavostí, především pak nespavost s předčasným probouzením, musí vyvolat podezření na depresi (Prusiński, 1993).

Lidé trpící naučenou nespavostí přeceňují denní povinnosti, jsou soustředěni na nechtěné bdění, zveličují denní důsledky nespavosti (Ticháčková, 2006).

Lidé, kteří trpí depresí či nespavostí mívají depresivní nebo úzkostné myšlenky. Jsou to různé obavy a starosti, které mají velmi často, především pak v době, kdy leží v posteli a chtějí spát. S obavami přemítají o své výkonnosti, nespavosti, pociťují strach o své blízké, práci, zdraví, budoucnost. Pro tyto starosti a obavy je typické, že (Praško, Maršálek, Červená, 2002):

1. Přicházejí automaticky. Vybavují se bez toho, abychom si to přáli. Jsou automatické a nutkavé.
2. Jsou zkreslené. Přehánějí a vidí ty nejhorší možnosti.
3. Jsou neúčinné. Situaci neřeší, naopak škodí, protože udržují napětí a ruší spánek. Zvyšují strach a mají negativní dopad na sebevědomí.
4. I když jsou mnohdy přehnané, či bezdůvodné, často se dočkají plné důvěry.
5. Čím více jim budeme věřit a čím častěji se jimi budeme zabývat, tím hůř se budeme cítit a náš spánek bude o to víc poznamenán.

Narušený spánek a psychopatologie spolu působí jako korelační činitelé, dále kombinace špatné výchovy, nezaměstnanosti a nešťastné psychologické nastavení mohou všechny přispět k nárůstu zranitelnosti ve vztahu k rozvoji nespavosti. Přitom, se v žádném případě nespavost neomezuje jen na lidi nacházející se na nižším socioekonomickém stupni (Morin, 1993).

Lidé s poruchami spánku pravděpodobněji vykazují doprovodnou psychologickou nepohodu, než ti, kteří si nestěžují na poruchy spánku (Mellinger et al., 1985; in Morin, 1993). I když ne každý si stěžuje na špatný spánek, hlavně, když ten ze své podstaty občas bývá nekvalitní, ti, kteří každou noc bojují s touto nepříjemnou zkušeností, mívají poruchy nálady jako podrážděnost, tenze, bezmocnost, a hlavně pocit dysforie. Nepředvídatelný spánek je často spojen s úzkostí a vnímání ztráty kontroly je spojeno s pocitem naučené bezmocnosti. Průběh insomnie je často na začátku spojen s úzkostí ve vztahu ke stresujícím životním událostem, potom s nespavostí a nakonec s depresí (Morin, 1993).

Podle autorů Franzeho a Krusseho (2008) nelze popsat žádnou jednotnou psychodynamiku a osobnostní strukturu - nelze přesně říci, že existuje osobnost s větší náchylností ke vzniku poruch spánku. Porucha spánku může být projevem úzkosti u pacienta. Pacient s úzkostí se jen těžko uvolňuje. Úzkost může být zapříčiněna vícero zdroji. Autoři zde řadí např. obavu postiženého, že ztratí kontrolu nad svým jednáním nebo obavu postiženého, že se již neprobere a obavu ze smrti. Podle autorů se mohou poruchy spánku vyvinout, pokud pacient zažívá pocity viny při reálných chybách, dále pokud prožil emocionálně jímavé situace během dne (zloba, zamilovanost, ohrožení sociální struktury, rozvod) nebo pokud se mu nedaří delší dobu uspokojit pudovou potřebu.

Některé studie, které použily Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) byly směřovány k popisu osobnostního profilu insomníků (Edinger, Stout, & Holescher, 1988; A. Kales, Caldwell, Soldats, Bixler & Kales, 1983; Shealy, Lowe, & Ritzler, 1980;

in Morin, 1993). Dvě skupiny udávaly shodu v průběhu výzkumu. Jejich profily ukazují na depresivní a úzkostnou náladu; kognitivní styl charakterizovaný excesivní strachováním se a obsesivní ruminací; internalizování psychologických konfliktů; a zaujatostí svým zdravím. I když jsou data získaná pomocí MMPI cenná pro porozumění psychologického „složení“ chronických insomníků jako skupiny, ne všichni insomnici vykazují danou psychopatologii.

Některá šetření zkoumala denní průvodní jevy, které mají podle dotyčných plynout ze špatného spánku. Například subjektivní důsledky kvality spánku byly prozkoumány při srovnávání hodnocení některých dimenzí denního fungování jednak po špatně i dobře prospané noci (Zammit, 1988; in Morin, 1993). Byly identifikovány čtyři faktory popisující povšimnutých následků špatného spánku: dysforie (člověk se cítí nešťastný, málo energie, sociální stažení, snížený zájem o cokoli, lhostejnost); kognitivní neúčinnost (špatná koncentrace, pocity vyčerpání, únavy, mentální zpomalenost, letargie); snížení motorického výkonu (sklon k úrazům, pocity těžkopádnosti); sociální diskomfort (lekavost, snaha vyhnout se ostatním). Podobné výsledky byly získány i jinými výzkumy (Kales JD et al., 1984; Marchini, Diates, Magistad, & Waldum, 1983; in Morin, 1993).

Z výsledků různých studií vyplývá, že chronická insomnie velkým podílem přispívá k následnému vzniku psychické poruchy, zejména deprese, úzkostné poruchy nebo alkoholové závislosti (Smolík, et al., 2006).

Nespavost nezpůsobuje pouze nepokojné noci a frustraci, denní důsledky nespavosti zahrnují depresivní náladu, anxietu, vyčerpanost, podrážděnost, sníženou koncentraci, potíže s pamětí (Espie, 1991; JD Kales, A Kales, Bixler, 1984; in Carney, Berry, Geyer, 2005). Zhoršení denního fungování, které pacienti přikládají nespavosti může ovlivnit fyzickou, psychickou, emocionální, kognitivní, pracovní a sociální oblast života postiženého (Morin, 1989; 1993; in Carney, Berry, Geyer, 2005).

Nevšímalová (2006) přibližuje, že podle epidemiologických studií je insomnie spojena se 2-4násobně zvýšeným rizikem psychiatrických onemocnění – depresí, úzkostných stavů, alkoholové, lékové a drogové závislosti. Insomnie může být spojena s jakoukoli psychiatrickou diagnózou, nejvíce s poruchami nálad. Pacienti trpící insomnií vykazují depresivní symptomatologii 2-3x častěji.

Borzová (2006) uvádí, že kvalita spánku, psychický stav a kvalita denního prožívání jsou mezi sebou úzce spojeny a vzájemně se ovlivňují. Úzkostný syndrom je mnohdy spojen s časnou a střední insomnií, pozdní insomnie se pak častěji vyskytuje u depresivního syndromu.

Mortalita, zejména riziko sebevraždy, je významně vyšší u těch psychiatrických pacientů, kteří trpí vážnější poruchou spánku (Wingaard a Berkman, 1983; in Nevšímalová, 2005). Opakovaně prováděné studie také jasně ukazují na fakt, že porucha spánku patří mezi nejvýznamnější faktory, které predikují sníženou produktivitu a pracovní neschopnost. Pracovní úrazy a dopravní nehody jsou také několikanásobně častější u osob trpících nespavostí (Aldrich, 1989; in Nevšímalová, 2005).

B PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem výzkumu je získat celistvý pohled na spánkovou poruchu - psychofyziologickou insomnii v jejích širších souvislostech.

Daný cíl se budu snažit naplnit na základě informací ze tří zdrojů: **charakteristika nespavosti, osobnost** a další možné vlivy - **situační proměnné**.

Při charakteristice nespavosti se budu opírat o objektivní informace. Mezi ně patří délka trvání poruchy, frekvence jejího výskytu, průběh, dědičnost, hormonální vlivy. Jedná se o kategorii informací, které se jsou využívány při diagnostice poruchy.

Pro mé účely jsou důležitější psychologické aspekty vzniku, rozvoje a fixace onemocnění. Chci vypátrat subjektivní příčiny vzniku insomnie, jaké dopady má na život účastnic výzkumu, co se pro ně od doby rozvoje nespavosti změnilo. Pokusím se zjistit vliv nespavosti na náladu a význam, který je onemocnění přikládán, možnosti, jak se s problémem vyrovnat a co může napomoci jeho překonání. Budu se snažit rozvést odpovědi na otázky týkající se osobnostní výbavy, vyrovnávání se stresem, míry zodpovědnosti, zaměření na výkon, životní spokojenosti, pocitu svobodného rozhodování o svém životě, tzn. „locus of control“.

Pro oblast situační zvolím otázky ve vztahu k zaměstnání a rodině. Otázky jsou směřovány k rodinnému zázemí původní rodiny i rodinné vztahy prokreační rodiny. Chci zmapovat, jestli se v původní rodině u někoho vyskytovala nespavost a tím i možnost nápodoby. V zaměstnání mě bude zajímat, zda se dotyčná cítí pod tlakem a jestli je ona sama a její rodina závislá na jejím příjmu.

V rámci výzkumu se budu snažit také zhodnotit prostředky pomoci, jejich dostupnost a efekt. Na základě subjektivního výkladu respondentek o absolvovaných krocích k odstranění či zmírnění jejich potíží se pokusím o přiblížení systému péče o pacienty trpící psychofyziologickou insomnií v našich podmínkách.

6 REALIZACE VÝZKUMU

Výběr respondentů byl záměrný. Jedná se o ženy, které vyhledaly lékaře Spánkových center v ČR (Centrum pro poruchy spánku a bdění Fakultní nemocnice v Ostravě, Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch spánku a bdění Fakultní nemocnice v Brně, Psychiatrické centrum Praha – spánková laboratoř) a splňují kritéria pro diagnostikování psychofyziologické insomnie. Zkoumala jsem jednu dekádu života, věk žen jsem zúžila na věkové období 45 -55 let. Této životní fázi také odpovídá častější výskyt psychofyziologické insomnie. Ženský rod jsem zvolila proto, že počet žen nad muži trpícími stejným problémem je o mnoho vyšší.

Oslovení probíhalo po obeznámení lékaře, u kterého ženy problém ventilovaly. Ve dvou případech lékař kontaktoval dotyčnou osobu a zjistil, jestli by byla ochotná účastnit se výzkumu. Pokud ženy souhlasily s rozhovorem, byly mnou poté osloveny. Tři ženy se odmítly rozhovoru zúčastnit. Jedna žena z důvodu velkého pracovního vytížení a místa bydliště mimo dosah mých možností přijet ve chvíli, kdy by pro ni schůzka byla schůdná. Respondentka také během telefonického kontaktu uvedla, že se nerada svěřuje a zajímala se, jaké otázky rozhovor obsahuje a jak dlouhý bude. Další žena byla ochotná se sejít, kvůli pracovním povinnostem a zdravotním komplikacím - pokročilému stupni rizikového těhotenství, se z rozhovoru omluvila. Poslední žena se nezúčastnila rozhovoru pro pracovní nasazení, ale byla ochotná odpovědět mi na otázky pomocí emailu. Data získaná pomocí emailu považuji za cenná, jsou zahrnuta do interpretace dat. Mají kromě čísla písmenkový doplněk. V jednom případě jsem kontaktovala lékaře Spánkového centra, který ale nedisponoval telefonními čísly svých pacientů, pouze adresami. Proto jsem náhodně zvolila podle kritérií na výzkumný soubor větší počet pacientek, které jsem s mou osobou a výzkumem seznámila pomocí dopisu. Do výzkumu jsem pak přiřadila ty respondentky, které se mi ozvaly.

Náklady na výjezdy za konkrétními respondentkami jsem si platila ze svých zdrojů.

Mou snahou bylo, aby rozhovory probíhaly ve standardizovaném prostředí - v restauračním zařízení, podřídila jsem ale místo realizace rozhovoru přáním účastnic výzkumu. S jednou ženou jsme se proto setkaly v kanceláři, další žena mě pozvala domů,

protože v místě bydliště nebylo vhodné restaurační zařízení. Součástí rozhovorů bylo z mé strany pozvání na občerstvení, které většinou nebylo přijato.

Dříve než jsem začala klást otázky, které jsem měla v rámci interview připravené, seznámila jsem jednotlivé účastnice výzkumu s mou osobou, cílem výzkumu a zajištěním anonymity. Pouze první rozhovor byl po souhlasu respondentky zaznamenán na diktafon, u dalších účastnic výzkumu z technických důvodů tato možnost nemohla být realizována. Informovaný souhlas proběhl ústní formou. I když měla každá členka výzkumného souboru právo kdykoli bez udání důvodu od výzkumu upustit, žádná toho nevyužila.

Anonymita účastnic výzkumu byla zajištěna přidělením čísel od 1 do 7 pro respondentky, s kterými jsem se setkala tváří v tvář, číslo 8 je doplněno o doprovodné písmeno – E, které značí, že mi respondentka odpověděla na otázky písemnou formou. Pod těmito čísly jsou ženy uváděny jak v tabulce tak v samotné analýze dat.

7 POPIS ZKOUMANÉHO SOUBORU

Číslo respondenta	Ročník narození/věk	Zaměstnání	Délka trvání nespavosti
1	1960/48	Lékařská laborantka	3 - 4 roky
2	1954/54	Zdravotní sestra v domově důchodců	4 roky
3	1962/46	Inženýrka, projektová manažerka, vedoucí pozice	2 roky
4	1954/54	Učitelka gymnázia	36 let
5	1961/47	Inženýrka, vodohospodářka, vedoucí pozice	7 let
6	1953/55	Učitelka na učilišti	15 let
7	1963/45	V domácnosti	1 rok
8 E	1955/53	Inženýrka, pozemkový fond ČR	13 let

Tab. 1. Účastníci výzkumu

Soubor tvoří osm žen ve věku od 45 do 55 let. Průměrný věk je přibližně padesát let. Účastnice výzkumu reprezentují různé regiony ČR, jedna žena je původem Slovenka. Tři ženy zastupují Moravskoslezský kraj, tři ženy Jihomoravský kraj, dvě respondentky kraj Středočeský. Nejvíce zastoupenou skupinou jsou vysokoškolsky vzdělané ženy. Dvě ženy vykonávají povolání učitelky, tři ženy absolvovaly vysokou školu s titulem Ing. Jedna žena je v domácnosti, pracuje příležitostně ve firmě manžela. Průměrná doba trvání nespavosti je kolem 10 let. Nejkratší doba trvání nespavosti je 1 rok a nejdelší 36 let.

8 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Jako výzkumnou strategii jsem zvolila kvalitativní přístup, který klade na první místo celostní porozumění vnitřní logice zkoumaných procesů, událostí nebo jevů v jejich nejširších souvislostech. Kvalitativní výzkum je orientován holisticky. V mém případě to znamená, že je člověk ve své podstatě vnímán v celé jeho šíři a všech možných rozměrech (Ferjenčík, 2000).

V typickém případě výzkumník vybírá na začátku výzkumu téma a určuje základní výzkumné otázky. Otázky může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat. Díky tomu se kvalitativní výzkum někdy označuje za emergentní či pružný typ výzkumu. V průběhu výzkumu nedochází jen ke vzniku výzkumných otázek, ale také hypotéz a nových rozhodnutí o tom, jak modifikovat výzkumný plán a pokračovat při sběru dat i jejich analýze. Práce kvalitativního výzkumníka bývá nazývána jako detektivní činnost (Hendl, 2005).

8.1 Polostrukturované interview

Polostrukturované interview je nejrozšířenější podobou metody interview a to z toho důvodu, že umí řešit nevýhody nestrukturovaného i plně strukturovaného interview. V rámci polostrukturovaného interview si vytváříme určité schéma, které je pro nás závazné. Dané schéma zahrnuje okruh otázek, na které se budeme účastníků ptát. Můžeme zaměřovat pořadí připravených okruhů, abychom dosáhli maximální výtěžnosti interview. Tento typ interview operuje s jádrem interview, tzn. minimem témat a otázek, kterými se musíme zabývat. Na toto jádro se nabalují doplňující otázky a témata, které mohou být cenným zdrojem informací a zahrnovat důležité kontextuálně vázané informace, smysluplně a užitečně tak rozšiřují náš pohled na zkoumaný fenomén. Metodu polostrukturovaného interview můžeme použít ve standardizovaném prostředí (např. psychologická ordinace) i v různorodém prostředí (např. kavárny) (Miovský, 2006).

„Možnost kombinace prvků strukturovaného i nestrukturovaného interview činí z metody polostrukturovaného interview téměř ideální výzkumný nástroj pro oblasti aplikace většiny výzkumných plánů v rámci kvalitativního přístupu“ (Miovský, 2006, s. 161).

U polostrukturovaného interview je víceméně volný způsob, forma odpovědí na jednotlivé otázky tazatele. Respondent si sám může vybrat způsob, jak odpoví (Ferjenčík, 2000).

8.1.1 Tématické okruhy interview

Celkem jsem měla v rámci polostrukturovaného interview připravených 21 otázek, které se zaměřily na šest okruhů, převážně na psychologické souvislosti poruchy:

Charakteristické znaky nespavosti

V této části jsem se chtěla dozvědět důležité parametry nespavosti – jak dlouho trvá, jakou příčinu ji dotyčné přisuzují, jaký byl vznik poruchy, průběh a její projevy a jak často se během týdne u postižené vyskytuje.

Modelové otázky:

„Jak dlouho máte problémy s nespavostí?“

„Co považujete za spouštěcí faktor?“

„Jaký průběh měla Vaše porucha?“

„Jak často se u Vás nespavost vyskytuje?“

Prožívání nespavosti

Druhý okruh otázek měl za cíl získat informace o tom, jaký vliv má nespavost na život dotyčné, kterých oblastí a jak se dotýká. Dále mě zajímalo, zda insomnie ovlivňuje náladu postižené a šířeji, jestli má pocit, že ji nespavost změnila. S vlivem nespavosti na život žen a také na náladu souvisela další otázka, která zjišťovala význam, který je insomnii přikládán. Na závěr tohoto okruhu jsem se zeptala, co by účastnicím výzkumu pomohlo nespavost překonat a současně jsem se dověděla, jaké zdroje pomoci a s jakým efektem vyzkoušely.

Modelové otázky:

„Na jaké oblasti Vašeho života má nespavost vliv?“

„Když se dobře (špatně) vyspíte, ovlivní to Vaši náladu druhý den?“

„Myslíte si, že Vás Vaše nespavost změnila?“
„Jaký význam přikládáte své nespavosti?“
„Co by Vám podle Vás pomohlo nespavost překonat?“

Osobnost respondentek

V třetím okruhu otázek jsem se zajímala o vlastnosti žen, které mohou přispět k rozvoji onemocnění nebo jeho fixaci. Ptala jsem se také na reakce na stres. Poslední otázka v této části směřovala k zodpovědnosti.

Modelové otázky:

„Mohla byste říci, že máte nějaké vlastnosti, které pomáhají udržet Váš problém?“
„Jak reagujete na stres?“
„Jaký je Váš vztah k zodpovědnosti?“

Zaměstnání

Čtvrtý okruh otázek vedl k informacím o zaměstnání žen, o tom, jestli se v práci cítí spokojené či nikoli. Ptala jsem se na pracovní vytížení, zda se cítí v zaměstnání pod tlakem. Zjišťovala jsem také míru závislosti žen na svém příjmu.

Modelové otázky:

„Cítíte se v zaměstnání pod tlakem?“
„Je Vaše rodina závislá na Vašem příjmu?“

Životní spokojenost a „místo řízení“

Pátý okruh otázek byl sestaven tak, abych nahlédla na životní spokojenost žen a na jejich „místo řízení“. Zeptala jsem se na to, jestli mají pocit, že drží svůj život pevně ve svých rukou, či jsou ovládání osudem, Bohem, smůlou, štěstím apod.

Modelové otázky:

„Mohla byste o sobě říci, že jste v životě spokojená?“
„Máte pocit, že máte život pevně ve svých rukou?“

Rodinný systém

V posledním šestém okruhu mi byl přiblížen rodinný systém respondentek v jeho souvislostech. Tázala jsem se na rodinný stav dotyčných, kolik mají dětí, jak s nimi vycházejí, jak je vychovávají, jaké jsou v jejich rodině problémy. Ptala jsem se také na vztah k rodičům, sourozencům, výchovu z původní rodiny. V této části jsem také ověřovala, jestli v původní rodině trpěl někdo nespavostí a zjišťovala tak možnou vazbu na současný stav. Rodinné zázemí doplnila otázka, zda a jak, pomáhá rodina dotyčné problém zvládnout, vyrovnat se s ním. Jestli vynaložili ostatní členové rodiny energii a snahu pomoci a v jakých konkrétních podobách pomoc realizovali. Kdo byl iniciátorem pomoci, jak na to dotyčná reagovala. Jestli o tom v rodině hovořili a nebo respondentka řešila svůj problém sama. Informovala jsem se také o manželském či partnerském vztahu a spokojenosti v něm. Otázka o rozdělení domácích prací mapovala vytíženost žen a také přístup ostatních rodinných příslušníků ji ulehčit, být nápomocen a v obecné rovině ukazovala na určitý řád, který v rodině funguje. Poslední otázka byla zacílena na sexuální život a uzavřela tento okruh.

Modelové otázky:

„Jaký je Váš stav?“

„Pomáhá Vám rodina problém zvládnout?“

„Spokojenost v partnerském stavu“.

„Rozdělení domácích prací“.

„Sexuální oblast“.

9 ANALÝZA DAT

Metoda prostého výčtu

Díky této metodě vyjadřujeme vlastnost určitého jevu, která se vztahuje např. k tomu, jak často se daný jev vyskytl či v jakém poměru výskytu byl k jinému jevu (Miovský, 2006).

Metoda vytváření trsů

Metoda vytváření trsů obvykle slouží k tomu účelu, že dává možnost seskupit a koceptualizovat určité výroky do skupin, např. podle rozlišení určitých jevů apod. Vznik skupin (trsů) by měly být na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Za společný znak trsu můžeme považovat např. tematický překryv, tj. když ve výrocích osob vyhledáváme všechny pasáže týkající se určitého ohraničeného tématu (Miovský, 2006).

Metoda zachycení vzorců („gestaltů“)

Podle principu této metody vyhledáváme v datech určité opakující se vzorce (případně témata), které zaznamenáváme. Zjednodušeně lze říci, že se jedná o vyhledávání určitých obecnějších principů, vzorců či struktur, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům vázaným na určitý kontext, osobu atd. (Miovský, 2006).

Metoda kontrastů a srovnávání

Kontrastování umožňuje lépe od sebe odlišit např. dvě identifikované kategorie, zároveň upozornit na rozdíly mezi nimi, přestože mají mnoho společného. Kontrastování získává na užitečnosti také při zdůraznění některých kontextuálních odlišností určitého fenoménu, který může nabývat různých podob díky některým kontextuálním vlivům (Miovský, 2006).

Věřím, že kombinace výše uvedených metod analýzy dat poskytne bohatá a plně validní data.

10 INTERPRETACE DAT

10.1 Okruh charakteristika nespavosti

10.1.1 Jak dlouho máte problémy s nespavostí?

Doba prožívání nespavosti se u žen různí, zahrnuje poměrně dlouhý čas. Tři ženy uvádí mnohem delší časové období než ostatní. Jedna z nich popisuje trvání nespavosti od svých 18 let. „*Celý život jsem byla špatný spáč (2)*“. Druhá žena hovoří o tom, že její problémy se špatným spánkem trvají 15 let, zatímco, „klasické“ problémy s nespavostí vnímá posledních šest až sedm let. Respondentka, která odpověděla na otázky pomocí emailu označila dobu trvání nespavosti 13 let.

Podle výpovědí ostatních respondentek, je úsek prožívání nespavosti kratší. Jedna žena vymezuje trvání insomnie něco přes rok, další dva roky, tři až čtyři roky, čtyři roky a poslední sedm let. Bývá rozlišováno mezi nespavostí, která se objevila před vznikem onemocnění a „klasickou“ nespavostí. Můžeme říci, že s občasnou nespavostí se setkal každý z nás stejně jako respondentky. Nespavost před rozvojem poruchy může být označována za nepříjemnou, obtěžující, může se jednat o insomnii situační (transientní) např. na dovolené nebo se problémy se spánkem objevují ve směnném provozu po noční směně. Tyto potíže ale nedosahují takové intenzity, frekvence nebo trvání, aby byly ženami považovány za problém. Zato klasická nespavost má pro respondentky mnohem negativnější konotativní význam, „problémem“ je.

V době před vznikem onemocnění se spánek žen dá mnohdy označit jako lehký, trhaný, díky kterému jsou náchylnější k častějšímu probouzení pro rušivé podněty. „*Předtím jsem měla trhané spaní, slyšela jsem, jak synové přišli domů (1)*“. „*Mám vypěstovaný sluch, jak byly děti malé, slyším všechno (5)*“. „*Usnula jsem, ale budila jsem se v noci, vadila mi světla, zvuky (6)*“. Nastavení k mělkému spánku rozvoji nespavosti nahrává. Jedna respondentka proto podotýká: „*Nejraději bych usínala s maskou na očích a špunty v uších (4)*“.

Můžeme hovořit o nespavosti chronické, která snižuje kvalitu života a vyžaduje odbornou léčbu. „*Člověk, který nespí, jen přežívá (6)*“.

10.1.2 Jak často se u vás nespavost vyskytuje?

Frekvence výskytu nespavosti se mění díky různým okolnostem. Některé týdny jsou vyplněné nespavostí prakticky každou noc, v jiné týdny jsou prospané noci a noci z velké části probdění vyrovnané. „*Prakticky denně, někdy týden po sobě každý den (6)*“. „*Skoro každou noc (5)*“. „*Každý den (7)*“. „*2-3x do týdne (8E)*“.

Insomnie je také závislá na tom, jestli pacientky užívají léky. „*Někdy méně často, někdy více často. Ted' toho užívám tolik, že vždycky usnu, ale v noci se vzbudím několikrát, předtím jsem spala tak dvě hodiny denně (2)*“. „*Každý den, s práškama spím i 4 až 5 hodin denně, ale jak kdy, někdy neusnu ani s práškama (3)*“. „*Nevím, co na to říct, když si nevezmu prášek, usnu a po hodině jsem vzbuzená (4)*“.

Často lze rozlišit, kdy se pacientka vyspí dobře a kdy špatně. Někdy nespavost zasahuje spánek každý den řadu let a pacientka „dobré a špatné noci“ nerozlišuje: „*Nevím, co je to dobře se vyspat (4)*“.

Všechny ženy se shodují na tom, že během jejich poruchy je nepředvídatelné, kdy se jim podaří usnout a kdy nikoli, to je velice stresující. „*Je to nevyzpytatelné (8E)*“. Prospané noci se neustále mění a jsou také závislé na neprospaných nocích a následné únavě. „*Nejdřív jsem nemohla usnout jeden den, ale druhý jsem díky únavě usnula, pak se to pořád měnilo, třeba dva dny jsem nespala a jeden jo. Nakonec to bylo tak, že jsem nespala každou noc a spala jsem tak 3 hodiny denně (3)*“. „*Když jsem tři noci špatně spala, tu čtvrtou noc jsem usla a spala, protože jsem už byla dost unavená (1)*“.

Insomnie se projevuje na neschopnosti pravidelně usnout v přiměřeném intervalu od doby ulehnutí ke spánku. Doba usnutí se podstatně prodlužuje. „*Ležela jsem hodinu, hodinu a půl (1)*“. Obdobné jsou problémy, pokud se pacientky během noci probudí. „*Když jsem se probudila, nemohla jsem už prakticky vůbec usnout (5)*“. „*Po probuzení jsem měla zas stejný problém usnout (1)*“. Často se také budí v brzkých ranních hodinách. „*Chodím spát co nejpozději. Kdybych šla spát ve 22 hodin, probudila bych se ve 4 a konec (4)*“. „*... pak jsem zkoušela ještě další prášky na spaní, ve tři se přesto probudím (5)*“. Problémy se spánkem se různě kombinují: „*Nemohla jsem usnout, když jsem se v noci probudila, zas jsem nemohla usnout a budila jsem se dřív (7)*“. „*Usnu třeba až 4,30 a za chvíli vstávám do práce nebo třeba večer usnu, ale 0,30 jsem vzhůru (6)*“. Porucha může být např. započata nekvalitním usínáním, ke kterému se později přidává opětovné špatné usínání po náhlém probuzení během noci a nakonec i brzké ranní buzení, dochází tak ke kumulaci problémů.

10.1.3 Co považujete za spouštěcí faktor?

V pozadí vzniku insomnie stojí podle dotázaných stresová či zátěžová situace, problém nebo jejich kumulace.

Nespavost může být vyvolána nebo doprovázena také reálnou situací, kdy člověka něco ruší a brání spánku. V další fázi, i když původní faktor již nepůsobí, nespavost přetrvává. U jedné ženy byl takovou proměnnou soused. Paní bydlí v řadovém domě, za stěnou ložnice bydlí důchodce, alkoholik, který do pozdních nočních hodin sleduje nahlas televizi. „*Soused mě budil, pak i když už byl ticho, nešlo to (5)*“. Druhá žena sice popisuje vznik nespavosti z doby před maturitou, jako proměnná, která později může pomoci upevnit nespavost je narození syna. „*Nechtěl spát, díky němu jsem se vůbec nevyspala, byl hrozně živý, hubený, myslím, že to byl hlavní důvod (4)*“. Syn vyrostl, nespavost přetrvávala, protože samotné rušící vlivy nestačí k tomu, aby se porucha plně rozvinula. Nespavost by bez rušícího podnětu vymizela. Porucha se začíná rozvíjet s opakovanou zkušeností, která ji posiluje a s psychickou zátěží. Ve chvíli rozvoje poruchy se postižená nachází ve stavu snížené schopnosti reagovat a adaptovat se na obtížnou situaci, roli hrají také její osobnostní vlastnosti a dispozice.

Vznik nespavosti vysvětlují respondentky multikauzálně, pomocí více příčin. Obecně můžeme použít pojem stres nebo psychická zátěž jako hlavní spouštěč nespavosti. Kromě toho se dvě ženy odvolávají také na dědičnost a tři si kromě jiných okolností dávají problém také do spojitosti s přechodem a hormonální nevyvážeností tohoto věkového období. „*Myslím, že to bylo přechodem a maminka byla hodně nemocná, umřela, měla rakovinu slinivky. Dohromady ty dvě věci (1)*“.

Pět žen společně popisuje důležitý faktor vzniku poruchy, který je různě spojen s jejich zaměstnáním. Z toho dvě ženy specifikují vznik problémů pouze ve spojitosti se zaměstnáním. „*Začla jsem chodit do práce, musela jsem vstávat na určitou dobu, předtím jsem byla 14 let na mateřské (5)*“. „*Problémy v zaměstnání (8E)*“.

Čtyři ženy popisují mnoho zátěžových situací najednou: „*Prodělala jsem gynekologickou operaci a zjistila jsem, když jsem přišla domů, že nemůžu spát. Sestra mi v té době volala, že má rakovinu prsu a pak to šlo rychle z kopce, umřela. V práci propouštěli, snižovali stavy, dva roky nám říkali, že čtyři pracovníci budou muset odejít. Rozkmotřily jsme se s nejlepší kamarádkou (2)*“. „*Asi je to částečně vrozené, špatně spala moje maminka, brácha i jedno naše dítě. Jinak maturita, smrt otce, možná i nějaký stres (4)*“. „*Dlouhé noci a krátké dny, chybí mi světlo. Tím, že jdu v noci do práce ve tmě, to je hlavně problém zimy, jsem tam přes den, kde je umělé světlo, zpátky jdu zase za tmy. Další*

faktor je, že musím být dominantou, učím matematiku, nedovolím, aby se v hodině bavili, to je hodně vyčerpávající. Musím za každou cenu udržet pozornost, jsem z toho všeho hrozně unavená. Také dědičnost, mamka špatně spí, spí velice málo. Před těmi patnácti lety, co to přišlo, to byla taky psychická zátěž, protože jsem původem Slovenka a musela jsem hned po škole učit česky. Můj manžel je voják, taky jsme se pořád někam stěhovali (6)“. „Myslím, že spouštěcí faktor byl celkový stres. V té době jsem se stěhovala z kanceláře do nové kanceláře, kde nás bylo dohromady osm, nemohla jsem se soustředit na práci. Myslím, že roli hrály i hormonální vlivy (3)“.

Jedna respondentka odpověděla: „Nejsem schopna si to vůbec uvědomit, možná taky nějaký nervový příčiny – nervy, děti odrůstají. Ted' vím ale jistě, že je to ted' kvůli psychice, jsem na tom špatně a nemůžu spát (7)“.

K faktorům vzniku poruchy patří podle žen různé vnější události – stres, práce, onemocnění blízkého příbuzného, smrt příbuzného, dědičnost, stěhování, hormonální vlivy ad. Jedna dotázaná možnou příčinu spatřuje mj. v nedostatečném pitném režimu, na který ji upozornila homeopatka. „Uznala jsem, že je to pravda, že opravdu málo piju, tak se to snažím dodržovat (3)“.

Jedna z respondentek uvažuje o vnitřní příčině, o tom, že rozhodující roli pro trvání nespavosti hraje její psychika.

Rozvoj onemocnění se pojí s vyvolávací příčinou u predisponované osobnosti.

10.1.4 Průběh poruchy

Porucha se rozvíjí většinou pozvolna. „V podstatě to bylo postupné, co jsem nenaspala do půlnoci, to už jsem nedohonila, budila jsem se ve tři, ve čtyři. Pak se to zlomilo a nemohla jsem usnout (3)“.

„Nejdřív jsem nemohla spát z neděle na pondělí, představa, že musím do práce (5)“.

„Bylo to úplně pozvolné, usnula jsem, ale častěji jsem se budila, manžel chrápe, k tomu psychická zátěž (6)“, ale není výjimkou ani náhlý začátek s rychlým zhoršením stavu. „Prodělala jsem gynekologickou operaci a zjistila jsem, když jsem přišla domů, že nemůžu spát (2)“.

„Bylo to najednou, nemohla jsem spát (7)“.

Ve vývoji poruchy sehrála klíčovou úlohu obava z nespavosti „Už se bojím, dřív jsem se nebála, že neusnu (7)“ a jejich důsledků, významně se vážících k pracovní oblasti. „Říkala jsem si, že musím usnout, mám před sebou třeba důležité jednání, budu muset být funkční, pohotová. Představa, že musím do práce, měla jsem pocit, že nemůžu usnout, abych ráno nenaspala, taky jsem měla špatný pocit z toho, že budíkem můžu ráno vzbudit ostatní (5)“.

„Měla jsem strach, že ráno budu mrtvá (3)“.

„Když nemůžu usnout nadávám si: Ježíšikriste zase se zblázním. Práce, toho se vždycky ráno bojím. Musím být čerstvá v práci, zvládnout 30 učňů je problém, když člověk není vyspaný. V práci nesmím ukázat,

že jsem nevyspaná (6)“. „Vadí mi, že budu v práci nevyspaná (4)“. „Bože můj, jak zas ráno budu vypadat, jak to tam zas přežiju v té práci (1)“.

Jedna žena uvedla, že by ji nespavost tolik nevadila, kdyby nemusela chodit do práce. Obává se toho, že se její stav zhorší. „Mám strach, že až budu ve škole, vydržím měsíc, dva, pak přijde únava. Kdyby to zůstalo na stejné úrovni, dalo by se to zvládnout (6)“. Tyto a jiné myšlenky a představy o důsledcích nespavosti zvyšují tenzi a brání usnutí.

Psychofyzilogická nespavost se pojí se strachem z neusnutí, následné únavy po neprospané noci, onemocnění, které může dlouhodobá nespavost vyvolat. Častý je strach z únavy a z nezvládnutí nároků v pracovní oblasti, ale i v běžném životě. Účastnice výzkumu mají obavu z toho, že nebudou schopny díky nespavosti dostát pracovním povinnostem, obávají se výpadků paměti, snížené koncentrace, zhoršeného pracovního výkonu, nevolnosti, bolestí hlavy, podrážděnosti, snížení imunity, toho, „jak to v práci přežijí“, fyzické únavy, neproduktivního myšlení, neschopnosti řešit problémy atd.

Strach z vlivu nespavosti na pracovní život je možné uchopit tak, že práce tvoří důležitou součást života respondentek i jejich časového rozvrhu. U pracovní doby nelze předpokládat, že se bude měnit s měnícími se požadavky a potřebami žen, ale naopak, je fixně daná a je třeba ji zodpovědně plnit, i když se účastnice výzkumu cítí unavené, stejně tak to platí pro zadané úkoly, výkon atd. Z toho může vyplývat obava, že je určitý řád, který je nutné dodržovat, děj se co děj. Anticipace možných problémů nabourává vnitřní stabilitu.

První žena mi k průběhu onemocnění sdělila. „Zlobilo mě to, pořád jsme se převracela na posteli, třeba jsem vstanula, něco jsem udělala a tak. Pak už mě to trápilo, říkala, jsem si Bože můj, jak zas ráno budu vypadat“. Přes týden měla strach vzít si prášek na spaní, aby kvůli tomu nepřišla pozdě nebo, že se nevzbudí. Raději zvolila různé bylinkové čaje a pře víkend si vzala půlku prášku. Tím se to trochu ustálilo. Poté vyhledala lékaře, připadala si pořád unavená, nedospaná. Nyní užívá hypnotika a je spokojená „Někdy mi stačí čtvrtka prášku a spím dobře“. Byla obeznámena se spánkovou hygienou, kromě čtení v posteli neměla žádný naučený stereotyp, který se váže ke spánku a který by na něj mohl mít negativní vliv. Občas se ji stalo, že usnula u televize, po přemístění do ložnice se ji spát nechtělo. To je řazeno mezi charakteristické znaky naučené nespavosti – schopnost usnout mimo místo určené ke spánku – postel.

Druhá respondentka popisuje v průběhu onemocnění výraznou úzkost. Po návratu domů z nemocnice, kde prodělala gynekologickou operaci, zjistila, že nemůže spát. Myslela si, že se jedná jen o hormonální změnu, že se to upraví, přiznává ale, že už

přemýšlela, jestli to zvládne. Prožívání úzkosti došlo tak daleko, že přestávala zvládat běžné věci, které ji předtím nečinily sebemenší problém. Přibližně od třetího měsíce trvání nespavosti se u ní rozvinula deprese. „Měla jsem stavy úzkosti, večer už jsem byla strašně nervózní. Spala jsem tak dvě hodiny denně. Pracuji v Domově důchodců a tam zbyly vždycky nějaké léky, po pacientech, kteří umřeli. Kradla jsem, co se dalo. Deprex mě zklidnil, ale spánek nenavodil. Říkala jsem si, že k Diazepamu neklesnu. Skákala jsem od jednoho k druhému. Chvillemi jsem si připadala nepřičetná, měla jsem strach a taky hrozné výčitky...Vyzkoušela jsem všechno možné, mlátila jsem se v tom a vyčítala si, že do toho padám čím dál víc“. Úzkost a strach nabývaly na intenzitě. „Stavy úzkosti a strachu se strašně zvyšovaly. Byla jsem už mimo realitu, přemýšlela jsem o sebevraždě. Měla jsem výpadky paměti, vůbec mi nešlo číst, manžel se mě ptal, když jsem se dívala na nějaký seriál, o čem byl, ale já už jsem skoro nic nevěděla. Z toho obrovského strachu jsem měla ztuhlé svaly, pořád jsem chodila se sebeobraným postojem, měla jsem jakoby ruce v pěsti a natažené, kdyby bylo nějaké nebezpečí. Rukama jsem nehýbala, měla jsem je ztažené před sebe, hrozně mě bolely záda. Strach byl tak velký, že jsem se vyhýbala rodině i přátelům. Byla jsem úplně ztuhlá, ochrnutá strachy, seděla jsem a čekala atomovou bombu. Nemohla jsem chodit ani nakupovat a mezi lidmi, pak už jsem měla strach ze všeho“. Poté se rozhodla vyhledat pomoc ve Spánkovém centru. „Byla jsem úplně roztřesená, měla jsem strach, že pro mě není žádné řešení“. Úzkost se stala důležitější než nespavost. „Byla to obrovská úzkost. Nezvládala jsem návštěvy z rodiny, nedokázala jsem s nimi mluvit. Říkala jsem si, všichni to vědí, že jsem blázen, a neví, jak mi pomoci. Měla jsem hrozný strach z konverzace. Když někdo mluvil, pořád jsem si to v duchu přehrávala, několikrát. Pomohla až vhodná kombinace léčiv, po které se dotyčné velmi ulevilo „...připadala jsem si jako úplně nový člověk. Můžu číst, komunikovat“.

Třetí dotázaná po rozvinutí poruchy spala pouze 3 hodiny denně. „Byla jsem z toho nešťastná, nevěděla jsem, co mám dělat“. Požádala o prášky u několika doktorů než se dostala do Spánkové laboratoře. Z provedeného vyšetření se potvrdilo, že spánek je přerušovaný. To ji příliš neuspokojilo: „Byla jsem docela zklamaná, protože to jsem přeci věděla a dostala jsem prášky, ale jinak se nic nezměnilo. Pořád na něco čekám, nejdřív objednání k doktorce, pak objednání na vyšetření, pak na výsledky atd. Člověk spoléhá spíš na sebe“. Po rozvinutí onemocnění upadla do deprese, z které ji pomohly homeopatika.

Čtvrtá žena, která byla ochotná se účastnit výzkumu mi k průběhu poruchy řekla, že trpí nespavostí od mládí, přesněji od svých 18 let. V té době ji umřel otec, složila maturitní zkoušku. Tehdy ji občas matka dala nějaký prášek na spaní. Po narození syna spala také

špatně, především proto, že ji syn „nenechal vyspat“. Odhodlala se kvůli nespavosti vyhledat obvodního lékaře, ten byl ale velice nepříjemný, proto pokusy o zlepšení stavu vzdala. V současné době se ji sice podaří usnout, ale během hodiny je vzhůru. *„Pořád na něco myslím, večer nad něčím přemýšlím a neusnu“*. Také uvedla, že se s nespavostí v posledních letech smířila. *„Posledních pár let se s tím začínám smiřovat, horší už to být nemůže. Říkám si jednou se vyspím“*. Přesto v současnosti vyhledala odbornou pomoc a byla ochotná testovat se na dosud neregistrovaný lék, ve snaze zbavit se svého problému. Současně „moci spát“ figuruje mezi jejími největšími přáními.

U páté respondentky je v popředí strach z vlivu nespavosti na pracovní oblast. Po delší mateřské dovolené měla nastoupit znovu do práce a objevil se problém se špatným spánkem. Nejdrív se nespavost objevovala typicky z neděle na pondělí a pojila se s představou, že začíná pracovní týden. Později se obavné myšlenky zautomatizovaly a nespavost upevnily se skoro každodenním opakováním. *„Představa, že musím do práce, měla jsem pocit, že nemůžu usnout, abych ráno nezaspala, taky jsem měla špatný pocit z toho, že budíkem můžu ráno vzbudit ostatní“*. K tomu se jako rušivý element přidal hlučný soused, který dotýčnou „nenechal vyspat“. Časem se vyvinul strach z nespavosti. S nespavostí se dotázaná také pokouší smířit. *„Nespím skoro každou noc, už mě to tolik nevadí, nejsem na sebe už naštvaná. Jsem smířená, nechci každou noc spát na 100%“*.

Šestá členka souboru výzkumu ve vztahu k průběhu nespavosti vzpomíná jako důležitý faktor dlouhé dny a krátké noci, dále také povolání učitelky je velmi vyčerpávající. Shrnuje: *„Mám období v roce, kdy mě něco psychicky zlomí“*. Ze všech sil se snaží udržet pozornost žáků při svých hodinách matematiky, k tomu také udává *„podroušenou nervovou soustavu“*. *„Nemohu usnout, i když se snažím chodit spát pravidelně. Stačí malý problém a už mi nervy pracují a už nespím“*. Po přibližně sedmi letech trvání nespavosti, vyhledává odbornou pomoc. Ke kroku vyhledat lékařskou pomoc nám sděluje: *„Zjistila jsem, že to nejsem já. Nemám o nic zájem. Nešlo to tak dál“*. V práci se snaží ze všech sil soustředit, pak je ale mnohem víc unavená. Když se přiblíží dvacátá hodina večer, je čilá, protože se vytvořila asociace „blíží se doba spánku“.

Předposlední účastnice výzkumu je ženou v domácnosti, starající se o rodinu, která během rozhovoru opakovaně narážela na „šílenou nudu“. Nespavostí trpí něco přes rok, ale poslední dobou si uvědomuje, že je její nespavost odvislá od „velkých osobních problémů“ a přímo souvisí se zátěžovou situací. Teprve nyní popisuje, že zažívá strach z nespavosti *„Ted', když si jdu lehnout, mám strach, že neusnu“*.

Poslední respondentka nám k průběhu poruchy napsala toto: „*Usínám celkem bez problémů, ale kolem 1-2 se budím a špatně usínám. Někdy neusnu vůbec, někdy až třeba nad ránem. Pak se stane, že zase dva, tři dny po sobě usnu a jen se slabým, opakujícím se procitnutím (2x-5x) spím. Nemám strach z nespavosti, jsem s tím smířená, protože vím, že se zase za nějakou dobu vyspím. Je pravda, že nevím, co by mohlo ovlivňovat nespavost. Je to nevyzpytatelné. Tak v klidu ležím a přemýšlím o všem možném, co by se mělo udělat apod. Někdy si rožnu a čtu, si, ale to budí manžela a ten to nemá rád, tak to bývá ojediněle. Po četbě se mě zdá, že většinou usnu*“.

10.1.5 Shrnutí

Chronická nespavost

Na základě uvedené délky trvání nespavosti jsem zjistila, že u všech žen můžeme hovořit o chronické nespavosti. Její trvání je u všech dotázaných delší až mnohonásobně delší, než je doba pro diagnostiku chronické nespavosti. To odpovídá tvrzení, že psychofyziologická insomnie se řadí k hlavním příčinám chronické nespavosti.

Spouštěcími faktory bývá stres, psychická zátěž, kumulace problémů

Dále v tomto okruhu pacientky uvažují o možných příčinách nespavosti. Spouštěcí faktor se různí, podle odpovědí můžu uvést tyto subjektivně důležité spouštěcí faktory nespavosti: stres, psychická zátěž, kumulace problémů, práce, dědičnost, hormonální vlivy, „nervy“, rušivé podněty. Subjektivně vnímané příčiny nespavosti považujeme za důležitý zdroj toho, jak samy pacientky chápou vznik problému a jaký prostor dávají možné nápravě.

Při rozvoji psychofyziologické insomnie se uplatňují následující mechanismy: strach z důsledků nespavosti na různé oblasti života, především na pracovní oblast a rodinu, zvýšená tenze, automatické myšlenky „*Jak to tam zítra v práci zvládnou*“, „*Jak budu zítra vypadat*“, rušivé podněty

V průběhu poruchy hraje klíčovou roli strach z následků nespavosti, především na pracovní oblast a s tím související zvýšená tenze a obavné myšlenky, které brání usnutí. Subjektivně pociťované problémy se mění v průběhu času, někdy je na tom postižená lépe někdy hůře. V určité fázi poruchy pacientky vyhledávají odbornou pomoc, často už nevědí kudy kam. Vliv na rozvoj psychofyziologické insomnie mohou mít také rušivé podněty.

Narůstající frekvence výskytu nespavosti, později často každý den, ovlivněna strukturou a množstvím užívaných léků

Nemožnost ovlivnit nespavost vůlí

„Dobré a špatné noci“

Kolikrát ženy sužuje nespavost během týdne nelze přesně vymezit. Nespavost je nepředvídatelná, vyskytují se „dobré a špatné noci“. Nemožnost ovlivnit nespavost vlastní vůlí, popř. pomocí některých léků, je pro pacientky velice stresující. Čím více se snaží o dobrý spánek, tím méně ho lze dosáhnout. Jako proměnné zde vystupují únava, očekávání spánku a současně očekávání nespavosti, obavy z nespavosti, tenze, úzkost, rušivé myšlenky a představy ad. Frekvence nespavosti mívá vzrůstající tendenci s konečným častým až každodenním výskytem. Doba spánku je závislá především na užívání medikamentů, s kterými se prodlužuje a spánek se stává také kvalitnější.

10.2 Okruh prožívání nespavosti

10.2.1 Na jaké oblasti Vašeho života má nespavost vliv?

Na tuto otázku můžu seřadit odpovědi takto: práce, psychická a fyzická únava, rodina. Častá je odpověď, že vliv nespavosti pociťují postižené v pracovní oblasti, uvádí to mezi prvními reakcemi pět žen. Tato odpověď je pro mě přirozená, neboť odráží fakt, že zaměstnané ženy tráví v práci velkou nebo převážnou část každého dne. *„Nejvíc jsem to pociťovala v práci, člověk dělá chyby, je méně výkonný, funkční, nesoustředěný (3)“.* *„Jsem unavená, hůř se soustřeďuji, což mě vadí hlavně v zaměstnání (8E)“.* *„V práci jsem měla strach ze všeho, co se může stát. Byla jsem mimo, nevnímala jsem. V práci jsem všechno nenáviděla, byla jsem jako kuň, měla jsem klapky na očích a jen si udělat to svoje a hlavně, ať se nic nestane, jen ať to nějak přežiju (2)“.* *„Práce, toho se ráno vždycky bojím. Práci zvládnou, zaberu, soustředím se, pak jsem ale ještě víc odrovnaná (6)“.*

Dlouhodobá nespavost se také podepisuje na fyzické a psychické vyčerpanosti, někdy hraničí s ohrožením zdraví. *„Ráno jsem někdy tak unavená, že než se rozkroukám, vrážím třeba do nábytku, aut (5)“.* *„Někdy jsem byla tak unavená, že se mi v tramvaji klížily oči, říkala jsem si: „Nespi, nespi, okradou tě“. Když to ale přijde, je to tak báječný pocit, že by člověk mohl usnout (4)“.* Únava také negativně působí na další funkce *„Na soustředěnost, paměť a zvládání některých emocí (6)“* a na celkový stav organismu *„Někdy mě bolí hlava, tak fyzicky, cítím tlak za očima (5)“.* *„Obrovská fyzická i psychická vyčerpanost – nic se mi nechce (6)“.*

Další oblast, kterou nespavost ovlivňuje je podle žen rodina. *„Doma taky, člověk je občas protivný, nervózní (3)“.* *„Doma se mi nechtělo nic dělat (1)“.*

Jedna žena uvádí na prvním místě sexuální oblast, která je podle ní nespavostí nejvíc narušená.

10.2.2 Když se dobře či špatně vyspíte, ovlivní to vaši náladu druhý den?

Nespavost má velký vliv na náladu respondentek. Kromě tří žen z nichž první uvádí, že neví, jaké to je se dobře vyspat a proto na tuto otázku nedokáže odpovědět, druhé ženy, která vnímá vliv spíše na pocit únavy než náladu, a třetí ženy, která napsala „*Ne. Stav je tak proměnlivý, že jsem si zvykla (8E)*“ dostávám jednoznačné odpovědi. Reakce jsou orientované v kladném směru, u jedné ženy s menší intenzitou. „*Myslím, že jo, že se člověk dívá na ten svět veselejší (1)*“, zatímco pro ostatní ženy je neprospaná noc jasným indikátorem špatné nálady. „*Určitě o 100%. Člověk má pocit, že všechno stíhá, zvládá, že je na světě krásně (5)*“. „*Určitě. Když se špatně vyspím, jsem unavená, podrážděnější. Když se vyspím dobře, mám pozitivní myšlenky, všechno je lepší (3)*“. „*Dříve určitě, nejsem hádavá, spíš jsem se uzavírala do sebe. Teď jsem vstřícná, stačí mi, když vím, že se díky práškům vyspím, nečekám s hrůzou na stávající večer (2)*“. „*No určitě, bezpečně. Svět je úplně jiná. Když se nevyspím, jsem pesimista, jinak se usmívám. To jsou silné změny. Pak si i myslím, že se mě děcka bojí (6)*“.

Pět žen v souvislosti s nespavostí vypráví o depresi. „*Upadla jsem do deprese, nechtěla jsem nic dělat, řešit, jet na dovolenou (3)*“. „*Došlo to až do deprese, leden, únor, to je to období. Nechtělo se mi vůbec nic, ani zvednout telefon, nezám – cvičit na co (6)*“. „*Cítla jsem se i na depresi, deprese mívám (4)*“. „*Nejstrašnější to bylo letos. Mám deprese, která se tak pozvolna objevila od toho třetího měsíce, kdy jsem nemohla spát (2)*“. „*Na depresi jsem se během té doby cítila, i před tím se mi to stalo (7)*“.

Depresivní ladění doplňuje otázka týkající se postoje k sebevraždě. O této možnosti uvažovaly dvě ženy. „*Uvažovala jsem o sebevraždě, o tom, že bych se oběsila v lese nebo otráвила léky, mám ale strach z ostudy, a taky z podřezání žil by byl pěkný svinčík. Nejlépe se zahrabat. Vždycky jsem to musela nějak rozumově pořešit...(2)*“. „*Sebevražda mě občas napadla, ale nemohla bych to udělat kvůli muži, ty důsledky, to by bylo hrozný (4)*“.

Touha spát a zjištění, že tento děj nelze vůlí ovlivnit způsobuje frustraci a „naštvaní na sebe“, jedna žena uvedla, že si nadávala, ať už konečně usne. Další účastnice výzkumu říká říká: „*Už mě to tolik nevádí, nejsem na sebe naštvaná (5)*“.

Dotázané také častěji uvádějí, že jsou podrážděnější, nervozní, protivné.

Z odpovědí je patrné, že vliv nespavosti na náladu je veliký. Nespavost může pomoci rozvoji depresivní fáze nebo může být jejím spouštěčem. Sebevražedné myšlenky

nelze podceňovat. Podle toho, jaký ženy vnímají vliv nespavosti na náladu, si můžu odvodit také význam, který nespavosti přiřkládají.

10.2.3 Jaký význam přiřkládáte nespavosti?

Význam, který přiřkládají postižené ženy nespavosti je přehnaný. Jeho intenzita závisí na následcích nespavosti. S rostoucím vlivem nebo domnělým vlivem na život dotyčné, roste pro ni i její význam. Tématu nespavosti věnují respondentky mnohdy hodně času, zabývají se jí, tvoří důležitou součást jejich myšlenek. „*Hodně velký. Když byla možnost nechala jsem se testovat na nový lék, který ještě není schválený (4)*“. „*Zásadní, chtěla bych se zbavit i závislosti na lécích (2)*“.

Naopak jedna dotázaná říká: „*Netuším, snažím se brát věci tak, jak jsou. Říkám si, teď je to tak, věci se mění (7)*“.

Není výjimkou, že se objevuje strach z různých onemocnění, které mohou mít souvislost se sníženou imunitou, či jiných konkrétních onemocnění. Strach z dalšího onemocnění poruchu automaticky posiluje. Ve spojitosti s obavou z dalších onemocnění uvedu tuto odpověď, která je zároveň jediná: „*Obrovský, protože jsem si vědoma toho, že z toho jsou další nemoci jako jsou obezita, infarkt, rakovina, dále ztráta orientace, má to vliv na rodinu, náladu (6)*“.

O významu nespavosti vypovídá i snaha se nespavosti zbavit za každou cenu. „*Chtěla jsem spát za každou cenu (5)*“. Proto jsou ženy ochotné podstoupit různorodou léčbu medikamenty, alternativní medicínu, vyhledat psychologickou pomoc, cvičit jógu, nacvičovat autogenní trénink, obstarat si různé bylinné preparáty, vyzkoušet homeopatika, akupunkturu.

Význam udělovaný nespavosti se může měnit v průběhu času, pokud se dotyčná ujistí, že následky nespavosti nebudou takové, jaké si představovala. „*Předtím hodně velký, teď už ne tolik, je to lepší. Myslela jsem si, že když se nevyspím, že ten den nezvládnou. V práci jsou ale dny, kdy se nezastavím, ale i dny, kdy je relativně klid (5)*“. „*Brala jsem to jako nejdůležitější věc na světě. Teď si říkám, že jsou na tom lidé i hůř a přestávám mít nároky (3)*“ nebo se naopak ve svém přesvědčení utvrdí. „*Kdybych se vyspala, další věci bych zvládla řešit dobře, myslelo by mi to (6)*“.

Z písemného vyjádření poslední respondentky vyplývá: „*Podružný. Jsem s tím smířená. Nerada bych dlouhodobě užívala prášky na spaní a na uklidnění. Vyzkoušela jsem si to už v r. 1995, kdy jsem tři měsíce byla v pracovní neschopnosti a léčila psychickou*

poruchu po dlouhodobé stresové zátěži. Trvalo to pak ještě několik let, než jsem měla pocit, že jsem už za vodou (8E)“.

Jedna členka souboru mi sdělila, co si občas říká sama pro sebe a vystihla možný vliv psychiky na poruchu: „*No jó, vždyť se nic neděje, tak prostě nemůžu spát, jindy na to člověk moc myslí, že nemůže usnout, měla bych méně. Asi je to psychikou (3)*“.

Většina respondentek si myslí, že pokud se jim podaří zbavit svého problému, zbaví se automaticky všeho, co je tíží. Podmiňují nespavost tím, že do této myšlenky vkládají hodně energie, často na ni myslí, jsou o ni přesvědčené. „*Jsem přemýšlivá, veselá, pokud bych mohla spát. Někdy mám pocit, že když si něco umanu, něco řeším, řeším to do detailů, tak dlouho, než to dotáhnu do své podoby. Nejvíc mi vadí, že nejsem schopná fungovat vlastnostmi, které můžu mít, můžu být veselá, aktivní, sportovní. Kdybych se vyspala, ostatní věci bych zvládla řešit dobře, myslelo by mi to (6)*“.

10.2.4 Myslíte si, že Vás vaše nespavost změnila?”

Další otázka směřuje k tomu, jestli ženy od počátku jejich problému u sebe pozorují nějaké změny v oblasti struktury osobnosti. Tato otázka poskytla rozmanité odpovědi. Jedna z dotázaných mluví o tendenci upadnout do deprese. Další ve vztahu k vlastní změně hovoří o tom, že se stala sobečtější, protože chce spát. „*Rodina musí podřídit vše tomu, aby mamka spala, nesmí splachovat, manžel spí v obývací (5)*“.

O možném vlivu na životní postoj uvažuje další respondentka. „*Mám to od mládí, nevím, možná bych byla optimista (4)*“.

Jedna respondentka popisuje, že se stala nerozhodnou, přehodnotila, co je pro ni v životě důležité, nepečuje o sebe jako dřív a věci pro ni ztratily smysl. „*Pro mě bylo všechno černé nebo bílé. V rodině měli pocit, že jsem rozhodná, silná a klidná. Ted' jsem nerozhodná, nedokážu si sama vybrat ani ponožky. Chtěla bych jít třeba na koncert, ale nevím, jestli půjdu a nikdo mi to nevěří. Nic už pro mě není tak důležité, snížila jsem kritičnost, třeba i k ostatním zaměstnancům. Vždycky jsem vyžadovala to a to, ted' už je mi to jedno, hlavně, že jsou sestřičky milé k pacientům. Ráda jsem se pěkně oblíkala, ztratila jsem o to zájem, ani kosmetiku už si nekupuju, ztratila jsem o sebe i vizuální zájem. Už nelpím na věcech, ztratily pro mě hodnotu, smysl, pokud budu mít na jídlo. Taky v oblasti nespavosti pochopím druhé, když nemůžou spát, snažím se je podpořit (2)*“.

Tato odpověď odráží význam, který respondentka nespavosti přisuzuje. „*Těžko říct, asi ne, akorát si myslím, když se nevyspím a někdo, kdo se vyspí, mi vykládá nějakou situaci, že neví jak dál, to mě vytáčí. Člověku, který se vyspí, jde všechno. Člověku, který se*

nevyspí, to nejde (6)“. „*Mění se to, že jím víc prášků a piju více stříku, to je z té šílený nudy, jsem duševně znavená z těch nesmyslů (praní, vaření). Vím, že do konce tohoto roku si najdu práci, jinak bych musela zcvoknout. Dřív jsem se scházeli se sousedy, už nemám náladu je tolik zvát, nemám chuť se přizpůsobovat. Teď už mě přizpůsobování nebaví (7)“.* „*Myslím, že možná ano, jsem někdy podrážděná (8E)“.*

10.2.5 Co by Vám podle Vás pomohlo nespavost překonat?

Reakce na otázku jsou v první chvíli z velké části neurčité – nevím, později respondentky doplňují další zprávu. Konkrétní odpovědi zahrnují detoxikační léčbu kvůli závislosti na lécích „*Tať otázka, říkala jsem si, že se dobrovolně přihlásím k léčbě závislosti. V létě si to ale nemůžu dovolit, to je každá ruka dobrá. Mám taky hrůzu z toho, že bych musela cvičit venku, neodhaluju se, nepřijde mi to tak důvěryhodné (2)“* a přímou výpověď o potřebě psychické vyváženosti. „*Pohoda, klid, vyrovnanost, spokojenost (7)“.*

Jedna členka souboru komentovala otázku písemně takto: „*Kdybych se mohla na nějakou dobu dostat z toho hrozného kolotoče doma i v práci a měla alespoň nějaký čas pro sebe a své záliby. Máme dva svobodné syny (27 a 29 let-toho času se již zdržují doma jen občas), pečuji o své rodiče (84 a 85 let), máme velký rodinný dům s velkou zahradou. Jsem na vaření, úklid a péči o domácnost včetně nákupů sama. Manžel mě s tím moc nepomáhá. V zahradě dělá práce s technikou – orání, sečení, postřiky. Stará se o králíky a slepice (8E)“.*

Všechny ženy vyzkoušely s větší či menší úspěšností farmakoterapii. Jednalo se o antidepresiva, anxiolytika, hypnotika. Dvě ženy antidepresiva vysadily, protože během jejich užívání přibraly, jedna 5 kg, druhá 6 kg. Označují účinek antidepresiv protikladně.

„*Pomohlo mi to, člověk byl takový otupělý (5)“.* „*Antidepresiva mi nepomohly, točila se mi hlava, byla jsem oblbnutá, bylo mi všechno šumafuk (3)“.*

Další žena uvádí, že je spokojená s užíváním hypnotik. „*Teď už je to dobrý, prášky jsou fajn, stačí mi čtvrtka a spím dobře (1)“.* O potřebě užívat léky vypovídají i další dotázané. „*Když si nevezmu prášek, usnu a po hodině jsem vzbuzená (4)“.* „*Pokud neusnu do jedné hodiny v noci, vezmu si prášek. A i když pak sice usnu, mám spánek na vodě (6)“.* „*Beru si rovnou prášek na spaní a když se v noci probudím беру si hned další půlku (7)“.*

Pět žen je s potřebou užívat léky nespokojených, dvě se snaží alespoň snížit jejich množství nebo je vysadit úplně. „*Když mám v práci klidné období, snažím se brát prášky snižovat (3)“.* „*Nejtěžší je zjistit, čím to je. Může to být primárně organismem a*

sekundárně psychikou nebo obráceně. Na to strašně čekám, abych se nemusela trápit tím, že se budu cpát nějakým Stilnoxem (6)“. „Vadí mi, že беру prášky, že to je chemie (7)“.

Zbavení se nespavosti pro dotyčné znamená tak důležitou událost, že jsou ochotné vyzkoušet, co se dá, „jít za tím všemi prostředky“ (5).

Po položení této otázky se odpovědi často stočí k tomu, co již ženy pro překonání nespavosti vyzkoušely. „Zkusila jsem prášky i bylinky (5)“.

„Zkoušela jsem taky bylinné preparáty, kozlík, chmely (2)“.

„Prášky jsou fajn. Chodila jsem i do jógy, asi rok a půl, pak už mě to zas nebavilo, všechny ty cvičení byly pořád stejné. Tak jsem to vyměnila a zajdu si spíš na ty rehabilitační balóny. Třeba po sauně se mi dobře spí, ale tam jsem zašla jednou za týden nebo za 14 dní (1)“.

„Nevím, už jsem zkoušela všechno – alternativní léčení, psycholožku, chodím na jógu. Možná nějaké léky, aby lékař mohl odhadnout, jestli je to organismem nebo je to dané, např. melatoninem (6)“.

Na základě odpovědí můžu shrnout, že při vyhledání lékaře je respondentkám především nabídnuta medikamentózní léčba. Často vyzkoušejí několik druhů léků, než naleznou ty, které jim pomáhají zkvalitnit spánek. Stává se, že i když léky ženám pomohou usnout, nezabrání brzkému probuzení. Některé se bez jejich požití o navození spánku ani nepokoušejí. Než jdou spát, vezmou si třeba půl tabletky, když se během noci probudí, vezmou si automaticky druhou půlku. Naopak některé ženy se snaží užívání léků snižovat nebo úplně vysadit. Důvodem je závislost, strach ze závislosti nebo pouze nepříjemný pocit, že jejich organismu neprospívají. Skupina léků, které jsou ženám nabídnuty zahrnuje především hypnotika, anxyolitika, antidepressiva.

Dvě ženy uvedly, že užívání léků jejich problém neřeší. Jedna dodala, že si uvědomuje, že problém není tak jednoduchý, jak se jeví, a že je třeba léčit nejen symptomy, ale také pátrat po příčině.

Psychologická péče o pacienty trpící danou poruchou je bohužel nedostatečná, nutno ale dodat, že některé respondentky o psychologickou péči ani nemají zájem nebo s ní mají špatnou zkušenost. „S psychologem jsem to nikdy nechtěla řešit, nerada se svěřuju (5)“.

„Bylo to příšerný, člověk se tam skoro svlíká donaha, odkrývá, co ho trápí, psycholog byl jakoby nepřítomen. Tak komunikuji spíš s přáteli (7)“.

První kontakt je většinou směřován k praktickým lékařům, ani jedna z žen nekontaktovala jako první volbu specialistu – somnologa, lékaře ze Spánkového centra. Zřejmě z toho důvodu, že neměly informace o této variantě. Jedna žena problém nejprve konzultovala s ženským doktorem, ostatní většinou s praktickým doktorem.

Můžeme se také setkat s bagatelizováním problému. Když přijde pacientka, která jako důvod návštěvy lékaři uvede, že „nemůže spát“, setkává se s negativním nebo odmítavým postojem a reakcí typu „to přežijete, vždyť o nic nejde“. *„Snažila jsem se i spojit s doktorem přes internet, jinak to ale nikdo nechce slyšet, přijde jim to banální (2)“*. Existuje manuál Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích. Je to doporučený diagnostický postup pro všeobecné praktické lékaře.

Ve specializovaných pracovištích zaměřených na léčbu a diagnostiku poruch spánku, které se nacházejí především ve velkých městech pracuje lékař a další personál. Jeden lékař, na kterého jsem se obrátila s pomocí při realizaci výzkumu na diplomovou práci otevřeně přiznal, že s pacienty udělá základní diagnostiku a naordinuje vhodné léky. V případě, že by chtěli problém více řešit formou relaxačních technik apod., není k tomu na jeho pracovišti kapacita. Radí jim tedy otevřít Zlaté stránky a najít si psychologa podle svého uvážení. Tomu také odpovídá fakt, že když jsem se zeptala žen na metodu autogenního tréninku jako možné uvolňovací techniky, převážná část z nich neměla tušení „o co jde“. Myslím si, že je důležité na tuto a podobné techniky klást důraz, protože např. u metody autogenního tréninku se jedná o jednoduchý, srozumitelný a účinný způsob, jak odbourat vnitřní napětí, které je součástí problému.

Spolupracovala jsem se třemi odborníky ze Spánkových center, pouze na jednom z nich se bude pracovat formou skupinové terapie. Dvě ženy, kterým byla možnost skupinové terapie nabízena, to uvítaly.

U žen se setkávám také v různých obměnách s tvrzením, že pomoc hledají především u sebe. *„Člověk spoléhá spíš sám na sebe (3)“*. *„Začla jsem možná být i na okolí podrážděná, pak jsem si uvědomila, že si musím pomáhat sama, to je základ (6)“*. *„Zázračné prášky, nemyslím si, že něco takového existuje. Myslím že to bude trvat do konce mého života (4)“*. *„Pomohla jsem si víceméně sama, nebyla to nemoc, kterou by jiný vyřešil (1)“*.

První respondentka cestu k řešení svého problému započala u lékařky ve svém zaměstnání. Její pracoviště se řadí k rizikovým, proto v jejím pracovišti funguje závodní lékařka. Dotyčná lékařka nad sděleným problémem mávla rukou a označila za příčinu problému přechod. Respondentka uvedla: *„Ona nás nijak neléčí, všechno řekne, že je z přechodu. Napsala mi na měsíc neurol a myslela si, že se to spraví, nespravilo“*. Teprve vrchní sestra se zasloužila o předání klientky do Spánkového centra, kde pracuje lékař zabývající se danou problematikou. Dostala recept na hypnotikum a je s ním velmi

spokojená. Nyní ji ke kvalitnímu spánku stačí čtvrtka prášku. I když nespavost přetrvává, ví, jak ji řešit.

Druhá žena začala krást léky ve svém pracovišti, protože se cítila zoufalá a nevěděla, jak svůj problém řešit. Vyzkoušela jich řadu a vyčítala si své chování. Poté se odhodlala svěřit lékaři na jejich pracovišti. Říká: „*Má k nám takový kamarádský přístup*“. Lékař jí poradil užívat bylinné preparáty, doporučil kozlík, chmely a také napsal nějaké prášky. Prášky nezabraly, přidaly se silné úzkostné stavy. „*Měla jsem pocit, že jsem vyzkoušela všechno, že otravuju lékaře*“. Po vleklých problémech, se respondentka rozhodla obrátit se na Spánkové centrum. „*Udělali mi tam EEG, řekli, ať cvičím jógu. Byla jsem úplně roztřesená, měla jsem strach, že pro mě není žádné řešení*“. Později vyzkoušela po mnoha pokusech další kombinaci léků, která ji velice pomohla. „*Strašně mě to pomohlo, byla jsem nový člověk*“.

Třetí žena otevřeně vypráví o svém zklamání vyplývajícím z léčby. O první prášky na spaní požádala svého gynekologa, pro další si již šla k praktické lékařce. Zde ji lékařka objednala do psychiatrické ambulance, odkud směřovala do spánkové laboratoře. Celý postup byl zdoluhavý. „*Bylo to hodně nadlouho*“. Ve spánkové laboratoři provedli vyšetření, z kterého se zjistilo, že spánek je opravdu přerušovaný. Dotyčná se cítila zklamaná. „*Byla jsem docela zklamaná, protože to jsem přeci věděla a dostala jsem prášky, ale jinak se nic nezměnilo. Pořád na něco čekám, nejdřív na objednání k doktorce, pak objednání na vyšetření, pak na výsledky atd. Byla mi nabídnuta taky skupinová terapie, ale ta bude až od září*“. Respondentka přemýšlela o návštěvě jiné, soukromé laboratoře, zjistila ale, že zde vyšetření stojí 6000 Kč. Prášky ji pomáhají ke spánku, díky nim spí 4 i 5 hodin denně. Vyzkoušela také s úspěchem homeopatika. Přesto má pocit, že se její problém nevyřešil, řeší se sice příznak, neřeší se ale příčina.

Čtvrtá účastnice výzkumu uvádí nejdelší trvání nespavosti ze všech dotázaných. Trpí nespavostí od 18 let. Špatně spala mimo domov i doma. Protože její matka měla také problémy se spánkem, dávala ji občas nějaký prášek na spaní. Uvádí, že tomu nevěnovala velkou pozornost, do té doby než se narodil první syn, který ji nenechal vůbec vyspat. Byla celkově unavená, proto se obrátila na lékaře, který ji odbyl, že je to normální. Proto další pokusy o řešení situace vzdala. „*Pak jsem to začla řešit až pozdě, pomáhal mi Rohypnol, bylo to super, člověk se stane tak nějak v pohodě, spokojený. Pak mi ho předepsala i gynekoložka, dávala jsem si ho za odměnu*“. V současné době bez léků sice usne, ale během hodiny je vzbuzená. V nějaké léky, které by ji pomohly odstranit nespavost nevěří. Pokouší se s nespavostí smířit „*Brala jsem to jako nejdůležitější věc na světě. Ted' si*

říkám, že jsou na tom lidé i hůř a přestávám mít nároky“, zároveň si protiřečí: „Pro mě by byl největší dárek na světě se vyspat“.

Pátá respondentka vyzkoušela kromě hypnotik antidepresiva. Protože během jejich užívání jako vedlejší efekt přibrala, rozhodla se prášky vysadit. Nicméně ji podle ní pomohly. *„Pomohlo to, člověk byl takový otupělý“.* Hypnotika ji sice umožnila usnout, ve tři hodiny v noci se i přes jejich užívání budila. Prášky zkusila, protože jak uvedla, byla hodně zoufalá, dodala, že si myslí, že prášky nic neřeší. Vyzkoušela také bylinky. Rozhodla se vyhledat lékaře ve Spánkovém centru. *„Člověk se snaží sám, ve Spánkovém centru jsem nezískala žádné nové informace“.*

Šestá žena pro to, aby mohla spát, vyzkoušela, co se dalo (akupunktura, masáže, jóga, autosugesce). Poté zašla k lékařce, protože se cítila zoufalá. Lékařka ji doporučila Spánkové centrum. Od Spánkového centra očekává, že ji dá jasnou odpověď, čím je její nespavost zapříčiněná. Když jsme toto téma otevřeli, zděšeně mi sdělila, že o medikamenty nemá zájem a kdyby ji měli „pouze říci“, že její spánek je podle vyšetření opravdu přerušovaný, byla by velice rozčilená. Dodala: *„Těším se, vkládám do toho hodně nadějí“.* Respondentka je povoláním učitelka, v době konání rozhovoru měla prázdniny. Uvedla, že ji pomáhá autosugesce, ale převážně proto, že není ve stresu a nechodí do práce, zatímco návratu do školy se velmi bojí. Má strach, že až přijde do školy, vydrží nějakou dobu, než se dostaví obrovská únava.

Předposlední účastnice výzkumu se rozhodla pro řešení problému kontaktovat psychologa. Návštěvu označuje za velmi špatný nápad. Měla pocit, že se psychologovi svěřuje se svými niternými pocity, ten ji ale nevěnuje dostatečnou pozornost. Poté vyhledala pomoc ve Spánkovém centru. Vyzkoušela léky na spaní a užívá také léky na zmírnění úzkosti.

Od poslední respondentky vím pouze tolik, že kontaktovala lékaře Spánkového centra.

10.2.6 Shrnutí

Nespavost má vliv na pracovní oblast, k pracovnímu výkonu je třeba vynaložit větší úsilí. Vliv na únavu, rodinu, pocit fyzické a psychické vyčerpanosti, výbavnost paměti.

Na základě odpovědí můžu zhodnotit, že nespavost ovlivňuje různé oblasti života postižené, stává se jejím významným činitelem. Šest žen je ekonomicky aktivních, pracují na plný úvazek. Proto pociťují následky nespavosti v práci. Objevuje se také téma rodiny,

kde se může dopad nespavosti negativně manifestovat. Časté jsou stesky týkající se únavy, fyzické a psychické vyčerpanosti. Můžeme se setkat také se strachem z dalších onemocnění, které by mohla insomnie vyvolat.

U většiny žen determinuje nespavost horší náladu následující den. Nespavost přispívá k rozvoji depresivní fáze.

Nekvalitní spánek se pro převážnou část postižených stává „předpovědí“ špatné nálady dalšího dne. Když se vyspí dobře, jejich nálada je povznesená, myšlení pozitivní, svět je hned mnohem hezčí a problémy lépe zvládnutelné. V opačné situaci se cítí unavené, bez energie a radosti ze života, s negativním myšlením. Nespavost může stát v pozadí rozvoje depresivní poruchy nebo pomoci jejímu vzniku. Dvě ženy hovoří o sebevražedných myšlenkách.

Nespavosti je přisuzován značný význam

Tématu nespavosti je věnováno velké množství času, který odráží význam, jenž je nespavosti přisuzován. Význam nespavosti ze strany žen je opravdu značný a mají za to, že s odstraněním nespavosti zmizí veškeré ostatní potíže. Domnívají se, že kvalitní spánek je klíčem k jejich spokojenému životu.

Většina žen neuvádí, že by je nespavost změnila

Ženy trpící psychofyziologickou insomnií neuvádějí s vyšší frekvencí, že by se „cítily změněné“, ale v jejich životě se změny udály. Rodiny žen se je snaží nebudit svým stolováním, splachováním, zapnutou televizí, manželé se pak stěhují do jiných místností, protože chrápou. Někteří rodinní příslušníci se snaží pomoci, některé to nechává chladnými. Změnu v osobnostní struktuře udává jedna žena. Jiné spekulují spíš o podrážděnosti.

Účastnice výzkumu vyzkoušely rozmanité možnosti, jak s nespavostí bojovat

Respondentky vyzkoušely široké spektrum možností, jak se nespavosti zbavit. Vymenuji alespoň medikaci (hypnotika, anxiolytika, antidepresiva), homeopatika, bylinné preparáty (chmel, třezalka), jógu, autogenní trénink, alternativní léčbu (akupunkturu), psychologickou pomoc, autosugesci, masáže. Můžeme se setkat s tvrzením, že pro překonání nespavosti udělají cokoli, zdroje pomoci různě kombinují a zjišťují, co jim nejvíc vyhovuje.

10.3 Okruh osobnost respondentek

10.3.1 Mohla byste říci, že máte nějaké vlastnosti, které pomáhají udržet Váš problém?

Toto je otázka, která některé ženy přivádí do úzkých, nedokáží ji uchopit. Váhají, jak odpovědět. Před odpovědí je krátká pauza, zamyšlení. Všechny souhlasí s tím, že jsou si vědomy toho, že některé jejich vlastnosti přispívají k upevnění problému, kývají souhlasně hlavou. „*Labilita, hodně se pozoruju. Hodně jsem si četla čínskou medicínu, psychologii. Vím víc o lidech, než oni sami, ale nevím, jestli jim to můžu říct, abych je nezranila. Předvídám nepředvídatelné, např. rozvod syna, věděla jsem, že to tak dopadne nebo např. v práci, když někdo umře, nepřekvapí mě to, už to v něm čtu. Myslím, že je to nevýhoda, nic mě nepřekvapuje. Mám šestý smysl (2)*“. „*Neumím moc odpočívat. Nedokážu se při relaxaci uvolnit, hned bleskne myšlenka, co mám dělat (5)*“.

Jedna dotázaná přímo vyjmenovává: „*Nervozita, přecitlivělost, emotivnost (7)*“. Další písemně sděluje: „*Jsem workoholik, ctižádostivá, puntičkář (8E)*“.

Opakuje se téma, že ženy v době ulehnutí ke spánku přemýšlí nad různými zážitky, které se staly přes den, přemýšlí nad tím, co mohly udělat lépe. „*Moc si беру zážitky, prožitky ze dne (5)*“. „*Pořád na něco myslím, večer nad něčím přemýšlím a neusnu. Všechno se musí – to u mě donedávna platilo, teď už ne, teď už se těším, že odpadne nějaké vyučování nebo, že se půjde někam, třeba do divadla (4)*“. „*Tak v klidu ležím a přemýšlím o všem možném, co by se mělo udělat apod. (E8)*“.

Uvažují o věcech do budoucnosti, jak budou zvládat různé problémové situace, spekulují o svých současných problémech, možnostech řešení, o tom, jestli je daný úkol nebo řešení v jejich silách. „*Člověk přemýšlí nad různýma věcmi, že bude mít hodně starostí a to se musí atd...(1)*“. „*Mám velký starosti osobní, myslím na nesmysly. Všechno to tepe, když si lehnu ke spánku, začíná mi pracovat mozek, cítím napět. Usínala jsem s myšlenkou a probouzela s myšlenkou, hlava tepe (7)*“. „*Stačí malý problém a už mi nervy pracují a už nespím. Když se uklidním, spím 4 i 5 hodin a to je svět krásný (6)*“.

Také přemítají o tom, jak se k nim zachovali ostatní a jestli si to zasloužili. „*Nevím, asi jo, musím problém vždycky vyřešit, ale blbě, až dopodrobna. Dokud ho nemám vyřešený, nemám jasno. Bohužel tím, že na to pořád myslím. Ta myšlenka mě pronásleduje. Já se v tom problému patlám, nimráám. Rozebírám se sama v sobě: „Proč mi to udělal“... (6)*“.

Tři ženy hovoří o tom, že chtějí ostatním vycházet vstříc, pomáhat jim, být oporou. „Asi jo, neumím říkat ne. Snažím se každému vyhovět, s každým vyjít. Ale není to tím, že bych byla nerozhodná (3)“. „Jsem moc hodná na lidi, což je chyba v dnešní době, bere to hodně energie připadá mi to samozřejmý. Připadá mi přirozený chovat se k lidem slušně, čestně. Když se někde objednáme a pak nemůžu přijít, cítím se trapně, nechci to zrušit, obírám někoho o čas, protože místo mě už tam mohl být objednaný někdo jiný (7)“. „Už od malička jsem se snažila lidem pomáhat i na úkor sebe. Pocity druhých jsou přednější nejen v rodině, ale i v práci. Je pro mě důležitější, aby byli spokojení ostatní, neupřednostňuju svoje – kromě spaní (5)“.

Zabírají se nespavostí, často na ni myslí. „Čtu různé časopisy, kde jsou články o nespavosti, prohlížím internet (6)“.

Respondentky také přemýšlejí o jejich vztahu k úzkosti. „Myslím, že úzkostná nejsem, ale, když se mě doktor ptal na svíravý pocit, došlo mi, že jsem ho měla na hrudi (1)“. Jedna žena hovoří o sobě, jako o úzkostlivé, protože večer přemýšlí nad tím, aby ráno svým budíkem nevzbudila ostatní. „Člověk je zbytečně úzkostlivý, nechci někoho jiného obtěžovat. Někomu je například jedno, že někoho jiného budíkem vzbudí (5)“. Další respondentka proti úzkosti bojuje pomocí léků. „Občas cítím úzkost, proto baštím citalex. Už jsem si říkala, že se na to vykašlu, ale když ho nejím, víc se zlobím. Nechci být protivná na ostatní, tak ho raději jím, dokud ještě děti nejsou starší (7)“.

Zajímavé je, že i když ženy souhlasí s tvrzením, že mají některé vlastnosti, které pomáhají upevnit jejich problém, při hledání řešení se „sebou samými“ nezabývají a upřednostňují jiné metody. V této oblasti mají „slepou skvrnu“.

10.3.2 Jak reagujete na stres?

Překvapivé je, že všechny ženy jako důležitý faktor při vzniku poruchy označují stres, psychickou zátěž, ale při otázce, jak reagují na stres, žádná z nich nespavost neuvádí. Mezi reakce na stres nespavost nepočítají.

Pro některé je stres aktivizačním faktorem, jiné stres vnímají jako původce nervozity, roztěkanosti a dalších negativně prožívaných fenoménů. „Když jsem ve stresu, aktivuje mě to, nejvíc toho udělám, zvládnou (3)“. „Záleží na jaký, většinou ho беру jako podnět. Jsem zvyklá být ve stresu, jinak to nejde (7)“. „Nervozitou, pořád něco hledám nebo zapomínám a jsem nejradši, že mě nikdo nevidí, protože si říkám, že dělám blbosti (4)“. „Hodně se najím. V podstatě ani nevím. Snažím se se stresem vyrovnat, čtu si noviny, ale to se často taky rozcílím. Pustím si televizi, nevnímám to, sedím u toho (6)“. „Z jógy si

pamatuju, že mám hodně dýchat, hluboko. Když se mi zdá, že toho mám hodně, projdu se s pejskem, pořádně se venku nadechnu (1)“. „Nervozitou. Říkám si: „Jak jsem to mohla zvládnout líp?“ *Situaci omílám ze všech stran. Mnohdy jsou horší očekávané situace, které mě znervózňují, než náhlý stres (5)“.* „Ve stresových situacích začínám být generál (2)“.

Písemně respondentka píše: „*Zvládám potlačovat emoce a negativní reakce, ale až jsem sama, tak o tom stále přemýšlím a snažím se najít východisko, jak z toho ven (8E)“.*

Nespavost jednak můžeme řadit ke specifickým reakcím na stres, zároveň nespavost můžeme počítat k zátěžovým situacím. Dvě základní techniky vyrovnávání se se zátěžovými situacemi jsou únik nebo útok. Jedna žena se v průběhu prožívání nespavosti stávala spíš uzavřenější do sebe než hádává. Další tři se pokouší s problémem smířit. „*Jsem smířená. Nechci každou noc spát na 100% (5)“.* „*Posledních pár let se s tím začínám smířovat (4)“.* „*Jsem s tím smířená (8E)“.* Další uvádí, že, když na ni přijdou obavné myšlenky, snaží se je zastavit, říct si rázně: „A dost!“ a jít se projít se psem na čerstvý vzduch nebo se jít projít do města, udělat si radost nákupem. Tato respondentka se snažila nespavost překonat, byla zvyklá nepřenášet problémy na druhé. „*Nelíbí se mi, když někdo v kolektivu přijde už ráno se špatným obličejem. To nemám ráda. Pokud to šlo, snažila jsem se to nepřenášet dál (1)“.*

10.3.3 Jaký je Váš vztah k zodpovědnosti?

Důvodem zařazení této otázky do struktury interview byla z mé strany hypotéza, že naučená nespavost má vztah k větší míře zodpovědnosti dané osoby.

Získávám kromě jedné, stereotypní odpověď – velký. Jedna žena naopak uvádí, že by byla raději nezodpovědná, přesto se to od ní očekává. „*Těžko říct, mám tři syny, takže musím být zodpovědná, i když bych radši byla nezávislá a nezodpovědná (7)“.*

Lidé s větší dávkou zodpovědnosti se vyznačují tím, že se snaží být spolehliví, dělat věci pořádně, plnit uložené úkoly na mnoho procent, být důslední. Berou některé věci vážně, i když jiné by to „nechalo v klidu“. V pracovní oblasti předurčuje velká zodpovědnost jedince ke snaze pečlivě přistupovat k práci, k ojedinělým chybám, kvalitnímu výkonu. Chronická insomnie svými důsledky může pracovní oblast nabourat, ženy se stávají nepozorné, méně funkční, unavené. Proto také vliv na pracovní oblast figuruje mezi hlavní obavou z nespavosti.

Všechny ženy se označují za zodpovědné. K vztahu k zodpovědnosti říkají: „*Velký. Když dostanu úkol, snažím se být 100 % a moc podrobná. Když jsem nevyspaná, dělám chyby a práce trvá dýl. Možná i to má vliv na to všechno. Nesnáším, když mi někdo něco*

vytkne...(6)“. „Myslím, že jsem hodně zodpovědná a chci to i po ostatních. Když něco dělám, tak pořádně, všechno musí být na 100 % (5)“. „Myslím, že jsem dost zodpovědná, někdy až moc (3)“. „Přehnaný, čím dál víc přehnanější (2)“. „Hodně velký (4)“. „Myslím, že jsem zodpovědná, když někomu něco slíbím, snažím se to dodržet. Starší syn mi říká, že si hodně věcí až hodně беру. Myslím, že to tak trochu i je (1)“. „Snažím se přistupovat ke všemu co dělám zodpovědně. Někdy je to až přespříliš. Uvědomuji si to (8E)“.

Další hypotézou u žen trpících insomnií je rodinná výchova. Ta podle mě odráží vztah žen k zodpovědnosti. Předpokladem je, že ženy byly k velké míře zodpovědnosti vychovány. To se ale úplně nepotvrdilo, přesto to některé ženy označují za velmi důležité. U některých dotázaných se také objevuje téma dobrého výkonu (školní prospěch) v dětství.

„Je to z původní rodiny, blbá výchova. Doma jsme neměli hodně peněz. Jediné, co nám mohli dát bylo vzdělání. Máti byla učitelka. Taky jsem si myslela, že musím být učitelka. Myslela jsem si, že vyžadují dobré známky, otec mě nepřímou tlačil k dobrým známkám a zodpovědnosti (4)“. „Je to dáno výchovou. Chovala jsem se vždy naopak, než jaké byly příkazy, po celou dobu. Měla jsem k matce averzi celý život, protože jsem nikdy nebyla chválena. Zklamala jsem všechny, protože sestra měla skvělé vysvědčení a já ne. Matka byla úzkostná, byla tvrdá, nebyla to dobrá doba. Byla učitelka, chtěla děti předat vzorně, měla jsem pocit, že to bylo na úkor mě. Ostatní děti doučovala, mě ten čas nevěnovala. Byla úzkostlivá a nervózní (2)“. „Asi jsem k tomu byla vychovaná. Můj otec byl hodně přísný, dala jsem synům víc volnosti (1)“. „Určitě z rodiny. Naši pořád říkali: „Co by tomu řekli lidi?“ Člověka zbytečně drželi v sebekontrolě. Rodina do mých 19 let, to byl pro mě nejdůležitější úsek života, velmi mě to ovlivnilo, i sny se mi zdají o dětství (5)“. Jedna účastnice výzkumu, která se popisuje jako velmi zodpovědná, nevidí souvislost mezi výchovou v rodině a svou vlastností, další pak říká, že ji umřela maminka ve dvou letech, otec v 18.

10.3.4 Shrnutí

Před spaním respondentky přemýšlejí nad tím, co se událo během dne a co je čeká. Podle nich mají některé vlastnosti, které pomáhají udržet jejich problém. K uváděným individuálním vlastnostem patří emocionálnost, přecitlivělost, labilita, neschopnost relaxace, hloubavost, puntičkářství, workoholismus. Objevuje se snaha vyhovět ostatním, neschopnost říkat „ne“ atd.

V době ulehnutí ke spánku účastnice výzkumu přemýšlejí nad uplynulým dnem, a také přemýšlí nad budoucností, co je čeká apod. Souhlasí s tvrzením, že mají některé

vlastnosti, které pomáhají udržet jejich problém, častěji se vyskytuje např. snaha vyhovět ostatním, jiné vlastnosti jsou individuální záležitostí.

Reakce na stres: aktivizační nebo inhibující. Nespavost není považována za reakci na stres

Respondentky u sebe nevnímají, že by nespavost patřila k reakcím na stres, i když stres mezi spouštěcími faktory udávají všechny. Reakce na stres jsou buď aktivizačně nebo inhibičně orientované.

Velký vztah k zodpovědnosti je u části respondentek podle nich spojen s vlivem rodiny

Všechny dotázané se považují buď za zodpovědné nebo velmi zodpovědné. Některé si to dávají do souvislosti s vlivem původní rodiny.

10.4 Okruh zaměstnání

10.4.1 Cítíte se v zaměstnání pod tlakem?

U této otázky se odpovědi rozcházejí. Větší část pracovně vytížených žen uvádí, že nikoli. Tři svou pracovní roli popisují jako z určité části stresující nebo někdy stresující. Jedna žena, která se stará o domácnost, popř. o organizační věci nebo, o to „co je potřeba udělat“ v manželově firmě uvádí, že se necítí pod tlakem v práci, ale v životě.

Ostatní odpovědi jsem nečekala. Vzhledem k obavám žen, že se nespavost podepíše na jejich pracovním nasazení a funkčnosti, jsem očekávala, že je jejich práce zároveň náročná na plnění povinností, koncentraci, výkon. Současně pracovní oblast figurovala mezi subjektivními příčinami vzniku poruchy. Měla jsem představu, že pracovní náplň respondentek vyžaduje větší požadavky než jaké mají ženy k dispozici, na což reagují specificky – pomocí insomnie a o to víc se musí snažit, aby jejich pracovní úroveň byla jako před jejím rozvojem. Z druhého úhlu pohledu může být jednodušší vyrovnávat se s určitými překážkami, ke kterým máme předpoklady než zažívat relativní klid a obávat se toho, co může v budoucnosti přijít a co se může stát, strachovat se „co kdyby“. Respondentky přemítají nad tím „co kdyby se mi déle nedařilo spát, jak to zvládnou“. „Mnohdy jsou horší očekávané situace, které mě znervózňují, než náhlý stres (5)“.

Jedna žena se v práci cítí pod tlakem, protože má pocit, že s přibývajícím věkem přestává být pro své povolání přitažlivou. „Docela jo, ze všech stran díky svému věku. V práci se preferuje kult mládí (4)“. Další žena by pak uvítala lepší strukturovanost a

system v práci. „Občas ano, dřív ani tak ne. Pořád se něco učíme, nikdo neví do čeho jde. Mám ráda, když jsou určité normy. Ted' je to jeden velký chaos (2)“.

Čtyři ženy se o místo neobávají, ani se při výkonu povolání pod tlakem necítí. „Nemyslím si, že bych byla, šéf mě nehlídá, nekontroluje, jsem svou paní (3)“. „Není to nějak těžká práce a primář na mě celkem dá. Z výpovědi strach nemám, to by museli zrušit celé oddělení. Spíš ten kolektiv je tam horší. Byl lepší, ti bližší lidé odešli do důchodu, to si člověk nevybere (1)“.

Pod tlakem se ve své práci cítí být učitelka gymnázia a zdravotní sestra v domově důchodců, inženýrka na pozemkovém fondu ČR se cítí pod tlakem někdy. Ostatní ženy – vedoucí inženýrka vodohospodářka, učitelka na učilišti, lékařská laborantka, projektová manažerka stres v zaměstnání popírají. Žena, která se stará o domácnost uvádí, že její práci nikdo příliš neocení, i když se jí věnuje naplno a je to velký stereotyp. Raději by měla program a vyřizovala něco na úřadech. Stará se o tři syny, manžela, dva psy, kocoura, velký dům a zahradu. Říká, že chce do půl roka nastoupit do nějakého zaměstnání. Touží po nějaké smysluplné práci. „Třeba zkusit chodit do nemocnice, nebo pracovat s nějakýma lidma nebo jim pomáhat (7)“.

Se zaměstnáním se pojí také zaměření na výkon. Jedna žena uvádí, že na výkon zaměřená není a v práci ani nemusí mít všechno hotové jako první. U další ženy se objevuje její potřeba dělat věci s plným nasazením. „Profesionálně těžko říct, úkoly musím udělat na 100 %, ale to si nemyslím, že mi to vadí (5)“. Další účastnice výzkumu akcentuje vlastní spokojenost. „Jsem zaměřená na výkon, ale spíš kvůli vlastní spokojenosti. Když jsem spokojená s tím, co jsem udělala, to mi stačí, potěší (6)“. „Měla jsem možnost mít lepší pozici, odmítla jsem ji. Zpětně si říkám, absolutně ne, stresuju se i tak (3)“.

10.4.2 Je Vaše rodina závislá na Vašem příjmu?

Zde získávám opět různé odpovědi. Z větší části nejsou ženy závislé na svém příjmu, což opět nepotvrdilo mou domněnku. Obava z nespavosti a vlivu na pracovní oblast nás vedla k domněnce, že jsou pacientky na platu závislé. Paradoxně pouze menší část žen, přesněji v poměru 2 : 6 svůj plat potřebují k zabezpečení rodinného rozpočtu, z toho matka samoživitelka nutně a další žena k potřebnému doplnění platu. „Bez příjmu bychom asi těžko byli. Starší syn si začal vydělávat prvním rokem. S tím jedním platem by to bylo složité (1)“.

Většina žen je na platu zcela nezávislých nebo jim slouží pouze k doplnění hlavního příjmu. „Nemyslím si. Ráda děti finančně podporuju, potřebují zaplatit školné atd. , jinak ale vůbec ne, mám pocit, že jsem finančně absolutně nezávislá (2)“. „Jak se to vezme. Asi by to bylo cítit, ale zas tak moc si to neuvědomuju. Asi jo. Myslím na zadní vrátka – spoření. Vždycky si říkám, že se můžu mít jen hůř. Mám víc než jsem si v dětství představovala (4)“.

10.4.3 Shrnutí

Většina žen se v zaměstnání necítí pod tlakem

I přes to, že všechny ženy kromě jedné, která je pracovně činná výjimečně, během rozhovoru uvedly, že mají strach z vlivu nespavosti na jejich pracovní život, se většinou v práci pod tlakem necítí. Nepocitují objektivní důvod, proč by se jim v práci nedařilo. Tento obraz nabourává nespavost, jejíž dopad na práci považují dotyčné za velký.

V poměru 6 : 2, nejsou ženy závislé na svém příjmu

Zajímavé je, že jedna žena, která ohraničila jako subjektivní příčinu nespavosti pouze její nástup do práce po mateřské dovolené, se v zaměstnání necítí pod tlakem, ani by její rodinu její chybějící plat neohrozil. Druhá žena, která za subjektivní příčinu nespavosti také konkrétně označila problémy v zaměstnání se v zaměstnání cítí pod tlakem někdy.

10.5 Okruh životní spokojenosti a „místo řízení“

10.5.1 Mohla byste o sobě říci, že jste v životě spokojená?

S odpovědí na tuto otázku většinou ženy vyčkávají. Hodnotí svůj stav, přemýšlí. Občas si protiřečí, používají zástupná pojmenování jako člověk, nikdo. „Relativně jo. Asi ne. Nikdo není v životě spokojený s tím, co má. V rámci možností, které můžu ovlivnit (3)“. „V podstatě si nemám na co stěžovat, ale tohle taky nevím, jestli bych to dokázala říct (4)“. „To ne, to si myslím, že až zas ne. Člověk si umí představit ten život spokojenější (1)“. „Člověk spokojený asi nikdy není, možná doma, ale...Ted' je zas babička nemocná, zas jsem trochu za statečnou já, chce se to ode mě, očekává se to, hlavně od manžela (2)“.

Tři ženy jsou spokojené s tím, jak jejich život plyne. Dvě z nich odpovídají ano. Další odpověď rozvádí. „V podstatě jsem spokojená. Mám hodného manžela, ale je dost konzervativní. Mám ráda nové věci, chtěla bych všelicos v domě přestavět a inovovat, ale on nechce (8E)“.

Jedna respondentka řekla: „Já jsem asi maximalista a sebekritická, vždycky se najdou chyby. Nevím, jestli dokážu být spokojená. Pořád je něco, co mě žene dopředu – skočit padákem, tandem. Chci toho moc, všeho moc a najednou (7)“.

10.5.2 Máte pocit, že máte život pevně ve svých rukou?

Všechny reakce jsou nejisté, nepadá žádná jasná odpověď. Pouze jedna žena se přiklání k hledisku, že ano, ale i tak není její odpověď jednoznačná. Jedná se o ženu samoživitelku. „Svým způsobem ano, musím všechno vyřešit sama. Většinu věcí můžu ovlivnit. Nejsem věřící, věřím jen sama sobě (3)“. Ostatní jsou se svou odpovědí na vážkách, poukazují na to, že někdy si člověk myslí, že otěže drží, pak ale může přijít něco, s čím nepočítá. Spíš se přiklání k postoji, že tomu tak není. „To nemá asi nikdo. Těžká otázka. Nikdy jsem nad tím nepřemýšlela. Nesnažím se dohlédnout zítřka. Určitě otěže nedržím (2)“. „To až zas ne (1)“. „Na to nedokážu odpovědět. To zrovna nevím. Snažím se, ale... (4)“. „To se nedá odpovědět. Podle toho, jak se zrovna cítíte. Můžete si říkat, jak máte všechno pod kontrolou a stejně se to všechno může zhroutit a naopak (5)“. „To bych neřekla. Jsem váhavec, jsem typická váha. V práci se musím rozhodnout, v běžném životě jsem ráda, že za mně někdo rozhodne (6)“. „Určitě ne. Člověk jak má děti, manžela, psy, kocoura tak je vláčen okolnostmi. Manžel neustále něco mění, člověk si připadá, že musí být pořád na telefonu, nemůže si udělat svůj program a když jo, mám pocit, že okrádám rodinu. Peru čtyři pračky denně, furt vařím, je to taková práce, která je k ničemu, je to duševní nuda (7)“. „Mimo domov tento pocit mám. Doma si ale někdy připadám jako služka. Ale nedovedu se vzepřít. Naučili se brát moje služby jako samozřejmost. A já už to někdy přestávám zvládat (8E)“.

„Kdybych nad tím zvítězila, byla bych ráda, vysvětlila bych to druhým a určitě bych se jim snažila pomoci (2)“.

10.5.3 Shrnutí

Ženy hodnotí spokojenost se svým životem spíše negativně

U této otázky se ženy pozastavují, latence odpovědi je delší než u předešlých otázek. Stejně je tomu i u otázky, která následuje. Co se týká spokojenosti některé účastnice výzkumu jsou spokojené, některé ne. Přiklání se častěji k tvrzení, že nejsou spokojené se svým životem.

Respondentky pocítují ve svém životě různé vlivy, které jsou mimo jejich kompetence rozhodování

Podle účastnic výzkumu v jejich životě působí některé vlivy, které nejsou plně v jejich rozhodovacích možnostech. Můžeme je nazvat např. jako osud, okolnosti.

10.6 Okruh rodinný systém

10.6.1 Jaký je Váš stav?

Všechny ženy kromě jedné jsou vdané, jedna žena je rozvedená. Všechny respondentky mají děti. Šest žen má dvě děti, jedna žena tři děti a jedna čtyři děti. Všechny považují vztah se svými potomky za dobrý.

První žena má dva syny ve věku 20 a 24 let, jejich vztah pojmenovává jako hezký. Prvorozený syn několik chvil po porodu zemřel. Označuje to za ránu osudu a trauma. Nevnímá na sobě, že by byla od té doby více úzkostná, přesto další těhotenství byla pod přísnějším lékařským dozorem a i sama přiznává, že měla větší strach. Říká: „Člověku to zůstane“. O syny se nyní bojí především, když jezdí autem, jinak o nadměrném strachu neuvažuje. Ve výchově se snaží dát synům volnost, ať se projeví, takoví, jací jsou. Ze své původní rodiny vzpomíná na přísného otce a na to, že ve své výchově chtěla postupovat jinak. Má jednoho bratra, o kterém říká, že se moc nevydařil, ale vycházejí spolu v normě. Paní se považuje za společenskou, sportovní, spíš optimistickou a akčnějšího člověka, ráda někam zajde do společnosti, plavat, zacvičit, jezdit na kole. V současné době ji nic netíží. „*Ted' mi přijde, že je to docela v klidu, problémy jsou ted' řešitelné, dřív, jak byli kluci malí, bylo víc práce*“.

Druhá žena má dvě děti, dceru a syna ve věku 31 a 28 let. Vycházejí spolu dobře. K dětem, jak říká, je citově tvrdší, drží se hesla: „*Dokaž, pak uvěřím. Podceňuju je, ale oni pak překvapí. V takové rodině jsem vyrůstala. Maminka byla tvrdá, nevím, jak funguje optimální rodina, jediné sestra byla optimální. To byla moje maminka a byla přes problémy*“. Dcera byla hospitalizovaná v psychiatrické léčebně. „*Dcera si řešila všechno sama, skončila na psychiatrii, mysleli si, že má schizofrenii, jezdila jsem tam jenom já. Manžel měl strach, dcera dostávala různé léky, slintala a on to nevydržel, vidět ji v takovém stavu. Říkala jsem si, musím být zas ta silnější. Dcera je jeptiška. V určitém období jsem se těžko smířovala s tím, že se jako dítě nechtěla mazlit, je to introvert, nedělí se. Syn je spíš po mně, je precitlivělý, tváří se sice jinak. Nechce se hádat, pracuje v Ostravě, opravuje počítače*“. Za nejdůležitějšího člověka ve svém životě označuje svého manžela. „*Dodneska nevím co manžel dělá, nemluví o tom*“. K matce měla celý život

averzi, chovala se vždy opačně, než jaké byly příkazy, i když věděla, že následuje výprask. „*Otec byl alkoholik, ale byl pro mě víc než matkou. Býval střízlivý dopoledne, opilý odpoledne, hodně se mi věnoval*“. Pevný vztah měla s o mnoho let starší sestrou, o které říká, „byla to taková moje mamka“.

Třetí žena je rozvedená, má dvě děti, starší dceru (24) a mladšího syna (20). Dcera se osamostatnila, syn ještě studuje. Maminka dotyčné umřela, když ji byli dva, otec v osmnácti letech. Musela se pak o sebe starat sama, brzy se vdala a narodily se jí děti. Vztah s dětmi považuje za bezproblémový. V současné době má známost na dálku.

Čtvrtá žena je vdaná, má dva syny. Jejím vyprávěním se nese důraz na dobré známky synů a jejich úspěšné povolání. „*Starší syn nám chtěl známkami dělat radost. Naopak mladší syn se nikdy neučil, protože by to snad někdo chtěl. Měl třeba čtyřky z matiky, co jsem se nabřečela*“. Mezi její největší přání patří to, aby „mohla spát“ a aby mladší syn dodělal školu. Během rozhovoru opakovaně naráží na školní prospěch, vzdělání na vysokých školách synů a na to, jak je to pro ni podstatné. „*Dnes je podle mě lepší vést dítě k bezstarostnosti, já vedla své děti k zodpovědnosti*“.

Pátá žena je vdaná, má čtyři dcery (28,20,18,15) a jedno vnouče. Vycházejí spolu dobře. Poslední těhotenství nebylo plánované. „*Musím říct, že poslední dcera byla nechtěná, těhotenství vyloženě nechtěně, když jsem zjistila, že jsem těhotná, byla jsem nešťastná. Pak se to zlomilo. Manžel se staral o děti, zajišťoval aktivity, ale na mateřské jsem byla já*“. Pro tuto ženu jsou pocity druhých přednější nejen v rodině, ale i v práci. Má tři bratry, s kterými vychází dobře, ale nevidají se moc často, protože bydlí různě po republice.

Šestá členka souboru je také vdaná, má dva syny s kterými vychází dobře. Otec ji umřel už dávno, maminka bydlí na Slovensku, v době dělání rozhovoru byla u paní na návštěvě, jinak se navštěvují málo. Má dva bratry, s kterými se vídá. V rodině existují rodinné problémy, ale „*takové ty, co jsou všude*“.

Sedmá respondentka má tři syny ve věku 17, 14 a 10 let. Je vdaná. Stará se o chod domácnosti, jezdí pro syny na autobus, pomáhá manželovi ve firmě, pokud potřebuje pomoc, chodí na úřady. Tento stereotyp – praní, vaření, úklid je pro ni vyčerpávající, „*raději bych jezdila po úřadech a něco vyřizovala*“. Asi před rokem se seznámila s mužem, s kterým měla poměr. Tento vztah skončil. „*Rodina je pro mě to hlavní*“. Ve výchově dětí upřednostňuje kamarádský vztah, nechce být přísná matka, snaží se jít příkladem.

Poslední účastnice výzkumu nám odpověděla na otázky pomocí emailu. Má dva syny ve věku 27 a 29 let, kteří jsou svobodní a doma se již vyskytují spíše příležitostně. Pečuje o své rodiče ve věku 84 a 85 let.

V doplňující otázce se zajímáme o to, jestli měl někdo v nejbližší rodině respondentek problémy s nespavostí. Tato otázka mapuje jednak možnost vlivu dědičnosti, zároveň ale ukazuje na další důležitý faktor při vzniku onemocnění – učení nápodobou, kopírování rodiče, přejímání vzorců reagování na stresové situace, přejímání patologických vzorců.

U pěti žen se v rodinné anamnéze setkám s nespavostí u jednoho z rodičů, vždy u matky, také někdy dotázané automaticky dodávají, jaká jejich matka byla. *„Mamka toho taky moc nenaspala. Nikdy jsme se spolu nebavily moc důvěrně, pořád měla strach o rodinu, hodně si věci brala (5)“*. Jedna žena dokonce přímo uvádí termín „kopírovat někoho“. *„Mamka měla taky problémy se spaním, po přechodu. Měla i psychické problémy. Ve všem ji kopíruju. Od 13 let jsem žila bez otce. Matka na něm byla psychicky závislá a upla se po jeho smrti na mě. Měla deprese, léčila se na psychiatrii (2)“*. *„Maminka špatně spí, spí velice málo (6)“*. *„Máti špatně spala, dávala mi občas nějaký prášek na spaní (4)“*. *„Maminka s tím měla taky problémy, užívala dlouhou dobu prášky na spaní, otec ne, ten spal dobře (1)“*.

Objevili se také dvě odpovědi, které nepotvrzují výskyt nespavosti v nejbližší rodině. *„V rodině nikdo neměl nespavost, aspoň o tom nevím. Maminka mi umřela, když mi byly dva roky, otec v 18. Člověk se pak o sebe musel starat sám, brzy jsem se vdala a měla děti (3)“*. *„Ne, myslím, že ne. Když jsem byla mladá, rodiče fungovali. Máme umřela, když mi bylo 19 a táta pak, když mi bylo 24. Nikdy nefungovali úplně nejlíp, teda oni v jejich vztahu. Táta byl krásný muž, máma tlustá a stará (7)“*.

10.6.2 Spokojenost v partnerském stavu

Všechny ženy jsou v partnerském vztahu spokojené, jedna žena se před rokem seznámila s mužem a měla s ním poměr. Mimomanželský vztah jí nabil energií. Celé její dny jsou jinak spojené s péčí o domácnost. Říká: *„To už je šílené, nesnáším to (7)“*. Na prvním místě je pro ni rodina, s přibývajícímí léty ale cítí, že potřebuje i čas sama pro sebe *„Třeba jedu někam na pár dní sama, dává mi to pocit nezávislosti, když nevydělávám peníze (7)“*. Mimomanželský vztah ztroskotal. Od té doby si podle jejích slov více váží svého manžela a dodává: *„Po těch letech to už je, tak jak to je. Myslím, že by to mohlo být mnohem horší. Asi nejdůležitější je, když si člověk může svého partnera vážit (7)“*.

Všechny odpovědi jsou kladně vymezené. „Ano, je to lepší než jsem si mohla přát. Velmi rádi cestujeme, třeba Paříž, Řím (4)“. „Spokojená jsem přiměřeně (1)“. „Ano. Mám přítele na dálku. Vídáme se (3)“. „Dříve to byl problém, manžel byl hrozně vůdčí, nutil nám svoje názory, museli jsme se chovat tak, jak řekl. Ted' je to fajn, ubral, už není tak egocentricky zaměřený, nemusí mít všichni stejný názor. Tehdy mě vytáčel (2)“. „Jsem spokojená. Můj muž je hodný, jenom mě vadí, že se nechce o některých tématech vůbec bavit. Zvlášť pokud se jedná o plánování budoucnosti nás a našich dětí. Mám potřebu si o tom s někým povykládat. Ale i o jiných problémech. Není čas (8E)“.

Tři ženy si bez spokojeného manželského života, který se svými protějšky vedou nedokáží představit, jak by svůj problém zvládaly. „Kdybych neměla muže, bez něj bych nechtěla žít. Strašně si moc věcí připouštím a bez vztahu si to vůbec neumím představit (4)“. „Mám pocit, že jsem na manželovi upnutá čím dál tím víc. Čím dál víc si uvědomuju, že nevím, jestli bych to zvládla, kdyby zemřel. Manžel je pro mě v životě nejdůležitější (2)“. „S manželem vycházím perfektně, můžu se na něj kdykoli spolehnout. Těžko bych zvládala situaci, kdybych to měla doma blbě (6)“.

10.6.3 Pomáhá Vám rodina problém zvládat?

V rodině se o problému ví, kromě různých opatření, které mají za účel zabránit probuzení dotyčné např. tiché stolování, ztlumená televize, nesplachování, chrápající manželé se stěhují do obývacího apod. se často objevuje tvrzení, že si dotyčná musí umět pomoci sama. Jinak se problém nijak zvlášť neřeší. „Rodina to věděla. Asi ne, pomohla jsem si víceméně sama i tím, že jsem dělala v lékárně. Když jsem věděla, že nemůžu spát, že si mám vzít tabletu, nebyla to nemoc, kterou by jiný vyřešil (1)“. „Snaží se všemožně mě nerušit (5)“. „Ano, manžel tím, že je tolerantní k mým výstřelkům. Nesnažíme se to bagatelizovat, ani odsouvat na druhou kolej. S rozhádanou rodinou bych to nezvládla, stala bych se samotář nebo alkoholik (6)“. „Všichni to vědí. Starší syn třeba říká: „Dnes jsem nesnídal, abych tě nevzbudil“. Mladší to neřeší. Můj muž se snaží (4)“. „Jak by mohla, naopak manžel chrápe (7)“.

Jedna dotázaná uvedla, že ji byla velkou oporou švagrová, která ji povzbuzovala a kontrolovala. „Určitě, zvláště švagrová, je lékařka, ted' má velké problémy s maminkou, nechci ji tím absolutně obtěžovat (2)“. Také manžel se snažil. „Manžel mě taky zkoušel, jestli ho vnímám. Měl hrozný zájem, ale i mě to velice deprimovalo. Bylo to tak 50 na 50. Manžel se mě třeba ptal o čem byl seriál, na který jsme se dodívali, chtěl zjistit, jestli vnímám (2)“.

Objevily se také dvě negativní reakce. „Vím o tom, ale nepomáhají. Z jejich strany mám pocit: „Maminka je hypochondr (3)“. „Ne. Rodinu to nijak zvlášť nezajímá. Moje případné stížnosti berou jako běžný stav. Ale nestěžuji si. Vím, že je to zbytečné (8E)“.

10.6.4 Rozdělení domácích prací

Většina domácích povinností leží na ženě, muži dělají technické věci, ale také pomáhají, když je o to ženy požádají. Je to odvislé od té či oné práce, jestli ji bude vykonávat muž a nebo žena. Dvě ženy uvedly, že je všechno na nich. U jedné to vyplývá z její role samoživitelky, která vychovává dvě skoro dospělé děti: „Všechno sama, pokud doma neudělám vítr. Jinak jsem sama doma. Děti mají svůj život (3)“. „Jsem celý život zvyklá dělat i mužské práce. Dokud byla moje matka schopna ještě vařit a starat se o domácnost, tak jsem doma natírala, malovala, líčila chlěvy i nahazovala opadané omítky. Ted' už na to nemám časový prostor. Snažím se mužským pracím vyhýbat, protože už mám trochu i zdravotní problémy (E8)“.

Kromě dvou odpovědí, kde by muž mohl ženě více pomáhat, si ženy nestěžovaly „Většinu dělám já, ale technické manžel. Kdyby mi víc pomáhal, bylo by to lepší, ale nevyčítám mu to (2)“. „Jsem na vaření, úklid a péči o domácnost včetně nákupů sama. Manžel mě s tím moc nepomáhá. V zahradě dělá práce s technikou – orání, sečení, postřiky. Stará se o králíky a slepice (8E)“.

„To vyplývá z potřeby té dané práce. Manželovi není cizí něco udělat, když o to požádám. Když dává dohromady auto, nechci po něm, aby myl nádobí. Jinak v tom neděláme rozdíly (6)“. „Na zahradě dělám já, peru, vařím, žehlím, uklízím, manžel pomůže, ale musí se mu říct. Výchova dětí byla ale jeho parketa a práce (5)“. „Nestěžuju si, máme velký barák, děti uklízí sami vrchní patro, kde bydlí i spodek. Já dělám na zahradě, muž se snažil pomáhat sázet ale neumí. Do práce se nehrne mladší syn. Nestěžuju si, že bych všechno dělala sama. Moc se u nás nežehlí. Muž dělá snídane (4)“. „Složitější otázka. Pomůžou, dělají ledasco, ale mají to volnější, u nás doma to bylo jinak, tam se v sobotu uklízelo. Synové mají hodně jiných zálib. Manžel spíš třeba nastrouhá brambory plus technické věci (1)“. „Chodí mi pomáhat jedna paní. Když kluky poprosíme, třeba vyluxují, manžel se taky občas snaží, jinak je to ale všechno na mě (7)“.

10.6.5 Sexuální život

Pouze jedna žena sdělila, že sexuální život je velice špatný. „Mizerný, nebaví mě to (2)“. Jedna naopak uvedla, že je to nyní možná lepší. „Spokojená. Pravidelně se

zamykáme. Je to jiné, možná lepší, nestěžuju si (4)“. Dvě ženy potom uvažují o tom, že se v této oblasti něco změnilo. *„Člověk sám na sobě cítí, že už stárne a taky se dostávám do přechodu (5)“.* *„Ted’ to není ideální, ale vždycky to bylo v pohodě až ideální (6)“.*

Odpovědi čtyř žen naznačují, že v sexuální oblasti nenacházejí problém. *„V tom si myslím, že není problém (1)“.* *„V pořádku (3)“.* *„Normálka (7)“.* *„Jsem spokojená. Někdy ale není pravidelně. Bývají delší přestávky. Nevím proč, ale nezabývám se tím nějak významně (8E)“.*

10.6.6 Shrnutí

Všechny účastnice výzkumu mají děti, s kterými mají pěkný vztah. U pěti z nich trpěla matka nespavostí.

Kromě jedné respondentky jsou všechny ženy vdané, vychovaly většinou dvě děti. Vztah s dětmi se dá označit za bezproblémový. V rodinné anamnéze nacházím u pěti účastnic výzkumu insomnii u matky.

V partnerském vztahu jsou spokojené nebo velmi spokojené.

O spokojenosti v partnerském vztahu vypovídají všechny zúčastněné. Některé si nedokáží představit, jak by zvládaly insomnii, kdyby neměly oporu v partnerovi.

O problému se v rodině ví, často se snaží si pomoci samy.

Ženy o problému v rodině hovořily, ostatní členové rodiny jsou s ním srozuměni. Někteří se snaží vycházet vstříc, některé tento problém příliš nezajímá. Vyskytly se dvě negativní odpovědi, které značí, že někteří členové rodiny danému problému nepřikládají velkou váhu.

Některé respondentky vykonávají domácí práce bez pomoci partnera, u jiných je do nich zapojený manžel a jiní členové domácnosti.

Většina domácích prací leží tradičně na ženě. Několik účastnic výzkumu je s tímto stavem nespokojených, u jiných se do domácích povinností zapojí manžel nebo jiní členové domácnosti. Jestli bude nějakou práci vykonávat muž nebo žena také závisí na její povaze.

Pouze jedna žena považuje sexuální život díky nespavosti za silně narušený.

Jedna respondentka považuje sexuální život díky nespavosti za hodně narušený. Dvě respondentky pak připouštějí, že se něco v této oblasti změnilo. Ostatní jsou se sexuálním životem spokojené, podle jedné je to ještě lepší než předtím.

11 DISKUZE

V prvním okruhu jsem získala informace, týkající se charakteristiky nespavosti. Především, že se u všech účastnic výzkumu jedná o chronickou insomnii. To souhlasí s uváděným tvrzením, že největší podíl chronických insomnií je zapříčiněna psychofyziologickou insomnií. Dále jsem zjistila, že za spouštěcí faktory považují účastnice výzkumu stres, psychickou zátěž a kumulaci problémů. Tento výsledek výzkumu je také poplatný uváděným spouštěcím faktorům psychofyziologické insomnie, s kterými se můžeme setkat v odborných publikacích. Pro rozvoj psychofyziologické nespavosti jsou důležité především dva faktory, kterými jsou zvýšená tenze a obavné myšlenky týkající se důsledků nespavosti. Účastnice výzkumu hovořily především o strachu z vlivu nespavosti na pracovní oblast, únavu, psychickou a fyzickou vyčerpanost a také vlivu na rodinu. Zjištění, že nespavost nelze ovlivnit vůlí a to způsobuje frustraci, také koresponduje s odbornou literaturou. Výskyt nespavosti má vzrůstající tendenci v průběhu rozvoje onemocnění.

V druhém okruhu jsem zjistila, že nespavost podle účastnic výzkumu negativně působí především na jejich pracovní život, únavu a pocit psychické a fyzické vyčerpanosti. Hypotéza, která se nabízí, obnáší vztah vlivu nespavosti na plnění pracovních povinností a z toho plynoucí reálná či domnělá obava z vlivu nespavosti na tuto oblast. Za cenné považují označení nespavosti jako významného činitele pro formování nálady a možného rozvoje deprese, či sebevražedného jednání.

Ve třetím okruhu jsem se zaměřila na osobnost žen. Ženy přemýšlí před iniciovaným spánkem nad tím, co přinesl den, co je čeká, jaké problémy musí vyřešit, jaká bude jejich budoucnost. Zde vzniká tenze, jako jeden z uváděných faktorů vzniku onemocnění. Ženy také uvedly některé individuální vlastnosti, které podle nich mohou mít vliv na rozvoj a fixaci onemocnění, např. precitlivělost, labilita, puntičkářství, neschopnost říkat „ne“, snaha vyhovět druhým, hloubavost, workoholismus. Za zajímavé a přínosné vnímám zjištění, že se ženy považují za zodpovědné nebo velice zodpovědné. Je možné dále se zabývat předpokladem, že vysoká míra zodpovědnosti může být jednou s vlastností, kterou s větší či vysokou pravděpodobností nalezneme u člověka trpícího psychofyziologickou insomnií a jak s tím naložit. Některé ženy hned navazují tvrzením, že vyšší míra zodpovědnosti v nich byla „vychována“ v původní rodině.

Ve čtvrtém okruhu jsem získala odpovědi na otázky týkající se zaměstnání. Z nich vyplynulo, že se větší část účastnic výzkumu necítí v práci pod tlakem, a také převaha žen není závislá na svém příjmu. Tyto reakce byly pro mě překvapením, neboť jsem v návaznosti na interview, v kterém většina žen uvedla, že se obává vlivu nespavosti na pracovní život, měla představu, že jsou ženy v práci pod tlakem nebo závislé na příjmu ze své pracovní činnosti.

V pátém okruhu otázek jsem se dozvěděla, že účastnice výzkumu jsou spíše nespokojené se svým životem a ve svém životě cítí různé vlivy, které nejsou v jejich kompetencích rozhodování. To může korespondovat s tvrzením, že nespavost nedokáže ovlivnit vůlí, vymyká se jejich možnostem rozhodování.

Poslední šestý okruh otázek se věnoval rodinnému systému. U pěti žen trpěla matka nespavostí. Nabízí se proto hypotéza, jestli je insomnie naučenou reakcí. Účastnice výzkumu problém většinou ventilovaly v rodině, objevuje se také reakce, že si musí pro překonání problému pomoci samy. Tento postoj může mít spojitost s větší mírou zodpovědnosti. Co se týká sexuálního života, pouze jedna dotázaná uvádí, že je problémem velice narušený.

Díky výzkumu jsem byla obeznána s tím, že psychologická péče o pacienty, kteří trpí touto poruchou není dostačující. Léčba je postavena na medikaci a i když lékaři spánkových center připouští vliv psychiky na poruchu, nedisponují kapacitami se v tomto ohledu pacientům věnovat. Pouze na jednom pracovišti ze tří oslovených, se bude pracovat formou skupinové terapie. Některé účastnice výzkumu si uvědomují vliv psychiky na jejich onemocnění, psychologickou péči by uvítaly, připouští, že medikamentózní léčba neřeší příčinu. Zaráží mě neznalost relaxačních metod, které by jim mohly také účinně pomoci a chybějící vedení, z kterého by mohli pacienti v tomto ohledu mít velký užitek. Bohužel od lékařů většinou informace tohoto typu nedostávají. Pro překonání svého problému proto zkouší pacienti množství technik, které jsou různě účinné a které díky nesystematickému vedení mohou mít na prožívání onemocnění ještě horší dopad – mohou vyvolat v člověku pocit, že již vyzkoušel všechno a „nic mu nemůže pomoci“.

Ráda bych se v příští práci věnovala prohloubení poznatků o praktických zkušenostech s účinností jednotlivých metod, které jsou pro léčbu psychofyziologické insomnie nabízeny a využívány - medikamentózní léčby a spokojenosti s ní, relaxačních technik, skupinové psychoterapie, KBT ad. Zajímají mě individuálně uváděné zdroje pomoci, možnost budování terapeutických skupin pro pacienty trpícími touto spánkovou poruchou, individuální potřeby pacientů, specifika léčby.

Nyní uvedu některé proměnné, které mohly mít vliv na výzkumný proces. Především se jedná o délku trvání psychofyzilogické insomnie. Ta byla u účastnic výzkumu různá. Je pravděpodobné, že délka trvání poruchy ovlivňuje u postižené prožívání poruchy, spektrum využitých možností, jak poruchu překonat, copingové strategie. Délka poruchy má vliv na různé oblasti života, náladu, pocit bezmocnosti. To mohlo mít přímý vliv na data, která byla analyzována.

Dále mohly působit na průběh sbírání dat proměnné, které se vázaly k místu realizace interview (kancelář, domov). Proměnnou, která mohla výzkum ovlivnit, mohla být obava, že i přes ujištění anonymity, jsou data zneužitelná.

Další možné proměnné se váží k osobě výzkumnice – jedná se o její osobnostní charakteristiku, věk, styl komunikace, očekávání výsledků výzkumu, které v jednotlivých účastnicích výzkumu mohly vytvářet různé asociace a zároveň mohly být zdrojem chyb při interpretaci dat ze strany výzkumnice. Tyto proměnné mohly zkreslit či změnit odpovědi respondentek. V potaz je třeba brát také aktuální nastavení účastnic výzkumu, vliv léků ad.

12 ZÁVĚRY

Hlavním cílem výzkumu bylo získat celistvý pohled na spánkovou poruchu - psychofyziologickou insomnii v jejích širších souvislostech a daný cíl měl být naplněn na základě informací ze tří zdrojů: **charakteristika nespavosti, osobnost** a další možné vlivy - **situační proměnné**.

K charakteristice nespavosti uvádím tyto závěry:

- Chronická nespavost.
- Spouštěcí faktory jsou stres, psychická zátěž, kumulace problémů.
- Při rozvoji onemocnění se uplatňuje zvýšená tenze a obavné myšlenky, jejichž obsahem je dopad nespavosti na různé oblasti života.
- Frekvence výskytu nespavosti se zvyšuje s konečným častým až každodenním výskytem. Objevují se „dobré a špatné noci“, nepředvidatelnost a neovlivnitelnost vůlí je stresující.

K prožívání nespavosti uvádím tyto závěry:

- Vliv na pracovní oblast, únavu, rodinu, psychickou a fyzickou vyčerpanost.
- „Špatně prospaná noc“ je indikátorem špatné nálady druhý den a opačně. Nespavost přispívá k rozvoji depresivní fáze.
- Nespavosti je přisuzován značný význam.

K okruhu osobnosti respondentek uvádím tyto závěry:

- V době bezprostředně před snahou o spánek účastnice výzkumu přemýšlejí o tom, co se událo během dne, o problémech, budoucnosti.
- Individuální vlastnosti, které pomáhají udržet problém jsou vyjmenovávány např. emocionálnost, přecitlivělost, labilita, neschopnost relaxace, hloubavost, workoholismus, neschopnost říkat „ne“, snaha vyhovět ostatním.
- Nespavost není respondentkami označena za reakci na stres.

- Vysoká míra zodpovědnosti. Podle pěti respondentek souvisí s výchovou v původní rodině.

K okruhu zaměstnání uvádím tyto závěry:

- Většina účastnic výzkumu se v práci pod tlakem necítí.
- Většina účastnic výzkumu není závislých na svém příjmu.

K okruhu životní spokojenost a „místo řízení“ uvádím tyto závěry:

- Spokojenost s životem je hodnocena spíše negativně.
- Respondentky pociťují ve svém životě různé vlivy, které jsou mimo jejich kompetence rozhodování.

K okruhu rodinný systém uvádím tyto závěry:

- Všechny respondentky mají děti, s kterými mají pěkný vztah.
- V partnerském vztahu jsou spokojené nebo velmi spokojené.
- problému se v rodině ví, často se snaží pomoci si samy.
- Některé respondentky vykonávají domácí práce bez pomoci partnera, u jiných je do nich zapojený manžel a jiní členové domácnosti.
- Jedna žena považuje sexuální život vlivem nespavosti za silně narušený.

Výzkum, který jsem provedla v rámci diplomové práce, mne utvrdil v přesvědčení, že tato porucha výrazně negativně působí na psychiku těch, kteří s ní mají dlouhodobou zkušenost a možnosti, které jsou jim nabízeny jsou nedostatečné. Samotné pojmenování poruchy odráží provázanost psychického dění s tělesným, přitom při léčbě psychofyziologické insomnie se věnuje psychice omezený prostor

13 SOUHRN

V teoretické části diplomové práce jsem se věnovala spánku, insomnii, její diagnostice, dále psychofyziologické insomnii a psychologickému profilu insomníků.

První kapitola zahrnuje různé definice spánku a přiblížení tohoto fenoménu. Další kapitola představuje čtenáři spánkovou poruchu – insomnii. Nespavost je zde popsána, definována, členěna dle uváděných kritérií. V podkapitole Diagnostika insomnie jsou nastíněny jednotlivé klasifikace insomnie, kterými jsou MKN- 10, DSM- IV a ICSD-2. Další kapitola s názvem Psychofyziologická insomnie je přiblížením spánkové poruchy, která je nejčastěji uváděným typem nespavosti. V závěru kapitoly jsou uvedena diagnostická kritéria pro tuto poruchu podle ICSD-2. Teoretickou část diplomové práce uzavírá kapitola, jejímž obsahem je psychologický profil lidí trpících nespavostí.

Praktická část zahrnuje kvalitativní výzkum psychofyziologické insomnie. Nejprve je určen cíl výzkumu, jak výzkum proběhl, kdo byl členem výzkumného souboru a jaké metody získávání dat a analýzy dat byly zvoleny. Za metodu získávání dat bylo přijato polostrukturované interview, které se opíralo o šest základních tématických okruhů. Praktická část pokračuje interpretací dat. Ty jsou uváděna dle odpovědí na jednotlivé otázky, které tvořily základ polostrukturovaného interview. V závěru jednotlivých okruhů jsou sepsána nejdůležitější zjištění, která vyplynula z položených otázek.

Na základě výzkumu jsem dospěla k závěru, že psychologická péče o pacienty trpícími psychofyziologickou insomnií je velmi nedostačující (pokud vůbec je) a ani medikamentózní léčba nepřináší jisté výsledky. I když vznik, rozvoj a průběh onemocnění má zcela určitě co dočinění s psychikou postižených, na tuto oblast je při léčbě onemocnění zapomínáno nebo lépe - této oblasti není při léčbě věnován prostor. Za nejlepší považuji kombinaci psychoterapie a medikace (zejména na počátku onemocnění s postupnou eliminací léků).

Dopad onemocnění na psychický stav je bez přehánění veliký, onemocnění snižuje kvalitu života člověka. Možnost rozvoje závažných psychických onemocnění v návaznosti na tuto poruchu, kterými je např. deprese či riziko sebevražedného jednání je alarmující.

Péče o pacienty s danou diagnózou by měla zahrnovat kromě standardně poskytovaných kroků psychoterapii, neboť medikamentózní léčba řeší příznak nikoli příčinu.

Hlavním stanoveným cílem výzkumu bylo získat celistvý pohled na spánkovou poruchu - psychofyziologickou insomnií v jejích širších souvislostech.

První okruh „Charakteristika nespavosti“ přinesl tato zjištění: účastnice výzkumu trpí chronickou nespavostí, to je poplatné tvrzení, že psychofyziologická insomnie je řazena mezi základní příčiny chronické nespavosti. Spouštěcími faktory jsou stres, psychická zátěž, kumulace problémů a další individuálně uváděné spouštěče. Pro rozvoj psychofyziologické insomnie jsou klíčové obavné myšlenky týkající se dopadů nespavosti na život dotyčných, především na pracovní oblast a rodinu. Obavné myšlenky dávají základ somatické tenzi a postupně se začínají objevovat automaticky. V duchu účastnice výzkumu přemítají, když se snaží o spánek a ten nepřichází: „*Jak to tam zítra v práci zvládnou*“, „*Jak budu zítra vypadat*“ . Roli hrají také možné rušivé vlivy. Před vznikem onemocnění se často vyskytuje u žen nekvalitní spánek ve smyslu snadné probuditelnosti. Výskyt nespavosti má narůstající tendenci, s konečným skoro každodenním opakováním. Nespavost je ovlivňována množstvím a druhem užívaných léků. Neschopnost ovlivnit nespavost vůlí s sebou přináší frustraci.

Druhý okruh „Prožívání nespavosti“ přinesl tato zjištění: Nespavost podle účastnic výzkumu ovlivňuje především pracovní oblast, dále se objevuje únava, psychická a fyzická vyčerpanost. Nespavost významně ovlivňuje náladu další den, má vztah k rozvoji depresivní fáze, dvě ženy pak uvádějí sebevražedné myšlenky. Nespavosti je přisuzován značný význam, tvoří důležitou součást myšlenek. Ženy neuvádí, že by je chronická nespavost změnila, spíše okolí se změnilo - často podřizuje různé okolnosti jejich spánku (např. členové domácnosti nesplachují, aby dotyčnou nevzbudili). Účastnice výzkumu vyzkoušely řadu možností, jak s nespavostí bojovat. S větší či menší úspěšností vyzkoušely mnohdy řadu léků, bylinné preparáty, homeopatika, jógu, masáže, autogenní trénink ad.

Třetí okruh „Osobnost respondentek“ přinesl tato zjištění: V době ulehnutí ke spánku ženy přemýšlejí nad prožitým dnem, budoucností, problémech, co mohly udělat lépe apod. Individuální vlastnosti, které podle účastnic výzkumu mohou pomoci udržet jejich problém jsou např.: emocionálnost, labilita, puntičkářství, workoholismus, neschopnost relaxace, hloubavost. Častěji se vyskytuje neschopnost říkat „ne“ nebo snaha vyhovět ostatním. Přestože všechny účastnice výzkumu považují stres za příčinu insomnie, insomnií za reakci na stres neoznačuje žádná. Ženami udávaná jejich vysoká míra zodpovědnosti je podle některých spojena s vlivem původní rodiny.

Čtvrtý okruh „Zaměstnání“ přinesl tato zjištění: I když ženy uvádí obavu z vlivu nespavosti na jejich pracovní život, většinou se v práci pod tlakem necítí. Ve většině případů nejsou závislé na svém příjmu.

Pátý okruh „Životní spokojenost a „místo řízení“ přinesl tato zjištění: Ženy hodnotí spokojenost se svým životem spíše negativně a pocítují ve svém životě různé vlivy, které jsou mimo jejich kompetence rozhodování.

Šestý okruh „Rodinný systém“ přinesl tato zjištění: Všechny účastnice výzkumu mají děti, s kterými mají pěkný vztah. U pěti dotázaných trpěla matka nespavostí. V partnerských vztazích se cítí spokojené nebo velice spokojené. Problém v rodině ventilovaly, snaží se často pomoci si samy. Některé ženy vykonávají domácí práce samy, nebo jim pomáhá partner či jiní členové domácnosti. Pouze jedna žena považuje sexuální život díky nespavosti za velmi narušený.

LITERATURA

- Anders, M. (2000). *Nespavost*. Praha: Jan Vašut
- Aronová, J. a kol. (2006). *Na co se často ptáte. Ze zkušenosti dětského lékaře*. Praha: Amosia
- Carney PR, Berry RB, Geyer, JD. (2005). *Clinical sleep disorders*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins
- Coren, S. (1998). *Zloději spánku: průvodce posledními objevy i stálými tajemstvími spánku*. Praha: Robot
- Dethlefsen, T., Dahlke, R. (1995). *Nemoc jako cesta*. Praha: Aquamarin
- Ellman, S., J., Antrobus, J., S. (1991). *The mind in sleep : psychology and psychophysiology*. New York: John Wiley & Sons
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu : jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál
- Franze, Krusse (2008). In Tress, W., Krusse, J., Ott, J. (2008), *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál
- Hayes, N.(2003). *Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál
- Hauri, P., Linde, S. (1991). *No more sleepless nights*. New York: John Wiley & Sons
- Hayes, N.(2003). *Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál
- Hoskovec, J., Hoskovcová, S. (1998). *Psychologie hypnózy a sugesce*. Praha: Portál
- Hycnarová, H. (2007). *Poruchy spánku*. Nепublikovaná ročníková práce. Olomouc: Univerzita Palackého
- Chopra, D. (1994). *Spokojený spánek. Insomnie. A jak ji léčit*. Praha: PRAGMA
- Kuhn, E. (1966). *Spánek a látková přeměna*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha: Psychiatrické centrum (1996)
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- Možný, P., Praško, J.(1999). *Kognitivně-behaviorální terapie. Úvod do terapie a praxe*. Triton

- Morin M, Ch . (1993). *Insomnia: psychological assessment and management*. New York: Guilford Press
- Nakonečný, M. (1998). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia
- Nesnidalová, S.a kol. (2005). *Neurologie*. Praha: Galén, Karolinum
- Nesnidalová, S., Šonka, K. (1997). *Poruchy spánku a bdění*. Praha: Maxdorf, Jessenius
- Praško, J., Espa-Červená, K., Závěšická, L. (2004). *Nespavost. Zvládání nespavosti*. Praha: Portál
- Praško, J., Maršálek, M., Červená, K. (2002). *Noci plné obav a smutku : příručka pro lidi trpící depresí a nespavostí*. Praha: Organon
- Pretl, M., Příhodová, I. (2007). Insomnie. In Nesnidalová, S., Šonka, K. a kol., *Poruchy spánku a bdění, 2. přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Maxdorf
- Prusiński, A. (1993). *Nespavost a jiné poruchy spánku*. Praha: Maxdorf
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf
- Smolík, P. et al. (2006). *Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
- Šonka, K. (2004). *Apnoe a další poruchy dýchání ve spánku*. Praha: Grada
- Ticháčková (2006). Neorganické poruchy spánku. In Bouček, J. a kol., *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

Časopisy v elektronické podobě:

ANDERS, Martin., ŠVESTKA, Jaromír. Hypnotika – současné možnosti a nové trendy v léčbě nespavosti. *Psychiatrie* [online]. 2005, roč. 9, č. 3 [cit. 2008-10-28], s. 209-220.

Dostupný z WWW:

<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/Psychiatrie%203_2005/05_Anders.htm>.

BORZOVÁ, Claudia. Primární poruchy spánku. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2002, roč. 3, č. 1 [cit. 2008-10-29], s. 10-14. Dostupný z WWW:

<<http://www.solen.cz/pdfs/int/2002/01/03.pdf>>.

BORZOVÁ, Claudia. Příčiny neorganických poruch spánku. Psychiatrie pro praxi [online]. 2002, roč. 5, č. 1 [cit. 2008-10-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2002/01/05.pdf>>.

BORZOVÁ, Claudia, KOZELEK, Petr, KMOCH, Vladimír. Léčba chronické nespavosti - je věk rozhodujícím faktorem?. Psychiatrie pro praxi [online]. 2006, roč. 5, č. 1 [cit. 2008-10-29], s. 20-22. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2006/01/05.pdf>>.

ČERVENÁ, Kateřina, PRAŠKO, Ján. Kbt poruch spánku. Psychiatrie [online]. 2001, č. 1 [cit. 2008-10-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/SUPL0401/11.htm>>.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života. Interní medicína pro praxi [online]. 2006, č. 7 a 8 [cit. 2008-10-29], s. 342-347. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2006/07/07.pdf>>.

PRETL, M., VEVERA, J. Efektivní léčba nespavosti. Medicína pro praxi [online]. 2007, č. 3 [cit. 2008-10-28], s. 132-134. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/med/2007/03/11.pdf>>.

PRETL, Martin. Nespavost v ambulanci praktického lékaře. Medicína pro praxi [online]. 2005, roč. 5, č. 3 [cit. 2008-10-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2005/03/05.pdf>>.

Články v elektronické podobě:

ASHTON, Kathleen, et al. What is insomnia? [online]. 1995-2008 [cit. 2008-10-28]. Dostupný z WWW: <http://my.clevelandclinic.org/disorders/insomnia/hic_insomnia.aspx>.

BORZOVÁ, Claudia. Nespavost [online]. 2000 [cit. 2008-10-31]. Dostupný z WWW: <<http://www.zdravyspanek.cz/default.aspx/cz/chc/zdravyspanek/default/menu/nespavost>>.

HAJAK, Göran . Insomnien [online]. 2002 [cit. 2008-10-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.ifap-index.de/bda-manuale/schlaf/differenzierung/in.html#nichtorg>>.

MORÁŇ, Miroslav. Spánek ve vyšším věku [online]. 2003 [cit. 2008-11-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.sleep-society.cz/akce/hradec2003/sbornik.pdf>>.

SWIERZEWSKI, Stanley, J. Psychophysiological Insomnia, Difficulty Initiating and Maintaining Sleep (DIMS) [online]. 1998-2008 [cit. 2008-10-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.sleepdisorderchannel.com/insomnia/causes.shtml#DIMS>>.

ŠONKA, Karel. Poruchy spánku ve stáří [online]. 2008 [cit. 2008-10-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.hypnogen.cz/default.aspx/cz/chc/hypnogen/default/menu/poruchyspankuve>>.