

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**VLIV ČASTÝCH NOČNÍCH MŮR NA KVALITU
ŽIVOTA JEDINCE**

QUALITY OF LIFE OF FREQUENT NIGHTMARE SUFFERERS



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Anna Ohnisková

Vedoucí práce: PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová, Ph. D.

Olomouc

2018

Ráda bych zde poděkovala vedoucí práce PhDr. Lucii Kluzové Kráčmarové, Ph. D. za její cenné připomínky k vznikajícímu textu, především však za možnost účastnit se skvělého výzkumného projektu Hovory o zdraví, v rámci kterého výzkumná data vznikala. Velké díky patří odvážným participantům, kteří byli ochotní otevřeně mluvit o zkušenosti s častými nočními můrami. Stejně tak děkuji své rodině a přátelům, již mi byli po celou dobu oporou.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma:

„Vliv častých nočních můr na kvalitu života jedince“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 SPÁNEK A SNĚNÍ	9
1.1 Spánek	9
1.1.1 Spánkový cyklus	10
1.1.2 Funkce spánku	10
1.2 Snění	11
1.2.1 Typy snů	11
2 NOČNÍ MŮRY	13
2.1 Vymezení nočních můr	13
2.1.1 Mezinárodní klasifikace nemocí.....	14
2.1.2 Noční můry vs. špatné sny.....	14
2.2 Diferenciální diagnostika nočních můr	15
2.2.1 Noční děsy	15
2.2.2 Porucha chování v REM spánku.....	16
2.2.3 Spánková paralýza	16
2.3 Typologie nočních můr	16
2.3.1 Typologie nočních můr podle příčiny.....	17
2.4 Prevalence a frekvence nočních můr	18
2.4.1 Vliv věku a pohlaví.....	19
2.5 Obsah nočních můr	19
2.5.1 Emoční obsah nočních můr.....	20
2.6 Komorbidity	20
2.6.1 Posttraumatická stresová porucha.....	21
2.7 Osobnostní charakteristiky ve vztahu k nočním můrám	22
2.7.1 Hranice a sny	22
2.8 Teorie snění a nočních můr	23

2.8.1	Teorie dle psychoterapeutických směrů	24
2.8.2	Teorie kognitivní a neurologické	26
2.8.3	Další teorie snění a nočních můr	28
2.9	Terapie nočních můr	28
2.9.1	Farmakologické postupy léčby	29
2.9.2	Nefarmakologické postupy léčby	29
3	KVALITA ŽIVOTA	32
3.1	Definice kvality života	32
3.1.1	Kvalita života a well-being	32
3.2	Měření kvality života	33
3.2.1	Dotazník Světové zdravotnické organizace	34
3.3	Kvalita života a noční můry	35
3.3.1	Well-being a snění	36
3.3.2	Distres a noční můry	37
	VÝZKUMNÁ ČÁST	40
4	VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY	41
4.1	Výzkumný problém	41
4.2	Výzkumné cíle	41
4.3	Výzkumné otázky	42
5	METODOLOGICKÝ RÁMEC	43
5.1	Typ výzkumu	43
5.2	Metody získávání dat	43
5.3	Zpracování a analýza dat	44
5.4	Etické aspekty výzkumu	44
6	VÝZKUMNÝ SOUBOR	46
7	VÝSLEDKY	49
7.1	Vliv častých nočních můr na kvalitu života	52
7.1.1	Vliv nočních můr na kvalitu spánku	52
7.1.2	Vliv na prožívání následující den	55
7.1.3	Vliv na chování	56

7.1.4	Vliv na sociální život	56
7.1.5	Vliv na pracovní život a finance	57
7.1.1	Pozitivní aspekty nočních můr.....	58
7.1.2	Shrnutí.....	59
7.2	Strategie zvládání nočních můr	60
7.2.1	Způsoby snížení frekvence a intenzity nočních můr	60
7.2.2	Práce s noční můrou během spánku.....	63
7.2.3	Co pomáhá po probuzení	64
7.2.4	Snižování distresu z nočních můr během dne.....	65
7.2.5	Sdílení nočních můr	66
7.2.6	Shrnutí.....	69
7.3	Postoj k nočním můrám.....	70
7.3.1	Postoj k nočním můrám	70
7.3.1	Vliv na sebepojetí	71
7.3.2	Příčiny nočních můr.....	72
7.3.3	Shrnutí.....	74
8	DISKUZE	75
8.1.1	Přínos výzkumu	80
8.1.1	Limity výzkumu.....	81
9	ZÁVĚR.....	83
10	SOUHRN.....	84
	LITERATURA.....	87
	PŘÍLOHY.....	96

*„Dvě noci přešly. Noční děs
i do dne měru smutku vnes.
A spánek, sladké dobrodiní,
přízrakem hrůzy byl mi nyní.
Noc třetí, když křik ve spánku
mě vzbudil z d'ábelského snu,
jsem nevydržel strach a žal:
jak dítě jsem se rozplakal.“*

(úryvek básně *Trýzeň spánku*,
Coleridge, 1965, 79)

ÚVOD

Vzpomeňte si, kdy jste naposledy měli noční můru. Co jste během ní prožívali? Jak jste se vyspali? Ovlivnila nějak Váš následující den? A teď si představte, že by se Vám noční můry zdály několikrát do týdne. Jakým způsobem by se do Vašeho života promítaly pak? Právě vliv častých nočních můr na kvalitu života jsem zkoumala ve své magisterské diplomové práci. Z dosavadních výzkumů vyplývá, že časté noční můry souvisí s nižší kvalitou života a postihují více lidí, než se dříve myslelo. Přesto se jedná o málo probádanou oblast, které je také v klinické praxi věnována minimální pozornost.

Má práce vychází z rozhovorů získaných v rámci projektu Hovory o zdraví, na jejichž sběru jsem se aktivně podílela. Hovory o zdraví jsou webové stránky vznikající díky spolupráci mezi Institutem sociálního zdraví na Univerzitě Palackého v Olomouci (OUSHI), Health Experiences Research Group (HERG) na Univerzitě v Oxfordu a DIPEX International. Jejich smyslem je sdílení ověřených informací a osobních zkušeností lidí s různorodými zdravotními problémy (Hovory o zdraví, 2018). Časté noční můry představují jedno z připravovaných témat pro tento web.

V teoretické části práce se v krátkosti zabývám spánkem a sněním, zejména se však soustředím na samotné noční můry, kvalitu života a vztah mezi těmito proměnnými. Ve výzkumné části popisuji cíle, metodologický rámec, výzkumný soubor a prezentuji výsledky celé studie, které v Diskuzi vkládám do širšího kontextu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SPÁNEK A SNĚNÍ

Spánek a snění přitahovaly lidskou pozornost odpradávná. Spánek byl dříve vnímán jako zvláštní stav mezi bděním a smrtí. V úvahách o původu snů zas dle některých antropologů tkví kořeny spirituálních představ a idey duše. Látky na ovlivňování spánku byly známy již ve starověku – staří Mezopotámci pěstovali opium 5000 let př. n. l., Hippokrates poukazoval na užitečnost opia jako narkotika, stejně tak si lidé povšimli tlumících účinků alkoholu. V Etiopii naopak objevili povzbudivý efekt kávy, jejíž kultivace se následně rozvíjela na Arabském poloostrově. Moderní výzkum spánku započal až v první polovině minulého století díky možnosti zkoumat elektrickou aktivitu mozku. V 50. letech minulého století se pak vydělila spánková medicína jako samostatný obor, který se od té doby neustále vyvíjí (Pelayo & Dement, 2017).

Kapitolu o spánku a snění jsem se rozhodla do své magisterské diplomové práce zařadit, jelikož úzce souvisejí s tématem nočních můr a tvoří důležitý odrazový můstek pro porozumění nočním můrám. Zabývám se definicí spánku, spánkovým cyklem a funkcemi spánku, následně definuji sen, uvádím jeho základní charakteristiky a typy.

1.1 Spánek

Hartl a Hartlová (2000, 554) definují spánek jako „*celkový útlum činnosti centrálního nervstva provázený snížením intenzity většiny životních pochodů.*“ Z behaviorálního hlediska se jedná o reverzibilní stav, během kterého jedinec neodpovídá na vnější podněty a snižuje se jeho percepční aktivita (Carskadon & Dement, 2017).

Lidé se po dlouhou dobu domnívali, že spánek je čistě pasivní proces a přichází jako reakce na omezené množství zevních stimulů, přičemž k následnému probuzení dochází zesílením vnějších stimulů. Odklon od tohoto paradigmatu přišel až se změřením elektrické aktivity mozku během spánku (poprvé provedl Berger v roce 1928) a s objevem rychlých pohybu očních během tzv. REM fáze spánku, který uskutečnili Kleitman a Aserinsky v 50. letech 20. století (Pelayo & Dement, 2017). Dnes víme, že spánek zahrnuje pestrou směsici typických fyziologických a behaviorálních projevů (Carskadon & Dement, 2017).

1.1.1 Spánkový cyklus

U člověka, stejně jako ostatních savců i ptáků, se spánek dělí na dvě základní fáze, které se od sebe velmi liší, a to na REM fázi (*rapid eye movement*) a non-REM fázi (*non-rapid eye movemet*). Non-REM fáze spánku nastává jako první. V průběhu čtyř fází non-REM spánku dochází k prohlubování a opětovnému změlčování spánku za minimální mentální aktivity a zachované schopnosti pohybu svalů. Během následné REM fáze se vyskytují rychlé pohyby oční, podle kterých je tato fáze pojmenována. Svaly v těle ochabují, aktivita mozku a metabolismus se naopak zvyšují (Carskadon & Dement, 2017).

U zdravého dospělého jedince se první REM fáze objeví nejdříve za 80 minut od usnutí a trvá méně než 10 minut. Non-REM fáze a REM fáze se během noci střídají, přičemž stádia nejhlubšího spánku v rámci non-REM fáze se zkracují, až následně mizí. REM fáze se zas postupně prodlužuje, průměrně z celkového množství spánku tvoří 20 až 25 % (Carskadon & Dement, 2017). Za noc se běžně vystřídají čtyři non-REM fáze a čtyři a pět REM fází. K probuzení dochází během poslední REM fáze (Plháková, 2003). Spánkový vzorec se proměňuje v závislosti na věku, historii kvality spánku, cirkadiánním rytmu, teplotě, požitých lécích a poruchách spánku (Carskadon & Dement, 2017).

1.1.2 Funkce spánku

Spánek lidské tělo potřebuje stejně jako vodu a vzduch, z evolučního hlediska však stále do určité míry zůstává záhadou proč. Přehled současných teorií o významu spánku pro lidský organizmus podává Mignot (2008). Teorie dělí do tří základních skupin. Prvním typem je ekologická hypotéza, která vychází z principů přirozeného výběru. Spánek představuje rozumný způsob, jak snížit spotřebu energie ve chvíli, kdy zvířata nemohou lovit. Tímto principem lze vysvětlit non-REM fázi spánku, ovšem během REM fáze spánku se spotřeba energie opět navyšuje. Druhý okruh teorií vyzdvihuje, že spánek usnadňuje učení se a zapamatování si prostřednictvím změn v plasticitě mozku a synaptogenezi. Zobrazovací metody ukazují, že během spánku dochází k opakování učeného. Kognitivní deficit se také projevuje už při mírné spánkové deprivaci, zároveň ale k učení a zapamatování dochází i při absenci spánku. Třetí okruh teorií zdůrazňuje, že během spánku se obnovuje syntéza makromolekul (například cholesterolu), které se vyčerpají během dne. Popsaný princip platí u všech živočišných druhů, vztah těchto dějů je však korelativní, nikoli kauzální.

1.2 Snění

Sen je v *Psychologickém slovníku* (Hartl & Hartlová, 2000, 529) definován jako „*představivost vyskytující se během spánku*.“ Schredl a Wittmann (2005, 484) definují sen či výpověď o snu jako „*vybavení si mentální aktivity, která se vyskytla během spánku*“. Při snění dochází k narušení testování reality, což znamená, že v danou chvíli jedinec vnímá sen jako skutečnost (Plháková, 2003). Sny jsou typické svou bizarností, emotivitou a senzoryckými vjemy (Schredl & Wittmann, 2005).

Vedle realistických a teoreticky možných prvků sny obsahují také řadu prvků zvláštních, bizarních. Pokud jako bizarnost chápeme nejen zcela nemožné události, ale také náhlé změny prostředí a drobné podivnosti, týká se až 75 % snů (Zadra & Domhof, 2017). Bizarnost snů během noci narůstá (Malinowski & Horton, 2014). Míra bizarnosti snů dvakrát převyšuje bizarnost denních fantazií a to zejména co se týče souvislosti děje a jeho kongruence (Williams, Merritt, Rittenhouse, & Hobson, 1992).

Obecně se uvádí, že emoční ladění snů je častěji negativní než pozitivní. Podle Schredla a Dolla (1998) však při posuzování snové emotivity značně záleží na způsobu jejího měření. Jestliže emoce vyskytující se ve snu hodnotí jedinec sám (na rozdíl od dalšího posuzovatele nebo sčítání explicitně zmíněných emocí ve snových záznamech), množství pozitivních a negativních emocí se podobá. Nekonzistentnost v měřeních množství pozitivních emocí může být způsobena metodologickými nesrovnalostmi a tím, že negativní emoce ve snu víc ovlivní náladu druhý den, takže se jeví jako významnější.

Na základě srovnání tří studií senzoryckých vjemů ve snech Schredl a Wittmann (2005) uvádí, že každý sen je vizuální. Sluchové podněty nejsou výjimečné, zato dotykové, chuťové a čichové vjemy se téměř vůbec nevyskytují.

1.2.1 Typy snů

Schredl a Wittmann (2005) uvádí sedm typů snů a to sny vyskytující se během REM fáze spánku (*REM dreams*), sny vyskytující se během non-REM fáze spánku (*NREM dreams*), sny vyskytující se na počátku spánku (*sleep onset dreams*), noční můry (*nightmares*), noční děsy (*night terrors*), posttraumatické sny (*posttraumatic dreams*) a lucidní sny (*lucid dreams*).

Tradičně se udává, že se sny zdají v REM fázi spánku (Carskadon & Dement, 2017). Jak vyplývá z výše uvedené klasifikace snů (Schredl & Wittmann, 2005), není tomu tak ovšem výlučně. Foulkes (1962) zjistil, že sny, či nějaká forma vědomé mentální aktivity, se vyskytují během všech fází spánku. Jedinci v jeho výzkumu referovali výskyt snu v 70 % probuzení během druhé půlky non-REM spánku, která se do té doby považovala za bezesnou. Sny v této fázi se víc vztahovaly k dennímu životu jedinců. Sny v REM fázi častěji vyvolávali emoční odezvu snícího, byly vizuálně propracovanější, zahrnovaly víc pohybů (přesouvání se z místa na místo), častěji se v nich objevovali další lidé, trvaly déle a vystřídalo se v nich více scén.

Sny vyskytující se na počátku spánku se nazývají hypnagogické. Jedná se o sny letmé, s fantaskními prvky, málo organizované, bez výrazného afektivního doprovodu. Volní kontrola a uvědomování si bezprostřední reality se postupně snižují a navyšuje se halucinatorní dojem skutečnosti snu. Stejně jako sny vyskytující se v pozdějších stádiích spánku mohou mít i hypnagogické sny hlubší interpretační hodnotu (Foulkes & Vogel, 1965). Jiní autoři nemluví o hypnagogických snech, ale představách (Plháková, 2003; Plháková, 2013).

Definice nočních můr, nočních děsů, posttraumatických snů a snů lucidních jsou uvedeny dále v textu.

Mezi typy snů bych také ráda uvedla sny rekurentní, tedy takové, které zcela kopírují zapamatovanou podobu dříve se vyskytujícího snu. Rekurentním snům výzkumníci přiřkládají zvláštní význam (Brown & Donderi, 1986; Zadra, O'Brien, & Donderi, 1997).

2 NOČNÍ MŮRY

„Sny, které nás zastihují ve spánku, jsou neodmyslitelnou a nezrušitelnou součástí každodenního života. Je možné je různým způsobem opomíjet a odmítat, ale přesto tu zůstávají jako znepokojivý fenomén lidského bytí“ (Růžička & Čálek, 2016). Řekla bych, že tento výrok platí o častých nočních můrách, které tvoří tematické jádro mé práce, dvojnásob. Noční můry jsou zpravidla dlouhé sny s komplikovaným dějem a silným nábojem strachu či úzkosti (American Academy of Sleep Medicine, 2014). Zároveň zpravidla působí velmi živým, věrným dojmem (Hartmann, Russ, Oldfield, Sivan & Cooper, 1987). O nočních můrách se dočteme již v Bibli, první text na poli medicíny napsal John Bond v roce 1753. V tradičních kulturách byly sny vykládány jako poselství o budoucnosti, které mohlo povzbuzovat a uklidňovat nebo, v případě nočních můr, ponoukalo k vymyšlení obranných strategií či vedlo ke smířování se s osudem (Kamarádová, Praško, Jelenová, Grambal, & Látalová, 2013). Na funkčnost nočních můr z biologického a adaptivního hlediska panují rozporuplné názory. Noční můry jsou však natolik rozšířeným jevem, že určitou funkčnost lze předpokládat a to zejména u nerekurentních nočních můr s ojedinělým výskytem a nízkou závažností (Nielsen & Carr, 2017).

Noční můry představují nejobsáhlejší kapitolu teoretické části práce. Věnuji se vymezení a definování nočních můr, diferenciální diagnostice, různým typologiím nočních můr, jejich prevalenci a frekvenci, dějovému i emočnímu obsahu, komorbiditám, osobnostním charakteristikám spojeným s výskytem nočních můr, teoriím snění a možným terapeutickým postupům při léčbě nočních můr.

2.1 Vymezení nočních můr

Univerzálně platná definice nočních můr zatím neexistuje. Levin a Nielsen (2007) definice nočních můr dělí do dvou základních kategorií a to na definice operacionalizační (*operational definitions*) a diagnostické (*diagnostic definitions*). Operacionalizační definice jsou obsaženy v jednotlivých výzkumech, definice diagnostické v diagnostických manuálech. Mezi diagnostické manuály, které se nočními můrami zabývají, patří *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)*¹, dále *Diagnostický a statistický manuál*

¹ Anglicky *International Classification of Disorders 10th Revision (ICD-10)*. Noční můry zde najdeme pod heslem „noční můry“ (*nightmares*) (World Health Organization, 2017).

(DSM-V)² a *Mezinárodní klasifikace poruch spánku (ICSD-3)*³. Ve své diplomové práci jsem se rozhodla pro uvedení definice dle *Mezinárodní klasifikace nemocí*, jelikož ta je v českém prostředí nejrozšířenější. Dále zmiňuji problematiku odlišování nočních můr a špatných snů.

2.1.1 Mezinárodní klasifikace nemocí

Mezinárodní klasifikace nemocí označuje noční můry kódem F51.5 a řadí je mezi *Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*, konkrétně pod *Neorganické poruchy spánku*. Neorganické poruchy spánku jsou takové, jejichž příčinu nacházíme v emočních, nikoli somatických okolnostech. Diagnostikování tohoto okruhu poruch dále vyžaduje, aby jedinec vnímal potíže se spánkem jako významné (World Health Organization, 2017).

Mezinárodní klasifikace nemocí (World Health Organization, 2017, 231) definuje noční můry jako „*snový prožitek, nabitý úzkostí nebo strachem, s velmi detailní vzpomínkou na snový obsah. Tento snový prožitek je velmi živý a obvykle zahrnuje témata týkající se ohrožení života, bezpečnosti nebo sebeúcty.*“ Nežítka se témata nočních můr opakují. Noční můry mívají také vegetativní doprovod, ne však výrazné zvukové projevy nebo tělesné pohyby. Po probuzení se jedinec rychle orientuje.

2.1.2 Noční můry vs. špatné sny

Řada autorů (Levin & Nielsen, 2007; Zadra & Donderi, 2000; Klůzová Kráčmarová, 2016) upozorňuje na nejednotnost napříč definicemi nočních můr ve výzkumu. Někteří výzkumníci, rozlišují mezi nočními můrami a špatnými sny (*bad dreams*, do češtiny překládané také jako zlé sny) – podle tohoto dělení vedou noční můry na rozdíl od špatných snů k probuzení. Vychází z předpokladu, že k probuzení dochází kvůli intenzivnějšímu emočnímu vypětí. Zadra a Donderi (2000) poukazují na to, že probuzení se je spíš nepřímý způsob měření intenzity nočních můr. Shrnují výsledky výzkumů, ze kterých vychází, že většina velmi nepříjemných snů nevede k probuzení jedince (Van

² Anglicky *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-V)*. Noční můry zde najdeme pod heslem „porucha s nočními můrami“ (*nightmare disorder*) (American Psychiatric Association, 2013).

³ Anglicky *The International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3)*. Noční můry zde najdeme pod heslem „noční můry“ (*nightmares*) (American Academy of Sleep Medicine, 2014).

Bork, 1982, in Zadra & Donderi, 2000), z noční můry se vždy probudí méně než čtvrtina jedinců, kterým se noční můry zdají chronicky (Krakow, Kellner, Pathak, & Lambert, 1995, in Zadra & Donderi, 2000) a asi 45 % špatných snů lidé hodnotí jako stejně nebo více intenzivní ve srovnání s nočními můrami (Zadra, 1996, in Zadra & Donderi, 2000; Zadra & Donderi, 1993, in Zadra & Donderi, 2000). Zadra a Donderi (2000) zjistili, že noční můry korelují s well-beingem silněji než špatné sny, z čehož vyvozují, že noční můry jsou závažnějším vyjádřením téhož.

Různorodost definic ztěžuje srovnávání výzkumů. V některých výzkumech autoři definici nočních můr ani neuvádí (Levin & Nielsen, 2007). V této práci nečiním mezi nočními můrami a špatnými sny rozdíl. V případě, že budu vycházet z článku, který tyto pojmy rozlišuje, budu následovat terminologii autorů.

Pro úplnost uvádím synonyma užívaná pro noční můry (*nightmares*) podle *Mezinárodní klasifikace nemocí* (World Health Organization, 2017) a *Mezinárodní klasifikace poruch spánku* (American Academy of Sleep Medicine, 2014): úzkostná ataka ve snu (*dream anxiety attack*), děsivý sen (*terrifying dream*), noční můra v REM (*REM nightmare*), úzkostné snění (*dream anxiety disorder*). V *Diagnostickém a statistickém manuálu* (American Psychiatric Association, 2013) najdeme poruchu s nočními můrami (*nightmare disorder*).

2.2 Diferenciální diagnostika nočních můr

V rámci diferenciální diagnostiky vymezují rozdíl mezi nočními můrami, nočními děsy, poruchou chování v REM spánku a spánkovou paralýzou. Čtenář se tak zároveň dozví další podstatné charakteristiky nočních můr.

2.2.1 Noční děsy

Noční děsy se projevují náhlým probuzením, které doprovází pronikavý křik či pláč. Jedinec se většinou posadí v posteli a nereaguje na vnější okolí. Pokud se probere, projevuje se zmateně. Noční děsy si zpravidla nepamatuje. Noční děsy, na rozdíl od nočních můr, nemají valný děj. Vyskytují se v první třetině noci, zatímco noční můry v její druhé půlce. K probuzení z nočního děsu dochází ve třetím nebo čtvrtém stádiu non-REM fáze spánku, v případě nočních můr se jedná o REM fázi (American Academy of Sleep Medicine, 2014).

2.2.2 Porucha chování v REM spánku

Porucha chování v REM spánku patří podle *Diagnostického a statistického manuálu* (American Psychiatric Association, 2013), stejně jako noční můry, mezi parasomnie. Parasomnie souhrnně označují poruchy charakterizované zvláštními projevy během spánku. Při poruše chování v REM spánku opakovaně dochází k výraznému nabuzení jedince v průběhu noci, které doprovází hlasový projev a/nebo komplexní pohybové úkony (například kopání, rány pěstí, útěk), které mohou vyústit až v úraz. Komplexní pohybové úkony ani historii úrazu spojených se spánkem u nočních můr nenacházíme. Při poruše chování v REM spánku jedinec tímto způsobem reaguje na snový děj. Vyskytuje se během pozdějších fází noci v (jak název napovídá) REM fázi spánku. Častěji postihuje muže, zatímco noční můry ženy.

2.2.3 Spánková paralýza

Spánková paralýza je další z parasomnií. Vyvolává stavy, během kterých jedinec ztrácí schopnost vykonávat volní pohyby končetin, trupu a hlavy při zachované schopnosti pohybu očí a dechu. To se během nočních můr neděje. Spánková paralýza může být doprovázena hypnagogickými představami často ohrožujícího rázu. Ke spánkové paralýze dochází během usínání nebo probouzení, následně do několika minut odezní. U jedince zpravidla vyvolá silnou úzkost (American Academy of Sleep Medicine, 2014).

2.3 Typologie nočních můr

Kategorizace nočních můr se nachází mj. v *Diagnostickém a statistickém manuálu* (American Psychiatric Association, 2013) a v *Mezinárodní klasifikaci poruch spánku* (American Academy of Sleep Medicine, 2014). Vzájemně se velmi podobají, proto na tomto místě uvedu typologii jen z *Mezinárodní klasifikace poruch spánku* (American Academy of Sleep Medicine, 2014), která noční můry třídí podle vážnosti (*severity criteria*) a délky trvání (*duration criteria*).

Podle vážnosti noční můry dělí na mírné (*mild*), průměrné (*moderate*) a těžké (*severe*). Mírné noční můry nezhoršují psychosociální fungování jedince a zdají se mu méně než jednou za týden. Průměrné noční můry lehce zhoršují psychosociální fungování jedince a zdají se mu častěji než jednou do týdne, nikoli však denně. Těžké noční můry do psychosociálního fungování jedince zasahují výrazně a zdají se mu každou noc.

Podle délky trvání noční můry dělí na akutní (*acute*), subakutní (*subacute*) a chronické (*chronic*). Akutní noční můry se vyskytují v období jeden měsíc či méně, subakutní více než jeden měsíc a méně než šest měsíců, chronické šest a více měsíců.

2.3.1 Typologie nočních můr podle příčiny

V literatuře najdeme tři základní typy nočních můr dle příčiny a to idiopatické, netraumatické a traumatické. Idiopatické noční můry (*idiopathic nightmares*) zřejmou příčinu postrádají. Noční můry bez přímého vztahu k traumatu se nazývají netraumatické (*non-traumatic nightmares*) (Levin & Nielsen, 2007). Takové noční můry, jejichž obsah si jedinec spojuje s traumatickou událostí z minulosti, se nazývají posttraumatické noční můry (*post-traumatic nightmares*). Mohou být symbolické (*symbolic nightmares*) a replikativní (*replicative nightmares*) (Schreuder, Igreja, van Dijk, & Kleijn, 2001).

Symbolická noční můra v některých aspektech odkazuje k traumatické události (například se její děj odehrává na stejném místě jako kdysi traumatická událost), většina obsahu však připomíná běžný sen odrážející aktuální události (například v noční můře vystupují lidé, kteří se v jedincově životě vyskytli v poslední době, ne ti, kteří figurovali při traumatické události). Stejně jako v běžných snech dále dochází k překrucování skutečnosti, překrývání různých událostí a zvláštním časovým smyčkám (Schreuder et al., 2001). V replikativní noční můře jedinec prožívá celou událost znova, děj odpovídá přesně tomu, co se během traumatické události odehrálo. Tělo reaguje také vegetativně, dochází k pocení, zvýšení srdeční činnosti a rychlosti dechu. Někdy se jedinec začne ze spánku projevovat agresivně (Schreuder et al., 2001).

Jiné dělení podle původu nočních můr nabízí Bearden (1994). Jedná se zaprvé o noční můry, které se vyskytují chronicky a souvisí s osobností jedince. Zadruhé o noční můry vyvolané posttraumatickou stresovou poruchou. Zatřetí o noční můry ovlivněné užitím léků. O prvních dvou typech nočních můr se dočtete jinde v textu práce. Co se týče nočních můr ovlivněných užitím léků, noční můry patří mezi vedlejší efekt při užívání beta-blokátorů a reserpinu na léčbu zvýšeného krevního tlaku, inhibitorů cholinesterázy pro zvýšení množství acetylcholinu a L-DOPA při léčbě Parkinsonovy nemoci. Dále se jedná o látky ovlivňující hladinu noradrenalinu, serotoninu, dopaminu a kyseliny gama-aminomáselné (Pagel & Helfter, 2003).

2.4 Prevalence a frekvence nočních můr

Obecně se uvádí, že v běžné populaci se noční můry zdají jednou do měsíce asi 85 % dospělých jedinců (Levin & Nielsen, 2007) a 2 – 5 % lidí má noční můru jednou do týdne (Sandman et al., 2013). Obdobně Schredl (2009) ve svém výzkumu zjistil, že 2,4 % lidí se noční můra zdá alespoň jednou do týdne, 4,7 % jednou za dva týdny a 80 % zřídka. Průměrná frekvence nočních můr u dospělého jedince byla změřena na 11 za rok (Zadra & Donderi, 2000).

Nutno podotknout, že v prevalenci i frekvenci nočních můr nacházíme mezi jednotlivými studii odchylky. Jelikož tyto rozdíly souvisí se způsobem, kterým jsou noční můry zkoumány, v krátkosti čtenáře seznámím se základními metodami měření. Jedná se o metody retrospektivní a prospektivní. Retrospektivní metody vychází ze zpětného vybavování si nočních můr (Robert & Zadra, 2008). Přehled retrospektivních škál uvádí Tabulka 1.

Tab. 1: Retrospektivní metody měření výskytu nočních můr

Typ měření	Příklad otázky	Příklad škály odpovědí
Binární	Trpíte nočními můrami?	ano – ne
Nominální	Jak často si vybavíte noční můru?	nikdy – zřídka – někdy – často
Ordinální	Jak často si vybavíte noční můru?	ani jednou za rok – jednou za rok – dvakrát za rok – třikrát za rok – čtyřikrát za rok
Intervalová	Jak často si vybavíte noční můru?	nikdy za měsíc – jednou až dvakrát za měsíc – pětkrát až desetkrát za měsíc
Otevřená otázka Založená na obsahu	Jak často si vybavíte noční můru? Máte v současné době nebo jste v minulosti měl/a problém s nočními můrami? / měsíc jakákoliv z předchozích možností
Třetí strana	Trpí Vaše dítě nočními můrami?	jakákoliv z předchozích možností

Pozn.: Převzato a upraveno z Levin a Nielsen, 2007.

Prospektivní metody vychází z denních záznamů a to v narativní formě nebo pomocí checklistů s připravenými možnostmi pro výskyt, množství a typ snů (Robert & Zadra, 2008).

Robert a Zadra (2008) srovnávali studie, ve kterých participanti zaznamenávali výskyt nočních můr zpětně, s těmi, ve kterých o výskytu nočních můr referovali na denní bázi. Zjistili, že při retrospektivním vybavování si nočních můr participanti uvádí méně nočních můr. Jelikož retrospektivní postupy byly v minulosti využívány častěji, byla také

podceňována frekvence nočních můr. Schredl a Reinhard (2011) vysvětlují tento fakt tím, že při zpětném vybavování hraje roli zapomínání, při každodenních záznamech se zas jedinec může na sny víc zaměřit a všimnout si jich. Důležitý je i způsob položení otázky a zaznamenávání odpovědi. Levin a Nielsen (2007) upozorňují, že záleží také na tom, zda výzkumník rozlišuje mezi nočními můrami a špatnými sny – nerozlišování logicky navyšuje počet nočních můr.

2.4.1 Vliv věku a pohlaví

Byl zjištěn vliv věku a pohlaví na výskyt nočních můr. Rodiče si u svých dětí všimají nočních můr už kolem druhého roku života, samy děti ale první noční můry popisují mezi třetím a čtvrtým rokem. Do šesti let věku časté noční můry mívá mezi 10 a 50 % dětí. Po několika týdnech, měsících, případně v řádu let noční můry většinou ustupují. U části dětí časté noční můry přetrvávají do dospělosti a s nočními můrami se potýkají během celého života (American Academy of Sleep Medicine, 2014). Frekvence nočních můr u žen od 10 do 39 let stoupá, zatímco u mužů zůstává přibližně stejná. Od 39 let se u obou skupin snižuje (Nielsen, Stenstrom, & Levin, 2006). Časté noční můry uvádí 1 až 2 % starých lidí (Partinen, 1994, in Levin & Nielsen, 2007).

O vyšším výskytu nočních můr ve výzkumech opakovaně referují ženy než muži (Li, Zhang, & Wing, 2010; Schredl & Reinhard, 2011; Sandman et al., 2013). Tvrzení platí pro jedince v rozmezí od deseti do šedesáti let, u dětí a starších lidí rozdíl ve frekvenci nočních můr zjištěn nebyl. Nejvýrazněji se projevuje u adolescentů a v mladém věku, s věkem se snižuje (Schredl & Reinhard, 2011). Li et al. (2010) tuto genderovou odlišnost vykládají jednak větší schopností žen vybavovat si sny, jednak jejich vyšší náchylností k psychickým onemocněním a problémům se spánkem. Souhlasné vysvětlení uvádí i Schredl a Reinhard (2011).

2.5 Obsah nočních můr

Obsah nočních můr má širokou škálu podob na dějové i emoční úrovni. Výzkumem tohoto tématu v běžné populaci se zabývali například Köthe a Pietrowsky (2001). Jako nejčastější témata uvádí ohrožení a pronásledování (25 %), nehody a katastrofy (19 %), násilná napadení (12 %), nemoc (8 %).

Schredl (2009) zjistil, že obsah nočních můr souvisí s věkem a pohlavím. Ženám se častěji zdá o sexuálním obtěžování, zmizení či úmrtí blízké osoby, vypadávání zubů či vlasů, mužům zas o fyzické agresi, ztrátě zaměstnání, válce. Výše vzdělání a příslušnost k sociální třídě obsah nočních můr ovlivňují jen málo, sociální status vůbec. Mezi nejběžnější témata v jeho výzkumu patřily pády (39,5 %), pronásledování (25,7 %), neschopnost pohnout se (25,3 %), opoždění se (24 %), smrt či zmizení blízké osoby (20,9 %). Mezi dalšími tématy se objevily mj. hororové filmy, neschopnost dokončit úkol, zkoušky. Obsah nočních můr odpovídá hypotéze kontinuity snění jen částečně. Podle této hypotézy se ve snech odráží události prožité během dne. Například ztráta zaměstnání a zkoušky se v nočních můrách vyjevují s narůstajícím věkem méně, což lze vysvětlit dokončeným vzděláním a prací ve stabilním zaměstnání u starších lidí. Na druhou stranu nejčastější témata nočních můr, tedy pád, pronásledování a neschopnost pohnout se, přímou souvislost s každodenním životem postrádají.

2.5.1 Emoční obsah nočních můr

Strach se podle výzkumu Zadry, Piona a Donderiho (2006) vyskytuje v 70 % nočních můr a je tak nejčastější, nikoli však jedinou emocí prožívanou v nočních můrách. Mezi další emoce patří frustrace, zloba, pocity viny, smutek, zmatek. Emoční náboj snů je obecně negativnější u žen než u mužů (Schredl, Berres, Klingauf, Schellhaas, & Göritz, 2014).

Fireman, Levin a Pope (2014) se věnovali rozdílu v obsahu mezi nočními můrami a špatnými sny. Noční můry se častěji týkaly smrti, byly agresivnější (agresivní projevy, intenzita agresivního jednání, viktimizace snícího) a hostilnější. Výzkum dále ukázal, že noční můry vyvolávaly primární emoce jako strach, špatné sny obsahovaly více emocí pozitivních i negativních. Autoři vyvozují, že by noční můry mohly souviset se sníženou emoční regulací, zatímco špatné sny se zpracovávají emocí.

2.6 Komorbidita

Byla vysledována komorbidita mezi nočními můrami a některými léčebnými postupy a onemocněními. Z léčebných postupů se jedná o hemodialýzu či odnětí látky, na které si jedinec vypěstoval závislost. Z hlediska onemocnění somatických o ischemickou chorobu srdeční, rakovinu, Parkinsonovu nemoc, bolest (American Psychiatric Association, 2013). Například ve studii zabývající se náladou a spánkem u pacientů s Parkinsonovou

nemocí uvádělo problémy s nočními můrami 53,3 % jedinců (Borek, Kohn, & Friedman, 2006), ve studii zkoumající vztah Parkinsonovy nemoci a poruch spánku 32 % jedinců (Schrempf, Brandt, Storch, & Reichmann, 2014). Mezi duševní problémy, které se pojí se zvýšeným výskytem nočních můr, patří posttraumatická stresová porucha, nespavost, deprese, schizofrenie, úzkostnost, poruchy osobnosti, truchlení po úmrtí blízké osoby (American Psychiatric Association, 2013). Zjištěna byla také pozitivní korelace mezi nočními můrami a sebevražednými myšlenkami (Fiske, Nazem, & Nadorff, 2011).

2.6.1 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) vzniká v reakci na výrazně ohrožující události, které u lidí vyvolávají silný stres. Rozvíjí se po několika týdnech až měsících, kdy k této události došlo. Projevuje se znovuprožíváním traumatizující situace skrz živé vzpomínky, tzv. flashbaky, a noční můry. Lidé s posttraumatickou stresovou poruchou se vyhýbají místům a činnostem, které jim tuto událost připomínají. Zažívají pocity tuposti a emoční oploštělosti, anhedonie, netečnosti, strání se společnosti. Typické jsou také úzkosti, deprese a suicidální myšlenky. Posttraumatickou stresovou poruchu doprovází nespavost, vyšší vegetativní reaktivita a úlekavé reakce (World Health Organization, 2017).

Prevalence nočních můr u posttraumatické stresové poruchy je vysoká. Levin a Nielsen (2007) uvádí, že v akutní fázi posttraumatické stresové poruchy má noční můry až 90 % postižených, platí tak za jeden z hlavních znaků tohoto onemocnění. Krakow et al. (2002) zjistili, že frekvence nočních můr u lidí s posttraumatickou stresovou poruchou po sexuálním či fyzickém útoku dosahuje víc než pět nočních můr za týden. Replikativní posttraumatické noční můry se zdají být specifickým typem nočních můr. Postrádají typicky snovou bizarnost, jejich obsah je logický, blízký běžnému myšlení. Míra fyzického nabuzení se podobá nočním děsům, objevuje se také motorická aktivita (Schreuder et al., 2001). Vyskytují se i během non-REM fáze spánku (Van der Kolk, Blitz, Burr, Sherry, & Hartmann, 1984).

V rámci vztahu posttraumatické stresové poruchy a nočních můr není bez zajímavosti, že samostatný výskyt posttraumatických nočních můr bez diagnostikované posttraumatické stresové poruchy koreluje s vyšším výskytem psychiatrických obtíží. Z tohoto důvodu by se ani posttraumatické noční můry jako takové neměly podceňovat (Schreuder, Kleijn, & Rooijmans, 2000).

2.7 Osobnostní charakteristiky ve vztahu k nočním můram

Hartmann et al. (1987) srovnávali osobnostní charakteristiky jedinců s častými nočními můrami a celoživotní historií jejich výskytu oproti těm, kterým se noční můry nezdaří. Jako časté noční můry autoři definovali frekvenci alespoň jednu za týden v průběhu uplynulého roku. Všichni účastníci se hlásili na základě veřejného inzerátu. Výzkumný vzorek i kontrolní skupiny prošly rozsáhlým testováním. V rodinách jedinců s častými nočními můrami byl zjištěn vyšší výskyt nočních můr, psychologických problémů a psychiatrických hospitalizací. U samotných jedinců s častými nočními můrami byl zjištěn vyšší výskyt psychopatologie. Oproti kontrolní skupině žili jedinci s častými nočními můrami méně usazeným životem ať už v rámci mezilidských vztahů nebo zaměstnání. Ve vztazích se velmi angažovali a obtížně se vyrovnávali s rozchodem. Věnovali se kreativním činnostem jako psaní básní, malování, hudební tvorba. Sexuální orientace byla méně vyhraněná. Dětství a dospívání častěji popisovali jako těžké a neradostné. Osobnostní testy prokázaly také slabé obranné mechanismy, větší zranitelnost, bezbrannost, otevřenost a citlivost. Autoři uzavírají, že souhrnně by se tyto charakteristiky daly nazvat jako tenké hranice.

2.7.1 Hranice a sny

Koncept hranic vymyslel Ernest Hartmann. Hranice se týkají jakýchkoli dvou psychologických procesů či funkcí. O všech těchto procesech a funkcích, které se v naší mysli vyskytují, lze uvažovat jako o oddělených a zároveň propojených oblastech. Tloušťka hranic odráží míru jejich oddělenosti, tenkost naopak míru jejich propojenosti (Hartmann, Elkin, & Garg, 1991). Hranice v tomto smyslu představují samostatnou osobnostní charakteristiku podobně jako například extravertze a introvertze. Týkají se vnímání, myšlenek, pocitů, volných asociací, různých stavů vědomí, rozmezí mezi spánkem a bděním, hry, paměti, tělesných hranic, interpersonálních hranic, hranic mezi vědomím a nevědomím, identity vlastní i skupinové, uspořádání života, názorů, preferencí, rozhodovacích schopností (Hartmann, 1991). Koncept hranic je uplatnitelný v rámci široké plejády lidských zkušeností. Současně platí, že síla hranic se může u jedince lišit podle typu situace (Rawlings, 2001).

Na škále síly hranic se většina z nás pohybuje někde mezi dvěma krajními póly. Člověk s extrémně silnými hranicemi ve všech oblastech se snadno koncentruje na jednu věc, aniž

by se rozrušoval něčím jiným, odděluje pocity a myšlenky, nezažívá stavy mezi bděním a spánkem, neprolíná se mu minulost, přítomnost a budoucnost, zřetelně odděluje svůj osobní prostor, je si jistý svou sexuální identitou stejně jako identitou skupinovou a svět vnímá v ostrých kontrastech my – oni, dobro – zlo apod. Naopak člověk s velmi slabými hranicemi ve všech oblastech může mít zkušenost se synestézií⁴, vnímá více podnětů najednou a obtížně se soustředí jen na jednu činnost, myšlenky a pocity se mu prolínají stejně jako spánek a bdění, realita a fantazie. Osobní prostor nemá ohraničený tak zřetelně, minulost stále vnímá jako hodně živou, sexuální identita přejímá prvky druhého pohlaví, pohybuje se mezi několika různými sociálními skupinami, jeho názory nejsou černobílé, ale bere v potaz různé aspekty problému (Hartmann & Kunzendorf, 2006).

Ve výzkumu Hartmanna et al. (1991) se ukázalo, že lidé s tenkými hranicemi si vybavují více snů než ti s hranicemi tlustými. Lidem, kteří si vybavovali hodně snů, vyšly tenké hranice ve všech kategoriích *Boundary Questionnaire*⁵. Autoři výzkumu tento výsledek hodnotí jako logický. Vybavení si snu vyžaduje překročení hranic mezi REM spánkem a bděním, což by jedincům s tenkými hranicemi nemělo činit problém. Navíc sen jako takový funguje ze své podstaty na principu tenkých hranic, jelikož propojuje přání, pocity a myšlenky, které jsou jinak v bdělém stavu oddělné.

Hartmann, Elkin a Garg (1991) dále zjistili, že lidem s tenkými hranicemi se zdají živější, emotivnější a bizarnější sny, v nichž spolu postavy více interagují a snící sami se ve snu víc zapojují. Na druhou stranu lidé s tlustými hranicemi popisují sny jako neosobní s málo interakcemi. Tento poznatek odpovídá psychoterapeutické praxi. Lidé s tlustými hranicemi se vyhýbají blízkým vazbám, vytěšňují bolestivé vzpomínky a oddělují emoce od myšlení.

2.8 Teorie snění a nočních můr

O významu a podstatě snů panuje řada názorů. Teorie snění Plháková (2013) dělí jednak na teorie dle různých psychoterapeutických směrů, jednak na teorie kognitivní a neurologické. Psychoterapeutická práce se sny „vychází z předpokladu, že přispívají k udržení optimální duševní rovnováhy či pohody. Sny lze považovat za projev autonomního úsilí lidské mysli vyrovnat se s vnitřními i vnějšími hrozbami, rozpory a

⁴ Jako synestézií označujeme děj, během kterého dochází k prožívání vjemů a představ dalšími smysly, například když jedinec při pohledu na modrou cítí chlad (Hartl a Hartlová, 2000).

⁵ Dotazník na měření síly hranic (Klůzová Kráčmarová, 2016).

rušivými emocemi“ (Plháková, 2013, 180). Kognitivní a neurologické teorie snění zas „většinou považují sny za pouhý vedlejší produkt bezděčného zpracování informací nebo nervových procesů, probíhajících ve spánku, který nemá žádný psychologický význam“ (Plháková, 2013, 204). Smyslem kapitoly o teoriích snění v mé magisterské diplomové práci je nabídnout různé úhly pohledu na problematiku nočních můr, nikoli podat vyčerpávající přehled teorií vztahujících se k tomuto tématu. Uvědomuji si, že pojednání o jednotlivých teoriích jsou z důvodu rozsahu práce velmi stručná, proto zvědavého čtenáře odkazuji ke zdrojové literatuře uvedené na konci práce. Kromě psychoterapeutických, kognitivních a neurologických teorií závěrem kapitoly uvádím i některé další teorie stojící mimo tyto kategorie.

Klůzová Kráčmarová (2016, 69) shrnuje, že přestože mezi teoriemi snění a nočních můr najdeme značné rozdíly, shodují se v tom, že „noční můry jsou výsledkem selhání funkce snění“.

2.8.1 Teorie dle psychoterapeutických směrů

Plháková (2013) upozorňuje, že z hlediska psychoterapeutického přístupu ke snům nehraje roli, zda sny mají objektivní účel nebo vznikají jen jako vedlejší produkt při zpracovávání informací. V psychoterapii sny poskytují jedinečný materiál pro zkoumání vnitřního i vnějšího světa jedince a jeho problémů. Jelikož nanejvýš souvisí s osobou snícího, nelze sny interpretovat bez snícího samotného. Sny jsou využívány v rámci hlubinných směrů, daseinsanalýzy a gestalt terapie (Čálek, 2016).

Psychoanalytické teorie snění. Tuto kapitolu nelze začít jinak než Freudovým výkladem snů. **Freud** zasazuje teorii snů do topografického modelu, ve kterém lidskou psychiku člení na vědomí, předvědomí a nevědomí. Mezi všemi třemi vrstvami funguje cenzura, která brání přímému průchodu nepřipustných pudových přání z nevědomí do vědomí (Akhtar, 2009). Cenzura během spánku ochabuje a tak se sny podle Freuda stávají královskou cestou do nevědomí. Freud rozděluje obsah snu na manifestní a latentní. Manifestním obsahem myslí dějovou linku snu, kterou si pamatujeme po probuzení. Latentní obsah vyjadřuje splněná pudová přání a lze jej odkrýt prostřednictvím volných asociací. Princip transformace latentního obsahu do manifestního funguje na základě tzv. snové práce. Jedná se například o kondenzaci, během které některé prvky latentního obsahu mizí nebo jsou naopak propojovány v jeden. Sen promlouvá skrz symboly.

Úzkostné sny vznikají na základě konfliktu mezi nevědomím a předvědomím. Konkrétně vyjadřují nevědomé přání, které v jedinci vyvolává nepříjemné emoce, ale přesto proniká skrz snovou cenzuru. Úzkostné sny podle Freuda souvisí s neurózou (Freud, 1944). Freud popisuje také sny o potrestání, které vyjadřují jedincova masochistická přání a zároveň přání vrátit se do dětství (Rank, 1973).

Autorem další významné psychoanalytické teorie snění je **Bion** (2012). Snění podle něj vyžaduje schopnost přetvářet senzorké vjemy (beta elementy) do prvků zkušenosti (alfa elementy). Sny zobrazují emoční rozměr zkušeností a vytvářejí mentální bariéru před zaplavením myšlenkami, které by mohly být pro jedince zahlcující. Tato forma cenzury napomáhá rozlišování mezi vědomím a nevědomím, což je schopnost, která se vytrácí u psychotiků. Z Bionova díla vychází práce psychoanalytika Ogdena. **Ogden** (2004) píše, že narušení spánku noční můrou se děje ve chvíli, kdy se sněná emoční zkušenost stává nevladatelnou a přerůstá jedincovu kapacitu snít. Takový člověk pak potřebuje někoho dalšího (psychoanalytika), který mu pomůže sen „odsnit“. Neschopnost snít, tedy zpracovávat svou emoční zkušenost, totiž brání jakékoliv změně a osobnostnímu růstu a je příznakem neurózy.

Psychodynamické teorie snění. Mezi autory psychodynamických teorií jsou řazeni výrazní Freudovi žáci, kteří se díky nezávislosti svého myšlení od původního psychoanalytického hnutí odtrhli (Plháková, 2013). Ráda bych zde zmínila Rankovu a Jungovu koncepci snů. **Rank** (1973) ve své teorii fungování lidské psychiky rozpracovává porodní trauma. Spánek podle něj připomíná nitroděložní stav, tedy stav blaženosti, pobytu v ráji, přičemž sny tento prožitek ještě umocňují. V noční můře se opakuje porodní trauma, obrazně proces vyhnání z ráje. Úzkost vyvolaná noční můrou odráží primární porodní úzkost. **Jung** (1998) přikládal snům velký význam. V textu *O podstatě snů* dokonce ponouká lékaře, aby si o snech pacientů vedly systematické protokoly, jelikož mohou napomáhat odhadnutí prognózy. Sen podle Junga vzniká jako projev autonomie nevědomí. Má kompenzační funkci mezi vědomými a nevědomými postoji, slouží tedy k jejich vyvažování a upozorňuje na jednostrannosti vědomého postoje. Někdy jedince kompenzace natolik vyděsí, že v něm vyvolává strach ze snu a ze spánku. Sledujeme-li sny ne jednotlivě, ale v celých snových sériích, odhalujeme jejich vnitřní spojitost a vývoj. Skrz symboliku snových sérií tak můžeme pochopit individuální proces jedince. Jung rozděluje malé, nevýznamné sny a velké, významné sny. Ty malé se týkají každodenních

záležitostí a neobsahují hlubší sdělení. Velké sny vyvěrají z kolektivního nevědomí, které leží hlouběji než nevědomí osobní a obsahuje archetypy, mytologické motivy vyskytující se napříč vývojem lidského společenství. Takové sny vyjadřují podstatné obecně lidské problémy.

Mezi další významná jména v této oblasti patří **Adler** a **Fromm**. O přístupu ke snům v rámci adleriánské větve se více dočtete například v článku *Understanding Dreams and Dreamers: An Adlerian Perspective* (Bird, 2005). Fromm se snům věnuje v knize *Mýtus, sen a rituál* (Fromm, 1999).

Daseinsanalytický přístup. Daseinsanalýza „jde tak daleko, že snění podle ní znamená zvláštní způsob existence jako takové“ (Čálek, Obecný úvod, in Růžička & Čálek, 2016, 19). Zatímco v bdělém stavu musíme své chování korigovat tak, aby bylo funkční a odpovídalo společenským normám, snění nabízí prostor pro zachycení člověka jako takového, jeho dlouhodobých způsobů vztahování se a chování, tedy způsobu bytí ve světě. Sny vznikají samovolně na základě životních souvislostí konkrétního člověka. Věnujeme-li jim pozornost, mohou nás upozornit na to, co v životě opomíjíme. Výklad snů v daseinsanalýze vychází pouze ze vztahu snícího ke snu bez aplikace jakýchkoli teoretických doktrín (Růžička & Čálek, 2016).

Gestalt psychologie. Gestalt terapeuti zvažují jak možný symbolický a archetypální rozměr snu, tak jeho význam pro klienta. Jednotlivé části snu zobrazují projekce různých částí osobnosti, což platí i pro noční můry. Příšera například může reprezentovat část self, kterou si jedinec odmítá připustit. Jestliže je jedinec schopen si tuto část uvědomit a integrovat ji, získá také její energii a noční můry zmizí. Sny přinášejí užitečnou zprávu nejen klientovi o něm samém, ale mohou se snažit sdělit i terapeutovi něco, co mu sám klient nechce z různých důvodů říct (Mackewn, 1997).

2.8.2 Teorie kognitivní a neurologické

Mezi kognitivní teorie patří například teorie Halla a Foulkese, kteří sen chápou jako formu myšlení. **Hall** (1953) svou teorií navazuje na ego-psychologii. Sen je podle něj funkcí ega, navýsost osobním ztělesněním myšlenek snícího. Interpretace snu znamená odhalování myšlenek či myšlenkových systémů, které sen zachycuje. Myšlenkové systémy fungují jako základ chování. Sny se zpravidla netýkají současného dění a společensko-politických

otázek, ale vypovídají o osobě snícího. Konkrétně o jeho představě vlastního self, názorech na druhé a na prostředí, ve kterém žije, chápání impulzů, zákazů, trestů a konfliktů. Sny neukazují objektivní, ale subjektivní realitu snícího. Porozumění subjektivní realitě je užitečné, jelikož i ona má na jedince značný vliv. **Foulkes** říká, že sny jsou náhodným důsledkem aktivace a reorganizace paměťových stop. Na rozdíl od bdělého stavu snění neovlivňují vnější senzorké podněty a sebekontrola. Přestože sny zpracovávají široké a málo související množství informací, snaží se mozek vytvořit souvislý děj obdobně jako při přijímání informací během dne. Snění závisí na možnostech vybavení si a kognitivního uchopení zážitků, znalostí a vzpomínek (Moorcroft & Belcher, 2003).

Z neurologických teorií uvedu aktivačně-syntetickou hypotézu Hobsona a McCarleyho a Solmsovu teorii. Aktivačně-syntetickou hypotézu představili **Hobson** a **McCarley** v roce 1977. Podle nich sny nejsou primárně psychické, ale neurální povahy. Během spánku dochází k pravidelné aktivaci mozku, po které přichází fáze syntézy chaotických informací z motorických, senzorkých a emočních oblastí. Míra aktivace určuje život snu, změny aktivity různých neuronů určují vývoj děje. Syntéza vychází ze zážitků jedince (Hobson & McCarley, 1977). **Solms** (2000) prosazuje, že sny a REM fáze spánku jsou řízené jinými mechanismy a mohou se vyskytovat nezávisle na sobě, respektive REM fáze spánku figuruje jako jeden z možných spouštěčů snění, nikoli jediný. Snění primárně souvisí s aktivitou frontálního laloku.

Levin a **Nielsen** (2009) ve své teorii propojili neurologickou s kognitivní bází a vytvořili tzv. neurokognitivní model snění. Tvrdí, že sny slouží ke snižování strachu a noční můry vznikají jako důsledek selhání emočně regulačního systému. Na neurální úrovni se jedná o síť pojmenovanou AMPHAC podle částí mozku, které ji tvoří – amygdala (A), mediální prefrontální kůra (MP), hipokampus (H) a anteriorní cingulární kůra (AC). Na kognitivní úrovni se jedná o AND systém, tedy dysfunkci afektivní sítě (*affect network dysfunction*). Narušením jednoho ze systémů dochází ke ztrátě emoční kontroly, výskytu bizarních prvků nebo opakování traumatických událostí, tudíž se jedinci zdá noční můra. Občasné noční můry se vyskytují při vyšší emoční zátěži. U lidí s tendencí ke zvýšené stresové reaktivitě, kterou autoři pojmenovávají jako afektivní distres, se výrazně zvyšuje pravděpodobnost, že noční můry přerostou v klinicky významný problém kvůli frekvenci a probouzení se s intenzivní úzkostí a strachem.

2.8.3 Další teorie snění a nočních můr

Kramer (1991, 2014) popisuje funkci snění jakožto regulátoru nálady. Spánek a snění podle něj úzce souvisejí se subjektivním stavem jedince a vzájemně se ovlivňují. Například to, o kom a o čem se nám v noci zdálo, má dopad na náladu po probuzení. Odpovídají tomu také zjištění, že emoční stav jedince se promítá do jeho snů. Dále víme, že nálada před usnutím a po usnutí se liší, respektive během spánku dochází ke snížení intenzity a variability emocí a nálada se posouvá směrem k průměru. Kramer připodobňuje spánek k „termostatu emocí“. Sny podle něj vznikají z přílivu emocí během REM spánku a přerůstají v noční můry, jestliže jsou přesaženy emočně-integrační kapacity snícího.

Fisher si všiml, že výskyt nočních můr během REM fáze spánku nebyl v 60 % případů ve zkoumaném vzorku doprovázen aktivací autonomního systému, jak by se dalo očekávat. Na základě těchto pozorování vznikla teorie desomatizace, podle které REM spánek tlumí prožívanou úzkostí prostřednictvím potlačování fyziologické reakce na ni. Tento mechanismus napomáhá k ochraně spánku a zpracování traumatických vzpomínek, nefunguje však pokaždé, jelikož 40 % nočních můr ve výzkumu bylo doprovázeno silnou autonomní odezvou (Nielsen & Carr, 2017).

Teorii simulace hrozby zakládající se na evolučním hledisku představil **Revonsuo** (2000). Noční můry bez vztahu k prožitému traumatu zpravidla představují působivou nápodobu primitivních forem ohrožení bez přímého vztahu k životu snícího. Tyto snové situace však dávají dobrý smysl z pohledu našich předků – během snění si vlastně nacvičovali rozpoznání nebezpečí a dovednosti, jak se mu vyhnout nebo uniknout, což zvyšovalo jejich šance na přežití v reálném životě.

Mezi další autory teorií snění patří například **Wright** a **Koulack** (1987), kteří chápou snění jako způsob adaptace na stres, ve vztahu k traumatu pak o nočních můrách píše **Hartmann** (2001) nebo **Cartwright** (2008).

2.9 Terapie nočních můr

Léčba nočních můr je na místě, jestliže se noční můry vyskytují často, dosahují určitého stupně závažnosti a narušují každodenní fungování jedince (Nielsen & Carr, 2017). Slovníkem *Diagnostického a statistického manuálu* (American Psychiatric Association, 2013), jestliže lze diagnostikovat poruchu s nočními můrami, kdy jedinec kvůli nočním

můrám pociťuje silný distres nebo se zhoršuje jeho fungování v sociální, pracovní či jiné důležité životní oblasti. Terapie nočních můr zahrnuje postupy farmakologické a nefarmakologické (Klůzová Kráčmarová, 2016). Farmakologická léčba by měla nastoupit ve chvíli, kdy léčba na psychologické bázi nefunguje nebo není dostupná (Schoenfeld, DeViva, & Manber, 2012).

2.9.1 Farmakologické postupy léčby

Farmakologické postupy léčby nočních můr byly zkoumány zejména v souvislosti s posttraumatickou stresovou poruchou. Jestli stejně účinkují také u idiopatických nočních můr, nočních můr vyvolaných léky a špatných snů, které nevedou k probuzení, není známo. Zkoumání účinnosti farmakologické léčby u jedinců s posttraumatickou stresovou poruchou komplikuje fakt, že pacienti většinou berou léků více. Studie často využívají experimentální design s jednou kontrolní skupinou, jejíž členové užívají placebo. Výzkumně nejlépe podložené výsledky účinnosti má prazosin, lék původně určený ke snižování vysokého krevního tlaku. Na podobném principu funguje klonidin, který je v praxi také užíván, ale výzkumně méně ověřen (Aurora et al., 2010).

Ukazuje se, že při posttraumatické stresové poruše dochází k navýšení množství noradrenalinu v těle. Čím více noradrenalinu se vyskytuje v mozkomíšním moku, tím závažnější symptomy posttraumatickou stresovou poruchu doprovází. Zvýšené množství noradrenalinu může přispívat k narušení REM spánku. Prazosin působí jako antagonist noradrenalinu čili blokuje jeho účinky (Aurora et al., 2010). Kromě pozitivních výsledků stran nočních můr snižuje také míru lekavosti, frekvenci vtíravých myšlenek a neklid, které patří mezi další příznaky posttraumatické stresové poruchy. V psychiatrii se prazosin začal zkoumat na veteránech z Vietnamu, u kterých nefungovala antidepressiva. Užívaná dávka prazosinu začíná na 1 mg a po pár dnech se navyšuje o 1 až 2 mg do chvíle, než se spánek zklidní. Mezi vedlejší účinky při vyšším užívaném množství patří snížení krevního tlaku a pocit útlumu. Po ukončení užívání prazosinu se noční můry často vracejí. Může být užíván společně s SSRI a tricyklickými antidepressivy. Mezi jeho výhody patří nízká cena, snadné užívání a všeobecná rozšířenost (Boehnlein & Kinzie, 2007).

2.9.2 Nefarmakologické postupy léčby

Také výzkumy nefarmakologických terapeutických postupů se většinou zakládají na měřeních pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou. S některými úpravami by však

tyto postupy měly fungovat i u idiopatických nočních můr a špatných snů (Aurora et al., 2010). Zájem o odbornou psychologickou pomoc kvůli nočním můrám souvisí víc s mírou distresu způsobeného nočními můrami než s jejich frekvencí. Mezi důvody, proč ke skutečnému vyhledání pomoci dochází velmi zřídka, patří malá všeobecná známost postupů léčby mezi odbornou i laickou veřejností (Belicki, 1992). Mnoho odborníků si ani neuvědomuje míru distresu, kterou noční můry mohou vyvolat (Krakow & Zadra, 2010).

Nefarmakologických postupů je velmi mnoho. Ve své práci přiblížím techniky, se kterými se v praxi setkáme nejčastěji.

Následně popsaných pět technik pro redukci nočních můr spadá pod kognitivně-behaviorální terapii. Kognitivně-behaviorální terapie se zaměřuje na práci se zkreslenými myšlenkovými vzorci, nefunkčními emocemi a chováním. Soustředí se na cíl, je jasně strukturovaná, časově omezená, s dobře prokazatelnými výsledky (Aurora et al., 2010).

Nejlépe výzkumně i empiricky podložená je **terapie modifikací nočních můr v imaginaci** (*Image Rehearsal Therapy*). Jedná se o proces zahrnující edukaci, diskuze a úkoly, na jehož konci by měl jedinec chápat, že noční můry vznikají jako výsledek učení, a měl by být schopen noční můry ovlivňovat imaginativními postupy. V konečné fázi terapie si jedinec vybere noční můru, pomocí představivosti změni její průběh dle svého přání (od drobných změn po změnu celého příběhu, lze i písemně) a připomíná si tento nový sen 10 – 15 minut denně. Následně může stejně zpracovat další noční můru, ne však víc než dvě za týden. Postupuje se od méně tíživých k více tíživým snům. Postupně dochází ke zmírnění až vymizení nočních můr (Krakow & Zadra, 2010).

Během lucidního snu jedinec vnímá, že sní. Lucidní sny se vyskytují spontánně, ale jedná se o kognitivní dovednost, kterou se lze také naučit. **Terapie prostřednictvím lucidního snění** (*Lucid Dream Therapy*) zahrnuje edukaci a nácvik, díky kterým jedinec dokáže rozpoznat, ovlivňovat a měnit dění noční můry během jejího samotného výskytu. Jedná se například o uvědomění si opakujících se prvků nočních můr a imaginaci jejich rozpoznání ve snu, vymyšlení nového konce noční můry a samotné pozměňování snu od malých detailů k významnějším částem snu (Spoormaker & van den Bout, 2006).

Terapie prostřednictvím expozice, relaxace a přepisování nočních můr (*Exposure, Relaxation and Rescripting Therapy*) se zaměřuje na projevy úzkosti na fyzické, kognitivní

a behaviorální úrovni (Aurora et al., 2010). Odehrává se v rámci tří setkání. Obsahuje edukaci o traumatu, nočních můrách a spánkové hygieně, nácvik progresivní svalové relaxace a dechových technik, zapisování, přepisování a hlasité čtení noční můry. V rámci domácích úkolů jedinec každý večer praktikuje relaxaci, mění nevhodné spánkové návyky, představuje si novou pozitivnější verzi noční můry před usnutím, po probuzení zaznamenává kvalitu spánku a výskyt nočních můr, provádí dechovou relaxaci během dne (Davis & Wright, 2007).

Během **systematické desenzibilizace** (*Systematic Desensitization*) dochází k vysvětlení metody, nácviku relaxace a sestavení hierarchie strachů. V případě nočních můr jedinec posuzuje, které prvky noční můry jsou pro něj snesitelné lépe a které hůře. Pod vedením terapeuta následně imaginuje jednotlivé situace, přičemž se postupuje od scény nejméně po nejvíce stresující. Ve chvíli, kdy jedinec pocítí úzkost, začne s relaxační technikou, představí si, jak situaci zvládá nebo si opakuje: „Je to jen sen.“ Jestliže úzkost nepoleví, vrací se imaginace zpět k předešlé úrovni hierarchie (Cellucci & Lawrence, 1978).

Při **expoziční terapii** (*Self-exposure Therapy*) nočních můr si jedinec zapíše noční můru, která se mu zdála, a to v první osobě, v přítomném čase a s co nejvíce detaily. Popis si čte několikrát během dne a snaží se celou noční můru znova prožít v imaginaci. Postup opakuje, dokud úzkost nepoleví (Grandi, Fabbri, Panattoni, Gonnella, & Marks, 2006).

Tabulka 2 shrnuje nefarmakologické postupy terapie nočních můr.

Tab. 2: Přehled nefarmakologických postupů terapie nočních můr

Postup	Konkrétní techniky
Kognitivně-behaviorální terapie (CBT)	Terapie modifikací nočních můr v imaginaci (IRT) Terapie prostřednictvím lucidního snění (LDT) Terapie prostřednictvím expozice, relaxace a přepisování nočních můr (ERRT) Spánková dynamická terapie (SDT) Systematická desenzibilizace Expoziční terapie
Progresivní svalová relaxace (PDMR)	
Hypnoterapie	
Desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů	
Metoda svědectví	
Individuální psychoterapie	

Pozn.: Převzato a upraveno z Aurora et al., 2010.

3 KVALITA ŽIVOTA

Vymezení kvality života (*quality of life*) je problematické, jelikož se tento pojem snaží uchopit značně komplexní charakteristiku lidského bytí. Které z mnoha aspektů života do kvality života zahrnout? Přesněji které životní podmínky vyhodnocují lidé jako důležité a jak hodnotí jejich reálný dopad (Theofilou, 2013)? Odborná veřejnost se kvalitou života začala zabývat v 60. letech minulého století. Důraz kladený zprvu na materiální zabezpečení, politickou svobodu a celospolečenské otázky se v posledních dvaceti letech přesunul spíše k individuálnímu pojetí (Džuka, 2012). Následují kapitoly o definici kvality života, jejím měření a vlivu nočních můr na kvalitu života.

3.1 Definice kvality života

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, 1997) definuje kvalitu života jako postoj jedince ke svému životu v rámci daného kulturního a hodnotového systému, ale také životních cílů, očekávání, standardů a obav. Kvalita života je ovlivňována fyzickým zdravím, psychickým stavem, mírou nezávislosti, sociálními vazbami, osobním přesvědčením a jejich vztahem k významným prvkům prostředí, kde se jedinec vyskytuje.

V literatuře můžeme dále narazit na kvalitu života ve vztahu ke zdraví (*health related quality of life*). Při zkoumání kvality života ve vztahu ke zdraví je krom spokojenosti se životem kladen důraz také na zjištění spokojenosti s léčbou, jejími výsledky a budoucími vyhlídkami (Theofilou, 2013).

3.1.1 Kvalita života a well-being

Z hlediska definice je třeba upozornit na problematické vymezení kvality života vůči well-beingu (možno přeložit jako psychická pohoda). Podle Dienera, Suhy, Lucase a Smithe (1999) well-being obsahuje složku emotivní (příjemné a nepříjemné emoce) a složku kognitivního hodnocení (spokojenost se životem současným, minulým i vyhlídkami do budoucnosti, a její domény jako například práce a rodina). Dobré well-being znamená vysokou úroveň pozitivním emocí, nízkou úroveň negativních emocí a celkovou spokojenost se životem i jeho jednotlivými oblastmi (Sikka, Pesonen, & Revonsuo, 2018).

Džuka (2012) popisuje čtyři typy názorů na vztah mezi kvalitou života a well-beingem. Zastánci prvního názorového proudu mezi kvalitou života a well-beingem nerozlišují a používají tyto pojmy jako alternativní. Druhý proud (reprezentovaný Světovou zdravotnickou organizací) vnímá well-being jako součást kvality života. V rámci třetího proudu well-being slouží jako ukazatel kvality života. Naposledy čtvrtý proud kvalitu života a well-being odděluje. Názorová rozvětvenost pramení z nedostatečného teoretického zakotvení obou pojmů a zájmu vícero vědních disciplín (psychologie, sociologie, medicíny) s různými výzkumnými postupy.

Také Theofilou (2013) uvádí, že pojem kvalita života se v literatuře užívá nekonzistentně a původní rozlišování mezi kvalitou života a well-beingem často neplatí. Někdy dochází k definování jednoho pojmu pomocí druhého (například Kelley-Gillespie, 2009), řada autorů tyto pojmy střídá v rámci jednoho článku (například Theofilou, 2013), publikace s pojmem kvalita života v názvu obsahují články o well-beingu (například *Advances in Quality of Life Theory and Research*, 2000). V této práci věnuji vlivu nočních můr na well-being samostatnou kapitolu.

3.2 Měření kvality života

Nástrojů měření kvality života existuje mnoho, například na stránkách Australského centra pro kvalitu života najdeme přes 1200 testových metod (Australian Centre on Quality of Life, 2017). Dělí se na nástroje tzv. generické pro měření kvalita života u obecné, blíže nespecifikované populace (například *Evropský dotazník kvality života* EUROQOL, *Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace* WHOQOL), u specifických skupin (například senioři) a při specifických zdravotních problémech (například *Kvalita života při onemocnění ledvin* KDQOL, *Škála na měření dopadu artritidy* AIMS). V klinické oblasti je měření kvality života obzvlášť důležité (Theofilou, 2013). Ubel, Loewenstein a Jepson (2003) zjistili, že zdravá populace obecně podceňuje kvalitu života lidí s onemocněním, což může ve společnosti vést ke snižování hodnoty života těchto lidí, ovlivňovat zdravotní politiku i lékaře a pacienty před některými medicínskými zákroky. Jako příčiny vidí například odlišné hodnocení zdraví u pacientů a lidí bez závažného onemocnění nebo přizpůsobení se životu s nemocí, které zdravá populace nepředpokládá.

Testové metody zkoumají kvalitu života skrz řadu škál, přičemž konkrétní škály se liší v závislosti na dané testové metodě a odvíjejí se od definice kvality života jejími autory. Pouhá otázka, jak je člověk spokojený se svým životem, má daleko menší výpovědní hodnotu, jelikož nevíme, na které aspekty svého života se tázaný v odpovědi zaměřuje, odpověď navíc do značné míry podléhá momentální náladě (Džuka, 2012). Při mezikulturních měřeních kvality života je třeba pamatovat na důležitost kulturního kontextu, který do značné míry určuje, jaký význam lidé jednotlivým částem svého života přisuzují. Představa objektivního měření kvality života dále čelí faktu, že kvalita života označuje čistě subjektivní zkušenost a danou informaci jako pozitivní nebo negativní vyhodnotí jedinec sám. Z hlediska kvality života například není důležitá otázka, kolik hodin jedinec spí, ale jestli se po probuzení cítí odpočatý. Chceme-li zjistit kvalitu života daného člověka, neměli bychom se spoléhat na naše hodnocení získaných objektivních informací, ale měli bychom se zeptat přímo onoho člověka, jak dané okolnosti prožívá. Do třetice zejména při měření kvality života ve zdravotnictví se dotazníky omezí na několik málo dimenzí. Při fyzických problémech to bývají pohyblivost a každodenní aktivity, při psychických problémech špatná nálada. Dochází k tomu jednak kvůli obecné shodě na podstatných dimenzích, jednak kvůli snaze dotazníky co nejvíce zkrátit, což ovšem vede ke ztrátě komplexního pohledu na pacientův život (Skevington, 1999).

3.2.1 Dotazník Světové zdravotnické organizace

Skupina výzkumníků při Světové zdravotnické organizaci vzala v potaz výše zmíněné otázky spojené s měřením kvality života. Na základě mezinárodní součinnosti patnácti světových center vnikl kulturně univerzální nástroj k měření kvality života s názvem *World Health Organization Quality of Life Assessment* (WHOQOL). Základní měřené oblasti vyházejí z definice kvality života podle Světové zdravotnické organizace (1997), navíc byla přidána oblast spirituality a hodnocení celkového zdraví. Odpovědi jsou zaznamenávány na pětistupňové Likertově škále (The WHOQOL Group, 1998). Aktuálně existují dvě verze a to WHOQOL-100 a WHOQOL-Bref. Užívány jsou zejména v klinické praxi, kde mohou získané informace napomoci ke zlepšení vztahu mezi lékařem a pacientem, efektivity léčby a poskytované péče, dále ve výzkumu a při vytváření legislativy (World Health Organization, 2018). Obsah WHOQOL napomohl i mně při formulaci výzkumných otázek pro tuto práci. Strukturu WHOQOL-100 zobrazuje Tabulka 3.

Tab. 3: Oblasti a faktory kvality života podle WHOQOL-100

Oblast I Fyzická	1. Energie a únava
	2. Bolest a nepohodlí
	3. Spánek a odpočinek
Oblast II Psychická	4. Tělesný obraz a vzhled
	5. Pozitivní pocity
	6. Myšlení, učení, paměť a pozornost
	7. Sebeúcta
	8. Negativní pocity
Oblast III Míra nezávislosti	9. Pohyblivost
	10. Každodenní aktivity
	11. Závislost na lécích a lékařské pomoci
	12. Schopnost pracovat
Oblast IV Sociální vztahy	13. Osobní vztahy
	14. Sociální podpora
	15. Sexuální aktivita
Oblast V Prostředí	16. Svoboda, fyzické bezpečí a ochrana
	17. Prostředí doma
	18. Finanční zdroje
	19. Zdraví a sociální péče: dostupnost a kvalita
	20. Možnosti získávat nové informace a dovednosti
	21. Možnosti pro odpočinek / volnočasové aktivity a zapojování se do nich
	22. Fyzické prostředí: znečištění/hluk/doprava/klima
	23. Doprava
Oblast VI Spiritualita/religiozita/osobní přesvědčení	
Povšechné hodnocení kvality života a zdraví	

Pozn.: Převzato a upraveno z World Health Organization, 2018.

3.3 Kvalita života a noční můry

Kvalita života u neklinické populace s častými nočními můrami je do značené míry neprobádanou oblastí (Sikka et al., 2018). Přesto lze noční můry klasifikovat jako samostatný problém s příslušnými dopady na psychiku a zdraví jedince (Böckermann, Gieselmann, & Pietrowsky, 2014). Specifický test na měření kvality života lidí s častými nočními můrami bez další komorbidity neexistuje, stejně jako jsem nenašla výzkum, který by pojednával jmenovitě o *kvalitě života* takových lidí. Ve výzkumech snění je v této souvislosti používán pojem well-being. K jeho měření výzkumníci sestavují baterie testů na jednotlivé osobnostní charakteristiky související s well-beingem (například neuroticismus, depresivitu) (Pesant & Zadra, 2006) nebo používají přímo některý z testů na měření well-beingu (například *Satisfaction with Life Scale*) (Gilchrist, Davidson, & Shakespeare-Finch, 2007). Pod kvalitu života bychom také mohli zahrnout výzkumy distresu způsobeného nočními můrami. Ve studiích distresu z nočních můr byl použit

například *Dotazník distresu z nočních můr* (*Nightmare Distress Questionnaire*, NDQ) nebo *Dotazník behaviorálního efektu nočních můr* (*Nightmare Behavioral Questionnaire*, NBQ).

3.3.1 Well-being a snění

O vztah mezi well-beingem a sněním se poprvé výzkumně zajímali Brown a Donderi (1986), kteří srovnávali well-being u lidí s rekurentními (tedy opakujícími se) sny a těmi, kteří mívali rekurentní sny dříve nebo vůbec. Well-being lidí s rekurentními sny vyšel oproti druhým dvěma skupinám jako nižší ve všech měřených kategoriích (neuroticismus, úzkostnost, depresivita, psychopatologická symptomatologie, stres související s životními okolnostmi a osobnostní nastavení). Při obsahové analýze snů se ukázalo, že rekurentní sny byly agresivnější, úzkostnější, konfliktnější a víc dysforicky laděné s méně pozitivními prvky. Rozdíl ve well-beingu a obsahu snů mezi skupinou s rekurentními sny a bez nich byl potvrzen také v replikativní studii Zadry et al. (1997) na mladším vzorku. Na otázku, zda někdy vyhledali psychologickou pomoc, odpověděli všichni participanti ve studii Browna a Donderiho (1986) negativně. Výsledky studie potvrdily předpoklad, že rekurentní sny značí nevyřešený psychický konflikt, který však není pro jedince tak významný, aby kvůli němu vyhledal odborníka.

Zkoumán byl dále vztah mezi well-beingem a probuzením se ze snu. Ve studii Zadry a Donderiho (2000) well-being spojený s nočními můrami vyšel jako nižší než well-being spojený se špatnými sny. Weinberg, Noble a Hammond (2016) tvrdí, že na tom, jestli se člověk z tíživého snu probudí, nebo ne, z hlediska well-beingu nezáleží. Důležitější je pozitivní nebo negativní náboj snu jako takový, jelikož lidé po probuzení z noční můry i špatného snu pociťují vyšší stres než lidé, kteří referují dobrý sen nebo si žádný sen nepamatují. Také Sikka et al. (2018) zjistili, že emoční obsah snu ovlivňuje míru well-beingu po probuzení.

Well-being souvisí s frekvencí a emočním dopadem nočních můr. Ve výzkumu Blagrovea et al. (2004) se ukázalo, že distres během dne způsobený nepříjemnými sny (bez ohledu, zda došlo k probuzení, nebo ne) funguje jako lepší prediktor well-beingu než jejich frekvence. Distres koreloval s úzkostí, depresí, neuroticismem a akutním stresem. Frekvence nepříjemných snů zas souvisí s well-beingem silněji než převládající emoce ve snu. Autoři z dat vyvozují, že nízké well-being se pojí s vyšší frekvencí nočních můr a silnější negativní reakcí na ně. Klůzová Kráčmarová (2016) potvrdila pozitivní korelaci

mezi prožívaným stresem a frekvencí nočních můr. Dále bylo zjištěno, že lidé s častými nočními můrami mají sníženou toleranci ke stresu, tudíž na ně také víc doléhají stresory v každodenním životě (Hochard, Heym, & Townsend, 2016). Jedinci s častými nočními můrami také referují vyšší míru stresu a obav před usnutím a po probuzení (Antunes-Alves & Konick, 2012).

Vztah mezi well-beingem a obsahem snů byl naznačen již ve studii Browna a Donderiho (1986). Pesant a Zadra (2006) uvádí, že čím více nepříjemných emocí zažívají lidé během dne, tím agresivnější jsou interakce v jejich snech (oproti přátelským), sny obsahují více negativních (než pozitivních) emocí, neúspěchů a smůly (než úspěchu a štěstí). Obsah snů reaguje i na změny well-beingu v průběhu času. Nižší a vyšší well-being následují příslušné změny v pozitivní a negativní emotivitě, vyskytujících se sociálních interakcích, úspěchu a neúspěchu a vlivu okolí ve snu. Obdobně Sikka et al. (2018) zjistili, že dobré well-being funguje jako spolehlivý prediktor pozitivního obsahu snů, prožívaná úzkostnost zas jako prediktor negativního obsahu snů. Jedinci s častými nočními můrami mají obecně negativnější obsah snů a to zejména co se týče prožívaného strachu a úzkosti (Antunes-Alves & Konick, 2012).

3.3.2 Distres a noční můry

Hartl a Hartlová (2000) definují distres jako formu stresu, která je vždy vědomá. Vyvolává v jedinci pocit ztráty kontroly nad situací a neschopnosti vyrovnat se s jejími nároky. Navozuje úzkost, depresi, beznaděj, vede k vyhýbavému chování vůči stresorům. Distres z nočních můr byl dříve chápán jako ekvivalent frekvence nočních můr, jedná se však o dva samostatné ukazatele (Belicki, 1992).

Distres z nočních můr lze rozdělit do čtyř oblastí: zaprvé distres prožívaný během noční můry a po probuzení (*nightmare intensity*), zadruhé jako efekt nočních můr na různé oblasti v životě jedince, například dopady na sociální fungování nebo pracovní život (*nightmare effects*), zatřetí jako přetrvávající dopady nočních můr na psychiku a spánek jedince (*nightmare related symptoms*) a začtvrté jako obecné vyhodnocení, nakolik jedinec vnímá noční můry ve svém životě jako stresor (*perception of nightmare distress*) (Böckermann et al., 2014).

Noční můry navyšují distres prožívaný během následujícího dne (Lancee & Schrijnemaekers, 2013). Bylo zjištěno, že distres způsobený nočními můrami predikuje psychickou rozladěnost lépe než četnost nočních můr. Participanti s vysokou četností nočních můr a nízkou úrovní vyvolaného distresu byli méně psychicky rozladěni než ti s nízkou frekvencí a vysokým distresem (Levin & Fireman, 2002). Také ve vztahu k suicidálním myšlenkám se distres ukázal jako významnější prediktor než frekvence nočních můr (Lee & Suh, 2016). Noční můry vyvolávají silnější distres v ženách než v mužích, také efekt nočních můr na bdělý život je vyšší u žen než u mužů (Schredl et al., 2014; Klůzová Kráčmarová, 2016). U lidí prožívajících vysokou míru distresu z nočních můr byl zjištěn vyšší výskyt zdravotních problémů souvisejících se stresem než u skupiny s nízkou mírou distresu z nočních můr (Madrid, Marquez, Nguyen, & Hicks, 1999).

Tabulka 4 zobrazuje odpovědi participantů ve výzkumu Kötha a Pietrowského (2001) ohledně emotivního dopadu nočních můr.

Tab. 4: Emotivní dopad nočních můr dle odpovědí v dotazníku NBQ (N = 98)

Položka	Souhlasím, částečně souhlasím	Nesouhlasím
Pocit úlevy po probuzení, že to byl jen sen	81,6 %	18,4 %
Vracení se v myšlenkách k obsahu noční můry	80,6 %	19,4 %
Nervozita, neklid	71,5 %	28,5 %
Silný vliv noční můry na náladu	56,1 %	43,9 %
Distres	58,2 %	41,8 %
Nižší odhodlání	44,9 %	55,1 %
Strach	46,4 %	53,6 %
Obava, že se noční můra vrátí	35,7 %	64,3 %
Fyzické potíže (pocení, třes, zvýšený tlukot srdce)	35,8 %	64,3 %
Nejistota a strach, že se noční můra vyplní	28,6 %	71,4 %
Pocit provinění, že se mi takový sen zdál	12,3 %	87,7 %

Pozn.: Převzato a upraveno z Köthe & Pietrowsky, 2001.

Noční můry výrazně ovlivňují kvalitu spánku. Ve výzkumu Kötha a Pietrowského (2001) se téměř polovina participantů z noční můry probudila a následně nemohla usnout. Více než polovina participantů popisovala spánek po noční můře jako neklidný, nepříjemný a ráno se cítila unavená, neodpočinitá. V akutní fázi i při chronickém výskytu nočních můr se objevují také obavy z ulehnutí do postele (Krakow, Tandberg, Scriggins, & Barey, 1995). Přerušovaný spánek nebo strach z usnutí kvůli noční můře vede ke snížené bdělosti během dne, únavě, problémům s koncentrací, podrážděnosti, obavám nebo pocitům bezmocnosti, což může mít vliv na fungování následující den (Martínez, Miró, & Arriaza, 2005). Ve skupině jedinců s nočními můrami ve srovnání se skupinou bez nočních můr se

vyskytlo první probuzení během noci dříve, následné usínání trvalo déle, délka spánku bez přerušení byla kratší a celkový čas strávený v posteli naopak delší (Asplund, 2004). Přitom kvalitní spánek snižuje dopady stresu na well-being (Weinberg et al., 2016).

Již zmiňovaní Köthe a Pietrowský (2001) zkoumali také copingové strategie, které lidé ke zvládnutí nočních můr používají. Jejich přehled zobrazuje Tabulka 5.

Tab. 5: Copingové strategie ve vztahu k nočním můrám dle odpovědí v dotazníku NBQ (N = 98)

Položka	Souhlasím, částečně souhlasím	Nesouhlasím
Snaha interpretovat noční můru	78,5 %	21,5 %
Snaha ignorovat noční můru	44,9 %	55,1 %
Četba literatury o snech	55,1 %	44,9 %
Snaha rozptýlit se představováním si hezkých věcí	43,8 %	56,2 %
Návštěva / úmysl navštívit přítele a popovídat si o noční můře	38,8 %	61,2 %
Snaha rozptýlit se dalšími aktivitami	33 %	67 %
Četba horoskopu	12,3 %	87,7 %
Zapsání si obsahu noční můry	19,3 %	80,7 %
Zavolání / úmysl zavolat příteli pro radu	15,3 %	84,7 %
Neschopnost zvládat aktivity během dalšího dne	7,1 %	92,9 %

Pozn.: Převzato a upraveno z Köthe & Pietrowsky, 2001.

Z hlediska dopadu nočních můr na život jedince je důležité i to, jak si je vysvětluje a jaký význam jim přikládá. Výzkumná zjištění na toto téma zobrazuje Tabulka 6.

Tab. 6: Vyklad nočních můr dle odpovědí v dotazníku NBQ (N = 98)

Položka	Souhlasím, částečně souhlasím	Nesouhlasím
Reakce na zvláštní událost v mém životě	52 %	48 %
Noční můra jako indikátor, že je v mém životě něco špatně	51 %	49 %
Noční můra jako upomínka problému v mém životě, který se pokusím řešit	35,8 %	64,2 %
Vyvolání obav, jestli je s mým životem něco špatně	29,5 %	70,5 %
Noční můra jako předpověď budoucího neštěstí	13,2 %	86,8 %

Pozn.: Převzato a upraveno z Köthe & Pietrowsky, 2001.

Podle Wooda a Bootzina (1990) distress vyvolaný noční můrou souvisí spíš s osobností než obsahem a frekvencí nočních můr. Vyšší dopad nočních můr ve svém životě pocítují lidé neurotičtí, starostliví o své zdraví, nespokojení se svým životem a ve stresu. K nočním můrám se vrací a mají tendenci je interpretovat. Noční můry lépe snáší lidé orientovaní na cíl, přesto v nich noční můry vyvolávají pochyby, zda s jejich životem není něco špatně a následující den obtížněji zvládají běžné aktivity. Köthe a Pietrowsky (2001) shrnují, že noční můry ovlivňují náladu, vykonávané činnosti, pověřivost a copingové strategie jako například sociální kontakt, ale konkrétní vzorec chování vždy záleží na osobnosti jedince.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY

4.1 Výzkumný problém

Má magisterská diplomová práce se zabývá vlivem častých nočních můr na kvalitu života jedince, specificky častých nočních můr u dospělých lidí bez diagnostikované posttraumatické stresové poruchy. Ohnisko odborné pozornosti zahrnuje právě posttraumatické noční můry, přesto z výzkumů vyplývá, že také časté idiopatické noční můry život jedince ovlivňují (viz kapitola *Kvalita života a noční můry*). V tomto smyslu byly idiopatické noční můry zkoumány pomocí dotazníkových měření na well-being a míru prožívaného distresu. Mimo jiné bylo zjištěno, že lidem s nízkým well-beingem se zdá více nočních můr (Blagrovea et al., 2004). Distres z nočních můr snižuje kvalitu spánku, zahrnuje negativní emotivitu během spánku, po probuzení i přes den, projevuje se v různých oblastech každodenního života a vyjadřuje také souhrnnou míru stresu v životě jedince způsobeného nočními můrami (Böckermann et al., 2014).

Většina výzkumů byla provedena v anglosaském prostředí. Nočním můrám se v České republice dlouhodobě věnuje PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová, Ph. D. Prozatím však na populaci jedinců s častými nočními můrami nebyla provedena žádná kvalitativní studie zaměřující se komplexně na kvalitu jejich života. Kvalita života podle Světové zdravotnické organizace obsahuje složku somatickou i psychickou, sociální vztahy, míru nezávislosti (například schopnost vykonávat každodenní aktivity nebo pracovat), osobní přesvědčení, prostředí (například dostupnost a kvalita zdravotní péče) i povšechné hodnocení kvality života a zdraví (World Health Organization, 1997). Dotazníková měření tak rozvětveného konceptu, jako je kvalita života, přitom vedou k jeho redukci (Skevington, 1999).

4.2 Výzkumné cíle

V této studii jsem si kladla za cíl popsat vliv častých nočních můr na kvalitu života jedince, který jimi trpí. Kvalitu života ve své práci nepojímám natolik obecně, jak ji definuje Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, 1997), ale soustředím se zde na kvalitu těch oblastí každodenního života, do kterých noční můry zasahují, a také na postoj jedince k vlivu nočních můr na jeho život.

Zajímalo mě, které oblasti každodenního života časté noční můry ovlivňují a jakým způsobem. Chtěla jsem prozkoumat různé strategie, jež lidé používají ke snížení vlivu nočních můr na svůj život. Mým záměrem bylo také zjistit, jaký postoj ke svým nočním můrám zaujímají.

4.3 Výzkumné otázky

Na základě výzkumných cílů jsem zformulovala tyto výzkumné otázky:

VO 1: Jak časté noční můry ovlivňují kvalitu života jedince?

VO 2: Které strategie lidé s častými nočními můrami využívají ke snížení jejich dopadu na kvalitu života?

VO 3: Jaký postoj lidé s častými nočními můrami ke svým dysforickým snům zaujímají?

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

5.1 Typ výzkumu

Pro naplnění výzkumných cílů a zodpovězení výzkumných otázek byl zvolen kvalitativní přístup. Kvalitativní přístup oproti kvantitativnímu umožňuje hlubší porozumění zkoumanému tématu. Je vhodný pro holistické uchopení málo probádaných jevů, kterými se zabývá v kontextu individuálních příběhů a souvislostí. Bere v potaz specifické názory, chování a interakce každého z účastníků výzkumu (Hendl, 2005). Z hlediska typu výzkumu se jedná o analýzu mnohonásobných případových studií.

5.2 Metody získávání dat

Metodou získávání dat byl polostrukturovaný rozhovor. Metoda respektovala metodiku DIPEX užívanou v rámci projektu Hovory o zdraví. Všichni členové výzkumného týmu pro modul Noční můry byli v metodě DIPEX vyškoleni a při realizaci studie následovali jednotný manuál *Researchers Handbook: Healthtalk modules* sestavený Health Experience Research Group na Univerzitě v Oxfordu. Pro modul Noční můry měli výzkumníci společnou osnovu rozhovoru, tzv. *Interview Guide*. Osnovu rozhovoru sestavila vedoucí modulu PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová, Ph. D. ve spolupráci s dalšími výzkumníky, odborníky v oblasti spánkové medicíny, psychoterapie a kvalitativního výzkumu a člověkem, který nočními můrami sám trpí. Každý rozhovor začínal pobídkou s narativním potenciálem: „*Chtěl/a bych Vás poprosit, abyste mi vyprávěl/a Váš příběh od doby, kdy jste poprvé měl/a noční můry.*“ Následně jsme se doptávali na informace zmíněné samotným participantem, případně na témata z osnovy rozhovoru, kterých se participant ve svém vyprávění nedotkl. Témata zahrnovala počátek obtíží a jejich vývoj, kvalitu spánku a doprovodné chování během snu, životní styl, přesvědčení spojená s nočními můrami, vliv nočních můr na jednotlivé oblasti života (práce, sociální oblast, zájmy apod.), co participantům v souvislosti s nočními můrami pomáhá a nepomáhá, (ne)využití odborné pomoci, informovanost o nočních můrách atd. Osnovu rozhovoru najdete v Příloze č. 2. Rozhovory probíhaly u participantů doma, v kanceláři Institutu sociálního zdraví na Univerzitě Palackého (OUSHI) nebo v kavárně. Byly nahrávané na diktafon nebo natáčené na kameru. Sama jsem vedla rozhovor s deseti participanty, šest rozhovorů analyzovaných v rámci této práce bylo vedeno dalšími členy výzkumného týmu.

5.3 Zpracování a analýza dat

Rozhovory byly přepsány do elektronické podoby a kódovány v programu NVivo. Kódovací systém vznikal částečně shora ustanovením základních kódů a částečně zdola vytvářením nových kódů, jestliže jsem v průběhu zpracovávání rozhovorů narazila na nové téma. Základní kódy vycházely z teoretického studia literatury a konzultace s PhDr. Lucií Klůzovou Kráčmarovou, PhD., odbornicí na problematiku nočních můr. Oba způsoby kódování se doplňovaly. Při dodatečném vytvoření kódu jsem opět prošla již zpracované rozhovory, abych zjistila, jestli se v nich ono téma také nevyskytuje. Kódovací systém měl pokrýt všechna témata, která v rozhovoru zazněla. Pro účely této práce jsem analyzovala jen kódy, které byly předmětem zájmu mé studie a mohly pomoci objasnit odpovědi na výzkumné otázky, které jsem si pokládala. Následně jsem realizovala tematickou analýzu pomocí metody OSOP (*One Sheet of Paper*, metoda jednoho listu papíru). V rámci tohoto kroku jsem využívala online program Coggle. Metoda OSOP funguje tak, že si výzkumník prochází jednotlivé tematické trsy a na jeden list papíru k sobě přiřazuje části výpovědí různých participantů, které se opakují nebo si jsou významově blízké. Nezaznamenává pouze klíčové pojmy, ale doslovně přepisuje příslušné části odpovědí i s kódem participanta, aby se případně mohl vrátit k původní výpovědi. Ve chvíli, kdy má takto zpracovaný celý trs, snaží se najít a pojmenovat jednotlivá témata, která se v něm vyskytují – provádí vlastně axiální kódování (Ziebland & McPherson, 2006). Axiální kódování se zakládá na vnímání kontextu, příčin, důsledků, souvislostí a interakcí mezi kategoriemi (Hendl, 2005). Metoda OSOP umožňuje přehledně zpracovat velké množství kvalitativních dat a začlenit i ta, která vybočují z převládajících tendencí v odpovědích participantů (Ziebland & McPherson, 2006). U kategorií jsem následně provedla frekvenční analýzu.

Text kapitoly *Zpracování a analýza dat* byl částečně převzatý z mé bakalářské práce *Denní snění u dospělých a seniorů*, ve které jsem data zpracovávala a analyzovala stejným způsobem.

5.4 Etické aspekty výzkumu

Výzkum byl schválen Etickou komisí OUSHI (vyjádření komise viz Příloha č. 3). Účast ve výzkumu byla plně dobrovolná bez nároku na odměnu. V rámci prevence střetu zájmů bylo dbáno na to, aby rozhovor vždy vedl někdo, kdo se s participantem jinak nezná (rozhovor

tedy neprobíhal například mezi dvěma kamarády). Všichni participanti před setkáním obdrželi *Informační list pro účastníka rozhovoru* (viz Příloha č. 4) v elektronické podobě, ve kterém byli srozumitelnou formou seznámeni s účelem výzkumu, webovou stránkou Hovory o zdraví, průběhem setkání a následným zpracováním rozhovoru i možnostmi kdykoliv z výzkumu odstoupit. V případě jakýchkoli otázek se mohli obrátit na konkrétního výzkumníka nebo vedoucí modulu Noční můry PhDr. Lucii Klůzovou Kráčmarovou, Ph. D. Základní informace byly opět zopakovány před začátkem rozhovoru s možnostmi si cokoli vyjasnit.

Před samotným rozhovorem participanti podepsali dva dokumenty a to *Informovaný souhlas* (ve dvou kopiích) a *Údaje o účastníkovi*, po rozhovoru pak *Svolení k použití obrazového / zvukového materiálu* (dokumenty najdete v Příloze č. 5, Příloze č. 6 a Příloze č. 7). V posledním zmiňovaném dokumentu vyznačili, zda si přejí zvukový či obrazový záznam rozhovoru a v jaké formě (video záznam / zvukový záznam / písemný záznam) a pro které účely (vzdělávání osob zdravotnických i nezdravotnických profesí / vědecké účely) může být jejich rozhovor využit.

Během rozhovoru participanti nebyli nuceni k rozebírání témat, o kterých nechtěli mluvit. Po ukončení rozhovoru jim byla nabídnuta možnost opětovně kontaktovat výzkumníka v případě zhoršení problému. Rozhovory byly po celou dobu uchovávány a zpracovávány pod anonymními kódy. Před analýzou z nich také byla odstraněna vlastní jména a jiné možné identifikační údaje. V rámci výzkumu nedocházelo ke klamání participantů. S participanty bylo po celou dobu zacházeno s úctou a respektem k individuálním potřebám každého z nich.

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výběr participantů probíhal prostřednictvím prostého záměrného výběru zejména šířením inzerátu na sociálních sítích a oslovením participantů z výzkumné studie Klůzové Kráčmarové (2016). Jeden participant si výzkum vyhledal sám přes webovou stránku Hovory o zdraví (<https://hovoryozdravi.cz/>). Oslovovala jsem také různé organizace pracující s obtížněji dostupnou částí populace (například jiná etnika, senioři) či specifickou částí populace vzhledem ke zkoumanému problému (například pacienti spánkových klinik nebo klienti hypnotizérů) s prosbou o zanechání letáčků v prostorách organizace, kde se jejich klienti pohybují, nebo zavěšením inzerátu na webové stránce. Letáčky jsme s dalšími členy výzkumného týmu pokládali i sami na různá hojně navštěvovaná místa (například čekárna u lékaře). Nejvíce participantů nás kontaktovalo skrze inzerci na sociálních sítích.

Po vyplnění online vstupního formuláře na webové stránce Hovory o zdraví byli zájemci kontaktováni telefonicky nebo emailem, došlo k podrobnějšímu předání informací a domluvení osobní schůzky.

Výzkumný soubor sestával z jedinců nad 18 let žijících na území České republiky, kteří během svého života zažili období s častým výskytem nočních můr, a současně u nich nebyla diagnostikována posttraumatická stresová porucha. Noční můry byly definovány jako sny s výrazně negativním emočním doprovodem, kritérium probuzení se ze snu nebylo zohledňováno. U žádného z participantů nebyla diagnostikována porucha s nočními můrami odborníkem. S ohledem na odbornou literaturu (Levin & Nielsen, 2007; Sandman et al., 2013; Schredl, 2009) a vytvoření dostatečně velkého výzkumného souboru byla minimální požadovaná frekvence nočních můr stanovená na jednu za dva týdny. U jedné participantky byly noční můry v remisi od té doby, co kvůli nim před sedmi lety podstoupila psychoterapii. Jedna žena (71 let) musela být po uskutečnění rozhovoru vyloučena, jelikož se ukázalo, že frekvence jejích nočních můr nespĺňuje minimální hranici stanovenou pro tento výzkum.

Základní charakteristiky souboru z hlediska počtu participantů a jejich věku zobrazuje Tabulka 7.

Tab. 7: Základní charakteristiky souboru

Skupina	Počet	Průměrný věk	Směrodatná odchylka	Nejnižší věk	Nejvyšší věk
Ženy	11	29,4	7,5	22	44
Muži	5	34,4	13,8	20	54
Celý soubor	16	30,9	9,7	20	54

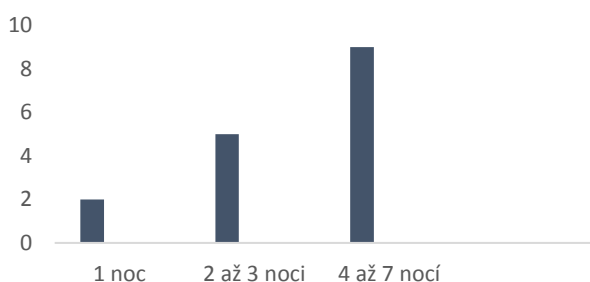
Další demografické údaje týkající se výzkumného souboru zobrazuje Tabulka 8.

Tab. 8: Další demografické údaje

Stav	Počet	Vzdělání	Počet	Zaměstnání	Počet	Národnost	Počet	Kraje
Svobodný/á	10	ZŠ	1	Student	5	Česká	15	Celkem
Ženatý, vdaná	6	SŠ	7	Pracující	9	Slovenská	1	7
		VŠ	8	Plný invalidní důchod	2			

Počátek častého výskytu nočních můr u osmi participantů (50 %) spadá do předškolního období a mladšího školního věku, u šesti participantů (37,5 %) do období dospívání a u dvou (12,5 %) do období časně a střední dospělosti⁶. Pět participantů (31,3 %) uvedlo, že se počátek zvýšeného výskytu nočních můr časově překrývá s výrazně stresující událostí, která se v jejich životě odehrála. Jedná se například o úmrtí blízké osoby, operaci, přestěhování. Ostatní participant si časovou koincidenci tohoto typu neuvědomovali.

Maximální týdenní frekvenci nočních můr, kterou participant zažili, zobrazuje Graf 1.

Graf 1: Maximální týdenní frekvence nočních můr

Pozn.: Číslo na ose y značí počet participantů, kteří danou frekvenci popsali. Kategorie na ose x značí maximální týdenní frekvenci nočních můr, kterou participant uvedli.

⁶ Předškolní věk končí s nástupem do první třídy, školní věk trvá asi do jedenácti let, dospívání do dvaceti let, časná dospělost do třiceti let a střední dospělost do čtyřiceti pěti let. (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Deprese nebo úzkostná porucha byla diagnostikována pěti participantům (31,3 %). Silné úzkosti nebo depresivní propady na základě vlastního posouzení popsali dva participanté (12,5 %). Čtyři participanté (25 %) někdy během života brali antidepresiva. Žádný z nich neuvedl, že by si pod jejich vlivem všimnul změny snění. Sebevražedné myšlenky někdy měli čtyři participanté (25 %), sebevražedné tendence jedna participantka (6,3 %). Tyto myšlenky a tendence vycházely z celkové životní situace, nikoli z problému s nočními můrami.

7 VÝSLEDKY

Před samotnou analýzou výzkumných otázek uvádím popis frekvence a obsahu nočních můr. Jedná se o základní deskriptivní charakteristiky nočních můr, kterými se má práce zabývá, u výzkumného souboru.

Frekvence nočních můr. Frekvenci nočních můr popsal deset participantů jako konstantní. U pěti participantů se výskyt nočních můr koncentruje v pomyslných „*hnízdech*“ (žena, 44 let), kdy se střídají období s intenzivním výskytem nočních můr s obdobími bez nich. Například: „ (*...*) *se mi třeba fakt zdá (noční můry) jako čtyřikrát, pětkrát tejdně (...)* jako 3 tejdny a pak (*...*) *se mi měsíc nebo dva nic nezdá a pak je to zase jako každou noc vlastně úplně*“ (žena, 30 let). Jedna participantka popisovala kontinuální výskyt nočních můr (dvě až tři týdně) se zintenzivněním na sedm nočních můr za týden jednou do roka. Participant uvedli tyto okolnosti vedoucí ke zvýšení frekvence (ať už po delší periodu nebo ve smyslu „*hnízd*“), případně i vnímané intenzity, nočních můr:

- 1) Náročné životní období. Náročné životní období, během kterého se navyšuje míra stresu, vnímá jako spouštěč nočních můr pět participantů. Jedná se například o přestěhování do jiné země nebo zkouškové období na vysoké škole.
- 2) Místo. Některá místa u tří participantů automaticky vyvolávají vyšší výskyt nočních můr, důvodem může být zúzkostňující vzdálenost od domova nebo strašidelná atmosféra. Zároveň jedna participantka uvedla, že na místech, kde si připadá obzvlášť bezpečně, se jí noční můry nezdávají.
- 3) Přírodní cykly. Dvě participantky popsaly zvýšení frekvence nočních můr v závislosti na ročním období nebo při úplňku.
- 4) Horečka. Dvěma participantkám se zdá více nočních, když jsou nemocné a mají horečku.
- 5) Bez zřejmého důvodu. U pěti participantů dochází k nárůstu nočních můr i v klidných obdobích, kdy slovy jednoho z nich „*nemám žádný větší stresy, nepociťuju únavu, nemám někde nějaký problémy s lidmi kolem*“ (muž, 34 let).

Spouštěče vyšší frekvence nočních můr shrnuje Tabulka 9.

Tab. 9: Spouštěče nočních můr a jejich četnost

Spouštěč	Počet participantů	Procentuální vyjádření
Náročné období, stres	5	31,3 %
Místo	3	18,8 %
Přírodní cykly	2	12,5 %
Horečka	2	12,5 %
Bez zřejmého důvodu	5	31,3 %

Obsah nočních můr. Byly popsány následující kategorie obsahů nočních můr:

1) Vlastní smrt, snící v roli oběti. Noční můry v této kategorii se týkají přímo osoby snícího. Jedná se o extrémně nebezpečné, násilné situace, které vedou k smrti jedince. Prožitek vlastní smrti může být součástí noční můry. V noční můře se například odehrává drastický chirurgický zákrok, poprava nebo tsunami: „(...) *se na mě valí obrovská černá stěna tsunami, že já jsem v té vodě a teď vím, že se to na mě celý překlolí*“ (žena, 44 let).

2) Ohrožující situace. Situace v této kategorii jsou také velmi děsivé, ale nevedou ke smrti snícího. Snící se například sám ztratí uprostřed temného lesa nebo jako jediný přežije hromadnou nehodu: „*Prostě všichni jsou mrtví a já bych si přála být taky. A teď nejsem a musím to nějak řešit, (...) ještě jsem celá vod krve a teďko se musím brodit různěma tělama*“ (žena, 29 let).

3) Smrt nebo ohrožení blízkých. Blízcí snícího se v těchto nočních můrách stávají oběti vražd, nehod nebo přírodních katastrof, čemuž snící přihlíží nebo se jim snaží neúspěšně pomoci: „*Lovíte sestřenku z bažiny a vona se potápí hloub a hloub, hloubš a hloubš*“ (žena, 35 let).

4) Zvířata. Častým zdrojem ohrožení nebo hnusu jsou v nočních můrách zvířata, která jedinec nemá zpravidla rád ani v běžném životě: „*Na dveře doráží smečka psů. A snaží se ty dveře otevřít a já je držím vši silou, aby se tam nedostali. (...) Ty tlamy slintající byly pořád v té škvírce mezi dveřmi*“ (žena, 22 let).

5) Vztahy. Vztahové noční můry zachycují reálné konflikty a obavy i ty, které se nikdy nestaly: „*Se manžel v té noční můře opil a ponižoval mě*“ (žena, 41 let).

6) Pád z výšky. V nočních můrách participanti padají například z věže nebo skáčou jako parašutisté. Někteří prožijí i okamžik dopadnutí, jiní ne: „*Strčej mě do té propasti, kam padám, padám, padám a než dopadnu, tak se teda probudím děsem*“ (žena, 29 let).

7) Utrpení zvířat. Participantky, kterým se zdá o týrání zvířat, současně uvedly, že mají ke zvířatům velmi blízký vztah.

8) Škola, práce. V nočních můrách ze školního prostředí nebo práce nabývají na intenzitě právě ty prvky, které na nich jedinec nemá rád, například hluk a křik.

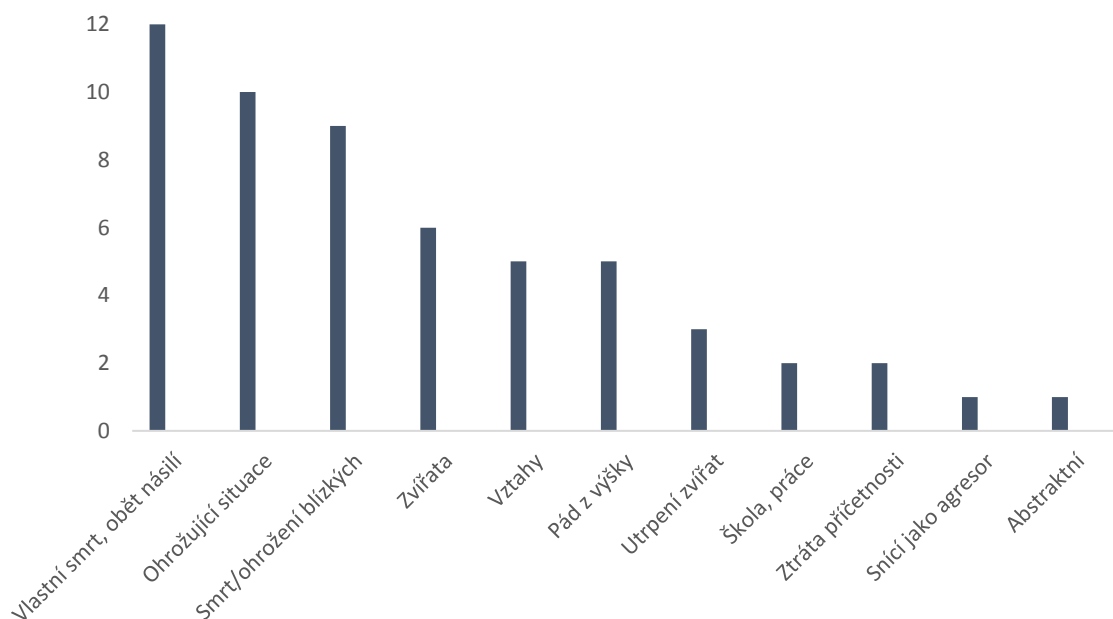
9) Ztráta přičetnosti. V těchto nočních můrách snící přičetnost již ztratil nebo se toho obává: „*Nejvíc se bojím toho, jako ne, že umřu, nebo že něco, ale že se zblázním*“ (žena, 29 let).

10) Snící jako agresor. V některých nočních můrách se snící nestává obětí, ale agresorem: „*Jsem byl vždycky vrahem (...) Vytáhnout vždycky pistoli na člověka, přiložit mu ji k hlavě a zabít ho, to není zrovna pěkný pocit*“ (muž, 20 let). V noční můře se snící s rolí agresora neztotožňuje. Jedná se o stav, který nedokáže ovlivnit a vyvolává v něm silné negativní emoce.

11) Abstraktní. Noční můry mohou mít také abstraktní charakter: „*Zezadu za zády se vynořila nějaká temná hmota, která mě takhle jako objala zezadu a začala mě vtahovat do sebe*“ (muž, 34 let).

Souhrn všech analyzovaných témat vyskytující se v nočních můrách zobrazuje Graf 2.

Graf 2: Témata vyskytující se v nočních můrách



Pozn.: Čísla na ose y značí počet participantů, kteří dané téma uvedli. Kategorie na ose x značí témata nočních můr popisovaná participanty.

Až na jednoho participanta všichni uvedli, že se u nich někdy vyskytly repetitivní noční můry nebo opakující se témata nočních můr.

7.1 Vliv častých nočních můr na kvalitu života

VO 1: Jak časté noční můry ovlivňují kvalitu života jedince?

Pro zodpovězení výzkumné otázky jedna byly použity následující kódy: *Subjektivní kvalita spánku, Emoce, Fyzický doprovod nočních můr, Spánkové komorbidity, Léky a doplňky stravy, Finanční aspekty, Flashback, Každodenní život, Pozitivní aspekty nočních můr, Kreativita, Pracovní život, Sociální aspekty, Vliv na chování, Vliv na prožívání.*

7.1.1 Vliv nočních můr na kvalitu spánku

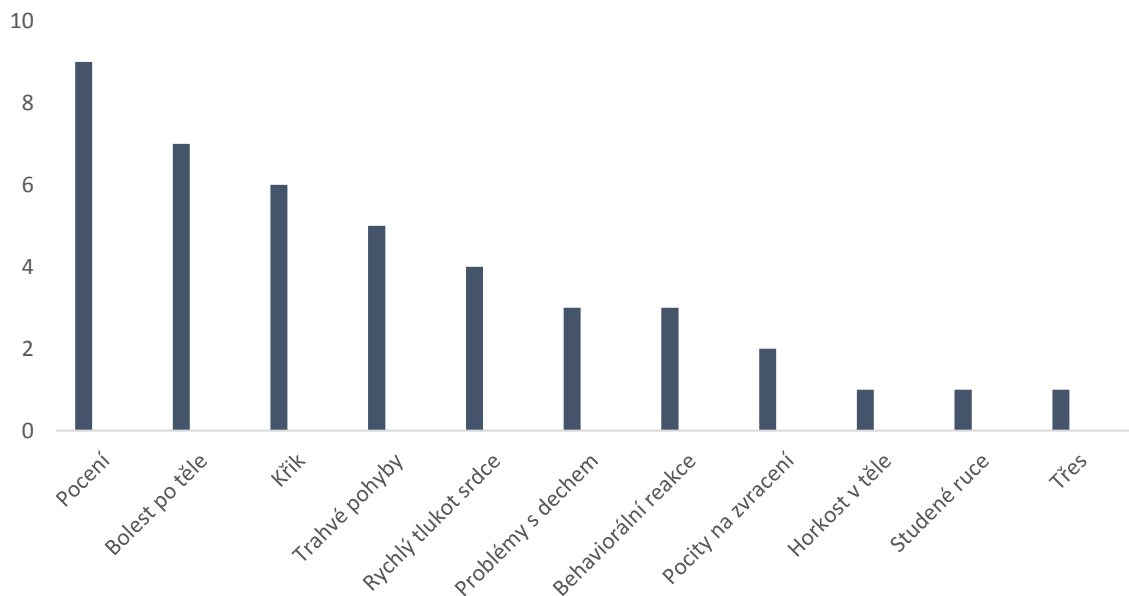
Sníženou kvalitu spánku (jak s probouzením, tak bez probouzení se z noční můry) a únavu následující den po noci s výskytem noční můry popsalo čtrnáct účastníků. Únava se projevuje na mentální i fyzické úrovni. Se strachem ze spánku kvůli nočním můrám se někdy setkalo šest účastníků. Hovořili o souvislosti mezi strachem ze spánku a jejich chováním: „*Určitě jsou období, kdy se bojím chodit spát, abych zase nemusel něco takového prožít*“ (muž, 34let). Jelikož ví, že se spánkem přijde noční můra a stejně se dobře nevyspí, odkládají dobu ulehnutí do postele nebo usnutí. Jedna účastnice uvedla: „*Jsem si tak nasadila i nespavost, že jsem se bála usnout (...) musím si sem tam i teď ještě dát lék na spaní*“ (žena, 41 let). Obavy z nadcházející noci a myšlenky na to, „*co se mi zas bude zdát*“, se mohou objevovat už během dne. Pocit vyčerpání a odporu ke spánku zvláště vyvolávají noční můry, ve kterých se přehrávají aktuální problémy. Jedinec si tak od těchto problémů neodpočine ani v noci. U jedné účastnice z dětství dodnes přetrvává zvyk zadržování dechu a zatínání svalů před usnutím. Jako malá věřila, že ji tak monstrem z noční můry nenajde a nezabije. Kvalitního spánku si účastníci považují: „*V poslední době jsem měl třeba dva dny, kdy jsem se vyspal jak malé mimino a byl jsem strašně šťastnej*“ (muž, 20 let).

Noční můry se navíc u některých účastníků kombinují s dalšími poruchami spánku, které jeho kvalitu dále zhoršují. S nespavostí se potýkalo nebo potýká osm účastníků, z toho čtyři se ji snažili řešit medikamentózně. Spánkovou paralýzu popsali tři účastníci. Spánková paralýza může dále komplikovat následky nočních můr: „*(...) se probudím, (...)*

vlastně se bojím, protože se mi fakt zdají jako vošklivé věci, a chci si třeba rozsvítit a nemůžu, protože se nemůžu hnout“ (žena, 30 let). Dopady nočních můr u dvou participantů komplikuje náměsíčnost: „Měl jsem sen, který ústil do toho, že musím skočit z okna a probudil jsem se ve chvíli, kdy jsem to okno otvíral“ (muž, 34 let). Zadržování dechu během spánku popsaly dvě participantky. Uvedené členění vychází z toho, jak spánkové poruchy označili sami participanté.

Noční můry doprovází řada somatických projevů během spánku, případně těsně po probuzení. Participanté hovořili také o projevech behaviorálních. Jejich přehled zobrazuje Graf 3. Bolest různých částí těla u dvou participantů koresponduje s děním ve snu, například: „Taky se mi zdá, že mě někdo bodá do zad a takový věci, opravdu to tam cítíte to místo a teď vás to bolí“ (žena, 44 let), čtyři popisují bolesti hlavy, zad i celého těla, případně křeče nesouvisející s obsahem snu. Kvůli křiku a trhavým pohybům během noční můry čtyři participanté popisovali, že v noci ruší své okolí, takže se lidé kolem někdy vyspí hůř než oni sami: „Probudilo mě, že křičela moje kamarádka vedle, protože se lekla toho, jak křičím já. (...) Já jsem pak toho kamaráda (...)kopla dolů z postele (...)“ (žena, 26 let). Tři participanté popisovali situace, kdy se vzbudili uprostřed behaviorální reakce na noční můru, například jedna participantka na kolenou na podlaze hledala stonožky.

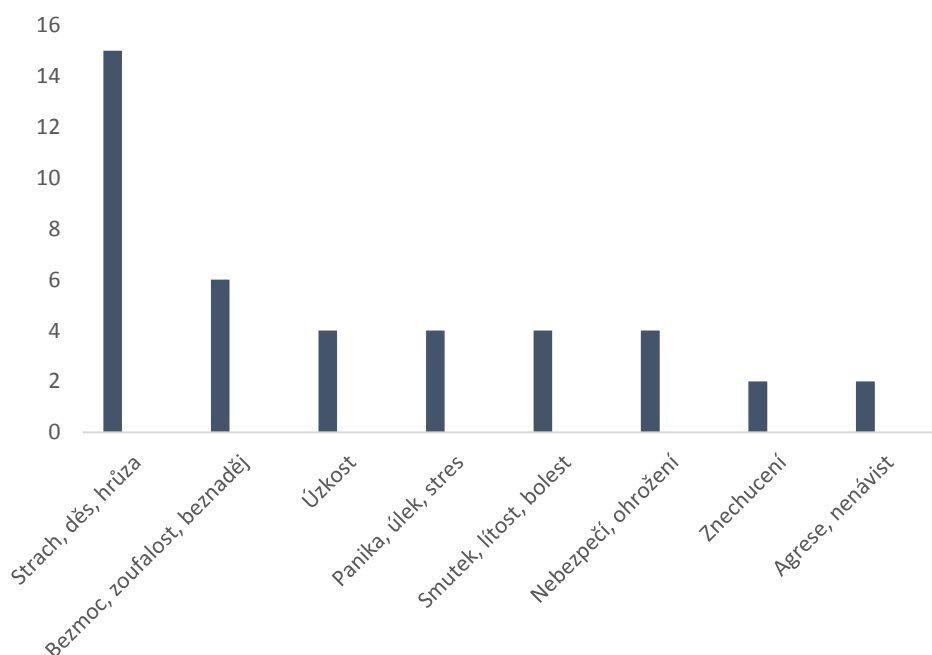
Graf 3: Somatický a behaviorální doprovod nočních můr



Pozn.: Čísla na ose y značí počet participantů, kteří daný projev uvedli. Kategorie na ose x značí různé typy somatického a behaviorálního doprovodu nočních můr popisované participanty.

Během nočních můr lidé prožívají plejádou emocí, ze kterých dominuje strach „až živočišného typu“ (muž, 44 let). Intenzita strachu může převyšovat běžnou zkušenost: „Spousta lidí si ani dokáže představit, jaký to byl strach“ (muž, 20 let). Čtyři účastníci přirovnávají noční můru k traumatu. Přehled všech zmínovaných emocí, které noční můry v účastnících vyvolávají, zobrazuje Graf 4.

Graf 4: Emoce vyskytující se během nočních můr



Pozn.: Čísla na ose y značí počet účastníků, kteří danou emoci uvedli. Kategorie na ose x značí emoce během nočních můr popisované účastníky.

Účastníci referovali o pocitech děsu a zmatenosti po probuzení. Čtyři účastníci ráno přemýšlí, jestli se jednalo o sen nebo skutečnost, případně vzpomínku na něco, co si kdysi vymysleli: „(...) si musím ještě chvilku připomínat, že to byl sen, (...) ukotvit se v té realitě potřebuju nějakým způsobem“ (žena, 25 let). Dvě účastnice si musí hned zkontrolovat, jestli se noční můra opravdu stala nebo ne, například: „(...) se mě zdá, že prostě jsem došla domů a našla jsem vlastně vybilý byt, že manžel ode mě odešel, tak jsem se okamžitě utíkala podívat po probuzení do skříně, jestli tam má věci“ (žena, 41 let). Čtyři účastnice se probouzí s pláčem nebo se rozbřečí chvíli poté: „Se probudím a začnu prostě brečet (...) a úplně se klepu. (...) Si píšem každý ráno (s kamarádem), jakou máš

náladu 1-10. 1 jako super a 10 jako na hovno. A já jsem vždycky psala, že mám tak 115 aspoň“ (žena, 30 let).

7.1.2 Vliv na prožívání následující den

Vliv na prožívání následující den po výskytu noční můry popsalo jedenáct participantů. Jeden participant jej shrnuje těmito slovy: *„Vylezu z postele v takovém stavu, že si říkám: Ach ne, tak budu jenom čekat, až budu zase moct jít spát, protože dneska jsem úplně mimo“* (muž, 41 let). Doznívají nepříjemné emoce ze snu. Převažuje pesimismus, vyskytuje se strach, obavy, nervozita, podrážděnost, tenze, smutek, pláčtivost, pocity vlastní zranitelnosti a prázdnoty. Jedna participantka (žena, 30 let) mluví o tísní z *„nepoznaný hlubiny“*, která vyvolává respekt, stejně jako děs. Pokud se jedinec necítí psychicky dobře (například prochází úzkostným obdobím), noční můry ještě umocní jeho negativní prožívání. Tři participanté popisovali, že pokud každodenní intenzivní noční můry trvají delší dobu, objevuje se také pocit nezvladatelnosti: *„ (...) jsem chyceněj v něčem, (...) z čeho se nemůžu dostat“* (muž, 34 let). Emoční distres a únava se stupňují a úměrně tomu se jedinec potýká se zvládáním nároků všedních dní. U dvou participantů noční můry otevírají existenciální otázky a ožívují strach z vlastní smrti: *„ (...) jsem se fakt musel vyrovnávat s psychickými problémy, kdy jsem fakt nedokázal přijmout fakt, že když jednou přijde smrt, tak prostě tady po mě zůstane jenom tělo“* (muž, 20 let). Noční můry se během dne vtírají do myšlenek sedmi participantům. Většinou tehdy, když jim něco z toho, co vidí či slyší kolem sebe, asociuje noční můru, někdy však zcela náhodně: *„Ty sny (...) se prostě najednou z ničeho nic vynoří, a že se mi ještě jednou odehrají úplně celé znovu během vteřiny, že si úplně vzpomenu do detailu, co tam bylo“* (žena, 22 let). Někdy se jedná o chvilkové pozastavení typu *„Fuj, to bylo hrozné“* (žena, 22let), jindy noční můra mysl neopustí celý den. Se vzpomínkou na obsah noční můry se vyplavují také emoce, které ji doprovázely.

Právě emoce vyvolané nočními můrami během snění a následující den představují důvod, proč jsou noční můry tak nepříjemné, a kvůli tomu souvisí se všemi dalšími oblastmi života, kterými se výzkumná část této práce zabývá.

7.1.3 Vliv na chování

Změny v chování vyvolané častými nočními můrami představují členitou oblast prolínající se různými aspekty života. Kromě vyhýbavého chování popisovaného v této kapitole účastníci mluvili o vlivu nočních můr na chování v souvislosti s tématy jako je sociální život, práce, způsoby snižování distresu z nočních můr po probuzení a během dne. Tyto oblasti budou popsány v jednotlivých kapitolách věnujících se uvedeným tématům.

V souvislosti s nočními můrami účastníci hovořili o třech oblastech vyhýbavého chování.

1) To, s čím se jedinec setká v noční můře, v něm může vyvolávat obdobné negativní emoce i v bdělém stavu. Jedna účastnice z těchto důvodů nemá ráda medvědy, nikdy se na ně nešla podívat v zoo a nesleduje ani filmy, ve kterých se objevují, vyhání berušky z pokoje, při zprávách o tornádu jí popadá hrůza, cítí averzi ke všemu, co se podobá čarodějnictví a nevkročila by do zatopeného lomu. Druhá účastnice nerada jezdí na místa, o kterých se jí zdálo, a vyhýbá se lidem, kteří jí připomínají někoho z noční můry: *„Říkám si, o tomto se mně přesně zdálo, jenom aby to nebyl třeba fakt, abych si to prostě nějak nevsugerovala v hlavě a opravdu se mně to nestalo“* (žena, 41 let).

2) Jeden účastník kvůli nočním můrám přestal jezdit na chalupu, protože se mu tam zdálo víc nočních můr než jinde: *„Ty noční můry tam byly tak strašný, že v podstatě mně zkazily celý následující den“* (muž, 41 let). Přestože miloval místní les, nic nevyvážilo hrůzu, která v něm po každé noci zůstávala.

3) Jedna účastnice se vyhýbá situacím, ve kterých by se mohla bát a tak noční můry nezáměrně podněcovat: *„Se určitě vědomě vyhejbám čemukoliv, co by se mně mohlo promítnout do snu“* (žena, 29 let). Například se nedívá na horory a dělá jí potíže chodit na strašidelná místa (kterým může být odlehlá tmavá chodba s pračkou a sušákem na oblečení).

7.1.4 Vliv na sociální život

Účastníci hovořili o různých sociálních aspektech, na které mají časté noční můry vliv:

1) Strach o blízké. Noční můry, ve kterých se stane něco blízkým snícího, vyvolávají o tyto osoby u pěti účastníků strach i přes den. Strach může přetrvávat, *„dokud večer toho*

člověka neuvidím“ (žena, 22 let) nebo vede k aktivnímu ověření, že se druhému nic nestalo. Jindy vyústí k pobídnutí blízkého, *„ať je trošku na sebe opatrnější“* (žena, 25 let), případně úvahám, *„jestli to tomu druhému člověku říct, nebo mu to neříct“* (žena, 25 let). Jedna participantka popisovala obecně zvýšenou potřebu kontroly své rodiny, což nemusí být všem příjemné: *„Manžel s tím měl ze začátku hodně velký problémy, že mně nebyl zvyklej dávat vědět, že je furt v pořádku“* (žena, 29 let).

2) Obtíže s fungováním mezi lidmi. Kvůli distresu způsobeného nočními můrami tři participanté vyhledávají samotu: *„Člověk se pak chce od všeho odstříhávat, protože je citlivej a nesnese žádnou vstup“* (muž, 34 let). Noční můry někdy také snižují důvěru k druhým lidem. Jedna participantka ruší své sociální aktivity, protože se nechce přetvařovat a raději tráví čas sama, aby měla možnost noční můry vstřebet. Jedna participantka pro udržení přijatelného spánkového režimu nenavštěvuje večerní společenské události.

Sociální aspekty nočních můr se kromě zde popisovaného strachu o blízké a obtíží s fungováním mezi lidmi vztahují také ke sdílení nočních můr, které platí za jednu z copingových strategií nočních můr popsanou dále v této práci.

7.1.5 Vliv na pracovní život a finance

Vliv nočních můr na pracovní život popisovaly dvě participantky. Noční můry s nadpřirozenými prvky posilovaly strach jedné z nich, když provázela na zámku: *„Jsem měla vyloženě takové fyzické pocity, že jsou tam nějaké duši“* (žena, 22 let). Druhé z nich se v nočních můrách občas odehrávají scénáře související s prací, o kterých si následně myslí, že se opravdu staly. Na pracovní schůzce pak několikrát začala mluvit o nějakém problému a narazila na nechápavé reakce: *„Oni všichni dělaj: Jako co? (...) Tak jsem říkala: (...) jsem blbá nebo jsem si to vymyslela? A pak zjistím, že to není vzpomínka, ale že to byl jenom sen“* (žena, 30 let). Během období kdy se jí noční můry zdají denně, se někdy probudí natolik vyčerpaná, že nejde do práce a zůstane doma. Bolí ji celé tělo, psychicky se cítí *„vyždímaná“* (žena, 30 let), nedokáže komunikovat s lidmi a náročné jsou i běžné úkoly jako odpovědět na mail nebo vyřídit telefonát. Participantce to vadí, protože svou práci dělá ráda, zároveň si z těchto důvodů považuje možnosti přesunout pracovní povinnosti na jindy.

O finančních nákladech spojených s nočními můrami mluvila participantka, která kvůli častým nočním můrám vyhledala psychoterapii. Před soukromým psychoterapeutem zašla ke školnímu psychologovi, zkušenost to byla však natolik špatná, že se rozhodla si za pomoc raději zaplatit. Finanční náklady představovaly jeden z důvodů, proč návštěvu psychoterapeuta odkládala. S výsledkem byla ale spokojená do té míry, že říká: „(...) *kdybych to věděla, (...) už jsem tam dávno, i kdyby to stálo víc*“ (žena, 35 let).

7.1.1 Pozitivní aspekty nočních můr

Ačkoli noční můry mají na kvalitu života jedince spíše negativní dopad, někteří účastníci hovořili také o pozitivních aspektech nočních můr v jejich životě. Zmiňovali je v následujících souvislostech:

1) Obezřetnost. Noční můry často zobrazují nejrůznější katastrofy a zranění. Jedinec například živě vidí, „*jak vypadá takovej zlomenej krk*“ (žena, 29 let), což ho vede k větší opatrnosti. Obezřetnost se může projevat i v mezilidských vztazích. Jedna participantka uvedla, že si někdy díky nočním můrám uvědomí špatné vlastnosti lidí, kteří v nich vystupují, a dává si tak ve vztahu s nimi větší pozor.

2) Vyjádření lásky. Jedné participantce (žena, 25 let) noční můry připomínají, že „*člověk fakt neví, co se stane nikdy, za minutu*“ a podporují ji tak ve vyjadřování náklonnosti a lásky druhým lidem.

3) Rozhodování. Noční můry vycházející z reálných situací jednu participantku někdy navedou k rozhodnutí: „*Člověku něco dojde nebo si řekne: No, tak takhle bych to opravdu nechtěla, takže může dojít k nějakému rozhodnutí*“ (žena, 26 let).

4) Zvládání negativních emocí. Strategie zvládání negativních emocí, které noční můry vyvolávají, se dají využít při vyrovnávání se s nepříjemnými pocity obecně: „*Člověk umí líp ten mechanismus, jak se toho (negativních emocí) zbavit*“ (žena, 22 let).

5) Vyhledání psychologické pomoci. Jedna z participantek (žena, 35 let) vyhledala kvůli nočním můrám individuální psychoterapii. Noční můry tak sehrály motivační roli pracovat na sobě samé. Participantka také uvádí, že už by díky pozitivní zkušenosti z psychoterapie kvůli nočním můrám ani v případě jiných problémů nečekala a psychologickou pomoc si vyhledala hned.

6) Energie jít vpřed. Muž (20 let) popisuje, že když v noční můře bojuje o vlastní život, probouzí se v něm velká chuť žít doprovázená přívalem energie. Stejná energie se mu vrací v reálném životě a pohání ho jít dál, přestože nemůže: „*Přesně tahleta energie mě třeba nutí se na sebe ve chvílích, kdy se nevím rady, kdy opravdu jsem třeba vyčerpanej, tak přesně tahle ta energie mě nutí se na sebe doslova (...) nasrat (...) a prostě se zvednout a jít dál.*“

7) Sebepoznání. Podle jedné participantky (žena, 44 let) noční můry vychází z našich hlubin, „*z něčeho, co si opravdu nepřipouštíme nebo neuvědomujeme*“ a podávají nám zprávu o tom, co se v nás děje. Jestliže se jim naučíme rozumět, pomohou nám změnit se a vyvinout k lepšímu.

Aspekty nočních mūr hodnocené některými participanty jako pozitivní shrnuje Tabulka 10.

Tab. 10: Pozitivní aspekty nočních mūr a jejich četnost

Pozitivní aspekt	Počet participantů	Procentuální vyjádření
Obezřetnost	2	12,5 %
Vyjádření lásky	1	6,3 %
Rozhodování	1	6,3 %
Zvládnání negativních emocí	1	6,3 %
Vyhledání psychologické pomoci	1	6,3 %
Energie jít vpřed	1	6,3 %
Sebepoznání	1	6,3 %

Noční můry u čtyř participantů podněcují kreativní tvorbu. Tři participanti na základě nočních mūr vytváří literárně-dramatické příběhy nebo z nich čerpají inspiraci. Díky nočním mūrám „*člověk potom dokáže líp napsat ten příběh, protože jak kdyby některé ty hororové věci vyložené zažil, takže to potom má větší důvěryhodnost*“ (žena, 22 let). Vytváření příběhů může být zároveň formou úlevy od distresu způsobeného noční mūrrou. Jedna participantka na základě svých nočních mūr namalovala sérii obrazů, které následně vystavovala. Projekt byl úspěšný jak na umělecké, tak na osobní úrovni. Ona i návštěvníci výstavy vnímali zvláště silný emoční náboj obrazů, který se do nich z nočních mūr přenesl. Snížil se také participantčin strach ze slepic, hlavního tématu nočních mūr (a obrazů).

7.1.2 Shrnutí

Tato kapitola se zabývala vlivem častých nočních mūr na kvalitu života jedince. Bylo identifikováno šest oblastí jejich vlivu v každodenním životě, kterými jsou spánek,

prožívání, chování, sociální život, pracovní život a finance. Popsán byl také pozitivní vliv nočních můr. Noční můry zhoršují kvalitu spánku, participanti se druhý den cítí unavení, neodpočinutí. Kvůli nočním můrám se může rozvíjet strach ze spánku až nespavost. Mezi nejčastější tělesný doprovod nočních můr patří pocení, bolesti po těle, zrychlený tlukot srdce. Z projevů chování pak křik a kopání. Nejvíce zastoupené emoce vyskytující se v nočních můrách jsou strach, děs a hrůza, ale také bezmoc, zoufalost a beznaděj nebo úzkost. Po probuzení přetrvává vyděšenost a zmatek až nejistota, zda se jednalo o sen nebo skutečnost, někteří participanti pláčou. Prožívání následující den po výskytu noční můry je spíš negativní, participanti popisovali mj. strach, smutek, podrážděnost. Prožívání se dále zhoršuje s prodlužujícím se obdobím intenzivních nočních můr. Emoce z nočních můr opět ožívají, jestliže vzpomínky na noční můry pronikají do mysli během dne. Noční můry, ve kterých trpí blízcí lidé, vyvolávají strach, zda jsou tito lidé v pořádku. Z hlediska chování může být důsledkem nočních můr vyhýbání se objektům a místům, které s noční mýrou souvisejí nebo ji vyprovokují. Vyčerpanost a negativní prožívání u některých participantů vedou k vyhledávání samoty, případně až rušení pracovních povinností. Finanční náklady související s nočními můrami byly zmíněny v souvislosti s psychoterapií. Mezi pozitivní aspekty nočních můr patří například nácvik zvládnání negativních emocí nebo sebepoznání. Mohou přispívat také ke kreativní tvorbě.

7.2 Strategie zvládnání nočních můr

VO 2: Které strategie lidé s častými nočními můrami využívají ke snížení jejich dopadu na kvalitu života?

Pro zodpovězení výzkumné otázky dvě byly použity následující kódy: *Strategie zvládnání, Bezprostředně po noční mýře, Co mi pomohlo, Lucidní snění, Odborná léčba, Chování spojené se spánkem, Sdílení nočních můr, Sociální opora, Vzkaz dalším s nočními můrami.*

7.2.1 Způsoby snížení frekvence a intenzity nočních můr

Participanti hledají způsoby, jak snížit frekvenci a intenzitu nočních můr, čímž se snaží rovněž ovlivnit jejich dopady na kvalitu svého života. Na základě rozhovorů bylo zjištěno šest způsobů, které participantům pomohly do určité míry redukovat noční můry.

1) Změna životních okolností. Pět participantů uvedlo, že po změně některých životních okolností vymizel typ noční můry s nimi související. Mezi tyto okolnosti patří například kompenzace ztráty milovaného zvířete jiným zvířetem, učinění důležitého rozhodnutí, rozvod nebo odpuštění.

2) Látky ovlivňující psychiku. Bezesnou noc po požití alkoholu nebo konopného čaje popisují tři participanté, ani jeden z nich však tuto metodu nepraktikuje jako pravidelnou prevenci nočních můr. Jedna participantka ohledně vlivu alkoholu na člověka říká: „ (...) utlumí ho (člověka) to možná na jeden den, (...) ale pak druhý den, když si ten alkohol nedá, tak stejně ty noční můry potom přijdou“ (žena, 25 let). Jeden participant (muž, 34 let) uvedl, že alkohol v jeho případě noční můry neredukuje.

3) Odborná pomoc. Jedna participantka po půl roce intenzivních nočních můr vyhledala psychoterapeuta. Už rozhodnutí pro sebe něco udělat jí posilovalo, s psychoterapeutem se pak během pěti až šesti setkání nočních můr trvale zbavila. Na sezeních společně mapovali její minulost a skrz imaginaci se lépe vyrovnala s úmrtím blízké osoby. Shrnuje: „*Strašně jsem ráda, že jsem to teda nakonec udělala, že jsem to vyhledala. (...) Psycholog mi hrozně rychle pomohl a prostě měla jsem to udělat už dávno*“ (žena, 35 let). Jedna participantka kvůli těžké životní situaci a psychickým problémům navštívila podpůrnou skupinu, ve které se náhodou sešlo více lidí s častými nočními můrami a noční můry tak představovaly jedno z probíraných témat. Po sezení, kde své problémy sdílela, se jí noční můry nezdály zpravidla dva dny. V té době je jinak měla denně.

4) Zklidnění před spánkem, modlitba. Jako úspěšné strategie u dvou participantek se ukázaly poslech uklidňujících zvuků velryb, omezení sledování filmů před spánkem a modlitba za spánek bez nočních můr. U tří participantů relaxační techniky a modlitba žádný efekt neměly.

5) Porozumění noční můře. Jedna participantka na základě svých zkušeností zdůrazňuje, že „*když se jima (nočními můrami) budeme zabývat vážně a budeme zkoumat, z čeho vycházejí nebo s čím souvisí, čím by mohly být způsobeny a provedeme v nás samých nějakou změnu, kterou ty noční můry vlastně vyžadují, tak to prostě pomůže*“ (žena, 44 let). Tato změna se může týkat přijetí našich temných stránek nebo souviset s lepším porozuměním životní situaci, ve které se nacházíme. Způsob interpretace vlastních snů si

participantka vytvořila na základě rozsáhlé četby psychologické literatury, pozornost věnuje zejména opakujícím se snům a nočním můrám.

6) Fyzická aktivita, spánkový režim. O zvýšení fyzické aktivity s úmyslem snížit výskyt nočních můr mluvily tři participantky. U dvou se kýžený výsledek nedostavil: „*Po sportu je člověk sice unavený, ale pořád nějak ten stres v něm je zachovaný, takže to nejde přebít ani nějakým sportem*“ (žena, 25 let). Zlepšení kvality spánku vnímala participantka, která fyzické cvičení kombinovala s dodržováním spánkového režimu.

Způsoby snížení frekvence a intenzity nočních můr, jež některým participantům pomohly, shrnuje Tabulka 11.

Tab. 11: Způsoby snížení frekvence a intenzity nočních můr a jejich četnost

Způsob	Počet participantů	Procentuální vyjádření
Změna životních okolností	5	31,3 %
Alkohol, konopný čaj	3	18,8 %
Psychoterapie, podpůrná skupina	2	12,5 %
Zklidnění před spánkem, modlitba	2	12,5 %
Porozumění noční můře	1	6,3 %
Cvičení, spánkový režim	1	6,3 %

Většina popsanych strategií fungovala u účastníků výzkumu jen po omezený čas (například jednu noc po požití alkoholu) nebo jen na jeden typ nočních můr (například noční můry o násilí páchaném manželem zmizely po rozvodu). Daná strategie také nemusí pomáhat všem (například zklidnění před spánkem a modlitba). Z dlouhodobého hlediska se jako nejúspěšnější jeví psychoterapie, kterou zvolila jedna participantka, u níž po absolvování terapie noční můry úplně vymizely. Ostatní participanté odbornou pomoc nevyhledali, ačkoli někteří z nich o svém problému s nočními můrami s odborníky hovořili. Šest participantů řeklo před odborníkem (psychiatr, psycholog, psychoterapeut), že mají noční můry, jednalo se ale o neterapeutické setkání (například během masáže) nebo se terapeutická práce soustředila na jiné obtíže (například deprese). Bezpečné sdílení mohlo přinést úlevu, ale zjevný efekt ve formě redukce nočních můr se nedostavil. Kromě participantky, která s nočními můrami chodila na psychoterapii, měli konkrétní představu o metodách odborné pomoci dva participanté (uvedli hypnoterapii a lucidní snění). Ostatní o žádné možnosti léčby nevěděli.

Participantů hovořili o různých důvodech, ze kterých odbornou pomoc doposud nevyhledali. Patří mezi ně:

1) Nedůvěra k psychologické péči. Osm participantů vyjádřilo nedůvěru k psychologům a psychoterapeutům. Vychází ze špatné osobní zkušenosti nebo přesvědčení, že si účinněji pomůžou sami. Dobré soukromé služby jsou drahé a nechtějí za ně platit.

2) Nedostatečná závažnost problému. O odbornou pomoc by se začalo sedm participantů zajímat v případě, že by vzrostla jimi vnímaná závažnost problému s nočními můrami. Například by se protáhla období s vysokou intenzitou nočních můr, nemohli by vůbec spát a nebyli by schopní pracovat: „*Kdyby mě to tak obtěžovalo, že bych nebyl schopen normálně fungovat přes den, tak určitě bych o tom přemýšlel*“ (muž, 54 let).

3) Osobní důvody. Tři participantů o vyhledání odborné pomoci kvůli nočním můrám přemýšleli, ale rozhodli se ji nevyhledat ať už kvůli agorafobii, která zásadně ztěžuje jakékoli opouštění bytu, obavám z odsouzení okolím nebo strachu ze zjištění nepříjemných skutečností o sobě samém: „*Bůhví, co by ze mě vylezlo*“ (muž, 20 let).

4) Součást života. Tři participantů si chtějí noční můry ve svém životě ponechat, více viz kapitola *Hodnocení nočních můr*.

Důvody, ze kterých participantů nechtějí kvůli nočním můrám vyhledat odbornou pomoc, shrnuje Tabulka 12.

Tab. 12: Důvody nevyhledávání odborné pomoci kvůli nočním můrám a jejich četnost

Důvod	Počet participantů	Procentuální vyjádření
Nedůvěra k psychologické péči	8	50 %
Nedostatečná závažnost problému	7	43,8 %
Osobní důvody	3	18,8 %
Součást života	3	18,8 %

7.2.2 Práce s noční mýrou během spánku

Participantů popisovali různé metody práce s noční mýrou při usínání nebo během spánku tak, aby jí předešli nebo ji zastavili. Efektivita těchto metod kolísá mezi různými lidmi i u jednotlivce v průběhu času. Dva participantů už při usínání myslí na něco hezkého a snaží se tak navodit příjemný sen. Další možností je naučit se rozpoznat sen od reality (sedm participantů). Žena (25 let) například uvedla: „*Už si jednak pamatuju, když se ty sny*

opakuji (...) nebo nějaký takový ty píchnout se do ruky nebo něco takového, nějaký fyzický stimuly.“ Po rozpoznání noční můry dochází k vědomému probuzení nebo ovlivňování jejího děje. K probuzení si lze napomoci zakřičením či opakováním, že je to jen sen. Jedna participantka se probouzela také kvůli nedostatku dechu: *„Jsem se snažila asi zastavit podvědomě tu noční můru tím, že jsem přestala dechat“* (žena, 30 let). Spontánně se povedlo ovlivňovat děj v noční mûře dvěma participantkám. Lucidní snění plně ovládá jedna participantka. Nepříjemné scény v nočních mûrách dokáže měnit lusknutím prstu ve snu (někdy tak učiní i několikrát během jednoho snu): *„Když se mi zdá, že mi hrozí nebezpečí, tak si řeknu: A co. A lusknou prstama, (...) jsem na pláži a všechno je báječný“* (žena, 44 let). Jindy si s postavami v noční mûře promluví nebo zvrátí děj lepším směrem tak, aby ochránila sebe samu: *„Často se mi zdá o epidemiích (...) a jsem v blízkosti nějakýho člověka, o kterým vím, že je nakaženej (...), tak zkusím třeba toho člověka vyléčit nebo zkusím udělat, že jsem imunní“* (žena, 44 let). Pět participantů o lucidním snění slyšelo, ale nikdy tuto techniku nezkoušeli kvůli množství investované energie, které její ovládnutí vyžaduje, nebo v ni nevěří.

7.2.3 Co pomáhá po probuzení

Po probuzení z noční můry se participanté snaží snížit její negativní emoční vliv. Devět z nich popsalo činnosti, které vykonávají, aby přemohli strach, ukotvili se v realitě a snížili pravděpodobnost, že se po usnutí vrátí zpátky do stejného snu. Pro uklidnění si čtou hezkou knížku, pustí relaxační hudbu, chvíli si na internetu prohlíží něco emočně neutrálního (například oblečení) nebo se snaží myslet na příjemné věci. Aby zdůraznili předěl mezi spánkem a bděním, rozsvítí si světlo, projdou se po bytě, napijí se, opláchnou si obličej, dojdou si na toaletu. Pro tři participanty je utěšující fyzická přítomnost blízké osoby. Jedna participantka si musí otevřít okno, jelikož jí bývá špatně od žaludku. Jedna participantka (žena, 44 let) si noční mûru hned zapíše. Noční mûra tak *„pozbyde ty hrůzy nejohroživější, (...) že se od toho oprostíte.“* Jedna participantka (žena, 22 let) vypověděla, že po probuzení z noční můry si připomíná svou víru v Boha, jeho lásku a milosrdenství, které ji *„prostě ochrání přede vším.“* I kdyby démoni z nočních mûr existovali, nikdy ji nemohou skutečně ovládnout. Dva participanté by některé z výše uvedených kroků provedli rádi, jenže se často nemohou pohnout, hned zas usnou a noční mûra pak zpravidla pokračuje.

7.2.4 Snižování distresu z nočních můr během dne

Jak již bylo popsáno v kapitolách *Emoce během noční můry a po probuzení* a *Vliv na prožívání*, noční můry vyvolávají distres nejen v noci, ale také během dne. Během dne jej účastníci snižují následujícími způsoby:

1) Snaha odstříhnout se od noční můry. Deset účastníků hovořilo o tom, že je lepší se od noční můry snažit odstříhnout, aby je příliš nezatěžovala: „*Kdybych si to nějak připouštěl, tak to bych se do toho ještě moc víc zamotal a asi by mě to zatěžovalo víc*“ (muž, 54 let). Snaží se tak na noční můru nemyslet, označkovat si ji jako „*blbost*“ (žena, 24 let) nebo zbavit hrůzy skrz humor. Dva účastníci naopak nad noční můrou přemýšlí, aby rozkryli její symboliku a význam.

2) Zapsání noční můry. Sny a noční můry si někdy zapisovali nebo pravidelně zapisují do deníku čtyři účastníci, jedna účastnice je posílala svému manželovi v smskách. Deníku, na rozdíl od člověka, účastníci nemusí nic vysvětlovat a nabízí prostor pro úvahy. Někdy díky němu odhalí opakující se sny, na které by jinak zapomněli, nebo to, že mají i jiné sny než noční můry: „*Co mně na tom asi přišlo dobrý, bylo (...), že jsem si najednou uvědomila, že třeba mám čtyři dny prostě, kdy se mně nezdají noční můry a byla jsem z toho hrozně šťastná*“ (žena, 29 let).

3) Příjemné aktivity. Záměrné věnování se příjemným činnostem popsali čtyři účastníci. Podniknou něco s kamarády, poslouchají hudbu, napustí si horkou vanu nebo jiným způsobem relaxují: „*Radši si trošku jako lehnu do postele, budu koukat prostě na seriál a budu myslet na něco hezkýho, aby se člověk tak trochu jako zregeneroval*“ (žena, 30 let).

4) Fyzické cvičení. K rozptýlení negativních emocí třem účastnicím pomáhá běh, návštěva fitness centra nebo praktikování jógy. Fyzicky náročné cvičení „*člověku úplně vyčistí hlavu (...)* a je potom šťastnější“ (žena, 22 let). Jóga zklidní a uvolní tělo i mysl.

5) Vytíženost jinými činnostmi. Pracovní záprah či rozptýlení jinými činnostmi třem účastníkům umožňuje nesoustředit se na noční můru a jí způsobenou nepohodu: „*Ve chvíli, kdy mám co dělat, tak nad tím tak nepřemýšlím*“ (muž, 23 let).

6) Kreativní tvorba. Kreativní tvorba ve formě psaní nebo kreslení pro snížení distresu z nočních můr se týká dvou účastníků. Tímto způsobem vznikla podle příběhů z nočních

můr kniha: „*Tu knihu jsem začal psát tak, že prostě jednoho dne (...) jsem se probudil, říkal jsem si: Tak prostě to začnu psát. (...) Prostě jsem to potřebovat dostat ze sebe ven, proto jsem psal knihu*“ (muž, 20 let). Participantka se vztahem k výtvarné činnosti si kreslila nebo malovala: „*Pustila jsem si hudbu, nějakou tvrdší, a prostě jsem malovala, co mě napadlo*“ (žena, 22 let). Pokud kreslila noční můru, obrázek následně roztrhala.

Způsoby snižování distresu z nočních můr během dne shrnuje Tabulka 13.

Tab. 13: Způsoby snižování distresu z nočních můr během dne a jejich četnost

Způsob	Počet participantů	Procentuální vyjádření
Snaha odstránit se od noční můry	10	62,5 %
Zapsání noční můry	5	31,3 %
Příjemné aktivity	4	25 %
Fyzické cvičení	3	18,8 %
Vytíženost jinými činnostmi	3	18,8 %
Kreativní tvorba	2	12,5 %

Mezi překážky, na které participanté narazí v této oblasti, patří nedostatek času, obtížná uchopitelnost nočních můr pro jejich další zpracování a fakt, že když se „*dostanete do toho okruhu, že se vám ty můry zdají, tak už jste tak jako mimo, že už ani nemáte energii, ani náladu, ani sílu třeba na ten sport a tak*“ (žena, 30 let).

7.2.5 Sdílení nočních můr

Participanté se shodují, že noční můru je „*fajn (...) dostat ze sebe*“ (muž, 19 let). Sdílení představuje významnou copingovou strategii ke snížení distresu z noční můry během následujícího dne, která si zaslouží zvláštní pozornost.

Sdílení nočních můr zpravidla obnáší vyprávění příběhu snu nebo konstatování typu „*něco se mi třeba hodně špatného zdálo a špatně se mi kvůli tomu spalo*“ (žena, 26 let), když se na téma sny narazí v hovoru. Účastníci výzkumu nejčastěji uváděli, že noční můry sdílí s pár blízkými nebo jedním člověkem z rodiny či dobrých přátel (jedenáct participantů). Na druhou stranu sedm participantů jmenovalo někoho z rodiny jakožto člověka, kterému by za žádných okolností o svých nočních mûrách neřeklo. Mluvit o nočních mûrách s širším okruhem známých nevdá pěti participantům. Dva participanté své noční můry diskutovali v online skupinách, jejichž výhodou je naprostá anonymita. O výskytu častých nočních můr momentálně netuší vůbec nikdo z okolí dvou participantů. Někoho dalšího s častými nočními mûrami zná pět participantů. Ne vždy lze říct, zda se v našem okolí

s nočními můrami potýká někdo další, jelikož si o tomto tématu lidé obecně spíš nepovídají (čtyři participanti).

Participanti jmenovali konkrétní aspekty sdílení nočních můr, které jim pomáhají snížit negativní vliv nočních můr na jejich prožívání. Jedná se o tyto:

1) Vypovídat se bez hodnocení druhým. „*Člověk to většinou potřebuje jenom říct nahlas a tím to jakoby trošku ze sebe shodí, (...) to je to hlavní*“ (žena, 25 let). Osm participantů si nejvíce považuje toho, když se mohou z noční můry vypovídat někomu, kdo si je vyslechne bez komentářů a s respektem k jejich prožívání: „*Hledám někoho, kdo by mi naslouchal, ale nemluvil, neargumentoval*“ (muž, 20 let). Důležitou roli hraje vědomí, že „*si můžu kdykoliv postěžovat a můžu být i kdykoliv vyslechnut*“ (muž, 41 let).

2) Oboustranné sdílení. Osm participantů oceňuje, když se s nimi druhý člověk následně podělí o vlastní zkušenosti s nočními můrami, sny nebo problémy obecně. Ví pak, že si dokáže lépe představit jejich situaci a mohou si vyměňovat zkušenosti, co každému z nich pomáhá. Nepřipadají si zvláště, nenormálně nebo osaměle. Dva participanti z těchto důvodů projeví explicitní zájem o podpůrnou skupinu pro jedince s častými nočními můrami, jeden by se rád setkal s někým dalším, kdo nočními můrami trpí.

3) Hlubší rozhovor. Debatu o nočních můrách, která jde hlouběji pod povrch a zahrnuje i popis nejhorších detailů snu nebo společného hledání jeho významu, jako užitečnou vnímá pět participantů: „*Člověk takové ty fakt nejhorší věci nechce říkat ani, ale přitom by je rád řekl a trochu rozpitvat ten sen, (...) že potom by to možná člověka trochu ulevilo víc, že to ví někdo i druhý*“ (žena, 22 let).

4) Odlehčení. Tři participanti oceňují, když popisovanou noční můru „*zlehčujem a děláme si z toho (s kamarádem) srandu*“ (žena, 30 let). Pomocí humoru a smíchu se pak hrůzostrašnost noční můry snižuje. Jedné participantce pomůže, když je druhý člověk „*překvapenej, že mě něco takovýho vůbec jako může napadnout*“ (žena, 22 let).

5) Uznání tíhy zážitku. Komentář ve smyslu „*No, to byl hrozný sen*“ (žena, 22 let) vnímají dvě participantky jako projevy podpory a empatie.

6) Útěcha. Jedna participantka (žena, 41 let) si váží toho, když ji manžel utěšuje: „*Nestresuj se vůbec s tím, to byla jenom, to byl prostě jenom sen.*“

Co na sdílení nočních můr participanti oceňují, shrnuje Tabulka 14.

Tab. 14: Aspekty sdílení nočních můr, které pomáhají, a jejich četnost

Aspekt	Počet participantů	Procentuální vyjádření
Vypovídání se	8	50 %
Oboustranné sdílení	8	50 %
Hlubší rozhovor	5	31,3 %
Odlehčení	4	25 %
Uznání tíhy zážitku	2	12,5 %
Útěcha	1	6,3 %

Přestože sdílení nočních můr reprezentuje účinnou copingovou strategii, participanti dobře zvažují, zda k němu přistoupit nebo ne. Místo úlevy se totiž někdy může dostavit opačný efekt ve formě zintenzivnění negativních emocí. Mezi obtíže, se kterými se participanti při sdílení nočních můr setkávají, patří tyto:

1) Nevhodná reakce. Očekávání nevhodné reakce nebo zkušenost s ní popisovalo deset participantů. Jejich přehled s příklady zobrazuje Tabulka 15.

Tab. 15: Nevhodné reakce při sdílení nočních můr

Typ nevhodné reakce	Příklad
Zlehčování	„No, tak špatný sen“ (žena, 22 let)
Odsouzení	„ (...) by řekli: ‚Seš blázen. Zdar‘“ (muž, 20 let)
Nevyžádané rady, vnučování řešení	„On prostě automaticky hledá řešení, že musím udělat třeba toto nebo nemám dělat tamto, tak to já ale slyšet úplně nepotřebuju“ (žena, 24 let)
Nezájem	„ (...) jsem měl pocit, že už ji to (vyprávění nočních můr) přestalo bavit, takže (...) jsem si říkal: Tak to nechám být“ (muž, 23 let)
Lítost	„Aby mně někdo řekl: ‚Jejda, chudino, ‘ (...) to by bylo ještě horší‘“ (žena, 41 let)
Stres	„Když jsem ty noční můry ze začátku někomu popisoval, tak to byli lidi, co, co se s tím nedokázali pořádně vyrovnat“ (muž, 20 let).

2) Zbytečnost sdílení. Sdílení noční můry je podle čtyř participantů zbytečné. Jednak kvůli pocitu „stejně mně s tím (nikdo další) nepomůže“ (muž, 41 let), jednak proto, že podstata nočních můr spočívá v emocích, „který při tom zažíváte a to (...) se hrozně těžce vypráví, aby to někdo pochopil“ (žena, 30 let). Zážitek z nočních můr je nepřenositelný a obtížně verbalizovatelný, což sdílení značně ztěžuje. O nočních můrách bývá příjemnější mluvit s někým, komu se také zdávají: „(Takový člověk) si umí představit (...) co asi prožívám v tom snu, že mi to přijde jako realita a není to jako ovlivnitelný moc“ (žena, 22let).

3) Připomínání si noční můry. Čtyři participanti si noční můru skrz její sdílení nechtějí připomínat: „Člověk ani nechce sám se sebou nějak otvírat to téma. Von má strach, že by se to mohlo nějakým způsobem bud' vracet, nebo rozvíjet dál“ (muž, 54 let).

4) Citlivé téma. S lidmi, kterých se noční můry týkají, je podle tří participantů lepší tyto sny nesdílet. Mohlo by je to vyděsit, objevují se také obavy z vyplnění noční můry: „Kdybych to řekla, tak mám pocit, jak kdyby se to mohlo stát“ (žena, 22 let). Vyprávěním noční můry by se také mohla otevřít nepříjemné vztahové problémy.

5) Intimní téma. „To (noční můry) člověk považuje za nějakou svoji intimní část docela“ (žena, 44 let), proto si logicky dává pozor na to, co a komu o nočních mûrách řekne (tři participanti).

6) Zatěžování druhých. Dva participanti nechtějí svými nočními mûrami druhé zatěžovat nebo přidělovat jim starosti, kterých mají už tak dost.

7) Nedůvěra. Dvě participantky popisují nedůvěru k druhým, obávají se zklamání nebo pomluv: „Někdo bude dávat k dobrému, že mně se tam něco zdálo a že prostě někde mě probírat“ (žena, 41 let).

Důvody, které participantům sdílení nočních mûr ztěžují, případně ústí v rozhodnutí je raději nesdílet, zachycuje Tabulka 16.

Tab. 16: Obtíže při sdílení nočních mûr a jejich četnost

Obtíž	Počet participantů	Procentuální vyjádření
Nevhodná reakce	10	62,5 %
Zbytečnost sdílení	4	25 %
Připomínání si noční můry	4	25 %
Citlivé téma	3	18,8 %
Intimní téma	3	18,8 %
Zatěžování druhých	2	12,5 %
Nedůvěra	2	12,5 %

7.2.6 Shrnutí

Tato kapitola se věnovala strategiím zvládnání nočních mûr z hlediska snížení jejich frekvence a intenzity, práci s nočními mûrami během spánku a tomu, co participantům pomáhá po probuzení i během dne. Popsány byly také potíže, na které v této oblasti participanti naráží. Noční můry se zcela přestaly zdát jedné participantce, která přímo s nočními mûrami chodila na psychoterapii. Ostatní zmiňované postupy k redukci nočních

můr, jako například změna životních okolností či osobního nastavení, pomáhají jen někomu, jen s určitým typem nočních můr nebo po omezenou dobu. Jestliže se participantům podaří ve spánku rozpoznat, že se jedná o sen a ne o skutečnost, snaží se probudit či ovlivnit dění ve snovém příběhu. Po probuzení participantům pomáhá rozptýlit dozvuky noční můry a ukotvit se v realitě například to, že si rozsvítí lampičku, napijí se nebo si dojdou na toaletu. Během dne se většinou na noční můru snaží nemyslet nebo ji zlehčit, negativní emoce zahání mj. zapsáním si noční můry, vykonáváním příjemných aktivit, cvičením. Nejčastěji zmiňovanou strategií ke snižování distresu z noční můry bylo její sdílení s druhými lidmi. Noční můry jsou sdíleny většinou s jedním nebo pár blízkými. Samotná možnost říct nahlas, o čem se mi zdálo bez odsouzení druhým člověkem, přináší řadě participantům úlevu. Na druhou stranu se participanté setkávají s řadou nevhodných reakcí (například zlehčováním), sdílení se jim zdá zbytečné a náročné, nechtějí si noční můru připomínat nebo ji vyprávět tomu, koho se týká.

7.3 Postoj k nočním můrám

VO 3: Jaký postoj lidé s častými nočními můrami ke svým dysforickým snům zaujímají?

Pro zodpovězení výzkumné otázky tři byly použity následující kódy: *Hodnocení nočních můr, Součást života, Naděje na změnu, Sebepojetí*.

7.3.1 Postoj k nočním můrám

Vliv nočních můr na život jedince souvisí i s tím, jaký postoj ke svým nočním můrám jedinec obecně zaujímá. V analýze jsem se tedy zaměřila rovněž na komplexní hodnocení nočních můr participanty.

Noční můry považuje za normální jev, se kterým se setkává každý, pět participantů: „*Mně to jako nepříjde jako zdravotní problém nebo nějaký psychický problém*“ (žena, 22 let). Čtyři participanté by toto rádi vzkázali dalším lidem s častými nočními můrami. Jedna participantka zas, že noční můry můžou jedince „*doprovázet bohužel i dost dlouhodobě, ale dá se na to zvyknout*“ (žena, 25 let), což je zkušenost popisovaná jedenácti participanty. Noční můry je neomezují natolik, aby s nimi nedokázali žít, podle jedné ženy (30 let) představují „*nutný zlo, kterým si procházím*.“ Pro tři participanty jsou noční můry

v kontextu ostatních problémů „jenom jako třešnička na dortu“ (muž, 41 let), jelikož se potýkají s těžkými depresemi, velmi silnou nespavostí nebo úzkostmi ze smrti.

Noční můry zůstanou trvalou součástí jejich života podle osmi participantů. Tito participanti nevěří, že „by se s tím dalo něco dělat“ (žena, 30 let) ať už proto, že jsou noční můry úzce spjaté s jejich osobností nebo proto, že si neumí představit funkční léčebné postupy. Devět participantů by rádo vědělo, jakou metodu použít, aby se výskyt nočních můr snížil nebo „nejlépe aby úplně vymizely“ (žena, 41), případně by využili specializovaného programu na léčbu nočních můr, pokud by existoval. Informace o tom, jak noční můry redukovat, zjišťovali čtyři participanti, ovšem neúspěšně. Život bez nočních můr si spojují s lepším spánkem, nižším výskytem negativní imaginace i pocitem, že „to je všechno v pořádku“ (žena, 30 let) a žijí způsobem, který nezavdává pro výskyt nočních můr příčinu. Tři participanti by možnosti léčby nočních můr nevyužili, považují je za podstatné a obohacující: Noční můry „nás před něčím fakt jako varují, nebo v podstatě nám něco ukazují, takže asi ten člověk to nemá úplně zbytečně“ (žena, 25 let). Noční můry jsou také zajímavým fenoménem lidské mysli, zdrojem příběhů a „takovou součástí mě, že se jí nechci zbavovat, ani ji nechci měnit, protože bych se změnil já“ (muž, 34 let). Do třetice noční můry naplňují tvrzení, že „pokud umíráš, tak víš, že seš pořád naživu“ (muž, 20 let), udržují jedince v napětí, díky kterému si uvědomuje své bytí.

7.3.1 Vliv na sebepojetí

S kvalitou života a hodnocením nočních můr souvisí také sebepojetí. Časté noční můry mohou ovlivňovat sebepojetí participantů třemi způsoby:

1) Negativně. Noční můry vedou k hodnocení své osobnosti jako slabé, vyvolávají strach z vlastního mozku a jeho činnosti nebo podněcují úvahy o psychickém zdraví: „Asi nejsem až tak úplně v pořádku, jak si třeba namlouvám rád“ (muž, 41 let). Sny typu „se mně prostě lidi posmívají, nechcou mě pustit sednout, že jsem moc silná“ (žena, 41 let) zas přispívají k nižšímu sebevědomí v běžných sociálních situacích jako potkávání lidí na ulici: „Vždycky prostě sklopím radši zrak“ (žena, 41 let). Negativní vliv nočních můr na sebepojetí popsalo sedm participantů.

2) Pozitivně. Pozitivní vliv zahrnuje hodnocení nočních můr jako prostředku k sebepoznání a možnosti se díky nim „nějakým způsobem změnit a vyvinout, doufám teda, že k lepšímu“

(žena, 44 let), chápání častých nočních můr jako důkazu o bohaté fantazii a schopnost snášet je jako známku silné osobnosti. Byl popsán třemi participanty.

3) Nespecificky. Jedna participantka si myslí, že noční můry na její sebepojetí mají vliv, ale neví, jaký přesně.

7.3.2 Příčiny nočních můr

Postoj k nočním můrám je ovlivněn i tím, jak si časté noční můry jedinec odůvodňuje, z čeho podle něj pramení nebo s čím v jeho životě souvisí. Proto jsem se věnovala také tomu, jak si výskyt častých nočních můr participanti vysvětlovali.

Příčiny nočních můr participanti popisovali jednak na konkrétní rovině ve vztahu k jednotlivým nočním můrám, jednak na obecné rovině, proč se jim vůbec noční můry zdají. Interpretace na konkrétní rovině se zakládá na hledání zdrojů nočních můr podle podobnosti mezi obsahem noční můry a tím, co jedinec prožil nebo prožívá. Jejich přehled zobrazuje Tabulka 17.

Tab. 17: Příčiny konkrétních nočních můr a jejich četnost

Příčina	Popis příčiny	Počet participantů	Procentuální vyjádření
Vztahy	Neopětovaná láska, strach z opuštění, výrazné partnerské problémy, konfliktní vztahy s blízkými, pocit nedostatečné lásky, hádky s druhými, nenávisť	7	43,8 %
Co vidím, slyším, čtu	Co participanti viděli v televizi, ve filmu, slyšeli ve zprávách nebo si přečetli v knížce	6	37,5 %
Čeho se bojím	Zvířata, prostory (například sklep), životní události	6	37,5 %
Vzpomínky	Nepříjemné vzpomínky vybavující se spontánně nebo na základě připomenutí si události během dne	4	25 %
Náročná životní situace	Operace, velké rozhodnutí	4	25 %
Úmrtí	Ztráta blízké osoby nebo zvířete	3	18,8 %

Z obecných vysvětlení participanti uvedli tato:

1) Křehkost osobnosti. Vzhledem k vysoké vnímavosti vůči okolí, úzkostnosti a přecitlivělosti jejich osobnosti tři participanty neudivuje, že mají noční můry.

2) Nízké sebevědomí. Noční můry podle dvou participantek na nevědomé úrovni pramení z jejich nízkého sebevědomí.

3) Křehkost fungování mozku. Jeden participant řekl: „*Čím je něco složitější, tím lehčí je to rozbít. Což znamená, že náš mozek je sice to nejúžasnější, co jsme zatím ve vesmíru poznali, ale stačí ťuknout a už vykládáte do diktafonu o tom, že jste se pětadvacet let pořádně nevyspal*“ (muž, 41 let).

4) Podvědomí. Jedna participantka uvedla, že noční můry vychází z nejhlubších částí osobnosti, které si nepřipouštíme, neuvědomujeme a je tak velmi těžké jim porozumět.

5) Hluboké zranění. Podle jedné participantky její noční můry pramení z hlubokého psychického zranění, které si odnáší z prvního manželství. Bývalý manžel ji psychicky týral.

6) Všechno v sobě dusím. Neschopnost mluvit otevřeně s druhými lidmi o nepříjemných věcech a pocit, že „*všechno držím v sobě*“ (žena, 25 let) jako příčinu nočních můr popsala jedna participantka.

7) Zážitky někoho jiného. Jeden participant ve svých nočních můrách prožil tolik různých životů a jeho noční můry jsou natolik živé, že má pocit, jako by mu je vkládal do hlavy někdo další. Sebe vnímá jako pozorovatele „*v těle toho člověka, kterej to mohl prožít*“ (muž, 20let).

8) Potlačovaný stres. Dva participant o obecných příčinách svých nočních můr hodně přemýšlí, ale žádný důvod je nenapadá, protože si jinak ve svém životě připadají spokojení. Jednu z nich jako jediná možnost napadá, že si skrz noční můry potřebuje „*vodžit nějaký druh jako stresu nebo vypětí*“ (žena, 30 let), který si přes den neuvědomuje.

Participanty uváděné obecné příčiny nočních můr shrnuje Tabulka 18.

Tab. 18: Obecné příčiny častých nočních můr a jejich četnost

Příčina	Počet participantů	Procentuální vyjádření
Křehkost osobnosti	3	18,8 %
Nízké sebevědomí	2	12,5 %
Křehkost fungování mozku	1	6,3 %
Podvědomí	1	6,3 %
Hluboké zranění	1	6,3 %
Všechno v sobě dusím	1	6,3 %
Zážitky někoho jiného	1	6,3 %
Potlačovaný stres	1	6,3 %

Jak noční můry vznikají, proč se lidem zdají a jestli mají nějaký význam, by zajímalo sedm participantů. Aktivně si na toto téma vyhledávalo informace pět participantů, uspokojivé informace získala jedna z nich, která se snění věnuje dlouhodobě.

7.3.3 Shrnutí

Tato kapitola se zabývala postojem participantů k jejich nočním můrám. Na noční můry si podle nich lze zvyknout a nevnímají je jako nemoc. Mohou mít negativní i pozitivní vliv na sebepojetí. Negativně ovlivňují například sebevědomí nebo vnáší pochybnost, jestli se mnou přeci jen není něco špatně. Z pozitivního hlediska například přispívají k vývoji osobnosti lepším směrem, jestliže využijeme jejich potenciál k sebepoznání. Půlka participantů vyjádřila přesvědčení, že noční můry už nezmizí, většinu participantů by ale zajímalo, jak nočním můrám předcházet nebo se jich trvale zbavit. Tři participantů by si chtěli noční můry ponechat, i kdyby takový postup znali, jelikož je pravděpodobně na něco upozorňují nebo jim dodávají životní drive. Výklad příčin nočních můr se týká jednak konkrétních nočních můr, jednak důvodu, proč vůbec participantů mají časté noční můry. Jednotlivé noční můry participantů vztahují k reálným událostem, na obecné rovině nejčastěji uváděli křehkost osobnosti nebo nízké sebevědomí.

8 DISKUZE

Cílem mé magisterské diplomové práce bylo popsat vliv častých nočních můr na kvalitu života u dospělé populace bez diagnostikované posttraumatické stresové poruchy. Na základě kvalitativní analýzy rozhovorů s jedinci, kterým se zdály nebo zdají noční můry alespoň jednou za dva týdny, jsem zkoumala oblasti života ovlivněné nočními můrami (spánek, prožívání, chování, sociální život, pracovní život, finanční náklady), strategie zvládnání nočních můr včetně specifík jejich sdílení a postoj k nočním můrám.

Vliv častých nočních můr na kvalitu života. Stejně jako ve studii Kötha a Pietrowského (2001) bylo zjištěno, že noční můry snižují kvalitu spánku a lidé se druhý den cítí unavení, neodpočinutí. Zmiňován byl také strach ze spánku kvůli nočním můrám (obdobně Krakow et al., 1995). Na rozdíl od studie Martíneze et al. (2005) si účastníci v mé studii nestěžovali na problémy s koncentrací kvůli únavě. Dva účastníci zmínili zhoršení koncentrace v poslední době, její příčiny však nedokázali posoudit.

Fyzické potíže doprovázející noční můry popsalo ve výzkumu Kötha a Pietrowského (2001) 35,8 % účastníků. V mé studii nějaký fyzický projev popsali všichni účastníci kromě jedné ženy, která se na toto téma nevyjádřila. Značný rozdíl může být způsobený odlišným designem výzkumů. Mezi nejčastěji zmiňovaný somatický doprovod nočních můr v mé studii patří pocení a bolesti po těle. Köthe a Pietrowský (2001) fyzické potíže zjišťovali jednou položkou v dotazníku, která je specifikovala na pocení, třes a zvýšený tlukot srdce. V rozhovoru v rámci mé studie účastníci mluvili o libovolných somatických projevech, přičemž zvýšený tlukot srdce popsali čtyři z nich a třes jeden. Ve výzkumu Kötha a Pietrowského (2001) se tak možná jedná o nevhodně formulovanou položku.

Z hlediska emočního doprovodu nočních můr byly potvrzeny výsledky Zadry et al. (2006), že strach se v nočních můrách vyskytuje nejčastěji, objevují se ale i další emoce jako frustrace nebo smutek. Škála emocí v mé studii byla pestřejší, což může opět souviset s kvalitativním designem. Účastníci nerozlišovali hrůznost snu a jeho dopady podle toho, zda se z něj probudili nebo ne. Mluvili především o emocích během noční můry a po probuzení. Tyto výsledky podporují tvrzení Weinberga et al. (2016), že z hlediska well-beingu je podstatnější pozitivní nebo negativní náboj snu než kritérium probuzení. Co se

týče obsahu nebo témat nočních můr, kromě jednoho participanta všichni uvedli jejich opakování. Jak zjistili již Brown a Donderi (1986), rekurentní sny jsou zpravidla negativně zaměřené a také well-being lidí s rekurentními sny je nižší. Participantů v mé studii popisovali, že po probuzení z noční můry cítí děs, zmatek, obavy, někdy pláčou. Toto zjištění odpovídá pozitivní korelaci mezi emočním obsahem snu a mírou well-beingu po probuzení (Sikka et al., 2018). Lze shrnout, že výsledky svědčí o nižším well-beingu lidí s častými nočními můrami.

Participantů hovořili o pesimismu, strachu, obavách, nervozitě, smutku a pocitech zranitelnosti, které se dostavují následující den po výskytu noční můry. Výsledky studie tedy podporují zjištění Lancea a Schrijnemaekerse (2013), že noční můry navyšují distres prožívaný následující den. Také Köthe a Pietrowský (2001) u vysokého procenta lidí zaznamenali silný vliv noční můry na náladu, nervozitu, neklid, distres, nižší odhodlání. Participantů v mé studii dále hovořili o silným negativním vlivu nočních můr s prodlužujícím se obdobím jejich intenzivního výskytu. K tomuto procesu může přispívat fakt, že nekvalitní spánek snižuje odolnost vůči stresu (Weinberg et al., 2016). Vyšší míra stresu zas snižuje well-being (Blagrovea et al., 2004) a nízký well-being pozitivně koreluje s negativním obsahem snů (Pesant & Zadra, 2006). Popsaný řetězec připomíná začarovaný kruh, o kterém v souvislosti s nočními můrami mluvila již Klůzová Kráčmarová (2016). Köthe a Pietrowský (2001) udávají, že k nočním můrám se v myšlenkách během dne vrací 80,6 % lidí. V mé studii vyšlo 44 %, tedy téměř o polovinu lidí méně. Výzkumný rozhovor se zakládal na volném vyprávění a je možné, že flashbacky nočních můr zmiňovali jen ti participantů, u kterých jsou opravdu výrazné.

Podle Leea a Suha (2016) míra prožívaného distresu funguje jako významnější prediktor suicidálních myšlenek než frekvence nočních můr. Toto tvrzení nelze na základě mé studie diskutovat, získaná data však potvrzují, že prevalence suicidálních myšlenek a tendencí je u lidí s častými nočními můrami vyšší než v běžné populaci (American Psychiatric Association, 2013). Beautrais et al. (2018) změřili, že suicidální myšlenky se v obecné populaci vyskytují u 9,2 % lidí, suicidální plán u 3,1 %. V mém výzkumném vzorku se suicidální myšlenky týkají 25 % a suicidální plán 6,3 % participantů.

Böckermann et al. (2014) označili jako tzv. efekt nočních můr dopady distresu vyvolaného nočními můrami na každodenní bdělý život. V souladu s jejich výzkumem výsledky mé

studie ukazují, že časté noční můry vedou k vyhubavému chování, obavám o blízké v reakci na jejich utrpení v noční můře, obtížím při kontaktu s druhými lidmi kvůli emočnímu zatížení noční můrou, pracovním omezením způsobeným intenzivním distresem z nočních můr, případně finančním nákladům vyloženým na psychoterapii kvůli nočním můrám. Obsáhlejší práce v této oblasti bohužel chybí a získané výsledky tedy nelze srovnat s obdobnými studiemi. Kromě vyvolaného distresu mohou mít noční můry ale i pozitivní efekt. U čtyř participantů přispívají ke kreativní tvorbě, konkrétně se jedná o literárně-dramatickou činnost a malování. Kreativita je jednou z vlastností lidí s tenkými hranicemi, kteří jsou podle Hartmanna et al. (1987) k častým nočním můrám náchylní.

Strategie zvládnutí častých nočních můr. Snaha rozpoznat sen během spánku a následně se probudit nebo změnit jeho děj u šesti participantů připomíná spontánní nácvik lucidního snění, aniž by tento fenomén znali. Ve výzkumu Schredla a Erlachera (2004) byla jistěna pozitivní korelace mezi frekvencí nočních můr a spontánní schopností lucidního snění. Korelaci autoři vysvětlují více možnými způsoby – noční můry mohou lucidní snění spouštět, může být ale také způsobena společnou třetí proměnou, jako je schopnost vybavit si sen nebo vyšší fyziologické nabuzení. Lucidní snění platí za jednu z užívaných technik ke snížení frekvence nočních můr (Spoormaker & van den Bout, 2006). Zůstává však otázkou, jestli je účinným faktorem lucidní snění jako takové nebo následná možnost změnit ve snu děj (Zadra & Pihl, 1997), případně pocit kontroly nad snem (Halliday, 1987). Jedna participantka z mé studie se lucidní snění záměrně naučila a dobře jej ovládá. Lucidní snění využívá jako spolehlivou techniku pro práci s nočními můrami ve smyslu možnosti změnit jejich děj, o redukci množství nočních můr v této souvislosti nereferovala.

Strategie pro snížení distresu po probuzení z noční můry popsány participanty v této studii nebyly v předchozích pracích zkoumány. Výsledky mé studie poukazují zejména na potřebu vytvořit jasný předěl mezi snem a realitou a rozptýlit negativní emoce něčím příjemným (například poslechem relaxační hudby nebo prohlížením si oblečení).

Köthe a Pietrowský (2001) v dotazníkovém šetření zkoumali copingové strategie vztahující se k nočním můrám, které lidé rozvíjejí během dne. Srovnávání s výsledky mé studie je jen přibližné, jelikož dotazník nabízí pouze četnosti odpovědí v předem daných kategoriích, které blíže nespecifikuje.

Obdobné procento participantů v obou výzkumech se snaží noční můru ignorovat, čte si literaturu o nočních můrách, rozptyluje se činnostmi či si noční můru zapisuje. Ignorování noční můry (44,9 % ve výzkumu Kötha a Pietrowského, 2001) jsem srovnávala se záměrem participantů se od noční můry odstříhnout tak, že se k ní v myšlenkách nevrací nebo ji zlehčují (62,5 %). Pokud pod četbu literatury o snech zahrneme vyhledávání informací o příčinách nočních můr a jejich redukcii, týká se v mé studii 56,3 % participantů, ve výzkumu Kötha a Pietrowského (2001) 55,1 %. Rozptýlení dalšími aktivitami ve smyslu vykonávání příjemných činností nebo zaměstnávání se různou prací celkem popsalo 43,8 % participantů. Ve výzkumu Kötha a Pietrowského (2001) o deset procent méně. Zapisování nočních můr se ve výzkumu Kötha a Pietrowského (2001) věnuje 19,2 % participantů, v mém 31,3 %.

Velké rozdíly se oproti tomu ukázaly u následujících strategií: Ve výzkumu Kötha a Pietrowského (2001) participanté nejčastěji odpovídali, že se noční můru snaží interpretovat (78,5 %). V mé studii se jednalo o dva participanty, tedy 12,5 %. Tento rozdíl by bylo třeba více prozkoumat. Zároveň vidím ve výzkumu Kötha a Pietrowského (2001) určitý rozpor s množstvím participantů, kteří odpověděli, že se noční můru snaží ignorovat (44,9 %). Sečteme-li je s těmi, kdo se snažili o interpretaci, dostaneme 123,4 %, přitom interpretace a ignorace jsou do určité míry protichůdné procesy. Člověk sice může mít pocit, že se noční můře nevěnuje a ignoruje ji, ale někdy v životě se o interpretaci snažil, nicméně v rámci kvantitativního dotazníku chybí možnost výpověď upřesnit. Na toto téma by bylo vhodné realizovat další kvalitativní studii. Popovídání si s přítelem nebo tento úmysl ve výzkumu Kötha a Pietrowského (2001) označilo 54,1 % participantů. Participanté v mé studii se shodují, že sdílení nočních můr představuje dobrý způsob ventilace distresu. O nočních můrách se v poslední době s nikým nebaví jen dva participanté. Sdílení nočních můr však obnáší řadu specifík, která popisují, proto by i tento rozdíl ve výsledcích bylo dobré více prozkoumat.

Rozptylování se představami hezkých věcí bych ve své studii přirovnala ke copingovým strategiím po probuzení z noční můry, které slouží ke zklidnění a rozptýlení myšlenek, například četba nebo prohlížení si oblečení na internetu. O četbě horoskopu v mé studii nemluvil nikdo. Dotazník Kötha a Pietrowského (2001) opomíjel fyzické cvičení a kreativní tvorbu. Fyzickému cvičení se v mé studii věnovalo 18,8 % participantů a kreativní tvorbě 12,5 % participantů.

Zajímavé téma představuje vyhledání odborné pomoci kvůli nočním můrám, přesněji řečeno její nevyhledávání. Jako jediná skutečně funkční strategie redukce nočních můr se v mé studii ukázala psychoterapie. Participantce, která psychoterapii vyhledala, stačilo k vyřešení tohoto problému asi pět nebo šest sezení. Výsledky korespondují se závěrem Hallidayovy metaanalýzy terapeutických postupů, které se zaměřují na noční můry. Halliday (1987) shrnuje, že psychoterapie nočních můr je účinná a v naprosté většině krátkodobá. Participanti většinou o možnosti léčby nočních můr nikdy neslyšeli, ale měli by zájem získat o ní informace. Stejně jako Belicki (1992) předpokládám, že kdyby byla všeobecná známost terapie nočních můr vyšší, vyhledávalo by ji více lidí.

Participanti mezi nejčastějšími důvody, proč pomoc nevyhledali, uváděli nedůvěru k psychologické péči obecně a pocit nedostatečné závažnosti problému. Příčiny této nedůvěry by bylo třeba více prozkoumat, ovšem lze předpokládat, že konkrétnější představa o psychoterapii by snížila také pochybnosti o ní. Nahlodala by třeba i přesvědčení, že noční můry už navždy zůstanou součástí jejich života, které vyjádřilo osm participantů. Pocit nedostatečné závažnosti problému může být do určité míry způsoben jednak jeho dlouhodobostí, jednak častými komorbiditami s dalšími psychickými problémy (American Psychiatric Association, 2013). Participanti s častými nočními můrami žijí zpravidla od dětství nebo dospívání, tedy mnoho let, a podle výpovědí si většina z nich na noční můry zvykla. Referovali také o dalších psychických problémech jako deprese, úzkosti a jiné spánkové poruchy. Noční můry tak pro ně nepředstavují jediný problém, ale jeden z více problémů. Do třetice může k pocitu nedostatečné závažnosti problému přispívat celospolečenské hodnocení nočních můr. Participanti hovořili o tom, že si lidé o nočních můrách nepovídají a neuvědomují si jejich možný dopad i během dne. Distres vyvolaný nočními můrami ve společnosti nepředstavuje relevantní omluvu pro odchylky od běžného chování a prožívání.

Dále by se na nevyhledávání pomoci mohly podílet obtíže spojené se sdílením nočních můr a přístup odborníků. Noční můry představují intimní téma, při jehož sdílení se participanti mimo jiné obávají zesměšnění, zlehčování nebo nepochopení. Sami odborníci se na noční můry neptají, a pokud vědí, že se u některého z pacientů vyskytují, obvykle jim nevěnují příliš pozornosti. Podle Krakowa a Zadry (2010) si ani oni míru distresu vyvolaného nočními můrami neuvědomují, důvody nezájmu o noční můry ze strany odborníků by však bylo třeba podrobit podrobnějšímu zkoumání.

Postoj k častým nočním můrám. Jak již bylo zmiňováno výš, většina participantů časté noční můry nepokládá za překážku, se kterou by nebylo možné žít. Tento fakt jsem dávala do možné souvislosti s dlouhodobostí výskytu častých nočních můr, dalšími komorbiditami a hodnocením nočních můr ve společnosti. Ráda bych uvedla ještě výzkum Loewensteina a Jepsona (2003), kteří zjistili, že lidé bez závažného onemocnění podceňují kvalitu života lidí se závažným onemocněním. Jako vysvětlení uvádí, že pacienti vnímají zdraví jinak a životu s nemocí se přizpůsobí. Obdobný princip možná platí u některých jedinců s častými nočními můrami.

Většina participantů by uvítala, kdyby noční můry mohla redukovat nebo ze svého života odstranit. Tři participantů naopak vypověděli, že chtějí, aby noční můry zůstaly součástí jejich života. Další participantů uvedli některé přínosy nočních můr, kvůli kterým by si noční můry sice nechtěli ponechat, ale na jejich jednotlivých aspektech vidí něco pozitivního. Nielsen a Carr (2017) na základě rozšířenosti nočních můr předpokládají existenci jejich skryté funkce. Z výpovědí participantů se jako možné funkce ukazují dvě. Zaprvé participantů hovořili o tom, že noční můry do určité míry přispívají k větší obezřetnosti, vyjadřování lásky, rozhodování, zvládnutí negativních emocí, vyhledání psychologické pomoci, odhodlání „jít vpřed.“ Tyto okolnosti by bylo možné shrnout pod vyšší adaptivitu chování, se kterou operuje evoluční teorie snění (Revonsuo, 2000). Zadruhé participantů dávali noční můry do souvislosti se sebepoznáním, které zas odpovídá hlubinně psychologickému přístupu ke snům.

Převažující negativní vliv častých nočních můr na sebepojetí stejně jako jejich obecné příčiny uváděné participantů (nízké sebevědomí, hluboké zranění, neschopnost ventilovat negativní emoce a stres) odpovídají již několikrát zmiňované souvislosti mezi nočními můrami a nízkým well-being (Sikka et al., 2018). Také ve výzkumu Kötha a Pietrowského (2001) si participantů noční můry spojovali s něčím znepokojivým ve svém životě. Rozdíl se ukázal v četnosti proaktivního přístupu participantů. Podle 35,8 % participantů v jejich výzkumu noční můry upomínají na problém, který se pokusí řešit. V tomto smyslu se v mé studii vyjádřila jedna participantka. Důvody tohoto rozdílu by bylo nutné dále zkoumat.

8.1.1 Přínos výzkumu

Vliv častých nočních můr na kvalitu života je většinou zkoumán pomocí kvantitativních studií, které se soustředí na izolované aspekty kvality života, například na míru

prožívaného stresu. Výzkumy jsou navíc omezeny jen na well-being nebo vyvolaný distres. Výsledky mé magisterské diplomové práce odpovídají zjištěním jiných studií, zároveň nabízí podrobný a komplexní rozbor vlivu nočních můr na kvalitu života v míře, na kterou jsem v jiných výzkumech nenarazila. Zjištěné poznatky jsou užitečné nejen pro jedince s častými nočními můrami, ale také pro jejich blízké a pracovníky ve zdravotnictví, případně komise rozhodující o finanční podpoře projektů v oblasti psychického zdraví.

Lidé s častými nočními můrami si mohou přečíst, jak časté noční můry hodnotí další jedinci se stejným problémem a co jim pomáhá. Jak bylo zjištěno, již samotné sdílení nočních můr přináší úlevu a lidé s častými nočními můrami stojí o to seznámit se se zkušenostmi ostatních. Blízcí a zdravotníci si budou schopní lépe představit různé aspekty vlivu častých nočních můr na život jedince i to, jak si s ním o nočních můrách (ne)povídat. Zjištěné poznatky dokládají, že je dobré častým nočním můrám věnovat vážnou pozornost a neshodit je ze stolu s komentářem typu „*Vždyť to byl jen špatný sen.*“ Stále však musíme pamatovat na individuálnost vnímání a prožívání nočních můr (Wooda & Bootzina, 1990; Köthe & Pietrowsky, 2001), čili je třeba řídit se podle specifických potřeb každého člověka. Jak se také ukázalo, lidé s častými nočními můrami nemají o nočních můrách dostatek informací, přestože o ně stojí. Vyhledávání informací o nočních můrách zpravidla nesplní zamýšlený účel: „*Spíš sem našla ty motýly noční můry než vyloženě něco o snech*“ (žena, 22 let). Nejvíce by uvítali informace o možnostech redukce nočních můr a jejich příčinách. Jelikož časté noční můry prokazatelně souvisí s nižší kvalitou života, má smysl financovat osvětovou činnost v této oblasti.

Další výzkum by se mohl zabývat například faktory ovlivňujícími hodnocení častých nočních můr samotnými snícími, příčinami nedůvěry v léčbu nočních můr nebo postojem odborníků k častým nočním můrám.

8.1.1 Limity výzkumu

Uvědomuji si několik možných zdrojů zkreslení či nedostatků této studie. Jedná se o absenci odborné diagnostiky poruch spánku, složení výzkumného souboru a terminologickou nejednotnost napříč výzkumy.

Participantů nebyli podrobeni odborné diagnostice poruch spánku. Diagnostika nočních můr, stejně jako dalších spánkových poruch, se zakládala na sebeurčení participantů.

Některé symptomy (kopání, trhavé pohyby, křik, komplexní behaviorální reakce typu otevření okna ve spánku) popisované participanty mohou souviset s jinými spánkovými potížemi, než jsou noční můry. Bez vyšetření odborníkem však nebylo možné diagnózy ve výpovědích oddělit.

Ve výzkumném souboru výrazně převyšovalo zastoupení žen nad zastoupením mužů (11 žen, 5 mužů). Tento fakt mohl být do jisté míry způsoben výzkumně dobře podloženou skutečností, že více nočních můr se zdá ženám než mužům (Li, Zhang, & Wing, 2010; Schredl & Reinhard, 2011; Sandman et al., 2013). Ve výzkumném souboru chyběl participant v seniorském věku. Staří lidé s častými nočními můrami představují obtížně dosažitelnou skupinu, jelikož frekvence nočních můr v druhé půlce života klesá a časté noční můry má mezi 1 a 2 % starých lidí (Partinen, 1994, in Levin & Nielsen, 2007). Výzkumný soubor by bylo dobré obohatit o více jedinců se základním vzděláním (této studie se zúčastnila jedna participantka se základním vzděláním). Dále také o příslušníky etnických menšin žijících na území České republiky (Ukrajince, Vietnamce, Romy), jelikož význam přisuzovaný nočním můram se v různých kulturách liší (American Psychiatric Association, 2013).

Výsledky mé studie a srovnání s dalšími studii jsou limitovány také nejednotností definic nočních můr a kvality života mezi odbornou veřejností (Levin & Nielsen, 2007; Theofilou, 2013).

9 ZÁVĚR

Ve své magisterské diplomové práci jsem se zabývala vlivem časté nočních můr na kvalitu života. Bylo zjištěno, že jedinec si během spánku s výskytem nočních můr neodpočine, noční můry doprovází řada somatických projevů (nejčastěji pocení) a silné negativní emoce (nejčastěji strach), které přetrvávají i chvíli po probuzení. Následující den se u jedince vyskytuje zvýšená míra distresu. Časté noční můry mohou vést k vyhýbavému chování a omezením v sociální a pracovní oblasti. Noční můry mohou trvale vymizet po krátkodobé psychoterapii zaměřené na tyto dysforické sny. Mezi strategie zvládnání nočních můr patří rozpoznání snu během spánku, ukotvení v realitě po probuzení, ignorování noční můry a vykonávání různorodých činností během dne, případně sdílení noční můry s blízkými. Většina participantů uvedla, že si na noční můry lze zvyknout, pokud by však věděli jak, rádi by se jich zbavili.

10 SOUHRN

Má magisterská diplomová práce se zabývá vlivem častých nočních můr na kvalitu života.

Teoretická část práce se skládá ze tří kapitol. První kapitola o spánku a snění poskytuje širší kontext k samotnému tématu nočních můr. Druhá kapitola se věnuje přímo nočním můrám. Noční můry jsou živé dysforické sny s rozvinutým dějem, které ve snícím vyvolávají silné negativní emoce jako strach a úzkost. Vyskytují se během REM spánku (American Academy of Sleep Medicine, 2014). Zvýšená frekvence nočních můr jednou za týden se týká 2 – 5 % populace (Sandman et al., 2013), dle jiného výzkumu jednou za dva týdny 4,7 % populace (Schredl, 2009).

Třetí kapitola teoretické části pojednává o kvalitě života, která označuje postoj jedince k vlastnímu životu. Zahrnuje fyzické a psychické zdraví, míru nezávislosti, sociální vazby, osobní přesvědčení i prostředí, v němž se jedinec pohybuje (World Health Organization, 1997). Kvalita života v souvislosti s častými nočními můrami u neklinické populace je zatím jen málo probádané téma (Sikka et al., 2018). Byla prokázána pozitivní korelace mezi mírou well-beingu a obsahem snů (Pesant & Zadra, 2006). Noční můry způsobují distres během spánku i po probuzení, který může dlouhodobě ovlivňovat prožívání a kvalitu spánku, zasahovat do různých oblastí života jedince (například sociální interakce) a přispívat k celkovému množství stresu (Böckermann et al., 2014).

Cílem výzkumné části práce bylo zjistit, které oblasti každodenního života jsou častými nočními můrami ovlivněny a jak, popsat strategie zvládnutí častých nočních můr a explarovat postoj k častým nočním můrám u jedinců, kterým se zdají.

Pro řešení uvedených cílů jsem zvolila kvalitativní přístup. Metodou získávání dat byl polostrukturovaný rozhovor vedený během osobního setkání. Důraz byl kladen na volné vyprávění účastníků. Rozhovory byly nahrávány a přepsány do elektronické podoby. Informace z rozhovorů jsem seskupila do tematických trsů a následně analyzovala metodou OSOP (*One Sheet of Paper*). V rámci metody OSPOP se tematické trsy jemněji třídí do smysluplných kategorií, které se pojmenovávají, a počítá se četnost jejich zastoupení v rozhovorech. Po celou dobu výzkumu bylo pamatováno na etické aspekty, účastníci mj. podepisovali informovaný souhlas.

Nábor participantů probíhal skrz prostý záměrný výběr. Noční můry byly definovány jako sny s velmi nepříjemným emočním doprovodem. Výzkumný soubor zahrnoval jedince nad 18 let, kteří během svého života referovali o období s minimální frekvencí jedné noční můry za dva týdny bez diagnostikované posttraumatické stresové poruchy. Maximální frekvence nočních můr, se kterou měli participanté zkušenost, představovala u devíti z nich čtyři až sedm nocí v týdnu, u pěti dvě až tři noci v týdnu a u dvou jednu noc v týdnu. Celkem se jednalo o 16 participantů, z toho 11 žen a 5 mužů ve věku 20 až 54 let.

Vliv častých nočních můr na kvalitu života: Bylo zjištěno, že časté noční můry snižují kvalitu spánku. Participanté popisovali jak fyzickou, tak mentální únavu. Noční můry mohou vyvolávat strach ze spánku vedoucí k odkládání času ulehnutí. Noční můry se navíc někdy kombinují s dalšími poruchami spánku jako insomnie nebo spánková paralýza, které kvalitu spánku dále snižují. Noční můry bývají doprovázeny pocením, bolestmi po těle, zrychleným tlukotem srdce, problémy s dechem, pocity na zvracení, horkostí v těle nebo studenými rukama. Vedle strachu, děsu a hrůzy vyvolávají bezmoc, zoufalost a beznaděj, úzkost, paniku, úlek a stres, smutek, lítost a psychickou bolest, ohrožení, znechucení, nenávisť. Po probuzení přetrvává pocit děsu a vyskytuje se zmatenost. Negativní emoční dopad přetrvává během následujícího dne, participanté popisovali například pocity strachu, nervozity, podrážděnosti, tenze. Pokud jedinec prochází sérií každodenních nočních můr, jejich negativní emoční dopad se zvyšuje s prodlužující se délkou tohoto období. Se vzpomínkami na noční můry přes den ožívá také konkrétní emoční doprovod těchto snů. Lidé mohou mít tendenci vyhýbat se objektům a situacím z nočních můr i takovým, které by noční můry mohly vyvolat. Noční můry zobrazující utrpení blízkých vedou ke kontrole, zda se jim opravdu něco nestalo. Častá je potřeba se od nočních můr odpoutat, zapomenout na ně nebo je zlehčit humorem. Distres způsobený nočními můrami může být natolik silný, že jedince omezuje v práci. Finanční náklady noční můry vyžadují v případě soukromě psychoterapie. Mezi pozitivní aspekty častých nočních můr patří například obezřetnost nebo nácvik zvládnání negativních emocí.

Strategie zvládnání častých nočních můr: Ke snížení frekvence, případně intenzity, některých nočních můr nebo nočních můr po omezené časové období participantům nejčastěji pomohla změna životních okolností nebo alkohol. Nočních můr se trvale zbavila participantka, která kvůli nim podstoupila psychoterapii. Mezi důvody, proč další participanté psychoterapii pro noční můry nevyhledali, patří nedůvěra k psychologické péči

nebo vnímání závažnosti problému jako nedostatečné. Během spánku se participanti snaží uvědomit si, že se jedná o noční můru a následně změnit její průběh nebo se probudit. Řada participantů nevěří, že technika lucidního snění opravdu funguje nebo jim její nácvik připadá příliš náročný. Po probuzení z noční můry je důležité ukotvit se v realitě například rozsvícením světla nebo napitím se. O nočních můrách se většina participantů snaží přes den nepřemýšlet, distres z nočních můr rozptylují různými aktivitami. Ne vždy na ně však mají čas a energii. Účinným způsobem snížení distresu je sdílení noční můry. Participanti se však setkávají s nevhodnými reakcemi (například zlehčování) nebo bojují s pocitem zbytečnosti sdílení noční můry, jejíž podstata spočívá v emočním zážitku a je verbálně nepředatelná.

Postoj k častým nočním můrám: Časté noční můry většina participantů přijala jako trvalou součást svého života. Neví, jak by bylo možné je zastavit, ale pokud by takový postup existoval, kromě tří participantů by ho rádi využili. Někteří participanti hovořili o vlivu častých nočních můr na sebepojetí a to častěji v negativním než pozitivním smyslu. Jednotlivé noční můry podle participantů nejčastěji vyvěrají ze vztahových problémů, případně ze sensorických vjemů nebo konkrétních strachů. Obecnou příčinu častých nočních můr přisuzují mj. křehkosti osobnosti či nízkému sebevědomí.

Výsledky práce korespondují s dřívějšími studii o well-beingu a distresu, zároveň výrazně prohlubují a rozšiřují znalosti o vlivu častých nočních můr na každodenní život. Získané poznatky jsou užitečné pro jedince s častými nočními můrami, jejich blízké, zdravotníky i členy komisí rozhodujících o financování projektů na podporu psychického zdraví. Budoucí výzkum by se mohl zaměřit na faktory ovlivňující hodnocení nočních můr, příčiny nedůvěry v psychologickou pomoc nebo postoj odborníků k častým nočním můrám. Mezi limity studie patří absence odborné diagnostiky poruch spánku a složení výzkumného souboru z hlediska pohlaví, věku, dosaženého vzdělání a etnické příslušnosti.

LITERATURA

1. Akhtar, S. (2009). *Comprehensive Dictionary of Psychoanalysis*. London: Karnac.
2. American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International Classification of Sleep Disorders, Third Edition: Diagnostic and Coding Manual (ICSD-3)* (3 ed.). Westchester, Ill: American Academy of Sleep Medicine.
3. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
4. Antunes-Alves, S., & Konick, J. D. (2012). Pre- and post-sleep levels and negative emotions in a sample dream among frequent and non-frequent nightmare sufferers. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 11-16.
5. Asplund, R. (2004). Nightmares in relation to sleep and sensory organ functions in the elderly. *Sleep and Hypnosis*, 6(1), 1–7.
6. Aurora, R. N., Zak, R. S., Auerbach, S. H., Casey, K. R., Chowdhuri, S., Karippot, A. ... American Academy of Sleep, M. (2010). Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 6(4), 389-401.
7. Bearden, C. (1994). The nightmare: Biological and psychological origins. *Dreaming*, 4(2), 139-152. doi:10.1037/h0094408
8. Beautrais, A., Chiu, W. T., Ono, Y., de Graaf, R., Nock, M. K., Levinson, D., ... Medina-Mora, M. E. (2018). Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 98–105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113
9. Belicki, K. (1992). The relationship of nightmare frequency to nightmare suffering with implications for treatment and research. *Dreaming*, 2(3), 143–148.
10. Bion, W. R. (2012). *Learning from Experience*. London: Karnac.
11. Bird, B. E. I. (2005). Understanding Dreams and Dreamers: An Adlerian Perspective. *Journal of Individual Psychology*, 61 (3), 200–216.
12. Blagrove, M., Farmer, L., & Williams, E. (2004). The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *Journal of Sleep Research*, 13(2), 129–136.

13. Boehnlein, J. K., & Kinzie, J. D. (2007). Pharmacologic reduction of CNS noradrenergic activity in PTSD: the case for clonidine and prazosin. *Journal Of Psychiatric Practice*, 13(2), 72–78.
14. Borek, L. L., Kohn, R., & Friedman, J. H. (2006). Mood and sleep in Parkinson's disease. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 67(6), 958-963.
15. Böckermann, M., Gieselmann, A., & Pietrowsky, R. (2014). What does nightmare distress mean? Factorial structure and psychometric properties of the Nightmare Distress Questionnaire (NDQ). *Dreaming*, 24(4), 279–289.
16. Brown, R. J., & Donderi, D. C. (1986). Dream content and self-reported well-being among recurrent dreamers, past-recurrent dreamers, and nonrecurrent dreamers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 612–623.
17. Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2017). Normal Human Sleep: An Overview. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (6 ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.
18. Cartwright, R. (2008). The Contribution of the Psychology of Sleep and Dreaming to Understanding Sleep-Disordered Patients. *Sleep Medicine Clinics*, 3, 157–166. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2008.01.002>
19. Cellucci, A. J., & Lawrence, P. S. (1978). Efficacy of Systematic Desensitization in Reducing Nightmares. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9(2), 109-114. doi:10.1016/00057916(78)90054-x
20. Coleridge, S. T., & Kostohryz, J. (1965). *Dračí křídlo stesku: výběr z lyriky*. Praha: Mladá fronta.
21. Čálek, O. (2016). Obecný úvod. In Růžička & Čálek, *Výklad snů daseinsanalytickou metodou* (15 – 54). Praha: Triton.
22. Davis, J. L., & Wright, D. C. (2007). Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 123–133.
23. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
24. Džuka, J. (2012). Subjective evaluation of quality of life: Definition, measurement, and starting points for further research. *Ceskoslovenska Psychologie*, 56(2), 148–156.
25. Fireman, G. D., Levin, R., & Pope, A. W. (2014). Narrative qualities of bad dreams and nightmares. *Dreaming*, 24(2), 112-124. doi:10.1037/a0035791

26. Fiske, A., Nazem, S., & Nadorff, M. R. (2011). Insomnia Symptoms, Nightmares, and Suicidal Ideation in a College Student Sample. *Sleep, 34*(1), 93–98.
27. Foulkes, W. D. (1962). Dream reports from different stages of sleep. *Journal Of Abnormal And Social Psychology, 65*, 14–25.
28. Foulkes, D., & Vogel, G. (1965). Mental Activity at Sleep Onset. *Journal Of Abnormal Psychology, 70*, 231–243.
29. Freud, S. (1994). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.
30. Fromm, E. (1999). *Mýtus, sen a rituál*. Praha: Aurora.
31. Gilchrist, S., Davidson, J., & Shakespeare-Finch, J. (2007). Dream emotions, waking emotions, personality characteristics and well-being – A positive psychology approach. *Dreaming, 17*(3), 172–185.
32. Grandi, S., Fabbri, S., Panattoni, N., Gonnella, E., & Marks, I. (2006). Self-exposure treatment of recurrent nightmares: Waiting-list-controlled trial and 4-year followup. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*(6), 384-388. doi:10.1159/000095445
33. Hall, C. S. (1953). A Cognitive Theory of Dreams. *Journal of General Psychology, 49*(2), 273 – 282. doi: 10.1080/00221309.1953.9710091
34. Halliday, G. (1987). Direct psychological therapies for nightmares: A review. *Clinical Psychology Review, 7*(5), 501–523.
35. Hartmann, E. (1991). *Boundaries in the mind: A new psychology of personality*. New York: Basic Books.
36. Hartmann, E. (2001). *Dreams and Nightmares: The origin and meaning of dreams*. Cambridge, Massachusetts: Perseus Publishing.
37. Hartmann, E., Elkin, R., & Garg, M. (1991). Personality and dreaming: The dreams of people with very thick or very thin boundaries. *Dreaming, 1*(4), 311-324. doi:10.1037/h0094342
38. Hartmann, E., & Kunzendorf, R. G. (2006). Boundaries and Dreams. *Imagination, Cognition and Personality, 26*(1), 101–115. doi:10.2190/hk76-038k-407m-8670
39. Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
40. Hartmann, E., Russ, D., Oldfield, M., Sivan, I., & Cooper, S. (1987). Who has nightmares? The personality of the lifelong nightmare sufferer. *Archives Of General Psychiatry, 44*(1), 49-56.
41. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

42. Hobson, J. A., & McCarley, R. W. (1977). The brain as a dream state generator: An activation-synthesis hypothesis of the dream process. *The American Journal of Psychiatry*, 134(12), 1335–1348.
43. Hochard, K. D., Heym, N., & Townsend, E. (2016). The behavioral effects of frequent nightmares on objective stress tolerance. *Dreaming*, 26(1), 42–49.
44. Hovory o zdraví (2018). *O projektu*. Získáno z <https://hovoryozdravi.cz/o-projektu/nas-pribeh/>
45. Jung, C. G. (1998). *Výbor z díla I. Základní otázky analytické psychologie a psychoterapie v praxi*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
46. Kamarádová, D., Praško, J., Jelenová, D., Grambal, A., & Látalová, K. (2013). Noční můry a možnosti jejich léčby. *Psychiatrie pro praxi*. 14(3), 116–22
47. Kelley-Gillespie, N. (2009). An integrated conceptual model of quality of life for older adults based on a synthesis of the literature. *Applied Research in Quality of Life*, 4(3), 259–282.
48. Köthe, M., & Pietrowsky, R. (2001). Behavioral effects of nightmares and their correlations to personality patterns. *Dreaming*, 11(1), 43–52.
49. Klůzová Kráčmarová, L. (2016). *Noční můry v souvislosti s osobnostními charakteristikami, faktory stavu a stresovou reaktivitou* (Disertační práce). Získáno 10. září 2018 z Theses.cz.
50. Krakow, B., Schrader, R., Tandberg, D., Hollifield, M., Koss, M. P., Yau, C. L., & Cheng, D. T. (2002). Nightmare frequency in sexual assault survivors with PTSD. *Journal Of Anxiety Disorders*, 16(2), 175-190.
51. Krakow, B., Tandberg, D., Scriggins, L., & Barey, M. (1995). A controlled comparison of self-rated sleep complaints in acute and chronic nightmare sufferers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(10), 623-627.
52. Krakow, B., & Zadra, A. (2010). Imagery Rehearsal Therapy: Principles and Practice. *Sleep Medicine Clinics*, 5, 289–298.
53. Kramer, M. (1991). The nightmare: A failure in dream function. *Dreaming*, 1(4), 277–285.
54. Kramer, M. (2014). An overview of the dreaming process and the selective affective theory of sleep and dreams. *Psychotherapie Forum*, 19(3/4), 130.

55. Lancee, J., & Schrijnemaekers, N. C. (2013). The association between nightmares and daily distress. *Sleep & Biological Rhythms*, 11(1), 14–19.
56. Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualizované vydání). Praha: Grada.
57. Lee, R., & Suh, S. (2016). Nightmare distress as a mediator between nightmare frequency and suicidal ideation. *Dreaming*, 26(4), 308–318.
58. Levin, R., & Fireman, G. (2002). Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbance. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 25(2), 205–212.
59. Levin, R., & Nielsen, T. A. (2007). Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: A review and neurocognitive model. *Psychological Bulletin*, 133(3), 482–528. doi:10.1037/0033-2909.133.3.482
60. Levin, R., & Nielsen, T. (2009). Nightmares, Bad Dreams, and Emotion Dysregulation: A Review and New Neurocognitive Model of Dreaming. *Current Directions in Psychological Scienc*, 18(2), 84–88.
61. Li, S. X., Zhang, B., Li, A. M., & Wing, Y. K. (2010). Prevalence and correlates of frequent nightmares: a community-based 2-phase study. *Sleep*, 33(6), 774–780.
62. Mackewn, J. (1997). *Developing Gestalt Counselling*. London: SAGE Publications.
63. Madrid, S., Marquez, H., Nguyen, T. T., & Hicks, R. A. (1999). Nightmare distress and stress-related health problems. *Perceptual And Motor Skills*, 89(1), 114–115.
64. Malinowski, J. E., & Horton, C. L. (2014). The effect of time of night on wake–dream continuity. *Dreaming*, 24(4), 253–269.
65. Martínez, M. P., Miró, E., & Arriaza, R. (2005). Evaluation of the Distress and Effects Caused By Nightmares: A Study of the Psychometric Properties of the Nightmare Distress Questionnaire and the Nightmare Effects Survey. *Sleep and Hypnosis*, 7(1), 29–41.
66. Emmanuel Mignot. (2008). Why we sleep: the temporal organization of recovery. *PLoS Biology*. Vol 6, Iss 4, 0661–0669.
67. Moorcroft, W. H., & Belcher, P. (2003). *Understanding sleep and dreaming*. New York, N. Y.: Kluwer Academic – Plenum Publishers.

68. Nadorff, M. R., Lambdin, K. K., & Germain, A. (2014). Pharmacological and non-pharmacological treatments for nightmare disorder. *International Review of Psychiatry*, 26(2), 225–236.
69. Nielsen, T., & Carr, M. (2017). Nightmares and Nightmare Function. In M. H. Kryger, R. Thomas, & W. C. Dement (Ed.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (6 ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.
70. Nielsen, T. A., Stenstrom, P., & Levin, R. (2006). Nightmare frequency as a function of age, gender, and September 11, 2001: Findings from an Internet questionnaire. *Dreaming*, 16(3), 145-158.
71. Ogden, T. (2004). This art of psychoanalysis - Dreaming undreamt dreams and interrupted cries. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 857–877.
72. Pagel, J. F., & Helfter, P. (2003). Drug induced nightmares – an etiology based review. *Human Psychopharmacology*, 18(1), 59–67.
73. Pelayo, R., & Dement, W. C. (2017). History of Sleep Physiology and Medicine. In M. H. Kryger, R. Thomas, & W. C. Dement (Ed.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (6 ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.
74. Pesant, N., & Zadra, A. (2006.). Dream content and psychological well-being: A longitudinal study of the continuity hypothesis. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 111–121.
75. Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
76. Plháková, A. (2013). *Spánek a snění. Vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití*. Praha: Portál.
77. Rank, O. (1973). *The Trauma of Birth*. New York: Harper & Row.
78. Rawlings, D. (2001). An exploratory factor analysis of Hartmann's Boundary Questionnaire and an empirically-derived short version. *Imagination, Cognition And Personality*, 21(2), 131-144. doi:10.2190/3XM9-LGA6-MJ76-X658
79. Revonsuo, A. (2000). The reinterpretation of dreams: an evolutionary hypothesis of the function of dreaming. *Behavioral and Brain Sciences*, 23(6), 877-901.
80. Robert, G., & Zadra, A. (2008). Measuring nightmare and bad dream frequency: impact of retrospective and prospective instruments. *Journal Of Sleep Research*, 17(2), 132-139. doi:10.1111/j.1365-2869.2008.00649.x

81. Růžička, J., & Čálek, O. (2016). *Výklad snů daseinsanalytickou metodou*. Praha: Triton.
82. Sandman, N., Valli, K., Kronholm, E., Ollila, H. M., Revonsuo, A., Laatikainen, T., & Paunio, T. (2013). Nightmares: Prevalence among the Finnish General Adult Population and War Veterans during 1972-2007. *Sleep*, *36*(7), 1041-1050.
83. Schoenfeld, F. B., DeViva, J. C., & Manber, R. (2012). Treatment of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder: A review. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, *49*(5), 729-752. doi:10.1682/jrrd.2011.09.0164
84. Schredl, M. (2010). Nightmare frequency and nightmare topics in a representative German sample. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, *260*(8), 565-570. doi:10.1007/s00406-010-0112-3
85. Schredl, M., Berres, S., Klingauf, A., Schellhaas, S., & Göritz, A. S. (2014). The Mannheim Dream questionnaire (MADRE): Retest reliability, age and gender effects. *International Journal of Dream Research*, *7*(2), 141–154.
86. Schredl, M., & Doll, E. (1998). Emotions in diary dreams. *Consciousness And Cognition*, *7*(4), 634–646.
87. Schredl, M., & Erlacher, D. (2004). Lucid dreaming frequency and personality. *Personality and Individual Differences*, *37*, 1463–1473. doi:10.1016/j.paid.2004.02.003
88. Schredl, M., & Reinhard, I. (2011). Gender differences in nightmare frequency: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, *15*(2), 115-121. doi:10.1016/j.smrv.2010.06.002
89. Schredl, M., & Wittmann, L. (2005). Dreaming: A psychological view. *Schweizer Archiv Für Neurologie Und Psychiatrie*, *156*(8), 484–492.
90. Schreuder, B. J. N., Igreja, V., van Dijk, J., & Kleijn, W. (2001). Intrusive re-experiencing of chronic strife or war. *Advances in Psychiatric Treatment*, *7*(2), 102–108. doi:10.1192/apt.7.2.102
91. Schreuder, B. J., Kleijn, W. C., & Rooijmans, H. G. (2000). Nocturnal re-experiencing more than forty years after war trauma. *Journal Of Traumatic Stress*, *13*(3), 453-463.
92. Schrempf, W., Brandt, M. D., Storch, A., & Reichmann, H. (2014). Sleep Disorders in Parkinson's Disease. *Journal Of Parkinson's Disease*, *4*(2), 211-221. doi:10.3233/JPD-130301

93. Sikka, P., Pesonen, H., & Revonsuo, A.. (2018). Peace of mind and anxiety in the waking state are related to the affective content of dreams. *Scientific Reports, Vol 8, Iss 1, Pp 1-13 (2018)*, (1), 1.
94. Skevington, S. M. (1999). Measuring quality of life in Britain: introducing the WHOQOL-100. *Journal Of Psychosomatic Research*, 47(5), 449–459.
95. Solms, M. (2000). Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. *Behavioral and Brain Sciences*, 23(6), 843–850. doi:10.1017/S0140525X00003988
96. Spoomaker, V. I., & van den Bout, J. (2006). Lucid Dreaming Treatment for Nightmares: A Pilot Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(6), 389–394. doi:10.1159/00009544
97. Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150–162.
98. The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties *Social Science & Medicine*, 46, 1569–1585.
99. Ubel, P. A., Loewenstein, G., & Jepson, Ch. (2003). Whose Quality of Life? A Commentary Exploring Discrepancies between Health State Evaluations of Patients and the General Public. *Quality of Life Research*, (6), 599.
100. Van der Kolk, B., Blitz, R., Burr, W., Sherry, S., & Hartmann, E. (1984). Nightmares and trauma: a comparison of nightmares after combat with lifelong nightmares in veterans. *American Journal of Psychiatry*, 141(2), 187-190.
101. Weinberg, M. K., Noble, J. M., & Hammond, T. G. (2016). Sleep well feel well: An investigation into the protective value of sleep quality on subjective well-being. *Australian Journal of Psychology*, 68(2), 91–97. doi:10.1111/ajpy.12098
102. Williams, J., Merritt, J., Rittenhouse, C., & Hobson, J. A. (1992). Bizarreness in dreams and fantasies: Implications for the activation-synthesis hypothesis. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 1(2), 172–185. doi:10.1016/1053-8100(92)90059-J
103. Wood, J. & Bootzin, R R. (1990). The prevalence of nightmares and their independence from anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 64-68.

104. World Health Organization. (1997). *WHOQOL – Measuring Quality of Life*. Switzerland: World Health Organization.
105. World Health Organization. (2017). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018. Tabeleární část*. Dostupné z <https://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>
106. World Health Organization (2018). *Health statistics and information systems*. Získáno z <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
107. Wright, J., & Koulack, D. (1987). Dreams and contemporary stress: a disruption-avoidance-adaptation model. *Sleep, 10*(2), 172–179.
108. Zadra, A., & Donderi, D. C. (2000). Nightmares and bad dreams: their prevalence and relationship to well-being. *Journal Of Abnormal Psychology, 109*(2), 273-281.
109. Zadra, A., & Domhof, W. (2017). History of Sleep Physiology and Medicine. In M. H. Kryger, R. Thomas, & W. C. Dement (Ed.), *Principles and Practice of Sleep Medicine* (6 ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.
110. Zadra, A. L., O'Brien, S. A., & Donderi, D. C. (1997). Dream content, dream recurrence and well-being: A replication with a younger sample. *Imagination, Cognition and Personality, 17*(4), 293–311. doi:10.2190/LLXL-D4DB-9CP5-BRGT
111. Zadra, A. L., & Pihl, R. O. (1997). Lucid dreaming as a treatment for recurrent nightmares. *Psychotherapy and Psychosomatics, 66*(1), 50–55. doi:10.1159/000289106
112. Zadra, A., Pilon, M., & Donderi, D. C. (2006). Variety and intensity of emotions in nightmares and bad dreams. *The Journal Of Nervous And Mental Disease, 194*(4), 249-254.
113. Ziebland, S., & McPherson, A. (2006). Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). *Medical Education, 40*(5), 405-414. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02467.x

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 2: Interview Guide

Příloha č. 3: Posudek Etické komise OUSHI

Příloha č. 4: Informační list pro účastníka rozhovoru

Příloha č. 5: Informovaný souhlas

Příloha č. 6: Údaje o účastníkovi

Příloha č. 7: Svolení k použití obrazového / zvukového materiálu

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vliv častých nočních můr na kvalitu života jedince

Autor práce: Bc. Anna Ohnisková

Vedoucí práce: PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová, Ph. D.

Počet stran a znaků: 95, 189 224

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 113

Abstrakt: Práce se zabývá vlivem častých nočních můr na kvalitu života. Konkrétními cíli výzkumu bylo popsat vliv častých nočních můr na různé oblasti kvality života, explorovat strategie zvládnání a postoj k častým nočním můrám. Teoretický rámec vycházel z poznatků o well-beingu jedinců s častými nočními můrami a distresu vyvolaném těmito dysforickými sny. Nábor participantů probíhal skrz prostý záměrný výběr. Výzkumu se zúčastnilo 16 participantů, z toho 11 žen a 5 mužů. Metodou získávání dat byl polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory jsem vyhodnocovala pomocí utváření trsů a metody OSOP. Ukázalo se, že noční můry snižují kvalitu spánku. Následující den jedinec pociťuje distres, noční můry mohou vést k vyhýbavému chování a komplikacím v sociálníma pracovním životě. Psychoterapie může trvale redukovat noční můry. Mezi copingové strategie patří rozpoznání snu během spánku, ukotvení v realitě po probuzení, ignorování noční můry a vykonávání různorodých činností během dne, případně sdílení noční můry s blízkými. Podle většiny participantů je možné si na noční můry zvyknout, rádi by však využili nějaký postup k jejich redukcí, pokud by o něm věděli.

Klíčová slova: noční můry, kvalita života, kvalitativní výzkum

ABSTRACT OF THESIS

Title: Quality of Life of Frequent Nightmare Sufferers

Author: Bc. Anna Ohnisková

Supervisor: PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová, Ph. D.

Number of pages and characters: 95, 189 224

Number of appendices: 7

Number of references: 113

Abstract: This thesis is concerned with the quality of life of frequent nightmare sufferers. The goal of the research was to describe the influence of frequent nightmares in different areas of quality of life, coping strategies of frequent nightmares and their evaluation. Research into the well-being of nightmare sufferers and the distress caused by nightmares is described in the theoretical section. The data was collected from semi-structured interviews. The interviews were evaluated using a clustering method and the OSOP method. It became apparent that nightmares decrease the quality of sleep, individuals feel distressed the day after, frequent nightmares may cause evasive behaviour and complications in social and work life. Psychotherapy for nightmares has been successful. Described coping strategies were recognizing the dream within sleep, strengthening the contact with reality through certain activities after waking up, ignoring the nightmare and dissipate the attention in doing various activities during the day and also talking about the nightmare with other people. It is possible to get used to frequent nightmares but most frequent nightmare sufferers would like to know how to treat them.

Keywords: nightmares, quality of life, qualitative research

Příloha č. 2: Interview Guide



Institut sociálního zdraví
Univerzity Palackého

Institut sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci (OUSHI)
Univerzitní 22, 771 11 Olomouc

INTERVIEW GUIDE

Můžete mi vyprávět Váš příběh od doby, kdy jste poprvé měla noční můry (Od začátku vašich potíží s nočními můrami)?

Doptejte se na jakékoli specifické otázky za účelem objasnění čehokoli, co zaznělo v první části. Potom se ptejte na následující témata (některá nebo všechna) v jakémkoli pořadí tak, abychom získali co nejvíce informací.

Jak to všechno začalo?

Můžete popsat všechny obtíže, které kvůli nočním můrám máte?

Jak často máte noční můry?

Měnil se charakter/frekvence/intenzita vašich nočních můr v průběhu vašeho života?

V jaké fázi spánku nomu máte?

Zažíváte nějaké halucinace před usnutím / po probuzení?

Budíte se z nočních můr nich?

Posunula se nějakým způsobem míra děsivosti nomu, která je nutná pro to, abyste se probudil?

Jaké emoce při nočních můrách prožíváte?

Jaké fyzické projevy vaše noční můry doprovází?

Projevuje se u vás nějaké doprovodné chování ke snu? (např. kopání během snu o fotbale)

Zažil jste někdy prohazování rolí v rámci jedné nomu?

(může vyprávět nějakou noční mýru od začátku do konce + u toho popsat různé projevy)

Napadá Vás, co může být příčinou vašich nočních můr?

Pojí se pro vás s nomu nějaká spirituální přesvědčení?

Došlo někdy u vás v rodinné historii k nějakému traumatu?

Máte nějaké jiné psychické obtíže kromě nomu?

Měla jste někdy sebevražedné myšlenky? Pokud ano, co vám pomohlo to překonat?

Jak nakládáte se stresovými situacemi ve vašem životě? Odráží se stresové situace v nomu?

Jak ovlivňují vaše noční můry každodenní život?

Jak vaše noční můry ovlivňují práci?

Jak vaše noční můry ovlivňují váš intimní život/sociální život/koníčky/prožívání

Jaký vliv mají vaše noční můry na váš spánek?

Jak ovlivňují vaše noční můry vaše chování?

Mají Vaše noční můry nějaký vliv na vaši finanční situaci?

Jak ovlivňují noční můry Vaše sebepojetí?

Co jste se snažil/a udělat pro snížení frekvence nebo intenzity nočních můr?

Snažil/a jste se nějakým způsobem změnit svůj životní styl?

Dbáte na spánkovou hygienu / přemýšlíte o spánkové hygieně?



Jaký je váš spánkový režim?

Zkoušela jste lucidní (bdělé snění) nebo nějaké jiné svépomocné techniky, které se užívají ke zmírnění frekvence nočních můr?

Co vám pomáhá?

Slyšel/a jste někdy o možnosti, že by šly noční můry léčit?

O kterých metodách jste slyšela? Kde jste se o nich dozvěděla?

Bral/a jste někdy nějaké doplňky stravy nebo léky za účelem snížení frekvence nebo intenzity nočních můr?

Bavila jste se o svých nočních můrách s odborníkem? (např. s praktickým lékařem)

Vyhledal/a jste odbornou pomoc?

Pokud ano, co Vás k tomu přimělo? Koho jste navštívila? Jak to proběhlo/probíhá?

Jaký efekt na vás měla léčba/terapie/poradenství.

Udělal/a Vám nějaké testy/vyšetření

Obdržel/a jste nějakou diagnózu? (např. idiopatické noční můry)

Pokud ano, jaké to pro vás bylo? Jak Vám to bylo oznámeno?

Co si myslíte o odbornících, které jste vyhledal/a za účelem řešení vašeho problému s nočními můrami?

Pokud ne, co vás od toho odrazuje?

Co by vás přimělo hledat odbornou pomoc?

Bral/a jste někdy nějaké doplňky stravy nebo léky za účelem snížení frekvence nebo intenzity nočních můr?

Umíte si představit život bez nomu?

Znáte někoho dalšího, kdo má noční můry?

Hledal/a jste např. nějakou podpůrnou skupinu pro jedince s nočními můrami?

Přemýšlela jste o tom, že byste tuto skupinu kontaktovala?

Hovoříte s někým o svých nočních můrách? Jak se s nimi o tom bavíte? Co jim říkáte?

Jak reagují lidé z rodiny/přátelé/kolegové?

Dostáváte od druhých lidí podporu? Jakou podporu dostáváte od ostatních lidí?

Jak byste chtěla, aby druzí lidé reagovali, když s nimi nomu sdílíte?

Je někdo, komu byste o nočních můrách neřekla?

Máte dostatek informací o nočních můrách?

Kde hledáte informace o nočních můrách?

Je nějaká informace, kterou si myslíte, že by lidé s nočními můrami měli vědět?

Jaké pocity se pojí vašimi s nočními můrami?

Zažil/a jste někdy nějaké pozitivní emoce v souvislosti s nepřijemnými sny/nočními můrami? Co to bylo za emoce, kdy se objevily?

Uvažoval jste někdy o tom, že by nomu nějakým způsobem napomáhaly vašemu osobnostnímu růstu?

Jak je vám teď na konci rozhovoru?

Příloha č. 3: Posudek Etické komise OUSHI



Institut sociálního zdraví
Univerzity Palackého

CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA UP
Univerzitní 22, 771 11 Olomouc, tel.: +420 777 443 143, E-mail: peter.tavel@upol.cz

VYJÁDŘENÍ ETICKÉ KOMISE OUSHI

Seznam hlasujících členů komise:

1. prof. PhDr. Ivo Čermák, CSc.
2. doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD.
3. Mgr. Vít Hušek, Th.D.
4. doc. PhDr. Vladimír Chrz, Ph.D.
5. prof. PhDr. Vladimír Smékal, CSc.
6. PhDr. Iva Šolcová, Ph.D.
7. PhDr. Iva Poláčková Šolcová, Ph.D.

Projekt s názvem **Využití metodologie DIPEX pro podporu kvality života jedinců trpících častými nočními můrami** byl schválen/neschválen* Etickou komisí OUSHI pod jednacím číslem: 2017/07

Zápis průběhu jednání: Dne 10.5.2017 byl tajemníkem Etické komise OUSHI prof. Ing. Mgr. et Mgr. Petrem Tavelem, Ph.D. členům komise zaslán email se žádostí o vyjádření k výzkumu, jehož popis byl součástí Žádosti o schválení Etickou komisí OUSHI a veškeré související dokumenty byly uloženy k nahlédnutí ve sdíleném souboru Etická komise_OUSHI. Email byl poslán členům Etické komise vyjmenovaných výše. Z hlasování byli vynecháni ti členové EK OUSHI, kteří jsou jeho řešitelé. Všichni oslovení členové EK OUSHI se do daného termínu (20.5. 2017) vyjádřili a souhlasili. Výsledek 7-0-0 (souhlasil-proti-zdržel se). Tím byl výzkum schválen.

V Olomouci dne: 22.5.2017

Etická komise OUSHI zhodnotila předložený výzkum, který spočívá v realizaci rozhovorů s lidmi trpícími častými nočními můrami, jejich analýzách a zveřejnění výsledků na webové stránce www.hovoryozdravi.cz (blíže popis viz Žádost o vyjádření Etické komise OUSHI), a ~~shledala/neshledala~~* **žádné rozpory** s platnými zásadami, účinnými právními předpisy a mezinárodními směrnicemi pro výzkum.

Podmínky projektu jsou v souladu s výše uvedeným, a jsou tak splněny podmínky nutné k získání souhlasu Etické komise OUSHI.


.....
razítko fakulty
podpis děkana/děkanky CMTF




.....
podpis předsedy EK

Příloha č. 4: Informační list pro účastníka rozhovoru



Institut sociálního zdraví
Univerzity Palackého

Informační list pro účastníka rozhovoru

Institut sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci (OUSHI)
Univerzitní 22, 771 11 Olomouc

INFORMAČNÍ LIST PRO ÚČASTNÍKA ROZHOVORU

Modul: Noční můry

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Klůzová Kráčmarová a jsem odpovědná výzkumná pracovnice modulu Noční můry, který je realizován pomocí metodiky DIPEX na Univerzitě Palackého v Olomouci. Dovolte, abych Vás tímto způsobem požádala o účast na výzkumu. Než se pro účast v něm rozhodnete, seznámím Vás s tím, proč se výzkum provádí a co můžete očekávat. Přečtěte si, prosím, pozorně následující informace. Pokud chcete, promluvejte si o tom s přáteli, nebo se svými blízkými. Budete-li mít nějaké otázky, nebojte se mě kontaktovat (lucie.kluzova@oushi.upol.cz, +420 739 228 117). Věnujte, prosím, svému rozhodnutí tolik času, kolik potřebujete. Děkuji Vám za spolupráci.

Co je cílem výzkumu?

Cílem výzkumného šetření je hlubší porozumění zkušenostem, které mají lidé s nočními můrami. Prostřednictvím rozhovorů se snažíme zjistit, jak noční můry ovlivňují různé aspekty života člověka. Naším cílem je také zpřístupnit naše poznatky dalším lidem s podobným problémem a jejich blízkým.

Co je DIPEX a jak funguje?

Metodologie DIPEX vznikla na Univerzitě v Oxfordu a postupně se rozšířila do mnoha zemí po celém světě. Je založena na hloubkových rozhovorech mapujících zkušenosti pečlivě vybraných osob a na zpřístupnění těchto zkušeností dalším lidem – pacientům, zdravotníkům, studentům medicíny apod. V rámci výzkumu shromažďujeme rozhovory ve formě videa nebo audia a textu. Chceme je využít několika způsoby:

- Jako příspěvky na webových stránkách www.hovoryozdravi.cz, které provozuje Institut sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci.
- Jako podporu a zdroj informací pro další lidi s podobnými zkušenostmi.
- Pro školení odborníků ve zdravotnické, psychologické, či terapeutické péči.
- Jako výzkumná data v souvislosti s psaním odborných článků do vědeckých časopisů.

Webové stránky www.hovoryozdravi.cz mají za cíl zpřístupňovat:

- Příběhy týkající se zdraví, nemocí a problémů, které souvisejí se specifickými etapami života člověka (dětství, dospívání, stárnutí, nemoci, těhotenství, porod, smrt atd.).
- Informace o diagnostice a léčbě a o zkušenostech jiných lidí.
- Informace, které mohou být užitečné pro lidi, kteří procházejí podobnými životními etapami nebo nemocemi a jejich blízké.
- Informace pro odborníky z oblasti zdravotnické, sociální či psychologické péče.

Hlavní a nejdůležitější myšlenkou našeho projektu je, že zkušenost lidí zveřejněná na webové stránce www.hovoryozdravi.cz, může být nápomocná dalším lidem: může jim (nebo jejich blízkým) být oporou a poskytnout praktické informace. Naše webová stránka www.hovoryozdravi.cz je veřejně přístupná a může ji tak navštívit každý, kdo má přístup k internetu (včetně sociálních pracovníků, vědců, politických činitelů) a chce lépe porozumět lidem se zdravotními problémy a dozvědět se více o jejich zkušenostech.

Děkuji Vám a těším se na spolupráci s Vámi

PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová
vedoucí výzkumnice modulu „Noční můry“
e-mail: Lucie.Kluzova@oushi.upol.cz
tel: +420 739 228 117

Nejčastěji kladené otázky

V následující části Vám zodpovíme otázky, které jsou členům našeho výzkumného týmu nejčastěji kladeny.

Kdo má dohled nad výzkumem?

Výzkum byl projednán Etickou komisí Institutu sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci.

Kdo je odpovědný za organizaci a financování výzkumu?

Za výzkum metodologií DIPEX je odpovědný prof. Peter Tavel, Ph.D. a jeho spolupracovníci z Univerzity Palackého v Olomouci. Za modul „Noční můry“ je zodpovědná PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová.

Jaký je účel projektu?

Ukázky či sestřihy rozhovorů, které shromažďujeme, budou použity pro ilustraci toho, co prožívají lidé, kteří čelí onemocnění, zdravotním problémům či specifickým životním etapám. Váš rozhovor nebude použit k reklamním ani jinak komerčním účelům.

Rozhovory na webové stránce www.hovoryozdravi.cz budou pravděpodobně v budoucnu využívány i jako vzácný zdroj informací (pro veřejnost, pacienty a jejich rodiny, odborníky z oblasti zdravotnické a sociální péče, pracovníky klinického výzkumu, psychology a další), ze kterého lze čerpat ze zkušeností konkrétních lidí a snad i zlepšovat poskytovanou péči. Rozhovory na webové stránce budou sloužit i jako školicí materiál v různých oblastech vzdělávání (např. zdravotnického personálu, sociálních pracovníků, psychologů apod.). Rozhovory, které shromažďujeme, budou též podkladem pro výzkum.

Proč jsem byl vybrán/a?

Naším záměrem je dělat rozhovory s lidmi, kteří mají zkušenost s životní etapou, zdravím nebo nemocí, jako je ta Vaše. Podobné rozhovory budou uskutečňovány i s řadou dalších lidí, kteří mají podobnou zkušenost.

Musím se výzkumu zúčastnit?

Rozhodnutí, zda se chcete nebo nechcete zúčastnit, je zcela na Vás. Pokud se rozhodnete účastnit se, ponecháte si tento „Informační list“ a budete rovněž požádán/a, abyste podepsal/a "Informovaný souhlas". Kdykoliv však budete mít možnost bez udání důvodu odstoupit.

Co se stane, když se zúčastním?

Pokud vyplníte a odešlete zpět přiložený "Vstupní formulář", budeme vás kontaktovat a domluvíme se na čase a místě rozhovoru, které Vám budou vyhovovat. Pokusíme se zodpovědět všechny otázky, které budete mít ohledně rozhovoru nebo projektu.

Před rozhovorem Vám ukážeme webové stránky www.hovoryozdravi.cz (nebo jejich zahraniční obdobu www.healthtalk.org) na přenosném počítači. Tam můžete najít ukázky z rozhovorů jiných lidí ve formě videa, audia nebo textu.

Jak bude rozhovor vypadat?

Nejprve se Vás zeptáme, zda souhlasíte s nahráváním rozhovoru. Pokud budete souhlasit, stačí podepsat Informovaný souhlas. Po podepsání obdržíte jejich kopie.

Rozhovor bude něco jako neformální konverzace, ve které budete mluvit o sobě svými vlastními slovy. Požádáme Vás, abyste mluvil/a o tom, jak Váš život ovlivňují Vaše noční můry. Budeme se ptát na Váš příběh, Vaše vlastní a osobní zkušenosti – ty dobré i ty špatné.

Stává se, že lidé někdy mají potřebu hovořit o svém příběhu nad rámec výzkumu, což však není v našich silách zachytit, a tak Vás v rozhovoru budeme stále „vracet“ k tématu. Musíme Vás upozornit a jednoznačně předeslat, že tento výzkum není poradenstvím ani jinou formou psychologické či sociální intervence. Nicméně Vám můžeme poskytnout seznam užitečných kontaktů, budete-li si to přát.

Jak dlouho bude rozhovor trvat?

Délka rozhovoru se liší s ohledem na to, kolik toho máte na srdci – záleží pouze na Vás. Rozhovor obvykle trvá kolem jedné až dvou hodin. Prosíme, abyste si vyčlenili cca tři hodiny nejen na rozhovor, ale také na přípravu a podepisování formulářů. Rozhovor můžete kdykoliv zastavit, a to bez udání důvodu.



Mohu po rozhovoru ještě změnit své rozhodnutí?

Rozhovor můžete shlédnout a zvážít, zda se v něm vyskytuje něco, co byste chtěli změnit nebo odstranit. Můžete i dodatečně zakrýt svoji identitu, případně odstranit nebo změnit části rozhovoru. Pokud si budete přát, abychom některé části odstranili, stane se tak. Při rozhodování nebudete nijak časově omezeni. Můžete se také rozhodnout o formě zveřejnění rozhovoru (audio/text/pouze výzkum bez zveřejnění).

Co když dojde k tomu, že se po rozhovoru rozhodnu odstoupit?

Od výzkumu můžete kdykoliv odstoupit. Pokud se tak rozhodnete poté, co rozhovor již proběhl, budou zničeny všechny záznamy Vašeho rozhovoru. Pokud se rozhodnete odstoupit až po zveřejnění rozhovoru na webových stránkách DIPEx, bude odstraněn celý Váš příspěvek. Je nutné Vás však upozornit, že nejsme schopni odstranit existující materiál, který již ostatní lidé i přes veškerá naše bezpečnostní opatření zkopírovali (přičemž nepředpokládáme, že by se něco takového dělo).

Co se stane po rozhovoru?

Rozhovor bude označen číselným kódem. Od té chvíle se zpracovává jen pod tímto číslem. Digitální záznamy a přepisy rozhovorů označené tímto kódem, budou uchovávány na bezpečném místě v pracovišti OUSHI na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Váš rozhovor bude doslovně přepsán. Poté (pokud si to vyžádáte) Vám bude přepis poslán na překontrolování a případné korekce – v této fázi také můžete označit, které části rozhovoru byste nechtěli zveřejňovat na webové stránce.

Když je přepis výzkumníkem analyzován a zpracován do vědeckých či jiných článků, účastníci jsou anonymizováni, tzn. že v článcích nebude prozrazena Vaše identita.

Pokud jste nám udělil(a) „Svolení k použití zvukového záznamu a písemného přepisu rozhovoru“, budou části Vašeho rozhovoru zveřejněny na webu www.hovoryozdravi.cz spolu s informacemi, které jste nám o sobě poskytl(a). Ještě před tím, než budou tyto části z rozhovoru uveřejněny, budete mít možnost se na předběžnou podobu stránek podívat a vyjádřit se, zda s jejich podobou a vybranými ukázkami souhlasíte.

Jak bude výzkumník používat záznam a přepis rozhovoru?

Podpisem formuláře „Svolení k použití videozáznamu/zvukového záznamu/písemného přepisu záznamu rozhovoru“ dáváte autorská práva k rozhovoru Univerzitě Palackého v Olomouci. Jeden exemplář podepsaného formuláře obdržíte i Vy.

Pokud dáte souhlas, aby byl Váš rozhovor použit pro publikaci na webové stránce www.hovoryozdravi.cz, bude použit spolu s rozhovory s dalšími 30 až 50 lidmi, kteří mají podobné zkušenosti. Shrnutí těchto rozhovorů bude uveřejněno na webové stránce www.hovoryozdravi.cz.

Lidé, kteří pak v budoucnu navštíví webovou stránku, uvidí úryvky z Vašeho rozhovoru, budou moci číst jeho přepsané části a prohlížet si záznamy videoklipů ostatních lidí s podobnou zkušeností. Všechna použitá data jsou přísně chráněna v rámci podmínek zákona o ochraně osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů). Výzkumné údaje v anonymizované podobě mohou být použity akademickými pracovníky pro výzkumné účely, zejména s cílem získání informací o sledovaném jevu.

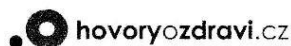
Mohu si vybrat, v jaké formě bude můj rozhovor zveřejněný?

Můžete si vybrat, zda půjde o videozáznam, audiozáznam anebo písemný záznam z rozhovoru (samozřejmě jsme nejraději, pokud si zvolíte všechny možnosti).

Pokud chcete zůstat v anonymitě, můžete používat pseudonym (jak pro sebe tak pro ostatní, o kterých budete hovořit). V rozhovoru můžete vystupovat zcela anonymně a vyhnout se čemukoliv, co by Vás mohlo identifikovat. Vzhledem k tomu, že členové Vaší rodiny mohou být součástí Vašeho příběhu, který bude zachycen na nahrávce, můžete (a my to velmi doporučujeme) svoji účast na rozhovoru prodiskutovat i s nimi.

Je třeba si uvědomit, že zveřejnění rozhovoru na webových stránkách je v něčem podobné vystoupení v televizi. I když je materiál na webové stránce chráněn příslušnými právními předpisy a lidé jej nesmí kopírovat nebo nahrávat, nemůžeme stoprocentně zaručit, že se to nestane. Máte-li jakékoli pochybnosti a otázky o použití či zveřejnění rozhovoru, můžete se ptát nás, nebo si najít nezávislého poradce.

Příloha č. 5: Informovaný souhlas



Olomouc University
Social Health Institute
Palacký University
Olomouc

Evidenční číslo rozhovoru:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Souhlas účastníka výzkumného projektu s pořízením obrazového/zvukového záznamu a se zpracováním osobních a citlivých údajů

Subjekt realizující výzkumný projekt (studii):

Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 511/8, 771 47, Olomouc
Cyrilometodějská teologická fakulta
IČ: 61989592
Kontaktní osoba: Lucie Klůzová Kráčmarová
Univerzitní 22, 771 11 Olomouc, lucie.kluzova@oushi.upol.cz

Jméno výzkumníka

Osoba, která provedla poučení účastníka výzkumného projektu (studie)

Účastník výzkumného projektu (studie):

Jméno a příjmení

Datum narození

Adresa

(dále též jako „účastník výzkumu“)

Výzkumný projekt (studie): Kvalitativní studie: Noční můry (dále jen „výzkumný projekt“)

Období realizace výzkumného projektu: 2016 - 2017

Hlavní řešitel výzkumného projektu: PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zkoumání zkušeností s Vaším zdravím a nemocí. Prostřednictvím informačního listu, který tvoří nedílnou součást tohoto Souhlasu účastníka výzkumného projektu s pořízením obrazového/zvukového záznamu a se zpracováním osobních a citlivých údajů Vám byly představeny základní informace o výzkumu. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají určité výhody, ale i rizika, se kterými budete seznámeni níže.

1. Udělení souhlasu s pořízením obrazového/zvukového záznamu

Udělují, jakožto účastník výzkumu, svolení podle ust § 87 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, k pořízení obrazového/zvukového záznamu a jeho kopií týkající se mé osoby za účelem zkoumání, zpracování, analýzy a zveřejnění výstupů do souboru „zkušeností se zdravím a nemocí“ a dále za účelem vědeckým, zejména k publikačním výstupům v rámci zahraničních a domácích vědeckých periodikách, záznamy (audio/video) budou využity v rámci webových stránek DIPEX za účelem online zpřístupnění odborné i široké veřejnosti po celém světě, to vždy po předchozím písemném souhlasu každého účastníka výzkumu. Výsledky výzkumného projektu budou subjektem realizujícím projekt dále použity na přenosných discích při vzdělávání akademických pracovníků, zdravotnických i nezdravotnických profesí.

2. Prohlášení účastníka výzkumu:

Současně prohlašuji, že jsem byl seznámen se skutečností, že jednou dané svolení k pořízení obrazového nebo zvukového záznamu mohu kdykoliv odvolat, a to na základě písemného vyznění adresovaného subjektu realizujícímu výzkumný projekt.

3. Informace o zpracování osobních údajů účastníka výzkumu v průběhu a po skončení výzkumného projektu

Veškerá práva a povinnosti při zpracování osobních údajů se řídí zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“). Pro účely vedení evidence týkající se

výzkumného projektu a pro účely týkající se evidence, vyhodnocení a použití výsledků projektu, budou subjektem realizujícím výzkumný projekt zpracovány následující osobní a citlivé údaje o účastníkovi projektu:

- | | |
|--|---|
| a) jméno a příjmení, | h) země narození, |
| b) datum narození, věk, | i) etnická příslušnost/národnost, |
| c) pohlaví, | j) zaměstnání (povolání, úvazek, počet lidí na pracovišti, hlavní náplň práce/organizace, pro kterou pracujete, náplň práce), |
| d) adresa, telefonní číslo, | k) informace o zdravotním stavu (diagnóza, datum diagnózy, věk při diagnostikování), |
| e) emailová adresa, | l) vzdělání. |
| f) rodinný stav, počet dětí, věk dětí, počet vnoučat, věk vnoučat, | |
| g) počet osob v domácnosti, | (dále jen „osobní a citlivé údaje“). |

Poskytnutí osobních a citlivých údajů účastníkem výzkumu subjektu realizujícímu výzkumný projekt je dobrovolné. Pokud účastník výzkumu odmítne poskytnout subjektu realizujícímu výzkumný projekt uvedené osobní a citlivé údaje, nemůže se výzkumného projektu zúčastnit. Zpracováním osobních a citlivých údajů se rozumí shromažďování těchto osobních a citlivých údajů, ukládání na nosiče informací, jejich vyhledávání, používání, uchovávání, třídění a likvidace. Subjekt realizující výzkumný projekt bude zpracovávat osobní a citlivé údaje pouze v souladu s účelem, k němuž byly shromážděny. Osobní a citlivé údaje budou subjektem realizujícím výzkumný projekt zpracovávány po dobu neurčitou. Účastník výzkumu má v souladu s ust. § 12 zákona právo na informace o zpracování svých osobních a citlivých údajů (tj. právo na přístup ke všem údajům o své osobě) a v souladu s ust. § 21 odst. 1 zákona právo požádat subjekt realizující výzkumný projekt o písemné vysvětlení, pokud se domnívá, že subjekt realizující výzkumný projekt provádí zpracování jeho osobních údajů v rozporu s ochranou jeho soukromého a osobního života nebo v rozporu se zákonem, zejména jsou-li osobní údaje nepřesné s ohledem na účel jejich zpracování. Účastník výzkumu je oprávněn souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů kdykoli odvolat.

4. Informace o způsobu využití výsledků výzkumného projektu:

Výsledky výzkumného projektu budou využity k vědeckým účelům, k publikačním výstupům v rámci zahraničních impaktovaných a domácích recenzovaných vědeckých periodikách, záznamy (audio/video) budou využity v rámci webových stránek DIPEX za účelem online zpřístupnění odborné i široké veřejnosti po celém světě, to vždy po předchozím písemném souhlasu každého účastníka výzkumu. Výsledky výzkumného projektu budou subjektem realizujícím projekt dále použity na přenosných discích při vzdělávání akademických pracovníků, zdravotnických i nezdravotnických profesí.

5. Prohlášení účastníka výzkumu:

1. Potvrzuji, že jsem si přečetl/a tento informovaný souhlas týkající se výše uvedeného výzkumu, včetně všech jeho příloh, a porozuměl/a mu.	<input type="checkbox"/>
2. Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti klást otázky a tyto mi byly uspokojivě zodpovězeny. Rovněž prohlašuji, že všem výše uvedeným skutečnostem a poskytnutým informacím rozumím a beru je na vědomí. Nemám žádné další otázky ani nejasnosti a vyslovuji svůj výslovný svobodný souhlas s účastí na výzkumném projektu.	<input type="checkbox"/>
3. Prohlašuji, že jsem plně způsobilý/á k právním úkonům a jako takový/á prohlašuji, že jsem informován/a o skutečnosti, že má účast v projektu je dobrovolná a jsem oprávněn/a kdykoliv z výzkumného projektu odstoupit.	<input type="checkbox"/>
4. Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním svých osobních a citlivých údajů v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.	<input type="checkbox"/>

Tento souhlas je sepsán ve dvou vyhotoveních s povahou originálu, přičemž jedno vyhotovení obdrží účastník výzkumu a jedno vyhotovení obdrží subjekt realizující výzkumný projekt.

Účastník výzkumu:

Jméno a příjmení (tiskacím)	Podpis	Místo	Datum
-----------------------------	--------	-------	-------

Výzkumník:

Jméno a příjmení (tiskacím)	Podpis	Místo	Datum
-----------------------------	--------	-------	-------

*Přílohy: Informační list pro účastníka
Údaje o účastníkovi*

Příloha č. 6: Údaje o účastníkovi



Olomouc University
Social Health Institute
Palacký University
Olomouc

Evidenční číslo rozhovoru:

ÚDAJE O ÚČASTNÍKOVĚ

Jméno Věk^w Pohlaví^w
Adresa
Telefon Datum narození
Emailová adresa

Vyplní výzkumník, pokud byl vyplněn vstupní formulář

Jméno a tel. číslo přítele nebo příbuzného pro jinou možnost kontaktu
Preferované jméno pro webové stránky^w Bydlím s.....
Rodinný stav^w
Počet dětí..... Věk dětí.....
Počet osob v domácnosti^w..... Země narození
Vzdělání Etnická příslušnost/národnost
Současné zaměstnání^w

Zaškrtněte všechna odpovídající políčka týkající se Vašeho zaměstnání:

- Plný úvazek Nezaměstnaný Student
 Částečný úvazek V důchodu

Účastník předběžně souhlasil se zveřejněním výše uvedených osobních dat na webové stránce a s uveřejněním rozhovoru v podobě video/audio/písemný přepis*

Místo rozhovoru (tj. doma/v práci/na klinice atd.)
Kontakt pro rozhovor (tj. praktický lékař/podpůrná skupina/odborný lékař atd.)
Výzkumník Datum rozhovoru Metoda nahrávání: audio/video*
Poznámky (co si účastník přeje/nepřeje a další)

Vyplní výzkumník

Svým podpisem stvrzuji, že výše uvedené údaje o mojí osobě jsou pravdivé a souhlasím s jejich zpracováním pro výzkumné účely a webové stránky DIPEX.

Účastník projektu:.....
Jméno a příjmení (tiskacím) Podpis Místo Datum

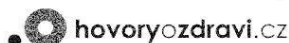
^wtyto údaje budou zveřejněny na webu DIPEX, ostatní slouží jen ke zpracování pro výzkumné účely

*nehodící se škrtněte

(4) Údaje o účastníkovi

DIPEX 2018 | 1

Příloha č. 7: Svolení k použití obrazového / zvukového materiálu



Olomouc University
Social Health Institute
Palacký University
Olomouc

Evidenční číslo rozhovoru:

SVOLENÍ K POUŽITÍ OBRAZOVÉHO/ZVUKOVÉHO/PÍSEMNÉHO PŘEPISU ZÁZNAMU ROZHOVORU

Subjekt realizující výzkumný projekt (studii):

Univerzita Palackého v Olomouci, Křížkovského 511/8, 771 47 Olomouc

Cyriometodějská teologická fakulta, Univerzitní 22, 771 11 Olomouc

IČ: 61989592

Kontaktní osoba: Lucie Klůzová Kráčmarová, Univerzitní 22, 771 11 Olomouc, lucie.kluzova@oushi.upol.cz

Osoba, která provedla poučení účastníka výzkumného projektu (studie):

Účastník výzkumného projektu (studie):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

(dále též jako „účastník výzkumu“)

Výzkumný projekt (studie): Kvalitativní studie: Noční můry (dále jen „výzkumný projekt“)

Období realizace výzkumného projektu: 2016 - 2017

Hlavní řešitel výzkumného projektu: PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová

Jméno výzkumníka:

Udělují, jakožto účastník výzkumu, svolení podle ust. § 87 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, k použití **obrazového/zvukového/písemného přepisu záznamu rozhovoru v plném rozsahu (dále jen „souhlas“)** týkající se mé osoby, vedeného pod výše uvedeným evidenčním číslem, pořízený dne za účelem:

- Zařazení obrazového/zvukového záznamu do souboru nahrávek (v souvislosti s daným výzkumným projektem) dostupného na webových stránkách DIPEX v rozsahu uvedeném níže, přičemž si uvědomuji, že obrazový/zvukový záznam bude přístupný uživatelům internetu po celém světě.
- Rozmnožování a nahrávky na přenosných discích pro vzdělávací potřeby zdravotnických i nezdravotnických profesí, které přicházejí do styku se seniory.

Současně prohlašuji, že jsem byl obeznámen se skutečností, že jednou dané svolení k použití obrazového nebo zvukového záznamu nebo přepisu záznamu rozhovoru mohu kdykoliv odvolat, a to na základě písemného vyrozumění adresovaného subjektu realizujícímu výzkumný projekt.

Souhlasím s tím, aby můj obrazový/zvukový záznam/písemný přepis* rozhovoru v plném rozsahu byl použit následujícím způsobem (zaškrtněte políčka všeho, co platí/přeškrtněte text všeho, co neplatí):

- zpřístupnění video záznamu rozhovoru
- zpřístupnění zvukového záznamu rozhovoru
- zpřístupnění písemného přepisu rozhovoru
- při vzdělávání osob zdravotnických i nezdravotnických profesí
- pro vědecké účely

Účastník výzkumu nesouhlasí s uveřejněním ani audio nebo video záznamu, ale souhlasí s následujícím zpracováním (výzkumník s ním probere možnost nahrazení jeho obrazu/zvuku hercem a upřesní se zde):

Tento souhlas je zpracován ve dvou vyhotoveních s povahou originálu, přičemž jedno vyhotovení obdrží účastník výzkumného projektu a jedno vyhotovení obdrží subjekt realizující výzkumný projekt.

Nahrávka nahraná jako: Video Audio

Účastník výzkumu:

Jméno a příjmení (tiskacím)

Podpis

Místo

Datum

(5) Svolení k použití obrazového/zvukového/písemného přepisu záznamu rozhovoru

*nehodící se škrtněte
DIPEX 2014 1