

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Subjektivní kvalita spánku u jedinců s
častými nočními můrami**

Subjective sleep quality in individuals with
frequent nightmares



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Kateřina Surovcová

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

Olomouc
2018

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Subjektivní kvalita spánku u jedinců s častými nočními můrami“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne Podpis

Na tomto místě bych chtěla bych poděkovat vedoucí práce PhDr. Lucii Klůzové Kráčmarové, PhD. za její trpělivost, vstřícný přístup, ochotu, čas a odborné rady, které vedly ke zpracování a dokončení magisterské práce. Dále bych ze srdce chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu za jejich ochotu a sdílení jejich příběhu.

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	8
1 Spánek a jeho funkce.....	9
1.1 Stádia spánku	9
1.2 Spánková deprivace	11
1.3 Kvalita spánku	12
1.4 Faktory ovlivňující spánek a jeho kvalitu	13
2 Vybrané poruchy spánku.....	15
2.1 Klasifikace poruch spánku	15
2.2 Insomnie.....	15
2.3 Parasomnie.....	18
2.4 Parasomnie s poruchou probuzení z NREM spánku	19
2.4.1 Probuzení se zmateností	20
2.4.2 Somnambulismus.....	20
2.4.3 Pavor nocturnus	21
2.5 Parasomnie vázané na REM spánek	21
2.5.1 Porucha chování v REM spánku	21
2.5.2 Spánková obrna	24
2.6 Hraniční varianty a izolované příznaky poruch spánku.....	26
2.6.1 Chrápání	26
2.6.2 Mluvení ze spánku.....	27
2.6.3 Hypnagogické záškuby.....	27
2.7 Fobie spojené se spánkem.....	27
3 Spánek a sny.....	29
3.1 Definice snu	29
3.2 Vybrané teorie snění a nočních můr	29
3.2.1 Psychoanalytická teorie snění a nočních můr	29
3.2.2 Kognitivní teorie snění	32
3.2.3 Neurologické teorie snění.....	32
3.3 Sny a psychopatologie	33
4 Noční můry	35
4.1 Klasifikace NOMU	36
4.2 Epidemiologie nočních můr.....	37

4.3	Faktory ovlivňující noční můry	37
4.4	Obsah nočních můr	40
4.5	Léčba nočních můr.....	40
4.5.1	Psychoterapeutická léčba.....	41
4.5.2	Farmakologická léčba.....	42
5	Dosavadní výzkumy kvality spánku u jedinců s častými nočními můrami	44
	PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE	46
6	Cíle výzkumu	47
6.1	Výzkumné otázky	47
7	Metodologie výzkumu	48
7.1	Zvolený typ výzkumu	48
7.2	Výzkumný soubor.....	48
7.3	Metody získávání dat.....	51
7.3.1	Narativní rozhovor.....	52
7.3.2	Polostrukturovaný rozhovor	52
7.3.3	Pittsburský index kvality spánku (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI)	53
7.4	Průběh sběru dat.....	54
7.5	Zpracování získaných dat	55
7.6	Etické aspekty výzkumu	56
8	Výsledky	57
8.1	Spánek jedinců s častými nočními můrami	57
8.1.1	Charakteristika spánku jedinců s častými nočními můrami	57
8.1.2	Kvalita spánku u jedinců s častými nočními můrami.....	58
8.1.3	Faktory ovlivňující kvalitu spánku	60
8.1.4	Vliv nočních můr na kvalitu spánku.....	64
8.1.5	Symptomy dalších spánkových poruch jedinců s častými nočními můrami.....	66
8.1.6	Fyzické projevy doprovázející spánek jedinců s častými nočními můrami	70
8.1.7	Vliv zhoršené kvality spánku na každodenní fungování.....	73
8.1.8	Využívané strategie ke zlepšení spánku	75
8.2	Dotazník PSQI	79

9	Diskuze.....	81
9.1	Limity výzkumu.....	85
10	Závěr	87
	Souhrn	88
	Použité zdroje.....	93
	Seznam příloh	107

Úvod

Spánek je nedílnou součástí života každého z nás. Pro většinu lidí představuje spánek potřebnou regeneraci těla i mysli. Po probuzení se cítí svěže a každodenní úkoly pro ně nejsou obtížné. Jak ovšem hodnotí kvalitu svého spánku lidé, kteří během něj prožívají sny se silně negativním emočním doprovodem? Je pro ně spánek také příjemnou činností? Cítí se následující den plní energie?

Tématu kvality spánku u jedinců s častými nočními můrami se budu věnovat ve své magisterské diplomové práci. Navazuji na svou bakalářskou diplomovou práci, ve které jsem věnovala kvalitě spánku ve vztahu k rodinnému prostředí. Z této práce jsem částečně převzala některé části textu, které jsem dále rozšířila.

Cílem práce je přiblížení zkušenosti jedinců s častými nočními můrami. Zaměřím se především na jejich spánek. Budu se zabývat faktory, které jej ovlivňují, jeho doprovodnými projevy i výskytem symptomů dalších spánkových poruch a obtíží. V neposlední řadě se budu věnovat tomu, jaký mají spánek a jeho kvalita vliv na každodenní fungování jedinců s častými nočními můrami.

Teoretická část je zaměřena především na spánek, vybrané poruchy spánku související s nočními můrami a samotné noční můry. Empirická část obsahuje cíle výzkumu, jeho metody, zpracování dat a samozřejmě také jeho výsledky.

Tato magisterská práce vznikla v rámci výzkumného projektu Psychologické, sociální a spirituální aspekty chronických a nádorových onemocnění podpořeného grantem IGA_CMFTF_2018_007 a realizovaného na Institutu Sociálního zdraví na Univerzitě Palackého (OUSHI).

TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

1 Spánek a jeho funkce

Spánek je všudypřítomnou složkou života nejen savců, ale také ptáků. Jeho definice není jednoznačná, různé vědní obory jej popisují dle objektu, kterým se zabývají.

Obecně lze spánek definovat jako celkový útlum činnosti ústředního nervového systému. Je spojený se snížením aktivity většiny životních pochodů. Významně ovlivňuje proces učení, paměť, schopnost soustředit se. Jeho nedostatek se projeví ve snížení duševních schopností (Hartl & Hartlová 2009).

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

Merkurová a Orel (2008) popisují spánek z neurofyzilogického hlediska. Jedná se podle nich o heterogenní funkční stav centrálního nervového systému a celého organismu. Připodobňují jej ke stavu bezvědomí, ze kterého je možné se adekvátním senzoricým podnětem probudit (Merkunová & Orel, 2008).

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

1.1 Stádia spánku

Nathaniel Kleitman a jeho student Eugene Aserinsky roku 1951 zjistili, že spánek není homogenním stavem, jak by se na první pohled mohlo zdát, ale že se skládá ze dvou hlavních částí (Pollak, Thorpy, & Yager, 2010). Jedná se o REM fázi a NREM fázi. Označení REM fáze pochází z anglického „rapid eyes movement“, což je překládáno jako rychlé pohyby očí. Pod víčky se oči koordinovaně pohybují zleva doprava. Zkratka NREM vychází z anglického označení „non rapid eyes movement“. Jak už název napovídá,

u NREM spánku se pohyby očí nevyskytují, což jej právě od REM fáze spánku odlišuje (Šonka, Němcová, & Paul, 2007). Střídání spánkových fází je označeno jako spánková architektura (Vašutová, 2009).

NREM spánek

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

Rozlišujeme čtyři stádia NREM spánku:

Stadium 1: v tomto stádiu dochází k usínání. Nejprve proběhnou velké tělesné pohyby, případně změna polohy těla. Následně se prohlubuje dýchání a zároveň se snižuje aktivita svalů. V této fázi se mohou objevit svalové křeče, které se projeví škubnutím celého těla, což může způsobit probuzení (Fernald, 1997 in Plháková, 2013). Na záznamu EEG se objevují nepravidelné theta vlny, jejichž frekvence se pohybuje v rozmezí 3-7 Hz. V případě, že dojde k probuzení v tomto stadiu, tak je člověk přesvědčený o tom, že ještě nespal (Empson, 2002).

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

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

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

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

REM spánek

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

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

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

1.2 Spánková deprivace

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

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

Spánková deprivace má negativní dopad na běžné denní úkony. Nedostatek spánku mimo jiné výrazně negativně ovlivňuje fungování lidského mozku. Spánková deprivace

je spojena s rozsáhlou změnou aktivity neurotransmiterů a neuromodulátory, mezi které patří například dopamin (Volkow et al., 2009). Následkem nedostatku spánku může být rovněž zhoršení kognitivních procesů. Při náročných úkolech se objevuje vyšší chybovost a zhoršení paměti (Stepan, Fenn, & Altmann, 2018). Vlivem spánkové deprivace dochází také ke zhoršení pracovní paměti, pozornosti a ostražitosti (Chee et al., 2006, Lim & Dinges, 2008).

1.3 Kvalita spánku

Kvalitní spánek je velmi důležitý. Je předpokladem pro optimální neurokognitivní a psychomotorický výkon (Giri, Baviskar, Phalke, 2013). A významnou roli hraje také k udržení dobrého zdravotního stavu (Healey et al., 1981). Zhoršená kvalita spánku je spojena s řadou nemocí. Významně přispívá ke vzniku onkologických onemocnění (Akman et al., 2015, Verkasalo et al., 2005). Akman et al. (2015) ve své výzkumné studii zjistil, že celkem 40 % onkologicky nemocných pacientů označilo kvalitu svého spánku za špatnou. Kromě toho se u nich velmi často objevovala také nespavost a zkrácená doba spánku. Dále horší kvalita spánku významně souvisí s mnoha typy metabolických onemocnění (Li et al., 2015). V neposlední řadě je také spojená s obstrukčním onemocněním dýchacích cest (Verkasalo et al., 2005).

Zhoršená kvalita spánku nemá vliv jen na vznik či průběh fyzických onemocnění, ale významně ovlivňuje také kognitivní funkce. Může vést k psychosociálnímu stresu, snížení efektivity práce či zhoršené akademické výkonnosti (Azad et al., 2015). Výjimkou nejsou ani psychiatrická onemocnění. Špatná kvalita spánku je považována za silný rizikový faktor vzniku psychiatrického onemocnění, jako je úzkostná porucha či závažná depresivní porucha (Buysse et al., 2008).

Lidé, kteří svou kvalitu spánku hodnotí jako špatnou, popisují také změny ve své náladě. Prožívají často hněv, zmatek, napětí, únavu nebo mají zkušenost s depresí. Mluví o časté denní ospalosti a zvýšeném výskytu fyzického onemocnění. Mimo to mají vyšší spotřebu léků a alkoholu než lidé, kteří svůj spánek označují za kvalitní (Lund et al., 2010). Jedinci se špatnou kvalitou spánku rovněž zaznamenávají zvýšenou hladinu denní spavosti (Pilcher, Ginter, & Sadowsky, 1997). Zkoumána byla také souvislost kvality spánku a suicidality při závažné depresivní poruše. Ve výzkumu Davidsona et al. (2013) bylo zjištěno, že pacienti se sebevražednými myšlenkami a depresi měli významně horší kvalitu spánku, latenci spánku a kratší dobu spánku. Tato zjištění naznačují, že existuje

souvislost mezi špatnou subjektivní kvalitou spánku a sebevražedným chováním u pacientů s depresivní poruchou.

Zvláště vysokoškolští studenti jsou skupinou, která je náchylná ke vzniku poruch spánku či jeho zhoršené kvalitě. Je to především kvůli fyziologickým změnám, které se odehrávají v tomto věkovém stádiu, akademické pracovní zátěži a psychosociálním problémům (Lohsoonthorn et al., 2012). Kromě studentů jsou ohroženi bezesporu také vojáci nebo váleční veteráni, u kterých se kromě špatné kvality spánku objevují velmi často také noční můry nebo další poruchy spánku, jako je například insomnie (Troxel et al., 2015).

1.4 Faktory ovlivňující spánek a jeho kvalitu

Existuje hned několik faktorů, které spánek a jeho kvalitu ovlivňují. Trachtová et al. (2008) tyto faktory rozděluje do čtyř kategorií. První z nich jsou **fyziologicko-biologické faktory**, ke kterým se řadí věk, nejrůznější nemoci a bolesti, příjem tekutin, strava, pohyb, aktivita a v neposlední řadě životní styl. Nejen fyzické nemoci, ale také duševní choroby, jako je úzkost, deprese, akutní stresové reakce a psychotické poruchy působí na spánek a mohou zapříčinit vznik jeho poruch a naopak (Fuller et al., 1997, Iqbal, Gupta, & Venkatarao, 2015). Na spánek a jeho kvalitu mají vliv také nevhodné zlozvyky. Studie prokázaly, že jedním z takových je kouření. U participantů, kteří kouřili, byla navíc zvýšená pravděpodobnost výskytu poruch spánku, chrápání či zhoršené kvality spánku (Mehari, Weir, & Gillum, 2014). Dalším výrazným faktorem je také konzumace alkoholu (Valerio, Kim, & Sexton-Radek, 2015) nebo marihuany (Singleton & Wolfson, 2009). Co se týče stravy, se špatnou kvalitou spánku jsou spojeny především nezdravé stravovací návyky, nízký příjem zeleniny a ryb a vysoký příjem sacharidů (Katagiri et al., 2014).

Další skupinou jsou **psychicko-duchovní faktory**, mezi které patří pocity nejistoty, strachu, úzkosti, dále také nedostatek činnosti, nuda či ztráta smyslu života (Trachtová a kol., 2008). Maladaptivní osobnostní znaky jsou také spojeny se zvýšeným rizikem vzniku poruch spánku (Duggan et al., 2014). Spánek ovlivňují také minulé zkušenosti či zážitky. Může se jednat o traumatizaci v dětství (Surovcová, 2016), sexuální zneužití (Krakow et al., 2001) či jiný traumatický zážitek (Mysliwiec et al., 2018).

Třetí kategorií jsou **sociálně-kulturní faktory**, jedná se zvláště o mezilidské vztahy, pracovní i finanční problémy (Trachtová et al., 2008) nebo disharmonii v rodině (Surovcová,

2016). Poslední skupinu tvoří **faktory životního prostředí**, které obsahují všechny rušivé vjemy prostředí, jako například nadměrný hluk, stav ovzduší, tlak vzduchu, teplota vzduchu a nevyhovující prostředí či zařízení (Trachtová et al., 2008).

2 Vybrané poruchy spánku

Porucha spánku je Hartlem a Hartlovou (2009) popisována jako neschopnost dostatečného spánku, která způsobuje narušení výkonnosti a nadměrnou ospalost během dne. Izolovaný výskyt poruch spánku není ojedinělý. Potíže se spánkem uvádí přibližně 25-30 % dospělé zdravé populace. Z toho 17 % lidí považuje své obtíže za závažné. K léčbě poruch spánku se využívají léky usnadňující usínání neboli hypnotika, přičemž pravidelně je užívá přibližně 2-4 % populace. Ve většině případů se jedná o krátkodobé užívání, které není delší než dva týdny. Další 3-4 % procenta lidí užívají k vylepšení kvality spánku a urychlení usínání volně dostupná léčiva (Moráň, 2001).

Poruchy spánku mohou být spojeny také s dalšími onemocněními. Významně spojeny jsou především se zvýšeným psychotickým zážitkem, depresí, úzkostí, psychózou, únavou a nižší kvalitou života (Reeve, Sheaves, & Freeman, 2018)

Poruchy spánku mohou být spojeny také s dalšími onemocněními. Významně spojeny jsou především se psychotickým onemocněním, depresí, úzkostí, únavou a nižší kvalitou života (Reeve, Sheaves, & Freeman, 2018)

2.1 Klasifikace poruch spánku

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

2.2 Insomnie

Insomnie (nespavost) je nejfrekventovanější porucha spánku. Její prevalence v populaci se pohybuje v rozpětí mezi 5-35 % (Kryger, Roth, Dement, 2005). Přičemž spolu s věkem se zvyšuje také četnost jejího výskytu (Vašutová, 2009). Pro nespavost

je charakteristické nedostatečné množstvím spánku nebo jeho horší kvalita. U lidí, trpících insomnií, se vyskytují potíže s usínáním potíže s udržení spánku, probuzení v brzkých ranních hodinách s čímž souvisí pocit nedostatečného zotavení (Praško, Espa-Červená, & Závěšická, 2004).

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

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

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

Co se týče důsledků nespavosti, jsou to především pocity únavy a nedostatečného odpočinku. Během dne se může objevit výrazný úbytek energie a denní spavost (Pretl & Příhodová, 2007). Časté je také narušení kognitivních funkcí, a to převážně poruchy paměti a koncentrace, s čímž souvisí větší náchylnost k chybám. Lidé s přetrvávajícími poruchami spánku jsou také náchylnější k nejrůznějším nehodám. Mají vyšší míru absencí v práci, snižují výkonnost práce, mají nižší kvalitu života a častěji využívají zdravotní péči (Roth, 2007) Dochází u nich k úbytku motivace, poruchám nálady, zvláště pocitu podrážděnosti a úzkosti. Dopady můžeme pozorovat také v somatické oblasti. Zde se jedná především o bolesti hlavy, gastrointestinální symptomy a vznik tenze (Pretl, & Příhodová, 2007).

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

Co se týče komorbidit, které jsou s nespavostí spojené, velmi často se jedná o psychiatrická onemocnění. Odhaduje se, že přibližně 40 % všech pacientů s nespavostí má souběžně psychiatrickou diagnózu (McCall, 2001). Tímto psychiatrickým onemocněním je nejčastěji deprese. Nespavost je diagnostickým příznakem depresivních a úzkostných poruch. Výjimkou nejsou ani psychózy. Poruchy spánku potvrzuje až 80 % pacientů s psychotickým onemocněním, přičemž se nejčastěji jedná právě o nespavost a noční můry (Reeve, Sheaves, & Freeman, 2018). V neposlední řadě je insomnie spojena s vyšším rizikem vzniku demence (Sindi et al., 2018).

Typy insomnie

Nespavost dělíme podle délky jejího trvání na **krátkodobou** a **chronickou** (Praško et al., 2004). **Krátkodobá insomnie** bývá označována také jako akutní nespavost či spánková porucha z nepřízpůsobení. Trvá nejčastěji jen několik dnů, maximálně 2-3 týdny. Způsobena je zpravidla stresem, pracovními či rodinnými problémy, výjimečnými životními událostmi, tělesnými obtížemi, narušením denního režimu, změnou vnějších podmínek. U žen se na jejím vzniku mohou podílet hormonální změny v průběhu menstruačního cyklu (Praško et al., 2004). Krátkodobá nespavost zpravidla vymizí samovolně, po adaptaci na zátěžovou situaci nebo po jejím ukončení (Plháková, 2013). Pokud tomu tak není, pak se k léčbě užívají hypnotika, která nesmí být podávána déle než 4-6 týdnů (Praško et al., 2004). **Chronická insomnie** se označuje také jako přetrvávající či naučená (podmíněná) insomnie. Jedná se o nespavost, ke které dochází minimálně 2-3 krát za týden po dobu delší než 30 dnů. Chronická nespavost je velmi rozšířená a postihuje přibližně 30 % celkové populace (Roth, 2007).

Rozlišujeme 2 typy chronické nespavosti.

Prvním z nich je **primární insomnie**, kde je nespavost hlavním a zároveň jediným příznakem. Na vzniku primární insomnie se mimo jiné podílí chronický stres, napětí při usínání, automatické obavy z nemožnosti usnout a zvýšená bdělost (Praško a kol., 2004). Jako primární insomnii označujeme psychofyziologickou insomnii a idiopatickou insomnii. **Psychofyziologická insomnie** se skládá ze dvou hlavních faktorů. Prvním z nich jsou *automatické obavné představy* s usínáním nebo probouzení během noci, na které lidé během usínání intenzivně myslí. Tyto myšlenky zvyšují *tělesné napětí*, což je druhý faktor. Usínání

se pak stává obtížnějším. Lidé si často stěžují na rychlý proud myšlenek, který není možný při usínání zastavit. **Idiopatická insomnie** má časný začátek, což ji od psychofyziologické insomnie odlišuje. Příznaky se objevují již v dětství a mohou přetrvávat po celý život. Příčinou je pravděpodobně abnormita neurologického řízení mechanismu spánek-bdění (Praško a kol., 2004).

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

Insomnie a noční můry

Výsledky studie Russella, Rasmussena a Huntera (2018) ukázaly, že nespavost a noční můry byly významnými prediktory symptomů deprese. Zároveň mohou být symptomy nespavosti a noční můry spojeny se zvýšenou pravděpodobností sebevražedných myšlenek u jedinců, kteří jimi trpí.

Výzkumy prokazují také vysokou míru komorbidity mezi posttraumatickou stresovou poruchou (posttraumatic stress disorder – PTSD) a poruchou spánku (Elliott et al., 2018). Velmi málo výzkumů se však věnovalo predikci nespavosti a nočních můr u pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou. Z výsledků jednoho z nich vyplývá, že faktory specifické pro posttraumatickou stresovou poruchu jsou asociovány se symptomy nespavosti. Pouze však denní symptomy PTSD a strach ze spánku byly prediktorem nočních můr. Faktory spojené se spánkem a PTSD hrají roli v udržování nespavosti u osob s PTSD, zatímco noční můry se zdají být spjaty s pouze faktory souvisejícími s PTSD (Short et al., 2017).

2.3 Parasomnie

Parasomnie jsou poruchy spánku, pro které jsou charakteristické abnormální, nepředvídatelné jevy ve spánku. Během nich je jedinec schopný vykonávat řadu automatických pohybů a jednání, avšak toto jednání není schopen korigovat a plným vědomím jej řídit. Projevují se nejen ve spánku, ale také ve stavu bdělosti nebo při probuzení.

Zahrnují vegetativními projevy (bušení srdce, rychlejší dýchání, výrazné pocení, vyšší krevní tlak a další), psychické prožitky (emoce, změněné vnímání) a aktivaci autonomního systému (Příhodová, 2013). Novák a Slonková (2008) uvádějí, že v minulosti byly parasomnie milně zaměňovány za formu epilepsie. Odlišení parasomnií od parciálního epileptického záchvatu může být problematické i dnes.

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

Nejčastěji se parasomnie vyskytují v dětském věku. Až 80 % dětí prožije alespoň jedenkrát tento ojedinělý stav. Nicméně s věkem dítěte a vývojem spánku zpravidla ustupují. Nejfrekventovanější jsou parasomnie vázané na NREM spánek, noční můry a primární noční enuréza (Příhodová, 2013).

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

2.4 Parasomnie s poruchou probuzení z NREM spánku

Parasomnie s poruchou probuzení z NREM spánku jsou převážně vázané na dětský věk. Jedná se o přechodnou vývojovou poruchu. Mezi tyto parasomnie patří probuzení se zmateností, somnambulismus (náměsíčnost) a pavor nocturnus (noční děsy) (Příhodová, Šonka, 2007).

2.4.1 Probuzení se zmateností

Nejčastěji se objevuje při probuzení z delta-spánku v první části noci nebo při ranním probuzením. U jedince převládá psychická zmatenost nebo zmatené chování. Jedinec je dezorientovaný časem i místem, jeho řeč je nesrozumitelná nebo alespoň zpomalená. Nezřídka je probuzení spojeno s křikem, pláčem, mluvením či výrazným pocením. Jedinec je zmatený a může být i rozčilený. Myšlení je u něj změněné, na podněty z okolí reaguje zpomaleně. Pohyby mohou být jednoduché či komplexní, většinou jsou však nekoordinované. Epizoda trvá zpravidla 5 až 15 minut. U dospělých se může objevit agresivní a nebezpečné chování ohrožující i pro ostatní osoby. U dětí je forma zpravidla benigní a samovolně ustupuje po 5. roce věku, u předškolních dětí se objevuje nejčastěji. U části dětí posléze přechází v somnambulismus. U dospělých osob se objevuje také zvláštní forma probuzení se zmateností, a tou je ranní spánková inercie (spánková opilost). Tato forma je obvykle chronická. Mezi její následky patří zranění, napadení spolunocležníka a nezřídka i absenci v práci. Další formou je abnormální sexuální chování vázané na spánek. Projevuje se hlasitou sexuálně laděnou vokalizací, protahovanou masturbací, sexuálním zneužíváním či znásilněním. Vyskytuje se však poměrně vzácně (Příhodová & Šonka, 2007).

2.4.2 Somnambulismus

Somnambulismus (také náměsíčnost) je charakteristický automatickým chováním, které zahrnuje především chůzi. Obvykle začíná epizoda náměsíčnosti tím, že se jedinec posadí na posteli, poté může opustit lůžko a chodit po místnosti nebo dokonce i po celém bytě. Jeho výraz ve tváři je obvykle nepřítomný či zmatený. Probuzení není snadné, protože během celé epizody dochází ke snížení schopnosti uvědomovat si vnější stimuly. Vyskytnout se mohou také řečové projevy, ty však jen zřídka vyjadřují kognitivní nebo mentální obsahy. Epizoda, která trvá několik minut či hodin, končí ulehnutím do postele a následným pokračováním v klidném spánku. Po probuzení si jedinec obvykle nic nepamatuje (Pollak, Thorpy, & Yager, 2009).

Podle stejných autorů se somnambulismus nejčastěji objevuje u dětí a v prepubertálním věku. Není to žádný atypický jev, průměrně se s ním alespoň jednou setká až 30 % zdravých dětí. Nejvyšší frekvence výskytu se pohybuje kolem 10. roku života. V průběhu puberty dochází se snížením frekvence epizod (Pollak, Thorpy, & Yager, 2009). U dospělých se prevalence výskytu pohybuje v rozmezí 1-2,5 % populace. Jedná se

spánkovou poruchu, která je geneticky vázána. Pokud jí trpí oba rodiče, pak existuje přibližně 70% pravděpodobnost přenosu na potomky (Borzová a kol., 2009).

2.4.3 Pavor nocturnus

Pavor nocturnus neboli noční děsy popsal roku 1968 Roger J. Broughton. Jedná se o neorganickou parasomnii, která je vázaná na NREM spánek. Obvykle se objevuje v prvním cyklu nočního spánku (Pollak, Thorpy, & Yager, 2009). Je to nejdramatičtější a nejméně častá porucha ze skupiny parasomnií s poruchou probuzení z NREM spánku (Příhodová & Šonka, 2007). Epizoda nočních děsů je charakteristická tím, že se jedinec s pronikavým křikem a úzkostným výrazem prudce posadí v posteli. Prožívá strach, paniku, úzkost. Často je zmatený, vyděšený, mluví nesrozumitelně. Jedná pod intenzivním strachem. Obvykle běží ke dveřím, jako by chtěl někomu utéct, uniknout z pokoje. Během poruchy pozorujeme i vegetativní změny jako je zrychlený dech, tlukot srdce, rozšířené zorničky, značné pocení, může dojít i k pomočení. Epizoda trvá obvykle 1 až 5 minut (Příhodová & Šonka, 2007). Postiženého jedince není možné z epizody probudit, nelze s ním komunikovat (Plháková, 2013). Ráno si zpravidla na noční děsy nevzpomíná. Pokud k rozpomenutí dojde, pak jsou vzpomínky neúplné, objeví se jedna až dvě snové představy (MKN-10, 2014).

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

2.5 Parasomnie vázané na REM spánek

Mezi parasomnie vázané na REM spánek patří porucha chování v REM spánku, izolovaná spánková obrna a nočním můry (Příhodová & Šonka, 2007). První dvě parasomnie budou popsány v následující kapitole, nočním můrám se budu věnovat v samostatné kapitole.

2.5.1 Porucha chování v REM spánku

Jak už napovídá samotný název, porucha chování v REM spánku (REM behavior disorder - RBD) je spojená s abnormálním chováním spícího v průběhu REM fáze spánku. Toto chování přímo souvisí s obsahem právě probíhajícího snu. Projevy mohou být fyzické

nebo vokální. Mezi ty fyzické patří nejrůznější záškuby, jednoduché pohyby, ale také komplexní pohyby. Zvláště často se projevují prudké pohyby končetin, úderů a kopání. Vokální projevy jsou srozumitelné či nesrozumitelné, patří k nim také křik či smích. Toto chování má často velmi silný emoční náboj, patrně jsou především známky agrese nebo obrany. Snící má během toho oči zavřené a neorientuje se podle reálného prostředí, ale podle snové představy o prostoru, což může mít za následek mnoho úrazů. Často se jedná o agresivní nebo obranné chování proti reálně neexistujícímu nepříteli. Neúmyslně zraněný může být i ten, kdo sdílí lůžko s pacientem. Často dochází k pádu z postele či dokonce převržení nebo poničení okolního nábytku (Příhodová, & Šonka, 2007). K motorickým projevům dochází kvůli nedostatečné svalové atonii během REM spánku. Nezanedbatelným důsledkem je také fragmentace spánku kvůli opakovanému probouzení. Rozlišujeme dva typy poruchy chování v REM spánku, a to **sekundární a idiopatickou**.

Sekundární porucha chování v REM spánku je spojena nejčastěji s nějakými neurologickými nemocemi. Chronická je spojena nejčastěji s Parkinsonovou nemocí. V akutní formě se může objevit také u abstinčního syndromu při závislosti na alkoholu, sedativech, hypnotikách či při drogové intoxikaci (Příhodová & Šonka, 2007). Chronická RBD postihuje přibližně 0,5 % celkové populace ve věku nad 50 let a 7 % lidí starších 70 let (Gagnon, Bertrand, Génier Marchand, 2012). Přičemž u mužů se objevuje výrazně více agrese při RBD než u žen (Schenck, 2016). Spouštějícím faktorem mohou být mimo jiné také léky, který jsou mirtazapin, venlafaxin, SSRI a antidepresiva kromě bupropionu (Příhodová & Šonka, 2007).

Idiopatická porucha chování v REM spánku postihuje především muže po 50. roku života. Jedná se o progresivní chorobu, u které je vysoká pravděpodobnost vzniku Parkinsonovy nemoci, parkinsonského syndromu nebo demence. Přičemž průměrný interval nástupu Parkinsonovy nemoci se pohybuje kolem 29 let (Schenck et al., 2013). Mezi rizikové faktory idiopatické poruchy chování v REM spánku patří kouření, poranění hlavy, používání pesticidů a práce v zemědělství (Postuma et al., 2012).

Léčba RBD

K léčbě se využívá farmakoterapie. Nejvíce využívaným lékem je clonazepam, který je účinný u 90 % pacientů. Jeho dávka se upravuje až do dostatečného potlačení příznaků

či do jejich vymizení. Výjimkou tak není navyšování této dávky v průběhu nemoci (Příhodová, & Šonka, 2007). Alternativou clonazepamu může být melatonin, jehož funkcí je tlumení snové a motorické aktivity v REM spánku. Pravidelné podávání melatoninu způsobilo statisticky významné snížení REM spánku bez atonie, stejně jako subjektivní zlepšení klinických příznaků RBD (Kunz & Mahlberg, 2010).

RBD a noční můry

Noční záchvaty se mohou u jedinců s RBD projevit jako rekurentní abnormální sny nebo noční můry. Pacienti s RBD popisují své sny jako velmi akční. Navíc obsahují více agresivních nebo násilných situací, více zvířecích znaků, a naopak se v nich příliš často nevyskytuje sexuální obsah (Fantini et al., 2005). Strach a hněv jsou převažujícími emocemi, které se u RBD objevují. Často se v obsahu snů jedná o pronásledování nebo útok neznámými lidmi, zvířaty nebo hmyzem (Borek, Kohn, & Friedman, 2007, Fantini et al. 2005). RBD je úzce spojeno s nočními můrami. Schenck a Mahowald (2002) zjistili, že celkem 87 % respondentů popisovalo více živých, intenzivních, a násilných snů než dříve. Tyto sny se shodovaly s nástupem RBD a často se u těchto participantů projevovaly jako vážné noční můry. Jak již bylo řečeno výše, během nočních můr byly přítomné negativní emoce. Co se týče obsahu, respondenti byli ve svých snech pouze zřídka primárními agresory, častěji měli roli oběti. Nejčastějším tématem byla obrana proti útokům lidí či zvířat. Toto téma se objevilo u 87 % respondentů. Oproti tomu velmi málo respondentů popisovalo sny s dobrodružným nebo sportovním scénářem. Našla se také podskupina respondentů, kteří měli zkušenost s recidivujícími sny, se scénáři, které zahrnovaly otáčející se předměty nebo pohyby se zrychlením. Další podskupina respondentů měla zkušenost s opakujícími se atoniemi, které náhle zasahovaly do jejich snů. Popisovali to tak, jako by náhle uvízli v blátě, v hlubokém sněhu nebo jako by padali na zemi a nemohli se dostat zpět. Ze závěrů studie vyplynulo, že jak lékaři, tak pacienti, popisovali noční můry jako běžný symptom nemoci RBD (Schenck & Mahowald, 2002). Co se týče diferenciální diagnostiky, je nutné kromě nočních můr zvážit také noční zmatenost při demenci, parasomnie s poruchou probuzení z NREM spánku, noční epilepsii a disociativní poruchu vázanou na spánek (Příhodová & Šonka, 2007).

2.5.2 Spánková obrna

Spánková obrna nebo rovněž spánková paralýza (sleep paralysis) je popisována jako stav, při kterém dochází ke kompletní ztrátě volní hybnosti a vyskytuje se na pomezí spánku a bdění. Utlumeny jsou pohyby příčně pruhovaného svalstva, oční a respirační pohyby přitom zůstávají nezměněny a vnímání bezprostředního okolí je také jasné (American Psychiatric Association, 2013). Spící si tedy celou epizodu pamatuje, avšak není schopen během ní promluvit. Spánková obrna se velmi často objevuje v poloze na zádech. Délka její epizody se trvá v rozmezí sekund až několika minut. Končí zpravidla spontánně. V některých případech je možné ji ukončit sensorickým podnětem, jako je například oslovení či dotek. Méně často se snícimu podaří epizodu přerušit očním pohybem či usilovnou snahou o pohyb (Příhodová & Šonka, 2007). O **izolované spánkové obrně** hovoříme tehdy, pokud se její epizody objevují u zdravého jedince. Ke stanovení přesné diagnózy je za potřebí odlišit spánkovou obrnu jako projev narkolepsie, která má své další charakteristické příznaky. Dále spánkovou obrnu můžeme rozlišit podle toho, ve které fázi spánku se objeví. Obrna **hypnagogická**, se vyskytuje při usínání, a obrna **hypnopompická**, doprovází probouzení ze spánku (Příhodová & Šonka, 2007).

Přibližně u 25-75 % pacientů se navíc během epizody objevují halucinace či pseudohalucinace (Příhodová & Šonka, 2007). Tyto halucinace mají společné znaky, čehož si všimli Cheyne, Rueffer a Newby-Clark (1999a), kteří analyzovali 752 případových studií lidí, kteří spánkovou obrnou trpěli. Výsledkem této studie byl třífaktorový strukturální model, který byl založen na vzájemných vztazích, kulturních příbězích a také na REM neurofyzilogií. Prvním faktorem je **Intruder**, překládaný též jako vetřelec. Jak už název napovídá, charakterizují jej pocity strachu a přítomnosti jiné osoby nebo entity a dále také zrakové a sluchové halucinace. Lidé mají pocit, že je přítomen vetřelec. Mohou vidět narušitele či zlé postavy. Slyší hlasy, děsivé zvuky nebo zkrátka jen mají pocit blížící se zkázy. Tyto halucinace jsou vedlejším produktem mozku vyvolávajícím aktivitu amygdaly, která je centrem systému ostražitosti, když je aktivní, tak se naši bdělost zvyšuje. Další faktor se nazývá **Incubus**. Charakterizují jej pocity tlaku na hrudi či kdekoliv po těle, potíže s dechem a v některých případech vnímání fyzické bolesti. Během této halucinace mohou mít jedinci také pocit, že se udusili nebo zemřeli v důsledku působení zlého subjektu. Objevit se mohou také příznaky z předchozí skupiny, nicméně převládají pocity tlaku na těle a potíže s dýcháním. Předpokládanou příčinou těchto halucinací je fáze REM spánku, během kterého

se naše dýchání změní. Zrychlí se a stane se plytčím. Během spánkové obrny se tak lidé mohou pokoušet zpomalit své dýchání, protože mají pocit, že se udusí. To jim důsledkem imobilizace svalů ve stádiu REM nepůjde a zároveň vyvolá pocit svalového odporu, a to zejména na hrudi. Tento odpor je následně interpretován jako silný tlak na hrudi. Třetí faktor se skládá z **mimotělních zážitků**. Charakteristickými jsou pocity emocionální blaženosti, lidé se cítí šťastní. Někteří jedinci mají pocit, že se pohybují mimo své tělo nebo po svém těle. Mohou mít také dojem, že létají nebo že se jejich tělo pohybuje v prostoru, aniž by podléhalo gravitačním zákonům. Obvyklé jsou také pocity závratě nebo pohled ze třetí osoby. Za tyto zážitky je zodpovědný vestibulární systém, což je oblast, která dominuje při zajištění rovnováhy hlavy a těla v prostoru. Zároveň je úzce spjata s centry v mozku, které jsou odpovědné za regulaci cyklu spánku-bdění. Tyto halucinace jsou vyvolány v důsledku konfliktních informací o poloze těla, nadmořské výšce a pohybu (Cheyne, Rueffer, & Newby-Clark, 1999a).

Spánková obrna je spojena především s výrazně negativními emocemi. Její epizody bývají pro spícího děsivé. Objevují se u něj výrazné pocity úzkosti a občas také pocity dechové tísně (Příhodová & Šonka, 2007). Což potvrzují i výzkumné studie. Strach popisovalo celkem 90 % studentů (Cheyne, Rueffer, & Newby-Clark, 1999b). U psychiatrických pacientů to bylo celkem 69 % (Sharpless et al., 2010). Zatímco 62 % respondentů odpovědělo, že jejich spánková obrna byla doprovázeno intenzivním strachem, pouze 16 % uvedlo, že během epizody spánkové obrny došlo k příjemným pocitům (Lišková et al., 2016).

Příčina spánkové obrny není přesně známa. Zřejmě se jedná o poruchu systému, který kontroluje atonii v REM spánku, a to pravděpodobně na neurochemické nebo mikrostrukturální úrovni. Spánková obrna je popisována jako projev disociace REM spánku. Jejím spouštěčem zpravidla bývá spánková deprivace, nepravidelný režim spánku a bdění, duševní stres, náhlé indukované probuzení z REM spánku a poruchy cirkadiálního rytmu (Příhodová & Šonka, 2007). Mezi významné prediktivní faktory spánkové obrny patří také anxiolytické léky, automatické chování, bipolární poruchy, fyzické onemocnění, hypnopompické halucinace, neretenční spánek a noční pohyby nohou (Ohayon et al. 1999). Oproti tomu rodinný výskyt je spíše výjimečný (Příhodová & Šonka, 2007). Kromě narkolepsie se spánková obrna objevuje také u úzkostných poruch (Otto et al., 2006),

posttraumatické stresové poruchy (Ohayon & Shapiro, 2000) nebo u disociativní poruchy (McNally & Clancy, 2005).

Epidemiologie

Přesná epidemiologie zatím není známa. Z výzkumných studií ovšem vyplývá, že se častěji spánková obrna objevuje u žen než u mužů (Lišková et al., 2016). Alespoň jednu epizodu zažilo 6–62 % obecné populace (Dahlitz & Parkes, 1993; Ohayon et al. 1999; Spanos et al. 1995). Výjimkou nejsou ani opakované epizody. Objevují se přibližně u 5-6 % populace (Příhodová, & Šonka, 2007). Spánková obrna se nezdá objevovat také u studentů nebo psychiatrických pacientů. Zkušenost alespoň s jednou epizodou popisovalo také 28,3 % studentů a 31,9 % psychiatrických pacientů (Sharpless & Barber, 2010). K obdobným výsledkům dospěla také jiná studie, kde alespoň jednu epizodu uvedlo 30 % vysokoškolských studentů a více než 10 % zaznamenalo během života tři nebo více epizod (Cheyne, Rueffer & Newby-Clark, 1999b). Z psychiatrických pacientů, s panickou poruchou, tuto opakovanou zkušenost popisovalo 34,6 % (Sharpless & Barber, 2010). Spánková obrna se může projevit již v dětství, nejčastěji tomu tak je však ve věku 20-40 let (Příhodová & Šonka, 2007). Čím dříve se u jedince epizoda objeví, tím častější je možné očekávat také její opakovaný výskyt (Cheyne, 2005).

Léčba spánkové obrny

Co se týče léčby, spánková obrna zpravidla ustoupí spontánně. Nicméně je nutné dbát na spánkovou hygienu. Ideálně se vyvarovat stresu a také práci na směny. Pokud je situace neúnosná, lze léčbu podpořit také medikací. K těmto účelům se nejčastěji používají léky účinkující proti příznakům disociace REM spánku u narkolepsie. Mezi takové léky patří antidepressiva nebo benzodiazepiny (Příhodová & Šonka, 2007).

2.6 Hraniční varianty a izolované příznaky poruch spánku

Hraniční varianty jsou skupiny poruch, které tvoří přechod mezi spánkem normálním a abnormálním (ICSD-3,2014). Do této skupiny patří například odlišná délka spánku, chrápání, mluvení ze spánku či hypnagogické záškuby (Nevšímalová, 2007).

2.6.1 Chrápání

Chrápání (ronchopatie) jsou dýchací zvuky, které vznikají během spánku v horních dýchacích cestách. Intenzita i výška tónu jsou udávány vlastnostmi kmitajících měkkých

tkání, dotváření zvuku v horních dýchacích cestách a síle dechového úsilí (Šonka a kol, 2004). Chrápání je naprosto běžným jevem. Vyskytuje se až u 60 % mužů 45 % žen starších 60 let (Praško a kol., 2004).

2.6.2 Mluvení ze spánku

Mluvení ze spánku popisuje ICSD-3 (2005) jako vyslovování slov nebo zvuků během spánku, aniž by si je jedinec uvědomoval. Zpravidla se jedná o krátká slova, která obvykle neobsahují příznaky emočního stresu. Objevuje se v idiopatické formě, ale také může být přidruženo k dalším, vážnějším poruchám spánku. Mluvení ze spánku postihuje přibližně 50 % dětí a 5 % dospělé populace. Lze u něj předpokládat genetické predispozice. Tyto projevy mohou být nepříjemné pro partnery či členy domácnosti.

2.6.3 Hypnagogické záškuby

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

2.7 Fobie spojené se spánkem

Jedná se o specifické fobie, které jsou spojeny s extrémním iracionálním strachem z konkrétního identifikovaného podnětu, jehož výsledkem jsou příznaky úzkosti, strachu a dobrovolné vyhýbání se tomu podnětu (Flatt & King, 2010). Specifické fobie se obvykle objevují už v dětství. Některé z nich vymizí spontánně, jiné oslabí, zůstanou beze změny či se postupně vlivem stresových faktorů zhorší. Příčinou vzniku specifických fobií v dospělém věku je především traumatická situace (Praško, Prašková, & Prašková, 2008). Co se týče prevalence, alespoň jednu fobii má přibližně 10- 12% populace (Adler & Cook-Nobles, 2011). Specifické fobie, které souvisejí se spánkem se nazývají nyktofobie a hypnofobie.

Hypnofobie je chorobný strach ze spánku a může významně ovlivnit kvalitu života. Její symptomy, stejně jako u dalších fobií, jsou individuální, u každého pacienta se mohou projevit jinak. Obecně se jedná především o zrychlený dech, pocení, pocity úzkosti a strachu,

nadměrné pocení, nepravidelný srdečný tep či nevolnost. Výjimkou nejsou ani záchvaty paniky. Někteří pacienti také symptomy zažívají téměř po celou dobu, jiní reagují na konkrétní podnět. Vzhledem k nedostatečnému spánku se pacienti s hypnofobií obtížně soustředí v práci a podávají výkon, který neodpovídá jejich schopnostem (Bozman, 2007).

Nyktofobie je chorobný strach z noční tmy. Nedostatek vizuálních podnětů zpravidla u lidí zvyšuje úzkost, nejistotu a napětí. Strach z temnoty je jedním z nejčastějších dětských strachů. Nejvíce se objevuje v období mezi čtyřmi a šesti lety a je považován za normální reakci během vývoje. Od devíti let začíná ve většině případů klesat až postupně vymizí. V některých případech však přetrvává a vyvíjí se do specifické fobie. Chorobný strach z temnoty se obvykle projevuje protesty před spaním a nutností mít během usínání rozsvícená světla (Orgilés, Espada, & Méndez, 2006).

Prevalenci fobických příznaků se věnovali Seim a Spates (2010), přičemž se zaměřili na vysokoškolské studenty. Z jejich výsledků vyplývá, že strach z temnoty uvedlo 1,4% studentů. Podstatně častěji uváděli studenti strach z pavouků (38%), veřejného vystupování (31%), hadů (22%), výšky (18%) a injekce (16%). Autoři se domnívají, že skutečná prevalence specifických fobií, včetně nyktofobie, může být vyšší, než studie naznačuje.

3 Spánek a sny

Spánek a sny fascinují lidstvo už od nepaměti. Snění je předmětem lidského výzkumu nejméně čtyři tisíce let (Pagel et al., 2001). Jsou vytvářeny teorie o tom, jak ve spánku vznikají sny a co znamenají. Snové představy jsou nejčastěji zrakové, sluchové se vyskytují zřídka. Snový děj snícího natolik pohltí, že je nedokáže odlišit od skutečných vjemů. Dochází tak k narušení testování reality (Plháková, 2013).

3.1 Definice snu

Snění je tvůrčí proces, během kterého dochází k vytváření snových světů, které se mohou od těch skutečných lišit. Nejedná se pouze o vzpomínky na zapomenuté události či obrazy kdysi spatřeného. Z těchto zážitků a vzpomínek jsou vytvářeny nové snové scénáře, které mají svou vlastní vnitřní souvislost (Kast, 2013). Definice snu tak není jednoznačná, jelikož snění je mentální aktivita, která probíhá ve spánku a není přístupná přímé exploraci. Jedinec si ji navíc vybavuje až po určitém časovém odstupu, kdy dojde k přechodu ze spánku do bdělého stavu (Plháková, 2013). Freud (1998) popisuje sen jako naplnění přání. Schredl a Wittmann (2005) definuje sen jako vybavení mentální aktivity, která proběhla ve spánku. Z předchozího výzkumu vyplývá, že mysl je během spánku nepřetržitě aktivní. Existují však názory některých filozofů, kteří spánkové snové zážitky zpochybňují a ztotožňují je s jejich popisem v bdělém stavu. Psychologové i současné studie se však přiklání k potvrzení toho, že snové zážitky ve spánku existují, avšak jejich vybavení v bdělém stavu je problematické a jejich obsah může být značně nepřesný (Plháková, 2013).

3.2 Vybrané teorie snění a nočních můr

V následující kapitole budou nastíněny teorie, které se věnovaly snění i nočním můrám. Tuto problematiku zkoumali především psychodynamičtí a kognitivní psychologové (Plháková, 2004).

3.2.1 Psychoanalytická teorie snění a nočních můr

Tématem psychoanalytické teorie je především vnášení a zvědomování nevědomých obsahů. Její zakladatel Sigmund Freud se věnoval se zájmem také snům. Zabýval se jak nočními sny, tak denním sněním. Podle jeho názoru se na formování snů podílí hned několik zdrojů. Jedná se především o pudová přání, která vychází z nevědomí. Dalšími jsou

například nevyřešené problémy, vzpomínky na nedávné zážitky a smyslové podněty, které na jedince působí jak z vnějšího světa, tak z vnitřních tělesných orgánů (Freud, 1994 in Plháková, 2013). Freud (1998) rozlišuje obsah nočních snů na latentní (skrytý) obsah a manifestní (zjevný) obsah snu. Latentní snový obsah je tvořen pudovými přáními. K přeměně skrytého obsahu snů slouží mechanismus, který se nazývá snová cenzura. Ta se nachází v podvědomí a funguje obdobně jako obranné mechanismy v bdělém stavu. Snová cenzura však není příliš silná, a proto je možné ve snech rozeznat nevědomé psychické popudy.

Freud (1998) rozděluje sny do tří skupin. První z nich jsou sny smysluplné, které mohou být nazývány jako dětské. Jedná se o sny, které nevzbuzují žádnou zvědavost ani úžas, protože jsou snadno pochopitelné. Obsahují přání, která během dne nebyla splněna, ale pro snícího jsou nějakým způsobem důležitá. Obsah snů může mít nejrůznější pohobu. Mohou se v nich objevit neznámí lidé nebo situace, nicméně se za nimi stále nachází skrytá a nenaplněná potřeba. Druhou skupinou jsou sny, které jsou snadno pochopitelné, ale vyvolávají pocit odcizení, protože spící nejsou schopni najít ve svém životě jejich smysl. Třetí skupina obsahuje sny, které nemají smysl, jsou pro snícího nesrozumitelné a působí zmateně, protože jsou to často dlouhé a složité sny.

Co se týče výkladu snů, hovoří Freud (1998) o tom, že konkrétní osoba většinou ví nebo alespoň tuší, co její sen znamenal. Tuto zkušenost si pouze neuvědomuje. K výkladů snů se v psychoanalýze využívá metoda volných asociací ke snovým prvkům. Každý pacient si při ní vybavuje obrazy, myšlenky, pocity i slova. Freud (1998) se zabýval také funkcí snů. Tvrdí, že sny mají za úkol chránit spánek a odstranit zvláště psychické procesy, které jej ruší. Tento proces probíhá prostřednictvím prožívání uspokojování pudových potřeb. Mimo to se ve snu může objevit i zapomenuté vědění.

O nočních můrách se Sigmund Freud (1998) se explicitně nevyjadřuje, hovoří však o úzkostných snech, kterým se věnuje ve své interpretaci snů. Pracuje s nimi stejně, jako s jinými sny, i úzkostné sny jsou podle něj naplněny přáním. Jedná se podle něj o sny se sexuálním obsahem, jehož libido je přeměněno na úzkost. Ve snech se objevuje obsah, který nepodléhá snové cenzuře, protože libido je silnější než snová cenzura. Obsah tedy není nijak zkreslený a představuje odhalenou realizaci potlačené touhy. Vlivem konfrontace snové

cenzury se silnou touhou neplní snění svou funkci, kterou je ochrana spánku, který může být přerušen probuzením. Úzkost, která se objevuje ve snech přirovnává k neuróze.

Freud později svou teorii upravil. Opakující se úzkostné sny u lidí trpících traumatickými neurózami nelze vysvětlit splněním potlačené touhy. V těchto nočních můrách se opakuje hluboce nepříjemná a úzkostně provokující událost, kterou snící prožili. Jedná je například o zkušenosti z války a představují výjimku jeho teorie snů (Truda, 2007).

Soudobá psychoanalýza pracuje především s teorií snění **Wilfreda Biona**, který vychází z teorií přímo navazujících na myšlenky Sigmunda Freuda, ale zásadně je přepracoval. Domnívá se, že lidé sní nejen ve spánku, ale také v bdělém stavu, přičemž zdravý jedinec umí dobře rozlišit mezi tím, zdali sní či bdí. Jeho vědomí a nevědomí odděluje tzv. kontaktní bariéra. Předpokladem snění je schopnost převádět syrové sensorické impresy, neboli alfa elementy, do prvků zkušenosti, tzv. beta elementů. Snící člověk, který má emocionální zážitek jej transformuje do podoby alfa elementů, což mu umožní mít snovou představu, kterou si po probuzení může vybavít a vyprávět a přetvořit je tak v sen (Bion, 1962 in Plháková, 2013).

Teorii nočních můr se zabýval také **Thomas Ogden**, který navázal na teorii snění Wilfreda Biona. Snění vnímá jako předpoklad k usnutí, probuzení a ke zpracování emocionálních zážitků. Noční můra je podle něj sen, který se objevuje v REM fázi spánku a doprovází nepříjemný a znepokojivý obsah, na který kapacita snění nestačí a snící se z něj se strachem probouzí. Po probuzení je bdělý a orientovaný a na sen je schopen si vzpomenout (Ogden, 2004). Noční můry podle něj symbolicky vyjadřují celou řadou lidské psychopatologie. Prostřednictvím noční můry dochází k nevědomému psychickému zpracování emoční bolesti, která napomáhá duševnímu růstu. V případě, že se jedinec ze snu probudí, tak dosáhl svých limitů ve schopnosti vytváření snových představ a snění a je pohlcen působením znepokojivého snového prožitku. To, že jedinec není schopen dosít svůj sen může být zapříčiněno prožitým traumatem v podobě smrti rodičů, znásilnění, válečných zkušeností, pobytem v koncentračním táboře či dalšími zkušenostmi. Další z možných příčin jsou vnitřní traumatické zážitky, které pramení z konstituční duševní zranitelnosti nebo ze zahlcení vědomými či nevědomými fantaziemi (Ogden, 2007).

3.2.2 Kognitivní teorie snění

Kognitivní psychologové zpravidla vnímají sny jako pouze jako vedlejší produkt zpracování informací a nepřikládají jim žádný stěžejní psychologický význam. Nicméně připouští, že snění může napomoci řešení problémů a podporuje procesy zpracování informací mezi které patří třídění a ukládání důležitých informací do paměti a zapomínání nepotřebných údajů (Plháková, 2004).

Teorie Calvina S. Halla

Hall popisuje sny jako sekvenci převážně vizuálních představ prožívaných ve spánku. Snící vnímá scény, osoby a činnosti, jako by na něj působily z vnějšího světa, jako by sen představoval film, ve kterém je snící současně aktérem i divákem. Co se týče obsahu snů, ten vnímá jako sled akcí nebo interakcí, na kterých se snící aktivně podílí. Snění je podle něj myšlením ve spánku a snové představy znázorňují myšlenky, a to v podobě, ve které je lze současně sdělovat i vnímat. Následná interpretace snů je tak jejich transformací z obrazové do verbální podoby. Hall uvádí kategorie, do kterých spadají pojmy reprezentované ve snu. Jedná se o sebepojetí, pojetí druhých lidí, představy světa, koncepty impulzů, zákazů a trestů nebo koncepty konfliktů. Hall hovoří také o hypotéze kontinuity, která předpokládá vztah mezi obsahem snů a citovými prožitky a zájmy jedince v bdělém stavu (Hall, 1959 in Plháková, 2013).

3.2.3 Neurologické teorie snění

Neurologické teorie snění vycházejí z předpokladu, že mozek je dynamický celek. Ten je neustále aktivní a je schopný generovat informace, které následně analyzuje. Mezi stěžejní neurologické teorie snění patří teorie aktivace-syntéza (A-S) a kortikální teorie (Plháková, 2013).

Teorie aktivace-syntéza

Hobson a McCarley zpochybnili tři klíčové aspekty Freudovy teorie snů. Podle nich je snění vedlejším produktem zvýšené mozkové aktivity, vyskytující se každých 90 minut v podobě mozkových cyklů v REM fázi spánku, na jehož regulaci má vliv především koncový mozek a oblast limbického systému. Toto stádium nazývají jako aktivaci. Aktivovaný mozek interpretuje náhodné nervové signály v syntetickém stádiu a vkládá tak do snů smysl. Sny jsou podněcovány náhodnými aktivacemi mozku během

REM spánku, nejedná se tedy o nepřijatelné myšlenky a touhy, jak předpokládá psychoanalytická teorie. A zároveň se domnívají, že bizarní rysy snů nejsou způsobeny úmyslným zahalením nevhodného obsahu (Stickgold, 2013). Hobson (2005) popisuje snění jako mentální zkušenost, která se objevuje ve spánku. Snům nepřikládá velkou váhu, domnívá se, že snící jim dává význam až dodatečně. Sny se vztahují k minulosti snícího nebo k jeho budoucím zájmům, což jej vede k myšlence, že nesou důležitou informaci a skrytý význam.

Solmsova kortikální teorie snění

Solmsova kortikální teorie snění vychází z jeho výzkumů. Dospěl k závěru, že mezi REM fází spánku a sněním není přímý vztah. Sny jsou iniciovány rušivým podnětem, k jejich formování následně dochází v parietální korové oblasti, kde její levá strana formuje symbolické aspekty snění a pravá prostorové, a týlní asociační oblasti, kde jsou z paměťových představ tvořeny snové obrazy (Solms, 2000).

3.3 Sny a psychopatologie

V minulosti se tradoval názor, že sny odrážejí duševní poruchu. Současné výzkumné studie však dokládají, že tomu tak není. Obsah snů může být stejně bizarní či reálný u zdravých jedinců, jako u jedinců s duševní poruchou (Smolík, 2007). Nicméně byly pozorovány určité specifické znaky a charakteristiky snů u pacientů s duševním onemocněním. Pacienti se schizofrenií mají sny zpravidla jednoduché, primitivní a s větší úzkostí, hostilitou a sexuálním nábojem. Oproti tomu pacienti s depresivními onemocněními mají poměrně krátké sny s traumatickým a depresivním obsahem, a to i po odeznění depresivní epizody. Ve svých snech často selhávají a prožívají zklamání. Své sny si také často špatně vybavují, stejně jako pacienti s mánií. Při bipolární poruše, před nástupem manické fáze, mají jejich sny nezdědky bizarní obsahy, které bývají spojené se smrtí či zraněním. Zajímavým zjištěním je také to, že u depresivních či úzkostných pacientů mohou mít sny prognostický význam. Prognóza onemocnění se zhoršuje, když se u pacientů objevují masochistické sny s obsahem směřujícím k minulosti a převahou úzkosti dezorientace. Oproti tomu zlepšení prognózy onemocnění můžeme očekávat, když se pacientům zdají aktivní a agresivní sny, které jsou nabitě emocemi. U pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou se objevují živé sny se stereotypním obsahem. Ten

se u nich může objevovat také během dne ve formě flashbacků. Ze svých snů se snadno probouzejí a velmi dobře si je vybavují (Golbin & Rotenberg, 2004)

4 Noční můry

Noční můry jsou řazeny mezi parasomnie vázané na REM spánek. Jedná se o sny, které charakterizují silné negativní emoce, nejčastěji pocity strachu a úzkosti. Zážitek z noční můry je natolik nepříjemný, že vede k probuzení se silným emočním doprovodem. Kromě již zmíněné úzkosti a strachu může jedinec pociťovat další negativní emoce, jako je například vztek či hněv (Příhodová & Šonka, 2007).

Mezinárodní klasifikace nemocí (2014) řadí noční můry mezi neorganické poruchy spánku a definuje je 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. Dosti časté je opakování týchž nebo podobných hrozivých témat. Při typické epizodě je v určitém stupni přítomen vegetativní doprovod, nikoli však zřetelné hlasové projevy ani pohyby těla. Při probuzení je jedinec rychle plně orientován a bdělý.*“ (MKN-10, 2008, s. 229).

Noční můry se vyskytují převážně v REM fázi spánku, a to zejména v poslední třetině noci, kdy jsou REM fáze spánku nejdelší. Po probuzení z noční můry může být opětovné usnutí ztížené vlivem silného emočního zážitku. Opakovaný výskyt nočních mūr tak může zapříčinit insomnii nebo vést k obavám z usnutí (Příhodová & Šonka, 2007).

Diagnostická kritéria nočních mūr

Minimální diagnostická kritéria poruchy s nočními mūrami (nightmare disorder) uvádí DSM-V (American Psychiatric Association, 2014). Jsou jimi:

1. Opakovaný výskyt dlouhodobých, extrémně dysforických a dobře zapamatovaných snů, které obvykle zahrnují úsilí jedince vyhnout se ohrožení života, bezpečnosti nebo fyzické integrity a které se obvykle vyskytují během druhé poloviny hlavní epizody spánku.
2. Po probuzení z dysforických snů se jedinec rychle orientuje a je zvýšeně ostražitý.
3. Poruchy spánku způsobují jedinci klinicky významné potíže ve společenských, pracovních nebo dalších důležitých oblastech fungování.
4. Symptomy noční můry nejsou způsobeny fyziologickými účinky jakékoliv látky (např. drog, léků apod.).

5. Současný výskyt duševních a fyzických poruch dostatečně nevysvětluje převládající stížnosti na dysforické sny.

Ke stanovení diagnózy zpravidla stačí, aby se pacient náhle probudil v poslední třetině noci s dosažením plné bdělosti a se vzpomínkou na děsivý sen. Noční můry je však potřebné odlišit od parasomnie s poruchou probuzení z NREM spánku, RBD, noční panické ataky a na spánek vázané disociativní poruchy (Příhodová & Šonka, 2007). Od nočních můr je také potřeba odlišit špatné sny, na které si někteří pacienti stěžují. Jedná se o velmi rušivé sny, avšak na rozdíl od nočních můr, i když jsou nepříjemné, tak nevedou k probuzení (Robert & Zadra, 2008).

4.1 Klasifikace NOMU

Noční můry se rozdělují na dva typy. Jsou jimi **idiopatické** noční můry, u kterých není přesně známa příčina a **posttraumatické** noční můry, které jsou jedním ze symptomů posttraumatické stresové poruchy. Ta se rozvíjí u jedinců, kteří byli vystaveni traumatickému zážitku jakéhokoliv charakteru. Jde o přeživší potenciálně traumatické události, jako jsou například nehody, katastrofy nebo násilné činy. Pacienti trpící posttraumatickými nočními můrami se během noci často budí, což může způsobit vznik nespavosti (Plháková, 2013). Posttraumatické noční můry mohou být podle Schreudera et al. (2001) dále rozděleny na tři druhy. Prvním z nich jsou **replikativní** posttraumatické noční můry, které zahrnují přesnou replikaci původní traumatické příhody. Tento typ se pacientovi zdá poměrně dlouhou dobu. Dále jsou to **smíšené** posttraumatické noční můry, které jsou částečně podobné prožitému traumatu. A posledním typem jsou **nereplikativní** (symbolické) posttraumatické noční můry, které se vztahují k traumatické události, avšak bez realistického zobrazení. Navíc, Schreuder et al. (2001) rozlišují **repetitivní** noční můry, ve kterých se opakuje totožný obsah, od **neopakovatelných** nočních můr, které se pacientovi zdají jenom jednou. Dalším typem nočních můr, jsou **lucidní** noční můry, které jsou definovány jako rušivé sny, ve kterých si snící sám sebe uvědomuje, což vede k probuzení (Hurd, 2012). Lucidní noční můry jsou charakteristické svým násilným obsahem, nedostatečnou kontrolou nad sny, fyzickou bolestí, silnými negativními emocemi a probuzením se snu (Hurd, 2014).

Podle délky trvání obtíží rozlišuje DSM-V (American Academy of Sleep Medicine, 2014) **akutní** noční můry, při kterých se jejich epizody objevují po dobu jednoho měsíce nebo kratší. U **subakutních** nočních můr trvají epizody déle než jeden měsíc, ale kratší dobu

než šest měsíců. A pro **trvalé** noční můry je charakteristické, že se jejich episody objevují po dobu delší než šest měsíců. Podle závažnosti lze noční můry rozdělit podle četnosti, se kterou se objevují. Pokud je to méně než průměrně jedna epizoda týdně, pak se jedná o **méně závažnou** formu nočních můr. **Středně závažná** porucha zahrnuje jednu nebo více epizod týdně, ale méně než každou noc. U těch **těžce závažných** se episody nočních můr objevují každou noc (American Academy of Sleep Medicine, 2014).

4.2 Epidemiologie nočních můr

Výskyt nočních můr je velmi častý především v dětském věku, v některých případech však mohou přetrvávat až do dospělosti. V dětském věku se vyskytují přibližně u 75 % populace, a to nejčastěji ve věku od 6 do 10 let (Příhodová & Šonka, 2007). Po 10. roku se noční můry objevují u 2,5 % dětí (Gauchat, Seguin, & Zadra, 2014). Poté zpravidla samy odeznívají. Se stupňujícím se věkem se snižuje jejich frekvence (Schredl, 2010). Fenomén je to však natolik častý, že 70-90 % mladých dospělých prožilo alespoň jednu noční můru (Levin, 1994). Pravidelně se idiopatické noční můry objevují u 5 % dospělé populace (Stepansky et al., 1998). Opakující se noční můry jsou mnohem častější u pacientů s psychiatrickou diagnózou. Přibližně 15,6 % až 67 % těchto pacientů zažívá noční můry pravidelně, přesto bývají noční můry velmi málo diagnostikovány (Swart et al., 2013).

U posttraumatických nočních můr je výskyt podstatně vyšší. Pacienti s diagnózou posttraumatické stresové poruchy (PTSD) uváděli výskyt nočních můr v rozmezí od 39,8 % do 96 % (Kessler et al, 1995; Leskin et al., 2002). Epidemiologií lucidních nočních můr se věnoval Stumbrys (2013). Z jeho studie vyplývá, že noční můry, při kterých si snící ve snu uvědomuje, že sní a neprožívá reálnou situaci, se vyskytovaly pouze u 1 % respondentů, přičemž je snící zažívali jednou týdně nebo častěji. Tuzemské výzkumy nočních můr se věnovaly především jejich výskytu u studentů a dospěly k obdobným výsledkům. Kráčmarová (2012) ve své studii realizované v České republice zjistila, že 5 % studentů mívá 1 noční můru týdně a 2 % několik týdně. Pouze 7 % studentů uvedlo, že se jim nikdy nezdají.

4.3 Faktory ovlivňující noční můry

Jedním z faktorů, které u zdravé populace ovlivňují výskyt nočních můr, je **pohlaví**. Podle finské studie uvádělo z celkového počtu 69 813 respondentů časté noční můry 3,5 % mužů a 4,8 % žen. Tato prevalence byla ovlivněna věkem účastníků. Výskyt noční můry

se zvyšoval s věkem, a to zejména u mužů (Sandman et al., 2013). K obdobnému výsledku dospěli také Schredl a Reinhard (2011), kteří ve své studii realizovali meta-analýzu 175 výzkumných studií, které se zabývaly nočními můrami. Z jejich výsledků vyplývá, že ženy mají noční můry častěji než muži. Toto tvrzení platí pouze pro období adolescence a mladé dospělosti. U dětí a osob nad šedesát let nebyly mezi muži a ženami zjištěny významné rozdíly. Obdobné výsledky dokládají také tuzemské studie (Kráčmarová, 2012; Surovcová, 2016).

Dědičnost je dalším prediktivním faktorem, kterým se ve své studii zabývali Coolidge et al. (2010). Zkoukali prevalenci a dědičnost nočních můr a jejich komorbidit psychopatologie u 1318 dětí a dospívajících. Z jejich závěru vyplývá, že noční můry jsou vysoce dědičné, genetický vliv byl potvrzen u 51 % respondentů.

Mezi **biologické faktory**, které mají vliv na frekvenci nočních můr patří především farmakologické léky, které ovlivňují neurotransmitery noradrenalinu, serotoninu a dopaminu. Noční můry mohou vyvolat také přípravky užívané k léčbě infekčních onemocnění nebo některá anestetika, antipsychotika a antiepileptika (Pagel & Helfter, 2003).

Frekvenci nočních můr ovlivňuje také aktuální **stres**. Schredl (2003) jej dokonce považuje za nejdůležitější faktor a klíčový spouštěč nočních můr. Jejich výskyt se v souvislosti se stresovými situacemi a zátěžemi zvyšuje. Stresujícími událostmi mohou být například zkoušky, přírodní katastrofy či smrt blízkých (Delorme, Lortie-Lussier, & De Koninck, 2002). Stres není jen příčinou noční můr, ale také jejich následkem. Stres, který je způsoben noční můrou a negativně zatěžuje organismus, bývá označován jako **distres** a může být denní i noční. Noční má způsobuje narušení spánku v podobě častého buzení během noci. Snižuje tak celkovou dobu spánku a zhoršuje jeho kvalitu. Denní distres je zapříčiněn především vzpomínkami na noční můru během dne, které vyvolají negativní emoce. Důsledkem mohou být pocit smutku, podrážděnosti, úzkosti či zhoršená nálada (Roberts, Lennings, Heard, 2009; Lancee & Schrijnemaekers, 2013).

Významnými prediktory častých nočních můr jsou symptomy **deprese** a **nespavosti**. Dále byla frekvence nočních můr spojena s celou řadou faktorů souvisejících s psychickou

a fyzickou pohodou. Frekvence nočních můr má tedy silnou souvislost s poruchami spánku a nálady (Sandman et al., 2015).

Významným faktorem ovlivňující noční můry jsou **psychiatrická onemocnění**. Odhadovaná prevalence u pacientů s psychiatrickým onemocněním se pohybuje v rozmezí od 49 % až po 71 % (Sheaves et al., 2015). Mezi typická psychiatrická onemocnění s výskytem nočních můr patří posttraumatická stresová porucha. Časté noční můry se vyskytují přibližně u tří čtvrtin pacientů, kteří jí trpí (Woodward, Arsenault, Murray Bliwise, 2000). Výjimkou nejsou ani pacienti s poruchou osobnosti. Noční můry se objevují přibližně u poloviny z nich (Semiz, Basoglu, Ebrinc, Cetin, 2008). Na výskyt nočních můr u pacientů s psychotickým onemocněním se zaměřili Shaves et al. (2015). Z celkového počtu 40 respondentů potvrdilo výskyt častých nočních můr 55 % respondentů. Přičemž časté noční můry v raném dětství zvýšily riziko pozdějších psychotických zážitků u dospívajících. Zvýšená četnost nočních můr byla pozorována především u pacientů s diagnostikovanou schizofrenií (Schaefer et al., 2013). Významná souvislost byla nalezena také mezi frekvencí nočních můr a depersonalizační poruchou a paranoidní poruchou osobnosti (Rek, Sheaves & Freeman, 2017).

Noční můry jsou spojeny se zvýšeným psychickým utrpením, sebepoškozováním a sebevražedným chováním (Tanskanen et al., 2001).

Nočním můrám ve vztahu k **osobnostním faktorům** se věnovalo několik studií, ve kterých byla prokázána pozitivní korelace mezi neuroticismem a nočními můrami (Blagrove, Farmer, & Williams, 2004; Schredl, 2003). Spolu s neuroticismem, frekvenci nočních můr ovlivňuje kreativita, přičemž s vyšší kreativitou je spojena také vyšší frekvence nočních můr (Levin & Livingston, 1991). Osobnostním charakteristikám ve vztahu k nočním můrám se věnoval také Hartmann (1991). Z jeho výzkumu vyplývá, že jedinci trpící nočními můrami mají tenké mentální hranice, což se mimo jiné projevuje tak, že tito jedinci nemají ostré hranice mezi sněním a bdělým stavem. Tenké hranice mysli výrazně korelovaly také s délkou snu, jeho lepším zapamatováním, vyšším množstvím detailů ve snu a vyšším množstvím prožitých emocí. Osoby s tenkými hranicemi navíc Hartmann (1991) popisuje jako citlivé, zranitelné a kreativní. Vztah mezi hranicemi v mysli a frekvencí nočních můr potvrzují také tuzemské studie (Klůzová Kráčmarová, 2016, Šídlová, 2015). Dalšími osobnostními a stavovými faktory, které ovlivňují frekvenci nočních můr a distres z nočních

můr jsou především prožívané symptomy distresu, somatizace, úzkosti nebo deprese (Klůzová Kráčmarová, 2016).

4.4 Obsah nočních můr

Obsahu idiopatických nočních můr se ve své studii věnovali Robert a Zadra (2014). Analyzovali obsah 253 nočních můr a došli k závěru, že nejčastějším tématem byla **fyzická agrese**, která zahrnovala ohrožení nebo přímý útok na jinou osobu, včetně sexuální agrese, vraždy, únosu nebo odcizení. Uvedlo ji celkem 47 % respondentů. Dalším zmíněným tématem bylo **pronásledování** (11 %), kdy je je pronásledován jinou postavou, ale není fyzicky napaden. Následovaly **mezilidské konflikty** (21 %) zahrnující nepřátelství, opozici, urážky, ponížení, odmítání, nedůstojnost, lhání. **Selhání** nebo **bezmocnost** uvedlo 16 % respondentů, a to v podobně nesnášenlivosti nebo neschopnosti spícího dosáhnout cíle, neschopnosti mluvit, ztrácení předmětů, zapomínání či chybování. **Přítomnost d'ábla** či **zla** zmínilo 11,6 % respondentů, kteří měli pocit, že vidí nebo cítí zlé nadpřirozené síly, včetně příšer, mimozemšťanů upírů, duchů a dalších netvorů. **Obavy ze zdravotních obtíží a smrt** zazněly v 9,1 % případů v podobě přítomnosti fyzických onemocnění, nemocí, zdravotních onemocnění či smrti. Méně častá byla témata **nehod** (8,7 %), včetně dopravních, utopení, klouzání, pádu nebo obsahu spojené s **hmyzem** (6,7 %) ať už se jedná o jeho přítomnost, napadení, kousnutí nebo bodnutí hmyzem nebo napadení krysou, hadem či **přírodních katastrof** (4,7 %). K obdobným výsledkům dospěl ve své studii také Schredl (2010), který analyzoval sny 2 019 respondentů. Na základě analýzy dospěl k závěru, že obsah nočních můr je výrazně ovlivněn prožitky a situacemi, které snící zažívá během dne. Objevují se tedy témata důležitých zkoušek, projevů či propuštění ze zaměstnání. Mezi nejčastější témata patřilo **padání** (39,5%), **pronásledování** (26%), **paralyzování** (25%), **zpoždění či zmeškání důležité události** (24%) či **smrt nebo ztráta blízké osoby** (21%). Obsah nočních můr se lišil podle pohlaví. Ženy častěji popisují sny o smrti nebo ohrožení blízkých osob, sexuální napadení či padání zubů nebo vlasů. Oproti tomu mužům se zdá častěji, že jsou fyzicky napadnuti nebo o ztrátě zaměstnání.

4.5 Léčba nočních můr

Následující kapitola popisuje dva typy léčby nočních můr, a to léčbu psychoterapeutickou a farmakologickou léčbu.

4.5.1 Psychoterapeutická léčba

Nejvíce užívaným i zkoumaným přístupem k léčbě nočních můr je **kognitivně behaviorální terapie**. Ta je zaměřena především na edukaci pacientů, práci s emocemi a dysfunkčními myšlenkami a využívání spánkových či snových deníků (Kamarádová et al., 2013). Mezi účinné techniky kognitivně behaviorální terapie zaměřené na příznaky nočních můr patří progresivní hluboká svalová relaxace, terapie modifikací snů v imaginaci (IRT), terapie bdělým sněním a systematická desenzibilizace (Aurora a kol., 2010).

Terapie modifikací snů v imaginaci (Image Rehearsal Therapy - IRT) je v současné době nejvíce efektivní a doporučenou technikou, jejímž autorem je Barry Krakow (2001, in Klůzová Kráčmarová, 2016). Spočívá v tom, že si snící si po probuzení noční můru znovu vybavuje, a to tak, jak nejlépe dovede, včetně všech detailů i emocí, které při ní prožíval. Vše si pečlivě zapíše a následně v příběhu noční můry provádí změny jakéhokoliv charakteru. Může změnit téma, dějovou linku či konec noční můry. Cílem je, aby byl příběh po těchto změnách pro pacienta pozitivní. Terapeut je pro pacienta průvodcem, do modifikace příběhu se nezapojuje. Upravený příběh si spolu následně procházejí opakovaně, dokud s ním pacient není spokojený (Kamarádová et al., 2013).

Lucidní snění je technika, která umožňuje změnu příběhu během samotné noční můry tím, že si snící uvědomí, že sní nebo je jeho vědomí spontánně jasné během noční můry (Aurora a kol., 2010). Efektivitu lucidního snění ověřila studie, které se zúčastnilo 5 pacientů s idiopatickými nočními můrami. Výsledkem byla snížená frekvence nočních můr a zmírnění opakujících se nočních můr během jednoho roku, kdy byli pacienti edukováni v technice postupné svalové relaxace a lucidním sněním (Zadra & Pihl, 1997). Efektivitu léčby posttraumatických nočních můr pomocí lucidního snění potvrdil i následující výzkum, kterého se zúčastnilo 23 pacientů. Ti byli rozděleny do tří skupin, přičemž první dvě byly naučeny techniku lucidního snění. U obou edukovaných skupin došlo ke snížení frekvence nočních můr, přičemž nedošlo k významným změnám v kvalitě jejich spánku ani závažnosti posttraumatické poruchy (Spoormaker & van den Bout, 2006).

Systematické desenzibilizace, pracuje především s edukací o úzkosti a práci s ní. Dochází k postupnému vystavení pacienta tomu, čeho se obává. Pacient je veden k postupnému zvládnání stresorů ještě před tím, než je skutečně vystaven obávanému objektu nebo situaci. Její účinnost ověřila studie, která se účastnilo 28 pacientů s chronickými

nočními můrami, z nichž 14 pacientů dostalo jeden léčebný výcvik desenzibilizace a progresivní hlubkové svalové relaxace a 14 prošlo nácvikem modifikace snů v imaginaci. Všichni pacienti byli kontaktováni telefonicky za 4 měsíce a také za 7 měsíců od této edukace. U obou skupin došlo k významnému snížení frekvence nočních můr ($p < 0,0001$) (Kellner, Neidhardt, Krakow, Pathak, 1992).

Progresivní hluboká svalová relaxace je technika, která spočívá v navození tenze a následného uvolnění. Dochází k postupnému zatínání a uvolňování jednotlivých svalových skupin (Kamarádová et al., 2013).

Gestalt terapie

Je další z možností efektivní léčby nočních můr. Tuto skutečnost ověřila studie, které se zúčastnilo 32 pacientů trpících častými nočními můrami s frekvencí alespoň dvakrát týdně. Pacienti byli náhodně rozděleni do dvou skupin. Jedna skupina se věnovala technikám gestalt terapie a druhá měla ještě navíc edukaci a nácvik lucidního snění. Každá skupina trvala deset týdnů. Výsledky dokládají, že došlo k významnému snížení frekvence nočních můr a zlepšení kvality spánku u obou skupin. Gestalt terapie je tedy, v kombinaci s lucidním sněním, účinnou technikou ke snížení frekvence nočních můr a zlepšení subjektivní kvality spánku (Rotenberg, 2015).

4.5.2 Farmakologická léčba

Jednou z možností léčby nočních můr je farmakologická léčba. V tomto směru byla testována celá řada psychofarmak s různými mechanismy účinku. Studie většiny léků hodnotí účinnost pouze při léčbě nočních můr spojených s PTSD. Není známo, zda léčba, která demonstruje účinnost nočních můr v souvislosti s PTSD, je rovněž účinná u idiopatických nočních můr. Z výsledků výzkumné studie vyplývá, že účinným byl prazosin, který je jako jeden z mála léčiv doporučen k efektivní léčbě nočních můr (Aurora a kol., 2010). Prazosin byl původně určen především k léčbě hypertenze, benigní hyperplazie prostaty či Raynaudova syndromu. Po jeho užívání dochází ke zvýšení celkové délky REM fází spánku (Taylor et al., 2008). Dalšími efektivními léčivem užívaným ke snížení frekvence nočních můr je lamotrigin (Hertzberg, 1999). Účinná byla také antidepressiva. U čtyř pacientů s častou frekvencí nočních můr a onkologickým onemocněním užívali trazodon. Ke snížení frekvence nočních můr došlo u poloviny těchto

pacientů (Tanimukai et al., 2012). Efektivní účinek měla také antipsychotika, konkrétně olanzapin a risperidon (Aurora a kol., 2010). Olanzapin byl použitý k léčbě nočních můr u 5 pacientů s rezistentními nočními můrami. Z výsledku vyplynulo, že u všech těchto pacientů došlo k poměrně rychlému ústupu nočních můr (Jakovljevic, Sagud, Mihaljevic-Peles, 2003). Dále byl zkoumán vliv benzodiazepinů či kortizolu, jejich účinky však nebyly jednoznačně prokázány (Aurora a kol., 2010).

5 Dosavadní výzkumy kvality spánku u jedinců s častými nočními můrami

Existuje mnoho studií, které zkoumaly vztah mezi nočními můrami a různými spánkovými obtížemi. Kvalitě spánku ve vztahu k nočním můrám se věnoval ve své studii Schredl (2003). Výsledkem bylo nalezení pouze mírného vztahu mezi noční můrou a špatnou kvalitou spánku. Autor tuto souvislost vysvětluje denní mírou neuroticismu a stresu. Nicméně z jeho závěru vyplývá, že lze předpokládat, že noční můry jsou nezávislým faktorem přispívajícím ke zhoršení nespavosti (Schredl, 2003). Souvislost mezi frekvencí nočních můr a špatnou kvalitou spánku byla skutečně prokázána i v dalších studiích (Levin, 1994; Krakow a kol. 1995; Ohayon, Morselli & Guilleminault 1997; Stepansky a kol. 1998; Valerio et al. 2015).

Podle realizovaných studií jsou noční můry spojeny se zkrácením celkové délky spánku, častým nočním probuzením, horší funkcí spánku, neosvěžujícím spánkem, strachem z usínání, spánkovými obtížemi a poruchami spánku. Noční můry mohou být navíc doprovázeny periodickými pohyby nohou během REM spánku (Germain & Nielsen, 2003, Krakow et al., 1995). S výše zmíněnými obtížemi souvisí následná denní únava, snížená produktivita během následujícího dne a vyšší výskyt zdravotních komplikací (Köthe & Pietrowsky, 2001). Köthe a Pietrowsky (2001) se zaměřili na to, jestli jedinci s častými nočními můrami vnímají rozdíl ve svém fungování po noci, kdy mají noční můry a po noci bez nich. Z jejich výzkumu vyplývá, že byl tento rozdíl patrný. Přítomnost nočních můr během předchozí noci vyvolává vyšší míru úzkosti, horší náladu během následujícího rána, vyšší vzrušení a výrazný úbytek relaxace, sebedůvěry a spokojenosti oproti dnům, kterým noční můry nepředcházely.

Vztah nočních můr a spánkových obtíží potvrzuje také průřezová studie, která měla za cíl retrospektivně posoudit obtíže se spánkem u tří skupin respondentů. Kontrolní skupina byla složena z lidí, kteří noční můry nemají (N=77), další se skládala z pacientů trpících akutními nočními můrami (<6 měsíců, N = 36) a chronických pacientů s nočními můrami (6 měsíců, N = 128). Zkoumány byly čtyři specifické spánkové obtíže, a to strach ze spánku, probuzení během spánku, obtížný návrat ke spánku a samotná kvalita spánku. Všechny spánkové obtíže byly výrazně častější u pacientů s akutními ($p < .0001$) a chronickými (p

<.0001) nočními můrami než u pacientů bez nočních můr. Devadesát jedna procent všech pacientů s nočními můrami potvrdilo alespoň jednu spánkovou obtíž (Krakow et al., 1995).

O tom, že je špatná kvalita spánku spojena s nočními můrami hovoří i další výzkum, který navíc poukazuje na to, že horší kvalita spánku následně snižuje schopnost učit se a negativně tak ovlivňuje akademické výkony (Lancee, Spormaker, & van den Bout, 2010).

Souvislosti kvality spánku a častých nočních můr se věnovala také studie Lanceeho, Spormakera a van den Bouda (2010), které se zúčastnilo 666 účastníků. Ti na internetu vyplnili dotazníky o nočních můrách, spánku a psychopatologii. Regresní analýza ukázala, že subjektivní kvalita spánku byla jedinou proměnnou významně spojenou s frekvencí nočních můr v celém výzkumném souboru. Tyto výsledky podporují tvrzení, že noční můry jsou nezávislé na jiných psychických onemocněních. Nočním můrám by tedy měla být věnována větší pozornost, jelikož se jedná o samostatnou spánkovou poruchu.

Noční můry ovlivňují spánek přímo probuzením ze spánku během noci, kdy často následuje dlouhé období bdělosti, kdy pacient nemůže znovu usnout, čímž se sníží kvalita jeho spánku (Cellucci & Lawrence 1978; Köthe & Pietrowsky 2001). Kvalitu spánku ovlivňuje i strach z usínání, který souvisí s opakovaným výskytem nočních můr (Schredl & Pallmer, 1998). Souvislost mezi frekvencí nočních můr a špatnou kvalitou, prodlouženou latencí spánku a zvýšenou denní ospalostí byla skutečně prokázána i v dalších studiích (Levin 1994; Krakow a kol. 1995; Ohayon, Morselli & Guilleminault 1997; Paul, Schredl, & Alpers, 2015; Stepansky a kol. 1998).

Následkem vyšší frekvence nočních můr včetně zhoršené kvality spánku, symptomů nespavosti, denní spavosti, únavou a chrápání bylo vyšší riziko výskytu sebepoškozovacích tendencí u mladistvých (Liu et al., 2016). V neposlední řadě byl prokázán vztah mezi častými nočními můrami, zhoršenou kvalitou spánku a depresí (Lancee & Schrijnemaekers, 2013). Výzkum Picard-Deland et al. (2018) navíc upozornili na zhoršenou náladu u jedinců s častými nočními můrami a zhoršenou kvalitou spánku.

PRAKTICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

6 Cíle výzkumu

Teoretická část se věnovala kvalitě spánku u jedinců s častými nočními můrami a také dopadům zhoršené kvality spánku na každodenní fungování těchto lidí. Této problematice se věnovaly především zahraniční studie, které dospěly k závěrům, že výskyt nočních můr souvisí se zhoršenou kvalitou spánku, častým nočním buzením a dalšími spánkovými obtížemi. V tuzemské prostředí se této problematice dlouhodobě věnuje doktorka Klůzová Kráčmarová. Realizované výzkumy jsou zaměřeny především na souvislost nočních můr a osobnostních charakteristik (Klůzová Kráčmarová, 2016) či na jejich vztah k hranici v mysli (Šídlová, 2016; Výleta, 2014).

Vzhledem k nedostatku výzkumných poznatků vztahující se k tématu kvalitě spánku u jedinců s častými nočními můrami má výzkum explorativní a deskriptivní charakter. Klade si za cíl popsat kvalitu spánku u jedinců s častými nočními můrami. Zaměřím se na to, zdali má častá frekvence nočních můr vliv na spánek. Dalším zkoumavým tématem budou symptomy dalších spánkových poruch. Pokusím se zjistit, zdali se noční můry vyskytují izolovaně nebo se u nich objevují další spánkové poruchy. Zaměřím se také na faktory ovlivňující kvalitu spánku a strategie, kterými se jedinci snaží kvalitu svého spánku ovlivnit. Prostřednictvím rozhovorů s participanty se pokusím přiblížit dopady zhoršené kvality spánku na jejich běžné každodenní fungování. Na základě těchto cílů bylo stanoveno sedm výzkumných otázek.

6.1 Výzkumné otázky

VO1: Jak jedinci s častými nočními můrami hodnotí kvalitu svého spánku?

VO2: Které faktory ovlivňují kvalitu spánku u jedinců s častými nočními můrami?

VO3: Jak konkrétně ovlivňují noční můry spánek?

VO4: Vyskytují se u jedinců s častými nočními můrami symptomy dalších spánkových poruch?

VO5: Které fyzické projevy doprovází spánek jedinců s častými nočními můrami?

VO6: Jaké jsou důsledky zhoršené kvality spánku u jedinců s častými nočními můrami?

VO7: Jaké strategie využívají jedinci s častými nočními můrami ke zlepšení svého spánku?

7 Metodologie výzkumu

Následující kapitola popisuje metodologii výzkumu, a to zvolený typ výzkumu, metody a průběh sběru dat, způsob zpracování dat a etické aspekty výzkumu.

7.1 Zvolený typ výzkumu

Výzkum má charakter kvalitativního výzkumu. Ten si klade za cíl získat vhled do daného tématu. Snaží se mu porozumět, orientovat se v něm a popsat jej. Pracuje holisticky, což znamená, že je daná problematika zkoumána dle možností v celé její šíři a ve všech rozměrech. Věnuje se také vzájemným souvislostem a vztahům mezi zkoumanými jevy (Ferjenčík, 2000). Výzkum byl realizován prostřednictvím fenomenologického zkoumání, které spočívá ve snaze popsat a analyzovat zkušenost jedince nebo skupiny jedinců. Výzkumník se snaží porozumět významům spojených s daným tématem a následně jej zpracovat tak, jak ji prezentují participanti (Hendl, 2016). Výhodou kvalitativního výzkumu je především získání podrobného popisu a vhledu do dané problematiky. Výzkum umožňuje realizovat sběr dat v přirozeném prostředí participantů, studovat procesy i navrhovat teorie (Hendl, 2016). Je ovšem nutné zvážit i nevýhody tohoto typu výzkumu, mezi které patří především nemožnost zobecnit výsledky na širší populaci nebo přenesení do jiného prostředí. Obtížné je také testování hypotéz či provádění kvantitativní predikce. Nutné je také zohlednit časovou náročnost při sběru i zpracování dat a možné ovlivnění procesu získávání dat i výsledků preferencemi výzkumníka (Hendl, 2016).

7.2 Výzkumný soubor

Participanti byli do výzkumného souboru vybráni pomocí metody samovýběru. Jedná se o metodu nepravděpodobnostního výběru, která spočívá v tom, že je účast na výzkumné studii nabídnuta širšímu množství potenciálních participantů. V případě, že se jí chtějí jedinci účastnit, tak se sami aktivně přihlásí. Nejedná se tak o pouhý souhlas s participací, která je jim nabídnuta. Participanti mohou být oslovení prostřednictvím inzerátu v novinách či v jiných médiích nebo prostřednictvím institucí. Nevýhodou tohoto způsobu rekrutace participantů je především práce s motivací. Není příliš obvyklé, aby se participanti aktivně hlásili, může dojít k řadě zkreslení. Problematické je zpravidla, když je účast ve výzkumu odměněna finančně. Často se hlásí participanti, kteří už mají s výzkumem zkušenost a díky finanční odměně jsou ochotni se přihlásit do jakéhokoliv výzkumu (Miovský, 2006).

Zde považuji za podstatné podotknout, že participantům v této studii nebyla finanční odměna nabízena a jejich účast byla ryze dobrovolná. Další výraznou nevýhodou je zjištění, že participanti, kteří se aktivně hlásí do výzkumů, mají jiné osobnostní charakteristiky než běžná populace. Liší se především ve skórech neuroticismu, introverze, nejistoty a agresivity (Cooligan, 1999). Při výběru metody samovýběru je tak nutné zvážit tato úskalí. Ve výzkumu byla využita tato metoda, převážně z důvodu stanovených kritérií, která byla:

- Minimální věk 18 let
- Frekvence nočních můr alespoň jedenkrát měsíčně
- Souhlas s účastí na výzkumu a jeho písemné stvrzení
- Trvalý pobyt na území České republiky

Participanti byli osloveni prostřednictvím několika komunikačních kanálů. Byly vyrobeny letáky a plakáty, které byly následně umístěny na třech univerzitách: Univerzita Palackého v Olomouci, Masarykova univerzita v Brně a Ostravská univerzita. Ke spolupráci bylo osloveno také 6 zdravotnických zařízení. Se spoluprací souhlasily 3 z nich: Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, Uherskohradištská nemocnice a Krajská nemocnice Zlín. Do čekáren těchto zařízení byly tedy letáčky umístěny. Informace o probíhajícím výzkumu a možné participaci byla zveřejněna a šířena také na sociálních sítích a na webových stránkách Institutu sociálního zdraví Univerzity Palackého (www.hovoryozdravi.cz). Spolu s dalšími členy výzkumného týmu jsme letáčky umístili také do míst, která jsou frekventovaná a je pravděpodobné, že se na nich budou vyskytovat i jedinci trpícími častými nočními můrami (např. místní obchody, seniorské domy, magistrát města, centrum pro rodinu apod.). Vedoucí výzkumu PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová, PhD. byla také hostem rádiové relace, kde o problematice nočních můr hovořila a rovněž zvala účastníky do výzkumu, na základě rozhlasové výzvy se do výzkumu přihlásila jedna participantka.

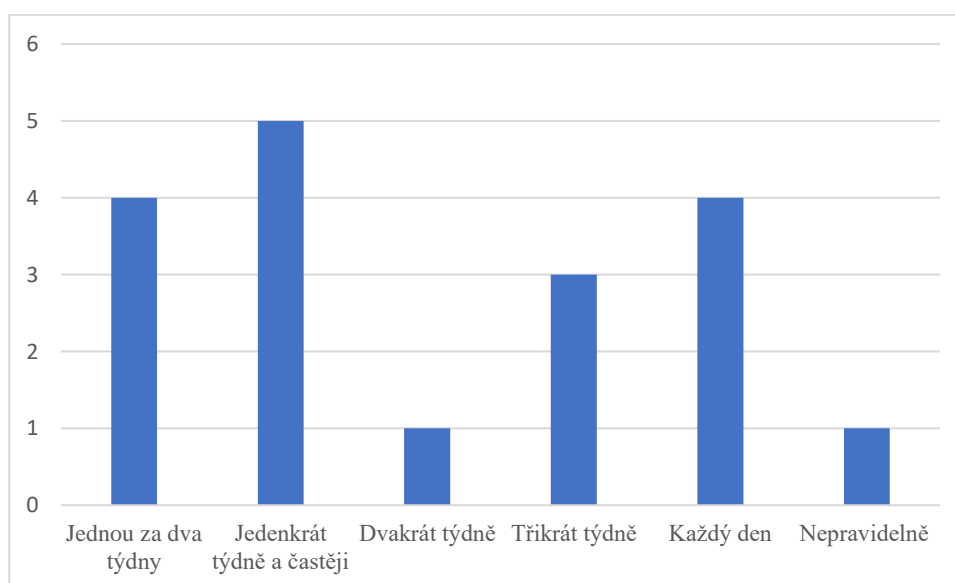
Výzkumu se zúčastnilo 18 participantů (5 mužů a 13 žen) ve věku 21–46 let. Přičemž jedna participantka měla nižší frekvence nočních můr. Ty se u ní objevovaly především v minulosti a v současné době jimi trpí vždy, když spí ve svém dětském pokoji v domě jejich rodičů. Všichni participanti žili v České republice, přičemž jeden z nich měl slovenskou státní příslušnost. Noční můry nebyly diagnostikovány u žádného participanta, přestože naplnily diagnostická kritéria. Šest participantů (35 %), a to 2 muži a 4 ženy, uvedlo kromě častého výskytu nočních můr další diagnózu. Jednalo se o generalizovanou úzkostnou

poruchu (1 žena), neurastenii (1 žena), disociační poruchu (1 žena), depresi (2 muži) a bipolárně afektivní porucha (1 žena). Ostatní participanti nemají diagnostikováno duševní onemocnění. Vzhledem k použité metodě výběru není výzkumným soubor reprezentativním vzorkem.

Tab. 1: Charakteristika výzkumného souboru (N=18)

pohlaví	Věk	Frekvence nočních mûr		
		mûr	Vzdělání	Město
žena	21	Jednou za dva týdny	středoškolské	Praha
muž	23	Jednou za dva týdny	středoškolské	Hrochův Týnec
žena	24	Jedenkrát týdně a častěji	středoškolské	Praha
žena	26	Tříkrát týdně	vysokoškolské	Vrbno pod Pradědem
muž	27	Jedenkrát týdně a častěji	vysokoškolské	Kyjov
muž	27	Jedenkrát týdně a častěji	středoškolské	Brno
žena	27	Jedenkrát týdně a častěji	vysokoškolské	Šenov
žena	27	Tříkrát týdně	středoškolské	Praha
žena	28	Jednou za dva týdny	vysokoškolské	Praha
žena	30	Dvakrát týdně a častěji	vysokoškolské	Praha
žena	33	Každý den	středoškolské	Praha
žena	33	Tříkrát týdně	vysokoškolské	Brno
žena	30	Nepravidelně	středoškolské	Olomouc
muž	34	Každý den	vysokoškolské	Praha
žena	40	Každý den	vysokoškolské	Praha
žena	41	Každý den	vysokoškolské	Praha
muž	41	Jedenkrát týdně a častěji	středoškolské	Brno
žena	46	Jednou za dva týdny	středoškolské	Všenory

Graf 1: Frekvence nočních mûr u výzkumného souboru (N=18).



Výzkumný podsoubor

Výzkumný podsoubor tvořili participanti, kteří kromě výzkumného rozhovoru vyplnili i dotazník PSQI, který sloužil jako doplňující metoda. Tento soubor byl tvořen 10 participanty (2 muži a 8 žen), ve věku 21 – 41 let. Charakteristika tohoto výzkumného souboru je popsána v Tab.2.

Tab. 2: Charakteristika výzkumného podsouboru (N=10)

žena	21	Jednou za dva týdny	středoškolské	Praha
muž	23	Jednou za dva týdny	středoškolské	Hrochův Týnec
žena	24	Jedenkrát týdně a častěji	středoškolské	Praha
žena	26	Tříkrát týdně	vysokoškolské	Vrbno pod Pradědem
muž	27	Jedenkrát týdně a častěji	vysokoškolské	Kyjov
žena	27	Tříkrát týdně	středoškolské	Praha
žena	33	Tříkrát týdně	vysokoškolské	Brno
žena	30	Nepravidelně	středoškolské	Olomouc
žena	40	Každý den	vysokoškolské	Praha
žena	41	Každý den	vysokoškolské	Praha

7.3 Metody získávání dat

Mezi hlavní metody kvalitativního dotazování patří naslouchání vyprávění participantů, kladení otázek a získávání odpovědí. Samotné dotazování může mít podobu rozhovorů, dotazníků, škál či testů (Hendl, 2016).

Stěžejní část výzkumu realizovaného v rámci této diplomové práce tvoří rozhovory o nočních můrách. Rozhovory byly realizovány v souladu s metodikou DIPEX (Personal Experiences of Health and Illness), která byla vytvořena vědci na Univerzitě v Oxfordu a klade si za cíl zlepšit porozumění a přiblížit zkušenosti pacientů, jejich blízkých či lékařů, a to prostřednictvím aplikovaného kvalitativního výzkumu, jehož výsledky jsou publikovány na veřejně přístupných webových stránkách (Tavel et al., 2015). Ke sběru dat byl využitý narativní rozhovor v kombinaci s polostrukturovaným rozhovorem. Jako doplňující metoda byl použit Pittsburský index kvality spánku (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI), který

participanti vyplnili před začátkem rozhovoru. Využila jsem český překlad metody z roku 2006. V následující kapitole jsou tyto metody blíže popsány.

7.3.1 Narativní rozhovor

Narativní rozhovor je specifickou formou rozhovoru, která je hojně využívána v biografickém výzkumu. Při narativním rozhovoru není participant konfrontován standardizovanými otázkami, ale je vyzván, aby o daném tématu volně vyprávěl. Základem metody je předpoklad, že ve volném vyprávění participantů se objeví subjektivně významné struktury o určitých událostech (Hendl, 2016). Narativní rozhovor rozděluje Schütz (1983) do čtyř částí. První z nich nazývá stimulací, během které jsou participantovi prezentována témata rozhovoru a jejich význam. Důležité během této fáze je získání důvěry participanta. Následuje fáze samotného vypovídání, ve které je dotazovaný otázkou vyzván, aby hovořil o daném tématu. Třetí část následuje po ukončení vyprávění a je zaměřena na otázky, které během vyprávění výzkumníka napadají a slouží k upřesnění nejasností, přičemž při každé otázce výzkumníka dochází k rekapitulaci výpovědi participanta. V závěrečné fázi má výzkumník prostor doptat se na zobecňující otázky, které mohou odhalit významové struktury, které participant v rozhovoru neodhalil.

Předpokladem narativního rozhovoru je schopnost vyprávět, což může být také jeho úskalím v případě, že participant není vyprávění schopen (Hendl, 2016) nebo se ve svém vyprávění nedrží základní stanovené linie. Obtížná je také práce s daty během analýzy, a to především v případě, že je materiál nesourodý, vychází z různých komunikačních vzorců, nestrukturovaných otázek a různou délkou výpovědí. Oproti tomu výhodou je flexibilita, se kterou výzkumník pracuje. Má možnost přizpůsobit rozhovor konkrétnímu participantovi (Miovský, 2006).

Ve výzkumu byla použita otázka:

„Chtěl/a bych Vás poprostiti, abyste mi vyprávěl/a Váš příběh od doby, kdy jste poprvé měl/a noční můry až do dnešní doby/doposud.“

7.3.2 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor je nejčastěji využívanou metodou získávání dat v kvalitativním výzkumu, protože zahrnuje výhody nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru. Jeho předpokladem je náročnější příprava, během které je vytvořeno schéma

neboli scénář, kterého se výzkumník během rozhovoru drží. Scénář zahrnuje otázky, která jsou pro dané téma důležité, přičemž při dotazování nezáleží na jejich pořadí. Některé části rozhovoru mohou být více strukturované než jiné. Důležité je porozumění tomu, co nám chce participant sdělit, proto je vhodné se doptat na nejasnosti nebo participanta požádat o upřesnění myšlenky (Miovský, 2006). Samotné vedení rozhovoru je poměrně náročné. Výzkumník dbá na jeho průběh, jelikož zabíhavé odpovědi či nepostatné poznámky snižují jeho efektivitu. Zároveň je kladen důraz na to, aby byly pokládány otázky formulované neutrálně a nebyly návodné (Hendl, 2016). Vhodné je také pracovat s motivací participanta, a to tím, že mu výzkumník aktivně naslouchá a podněcuje tak jeho ochotu hovořit. Nevýhodou polostrukturovaného rozhovoru je, stejně jako u narativního, velké množství dat, která jsou důsledkem nedodržení linie výzkumu a nejsou tak pro něj relevantní (Miovský, 2006).

Strukturu scénáře sestavila vedoucí práce PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová, Ph.D., která je zároveň hlavní řešitelkou výzkumu ve spolupráci s poradním panelem výzkumu, který zahrnuje odborníky z řad neurologů, psychologů a terapeutů, kteří se setkávají s lidmi s nočními můrami a také ve spolupráci s člověkem, který častými nočními můrami sám trpí. Jeho znění bylo v průběhu sběru dat upravováno na základě další komunikace s poradním panelem a na základě již proběhlých rozhovorů.

7.3.3 Pittsburský index kvality spánku (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI)

Pittsburský index kvality spánku je standardizovaný dotazník, který slouží ke klinickému posouzení kvality a délky spánku za posledních 30 dnů. Dotazník vytvořil roku 1989 americký psychiatr J. D. Buysse ve spolupráci se svým týmem. V současné době je anglický originál přeložen do 56 jazyků. Dotazník PSQI se skládá celkem z 19 základních sebehodnotících otázek a 5 doplňujících otázek, které vyplňuje osoba, která sdílí místnost na spaní spolu s respondentem a má tak objektivní přehled o jeho spánku. Doplňující otázky se nezapočítávají do celkového skóru, slouží pouze k upřesnění klinických informací. Dotazník hodnotí latenci usnutí, celkovou dobu spánku, spánkovou efektivitu, poruchy spánku, kvalitu spánku, užívání léků na spaní a obtíže v denní činnosti způsobené ospalostí. Respondent subjektivně posuzuje svůj spánek. Na první čtyři položky odpovídá číselnou či časovou hodnotou. U všech dalších otázek vybírá nejvhodnější odpověď na škále od 0 do 3, přičemž hodnota 0 neguje dané obtíže a naopak hodnota 3 vyjadřuje těžké potíže. Celkový

skór dotazníku PSQI získáme po sérii výpočtů, přičemž v neposlední řadě sečteme jednotlivé dílčí části. Výsledný skór se nachází v rozmezí 0–21. Hodnoty 0 až 5 značí dobrou kvalitu spánku a hodnoty 6 až 21 jsou spojeny se špatnou kvalitou spánku (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989).

7.4 Průběh sběru dat

Sběr dat probíhal od února 2016 do května 2018. Participanti byli osloveni prostřednictvím letáčků, sociálních sítí a webových stránek Institutu sociálního zdraví Univerzity Palackého. Na základě samovýběru se participanti v případě zájmu sami přihlásili tím, že vyplnili online vstupní formulář nebo kontaktovali vedoucí výzkumu na jejím telefonním čísle či emailu. Na základě vstupního formuláře byli kontaktováni telefonicky a e-mailem. Přílohou emailu byl informační list s nejčastěji kladenými otázkami a informovaný souhlas, aby měli participanti prostor si jej dopředu nastudovat a seznámit se s cíli a průběhem výzkumné studie. Na základě telefonického rozhovoru jsme si dohodli termín a místo realizace rozhovoru. Rozhovory byly realizovány nejčastěji v místě bydliště participantů, v jejich zaměstnání nebo v kanceláři Institutu sociálního zdraví Univerzity Palackého. Všechny rozhovory byly zaznamenány na diktafon a některé z nich, po souhlasu participantů, také na videokameru, aby mohla být získaná data využita na stránce projektu Hovory o zdraví v sekci „Noční můry“. Před samotným rozhovorem byl participantům vysvětlen cíl výzkumu, byli seznámeni s webovými stránkami, kde budou výsledky prezentovány a s dalším průběhem využití dat. Následně byly podepsány informované souhlasy i zodpovězeny otázky participantů. Poté byli participanti požádáni o vyplnění dotazníku PSQI a následoval samotný výzkumný rozhovor, který trval přibližně 90 minut. Nejkratší rozhovor trval 40 minut, přičemž ten nejdelší byl dlouhý přibližně dvě a půl hodiny. Na konci setkání participanti obdrželi příručku o nočních můrách a možnostech jejich léčby, kterou vytvořila PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová PhD., která se problematice nočních můr věnuje dlouhodobě. Účast na výzkumu nebyla odměněna finančně. Participanti byli kontaktováni i po ukončení výzkumu, a to z důvodu schválení prepisů rozhovorů. Participanti mohli v souladu s metodikou DIPEX určit, které části rozhovoru nechtějí zveřejňovat nebo nechat analyzovat, tyto části byly z finálních analyzovaných prepisů smazány a nebyly využity v rámci analýz. Tuto možnost však participanti využívali minimálně.

7.5 Zpracování získaných dat

Narativní a polostrukturovaný rozhovor

Získaná data byla doslovně přepsána do elektronické podoby pomocí aplikací Microsoft Office Word 2010 a Listen N Write Free. Všechny přepisy byly následně zkontrolovány pro svou správnost. Po schválení přepisů participanty (viz Průběh sběru dat) byla vytvořena finální verze přepisu. Následně byly rozhovory kódovány v programu NVivo 12, což je program pro zpracování kvalitativních dat. Kódování spočívá v přiřazení klíčových slov k částech textu. Data se systematicky označují podle vytvořených kritérií tak, aby práce s nimi byla efektivnější (Miovský, 2006). Ve výzkumu bylo využito axiální kódování, v jehož průběhu byly hledány vztahy, příčiny a důsledky zkoumaných dat (Hendl, 2016). Kategoriální systémy kódování byly vytvářeny ad hoc z empirického materiálu, což je pro kvalitativní výzkum typické (Handl, 2016), některé z nich však byly předpokládáné na základě studia odborné literatury a struktury použitého scénáře. Jednotlivé kódy byly konzultovány s ostatními členy týmu na začátku kódování i v jeho průběhu, kdy byly přidávány nové kategorie. Pro účely této magisterské diplomové práce jsem následně zpracovávala kódy, které přímo souvisí se spánkem a jeho kvalitou u jedinců s častými nočními můrami. Tato data byla analyzována tematickou analýzou. Jedná se o proces identifikace datových vzorců a témat v kvalitativním výzkumu. Data jsou pomocí tematické analýzy organizována a detailně popsána (Hendl, 2016). Za tímto účelem byla využita online aplikace Coggle v jejímž prostředí byla využita technika OSOP (One Sheet of Paper). Tato technika slouží k propojení vzorců v rámci témat tak, aby byl zápis výsledků přehledný a usnadnil tak práci s daty. Během OSOP se kódované výňatky z přepisů každé kategorie zaznamenávají na jednom kusu papíru (Ziebland & McPherson, 2006), v případě našeho výzkumu do již zmíněné online aplikace Coggle. Tato data byla na základě podobností organizována do trsů, což jsou obecnější kategorie, která jsou na závěr pojmenována.

Dotazník PSQI

Dotazník PSQI byl použitý jako doplňková metoda ke zhodnocení kvality spánku participantů. Vyplnilo jej celkem 10 participantů (2 muži a 8 žen). Dotazník byl přepsán do elektronické podoby a vyhodnocen v pomoci aplikací Microsoft Office Excel 2010. Vyhodnotila jsem celkový skór a zaměřila jsem se také na četnost výpovědí zabávající se hodnocení kvality spánku, délky usínání, spánku a na noční probuzení.

7.6 Etické aspekty výzkumu

Výzkum byl schválen etickou komisí Olomouckého institutu sociální Zdraví na Univerzitě Palackého (OUSHI). Všichni výzkumníci byli seznámeni s etickými pravidly výzkumu a nerealizovali rozhovory se svými blízkými či známými. Participanti si během vyplňování vstupního rozhovoru mohli vybrat, zda budou rozhovor realizovat s mužem či ženou. Následně byli kontaktováni telefonicky a e-mailem, ve kterém obdrželi informační list s nejčastěji kladenými otázkami a informovaný souhlas, aby si jej mohli přečíst. Participanti si také vybrali, jestli chtějí rozhovor zaznamenat jen na diktafon nebo také na videokameru.

Před samotným rozhovorem byli participanti seznámeni s průběhem výzkumu. Jejich účast byla anonymní, dobrovolná a nebyla finančně ohodnocena.

Následně byly vyplněny a podepsány následující dokumenty, které se nacházejí v příloze:

- *Informovaný souhlas (ve dvou kopiích)*
- *Údaje o účastníkovi*
- *Svolení k použití obrazového / zvukového materiálu*

Participanti mohli kdykoliv z výzkumu odstoupit nebo nehovořit o tématech, při kterých se cítili nekomfortně nebo o nich hovořit zkrátka nechtěli. Po ukončení rozhovoru jim byla nabídnuta možnost následného kontaktu v případě zhoršení. Byl předán kontakt také na vedoucí výzkumu. Po přepsání rozhovoru byli participanti opět kontaktováni, aby odsouhlasili využití jejich výpovědi. Měli možnost označit části rozhovoru, které nechtěli z analýzy i následného zpracování dat využít. Každý participant měl také možnost souhlasit pouze s využitím dat pro výzkumné účely, bylo tedy vždy na participantovi, zda chce svůj rozhovor poskytnout rovněž pro webovou stránku projektu nebo ne.

8 Výsledky

Následující kapitola popisuje výsledky analýzy dat. První část vychází z narativního a polostrukturovaného rozhovoru a zodpovídá výzkumné otázky. Druhá část slouží k doplnění daného tématu, popisuje výsledky PSQI dotazníku. Při prezentaci výsledků uvedu také četnost výskytu jednotlivých zkušeností. Přestože jde o kvalitativní výzkum, tak bych ráda nastínila, jak často se konkrétní zkušenost objevovala ve výzkumném souboru. Výsledky uvedené v této části budu doplňovat sdělením participantů. Přičemž z důvodu zachování anonymity uvedu pouze jejich pohlaví a věk.

8.1 Spánek jedinců s častými nočními můrami

8.1.1 Charakteristika spánku jedinců s častými nočními můrami

Jak již bylo popsáno v teoretické části, spánek je nezbytný ke každodennímu fungování. Participantů byli požádáni, aby popsali svůj spánek ve vztahu k nočním můram. Dříve, než se budu věnovat výzkumným otázkám, bych chtěla krátce hovořit o tom, jak tento vztah a také důležitost spánku participantů vnímali.

Jedinci s častými nočními můrami považují spánek za důležitý a v rozhovoru hovořili především o obtížích, které s ním mají spojené (n=14, 77 %), přičemž většina těchto participantů zmiňuje více než jednu obtíž (n=12, 85 %). Z těchto rozhovorů vyplynula tři důležitá témata. Prvním z nich, a zároveň nejvíce zmiňovaným, bylo **časté noční buzení** (n=7, 50 %), které spánek „výrazně naruší“ (žena, 24 let) a „ovlivní tak jeho kvalitu“ (žena, 24 let). Čtyři participantů (33 %) se během jedné noci probouzí opakovaně, konkrétně dvakrát (n=2, 14 %) nebo třikrát až čtyřikrát (n=2, 14 %). Typicky se tři participantů (21 %) probouzeli mezi druhou a třetí ranní hodinou, ostatní se probouzeli nepravidelně (33 %).

Charakteristické pro spánek jedinců s častými nočními můrami jsou také **obtíže s usínáním** (n=6, 33 %). Doba usínání se pohybuje v rozmezí od deseti minut (n=1, 11%) přes půl hodiny (n=1, 11 %) až po neschopnost usnout do brzkých ranních hodin (11 %): „Občas se mi stane, že usnu třeba ve tři hodiny. A poté pak se budím a zase nemůžu, takže vlastně spím opravdu málo.“ Ostatní participantů délku usínání v rozhovoru blíže nespécifikovali. Obtíže s usínáním po noční můře jsou následně popsány v odpovědi na výzkumnou otázku tři.

Délku spánku popisovalo v rozhovoru sedm (38%) participantů. Často byla spojena s pracovní dobou (n=6, 33%), které přizpůsobují vstávání i dobu ulehnutí. Jedna participantka kvůli své pracovní vyčerpání dlouhodobě spala pouze ve volných chvílích: „*Když toho mám teď hodně, tak spím, kdy můžu. Nespím dlouho, ale například spím odpoledne hodinu a půl a pak třeba dnes jsem psala asi do 2 do rána článek. Takže vlastně ten spánek asi třeba není kvalitní, protože jej nemám pohromadě.*” Jeden participant preferuje alespoň šest hodin spánku. Dvě participantky nespí méně než 8 hodin. Další dvě participantky se cítí unaveně, pokud nespí alespoň devět, ideálně však deset hodin: „*Když nespím devět hodin, tak jsem unavená*” (žena, 33 let). Jeden participant je v současné době v invalidním důchodu a spí podle své potřeby: „*Já spím dlouho, dejme tomu deset hodin minimálně, ale spávám třeba taky třicet, nebo čtyřicet hodin v kuse, ale to jen výjimečně. Třicet hodin spávám ale úplně běžně.*” Pokud je to možné, tak lidé s častými nočními můrami preferují dřívější ulehání a s ním spojené brzké vstávání (22 %): „*Vyhovuje mi vstávat v pět hodin ráno, protože se mi spousta snů zdá těsně před tím, než se probudím a tímto způsobem částečně eliminuju to, co se mi zdá.*” (žena, 24 let).

Dvě participantky (11%) uvedly, že k tomu, aby mohly spát pravidelně, **užívají hypnotika**, které jim předepsal jejich lékař (n=1) či psychiatr (n=1) „*Ted' mám se spánkem docela problém, tak půl roku jsem se v podstatě nevyspala bez prášků na spaní. Ale zároveň ty prášky na spaní nejsou úplně řešení, protože po těch je to občas ještě horší. Když si je ale nevezmu, tak neusnu celou noc.*” Ostatní participanté s hypnotiky zkušenost nemají, ale mají jinou medikaci. Tři participanté (22%) užívají antidepresiva a dvě participantky (11%) užívají vzhledem ke své diagnóze kombinaci léků.

8.1.2 Kvalita spánku u jedinců s častými nočními můrami

VO1: Jak jedinci s častými nočními můrami hodnotí kvalitu svého spánku?

Všichni participanté hovořili o kvalitě spánku. Jejich zkušenosti jsou však rozdílné. Kvalita jejich spánku je výrazně ovlivněna aktuální frekvencí nočních můr. Během absence těchto dysforických snů se zpravidla vyspí dobře, avšak s jejich častým výskytem se kvalita spánku zhoršuje. Obecně svůj spánek hodnotí na rozmanité škále od jeho dobré kvality, přes neutrální až po tragicky špatnou. Subjektivní hodnocení spánku často neodpovídalo popisu obtíží se spánkem, o kterých participanté hovořili. Často se u nich vyskytovala tendence své potíže spíše zlehčovat. Po delším zamyšlení však hovořili o tom, že jejich spánek neplní

svou funkci, a to převážně z důvodu častého nočního buzení, přílišné sebekontroly a silných emocí prožívaných během snů.

Obecně hodnotili kvalitu spánku jako dobrou v případě, kdy se jim nezdají noční můry a nedochází k nočnímu buzení. Jedna participantka vypověděla: „*i když se mi zdá noční můra, tak spím tak tvrdě, že mě nic neprobudí*” (žena, 26 let). Nedá se však říci, že by noční můry na její spánek neměly žádný vliv. V období, kdy se jí zdají noční můry několikrát za noc se následující den cítí unavená a hůř se jí plní její pracovní povinnosti. Další z participantek je „*přesvědčená o tom, že spí dobře*” (žena, 46 let), ale zároveň uvádí, že pro ni spánek není osvěžující. Jedna participantka považuje svůj spánek za „*celkem kvalitní*” (žena, 28 let). Přestože má časté noční můry, není její spánek během noci přerušovaný. Dva participanti (11%) vnímají kvalitu svého spánku jako „*normální*” (muž, 27 let). Domnívají se, že na ně noční můry v současné době nemají žádný vliv, protože se s nimi potýkají tak dlouho, že už si na přerušovaný spánek a další obtíže s nimi spojené zvykli. Nejvíce participantů, uvedlo, že „*kvalita spánku není dobrá*” (žena, 33 let) (22%) a jedna participantka svůj spánek označila za „*naprosto tragický a vyčerpávající*” (žena, 33 let). Už od patnácti let má se spánkem obtíže, ale v posledním roce se její problémy stupňovaly tak, že výrazně narušují její běžné fungování.

Ve všech případech však popisovali participanti svůj spánek jako neproduktivní, a to hned z několika důvodů. Nejčastějším byla následná **únava**, kterou po noci, během které se jim zdají noční můry, prožívají (n=8, 44 %). Participanti to komentovali slovy: „*V noci bych si měla odpočinout a neměla bych tam nic zažívat. Byť je to někdy dobrodružství, které se mi jistým způsobem líbí, ale nemůžu se probudit tak fyzicky unavená, že je pro mě těžké něco dělat.*” (žena, 40 let). Další z nich uvádí: „*Ráno se potom vzbudím a jsem unavená. To si uvědomuju, že se muselo v noci něco dít, protože jsem takhle zničená.*” (žena, 46 let). Dva participanti se „*ráno cítí psychicky unavenější než předchozí večer*” (muž, 27 let), což podle nich není v pořádku. Za příčinu únavy považovali participanti především časté buzení z nočních můr (n=4, 22 %). Více se tématu únavy u jedinců s častými nočními můrami věnuji v kapitole 8.1.7.

Další příčinou neosvěžujícího spánku byly **silné emoce související s nočními můrami**, které spánek znesnadňují: „*Téměř pořád mám pocit, že když usnu, tak si vůbec neodpočinu, protože vlastně během té noci prožívám něco tak extrémního, že jsem z toho*

rozhozená třeba ještě několik hodin.” (žena, 27 let). Tuto příčinu uvedlo celkem sedm participantů (38 %). Jednalo se především o **strach** „*když má člověk zlé sny, strach a v noci křičí, tak nespí úplně dobře, ten mozek si neodpočine tak, jak by měl*” (žena, 27 let), **zděšení** „*nemohla jsem po noční můře spát, byla jsem z toho naprosto vyděšená a mám pocit, že když jsem spala, tak to spaní ani nebylo spaní. Jako bych ležela a byla zahalená do takové zvláštní tíhy*” (žena, 33 let), **vzteky** „*dlouhou dobu sem v sobě držel hněv, což se projevilo na spánku s těmi nočními můrami*” (muž, 23 let). Jedna participantka (5 %) jako jednu z příčin zhoršené kvality spánku uvedla **sebekontrola**, a to hlavně z toho důvodu, že noční můry mohou být doprovázeny fyzickými projevy či křikem. Participantka během svých nočních můr křičí sprostá slova. Stydí se za svůj křik i jeho obsah, a proto se „*během noci podvědomě hlídá*” (žena, 46 let), a to především v cizím prostředí či když sdílí svůj pokoj, ve kterém spí, s jinou osobou.

Dvě participantky (11%) srovnávaly svou kvalitu spánku se spánkem svých přátel, kteří noční můry nemají. Domnívají se, že si jejich přátelé si. „*odpočinou daleko více, protože usnou a prostě mají temno, nemusí na nic myslet*” (žena, 33 let). Díky tomu se cítí lépe následující den, protože „*když člověk noční můry nemá, tak se dobře vyspí a je zregenerovaný, optimistický a pozitivní. Spánek je totiž regenerace těla*” (žena, 27 let).

Shrnutí

První výzkumná otázka se věnovala subjektivnímu hodnocení kvality spánku. Z analýzy vyplývá, že participanté mají tendence zlehčovat obtíže spojené s kvalitou svého spánku. Kvalitu spánku považují za dobrou, pokud se jim nezdají noční můry, které jsou příčinou častého nočního buzení. Navzdory poměrně dobrému hodnocení kvality spánku označili všichni participanté svůj spánek za neproduktivní, zejména pro vnímanou únavu, silné emoce navazující na noční můry, které jim znesnadňují opětovné usínání a přísnou sebekontrolu, kterou se snaží regulovat své chování během spánku.

8.1.3 Faktory ovlivňující kvalitu spánku

VO2: Které faktory ovlivňují kvalitu spánku u jedinců s častými nočními můrami?

Faktorům, které ovlivňují spánek, se v rozhovoru věnovalo čtrnáct participantů, přičemž deset (71%) z nich hovořilo o dvou a více faktorech, které se na kvalitě jejich spánku

podílejí. Z analýzy výpovědí participantů byly identifikovány 4 skupiny faktorů, které mohou mít na kvalitu spánku jedinců s nočními můrami vliv. Jde o faktory fyzicko-biologické, psychicko-duchovní, sociální a faktory životního prostředí.

Fyzicko-biologické faktory byly zmíněny u dvanácti participantů (85%). Z nichž nejčastěji zmíněným faktorem byl **stres**, který podle deseti participantů (83%) výrazně ovlivňuje kvalitu jejich spánku. V obdobích, kdy prožívají zátěžové situace mají horší kvalitu spánku (n=10, 83%), vyšší výskyt nočních můr (n=10, 83%) a mohou se u nich vyskytnout další poruchy spánku, jako je izolovaná spánková obrna (n=2, 16%), jejíž výskyt popisuje jedna z participantek slovy: „*Ale vždy to bylo většinou období, kdy toho bylo opravdu moc, že buď bylo hodně jako zmatku, hodně stresu, a hlavně málo spánku, že člověk byl takový vystresovaný.*” (žena, 27 let). Dále byl zmiňován **alkohol**, který kvalitu spánku zhoršoval a zvyšoval frekvenci nočních můr (n=4, 33%): „*Po tom alkoholu byly ještě větší ty noční můry, ale přiznám se, že některý sem si ani nezapamatovala, když jsem se vzbudila ráno.*” (žena, 26 let). Dalším faktorem, je podle dvou participantů (16 %) **strava**. Především těžké jídlo před spánkem negativně ovlivňuje jeho kvalitu. Jeden z nich tedy preferuje lehkou stravu: „*Musím říct, že když se stravuji velmi asketicky, to znamená, že jím jakoby na očistu těla, rýžová dieta a k tomu zelenina. To rozhodně spánek zklidní.*” (muž, 34 let). Za důležité považuje jedna participantka především plánování svého večerního jídla a nejí později „*než dvě hodiny před spaním*” (žena, 28 let). Podle jedné participantky (8%) má na její spánek vliv **nikotin**, který „*kvalitu spánku zhoršuje*”, a proto se mu v současné době vyhýbá (žena, 27 let). Oproti tomu dva participanté (16%) jeho efekt vůbec nevnímají: „*Říká se, že nikotin zhoršuje spánek, ale já to u sebe potvrdit nemůžu.*” **Kofein** byl čtyřikrát zmíněným faktorem (33 %), který kvalitu spánku zhoršoval: „*No určitě jsem přestala pít tolik kofeinu. Já jsem dřív pila hodně kávy i energy drinky, zvláště když sem fyzicky pracovala, že ono přece jenom ten cukr mě dočasně nakopl. Ale připadá mě právě, že i ten kofein měl hodně podíl, že sem byla hodně dlouho do noci vzhůru, převracela se a nemohla spát.*” (žena, 26 let). Dvě participantky (16%) uvádějí, že jejich spánek i sny jsou ovlivněny **medikací**, kterou užívají. S pomocí odborníka se snaží ovlivnit především intenzitu nočních můr, aby byl jejich spánek více osvěžující a mohly si tak odpočinout: „*Právě před spaním беру největší dávku toho léku, antipsychotika беру před spaním, protože ovlivňují dopamin v mozku, který souvisí s obsahem myšlenek. A on hodně zlepšuje ty mé noční můry, mění jejich obsah*” (žena, 27

let). Oproti tomu jeden participant (8%) považuje medikaci, v podobě benzodiazepinů, za kontraproduktivní: „Mám zkušenost s benzodiazepiny a neměly nějaký výrazný efekt, raději bych se jim vyvaroval.“ **Drogy** podle tří participantů (25 %) ovlivnily „kvalitu spánku negativně“ (žena, 26 let). Po jejich konzumaci nedošlo ke zlepšení kvality spánku ani frekvence nočních můr, naopak u jedné participantky (8 %) došlo k přesahu snového zážitku do reálné situace: „Zkusila jsem experimentálně marihuanu, to se přiznám. A mělo to na mě právě vliv z oblasti toho chování i prožívání. Noční můra se mi projevila jako kdyby v té situaci, ve které jsem byla a začala jsem být agresivní na to okolí a zůstalo mi to ještě několik hodin vlastně po požití té látky.“ (žena, 26 let). **Cvičení** má významný vliv na kvalitu spánku jedné z participantek (8 %): „Jsem unavená a zároveň jsem jako nabitá novou energií. Takže málokdy se mi stane, že bych, když jdu na jógu, potom špatně spala“ (žena, 33 let). Oproti tomu další participantka (8 %) vliv cvičení na svůj spánek nevnímá: „Cvičení je sice fajn, ale rozhodně to není tak, že by to nějak zásadně ovlivnilo ten spánek“ (žena, 33 let). Jedna z participantek (8 %) uvádí, že na kvalitu spánku i frekvenci jejich nočních můr má vliv její **menstruační cyklus**: „Někdy je ten křik ze spaní spojen i s cyklem. To můj muž říká, že je katastrofická kombinace“ (žena, 46 let).

Psychicko-duchovní faktory zmínily dvě participantky (14%). Jedna z nich byla v dětství vystavena vážnému dlouhodobému traumatu, které ovlivnilo nejen její spánek: *A myslím, že ty noční můry mám kvůli tomu, že mám citlivou nervovou soustavu, že máme v rodině duševní onemocnění a různé diagnózy. A zároveň to souvisí se závažným traumatem, které jsem dlouhodobě zažívala, o kterém se mi zdá. Pak jsem hodně unavená, protože se kvůli tomu se moc nevyspím*“ (žena, 27 let). Druhá z participantek také připouští, že trauma z dětství se na jejím spánku mohlo projevit, a to především na vzniku nočních můr: „Asi ano. Někdy je tam taková přímá linka, kde se některé ty postavy vlastně objevují, ale úplně to zase třeba nesouvisí jako s tím, co se stalo. Takže spíš že se tam objevují nějaké ty postavy a možná nějaké pocity, které jsou třeba stejné“ (žena, 33 let).

Sociální faktory zmínily dvě participantky (14%). Na kvalitu jejich spánku mají vliv, mimo jiné, její mezilidské vztahy, partnerské problémy a krize: „Pamatuju si, že v době, kdy jsme řešili ty vztahový problémy, tak jsem prostě asi 14 dní nespala, a to už bylo fakt šílený.“ Výjimkou však nejsou ani aktuální konflikty a neshody: „Když řeším nějaký konflikt, s někým se pohádám nebo něco v práci, tak se mi nespí úplně dobře“ (žena, 28 let).

Faktory životního prostředí byly zmiňovány nejčastěji (n=13, 92%). Čtyři participanti (28 %) mluvili o tom, že je pro ně důležité **prostředí**, ve kterém spí. Dva z nich se lépe vyspí na dovolené, přestože mnohokrát pohodlí není takové, jako mají u sebe doma: „*No, shodou okolností teď nedávno jsem se dobře vyspal. Byl jsem na dovolené, s kamarády. Zvláštní je, že jsme spali ve stanu, venku v přírodě. Myslel jsem si, že se tam nevyspím vůbec, ale mně se tam spalo moc dobře. Byla tam tvrdá zem, měl jsem karimatku a spacák, ale pocitově jsem byl daleko víc odpočatý než za řadu měsíců nebo let před tím. Prostě hlavně prostředí tam hrálo velkou roli.*” Oproti tomu mají dva participanti jinou zkušenost, nejlépe se vyspí ve své posteli v jiném prostředí se jim nespí dobře: „*Když spím na nějakém novém nebo neznámém místě, tak mám mnohem živější sny a jsou to většinou noční můry, nevyspím se tam úplně dobře.*” Jedna z nich navíc dodává, že se v dětství se svými rodiči často stěhovala a má zkušenost se sny z nejrůznějších zemí: „*Noční můry se mi hlavně odehrávají tady. Vím, že sny, které jsem měla spojené s nějakou cizí zemí, byly příjemné.*” (žena, 21 let). Jedna participantka (7 %) pozoruje změny ve své kvalitě spánku v době **úplňku**: „*Určitě dělám nějaká opatření. Když mám jet na nějaké školení a vím, že bude úplňek, to se na to opravdu dívám, a když tam budu spát, tak chci mít svůj pokoj, protože budu zase křičet ze spaní*” (žena, 46 let).

Jako podskupinu faktorů životního prostředí jsem identifikovala **faktory fyzikální**. Participanti hovořili o vlivu hluku, teploty nebo vzduchu na svůj spánek. **Hluk** uvedly dvě participantky (14 %), a to především proto, že mají lehký spánek: „*Já mám hrozně moc lehký spánek. Já bez špuntů neusnu. Jenom se vedle mě někdo pohne a já jsem vzhůru a vím, co se děje*” (žena, 27 let). Nebo hlučné sousedy: „*Takže sousedi, když třeba hodně nahlas mluví tak si myslím, že to nějakým způsobem taky ovlivňuje ten spánek*” (žena, 28 let). Dalším zmíněným faktorem byla nižší **teplota** (n=2, 14 %) a s ní spojený i čerstvý **vzduch** (n=3, 21 %): „*Pro mě je nejideálnější čerstvý chladný vzduch. Takže ideální je prostě mít otevřené okno a když je venku, kolem tří, čtyř stupňů v noci, tak je pro mě na spaní ideální*” (muž, 27 let).

Shrnutí

Tato kapitola se věnovala faktorům, které ovlivňují kvalitu spánku u jedinců s častými nočními můrami. Analýzou byly zjištěny čtyři skupiny faktorů, kterými jsou fyzicko-biologické faktory, psychicko-duchovní faktory, sociální faktory a faktory životního

prostředí. Mezi fyzicko-biologickými faktory dominoval především stres, který negativně ovlivňoval kvalitu spánku, zvyšoval frekvenci nočních můr a podporoval výskyt dalších spánkových poruch, konkrétně izolované spánkové obrny. Mezi psychicko-duchovní faktory patří v minulosti prožité trauma, které se vrací v obsahu nočních můr a narušuje tak spánek. Mezi sociálními faktory byly zmíněny partnerské a mezilidské konflikty. Nejčastěji účastníci hovořili o faktorech životního prostředí, jako je místo spánku, hluk, teplota a čerstvý vzduch.

8.1.4 Vliv nočních můr na kvalitu spánku

VO3: Jak konkrétně ovlivňují noční můry spánek?

U účastníků se stejně jako hodnocení kvality spánku lišilo hodnocení konkrétního vlivu nočních můr na jejich spánek. Z analýzy vyplynulo, že kvalita spánku je negativně ovlivněna nočními můrami z důvodu častého nočního probouzení a strachu z usínání. Tyto důvody budou v následující kapitole blíže popsány, stejně jako strategie, které účastníci během noci využívají, aby se zklidnili a mohli pokračovat ve spánku.

Noční můry mohou ovlivnit kvalitu spánku během konkrétní noci, kdy se snícímů zdají. Účastníci uváděli, že se zpravidla během **noci probudí**, čímž se naruší kontinuita jejich spánku, a následně potřebují nějaký čas k tomu, aby se zklidnili a ve spánku mohli pokračovat (n=7, 38%). Děje se tak zvláště v případě, kdy se objeví hned několik nočních můr za sebou (n=3, 16%). Muž, 27 let to popisuje slovy: „*Když se vám nezdává jedna noční můra za noc, ale zdají se vám tři nebo čtyři, tak už jenom to, že spíte sedm hodin a mezitím jste v podstatě téměř po hodině vzhůru a následně půl hodinky ještě kvůli tomu nemůžete usnout, protože se potřebujete vydýchat, uklidnit, tak abyste mohli spát, tak se určitě projeví únava.*” Obdobou zkušenost má také žena, 26 let: „*Když mám noční můru, tak se vzbudím a tím pádem mi to narušuje kvalitu spánku, protože se následně musím zase dostávat do té fáze, kdy se zklidním a jsem schopná usnout. To stojí tělo energii a úsilí, tím pádem to určitě ovlivňuje kvalitu spánku.*” Potřebný čas pro zklidnění je různý, pohybuje se od několika minut (n=2, 11%) po půl hodinu (n=3, 16%). Při intenzivních nočních můrách může však zklidnění trvat i hodinu (n=2, 11%), jak popisuje jedna z účastnic: „*Nejspíš mám poruchy spánku nebo problémy s usínáním. Když se probudím někdy v pět ráno, tak už potom namůžu usnout. Dělá mi to hrozný problém, třeba hodinu ležím v posteli, než zase zpátky spadnu do toho spánku*” (žena, 33 let). Rozdílné jsou také aktivity, kterými

se účastníci snažili zklidnit. Tři z nich uváděli, že se probudí dezorientovaní a zmatení, tak se nejdříve snaží zakotvit se v realitě (n=3, 16%) a přesvědčit se o tom, že to, co se jim zdálo není skutečné (n=2, 11%). Jedna z účastnic to popisuje slovy: „*Musím se projít po bytě, uvařit si čaj, uvědomit si, že nejsem ve snu*” (žena, 24 let). Následně se snaží narušit ten zážitek jinými vjemy (n=2, 11%), protože mají obavu, že když opět usnou, tak se jejich sen vrátí: „*To už ani nechci jít spát, protože vím, že bude ten sen pokračovat*” (žena, 27 let). Nepříjemné je, když se tak skutečně stane a stejný sen prožívají několikrát za sebou: „*Já jsem se probudil, byl jsem úplně v háji, šel jsem se projít ven, vrátil jsem se a byly asi tři hodiny v noci, šel jsem spát a ten sen se mi odehrál potřetí*” (muž, 27 let). Jeden z účastníků se po noční můře probudí zpocení tak, že je nucen se jít během noci osprchovat, čímž se probudí a hůř se mu poté usíná: „*Jednu noc se prostě jdete třikrát osprchovat a stejně je vám to k ničemu*” (muž, 27 let). U tří účastnic (16%) nemělo probuzení z noční můry vliv na jejich spánek. Jdou se napít, vyvětrají si nebo si zajdou na toaletu a „*usínají bez obtíží*” (žena, 46 let).

S nočními můrami byl u sedmi účastníků (38%) spojen **strach z usínání**. Ten se u nich objevil už v dětství, kdy jejich obtíže s nočními můrami začaly: „*Jedna noční můra mě úplně paralyzovala na asi tři měsíce, protože se mi pořád opakovala a já jsem se poté bála usnout*” (žena, 24 let) a přetrvává do dnes. Především v období častých nočních můr je pro účastnici spánek nepříjemný (n=3, 16%): „*Podvědomě mě nebaví jít spát v období, kdy mám zlé sny, protože je tam vyšší pravděpodobnost toho, že je budu mít a že to bude stát za nic*” (muž, 27 let). U jednoho účastníka přerostl strach z usínání v nyktofobii a hypnofobii. Ihned po usnutí se jej zmocní úzkost, která je způsobena obsahem nočních můr. Sám to popisuje slovy, že když usne, tak jej ta hrůza „*jde sežrat*” (muž, 34 let). Přestože si uvědomuje rizika spojená s nedostatkem spánku, jsou u něj období, kdy čtyři až pět dnů vůbec nespí. Když se blíží únava, tak se snaží dělat všechno pro to, aby neusnul. Jeho partnerka to popisuje tak, že se „*spánku brání jako malé dítě*”. Vybírá si všechny aktivity, kterými by se mohl aktivovat a zahnat únavu: „*Mám antidepressivní světlo, piju kávu, dívám se na počítač, učím se na něm kreslit, probouzím se, jak je to možné, dávám si studenou sprchu, hlavně abych si nemusel jít lehnout do postele*” (muž, 34 let). V současné době si neumí představit, jak by to vypadalo, kdyby byl hospitalizovaný na psychiatrii a musel by

tam spát. Podle svých slov by musel mít vysoce účinné a silné léky, aby zvládl „úporný odpor vůči spánku“ (muž, 34 let).

Silnou zkušenost se strachem ze spánku má také participantka, u které se noční můry objevovaly v minulosti, ale v současné době jimi netrpí, pokud nespí v domě svých rodičů, kam jezdí na návštěvy. Když spí ve svém dětském pokoji, tak má noční můry každou noc. Během dne se té místnosti vyhýbá, když se blíží večer, tak otevře okno, aby slyšela hluk z ulice a nepřipadala si tam osaměle. Usíná zásadně s rozsvícenou lampičkou a puštěnou hudbou. Poté se jí usnout podaří, nicméně se jí zdají noční můry, kvůli kterým se s křikem probudí: „*Hrůza, kterou jsem po probuzení cítila, byla taková, že sem ve svých třiceti letech byla schopná prostě vyběhnout z toho pokojíčku v prvním patře, běžet dolů po těch schodech, kde celý dům spal. A třeba ve 3 ráno jsem prostě seděla v kuchyni u stolu. Už jsem se tam prostě nemohla zpátky vrátit do toho pokojíčku, protože sem prostě byla si jistá, že tam prostě někdo je se mnou*“ (žena, 35 let). Do dětského pokoje se skutečně nevrací, v kuchyni vyčká do rána. Následující den je vyčerpaná. Obtížné je pro ni, když je u rodičů více dnů, popisuje období, kdy „*nespala tři dny v kuse*“, a proto se delším návštěvám vyhýbá. Před každou návštěvou přemýšlí, zdali dá přednost kontaktu s rodinou anebo tomu, aby se vyspala a vyhnula se nepříjemnému zážitku z noční můry. Takové rozhodování ji trápí, přála by si vídat svou rodinu častěji.

Shrnutí

Noční můry ovlivňují kvalitu spánku především tím, že způsobují častě noční probouzení, o čemž hovořilo sedm participantů. Po probuzení potřebují nějaký čas k tomu, aby se zklidnili a byli schopni ve spánku pokračovat. K tomu využívají nejrůznější strategie. Jedná se například o ukotvení v realitě, osvěžující sprchu, chůzi po bytě nebo venkovní procházku. Důsledkem nepříjemných obsahů nočních mūr, spojených s negativními emocemi, podněcují noční můry strach z usínání

8.1.5 Symptomy dalších spánkových poruch jedinců s častými nočními mūrami

VO4: Vyskytují se u jedinců s častými nočními mūrami symptomy dalších spánkových poruch?

V této části budou popsány další spánkové poruchy, které se u participantů spolu s nočním mūrami vyskytovaly. Tyto spánkové poruchy neměl žádný z participantů

diagnostikovány. V následujícím textu se tak jedná o popis symptomatologie, jak o ní hovoří účastníci.

Se symptomy dalších spánkových poruch má zkušenost celkem deset účastníků (55%). Šest účastníků (33%) hovořilo o symptomech jedné spánkové poruchy, ostatní uváděli dva a více (n=4, 22%). Množství spánkových obtíží u jednoho účastníka se pohybovalo od 2 do 6. Na základě analýzy rozhovorů bylo identifikováno **deset spánkových obtíží**.

Nejčastěji zmiňovaná byla **izolovaná spánková obrna**, se kterou má zkušenost pět účastníků (27%), a to jeden muž a čtyři ženy. Jeden z nich ji popisuje slovy: „*Cítil jsem, že se nemůžu hýbat. Chtěl jsem se vzbudit a pohnout, vědomě jsem dával příkaz tělu, aby se pohnulo, ale nešlo to. Nemohl jsem se hýbat*” (muž, 27 let). Tento stav je zpravidla spojen s „*nepříjemnými pocity, protože spící vnímá, co se děje, ale nemůže s tím nic dělat*” (žena, 21 let). Účastníci hovoří o dalších nepříjemných pocitech, mezi které patří **strach** (n=2, 11%), **děs** (n=1, 5%), **panická úzkost** (n=1, 5%) nebo **pláč** (n=1, 5%). Izolovanou spánkovou obrnu mohou doprovázet halucinace. Takovou zkušenost popsali tři účastníci (16%), dva z nich se „*pouze nemohou pohnout*” (žena, 27 let) a žádné halucinace nemají. Nejčastěji hovořili o **taktilních halucinacích** v podobě tlaku na hrudi (n=3, 16%). V některých případech navazovala spánková paralýza s halucinacemi přímo na noční můru (n=2, 11%), jak popisuje žena, 26 let: „*A jednou jsem se z toho snu probudila, když mě zavalila lavina sněhu. Ležela jsem paralyzovaná a cítila jsem, jako kdyby ten sníh na mě opravdu ležel. Cítila jsem, jak dýchám jenom povrchově, lapám po dechu. Měla jsem otevřené oči dokořán. Jenom jsem s nimi tékala po stropě. A nebyla jsem schopná se pohnout.*” Obdobnou zkušenost popsala i jiná účastnička (žena, 27 let): „*Z ničeho nic se mi zdálo, že jsem ve svém pokoji, ve své posteli a že na mně něco leží. Ale úplně to na mě tlačilo, že jsem měla pocit, že mi to snad vyklopí celý hrudník pryč. Já jsem jen ležela a nehýbala jsem se. Jediné, čím jsem mohla hýbat, byly mé oči.*” V jiných případech se spánková obrna objevila bez noční můry, o čemž hovořila jedna účastnička: „*Když se stane, že spím a opírám se rukou o zeď, tak najednou mám pocit, že mě někdo chytá za ruku nebo mě hladí nebo na mě sahá*” (žena, 21 let). **Sluchové halucinace** popisovaly dvě účastničky (11%). Žena, 21 let: „*Takže slyším hlasy a většinou je to více hlasů, které se překrývají a něco mi říkají nebo se smějí nebo mi něco šeptají do ucha. Já ale nedokážu*

rozeznat, co říkají. A vždy je tam je takový pocit, že je to nějaká démonická síla, která se nade mnou snaží získat kontrolu nebo do mě vstoupit, což je hrozně nepříjemné. Většinou je to pocit, že mi vstupují do hlavy.” **Vizuální halucinace** měla pouze jedna participantka (5%). Svou zkušenost popsala slovy: „Myslela jsem si, že přítel, který spal vedle mě, vstává a jde na záchod, ale pak jsem si uvědomila, že on vedle mě stále leží. Ten, kdo vstává a jde na záchod, je někdo jiný. A ten člověk se začal strašně zvětšovat. Poté se dokonce přeměnil v koně, což bylo hodně absurdní, a pak ta halucinace zmizela” (žena, 21 let). Frekvence výskytu spánkové obrny se u jednotlivých participantů lišila. U některých z nich byla „nepravidelná” (žena, 26 let) (n=2, 11%), dvě participantky (11%) uvedly, že se u nich objevuje přibližně „třikrát až čtyřikrát do roka” (žena, 27 let) a jedna tento stav zažívá dokonce „jednou týdně” (žena, 21 let).

Další participanty uváděnou spánkovou poruchou byla **nespavost**, o které hovořilo pět z nich (27%). Žena, 33 let ji přibližuje slovy: „Když čtyři hodiny ležíte v posteli a furt o něčem přemýšlíte, tak vlastně začnete přemýšlet nad tím, jak si ty myšlenky ukočírovat, jak je zastavit. Takže jediné, co můžete vlastně dělat, je si to představovat.” Participant hovořili o několika různých příčinách, které podle nich mohou stát za jejich nespavostí. Jednou z nich byla „obava z brzkého vstávání” (žena, 33 let) (n=2, 11%), spojená s pravidelným režimem. Dvě participantky (11%) dávaly nespavost do souvislosti přímo s „nočními můrami” (žena, 27 let) nebo „akutními obtížemi a stresem” (žena, 27 let). Další participantka uvedla, že je její nespavost způsobena „narušením spánkového režimu” (žena, 33 let), jehož dodržování je pro participantku důležité. Pokud si jde během odpoledne lehnout nebo nedodrží obvyklou dobu ulehnutí, tak „je téměř jasné, že večer neusne” (žena, 33 let).

Strach z usínání, který se vyskytuje u některých participantů (viz předchozí výzkumná otázka) je jednou z příčin **poruchy začínání spánku**. Ta je zapříčiněna především tím, že se participant bojí toho, že se jim bude zdát něco nepříjemného (n=3, 16%).

Jak již bylo zmíněno v předchozí výzkumné otázce (VO4), u jednoho participanta byl strach z usínání natolik závažný, že během posledních dvou let vyústil v **hypnofobii** (n=1, 5%). Hovoří o to, že přesto, že ví, že to není zdravé, tak se vyhýbá spánku a dělá všechno proto, aby neusnul: „Piju kávu, dívám se do počítače, učím se kreslit na počítači a cíleně se probouzím studenou sprchou, nechci si jít lehnout do postele” (muž, 34 let). Kromě

hypnofobie zmiňuje také **nyktofobii** (n=1, 5%). Blížící se noc prožívá s velmi nepříjemným pocitem: „*Když se blíží noc, tak to je příšerný pocit. Potěší mě, když jsou 3 hodiny ráno a já vím, že to nejhorší už je za mnou*” (muž, 34 let).

Jeden participant zmínil **syndrom neklidných nohou**, projevující se „*komplexním a nepřestávajícím pohybem nohy*” (muž, 34 let), který se objevuje, když spí na břiše.

Spánkovou deprivaci, která byla zapříčiněna častým buzením se z nočních můr a nedostatečně dlouhým spánkem, zmiňovaly dvě participantky (11%): „*Když se probudím, tak potom nemůžu usnout. Poté ležím třeba hodinu v posteli, než se mi podaří zase upadnout do toho spánku. A spánková deprivace občas způsobí to, že je člověk hodně přecitlivělý*” (žena, 33 let). U dvou participantek (11%) se navíc objevily během spánkové deprivace halucinace: „*Tenkrát, když jsem byla 14 dní bez spánku, tak to už jsem se dostala do nějakého takového stavu halucinací. Víím, že jsem byla vzhůru, ale už jsem nevěděla, co se děje, byla jsem už tak strašně vyčerpaná. Byla jsem doma. Nic se nestalo, jenom jsem se dívala do zrcadla a vůbec jsem neviděla, jestli vlastně jsem vzhůru nebo jestli jsem v nějakém zvláštním stavu*” (žena, 40 let).

Dvě participantky hovořily o **hypnagogických halucinacích**, které mají spojené především s usínáním: „*Někdy jsem měla pocit, že jsou ty halucinace součástí toho snu. Objevují se mi po probuzení nebo před usnutím*” (žena, 40 let).

O **nadměrné denní spavosti** mluvila jedna participantka (5%). Během dne bývá výrazně unavená a důležitý je pro ni spánkový režim, který dodržuje.

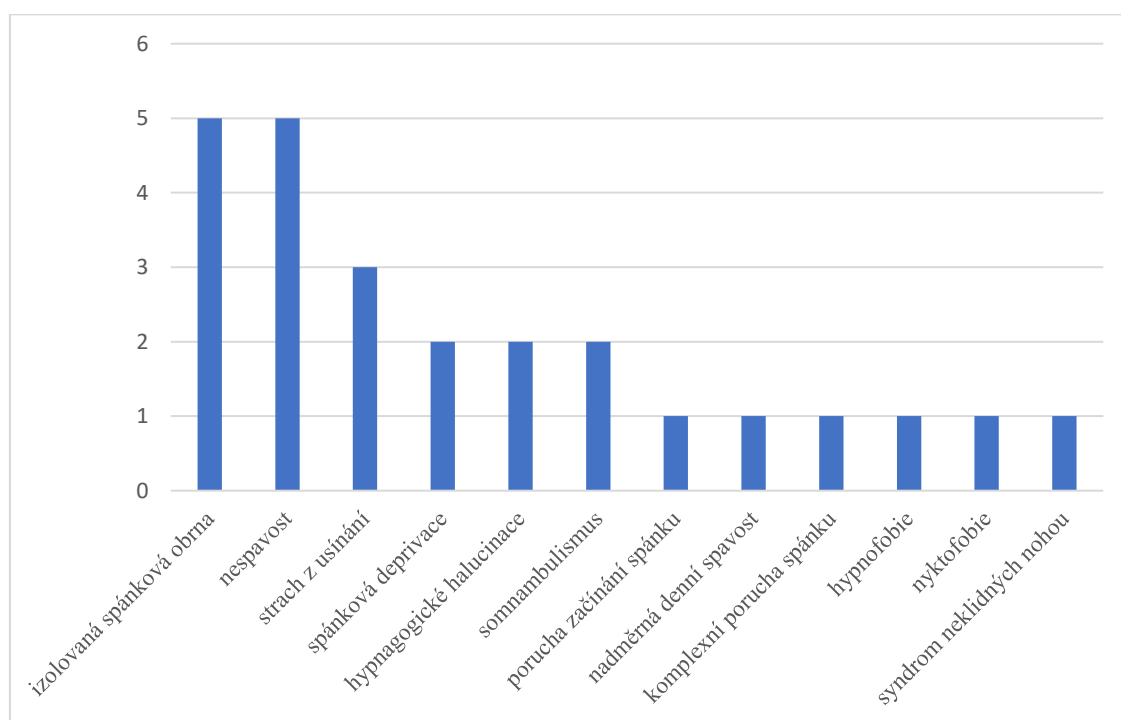
Jeden participant (5%) hovořil o **komplexní poruše** spánku: „*Mám komplexní poruchu spánku. Ted' už je to trochu chaos, protože spím, nespím. REM spánek tím pádem nemám*” (muž, 34 let).

Poslední zmíněnou spánkovou obtíží byl **somnambulismus** (n=1, 5%). Participantka popisuje jeho častý výskyt „*převážně v dětství a na základní škole*” (žena, 33 let). Kolem patnáctého roku u ní došlo k ústupu a v současné době se u ní už nevyskytuje.

Shrnutí

Více než polovina participantů má zkušenost se symptomy další poruchy spánku. Na základě analýzy bylo identifikováno deset poruch spánku. S nočními můrami byla nejčastěji spojována izolovaná spánková obrna. Dále šlo nespavost, hypnofobii, nyktofobii, poruchu začínání spánku spánkovou deprivací, strach z usínání, nadměrnou denní spavost. Další zmíněnou obtíží byly hypnagogické halucinace, které se objevují po probuzení nebo při usínání a volně přechází do snění nebo do reality. Dvě participantky uvedly také somnambulismus, který se u nich objevoval především v dětství v období dospívání došlo k jeho samovolnému ústupu. Jednou zmíněna byla také nadměrná denní spavost a komplexní porucha spánku. V neposlední řadě byl jedním participantem zmíněn syndrom neklidných nohou, a to především když spí na břiše. Četnost zmíněných poruch spánku zobrazuje Graf 2.

Graf 2: Další participantů – zmíněné spánkové obtíže



8.1.6 Fyzické projevy doprovázející spánek jedinců s častými nočními můrami

VO5: Které fyzické projevy doprovází spánek jedinců s častými nočními můrami?

Fyzické projevy doprovázely spánek šestnácti participantů (88%). Z nichž jedna participantka (6%) explicitně uvádí, že si žádných fyzických projevů ani obtíží během spánku není vědoma. Zmiňované fyzické projevy byly: nadměrné pocení, vokální projevy,

fyzické projevy spojené s prožívaným obsahem snů, křeč, neklid, agresivní chování ve spánku.

Nadměrné pocení (n=8, 50%), způsobeno prožíváním noční můry: „*Musíte si dát sprchu, protože je všechno propocené, musíte si vyměnit prostěradlo, všechno vyprat. To je jako kdybych běžel maraton*” (muž, 27 let).

Vokální projevy v nejrůznějších podobách uvedlo osm participantů (50%). Tito participanté hovořili o **křiku** (n=5, 62%), kvůli kterému se vzbudí: „*probudilo mě to, že jsem křičela*” (žena, 24 let). Jedna participantka během spánku křičí vulgární slova: „*já vždy, když začnu křičet, tak údajně křičím strašně sprostá slova*” (žena, 46 let). Participantka dále uvedla, že tato slova běžně ne užívá. Samotný křik má vliv především na jejího muže, kterého vzbudí a následně nemůže usnout. Další den je neodpočinitý a mrzutý. Jelikož se participantka během křiku neprobudí, o průběhu noci se dozvídá až následující ráno. Poté se cítí provinile a stydí se za svůj slovník. Jednou se jí také stalo, že ze spánku „*bečela jako ovce*” (žena, 46 let). Jiní participanté uváděli **mluvení ze spánku** (n=3, 37%): „*Občas se stane, že mluvím ze spaní nebo třeba zakřičím*” (žena, 26 let). A stejně často hovořili participanté také o **smíchu** (n=3, 37%): „*Mívám i to, že se mi zdá něco vtipného a probudím se ze snu smíchem*” (žena, 40 let). Méně často byl zmiňován **pláč** (n=2, 25 %): „*Občas se probudím s brekem. Jakože brečím v tom snu a pak se probudím a opravdu brečím*” (žena, 21 let). **Hlasité dýchání** (n=1, 12 %): „*Já jsem se většinou vzbudil tím, že jsem hodně nahlas dýchal a tím dechem jsem se probudil*” (muž, 27 let). Stejně jako **skřípání zubů**, které uvedla jedna participantka (12%): „*Jednu dobu jsem skřípala zubama, to bylo dost nepříjemné, teda spíš pro lidi v místnosti, pro mě ne ani ne*” (žena, 30 let).

Fyzické projevy spojené s prožívaným obsahem snů (n=11, 68 %). Nejčastěji tyto projevy byly úzce spojeny s pocity strachu či s úzkostí. Nejvíce zmiňovaná byla **bolest**, přímo spojená s noční můrou (n=3, 27%): „*Občas se mi může stát, že se proberu a mám bolest v noze, protože mi ve snu někdo uhryznul nohu*” (muž, 27 let). Tato bolest trvá po probuzení několik málo minut, odezní poté, co se spící úplně probudí a zorientuje se v aktuální situaci. **Obtíže s dechem popisovali** tři participanté (27%). Jednalo se o lapání po dechu, zrychlený dech, zadýchání nebo naopak zadržování dechu: „*Když prožívám strach tak jinak dýchám, takže je tam takové lapání po dechu, ve smyslu, že zadržuju dech to třeba dělám i někdy v normálním životě.*” (žena, 28 let). Dva participanté (18%) mluvili o **tlaku**

na hrudi a neschopnosti dýchat: „Brní mě na prsou a nemůžu dýchat” (žena, 33 let). **Bušení srdce** uvedli dva participanté (18%). Jedna participantka (9%) uvedla **brnění uprostřed čela a tlak v očích:** „Měla jsem pocit, že mi rezonuje čelo, takže mě týden takto bolela hlava. Brnělo mi i mezi očima. Jeden den jsem se probudila po noční můře a hrozně mě bolely oči, úplně jsem cítila tlak na očích a večer se mi udělaly pod očima modřiny” (žena, 33). Další hovořila o tom, že se doslova „**třese strachy**”, čímž se probudí, a má „**sucho v ústech**” (žena, 24 let). Fyzické podněty související přímo s obsahem nočních můr popisovaly čtyři participanté (36%): „Ale měla jsem v tom snu kráasy a ty hadi se mi nějak dostali k pravému koleni a dostali se mi pod kůži, což je hrozný pomyslení, a v tom snu to bylo neskutečně ošklivé a pocitově jsem prostě cítila, že fakt je mám pod kůží” (žena, 28 let). Další zkušeností byl pocit ochrnutí, škrčení či dotek studených rukou. Tyto pocity odeznívají po úplném probuzení. Dvě ženy (18%) uvedly, že po probuzení jim ještě z předešlého snu doznívají další **vjemy:** „Takže i nějaké smysly tam byly, vnímání vůní, což vlastně musí mozek hodně pracovat, když tak nad tím přemýšlím, že cítím bolest, cítím vůni i slyším hlasy, ještě když se probudím” (žena, 28 let). Obsah snů měl ve dvou případech (18%) za následek pocit **nevolnosti:** „Občas je mi třeba špatně od žaludku, když se v tom snu stane opravdu něco nechutného, že se mi chce třeba chce zvracet, když se vzbudím” (žena, 33 let).

Křeč, byla zmíněna ve dvou případech (12%). Popisována byla jako neschopnost se pohnout, nejednalo se pouze o křeč v končetině: „Když se probudím, tak jsem schoulený, zpocený, stažený. Všechny svaly, v těle jsou napnuté. Je to křeč, kdy jsem celkově ve křeči” (muž, 27 let).

Neklid během spánku popisují participanté jako „škubání sebou, házení s sebou či cukání” (žena, 30 let) (n=6, 37%). Na tyto projevy upozorňují participanté často ti, se kterými sdílí místnost, ve které spí. Některé si však pamatují, protože se objeví před probuzením: „Někdy takové jako škubání, pošukávání. To může souviset i s pády, budím se právě třeba tím, že padám a to vím, že sebou jako škubnu. Takový ten neklid prostě” (žena, 30 let).

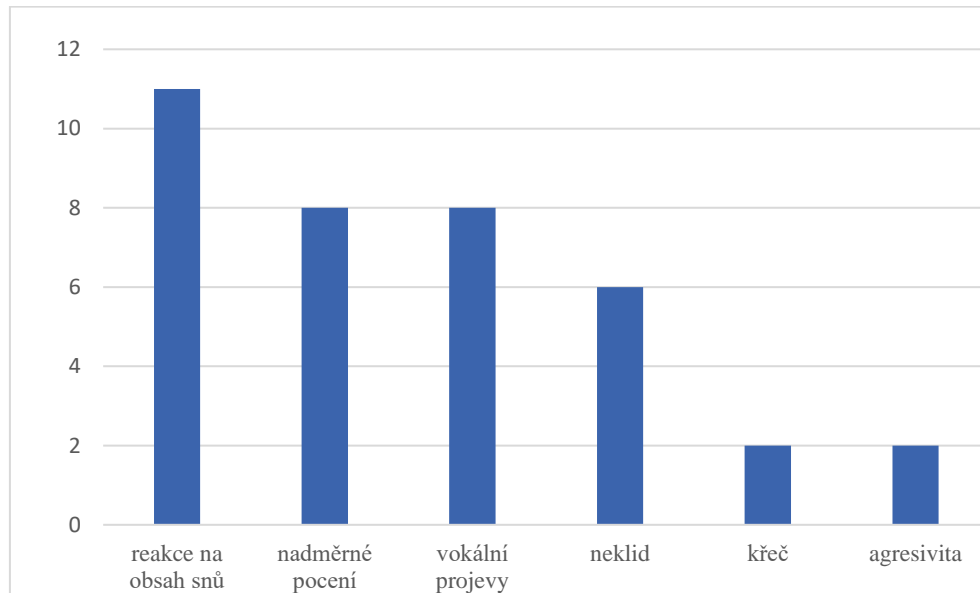
S agresivním chováním ve spánku vůči osobám, které s nimi sdílí postel, mají zkušenost dvě participantky (12%). Přehrávaly své sny, což se dotklo především jejich partnerů: „Stalo se mi, že když jsem byla s přítelem, tak to bylo tak silné, že jsem mu málem

i vyškrobala oči. Měl problém mě vzbudit, trochu jsem křičela. Naštěstí nepěstuju dlouhé nehty, takže přežil. Ale myslím si, že kdybych měla dlouhé nehty, tak by to dopadlo hůř. To se stalo ale jenom jednou” (žena, 27 let).

Shrnutí

O fyzických projevech během spánku hovořilo šestnáct participantů (88%). Nejčastěji zmiňované byly reakce na obsah snů v podobě bolesti, obtížemi s dechem, tlaku na hrudi, třesu a dalších obtíží. Bolest, kterou prožívali participanté po probuzení, byla podmíněna snovou situací a odezněla během pár vteřin či minut. Někteří participanté po probuzení cítili nevolnost, která byla zapříčiněna obsahem noční můry. S tím souviselo nadměrné pocení, vokální projevy, a to především křik, mluvení ze spaní, pláč, hlasitý dech či skřípání zubů. Během spánku není tělo jedinců s častými nočními můrami uvolněno. Nezřídka prožívají neklid v podobě pohybů končetin či celého těla. Jeden z participantů se probouzí v křeči. Vzhledem k emočnímu náboji obsahu nočních můr se mohou participanté během spánku neúmyslně chovat agresivně ke svým protějškům, kteří s nimi sdílí postel.

Graf 3: Fyzické projevy během spánku participantů



8.1.7 Vliv zhoršené kvality spánku na každodenní fungování

VO7: Jaké jsou důsledky zhoršené kvality spánku u jedinců s častými nočními můrami?

Nedostatečný spánek má vliv jak na chování, tak také na prožívání participantů. Participantů v rozhovoru hovořili především o únavě, depresivních myšlenkách, úzkostných stavech, sebevražedných myšlenkách, náladě, interakcích s druhými lidmi i volnočasových aktivitách. V následujícím textu budou tato témata popsána ve vztahu ke kvalitě spánku.

Nejčastěji zmiňovaná byla **únava** (n=8, 44%), která participantům znepríjemňovala následující den: „*Kdy jsem měla každý den noční můru nebo jsem se budila v noci, to jsem byla strašně unavená, to bylo jako fakt hrozný, to jsem chodila se někam schovávat, abych si na chvíli lehla*” (žena, 28 let). Únava také snižuje jejich pracovní výkonnost a zhoršuje pozornost (n=3, 16%): „*V práci toho stihnu míň a udělám to mnohem hůř, než bych chtěla. Dělán chyby. I když já si o sobě myslím, že jsem opravdu strašně pečlivá a všechno si to mockrát zkontroluju, ale stejně tam ty chyby jsou, což mě strašně štve a vůbec jsem je neviděla*” (žena, 30 let). Obdobnou zkušenosti popisuje i další participantka, která kromě zhoršené pozornosti má obtíže s bolestí hlavy: „*Protože mě potom hodně bolívá hlava. A mám strašný problém s pozorností, se soustředěností. Já pracuju hodně s datama, takže potřebuju přesnost. Jako okamžitě vidím, když mi to nabourá ten režim.*” (žena, 33 let). A vliv má i na myšlení (n=1, 5%): „*Už jsem z toho byla tak vyčerpaná, že jsem neuvažovala úplně racionálně*” (žena, 33 let). Jedna participantka uvádí, že i přes únavu zvládá své denní úkoly bez obtíží: „*Když se probudím uprostřed noci nebo i v průběhu několikrát, tak sem potom unavenější, ale jinak si nepřipadám jako, že bych byla nějak vyčerpaná, že bych to potom fyzicky nedávala. Jako před pěti lety jsem bývala hodně unavená, hodně sem i zhubla. I to mohlo mít souvislost*” (žena, 26 let).

Celkové vyčerpání vedlo také k **depresivním myšlenkám** (n=1, žena 33 let): „*když jsem opravdu nemohla spát, tak jsem měla depresivní myšlenky*” a **úzkostným stavům** (n=1, 5%): „*Měl jsem takové návaly úzkosti nebo takové panické stavy, a to bylo právě, když sem nemohl spát, myslím si, že to i souviselo s tím, že jsem neměl dost spánku.*” (muž, 23 let). Jedna z participantek (5%) uvádí **sebevražedné myšlenky**: „*Jednu dobu jsem měla takový myšlenky a to bylo, myslím, taky hodně zapříčiněné tím, že jsem hodně špatně spala. Mohlo mě to napadnout, když jsem byla hodně nevyspaná a měla jsem špatné sny a byla jsem z toho úplně vyčerpaná. Tak mě třeba mohlo napadnout, že už na to nemám prostě*” (žena, 33 let).

Co se týče prožívání, nedostatečný spánek má především vliv na **náladu** (n=6, 22%): „*Jako já jsem docela optimistický člověk pořád, ale já jsem vždycky potom hrozně moc*

unavená. *Brzo jsem taková, taková k večeru už jsem taková, už se mnou není moc řeč, nemá to takový pozitivní přínos*” (žena, 30 let). Jeden z participantů (5%) uvádí, že následkem nedostatku spánku je „*labilita*” (muž, 34 let) neboli nestálost jeho nálady během dne.

Narušené mohou být i **interakce s druhými lidmi** (n=3, 16%): „*Když se budíte čtyřikrát týdně několikrát za noc hrůzou, tak to není moc dobrý. To výrazně ovlivňuje váš život, nehledě k tomu, že já jsem potom nervózní a podrážděná a projevuje se to na tom, jak se chovám ke svému okolí nebo ke svým blízkým lidem*” (žena, 33 let).

Vliv na **volnočasové aktivity** zmínil jeden participant, který kvůli intenzivním nočním můrám a nedostatečnému spánku přestal jezdit na svou chatu, a to i přesto, že na ni jezdil velmi rád: „*Nemohu jezdit na chalupu, kam sem jezdíval vždycky na 3 týdny, na 3 týdny na prázdniny, protože jsem se tam vlastně ani jednou nevyspal dobře a ty noční můry byly tak strašný, že v podstatě mi zkazily celý následující den.*” (muž, 41 let).

Shrnutí

Z analýzy vyplývá, že nejvíce zmiňovaným důsledkem zhoršené kvality spánku je únava. Ta ovlivňuje pracovní výkonnost. Participantů popisovali snížení pozornosti a zpomalení pracovního tempa. Únava se podepisuje se také na zdravotním stavu participantů, a to v podobě častých bolestí hlavy. Na celkové vyčerpání mohou navazovat úzkostné stavy nebo depresivní až sebevražedné myšlenky. Nedostatečný spánek může mít rovněž vliv natrávení volného času nebo náladu. Zejména byla popisována nestálost nálady během dne nebo podrážděnost, které mohou mít vliv na mezilidské vztahy jedinců s nočními můrami.

8.1.8 Využívané strategie ke zlepšení spánku

VO8: Které strategie využívají jedinci s častými nočními můrami ke zlepšení svého spánku?

Ovlivnit kvalitu spánku se pokoušelo čtrnáct participantů (77%). Jedna participantka uvedla, že se na zlepšení svého spánku nezaměřuje. Více se věnuje práci nebo volnočasovými aktivitám: „*Nedělám nic, ale pořád si to omlouvám tím, že potřebuju hodně pracovat nebo, že když už mám chvíli na to zajít do kina, tak, že jako radši teda půjdu do kina*” (žena, 40 let). Nicméně, když má prostor, tak jede k rodičům, kde se může dostatečně vyspat a kompenzovat tak svůj spánkový deficit. Strategie, které ostatní participantů využívají, jsou individuální. Většina participantů se neupínala pouze na jednu strategii, ale

postupně se zaměřili na dvě a více cest, které jim k lepšímu spánku napomohly (n=13, 72%). Tyto strategie se byly zaměřené na psychické zklidnění, dodržení spánkového režimu, další režimová opatření či rituály spojené se spánkem.

Strategie zaměřené na psychické zklidnění uvedlo osm participantů (57%). Hovořili o imaginaci, poslechu hudby, rozhovoru s blízkým, či pocitu bezpečí. **Imaginaci** využívá ke zklidnění před spánkem celkem pět participantů (35%). Nejčastěji uváděli, že si po ulehnutí přehrávají svůj den. Hodnotí své zážitky, představí si to, co se jim podařilo i to, co se jim nepovedlo a tím si svůj den uzavírají (n=4, 28%), aby „*neusínali naštvaní*” (žena, 24 let). Jeden z participantů také před spaním vyjadřuje vděčnost a v duchu si sám pro sebe poděkuje za uplynulý den a oceňuje vše, co je možné: „*Poděkuji v podstatě za všechno, co se dá. Za to, že jsem vůbec zdravý a můžu fungovat*” (muž, 27 let). Během usínání se mohou objevit nepříjemné myšlenky či snové představy (n=3, 16%). Pokud se takové nepříjemné myšlenky objeví, snaží se je někteří participanté pomocí imaginace zarazit a nenechat se jimi pohltit: „*Představuji si vlastní mysl, jako stolek se šuplíkama a všechny ty myšlenky, které se mi vynořují, si tam imaginárně dávám a ty šuplíky zamykám a vlastně se snažím navodit si zase ten vnitřní klid*” (muž, 27 let). Další participantka (5%) si pomocí imaginace nejen uzavře svůj den, ale také si představí, jak bude vypadat ten následující: „*Udělám si v hlavě takovou rekapitulaci toho dne. Co se stalo, co jsem prožila, co hodnotím jako pozitivní, co jako negativní. A taky co mě třeba čeká ten další den*” (žena, 33 let). Jedna z participantek za důležité považuje uvědomění, že své myšlenky může vědomě kontrolovat a ovlivňovat: „*A úplně zastavit ten tok těch myšlenek před spaním. Uklidnit ty myšlenky. Vůbec si uvědomit, že máte schopnost, možnost kontrolovat tu svoji hlavu to, co vám v ní běží, že se to dá vědomě ovlivňovat*” (žena, 33 let). Imaginaci v kombinaci s **poslechem hudby** využívala jedna participantka. Přestavuje si, že je někde jinde a poté usíná „*docela klidně a rychle*” (žena, 27 let). Zlepšit usínání může také **rozhovor s blízkým člověkem** (zaznělo jedenkrát). Participantka si popovídá se svým mužem o uplynulém dnu, čímž si jej zrekapituluje: „*Večer sedáme spolu s manželem a povídáme si, a to je takový náš rituál.*” (žena, 27 let). V neposlední řadě byl pro dvě participantky (11%) důležitý **pocit bezpečí**. Usínalo se jim lépe, když měly vedle sebe svého muže. Jedna z nich uvádí, že spí také ráda se svým psem, který se k ní přivine a jeho klidný dech jí napomáhá se také zklidnit, zpravidla po noční můře: „*Hodně mi pomáhá pes. Máme fenu a ona si vždy vyskočí do postele a lehne si vedle*

a klidně dýchá, a to mě zase uspí. Cítím se v bezpečí.” Navíc dodává, že přesto, že je dospělá, tak má stále svou oblíbenou plyšovou hračku, se kterou se jí lépe usíná.

Z analýzy vyplývá, že efektivní využívanou strategií je dodržování **spánkové hygieny** (n=4, 28%). Důležitým je pro participanty především spánkový režim. Chodí spát a vstávají přibližně ve stejnou dobu (n=4, 28%) a vynahrazují si na spánek dostatek času (n=2, 14%): *„Hlavně dodržovat nějaký časový režim. Snažím se opravdu zalehnout v 10 hodin nejpozději. Snažím se spát 8 hodin nebo si na ten spánek vyhradím hodně času, protože vím, že mně to prostě zabere víc času”* (žena, 27 let). Dodržování pravidelného režimu výrazně zlepšilo spánek u dvou participantek (14%): *„Nejdůležitější je, že večer hned usnu. Není to takové, že mi trvá 2 hodiny, než usnu. Musím si číst, musím si pustit meditaci. Dodržováním té spánkové hygieny se to určitě zlepšuje. A je to pro mě strašně jako velký krok. Jsem hrozně ráda, že to jde”* (žena, 33 let).

Šest participantů (42%) má před spánkem zavedené **rituály**, které se snaží dodržovat. Tyto rituály byly individuální. Některé z nich souviseli s režimovými opatřeními, které souvisely se změnou životního stylu. Jednalo se o vyhýbání se zářivým obrazovkám nebo vyhýbání se jídlu před spánkem. Nejčastěji participanti uváděli **vyhýbání se zářivým obrazovkám** televize nebo mobilního telefonu, a to minimálně půl hodiny před spánkem (n=3, 21%). Hovoří o tom, že se jim díky tomu lépe usíná: *„To, co potřebuju, je vypnout počítač, nebýt na mobilu. Zkrátka abych měla prostě klid. Třeba alespoň půl hodiny předtím, než jdu spát, aby byl prostě klid v tom bytě.”* Oproti tomu jeden participant k usínání obrazovku televize využívá, *„pustí si svůj oblíbený seriál a po chvíli usne”* (muž, 23 let). Další z participantek se před spaním **vyhýbá jídlu**, po kterém se jí špatně usíná a spánek pro ni není osvěžující: *„Když se těsně před spaním hodně najím, tak ten spánek není tak komfortní, protože to tělo musí svým způsobem pracovat.”* (žena, 26 let). Večeří nejpozději v osm hodin večer a vyhýbá se těžkým jídlům.

Dva participanti si před spaním pravidelně **otevívají okno**, aby si pořádně vyvětrali (n=2, 14%). V chladnější místnosti se jim spí lépe: *„Perfektní je mít čerstvý vzduch a otevřené okno ještě, zkrátka trošku chladnější prostředí”* (muž, 27 let). Jedna z participantek (7%) si okno nejen otevírá, ale také **nezatahuje závěsy**, protože když se během noci probudí z noční můry, tak v pokoji nemá úplnou tmu, která je pro ni nepříjemná. Po probuzení se *„raději podívá ven z okna, kde je světlo”* (žena, 26 let). Dvě participantky (14%) mají noční můry a horší kvalitu spánku spojené s konkrétní místností. Na tuto skutečnost reagují

vyhýbavým chováním. Pravidelně se před spaním přesunovaly do jiné místnosti a usínaly na pohovce: „*Sbalím si peřinu a jdu si lehnout do jiného pokoje*” (žena, 46 let). **Čtení** knihy uvedli dva účastníci (14%), hovoří o tom, že si tím unaví své oči a lépe se jim usíná.

Zklidňující účinek mohou mít také **bylinné čaje**, které zmínilo devět účastníků (64%). Uvaří si jej před tím, než jdou spát: „*Meduňka pro mě má takový zklidňující účinek, k večeru si ji dávám*” (žena, 30 let). Tři účastníci (21%) se pokoušeli zlepšit kvalitu spánku pomocí a snížit frekvenci nočních můr pomocí **drog**. Tato zkušenost nebyla efektivní: „*Mluvme otevřeně, zkoušel jsem i různé drogy, hodně halucinogenní, které fungují s mozkiem. Nepomáhá to. Nejsem schopen ovlivnit to, co se v hlavě bude dít*” (muž, 27 let).

Večerní **cvičení** a protažení těla zmínila jedna účastnička (5%). Pokud si večer nezacvičí protahovací a jogínské cviky, tak se jí hůř usíná. Preferuje kvůli tomu večerní lekce jógy a když má více času, tak si zajde před spánkem na krátkou procházku: „*Když si nezacvičím, tak to je špatně. Chodím večer právě na ty večerní jógy. Třeba až do půl 9 a potom se ještě třeba projdu a už prostě vím, že tohle mi dělá dobře na to, aby se mi dobře spalo*” (žena, 33 let). Stejná účastnička uvádí také večerní meditaci, které se v současné době aktivně věnuje. Další z účastniček se před spánkem ráda zklidní pomocí **aromaterapie**, přičichne si k levanduli nebo nějakému aromatickému olejčku.

Jeden z účastníků si v minulosti na vedl **snový deník**. Tato strategie se však nejevila jako účinná, a proto si jej v současné době už nevede: „*Byly doby, kdy jsem si jako zaznamenával věci, co se mi zdály. To taky nikam nevedlo.*” Další účastnička si vedla **spánkový deník**: „*Takže jsem si psala v kolik jsem šla spát, kolik hodin jsem spala a co se mi zdálo. Tak jsem si jej chvíli vedla, ale vím, že mi to moc dlouho nevydrželo.*”

Shrnutí

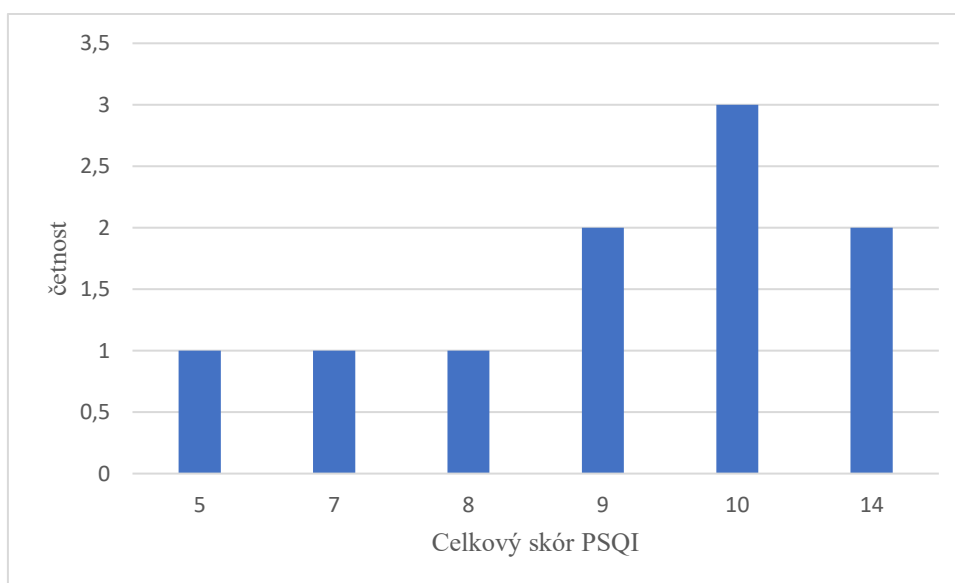
Kvalita spánku není účastníkům lhostejná a většina z nich se ji pokusilo nějakým způsobem ovlivnit. Pouze jedna účastnička před spánkem upřednostní pracovní povinnosti nebo volnočasové aktivity. Většina účastníků využívala více než jednu strategii ke zlepšení kvality svého spánku. Účastníci jako efektivní označují strategie zaměřené na psychické zklidnění. Jednalo se nejčastěji o imaginaci. Další z využívaných strategií byla práce s myšlenkami, během kterých účastníci vyjádřili vděku, uzavřeli všechna otevřená témata nebo se připravují na to, co je čeká následující den. Někteří účastníci hovořili o potřebě pocitu bezpečí, který jim i během noci navodí přítomnost partnera nebo domácího

mazlíčka. Mezi další využívané strategie dodržování spánkového režimu, které zahrnuje ulehání a vstávání přibližně ve stejnou dobu a dostatečný časový prostor pro spánek. Participanti dodržovali před spánkem také své vlastní spánkové rituály. Mezi tyto rituály patřila režimová opatření v podobě vyhýbání se před spánkem zářivým obrazovkám i těžkému jídlu. Dále se jednalo o konzumaci zklidňujícího čaje, otevření oken či roztažení závěsů, z důvodu kontaktu s okolím po probuzení z noční můry. Co se týče využívaných činností, zmiňovali participanti před spánkem četbu knih či cvičení jógy, při které dochází k uvolnění těla. Další zklidňující technikou byla aromaterapie, přičemž ke zklidnění byla využívána levandule. Mezi neefektivní strategie ke zlepšení spánku patřilo psaní snového deníku anebo psaní spánkového deníku. Těmto aktivitám se participanti již nevěnují.

8.2 Dotazník PSQI

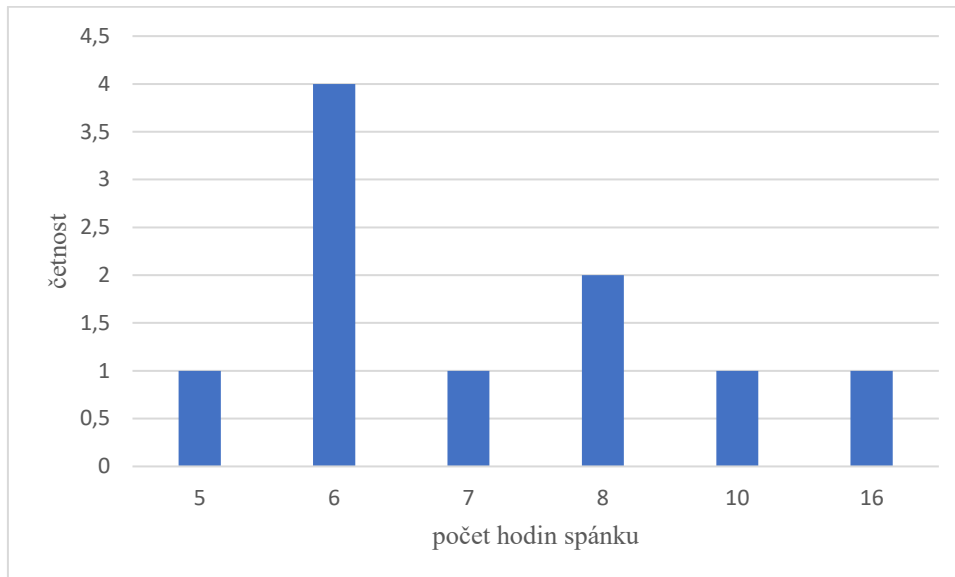
Dotazník PSQI byl použitý k doplnění rozhovorů a vyplnilo jej celkem 10 participantů (2 muži a 8 žen). Celkový skóre Pittsburského indexu kvality spánku se pohybuje v rozmezí od 0 po 21 bodů a hodnotí kvalitu spánku za posledních 30 dnů. Čím nižší hodnoty celkový skóre nabývá, tím kvalitnější je spánek. Minimální hodnota celkového skóre ve výzkumném souboru bylo 5 bodů. Oproti tomu nejvyšší celkový skóre dosahoval 14 bodů ($M=9,6$, $SD=2,65$). Rozložení celkového skóre dotazníku PSQI zobrazuje Graf 4.

Graf 4: Rozložení celkového skóre PSQI ve výzkumném souboru (N=10)



Co se týče počtu hodin spánku, většina participantů spí 6 hodin denně (N=4, 33%), celková doba spánku se pohybovala od 5 do 16 hodin denně. Průměrný počet hodin spánku byl 7,8 hodin. Tyto výsledky jsou zobrazeny v Grafu 4.

Graf 5: Průměrný počet hodin spánku ve výzkumném souboru (N=10)



Co se týče celkové kvality spánku, přestože v dotazníku u 9 participantů (50%), byl celkový skóre vyšší než 5, což značí zhoršenou kvalitu spánku, participanti ji subjektivně hodnotili jako docela dobrou (N=6, 33%), docela špatnou (N=3, 16%), velmi špatná (N=1, 5%). Z těchto výsledků vyplývá, že jedinci s častými nočními můrami mají tendenci zlehčovat své obtíže se spánkem.

Časté nočního buzení, a s ním spojený pocit zmatenosti a dezorientace, se u poloviny dotázaných participantů (n=5, 50%) během posledního měsíce nevyskytovalo. Tříkrát týdně nebo častěji tuto zkušenost popisuje jeden participant (10%).

9 Diskuze

Hlavním tématem mé magisterské diplomové práce byla kvalita spánku u jedinců s častými nočními můrami. Toto téma je zpracováno řadou zahraničních studií, v našem prostředí však této problematice nebyla věnována pozornost. K dosažení výzkumných cílů byla využita kombinace narativního a polostrukturovaného rozhovoru. Na základě tematické analýzy rozhovorů byla popsána nejdůležitější témata, o kterých jedinci s častými nočními můrami ve spojitosti s kvalitou spánku hovořili. Analyzovanými oblastmi přitom byly: konkrétní vliv nočních můr na spánek, symptomy dalších spánkových poruch u participantů, faktory ovlivňující kvalitu spánku, dopady zhoršené kvality na běžné fungování, fyzické projevy během spánku a strategie užívané ke zlepšení kvality spánku

Kvalita spánku u jedinců s častými nočními můrami. Z analýzy vyplývá, že jedinci s častými nočními můrami mají tendence zlehčovat obtíže spojené se spánkem. Jedním z důvodů by mohla být délka trvání obtíží. Participantů trpí nočními můrami dlouhodobě, na obtíže s nimi spojené jsou zvyklí a často je považují za běžnou součást života. Navíc v minulosti předpokládali, že se noční můry zdají všem lidem a zkušenost tak mají obdobnou. Někteří participantů si jejich závažnost uvědomovali až v průběhu rozhovoru, což by mohlo souviset také s tím, že se jedná o intimní téma, o kterém často nehovoří. Většina participantů, kteří o kvalitě svého spánku hovořili, uváděla v rámci rozhovoru, že mají celkem dobrý nebo normální spánek. Výsledky dotazníku PSQI však naznačují, že kvalita spánku participantů je oproti normě zhoršená. Toto zjištění je v souladu s výzkumem Paula, Schredla a Alperse (2015), kteří se zaměřili na zkoumání kvality spánku pomocí dvou dotazníků a polysomnografie. Lze tedy předpokládat, že noční můry souvisí se zhoršenou kvalitou spánku. Někteří participantů explicitně zmínili, že jejich spánek neplní svou funkci, kterou je regenerace těla. Po probuzení se cítili unavenější než před usnutím. Toto tvrzení podporuje výsledky studie Germail & Nielsena (2003), kteří zjistili, že pacienti s častými nočními můrami mají mnohem více nočních probuzení a v souvislosti s tím popisují svůj spánek jako neosvěžující. Časté noční buzení uváděli i participantů z výzkumného souboru. Oproti tomu nebyl prokázán vztah mezi délkou spánku a frekvencí nočních můr. Z kvantitativního výzkumu Paula, Schredla a Alperse (2015) vyplývá, že mezi délkou spánku a frekvencí nočních můr neexistuje významný vztah. Spánková architektura se v jejich studii také nelišila u jedinců s častými nočními můrami a zdravé populace. Ačkoli

se naše závěry nedají tímto způsobem kvantifikovat, kvalitativní výpovědi participantů tento vztah rovněž nenaznačují. Participantů totiž uváděli, že si na spánek vyhražují dostatek času, a přesto vykazují časté noční můry. V rozporu s tímto závěr je studie Krakowa et al. (2001), ve které participantů s častými nočními můrami uváděli v 92 % procentech noční spánek kratší než 5 hodin denně.

Vliv nočních můr na kvalitu spánku. Z výsledků realizované studie vyplývá, že noční můry zhoršují kvalitu spánku zejména proto, že se z nich participantů probouzejí. Časté noční můry tak mohou narušovat kontinuitu spánku, o čemž hovoří ve svém výzkumu také Germain a Nielsen (2003). Vzhledem k silnému emočnímu doprovodu nočních můr, potřebují participantů čas k tomu, aby se zklidnili a ve spánku mohli pokračovat. Tato doba je přímo úměrná intenzitě nočních můr. To, že časté noční buzení negativně ovlivňuje kvalitu spánku, uvádí výzkumná studie Krakowa a kol. (1995), kteří hovoří o častém nočním buzení u chronických pacientů s nočními můrami i u pacientů s akutními nočními můrami. Dalším výrazným faktorem ovlivňujícím kvalitu spánku byl strach z usínání. Ten je především spojen s opakovaným výskytem nočních můr, o čemž hovoří i Schredl a Pallmer (1998). Strach z usínání následně vede k vyhýbavému chování u participantů spočívajícímu v oddalování spánku, rituálů spojených se spánkem nebo k užívání návykových látek.

Faktory ovlivňující kvalitu spánku. Z výsledků vyplynuly čtyři skupiny faktorů, a to fyzicko-biologické, psychicko-duševní, sociální a faktory životního prostředí, stejně, jako uvádí Trachová et al. (2008).

Nejčastěji zmíněným faktorem byl akutní stres, což potvrzuje výsledek studie Iqbala et al. (2015). Souvislosti mezi frekvencí nočních můr a stresem dokládá i kvantitativní výzkum Blagova et al. (2004). V jeho výzkumu byl k měření akutního stresu využitý dotazník založený na jeho subjektivním posouzení. Přestože náš výzkum měl kvalitativní charakter, na základě analýzy byla mezi stresem a frekvencí nočních můr nalezena také souvislost. Tyto výsledky podporují hypotézu kontinuity, kterou uvádí Hall a Nordby (1972) a spočívá v tom, že přání, obavy a myšlenky, které nás determinují v bdělém stavu, v každodenním životě, také určují, o čem budeme snít. Pokud tedy prožíváme v bdělém stavu stresové situace, je pravděpodobné, že se odrazí na našich snech. Tuto skutečnost participantů v rozhovorech potvrdili. Nicméně je nutné dodat, že noční můry byly ovlivněny i dalšími

faktory. Obdobný názor má také Schredl (2003), který prožívaný stres považuje za hlavní spouštěč nočních můr.

Autoři Mehari, Weir a Gillum (2015) uvádí souvislost kouření a zhoršení kvality spánku, což se v tomto výzkumu nepotvrdilo. Mezi další vlivy, které zhoršovaly kvalitu spánku u jedinců s nočními můrami, patřily drogy a alkohol. Negativní vliv těchto substancí na kvalitu spánku zaznamenaly již předchozí studie (Singletona a Wolfsona, 2009, Valeria et al. 2015). Participanti přitom např. alkohol původně zkoušeli užívat ke zmírnění svých obtíží. Domnívám se, jejich motivací k užívání těchto látek souvisí s jejich přímým účinkem na prožívání i chování. Alkohol uvolňuje napětí a ve vyšší konzumaci má tlumivý účinek (Vágnerová, 2008). Mohl by tak mít teoreticky žádoucí zklidňující účinky a zlepšit usínání či zmírnit noční můry. Další z možných důvodů by mohla být snaha potlačit strach z usínání anebo zkrátit jeho délku. Participanti hovořili o tom, že po konzumaci alkoholu usnuli podstatně rychleji a své noční můry si po probuzení nepamatovali. S tím by mohla souviset další motivace k užívání alkoholu, a to snaha o eliminaci vzpomínek na noční můru.

Vztah mezi kvalitou spánku a stravovacími návyky byl také potvrzen. Negativní vliv měla konzumace tučných pokrmů v pozdních nočních hodinách. Toto zjištění je v souladu s výsledky studie Katagiri et al. (2014), kteří hovoří o vlivu nezdravých stravovacích návyků na kvalitu spánku.

Kvalitu spánku ovlivnil u některých participantů traumatický zážitek z dětství, který se jim vracel v obsahu snů či prožívaných pocitů během spánku. Vztah mezi traumatizací v dětství a zhoršením kvality spánku byl statisticky významný v zahraničních kvantitativních studiích (Mysliwicz et al. 2018; Ramsawh et al. 2011). Této souvislosti jsem se věnovala také ve své bakalářské práci, jejíž výsledky jsou obdobné (Surovcová, 2016). Ve výzkumné studii bylo zmíněno také sexuální zneužívání a jeho dopad na zhoršenou kvalitu spánku. O stejné souvislosti hovoří ve svém výzkumu také Krakow et al. (2001).

Symptomy dalších poruch spánku. V zahraničních studiích je jako jedna z nejčastějších poruch spánku u jedinců s nočními můrami zmiňována nespavost (Levin, 1994). Schredl (2003) se domnívá, že noční můry jsou jedním z faktorů, které k nespavosti přispívají. Výsledky námi realizované studie potvrzují, že nespavost se u jedinců s nočními

můrami vyskytuje relativně často. Participantů nespavost dávali do souvislosti nejen s nočními můrami, ale také s akutními obtížemi a stresem či s narušením spánkového režimu. Stres ovlivňující nespavost může mít svůj původ v napětí při usínání, ale také v automatických obavách z nemožnosti usnout (Praško a kol., 2004). Studie Russella, Rasmussena a Huntera (2018) se věnovala souvislosti nočních můr a insomnie. Z jejich výsledků vyplývá, že kombinace těchto spánkových obtíží mohou být prediktory symptomů deprese. Tato souvislost zazněla také v mém/našem výzkumném souboru, někteří účastníci popisovali depresivní myšlenky. Další zmíněnou poruchou byla izolovaná spánková obrna. Účastníci při ní prožívali negativní emoce, mezi které patřil strach, děs, panická úzkost. Pozitivní emoce nevedl žádný z účastníků. Toto potvrzuje zjištění Liškové et al. (2016), která uvádí, že negativní emoce, jako je strach, se u spánkové obrny objevují výrazně častěji než emoce pozitivní. Nutné je ovšem zmínit, že diagnostikované spánkové poruchy neměl žádný z účastníků. Jedná se pouze o symptomy těchto spánkových poruch, o kterých hovořili. Přesto mnohé splnily klasifikační znaky.

Fyzické projevy doprovázející spánek. Z analýzy dat vyplývá, že fyzické projevy jsou jedny z častých doprovodných jevů nočních můr. Tuto skutečnost popsali ve své studii s kvantitativním designem Köthe a Pietrowský (2001), ve které fyzické projevy uvedla jedna třetina respondentů. V naší výzkumné studii bylo zaznamenáno několik fyzických projevů. Jednalo se o vokální projevy v podobě křiku, mluvení ze spánku, vulgárních nadávek, pláč či smích. Účastníci popsali také své agresivní jednání během nočních můr vůči svému partnerovi, který s nimi sdílí postel. Germain a Nielsen (2003) hovoří o tom, že noční můry mohou být doprovázeny periodickými pohyby končetin nohou během REM fáze spánku. Ve výzkumném souboru šlo o poměrně vzácnou zkušenost, kterou popsal pouze jeden účastník. Autoři Schenck a Mahowald (2002) mluví o souvislosti nočních můr s abnormální poruchou chování v REM fázi spánku. Vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně závažné onemocnění, které může být spojeno s Parkinsonovou nemocí (Scheck et al., 2013), se náš výzkumný soubor na fyzické projevy doprovázející noční můry zaměřil podrobněji. Možná souvislost byla nalezena pouze u jednoho účastníka. Naše výzkumná studie tedy vztah nočních můr a poruchy chování v REM fázi spánku nepotvrdila.

Vliv zhoršené kvality spánku na každodenní fungování. Účastníci nejčastěji hovořili o únavě, se kterou se potýkají den následující po noční můře. Následkem nedostatku

spánku může být rovněž zhoršení kognitivních procesů, což se projevuje zvýšením chybovosti při náročnějších úkonech (Stepan, Fenn, & Altmann, 2018). Tuto zkušenost popisovali participanti především v souvislosti s pracovním výkonem, při kterém pozorovali zhoršení své pozornosti a vyšší výskyt chyb. Neschopnost soustředit výrazně ovlivnila i studijní výsledky, což je v souladu se studií Lanceho et al. (2010), kteří navíc uvádí, že horší kvalita spánku u běžné populace snižuje schopnost učit se.

Kognitivní funkce nejsou jedinou oblastí, ve které pozorovali participanti změny. Zhoršená kvalita spánku participantů ovlivňuje i jejich náladu. Jsou podrážděnější, nevlídně naladěni, což se může projevit na jejich interakci s druhými lidmi. Z výzkumné studie Köthe a Pietrowského (2001) vyplývají obdobné závěry. Pacienti s častými nočními můrami mají následující den horší náladu, vyšší vznětlivost a nedostatek sebedůvěry. Totéž ve své práci konstatují i Drapeau a Nadorff (2017). Podle stejných autorů může mít vyčerpání z nedostatečného spánku za následek riziko vyššího výskytu sebevražedných myšlenek u jedinců s častými nočními můrami. Sebevražedné myšlenky ve spojitosti s nedostatečným spánkem uvedla ve výzkumném souboru jedna participantka, která zároveň hovořila o depresivních myšlenkách. Jeden participant zmínil ve spojitosti s vyčerpáním úzkostné stavy, o čemž hovoří i výzkum, který realizovali Lund et al. (2010).

Köthe a Pietrowsky (2001) se zaměřili na to, jestli jedinci s častými nočními můrami vnímají rozdíl ve svém fungování po noci, kdy mají noční můry a po noci bez nich. Z jejich výzkumu vyplývá, že byl tento rozdíl patrný. Toto tvrzení se v naší výzkumné studii nepotvrdilo. Participanti tuto souvislost negovali. K tomu, aby viděli rozdíl ve svém každodenním fungování, by potřebovali delší časové období bez nočních můr.

9.1 Limity výzkumu

V této části se budu věnovat limitům výzkumu, kterými jsou výše zmíněné výsledky zatíženy.

Prvním z nich by mohl být výzkumný soubor. Možné riziko vnímám zvláště v jeho výběru. Jednalo se o výběr nepravděpodobnostní, výzkumný soubor byl vybrán metodou samovýběru, což mohlo výrazně ovlivnit výsledky i ochotu spolupracovat. Participanti, kteří se do výzkumu hlásí dobrovolně mohou mít jiné osobnostní charakteristiky než běžná populace (Coolican, 1999). Výzkumný soubor také není vyvážený, přihlásilo se výrazně více

žen než mužů. I přes veškerou snahu věnovanou rekrutaci participantů se nám nepodařilo zastoupit rozdílné věkové kategorie. Výzkumný soubor tedy nelze označit za reprezentativní a výzkumná zjištění nejsou generalizovatelná na celou populaci.

Zároveň je nutné reflektovat, že žádný z participantů neměl noční můry ani poruchy spánku diagnostikované, přestože jejich symptomy klasifikaci odpovídaly. Jednalo se o jejich subjektivní hodnocení a symptomatologii. Hlavním důvodem absence diagnózy u participantů je pravděpodobně tendence jedinců s nočními můrami nevyhledávat odbornou pomoc (Schredl, 2003).

Dalším limitem je nekompletní vyplnění PSQI dotazníku. Vyplnilo jej pouze deset respondentů. Výsledky dotazníku tedy neodrážejí zkušenost všech participantů, kteří se studie účastnili a podávají nám pouze omezený vhled do subjektivního hodnocení spánku u výzkumného souboru.

V neposlední řadě mohl být výzkum ovlivněn samotným výzkumníkem, kladením otázek či časovými možnostmi participantů. Přestože jsem se snažila reflektovat své pocity již během rozhovoru, tak bylo v některých případech obtížné zůstat v roli výzkumníka.

10 Závěr

Má magisterská diplomová práce se zaměřila na kvalitu spánku u jedinců s častými nočními můrami. Z výsledků vyplývá, že noční můry jsou spojeny se zhoršenou kvalitou spánku, a to především kvůli častému nočnímu buzení, čímž je narušena kontinuita spánku. Po probuzení z noční můry potřebují účastníci čas na to, aby se znovu zklidnili, protože během ní prožívali silně negativní emoce. Následně mohou pokračovat ve svém spánku. Dalším důvodem zhoršené kvality spánku je strach z usínání, který má za následek oddalování spánku nebo vyhubavé chování spojené se spánkem. Spánek byl u účastníků ovlivněn hned několika dalšími faktory. Nejčastěji zmíněným faktorem byl stres, který také zvyšoval frekvenci nočních můr.

Spánek jedinců s častými nočními můrami je doprovázen fyzickými projevy. Velmi často se jednalo o pohyby spojené s prožívaným obsahem snů. Jednalo se o bolest či o nechutenství, které účastníci popisovali po probuzení. Účastníci popisovali také symptomy dalších spánkových poruch. Uváděli především izolovanou spánkovou obrnu a nespavost. Žádný z účastníků však spánkové poruchy neměl diagnostikované.

Zhoršená kvalita spánku, v souvislosti s častými nočními můrami, měla dopad na každodenní fungování účastníků. Ti uváděli, že jsou následující den unavení, což vede k výraznému zhoršení pracovního výkonu a snížení pozornosti. Účastníci také v této souvislosti uváděli zhoršení a nestabilitu nálady, což ovlivňuje také jejich mezilidské vztahy.

Souhrn

Tato magisterská diplomová práce se zabývá kvalitou spánku u jedinců s častými nočními můrami.

První kapitola se věnuje vymezení spánku, který je nedílnou součástí života každého z nás. Popisován bývá jako rytmicky se vyskytující stav organismu, který se projevuje sníženou reaktivitou na vnější podněty, změnou kognitivních funkcí, sníženou pohybovou aktivitou a typickými změnami aktivity mozku (Šonka et al., 2007). Spánek se skládá ze dvou hlavních částí, jsou jimi REM spánek a NREM spánek. NREM spánek zaujímá většinu prospaného času a dále se dělí na čtyři stádia. Oproti tomu REM spánek trvá přibližně 10 minut, je tedy výrazně kratší. Jedná se o fázi, během které je mozková aktivita srovnatelná s aktivitou v bdělém stavu. REM spánek je také charakteristický tím, že se v něm zdají sny. Tyto fáze se během noci několikrát vystřídají. K probuzení zpravidla dochází během poslední REM fáze. Kvalita spánku může být ovlivněna několika faktory, zpravidla je můžeme zařadit pod faktory fyzicko-biologické, psychicko-duchovními, sociálně-kulturními anebo pod faktory životního prostředí (Trachtová a kol., 2008). Potřeba spánku je u každého člověka individuální, pokud však není uspokojena, tak se může projevit zhoršená kvalita spánku nebo spánková deprivace. Zhoršená kvalita spánku může mít dopady na běžné fungování. Ovlivňuje pracovní výkon, pozornost, náladu, interpersonální interakce i zdravotní stav (Azad et al., 2015).

Obtíže se spánkem má přibližně 25-30 % dospělé populace (Moráň, 2001), nejedná se tak o zanedbatelný výskyt. V kapitole jsou popsány poruchy související s tématem nočních můr. Jedná se o insomnii, parasomnie s probuzením z NREM spánku, parasomnie vázané na REM spánek.

Třetí kapitola představuje úvod do tématu nočních můr prostřednictvím vymezení snu a popisuje vybrané teorie snění a nočních můr. Sny jsou tvůrčím procesem, jehož prostřednictvím dochází k vytváření snových představ (Plháková, 2013). Teoriím snění se ve své práci věnovali především psychoanalytičtí a kognitivní psychologové (Plháková, 2004).

Poslední část se zabývá nočními můrami, což jsou sny se silným emočně negativním nábojem, které vedou k probuzení snícího. Nejčastěji jsou to emoce, jako je strach nebo

úzkost. Po probuzení na ně zůstává poměrně jasná vzpomínka (Příhodová & Šonka, 2007). Výskyt nočních můr je nejčastější dětském věku, kdy se objevují přibližně u 75 % populace. Spolu s věkem jejich prevalence klesá. V dospělém věku se idiopatické noční můry pravidelně objevují u 5 % dospělé populace (Stepansky et al., 1998). Noční můry mohou negativně ovlivňovat kvalitu spánku (Schredl, 2003). Jsou spojeny se strachem z usínání, spánkovými obtížemi a poruchami spánku (Germain & Nielsen, 2003). Následná zhoršená kvalita spánku má vliv na každodenní fungování, negativně ovlivňuje pracovní výkony a pozornost (Köthe & Pietrowsky, 2001).

Výzkumná část si klade za cíl popsat kvalitu spánku u jedinců s častými nočními můrami. Zaměřuji se v ní také na faktory ovlivňující kvalitu spánku a strategie, kterými se jedinci snaží kvalitu svého spánku ovlivnit. K těmto účelům byl zvolen kvalitativní typ výzkumu, který pracuje holisticky a umožňuje tak širší vhled do dané problematiky (Ferjenčík, 2000). Hlavní metodou sběru dat byla kombinace narativního a polostrukturovaného rozhovoru. Ke zjištění kvality spánku u výzkumného souboru byl pro doplnění použit Pittsburský index kvality spánku. Výzkumný soubor tvořilo 18 dospělých jedinců, z toho 5 mužů a 13 žen ve věku 21–46 let s častými nočními (frekvence alespoň jednou měsíčně). Do výzkumu byli zařazeni pomocí nepravděpodobnostní metody samovýběru, sami se k participaci aktivně přihlásili tím, že reagovali na výzvu zveřejněnou na sociálních sítích, nebo kontaktovali hlavní vedoucí výzkumu poté, co výzvu viděli v tištěné podobě. Nahrané rozhovory byly přepsány do elektronické podoby a axiálně kódovány. Následně byly jednotlivé výpovědi analyzovány prostřednictvím metody OSOP (One Sheet of Paper), ve které dochází k seskupení výpovědi dle podobnosti do jednotlivých trsů, které jsou na závěr pojmenovány a je spočítána jejich četnost. Celkový skóre dotazník PSQI sloužil k upřesnění výpovědí z kvalitativních rozhovorů.

Výsledky dokládají souvislost mezi častou frekvencí nočních můr a zhoršenou kvalitou spánku. Z analýzy vyplývá, že účastníci mají tendence zlehčovat obtíže spojené se spánkem. Souhrnně svůj spánek označili všichni účastníci za neosvěžující. Kvalita spánku je ovlivněna především nočním buzením, silnými emocemi navazujícími na noční můry a sebekontrolou, kterou se podvědomě snažili regulovat své chování během spánku. Po probuzení z noční můry potřebují účastníci čas, aby se znovu zklidnili poté, co během snu prožili silně negativní emoce, a mohli pokračovat ve spánku. Tento čas souvisí

s intenzitou noční můry. Dalším důvodem zhoršené kvality spánku byl strach z usínání. Participanti měli obavu z toho, že se jim opět budou zdát noční můry, a proto dobu ulehnutí oddalovaly.

Na kvalitu spánku měly kromě nočních můr vliv i jiné faktory, které je možné rozdělit na faktory fyzicko-biologické, psychicko-duchovní, sociální či faktory životního prostředí. Nejčastěji zmíněným faktorem byl stres, který navíc zvyšoval frekvenci nočních můr. Participanti mezi dalšími faktory zmiňovali alkohol, kofein, nikotin, drogy, stravu, medikaci, cvičení a menstruační cyklus. Psychicko-duchovními faktory byla prožitá traumata v dětství. Sociální faktory byly zmíněny v podobě interpersonálních konfliktů a partnerských krizí. Mezi faktory životního prostředí patřily fyzikální faktory v podobě hluku, teploty a čerstvého vzduchu. Zmíněn byl také faktor prostředí.

U participantů s častými nočními můrami se vyskytovaly symptomy dalších spánkových poruch. Na základě analýzy bylo identifikováno deset spánkových obtíží. Nejčastěji byly noční můry spojovány s izolovanou spánkovou obrnou a nespavostí. Dále byly zmíněny: spánková deprivace, porucha začínání spánku, strach z usínání, nadměrná denní spavost, hypnagogické halucinace, fobie spojené se spánkem, somnambulismus a komplexní porucha spánku.

Nejčastěji zmíněnými fyzickými projevy doprovázející spánek, byly reakce na probíhající obsah snu. Vyskytovaly se v podobě bolesti či nevolnosti po probuzení. Zmíněny byly také vokální projevy v podobě křiku, mluvení ze spánku, pláče, smíchu, hlasitého dechu či skřípání zubů. Participanti během spánku prožívali také celkový neklid, křeč či trpěli nadměrným pocením.

Participantům kvalita jejich spánku není lhostejná a snažili se ji ovlivnit pomocí nejrůznějších strategií. Ty se zaměřovaly na psychické zklidnění, a to prostřednictvím imaginace, rekapitulace dne a uzavření záležitostí a nedořešení konfliktů, pokud se objeví nějaká myšlenka, nechají ji volně plynout dál. Imaginace byla u některých participantů spojena s poslechem hudby. Další z technik byl rozhovor s blízkým člověkem, který umocnil pocit bezpečí. Zvláště participantky se cítí lépe, když s nimi spí jejich manžel nebo alespoň domácí mazlíček. Mezi další efektivní strategie patřilo dodržování spánkové

hygieny. Oproti tomu za neefektivní označili participanti psaní spánkových a snových deníků.

Co se týče vlivu na každodenní život, participanti uvedli hned několik oblastí, ve kterých je noční můry ovlivňují. Jednou z nich je pracovní výkonost, která úzce souvisela s únavou, jejíž příčinou je zhoršená kvalita spánku. Popisována byla také zhoršená a nestabilní nálada, která může ovlivnit i mezilidské vztahy. Participanti hovořili také o úzkostných stavech a depresivních myšlenkách vedoucích až k sebevražedným myšlenkám.

Všechna tato zjištění byla v souladu s dalšími již realizovanými zahraničními výzkumy, které byly zmíněny v teoretické části. Hlavním přínosem této práce je popsání vztahu mezi častými nočními můrami, kvalitou spánku a symptomů dalších spánkových poruch. Výsledky mohou sloužit jako zdroj inspirace pro další výzkumy, ale také mohou přiblížit problematiku nočních můr dalším pacientům, jejich rodinným příslušníkům či odborným pracovníkům.

POUŽITÉ ZKRATKY

EEG elektroencefalogram

ICSD-3 International Classification of Sleep Disorders, Second Edition Mezinárodní klasifikace spánkových poruch, třetí vydání

KBT Kognitivně-behaviorální terapie

MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

NREM synchronní spánek (non- rapid eye movement)

PSQI Pittsburgh Sleep Quality Index – Pittsburský index kvality spánku

PTSD Posttraumatická stresová porucha

RBD REM behavior disorder

REM paradoxní spánek (rapid eye movement)

SSRI selektivní inhibitor zpětného vychytávání serotoninu

Použité zdroje

1. Adler, J. M., & Cook-Nobles, R. (2011). *The successful treatment of specific phobia in a college counseling center*. Journal of College Student Psychotherapy, 25, 56-66. doi:10.1080/87568225.2011.5 32669
2. Akman, T., Yavuzsen, T., Sevgen, Z., Ellidokuz, H., & Yilmaz, A.U. (2015). *Evaluation of sleep disorders in cancer patients based on Pittsburgh Sleep Quality Index*. Eur J Cancer Care (Engl). 2015 Jul;24(4):553-9.
3. 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.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
5. 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.
6. Azad, M. C., Fraser, K., Rumana, N., Abdullah, A.F., Shahana, N., Hanly, P.J., & Turin, T. C. (2015). *Sleep disturbances among medical students: a global perspective*. J Clin Sleep Med 2015;11(1):69–74.
7. Blagrove, M., Farmer, L., & Williams, E (2004). *The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being*. J Sleep Res. 2004 Jun;13(2):129-36.
8. Borek, L. L., Kohn, R., & Friedman, J. H. (2007). *Phenomenology of dreams in Parkinson's disease*. Movement Disorders, 22, 198–202. <http://dx.doi.org/10.1002/mds.21255>.
9. Bozman, E. (2007). *Hypnophobia*. Získání 20.11.2018 z <http://common-phobias.com/hypno/phobia.htm>.
10. Buysse D. J., Angst, J., Gamma, A., Ajdacic, V., Eich, D., & Ressler, W. (2008). *Prevalence, course, and comorbidity of insomnia and depression in young adults*. Sleep.; 31:473–480. PMID: 18457234.
11. Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). *The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new instrument for psychiatric*

- research and practice*. *Psychiatry Res*, 28(2), 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4.
12. Coolican, H. (1999). *Research Methods and Statistics in Psychology*. London: Hodder & Stoughton.
 13. Coolidge, F.L., Segal, D. L., Coolidge, Ch. M., Spinath F. M., & Gottschling, J. (2010). *Do Nightmares and Generalized Anxiety Disorder in Childhood and Adolescence have a Common Genetic Origin?* *Behav Genet*, 40:349–356.
 14. Dahlitz, M., & Parkes, J. D. (1993). *Sleep paralysis*. *The Lancet*, 341(8842), 406–407.
 15. Davidson, C. L., Babson, K. A., Marcel O. Bonn-Miller , M. O., Souter, T., & Vannoy, S. (2013). *The Impact of Exercise on Suicide Risk: Examining Pathways through Depression, PTSD, and Sleep in an Inpatient Sample of Veterans*. *Suicide Life Threat Behav*, 43(3):279-89.
 16. Delorme M. A., Lortie-Lussier, M., De Koninck, J. (2002). *Stress and coping in the waking and dreaming states during an examination period*. *Dreaming*;12(4):171. doi: 10.1023/A:1021128326940.
 17. Drapeau, C. W., Nadorff, M. R. (2017). *Suicidality in sleep disorders: prevalence, impact, and management strategies*. *Nature and Science of Sleep*, Vol Volume 9, Pp 213-226.
 18. Duggan, K. A., Friedman, H. S., McDevitt, E. A., & Mednick, S. C. (2014). *Personality and healthy sleep: the importance of conscientiousness and neuroticism*. *PloS*, 20;9(3):e90628. doi: 10.1371/journal.pone.0090628.
 19. Elliott, J.E., Opel, R., Weymann, K. B., Chau, A. Q., Papesh, M. A., Callahan, M. L., ... Lim, M. M. (2018). *Sleep Disturbances in Traumatic Brain Injury: Associations With Sensory Sensitivity*. *J Clin Sleep Med*. 2018 Jul 15;14(7):1177-1186. doi: 10.5664/jcsm.7220.
 20. Empson, J. (2002). *Sleep and dreaming*. New York: Palgrave.
 21. Fantini, M. L., Corona, A., Clerici, S., & Ferini-Strambi, L. (2005). *Aggressive dream content without daytime aggressiveness in REM sleep behavior disorder*. *Neurology*, 65, 1010–1015. <http://dx.doi.org/10.1212/01.wnl.0000179346.39655.e0>
 22. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.

23. Flatt, N., & King, N. (2010). *Brief psycho-social interventions in the treatment of specific childhood phobias: A controlled trial and a 1-year follow up*. Behavior Change, 27, 130-153. doi:10.1375/ bech.27.3.130
24. Freud, S. (1998). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.
25. Fuller, K. H., Waters, W. F., Binks, P. G., & Anderson, T. (1997). *Generalized anxiety and sleep architecture: a polysomnographic investigation*. Sleep;20:370-76.
26. Gagnon, J.F., Bertrand, J.A., & Génier Marchand, D. (2012). *Cognition in rapid eye movement sleep behavior disorder*. Front Neurol.3:82. doi: 10.3389/fneur.2012.00082.
27. Gauchat, A., Séguin, J. R., & Zadra, A. (2014). *Prevalence and correlates of disturbed dreaming in children*. Pathol Biol, 62(5):311-8. doi: 10.1016/j.patbio.2014.05.016.
28. Germain, A., & Nielsen, T. A. (2003). *Sleep pathophysiology in posttraumatic stress disorder and idiopathic nightmare sufferers*. Biological Psychiatry, 54, 1092–1098. doi:10.1016/S0006-3223(03) 00071-4.
29. Giri, P., Baviskar, M., & Phalke, D. (2013). *Study of sleep habits and sleep problems among medical students of Pravara Institute of Medical Sciences Loni, Western Maharashtra, India*. Ann Med Health Sci Res.;3:51–4.
30. Hall, C. S., & Nordby, V. J. (1972). *The individual and his dreams*. New York: New American Library.
31. Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
32. Hartmann, E. (1991). *Boundaries in the mind: A new psychology of personality*. New York, NY: Basic books.
33. Healey, E.S., Kales, A., Monroe, L.J., Bixler, E.O., Chamberlin, K., & Soldatos, C.R. (1981). *Onset of insomnia: Role of life-stress events*. Psychosom. Med. 43, 439–451.
34. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
35. Hertzberg, M. A., Butterfi, M. I., Feldman, M. E., Backham, J. C., Sutherland, S. M., Connor, K. M., & Davidson, J. (1999). *A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder*. Biological Psychiatry, 45(9): 1226–1229

36. Hobson, J. A. (2005). *Sleep is of the brain, by the brain and for the brain*. *Nature*, 27;437(7063):1254-6.
37. Hurd, R. (2012). *Lucid nightmares*. In P. McNamara & D. Barrett (Eds.), *Encyclopedia of sleep and dreams* (pp. 403–406). Wesport, CT: Greenwood.
38. Hurd, R. (2014). *Unearthing the paleolithic mind in lucid dreams*. In R. Hurd & K. Bulkeley (Eds.), *Lucid dreaming: New perspectives on consciousness in sleep* (Vol. 1, pp. 277–324). Santa Barbara, CA: Praeger.
39. Coolican, H. (1999). *Research Methods and Statistics in Psychology*. London: Hodder & Stoughton
40. Chee, M. W., Chuah, L. Y., Venkatraman, V., Chan, W. Y., Philip, P., & Dinges, D. F. (2006). *Functional imaging of working memory following normal sleep and after 24 and 35 h of sleep deprivation: Correlations of fronto-parietal activation with performance*. *NeuroImage*, 31, 419 – 428.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.12.001>
41. Cheyne J. A. (2005). *Sleep paralysis episode frequency and number, types, and structure of associated hallucinations*. *J Sleep Res*;14(3):319–324.
42. Cheyne, J. A., Newby-Clark, I. R. and Rueffer, S. D. (1999a). *Hypnagogic and hypnopompic hallucinations during sleep paralysis: neurological and cultural construction of the night-mare*. *Conscious Cogn.* Sep;8(3):319-37.
43. Cheyne, J. A., Newby-Clark, I. R., & Rueffer, S. D. (1999b). *Sleep paralysis and associated hypnagogic and hypnopompic experiences*. *J. Sleep Res.*, 8: 313–317.
44. Iqbal, S., Gupta, S., & Venkatarao, E. (2015). *Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates*. *Indian J Med Res*.141:354-57.
45. Jakovljevic M, Sagud M, Mihaljevic-Peles A. (2003). *Olanzapine in the treatment-resistant, combat-related PTSD – a series of case reports*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 107(5): 394–396.
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. Kast, V. (2013). *Sny: práce se sny v psychoterapeutické praxi*. Praha: Portál.
48. Katagiri, R., Asakura, K., Kobayashi, S., Suga, H., & Sasaki, S. (2014). *Low intake of vegetables, high intake of confectionary, and unhealthy eating habits are*

- associated with poor sleep quality among middle-aged female Japanese workers. J Occup Health, 56(5):359-68.*
49. Katz, D.A., & McHorney, C.A. (2002). *The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. J Fam Pract. 51:229–35.*
50. Kellner, R., Neidhardt, J., Krakow, B., Pathak, D. (1992). *Changes in chronic nightmares after one session of desensitization or rehearsal instructions. Am J Psychiatry. May; 149(5):659-63.*
51. Klůzová Kráčmarová, L. (2013). *Vybavování snů a frekvence nočních můr ve vztahu k některým osobnostním proměnným. (Rigorózní práce.) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.*
52. Klůzová Kráčmarová, L. (2016). *Noční můry v souvislosti s osobnostními charakteristikami, faktory stavu a stresovou reaktivitou. (Disertační práce.) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.*
53. Köthe, M., & Pietrowsky, R. (2001). *Behavioral effects of nightmares and their correlations to personality patterns. Dreaming, 11, 43–52. doi:10.1023/A:1009468517557*
54. Köthe, M., & Pietrowsky, R. (2001). *Behavioral effects of nightmares and their correlations to personality patterns. Dreaming, 11(1), 43–52.*
55. Kráčmarová, L. (2012). *Vybavování snů ve vztahu k některým osobnostním proměnným. (Magisterská diplomová práce.) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.*
56. Krakow, B., Germain, A., Warner T. D., Schrader, R., Koss, M., Hollifield. M., Tandberg, D., Melendrez, D., & Johnston, L. (2001). *The Relationship of Sleep Quality and Posttraumatic Stress to Potential Sleep Disorders in Sexual Assault Survivors with Nightmares, Insomnia, and PTSD. Journal of Traumatic Stress, 14: 647. doi: 10.1023/A:1013029819358*
57. Krakow, B., Tandberg, D., Sriggins, L., & Barey, M. (1995). *A controlled comparison of self-rated sleep complaints in acute and chronic nightmare sufferers. Nerv Ment Dis., 183(10):623-7.*
58. Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2005). *Principles and practice of sleep medicine. Philadelphia: Elsevier.*

59. Kunz, D., & Mahlberg, R. (2010). *A two-part, double-blind, placebo-controlled trial of exogenous melatonin in REM sleep behaviour disorder*. *Sleep Res*, 19(4):591-6.
60. Lancee, J., & Schrijnemaekers, N., C. (2013). *The association between nightmares and daily distress*. *Sleep & Biological Rhythms*, 11(1), 14 - 19.
61. Leskin, G. A., Woodward, S. H., Young, H. E., & Sheikh, J.I. (2002). *Effects of comorbid diagnoses on sleep disturbance in PTSD*. *Journal of Psychiatric Research*. Volume 36, Issue 6, November–December 2002, Pages 449-452.
62. Leskin, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
63. Levin, R. (1994). *Sleep and dreaming characteristics of frequent nightmare subjects in a university population*. *Dreaming*, 4, 127–137.
64. Levin, R., & Livingston, G.(1991). *Concordance between two measures of dream bizarreness*. *Percept Mot Skills*, 72(3 Pt 1):837-8.
65. Li, Y., Vgontzas, A.N., Fernandez-Mendoza, J., Bixler, E.O., Sun, Y., Zhou, J., Ren, R., ... Tang, X. (2015). *Insomnia with physiological hyperarousal is associated with hypertension*. *Hypertension*, 65:644–650. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.04604.
66. Lim, J., & Dinges, D. F. (2008). *Sleep deprivation and vigilant attention*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1129, 305–322. <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1417.002>
67. Lišková, M., Janečková, D., Klůzová Kráčmarová, L., Mladá, K., & Bušková, J. (2016). *The occurrence and predictive factors of sleep paralysis in university students*. *Neuropsychiatric disease and treatment* 12, 2957.
68. Liu, X., Chen, H., Bo, Q. G., Fan, F., & Jia, C. (2016). *Poor sleep quality and nightmares are associated with non-suicidal self-injury in adolescents*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26(3):271-279. doi: 10.1007/s00787-016-0885-7.
69. Lohsoonthorn, V., Khidir, H., Casillas, G., Lertmaharit, S., Tadesse, M. G., Pensuksan, W. C., ... Williams, M.A. (2012). *Sleep quality and sleep patterns in relation to consumption of energy drinks, caffeinated beverages, and other stimulants among Thai college students*. *Sleep Breath*. 2012;17(3):1017–1028. doi: 10.1007/s11325-012-0792-1.

70. Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). *Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students*. *J Adolesc Health*, 46:124–32. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.06.016.
71. McCall W.V., (2001). *A psychiatric perspective on insomnia*. *Clin Psychiatry*,62(Suppl 10):27–32.
72. McNally, R. J., & Clancy, S. A. (2005) *Sleep paralysis in adults reporting repressed, recovered, or continuous memories of childhood sexual abuse*. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 595-602.
73. Mehari, A., Weir, N. A., & Gillum, R. F. (2014). *Gender and the association of smoking with sleep quantity and quality in American adults*. *Women Health*, 54(1):1-14. doi: 10.1080/03630242.2013.858097.
74. Merkunová, A., & Orel, M. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada.
75. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
76. MKN-10 (2014). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů-10. revize*. Praha: Psychiatrické centrum.
77. Moráň, M. (2001). *Použití hypnotik u insomnie*. *Interní medicína pro praxi*, (10), 446-450. Získáno 20.11.2018 z: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2001/10/03.pdf>.
78. Moráň, M. (2002). *Parasomnie v NREM spánku*. *Neurologie pro praxi*, 3, 131-133.
79. Mysliwicz, V., Brock, M. S., Creamer, L. J., O'Reilly, B. M., Germain, A., Roth, B. J. (2018). *Trauma associated sleep disorder: A parasomnia induced by trauma*. *Sleep Med Rev*, 37:94-104. doi: 10.1016/j.smr.2017.01.004.
80. Nevšimalová, S. (2007). *Hraniční varianty a izolované příznaky poruch spánku*. In Nevšimalová, S., Šonka, K. et al. *Poruchy spánku a bdění (265-272)*. Praha: Galén.
81. Novák, V., & Slonková, J. (2008). *Non-REM parasomnie*. *Neurologie pro praxi*, 9(5), 284–286.
82. Ogden, T. H. (2004). *On holding and containing, being and dreaming*. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(6), 1349-1364. doi:10.1516/T41H-DGUX-9JY4- GQC7

83. Ogden, T. H. (2007). *On talking-as-dreaming*. International Journal of Psychoanalysis, 88(Pt 3), 575-589.
84. Ohayon, M. M., & Shapiro, C. M. (2000). *Sleep disturbances and psychiatric disorders associated with posttraumatic stress disorder in the general population*. Compr Psychiatry. Nov-Dec; 41(6):469-78.
85. Ohayon, M. M., Zulley, Guilleminault, C., & Smirne, S. (1999). *Prevalence and pathological associations of sleep paralysis in the general population*. Neurol. 52: 1194–1200.
86. Orel, M., & Facova, V. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada.
87. Orgilés, M. Espada, J. P., Méndez, X. (2008). *Most feared situations related to separation anxiety and characteristics by age and gender in late childhood*. International Journal of Clinical Health & Psychology. Jan, Vol. 8 Issue 1, p315-333. 19p. 1 Chart
88. Otto, M. W., Simon, N. M., Powers, M., Hinton, D., Zalta, A. K., & Pollack, M. H. (2006). *Rates of isolated sleep paralysis in outpatients with anxiety disorders*. J Anxiety Disord. 20 (5): 687-93.
89. Pagel, J. F., & Helfter, P. (2003). *Drug induced nightmares--an etiology based review*. Hum Psychopharmacol. Jan (1):59-67. DOI: 10.1002/hup.465
90. Pagel, J.F, Blagrove, M., Levin, R., States, B., Stickgold, B., & White, S. (2001). *Definitions of Dream: A Paradigm for Comparing Field Descriptive Specific Studies of Dream*. Dreaming, Vol. 11, No.4.
91. Paul, F., Schredl, M., & Alpers, G. W. (2015). *Nightmares affect the experience of sleep quality but not sleep architecture: an ambulatory polysomnographic study*. Borderline personality disorder and emotion dysregulation. DOI:10.1186/s40479-014-0023-4.
92. Picard-Deland, C., Carr, M., Paquette, T., Saint-Onge, K., Nielsen, T. (2018). *Sleep spindle and psychopathology characteristics of frequent nightmare recallers*. Sleep Medicine, Volume 50, October 2018, Pages 113-131. doi: 10.1016/j.sleep.2017.10.003
93. Pilcher, J. J., Ginter, D. R., Pilcher & Sadowsky, B. (1997). *Sleep quality versus sleep quantity: relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students*. Psychosom Res;42(6):583–596.

94. Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia
95. Plháková, A. (2013). *Spánek a snění*. Praha: Portál.
96. Pollak, CH. P., Thorpy, M. J., & Yager, J. (2010). *The Encyclopedia of Sleep and Sleep Disorders*. New York: Facts on File Social Issues Series.
97. Postuma, R. B., Montplaisir, J. Y., Pelletier, A., Dauvilliers, Y., Oertel, W., Iranzo, A., ... C. Wolfson (2012). *Environmental risk factors for REM sleep behavior disorder: A multicenter case-control study*. *Neurology*; 79:428-34. doi:10.1212/WNL.0b013e31825dd383.
98. Praško, J., Espa-Červená, K., & Závěšická, L., (2004). *Nespavost: zvládání nespavosti*. Praha: Portál.
99. Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2008). *Specifické fobie*. Praha: Portál.
100. Pretl, M., & Příhodová, I. (2007). *Insomnie*. In Nevšimalová, S., Šonka, K. et al. *Poruchy spánku a bdění (87-115)*. Praha: Galén.
101. Příhodová, I. (2013). *Poruchy spánku u dětí a dospívajících*. Praha: Maxdorf.
102. Příhodová, I., & Šonka, K. (2007). *Parasomnie*. In Nevšimalová, S., Šonka, K. et al. *Poruchy spánku a bdění (209-241)*. Praha: Galén.
103. Reeve, S., Sheaves B., & Freeman, D. (2018). *Sleep Disorders in Early Psychosis: Incidence, Severity, and Association With Clinical Symptoms*. *Schizophr Bull.* Sep 8. doi: 10.1093/schbul/sby129.
104. Rek, S., Sheaves, B., & Freeman, D. (2017). *Nightmares in the general population: identifying potential causal factors*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*52(9): 1123–1133. doi:10.1007/s00127-017-1408-7.
105. Robert, G., & Zadra, A. (2008). *Measuring nightmare and bad dream frequency: Impact of retrospective and prospective instruments*. *Journal of Sleep Research*, 17, 132–139. doi:10.1111/j.1365-2869.2008.00649.x
106. Roberts, J. J., Lennings, C., & Heard, R. (2009). *Nightmares, life stress, and anxiety: An examination of tension reduction*. *Dreaming*, 19(1), 17-29. doi: 10.1037/a0014787.
107. Rotenberg, V. S. (2015). *Lucid dreams: their advantage and disadvantage in the frame of search activity concept*. *Front Psychol.*; 6: 1472.
108. Rotenberg, V. S., & Golbin, A. S, (2004). *Normal and abnormal dreams*. *Sleep Psychiatry - docshare01.docshare.tips*.

109. Roth, T. (2007). *Insomnia: Definition, Prevalence, Etiology, and Consequences*. Clin Sleep Med, 15; 3(5 Suppl): S7–S10.
110. Russell, K., Rasmussen, S., & Hunter, S. C. (2018) *Insomnia and nightmares as markers of risk for suicidal ideation in young people: investigating the role of defeat and entrapment*. Journal of Clinical Sleep Medicine, 14 (5). pp. 775-784. ISSN 1550-9389.
111. 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. doi:10.5665/sleep.2806.
112. Seim, R. W., & Spates, R. (2010). *The prevalence and comorbidity of specific phobias in college students and their interest in receiving treatment*. Journal of College Student Psychotherapy, 24, 49-58. doi:10.1080/87568220903400302.
113. Sharpless, B. A., & Barber, J. P. (2011). *Lifetime prevalence rates of sleep paralysis: a systematic review*. Sleep medicine reviews, 15(5), 311–315.
114. Sharpless, B. A., McCarthy, K. S., Chambless, D. L., Milrod, B. L., Khalsa, S. R., & Barber, J. P. (2010) *Isolated sleep paralysis and fearful isolated sleep paralysis in outpatients with panic attacks*. Clin Psychol. 66(12):1292–1306.
115. Short, N. A., Allan, N. P., & Schmidt, N. B. (2017). *Sleep disturbance as a predictor of affective functioning and symptom severity among individuals with PTSD: An ecological momentary assessment study*. Behaviour Research and Therapy, Volume 97, October, Pages 146-153.
116. Schaefer, J., Giangrande, E., & Weinberger, D.R. (2013). *The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world*. Schizophr Res.150(1):42–50.
117. Schenck C.H., Boeve, B. F., & Mahowald, M. W. (2013). *Delayed emergence of a parkinsonian disorder or dementia in 81% of older men initially diagnosed with idiopathic rapid eye movement sleep behavior disorder: a 16-year update on a previously reported series*. Sleep Med. Aug;14(8):744-8. doi: 10.1016/j.sleep.2012.10.009. Epub 2013 Jan 22.

118. Schenck, C. H. (2016). *Expanded Insights into Idiopathic REM Sleep Behavior Disorder*. *Sleep*, 1; 39(1):7-9.
119. Schenck, C. H., & Mahowald, M. W. (2002). *REM sleep behavior disorder: Clinical, developmental, and neuroscience perspectives 16 years after its formal identification in SLEEP*. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 25, 120–138.
120. Schredl, M. (2003). *Effects of state and trait factors on nightmare frequency*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 241–247. <http://dx.doi.org/10.1007/s00406-003-0438-1>.
121. Schredl, M. (2010). *Nightmare frequency and nightmare topics in a representative German sample*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 260:565–570.
122. Schredl, M., & Pallmer, R. (1997) *Alpträume bei Kindern*. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 46:36–56
123. Schredl, M., & Wittmann, L. (2005). *Dreaming: A psychological view*. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 156(8), 484-492.
124. Schredl, M., & Reinhard, I.(2011). *Gender differences in nightmare frequency: a meta-analysis*. *Sleep Med Rev*, 15(2):115-21. doi: 10.1016/j.smr.2010.06.002.
125. Schreuder, B. J. N., Igreja, V., van Dijk, J., & Kleijn, W. (2001). *Intrusive reexperiencing of chronic strife or war*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 102–108.
126. Sindi, S., Kåreholt, I., Johansson, L., Skoog, J., Sjöberg, L., Wang, H. X., Johansson, B., Fratiglioni, L., Soininen, H., Solomon, A., Skoog, I., Kivipelto, M. (2018). *Sleep disturbances and dementia risk: A multicenter study*. *Alzheimers Dement*. 2018 Oct;14(10):1235-1242. doi: 10.1016/j.jalz.2018.05.012.
127. Singleton, R. A., & Wolfson, A. R. (2009). *Alcohol consumption, sleep, and academic performance among college students*. *Stud Alcohol Drugs*; 70:355–363.
128. Smolík, P. (2007). *Spánek a sny*. In Nevšímalová, S., Šonka, K. et al. *Poruchy spánku a bdění* (303-324). Praha: Galén.
129. Solms, M. (2000). *Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms*. *Behav Brain Sci.*, 23(6):843-50

130. Spanos, N. P., McNulty, S. A., DuBreuil, S. C., Pires, M., & Burgess, M. F. (1995). *The frequency and correlates of sleep paralysis in a University sample*. *J. Res. Pers.*, 29: 285–305.
131. Spoomaker, V.I., & van den Bout, J. (2006). *Lucid Dreaming Treatment for Nightmares: A Pilot Study*. *Psychother Psychosom*, 75:389–394.
132. Stepan, M. E., Fenn, K. M., & Altmann, E.M. (2018). *Effects of Sleep Deprivation on Procedural Errors*. American Psychological Association 2018, Vol. 1, No. 999, 000 0096-3445/18/\$12.00.
133. Stepanky, R., Holzinger, B., Schmeiser-Rieder, A., Saletu, B., Kunze, M., Zeitlhofer, J. (1998). *Austrian Dream Behavior: Results of a Representative Population Survey*. *Dreaming*, 8: 23.
134. Stickgold, R. (2013). *The Function of Dreaming*. *Phi Kappa Phi Forum*, Vol. 93 Issue 2, p11-13. 3p.
135. Stumbrys, T. (2018). *Lucid Nightmares: A Survey of Their Frequency, Features, and Factors in Lucid Dreamers*. *Dreaming*. Vol. 28, No. 3, 193–204. doi: 1053-0797/18/\$12.00.
136. Surovcová, K. (2016). *Kvalita spánku ve vztahu k rodinnému prostředí* (Bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.
137. Swart, M. L., van Schagen, A. M., Lancee, J., & van den Bout, J (2013). *Prevalence of nightmare disorder in psychiatric outpatients*. *Psychother Psychosom*, 82(4):267-8. doi: 10.1159/000343590.
138. Šídlová, V. (2016). *Noční můry ve vztahu k hranicím v mysli, traumatickým zkušenostem a vztahové vazbě* (Diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci. Filozofická fakulta.
139. Šonka, K., et al. (2004). *Apnoe a další poruchy dýchání ve spánku*. Praha: Grada. In Nevšimalová, S., Šonka, K. et al. *Poruchy spánku a bdění* (27-51). Praha: Galén.
140. Šonka, K., Jakoubková, M. & Paul, K. (2007). *Vyšetřování poruch spánku* (59-84).
141. Šonka, K., Němcová, V., & Paul, K. (2007). *Fyziologie spánku a bdění*. In Nevšimalová, S., Šonka, K. et al. *Poruchy spánku a bdění* (27-51). Praha: Galén.

142. Tanimukai, H., Murai, T., Okazaki, N., Matsuda, Y., Okamoto, Y., Kabeshida Y, Ohno Y, & Tsuneto S. (2012). *An Observational Study of Insomnia and Nightmare Treated With Trazodone in Patients With Advanced Cancer*. *Am J Hosp Palliat Care*, un;30(4):359-62.
143. Schütze, F. (1983) *'Narrative Repraesentation kollektiver Schicksalsbetroffenheit'*, in E. Laemmert (ed.), *Erzaehlforschung*. Stuttgart: J.B. Metzler. pp. 568-90.
144. Tanskanen, A., Tuomilehto, J., Viinamäki, H., Vartiainen, E., Lehtonen, J., & Puska, P. (2001). *Nightmares as Predictors of Suicide*. *Sleep*, Vol. 24, No. 7.
145. Tavel, P., Klůzová Kráčmarová, L., Půžová, Z., & Dubovská, E. (2015). *Metodika DIPex ČR*. Institut sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci, CMTF UP Olomouc
146. Taylor, F. B., Martin, P., Thompson, C., Williams, J., Mellman, T. A., Gross, C., Peskind, E. R., ... Raskind, M. A. (2008). *Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civilian trauma posttraumatic stress disorder: a placebo-controlled study*. *Biol Psychiatry*; 63: 629–632.
147. Trachtová, E. a kol. (2001). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ.
148. Troxel, W. M., Shih, R. A., Pedersen, E., Geyer, L., Fisher, M.P., & Griffin, B. A. (2015). *Sleep in the Military: Promoting Healthy Sleep Among U.S. Servicemembers*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
149. Truda, R. (2007). *Nightmares: the Navel of Freud's Dreaming*. *Australasian Journal of Psychotherapy*, 26(2), 1-14.
150. Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
151. Valerio, T. D., Kim, M. J., & Kathy Sexton-Radek (2016). *Association of Stress, General Health, and Alcohol Use with Poor Sleep Quality among U.S. College Students*. *American journal of health education*, Vol. 47, no. 1, 17–23. doi: 10.1080/19325037.2015.1111173.
152. Vašutová, K. (2009). *Spánek a vybrané poruchy spánku*. *Praktické lékařství*, 5(1), 17–20.

153. Verkasalo, P. K., Lillberg, K., Stevens, R.G., Hublin, C., Partinen, M., & Koskenvuo, M. (2005) *Sleep duration and breast cancer: a prospective cohort study*. *Cancer Res.* 2005; 65:9595–9600. <https://doi.org/10.1158/>.
154. Volkow, N. D., Tomasi, D., Wang, G. J., Telang, F., Fowler, J. S., Wang, R. L., . . . Swanson, J. M. (2009). *Hyperstimulation of striatal D2 receptors with sleep deprivation: Implications for cognitive impairment*. *NeuroImage*, 45, 1232–1240. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.01.003>.
155. Výleta, V. (2014). *Noční můry ve vztahu k mentálním hranicím jedince* (Bakalářská práce). Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého
156. Woodward S. H., Arsenault, N. J., Murray, C., Bliwise, D. L. (2000). *Laboratory sleep correlates of nightmare complaint in PTSD inpatients*. *Biol Psychiatr*;48(11):1081–1087. doi: 10.1016/S0006-3223(00)00917-3.
157. Zadra, A. L., & Pihl, R. O. (1997). *Lucid dreaming as a treatment for recurrent nightmares*. *Psychother Psychosom.* 1997; 66(1):50-5.
158. Ziebland, S., McPherson, A. (2006). *Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEx (personal experiences of health and illness)*. *Med Educ*, 40(5):405–14.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 2: Posudek Etické komise OUSHI

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Příloha č. 4: Údaje o účastníkovi

Příloha č. 5: Interveiw guide

Příloha č. 6: Seznam tabulek

Příloha č. 7: Seznam grafů

Příloha 1

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Subjektivní kvalita spánku u jedinců s častými nočními můrami

Autor práce: Kateřina Surovcová

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

Počet stran a znaků: 104, 216 033

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 158

Abstrakt:

Práce se zabývá subjektivní kvalitou spánku u jedinců s častými nočními můrami. Klade si za cíl popsat kvalitu spánku a s ním související témata, kterými jsou faktory ovlivňující spánek, symptomy dalších spánkových poruch a vliv kvality spánku na každodenní fungování. V teoretické části je nastíněna problematika spánku a jeho poruch ve vztahu k nočním můram. Výzkumný soubor tvořilo 18 dospělých jedinců, z toho 5 mužů a 13 žen, ve věku 21–46 let. Metodou sběru dat byla kombinace narativního a polostrukturovaného rozhovoru, doplňkovou metodou byl Pittsburský index kvality spánku (PSQI). Získaná data byla vyhodnocována prostřednictvím metody OSOP (One Sheet of Paper) a seskupování výpovědí do jednotlivých trsů. Z výsledků tématické analýzy vyplývá, že noční můry úzce souvisejí se zhoršenou kvalitou spánku. Spánek není osvěžující především z důvodu častého nočního buzení. Následující den je jedinec unavený, což výrazně ovlivňuje jeho pozornost, pracovní výkon i náladu. Co se týče symptomů dalšího poruch spánku, hovořili účastníci především o symptomech izolované spánkové obrny a nespavosti. Celkové skóre dotazníku PSQI naznačují, že kvalita spánku účastníků je oproti normě zhoršená.

Klíčová slova: kvalita spánku, poruchy spánku, noční můry

ABSTRACT OF THESIS

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

Author: Bc. Kateřina Surovcová

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

Number of pages and characters: 104, 216 033

Number of appendices: 5

Number of references: 158

Abstract:

This thesis is concerned with the subjective quality of sleep in adults with frequent nightmares. The goal of the research was to describe the quality of sleep and related topics, such as factors affecting sleep, symptoms of other sleep disorders and the impact on the quality of day to day functioning. The theoretical part describes the problems of sleep and its disorders in relation to nightmares. The research group was made by 18 adults, 5 male and 13 female, aged 21-46. The data collection method was a combination of narrative and semi-structured interviewing, the supplemental method was the Pittsburgh Quality of Sleep Index (PSQI). The data was evaluated using the OSOP method and clustering. The resulting analyzes show that nightmares are closely related to impaired sleep quality. Sleep is not refreshing mainly due to frequent night awakening. The individual is tired the day after. It affects his attention, work performance and mood. As for the symptoms of further sleep disorders, they talked about the symptoms of isolated sleep paralysis and insomnia. Overall scores of the PSQI questionnaire indicate that the quality of the participants' sleep is degraded compared to the standard.

Keywords: sleep quality, sleep disorders, nightmares

Příloha 2: Vyjádření 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/~~neshválen~~* 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 3: Informovaný souhlas



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 „zkušenosti 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 vyrozumění 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 poučena 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 mých 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 4: Údaje o účastníkovi



Olomouc University
Social Health Institute
Příloha Údaje o účastníkovi
Olomouc

Evidenční číslo rozhovoru:

ÚDAJE O ÚČASTNÍKOVI

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

Příloha 5: Interveiw guide

„Chtěl/a bych Vás poprosit, abyste mi vyprávěl/a Váš příběh od doby, kdy jste poprvé měl/a noční můry až do dnešní doby/doposud.“

Dopte 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 máte?

- Jak často máte noční můry?
- Budíte se z nich?
- Jaké emoce při nich prožíváte?
- Jaké fyzické projevy vaše noční můry doprovází?
- (může vyprávět nějakou noční mýru od začátku do konce + u toho popsat různé projevy)

Napadá Vás, co může být příčinou vašich nočních můr?

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

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?

- Budíte se z nočních můr?

Jak ovlivňují vaše noční můry vaše chování?

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

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

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.

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

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?

Máte dostatek informací o nočních můrách?

- Kde hledáte informace o nočních můrách?
- Hovoříte s někým o svých nočních můrách? Jak se s nimi o tom bavíte? Co jim říkáte?
- Dostáváte od druhých lidí podporu?
- Jak byste chtěla, aby druzí lidé reagovali, když s nimi nomu sdílíte?
- Jak reaguji lidé z rodiny/přátelé/kolegové – je někdo, komu byste o nočních můrách neřekla?
- Je nějaká informace, kterou si myslíte, že by lidé s nočními můrami měli vědět?

Mají Vaše noční můry nějaký vliv na vaši finanční situaci?

Jakou podporu dostáváte od ostatních lidí?

Jak ovlivňují noční můry Vaše sebepojetí?

Zažil/a jste někdy nějaké pozitivní emoce v souvislosti s nepříjemnými 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?

Jaké pocity se poji vašimi s nočními můrami?

- Měla jste někdy sebevražedné myšlenky?
- Co vám pomohlo to překonat?

Jak je vám teď na konci rozhovoru?

Příloha č. 6: Seznam tabulek

Tab. 1: Charakteristika výzkumného souboru (N=18)	50
Tab. 2: Charakteristika výzkumného podsouboru (N=10)	51

Příloha č. 7: Seznam grafů

Graf 1: Frekvence nočních můr u výzkumného souboru (N=18).....	50
Graf 2: Další participanti – zmíněné spánkové obtíže.....	70
Graf 3: Fyzické projevy během spánku participantů.....	73
Graf 4: Rozložení celkového skóre PSQI ve výzkumném souboru (N=10).....	79
Graf 5: Průměrný počet hodin spánku ve výzkumném souboru (N=10).....	80