

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Míra depresivity a úzkosti u jedinců se spánkovou obrnou

Martina Táborská

Bakalářská práce

Studijní program: Psychologie

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Monika Kliková

Praha 2019

Prague College of Psychosocial Studies



**A degree of depression and anxiety in individuals with sleep
paralysis**

Martina Táborská

The Bachelor Thesis

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Monika Kliková

Prague 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne:

Podpis:

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala paní Mgr. Monice Klikové za odborné vedení, vstřícnost a cenné rady, které mi poskytovala během psaní bakalářské práce.

Dále děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření a poskytli tak data k realizaci výzkumu.

Děkuji také panu doktorovi Jamesovi Allanu Cheyneovi z Waterloo Univerzity za to, že mi poskytl souhlas k českému překladu jeho dotazníku na spánkovou obrnu.

Anotace:

Bakalářská práce se zabývá spánkovou obrnou v souvislosti s depresivitou a úzkostí. Epizody spánkové obrny jsou často doprovázeny halucinacemi a pocity ohrožení, proto pracuje i s proměnnou intenzitou prožívaného strachu během těchto epizod.

Hlavním cílem práce bylo zjistit vztah mezi intenzitou prožívaného strachu, frekvencí výskytu epizod spánkové obrny, úzkostí a depresivitou. Teoretická část je zahájena kapitolou o spánku a spánkové obrně. Druhá kapitola se věnuje úzkosti, jako aktuálnímu stavu a úzkostnosti, jako trvalejšímu rysu osobnosti. Třetí kapitola se zabývá depresí. Praktická část zahrnuje výsledky výzkumu, který probíhal formou dotazníkového šetření.

Klíčová slova: deprese, úzkost, poruchy spánku, spánková obrna, REM spánek

Abstract:

The main aim of this work was to determine the relationship between the intensity of the experienced fear, the frequency of episodes of sleep paralysis, anxiety and depression. Theoretical part starts with a chapter about sleep and sleep paralysis. In the second chapter deals with anxiety like a current condition and anxiety as a personality trait. The third chapter deals with depression. The practical part includes the results of research, which was carried out in the form of a questionnaire survey.

Key words: Depression, Anxiety, Sleep disorders, Sleep paralysis, REM sleep

Seznam použitých zkratk:

BDI-II- Beckova sebeposuzovací škála pro dospělé (Beck Depression Inventory- II)

CNS- Centrální nervová soustava

EEG- Elektroencefalogram

ICSD- 3- Mezinárodní klasifikace poruch spánku

MKN-10- Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize

NREM- NonREM fáze spánku (No Rapid Eye Movements)

NUDZ- Národní ústav duševního zdraví

REM- REM fáze spánku (Rapid Eye Movements)

STAI- Spielbergův dotazník na měření úzkosti a úzkostnosti (The State Trait Anxiety Inventory)

WHO- Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

WUSEQ- Waterloo dotazník neobvyklých spánkových zážitků (Waterloo Unusual Sleep Experiences Questionnaire- VIIIA)

Obsah

ÚVOD	9
1 SPÁNEK A SPÁNKOVÁ OBRNA	11
1.1 SPÁNEK A BDĚNÍ	11
1.2 STADIA SPÁNKU	11
1.3 SPÁNKOVÁ OBRNA	13
2 ÚZKOST	15
2.1 PŘÍZNAKY ÚZKOSTI	16
2.2 ETIOPATOGENEZE ÚZKOSTI	16
2.3 ÚZKOSTNOST	17
2.5 SPÁNEK A ÚZKOST	18
3 DEPRESE	19
3.1 PŘÍZNAKY DEPRESE	19
3.2 ETIOPATOGENEZE DEPRESE	20
3.3 KLASIFIKACE DEPRESIVNÍCH PORUCH	21
3.4 SPÁNEK A DEPRESE	22
4 EMPIRICKÁ ČÁST	23
4.1 VÝZKUMNÝ CÍL	23
4.2 HYPOTÉZY	23
4.3 VÝZKUMNÁ METODA	24
4.3.1 <i>Waterloo dotazník neobvyklých spánkových zkušeností (WUSEQ)</i>	25
4.3.2 <i>Beckova sebeposuzovací škála pro dospělé (BDI-II)</i>	26
4.3.3 <i>Spielbergův dotazník na měření úzkosti a úzkostnosti (STAI)</i>	27
4.4 VÝBĚR ZKOUMANÝCH OSOB	27
4.5 DESKRIKCE VÝZKUMNÉHO SOUBORU	28
4.6 STATISTICKÁ ANALÝZA	32
4.7 ZHODNOCENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ	32
4.8 DISKUZE	37
4.9 ZÁVĚR	40
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	41
SEZNAM PŘÍLOH	47
SEZNAM GRAFŮ	47
SEZNAM TABULEK	47

Úvod

Spánek a jeho kvalita jsou pro člověka od pradávna mimořádně důležité. Během spánku dochází mimo jiné k odpočinku a regeneraci, jak fyzických, tak psychických sil (Spánek jeho význam, n. d.). Kvalita spánku významně ovlivňuje naše chování i výkonnost během dne. Vliv spánku a toho, jak se cítíme během dne, ale funguje obousměrně. I to, co prožíváme během dne, nebo jak se cítíme, zásadním způsobem ovlivňuje průběh spánku.

Pokud se průběh spánku dlouhodobě vymyká normálnímu průběhu, hovoříme o poruše spánku. Ty nejen že ovlivňují kvalitu života a zdravotní stav, mohou mít vliv také na vztahy s okolím, nebo pracovní výkonnost. Mezi poruchy spánku řadíme i spánkovou obrnu. A i přesto, že se u obecné populace vyskytuje až v osmi procentech (Bušková & Kliková, 2019), nevěnuje se jí v České republice, ale ani ve světě, příliš prostoru. Mezi lidmi není pojem spánkové obrny, nebo jinak spánkové paralýzy, příliš rozšířen, a tak mnozí z těch, kteří ji zažili, netuší, že se jedná právě o spánkovou obrnu.

Současná míra stresu, pracovního nasazení a nepravidelného spánkového režimu má za následek to, že potíže se spánkem má stále více lidí (Přibývá pacientů, 2019).

Bakalářská práce má sloužit nejen jako prostředek k rozšíření povědomí o dané poruše, ale bude sloužit také jako pilotní studie pro rozšíření výzkumu o spánkové obrně. Přínosem je i mnou přeložená česká verze dotazníku na spánkovou obrnu (Waterloo Unusual Sleep Experiences Questionnaire- VIIIa), kterou lze dále využívat na výzkum spánkové obrny. Součástí překladu byl i dvojitý zpětný překlad. Problémy se spánkem mohou někdy dokonce zvyšovat riziko některých psychiatrických onemocnění. Lepší porozumění spánkovým poruchám tak může přispívat ke zmírnění psychických potíží, které se objevují souběžně s nimi (Sleep and Mental Health, 2009).

Spánkovou obrnu jsem si vybrala jako téma své bakalářské práce, protože jsem ji sama zažila a zkušenosti s ní mají i lidé v mém blízkém okolí. Fakt, že tyto epizody zásadním způsobem ovlivňují životy lidí, je mi tudíž známý. Zároveň, jak jsem zmínila, to není v České republice vědecky příliš prozkoumaný fenomén. Poruchy spánku, deprese a úzkost jsou navzájem úzce propojené. Spánková obrna se navíc často pojí s pocity strachu a ohrožení, proto mi přišlo zajímavé věnovat se v tomto tématu jejich vzájemnému vztahu.

Celá práce se dělí na část teoretickou a část empirickou. V teoretické části začínám kapitolou o spánku a spánkové obrně, kde obecně vymezuji spánek a jeho stadia. Konkrétně se zaměřuji na REM spánek, protože spánková obrna se řadí mezi REM parasomnie a vymezuji izolovanou spánkovou obrnu, s její prevalencí a průběhem. Ve druhé kapitole se věnuji úzkosti a úzkostnosti, kde zmiňuji příznaky a etiopatogenezi. Třetí kapitola vymezuje depresi s jejími projevy, etiopatogenezi, propojením se spánkem a stručnou klasifikací této poruchy. V empirické části nejdříve vymezuji výzkumný cíl a hypotézy. Dále popisuji výzkumnou metodu, kde uvádím popis použitých dotazníků a charakterizuji výzkumný soubor včetně jeho deskripce. V kapitole statistická analýza popisuji, jakým způsobem probíhala analýza získaných dat. V další kapitole interpretuji výsledky. Na interpretaci výsledků navazuje diskuze. Empirickou část uzavírá závěr, kde celou práci shrnuji.

1 Spánek a spánková obrna

1.1 Spánek a bdění

Podle Plhákové (2013) existují dva základní stavy vědomí, které se díky vrozeným biologickým rytmům pravidelně střídají. Oba dva jsou nepochybně nutné k přežití. Nazývají se spánek a bdění. Bdělost dále dělí do dvou skupin – čilou a relaxovanou. Čilou bdělostí označuje stav, kdy je člověk zcela probuzený a je duševně i tělesně aktivní, relaxovaná bdělost se vyznačuje uvolněným stavem po zavření očí v pohodlné poloze.

Oproti tomu spánek se projevuje sníženou reaktivitou na vnější podněty, sníženou pohybovou aktivitou, změnami aktivit v mozku a změnami v kognitivních činnostech. (Šonka, Němcová & Paul, 2007).

Podle Plhákové (2003) ale nelze o spánku uvažovat jako o stavu tělesné, či psychické pasivity. Naopak, probíhají v něm různé mentální aktivity. I když je senzomotorický systém utlumen, sluchový aparát je v pohotovosti a rozlišuje podněty dle důležitosti. Může nás tak probudit i tichý podnět, pokud ho vyhodnotíme jako důležitý. Někteří lidé mohou dokonce do jisté míry ovlivňovat čas, kdy se probudí.

Za pravidelné střídání spánku a bdění jsou podle Šmardy et al. (2004) zodpovědné cirkadiánní rytmy, jež mají periodu přibližně 24 hodin. Hlavní hormon, který určuje cirkadiánní rytmus a navozuje spánek se nazývá melatonin. Jeho rytmická sekrece je ovlivňována především suprachiasmatickými jádry, která jsou součástí hypotalamu.

1.2 Stadia spánku

Fáze spánku dělíme na NREM a REM, střídání těchto fází označujeme jako spánkovou cyklicitu. Jednotlivé fáze spánku byly popsány díky elektroencefalografu, který je schopný změřit elektrickou aktivitu mozku. Záznam z elektroencefalogramu (EEG) nám poskytne informaci o zastoupení vln, které definují jednotlivá spánková stadia a které se objevují v našem mozku na různých úrovních psychické aktivity. V NREM fázi rozlišujeme tři stadia (Šonka, Jakoubková & Paul, 2007).

První stádium: usínání, je přechod z bdělého stavu do spánku. Pozorovat lze tělesné pohyby, zejména změny polohy těla, prohloubené dýchání a pokles svalové

aktivity. Následuje zavírání očí a vstup do hypnagogického stavu. V tomto období se mohou objevovat svalové křeče a záškuby celého těla. Ty mohou způsobit přechodné probuzení. Dochází ke snížení svalového tonu, tepové frekvence i krevního tlaku. Stadium je charakteristické nepravidelnými vlnami s nízkou amplitudou (theta vlny). **Druhé stádium: lehký spánek.** V této fázi se objevují theta vlny, které jsou přerušované periodickým výskytem spánkových vřeten (shluk rychlých vln) a K-komplexů (velké, pomalé, ostré vlny). Dochází k ještě výraznějšímu snížení svalového tonu. **Třetí stádium- hluboký spánek,** typický pomalými delta vlnami, absencí očních pohybů, dříve dělený na stadium 3 a 4. Klesá srdeční aktivita a zpomaluje se dýchání (Šonka, Jakoubková & Paul, 2007).

Po skončení delta spánku, se jedinec, v ideálním stavu, vrací do druhého stádia. Spánek je uspořádán cyklicky, kdy dochází ke střídání jednotlivých NREM stádií a REM stádia, přičemž jeden cyklus trvá zhruba 90 minut. Spánek obvykle začíná prohlubováním a následným změlčováním NREM fází, které jsou poté vystřídány první, poměrně krátkou, REM fází. Během spánku jedinec projde čtyřmi, až pěti spánkovými cykly. V průběhu noci dochází postupně ke zkracování délky NREM fází a k prodlužování délky jednotlivých REM fází (Rosenthal 2006; Šonka et al., 2007 In Plháková 2013).

Současní badatelé rozlišují REM spánek na tonický a fázický. Tonický spánek se vyznačuje rychlými trhavými očními pohyby (Rapid eye movement), podle nichž se tato fáze jmenuje. Kromě toho se v této fázi objevuje také svalová atonie, neboli ochrnutí, které chrání jedince před tím, aby naplno prožíval děj svých snů. Toto svalové ochrnutí se netýká celého těla, nadále funkční zůstává srdce, bránice, okohybné svaly, nebo hladká svalovina. U kratšího, fázického spánku, pozorujeme též rychlé oční pohyby doprovázené krátkými svalovými záškuby. Během REM fáze jsou hodnoty mozkové aktivity, které nám zprostředkovává EEG, srovnatelné s bdělým stavem (Rosenthal 2006; Šonka et al., 2007 In Plháková 2013).

Kromě svalové atonie a rychlých očních pohybů je pro REM fázi spánku charakteristické také snění. Sny se objevují i v non-REM fázi, nejsou však tak dlouhé a časté. Sny v REM fázi jsou mimořádně živé, nelogické, citově zabarvené a bizarní. Obsahují také více vizuálních a sluchových představ, na rozdíl od snů v non-REM fázi (Plháková, 2003).

1.3 Spánková obrna

Spánkovou obrnu, neboli spánkovou paralýzu, řadíme mezi parasomnie, což jsou abnormální jevy, vyskytující se během usínání, v průběhu spánku, nebo během probouzení. Parasomnie dále dělíme podle Mezinárodní klasifikace poruch spánku (ICSD-3) na tři skupiny. Na parasomnie s poruchou probuzení z NREM spánku, na parasomnie vázané na REM spánek a ostatní parasomnie (Příhodová & Šonka, 2007).

Na spánkovou obrnu můžeme nahlížet jako na jeden z projevů jiného onemocnění, zejména narkolepsie, nebo jako samostatnou poruchu (Bušková & Kliková, 2019).

Podle Borzové a kol. (2009) se spánková obrna objevuje jako jeden z příznaků u 40 % pacientů s narkolepsií. Pokud se jedná o samostatnou poruchu, nazýváme ji izolovanou spánkovou obrnou. Izolovaná spánková porucha pak náleží k parasomniím vázaným na REM spánek (Bušková & Kliková, 2019).

Cheyne et al. (1999) definuje izolovanou spánkovou obrnu jako stav, který se vyskytuje nejčastěji při přechodu mezi spánkem a bděním a to zejména při ranním vstávání. Neobvyklé ale nejsou ani případy, kdy se lidé setkávají s obrnou při usínání, během denního spánku, nebo při probouzení uprostřed noci.

Mezi základní projevy patří nemožnost pohybu, a to téměř veškerého motorického svalstva, včetně hlavy a končetin. Okulomotorické svaly, které umožňují pohyb očí, zůstávají i během spánkové obrny funkční. Zachováno je vědomí a paměť na epizodu. Ačkoliv jsou zachovány také dýchací funkce, často může docházet k pocitu dušení, či tlaku na hrudi (Cheyne, 2010, cituji podle Buškové & Klikové, 2019).

Podle Hinton et al., (2005, cituji podle Buškové & Klikové, 2019) je průběh epizod obvykle krátký. Trvá od několika sekund do dvaceti minut. Dále udává, že průměrná doba jedné epizody je okolo šesti minut. Konec může být vyvolán spontánně, spícího může ale probudit i stimul z okolí, například oslovení jménem, dotyk, nebo hlasitý zvuk.

Jedním z důvodů, proč je spánková obrna natolik nepříjemný prožitek, může být, že je často doprovázena halucinacemi. Ty se podle doby výskytu dělí na hypnagogické (objevují se při usínání) a hypnopompické (objevují se při probouzení) (Bušková & Kliková, 2019). Sharpless a Kliková (2019) provedli studii, která tvrdí, že tyto halucinace jsou stejně nepříjemné, jako ona samotná obrna.

Podle Šonky (2002) mají různou intenzitu, od vjemů, které se čas od času vyskytují u běžné populace, jako je například pohyb záclon až po komplexní, které lidé vnímají jako velmi ohrožující a děsivé. Autor mezi ně zahrnuje kruté výjevy postihující blízké osoby, cizí osoby v bytě, nebo nestvůry na těle. Tento druh halucinací dále označuje termínem „děsivé hypnagogické halucinace“.

S těmito halucinacemi se podle Buškové a Klikové (2019) setkává 25-75 % osob. Kromě vizuálních, o kterých se zmiňuje Šonka, mohou mít podobu sluchových, taktilních, nebo vestibulárně-motorických vjemů, během kterých mají lidé pocit, že se vznášejí, nebo pozorují své vlastní tělo zvnějšku.

Cheyne, JA., Rueffer, SD., Newby-Clark, IR. (1999) vyvinuli třífaktorový model hypnagogických a hypnopompických zkušeností, které zahrnují tyto druhy halucinací a vyskytují se během spánkové obrny. První faktor nazvali „Intruder“, neboli vetřelec. Zahrnuje pocity strachu a vnímání přítomnosti něčeho, nebo někoho s jedincem v místnosti. Řadí sem také sluchové a vizuální halucinace. Druhý faktor označili „Incubus“, který se vyznačuje dýchacími potížemi, pocitem tlaku na hrudníku a bolestí na hrudi. Jedinec má v tomto případě pocit fyzického útoku a stejně jako u vetřelce je tento faktor spojen s intenzivním strachem. Třetí faktor nazvali „Unusual Bodily Experiences“, nebo-li neobvyklé tělesné zkušenosti. Ty zahrnují mimotělní zážitky, v takovém případě mají lidé pocit, jako kdyby pozorovali své tělo zvnějšku. Zahrnují také pocity plutí, ty jsou na rozdíl od předešlých faktorů častěji vnímány pozitivně. Sharpless & Barber (2011) dále zmiňují halucinace sexuálních útoků.

Podle Sharplesse a Barbera (2011) zažilo spánkovou obrnu alespoň jednou 7,6 % obecné populace. Častěji se vyskytuje u studentů (28,3 %). Nejčastěji se však dle jejich výsledků objevuje u psychiatrických pacientů (31,9 %). Jak tvrdí Sharpless (2010) nejen, že spánková obrna úzce souvisí s psychiatrickými onemocněními, významně je také spojena s traumatickými událostmi, posttraumatickou stresovou poruchou, úzkostností a úzkostnými poruchami. Z jejich studie rovněž vyplývá, že menšiny zažívají spánkovou paralýzu častěji, než europoidní rasa. S další prevalencí přichází Lišková et al., (2016), která uvádí, že spánkovou obrnu zažívají mírně častěji ženy, než muži.

Dále se dá zvýšená míra výskytu předpokládat také u lidí, kteří nedodržují spánkovou hygienu, pracují ve směnném provozu, nadužívají alkohol, nebo cigarety (Katorii et al., 2001; Takeuchi et al., 2002; Shengli et al., 2011, cituji dle Buškové & Klikové, 2019).

2 Úzkost

Úzkost je nepříjemný psychický stav, který se u člověka objevuje v situacích, kdy neznáme bezprostřední příčinu, ale situaci vnímáme jako ohrožující (Honzák, 2005). Vymětal et al. tvrdí, že „*subjektivně ji lokalizujeme dovnitř sebe – prožíváme ji proto bez odstupů, je těžko uchopitelná a spojená s neznámem. Obrazně ji lze nazvat „strachem z neznámého.“*“ (2007, s. 29). Jak tento autor dále uvádí, je důležité ji odlišit od strachu, který je reakcí na konkrétní skutečnosti, zároveň ale dodává, že mezi strachem a úzkostí je velmi tenká hranice.

Již naši předci rozuměli úzkosti jako tělesné reakci, která svazuje hrdlo a stísňuje srdce. Je to psychický stav, bez kterého bychom nemohli žít. Je dokonce nezbytně nutný k našemu přežití, protože spouští poplachovou reakci těla a připravuje ho na boj, nebo útěk (Morschitzky & Sator, 2014).

Úzkost nám podle Praška (2006) napomáhá k přípravě na potenciální nebezpečnou situaci, zatímco strach zajistí okamžitou reakci našeho organismu ve chvíli, kdy se nebezpečí stane aktuální. Určitá míra úzkosti je dokonce žádoucí, protože nejlepší výkon podáváme právě mírně úzkostní. Naopak vysoká míra úzkosti omezuje naše myšlení, soustředění a jednání (Morschitzky & Sator, 2014).

Na vzniku úzkosti se podílí mnoho faktorů, které ovlivňují její délku trvání, i intenzitu. Nejčastěji se jedná o dědičné dispozice, jako je snížená tolerance k zátěži a vývojově podmíněné faktory. Vliv můžou mít i psychosociální faktory, jako jsou dřívější zkušenosti, nebo sociokulturní prostředí (Vágnerová, 2014).

Jak uvádí Morschitzky a Sator „*úzkost je tedy biologický, psychický a sociální výstražný signál a dostavuje se, kdykoliv je v ohrožení naše tělo, naše cíle nebo naše sociální vztahy*“ (2014, s. 15).

Pokud úzkost natolik omezuje život člověka, že u něj poškozují sociální a profesní fungování, hovoříme o úzkostné poruše (Morschitzky & Sator, 2014). Ty podle Hosáka et al. (2015) patří k nejčastějším psychiatrickým onemocněním, přičemž doplňuje, že jeden ze čtyř lidí někdy v životě trpěl úzkostnou poruchou. U žen je to nejčastěji vyskytující se psychiatrická porucha. U mužů jsou pak úzkostné poruchy na druhém místě, hned po návykových nemocech.

I když mají úzkostné stavy mnoho společného, existují skupiny poruch, které se projevují specificky (Praško, 2006).

2.1 Příznaky úzkosti

Úzkost je velmi komplexní prožitek s psychickými, tělesnými, kognitivními a behaviorálními projevy, které se navzájem prolínají. Zvýšený tonus parasymptiku má za následek snížení tepové frekvence, tlaku a svalového tonu. Následuje tonus sympatiku, po kterém se dostavuje pocení, rozšíření zornic, zvýšení krevního tlaku a tepové frekvence. Dále se během úzkosti dostavuje pocení, studené ruce, časté močení, nebo průjem. Často se projevuje zrychleným a prohloubeným dýcháním, obtížným polykáním, návaly horka a chladu. Dostavují se pocity mravenčení, křeče a záškuby. Hyperventilaci doprovází sucho v ústech, slabost, podrážděnost, nebo bolest na hrudi. Napětí ve svalech se může projevovat bolestí zad a hlavy, svalovou slabostí, chvěním, či cukáním. Jedním z kognitivních příznaků úzkosti je zvýšený arousal, což je stav, kdy je nabuzený náš centrální nervový systém. Pozornost je zaměřená a připomíná bojovou pohotovost. Nadměrná bdělost ale paradoxně zhoršuje celkový výkon. Dostavuje se roztržitost, poruchy paměti a výjimkou nejsou ani potíže s usínáním, nebo nespavost. Jedinci mají snížené sexuální libido, katastrofické myšlenky a silné obavy z neschopnosti vyrovnat se se situací. Změny jsou pozorovatelné i v chování. Lidé jsou neklidní, nebo naopak znehybnění, třesou se, mluví příliš, nebo mluví naopak velmi tiše, smějí se, nebo naopak pláčou, jsou nadměrně lekaří. Velmi častým projevem je únava a vyčerpání. Utíkají do fantazie, jsou závislí na druhých a od druhých se neustále dožadují ujištění, jsou podezřívaví, až agresivní. Výjimkou není ani zvýšené sebepozorování, škrábání kůže, či okusování nehtů. Lidé často uvádí pocity ohrožení, strachu, „knedlíku v krku“, závratí, nebo napětí. Popisují jakési „prázdnost v hlavě“, duševní přepětí, či bezradnost (Hosák et al., 2015).

2.2 Etiopatogeneze úzkosti

Úzkost vzniká na základě interakce mezi jádry v mozkovém kmeni, limbickým systémem a prefrontální kůrou. GABAergní, noradrenergní a serotoninergní neurotransmise ovlivňují úzkostné odpovědi. Na kontrole arousalu a stavu bdělosti se podílí mozkový kmen. Výsledkem činnosti limbického systému, včetně amygdaly je vytváření emoce úzkosti, přičemž díky amygdale jsme schopni naše emoce rozpoznávat

(Hosák et al., 2015). „*Při akutní úzkosti se zvyšuje hladina adrenalinu, noradrenalinu, kortizolu, růstového hormonu a prolaktinu*“ (Hosák et al., 2015, s. 244).

Důležitou roli hraje také hypokampus. Ten přiřazuje emočním vjemům informace z naší paměti. To, zda situaci vyhodnotíme jako ohrožující, nebo se naše emoční reakce naopak utlumí, závisí na našich zkušenostech a prefrontální kůře, která vykonává exekutivní funkce. Jejím úkolem je plánovat, koordinovat strategie a činit rozhodnutí (Hosák et al., 2015).

2.3 Úzkostnost

Dlouhodobou přítomnost úzkosti lze pojímat i jako osobnostní rys, v tom případě hovoříme o úzkostnosti. Tento pojem vyjadřuje trvalejší charakteristiku člověka, která je dána především geneticky. Ovlivňují ji ale také interpersonální zkušenosti během raného věku. V rámci nejzákladnějšího pudu o přežití jsou lidé vybaveni touhou po bezpečí a jistotě. Jak budou vnímat úzkost, se formuje už ve velmi útlém věku, a to během prvních tří let, kdy si dítě postupně začíná uvědomovat rozdíl mezi jím a matkou, začíná prozkoumávat okolí a častěji se vzdaluje od matky. Dochází k tomu, že dítě získá buď pozitivní zkušenost, nebo negativní zkušenost. Pokud matka dítě příliš neupozorňuje na možné nebezpečí, je pravděpodobné, že jedinec bude více úzkostný, protože bude selhávat častěji. Pokud však matka bude před nebezpečím varovat a zároveň nechá dítěti dostatečný prostor pro separaci, je pravděpodobné, že takový člověk si bude jistější ve zvládnutí rizikových situací. Jestliže úzkostná matka bude dítěti bránit v separaci, dospělý jedinec pak může jako ohrožující vnímat téměř vše (Honzák, 2005).

Úzkostnost jako osobnostní rys lze měřit a srovnávat, stejně tak jako úzkost, kterou vnímáme jako aktuální emoční stav. Současně úzkostnost představuje stav, kdy se člověk projevuje více ustrašeně, nervózně, či ostýchavě (Vymětal, 2007).

Vymětal dále uvádí, že „*lidé více úzkostní reagují silněji fyziologicky na vnímané nebezpečí a tyto hodnoty se jen pozvolna vrací do výchozího stavu. Tito lidé mají sklon si stěžovat na své tělesné obtíže (častěji navštěvují lékaře), zároveň se u nich projevuje lehčí depresivní symptomatika a jsou celkově méně psychicky i fyzicky odolní*“ (2007, s. 27). Zpravidla si také velmi dobře pamatují okolnosti úzkosti (Vymětal, 2007).

Základní charakteristikou úzkostného jedince je podle Honzáka (2005) to, že na rozdíl od zdravého člověka vnímá reálné nebezpečí tam, kde objektivně není. Jejich myšlenkové pochody se proměňují, takže jejich jednání často postrádá logiku (Honzák, 2005).

Podle Vymětala (2007) se u úzkostných jedinců jedná o celoživotní úzkostné vyladění a je těžké určit, kdy se jedná o patologickou osobnostní charakteristiku. Úzkost se ve vyšší míře objevuje například u poruch osobnosti.

2.5 Spánek a úzkost

Mnoho studií uvádí, že poruchy spánku se velmi často objevují u pacientů s úzkostí (Ramsawh, Stein, Beik, Jacobi & Sareen, 2009; Mellman, Aigbogun, Lawson & Alim, 2008).

Ve většině případů jsou tyto poruchy součástí klinického obrazu úzkostných poruch a pacientů s úzkostí. Poruchy spánku se u úzkostných poruch objevují současně, nebo později. Pokud se navíc vyskytuje společně úzkost i deprese, bývá spánek narušen pravidelně (Kosová, 2006). U generalizované poruchy se objevují problémy se spánkem až u 50 % pacientů (Sleep and Mental Health, 2009). U traumatizovaných lidí se spánková obrna objevuje až u 30 % (Theresa, 2018; Denis, 2018; Spector, 2017).

U úzkostných pacientů můžeme pozorovat delší dobu usínání a narušení kontinuity spánku. Časté jsou panické stavy, noční můry, či noční děsy. Úzkostné sny se vyskytují v NREM i REM fázi spánku. Na rozdíl od depresí, u úzkostných jedinců není výrazně zkrácena latence REM fáze spánku (Borzová a kol., 2009).

Souvislost mezi úzkostí a poruchami spánku je oboustranná, jedna může vyvolat druhou a naopak. Úzkostní jedinci se během bdění cítí unavení, ale během dne nepospávají. Je to především z důvodu, že nemohou usnout, i když se o to snaží. Velmi často se objevuje nízká efektivita spánku, s delší dobou bdění během spánkové periody (Šonka, Nevšimalová & Nešpor, 2007).

V dosavadních studiích o vzájemném vztahu spánkové paralýzy a úzkostí není shoda. Lišková, Janečková, Klůzová Kráčmářová, Mladá & Bušková (2016) například nezjistily žádný vztah mezi spánkovou paralýzou, depresivitou a úzkostností (STAI X-2), jako osobnostním rysem. Spojení však zjistily mezi spánkovou obrnou a STAI X-1, tedy aktuálně vnímanou úzkostí.

3 Deprese

Jednou z afektivních poruch a jedním z nejznámějších a nejzávažnějších duševních onemocněním je deprese. Podle WHO je také jednou z nejčastějších příčin invalidity (Ptáček, Raboch, Vňuková, Hlinka & Anders, 2016). Deprese se v populaci často nesprávně zaměňuje se smutkem. Mezi smutkem a depresí je ale rozdíl. Smutek tak jak ho známe, má důvod a trvá přiměřeně dlouhou dobu (Honzák, 1999).

Smutek je také podle Fitzgeralda (2019) běžnou lidskou emocí, kterou zažíváme ve stresujících nebo ponurých časech. Ztráta blízké osoby, ztráta zaměstnání, finanční potíže, problémy v rodinném, či partnerském životě, to vše jsou důvody, které mají za následek to, že se lidé cítí smutní. Smutek má obvykle spouštěč, trvá přiměřeně dlouhou dobu a poté odeznívá. Smutek je, jak říká, jen jeden z projevů deprese. Deprese je duševní porucha, která ovlivňuje několik složek člověka a je intenzivní.

Deprese nemusí být nutně spojena s obtížnou situací, nebo změnou situace, jako v případě smutku. Ve skutečnosti často přichází bez jednoznačných příčin. Deprese „barví“ všechny naše aspekty na méně příjemné, méně zajímavé, nebo méně důležité. Naše prahové hodnoty při ní bývají nižší (Winch, 2015)

Depresivní poruchou trpí stále více lidí a věková hranice, kdy se objevuje poprvé, se stále posouvá do nižších věkových kategorií. Depresí trpělo na celém světě v roce 2015 více než 4 % lidí, což odpovídá počtu přes 300 milionu osob. Za stoupající tendenci může mimo jiné, podle Světové zdravotnické organizace (WHO) stárnutí obyvatel, protože u starších osob se deprese objevují častěji a také nárůst populace. I přesto, že deprese je celosvětově známý pojem, WHO odhaduje, že zhruba polovina lidí je nesprávně diagnostikována a část z těch, kteří mají správnou diagnózu, nejsou správně léčeni. Přibližně 12 % z celosvětového počtu lidí, trpících depresí jsou Evropané. V České republice se prevalence chronické deprese u populace objevuje v 3,9 % (Kačerová, 2017). Jak doplňuje Anders et al. (2005) poměrově se s depresí setkávají ženy 2:1 oproti mužům.

3.1 Příznaky deprese

Hlavním projevem deprese je změna nálady, odlišný způsob uvažování a pokles energie. Ztrácí se schopnost radovat se, objevují se neadekvátní pocity viny a dostavují se pocity beznaděje, prázdnoty, zoufalství a bezmocnosti. Narušeny jsou kognitivní

funkce. Mění se způsob interpretace a hodnocení jakýchkoliv podnětů. Depresivní lidé mají sklony k negativnímu myšlení, černobílému vidění světa, nebo přeceňování vlastních chyb. Negativně uvažují nejen o minulosti a přítomnosti, ale také o budoucnosti. Ke skutečným ztrátám a problémům jsou mnohdy lhostejní a příliš na ně nereagují. Narušeny jsou i exekutivní funkce, problematické je tedy plánování, volba vhodné strategie i samotné vytrvání u činnosti. Objevují se potíže se soustředěním, pamětí a ztěžuje se proces učení. Myšlení se stává zpomalené, utlumené a méně flexibilní. Dochází k narušenému sebehodnocení s častými pocity méněcennosti. Mají pocit, že nemohou nic zvládnout a nic nedokáží. Vzácně se mohou objevit bludy a halucinace. Ty mají formu hlasů, jež je kritizují a podporují jejich bludnou představu o vlastní neschopnosti. Výrazným projevem depresivní poruchy je zvýšená unavitelnost, omezení aktivit, či pocity naprostého vyčerpání (Vágnerová, 2014). Nálada během dne kolísá, přičemž nejhůře se cítí v ranních hodinách (Hosák, 2015).

Velmi silně je narušena vůle, kdy člověk není schopen ani minimálního úsilí. Utlumeny jsou lidské potřeby a motivace. Nemá o nic zájem, nechce plánovat, nebo se rozhodovat. Jedním z nejrizikovějších projevů jsou suicidální tendence. V souvislosti s depresivní poruchou dochází k ovlivnění fyziologických procesů, které se projevují úbytkem chuti k jídlu, nebo snížením zájmu o sexuální aktivity (Vágnerová, 2014).

Smith a Segal (2019) navíc zmiňují, že se změnami v chuti k jídlu se pojí často také významná ztráta, nebo přírůstek hmotnosti. Uvádí změny více než 5 % tělesné hmotnosti za měsíc. Dále se objevují nevysvětlitelné bolesti a fyzické potíže, jako jsou bolesti hlavy, zad, žaludku, nebo bolesti svalů. Někdy mohou lidé začít jednat bezohledně a to jak ve vztahu k sobě samému, tak vůči ostatním. Zneužívají návykové látky, hrají hazardní hry, provozují nebezpečné sporty, nebo řídí bezohledně motorová vozidla. Cítí se rozrušeně a někdy dokonce jednají násilně.

3.2 Etiopatogeneze deprese

Příčina afektivních poruch není dosud zcela objasněna, proto se k nim přistupuje, jak uvádí Vágnerová (2014), jako k poruchám, na jejichž vzniku se podílí více faktorů, které se navzájem ovlivňují.

Mohou vznikat i bez srozumitelného spouštěcího mechanismu, jak uvádí Hosák (2015). Hypotéz, které odkazují na možnou příčinu afektivních poruch je mnoho, já zde proto zmíním jen některé z nich.

Deprese jsou dle Hosáka (2015) spojovány s neurochemickými změnami v centrální nervové soustavě. Zejména s deficitem neurotransmiterů: noradrenalinem, dopaminem a serotoninem. Na základě studií, které byly provedeny mezi příbuznými se prokázal i vliv genetických faktorů. Souvislost byla výzkumy prokázána i s protizánětlivými cytokiny. Jejich působení vede k nižší odolnosti vůči stresu a úbytku nervových buněk. Vlivem deprese se také zpomaluje tvorba nových neuronů. Z pohledu neuroanatomie jsou zjištěny strukturální a funkční změny ve frontálním kortexu, limbickém systému, thalamu a striatu. U lidí s depresí se také setkáváme s vyšší hladinou kortizolu (Hosák, 2015).

Další hypotéza říká, že na depresi se podílí narušená funkce biologických oscilátorů, regulujících spánek. Dalo by se tak vysvětlit, proč jsou afektivní poruchy doprovázeny poruchami spánku (Anders, 2005).

Podle Vágnerové (2014), mají vliv i psychosociální faktory. Zmiňuje zátěže spojené se zvládáním rolí jak v partnerském, tak profesním životě, nebo životní změny, jako je rozvod, či ztráta zaměstnání. Uvádí také, že se deprese objevují častěji v souvislosti s poškozením levé hemisféry, zejména frontálního laloku.

3.3 Klasifikace depresivních poruch

Jak uvádí Svoboda et al. (2015), podle klasifikačních kritérií MKN-10 se u afektivních poruch zohledňuje **příčina** (primární x sekundární), přičemž sekundární se objevuje například v případě užívání návykových látek, nebo organického porušení centrální nervové soustavy (CNS). Dále zohledňuje **polaritu** (unipolární x bipolární), **intenzitu**, kdy rozlišuje mezi lehkou, střední a těžkou depresivní fází. Dále **psychotickou symptomatologií** (mánie s psychotickými symptomy x mánie bez psychotických symptomů) a **délku trvání** (cyklotymie x dystymie). Za důležité dále považuje to, že depresivní poruchy dělíme vzhledem k jejich intenzitě na lehkou, středně těžkou a těžkou depresi.

3.4 Spánek a deprese

Vzájemná interakce mezi depresí a poruchami spánku, ale i izolovanou spánkovou obrnou samotnou, je více než významná (Nutt, Wilson & Paterson, 2008; Sleep and Mental Health, 2009; Kosová, 2006; Szkló-Coxe, Young, Finn & Mignot, 2007). Stále častěji je deprese spojována s životním stylem. Mnoho studií zmiňuje spojení deprese s kouřením, alkoholem, nedostatkem spánku, nebo nedostatek pohybu (Ptáček, Raboch, Vňuková, Hlinka & Andres, 2016).

Poruchy spánku jsou klíčové příznaky a jsou také jedním z hlavních důvodů, proč pacienti vyhledávají odbornou pomoc (Nutt, Wilson & Paterson, 2008). Podle Kosové (2006) trpí více než 90 % depresivních pacientů různými poruchami spánku. Dále uvádí, že poruchy spánku jsou ve spojení s depresí iniciální příznak.

Při depresi mají lidé mělký spánek, probouzí se předčasně v brzkých ranních hodinách a nemohou znovu usnout. Poté co se probudí, snaží se neúspěšně usnout, což jejich depresivní stav prohlubuje (Prusiński, 1993). Jedním z projevů deprese může být také nadměrná spavost (Hosák, 2015). Zdá se, že obtíže se spánkem nejsou jen jedním z příznaků deprese, ale mají zásadní vliv na její vznik (Prusiński, 1993).

Mění se spánková architektura i kvalita spánku. Spánková latence se prodlužuje, zatímco latence první fáze REM spánku se zkracuje. Redukuje se spánek s pomalými vlnami, tedy NREM spánek. Objevuje se častější střídání REM a NREM fází (Anders, 2005).

Objevují se však i studie, které zjistily buď velmi slabé, nebo nezjistily žádné spojení mezi spánkovou paralýzou a depresivními stavy (Denis, 2018; Denis, French, Rowe, Zavos, Nolan, Parsons & Gregory, 2015).

4 Empirická část

4.1 Výzkumný cíl

Hlavním cílem výzkumu je zjistit vzájemné vztahy mezi intenzitou prožívaného strachu, frekvencí výskytu epizod spánkové obrny, úzkostí/úzkostností a depresivitou. Konkrétně se snažím zjistit, zda se s vyšší frekvencí výskytu spánkové obrny, zvyšuje také subjektivní míra intenzity prožívaného strachu. Současně také, zda subjektivně prožívaná míra úzkosti/úzkostnosti/aktuálně prožívaná míra depresivity bude tím vyšší, čím vyšší bude intenzita prožívaného strachu. Zajímá mě také, zda spolu souvisí vyšší prožívaná subjektivní míra úzkosti/úzkostnosti a vyšší frekvence výskytu epizod spánkové obrny. A zda souvisí vyšší aktuálně prožívaná míra depresivity s vyšší frekvencí výskytu spánkové obrny.

4.2 Hypotézy

S ohledem na rešerši dostupné literatury a teoretické poznatky, které poskytuje teoretická část práce, jsem pro účely výzkumu stanovila hypotézy. Ty budou na základě analýzy empirických dat potvrzeny, či vyvráceny.

H₁: Čím častější je frekvence výskytu spánkové obrny, tím vyšší je míra intenzity prožívaného strachu.

H₂: Čím vyšší je prožívaná subjektivní míra úzkosti, tím větší je intenzita prožívaného strachu během spánkové obrny.

H₃: Čím vyšší je prožívaná subjektivní míra úzkostnosti, tím vyšší je intenzita prožívaného strachu během spánkové obrny.

H₄: Čím větší je aktuálně prožívaná subjektivní míra depresivity, tím větší je intenzita prožívaného strachu během spánkové obrny.

H₅: Čím vyšší je prožívaná subjektivní míra úzkosti, tím větší je frekvence epizod spánkové obrny.

H₆: Čím vyšší je prožívaná subjektivní míra úzkostnosti, tím větší je frekvence epizod spánkové obrny.

H₇: Čím vyšší je aktuálně prožívaná míra depresivity, tím větší je frekvence epizod spánkové obrny.

4.3 Výzkumná metoda

Pro výzkumnou část mé bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkumnou strategii. Důvodem je fakt, že předmět mého zkoumání je měřitelný. Jeho použití je vhodné, pokud chceme získat informace o tom, jak často se vyskytují určité jevy, popřípadě vztahy mezi těmito jevy, což odpovídá cíli mého výzkumu. Kvantitativní výzkum si klade za cíl testovat již existující hypotézy. Jako metodu jsem pro sběr dat použila standardizované dotazování, a to jeho písemnou, elektronickou podobu. Volila jsem tak nejen z důvodu menších časových i finančních nároků této metody, výhodou pro mě byla i značná anonymita respondentů, která mohla respondenty pozitivně ovlivnit v poskytování pravdivých informací (Linderová, Scholz & Munduch, 2016).

Celá studie probíhala pod vedením Mgr. Moniky Klikové, která je vědeckým pracovníkem v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech. Bylo mi tudíž umožněno, aby byl dotazník vytvořen ve formulářovém systému NUDZ (Národní ústav duševního zdraví). Úvodu předcházel informovaný souhlas (viz. příloha č. 1), který po stisknutí tlačítka odkázal respondenta na úvod dotazníku. Hlavními body informovaného souhlasu bylo stručné představení studie a ujištění respondenta o anonymitě poskytnutých údajů, spolu s potvrzením, že dotazník vyplňuje dobrovolně. Respondent v informovaném souhlasu též získal informaci o přibližné časové náročnosti vyplnění dotazníku.

V úvodu jsem poděkovala za ochotu účasti na studii a respondenta opět stručně seznámila s pojmem spánková obrna, chtěla jsem tak předejít možnosti, že by respondent tuto spánkovou poruchu neznal. Následoval samotný dotazník.

Data byla získávána prostřednictvím baterie subjektivních posuzovacích škál. První z nich je Waterloo dotazník neobvyklých spánkových zkušeností (Waterloo Unusual

Sleep Experiences Questionnaire- VIIIA [WUSEQ]), který jsem přeložila do češtiny. Abych docílila co největší přesnosti překladu, použila jsem dvojitý zpětný překlad. Druhým dotazníkem je Beckova sebesuzovací škála pro dospělé (Beck Depression Inventory-II [BDI-II]). Třetím použitým dotazníkem je Spielbergův dotazník na měření úzkosti a úzkostnosti (The State- Trait Anxiety Inventory [STAI X-1 a STAI X-2]).

4.3.1 Waterloo dotazník neobvyklých spánkových zkušeností (WUSEQ)

Waterloo dotazník neobvyklých spánkových zkušeností byl vytvořen v roce 2002 na Univerzitě Waterloo Jamesem Allanem Cheyne. Je to retrospektivní dotazník, který se zabývá epizodami spánkové obrny. Jedním z důvodů, proč byl dotazník vytvořen, bylo posoudit četnost a intenzitu zkušeností, které mají lidé během spánkové obrny a kvalitativní stránku doprovodných halucinací. Dotazník se také zajímá o kontext, v jakém spánková paralýza probíhá. Během let se dotazník měnil jen v drobných úpravách. Respondenti například uváděli, že je těžké odhadnout počet epizod, proto se možnosti odpovědí u frekvence spánkové obrny zobecnili na možnosti: (1) Jednou (2) několikrát za život (3) několikrát ročně (4) měsíčně (5) týdně (6) několikrát týdně. Způsoby, jakým jsou otázky položeny jsou různé. Většina z nich je respondentovi předložena jako výrok, kde se hodnotí frekvence a intenzita těchto zážitků. U frekvence má respondent na výběr z možností (1) nikdy, (2) občas, (3) často, (4) vždy. U intenzity byla použita Likertova sedmibodová stupnice, kde respondenti odhadují jak živý, či intenzivní prožitek byl. Od vágních a méně intenzivních zkušeností, až po velmi jasné a zřetelné dojmy. Dotazník hodnotí například tyto zkušenosti: vnímaná přítomnost něčeho/někoho, falešné probuzení, sluchové a zrakové halucinace, pohyb přikrývek, tlak na hrudi a dýchací potíže, pohyby vlastního těla, pocity plutí, létání, rotace, padání, mimotělní zážitky a tak dále. Zajímá se také o pocity, které doprovází epizody spánkové obrny, konkrétně: strach, slast, bolest, chlad, smutek, hněv, erotické pocity, nebo třes. U těchto pocitů respondenti rovněž hodnotí frekvenci a intenzitu. U každé otázky má respondent možnost přidat vlastní komentář, kde může poskytnout další detaily o těchto zkušenostech. Několik otázek se věnuje pozicím, v jakých respondenti usínají a dalším okolnostem spánku. Celkem má původní Cheyneův dotazník 42 položek (Cheyne, 2002). Vyhodnocuje se dle jednotlivých položek, a to právě kvůli jejich rozmanitosti. I z toho důvodu bychom o něm mohli uvažovat, jako o deskriptivním dotazníku.

Závěr dotazníku se věnuje informacím jako je pohlaví, věk, zaměstnání a vybízí k poskytnutí emailové adresy pro možnost zaslání výsledků výzkumu.

Českou verzi Waterloo Unusual Sleep Experiences Questionnaire V-IIIa jsem vytvořila já, na konci roku 2018. Nápomocní mi při překladu byli jak zkušení překladatelé, tak psychologové ve zdravotnictví z oboru spánkové medicíny. Na základě obecného nařízení o ochraně osobních údajů byly z české verze vyloučeny deskriptivní otázky, které se ptaly na datum narození a na etnikum. Naopak přibyla otázka, která se na začátku dotazníku ptala, zda jedinec spánkovou obrnu někdy zažil. Otázka sloužila jako vyřazovací, protože, pokud jedinec odpověděl ne, dotazník byl ukončen. Pokud jedinec odpověděl ano, byl pro tento výzkum vhodný a dotazník pokračoval dalšími otázkami.

4.3.2 Beckova sebesuzovací škála pro dospělé (BDI-II)

Beckova sebesuzovací škála pro dospělé je často používaný psychodiagnostický nástroj, který slouží ke zjišťování přítomnosti a závažnosti deprese. Hodnotí, jak se respondent cítí během posledních dvou týdnů, včetně dne, kdy dotazník vyplňuje. Je vyhledávaný pro svou jednoduchost a rychlost. Nejvíce se uplatňuje v prostředí klinické psychologie a neuropsychologie. První verze dotazníku byla vytvořena v roce 1961 Aronem T. Beckem a jeho spolupracovníky, a to za účelem změřit u jedince intenzitu deprese. Poslední verze dotazníku vznikla jako spolupráce Becka, Steera a Browna v roce 1996. Standardní verze má 21 položek. Vyplňování dotazníku není časově náročné, průměrně jeho vyplnění trvá okolo 10 minut. Obsah je zaměřený na kognitivní, afektivní, motivační a fyziologické symptomy deprese. Jednotlivé položky nesou charakteristický symptom (př. pocit viny, nechutenství). Na každou otázkou lze odpovědět čtyřbodovou škálou od 0 do 3, přičemž u každého bodu je vzestupné tvrzení (př. (0) necítím se zklamán sám sebou, (1) zklamal jsem se sám v sobě, (2) jsem dost znechucen sám sebou, (3) nenávidím se. Vybírá se vždy jedna odpověď. Výsledný skóre se pohybuje od 0 do 63 a platí, že čím více bodů, tím je vyšší míra depresivity. Na základě standardizační studie, která probíhala v Anglii, byly navrženy cut-off skóre. 0-13 pro minimální, nebo žádnou depresi, 14-19 pro mírnou depresi, 20-28 pro střední depresi a 29-63 pro těžkou depresi. Český překlad BDI- II, včetně jeho manuálu, vytvořili Preiss a Vacíř v roce 1999 (Gottfried, 2015).

4.3.3 Spielbergův dotazník na měření úzkosti a úzkostnosti (STAI)

Dotazník STAI patří v dnešní době k nejčastěji užívaným nástrojům, které měří úzkost a úzkostnost, a to jak v klinické, tak výzkumné oblasti (Heretik, Řítomský, Novotný, Heretik & Pečeňák, 2009).

Když jsem se rozhodla, že jednou z proměnných, které mě budou ve výzkumu zajímat, bude také úzkost, stála přede mnou otázka, jaký dotazník pro měření úzkosti zvolit. Rozhodovala jsem se, zda použít BAI (Beckův inventář úzkosti), který měří úzkost, jako aktuálně prožívaný stav, stejně jako BDI, během posledních dvou týdnů. I přesto, že celkově byl dotazník poměrně dlouhý, rozhodla jsem se pro STAI. Bylo to především proto, že STAI měří úzkost jako aktuální stav a také jako osobnostní rys.

Autory dotazníku jsou C. D. Spieberger, R. Gorsuch a R. Lushen. Do našeho prostředí ji v roce 1980 přinesli Josef Müllner, Imrich Ruisel a Gabriel Farkaš (Müllner, Ruisel & Farkaš, 1980). Celkově má dotazník 40 položek, z nich se 20 vztahuje k tomu, jak se respondent cítí právě teď (STAI X-1), zbývajících 20 položek hodnotí, jak se respondent cítí obvykle, nebo obecně (STAI X-2). Inventář nemá časový limit, jeho vyplnění trvá průměrnému člověku zhruba 10 minut. Respondent odpovídá u každé položky ve čtyřbodové škále. U STAI X-1 respondent odpovídá výběrem z odpovědí: (1) vůbec ne, (2) poněkud, (3) mírně, (4) velmi. U STAI X-2 volí mezi výroky: (1) téměř nikdy, (2) někdy, (3) často, (4) téměř vždy. Všech 40 položek má skóre 1 až 4 a platí, že čím je hodnota vyšší, tím je aktuální úzkost (X-1) / úzkostnost (X-2) vyšší. V dotazníku se objevují i reverzní položky, kde je potřeba číselné hodnoty převrátit. Naměřená hodnota se může pohybovat v obou částech dotazníku (X-1 i X-2) od minimálně 20 do maximálně 80 bodů (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983).

4.4 Výběr zkoumaných osob

Elektronický dotazník byl sestaven ve formulářovém systému, tudíž byl přístupný pouze online, a to v období od prosince 2018 do června 2019. Pro získání výzkumného souboru jsem zvolila dvě strategie. Za prvé jsem využila techniku „Snowball“ (Linderová, Scholz & Munduch, 2016), kdy jsem požádala přátele na sociálních sítích o vyplnění a zároveň je požádala, zda by mohli dotazník sdílet mezi své přátele. Druhým krokem bylo, že jsem dotazník umístila jako příspěvek na Facebookových skupinách a v internetových „komunitách“, kde se sdružuje větší počet lidí, přičemž některé z nich

přímo souvisely se spánkovou obrnou. Buď jsem požádala správce o umístění příspěvku, nebo jsem požádala mnou blízké osoby o sdílení příspěvku v těchto komunitách. Jelikož se spánková obrna často objevuje u studentů vysokých škol, snažila jsem se co nejvíce respondentů získat právě mezi studenty.

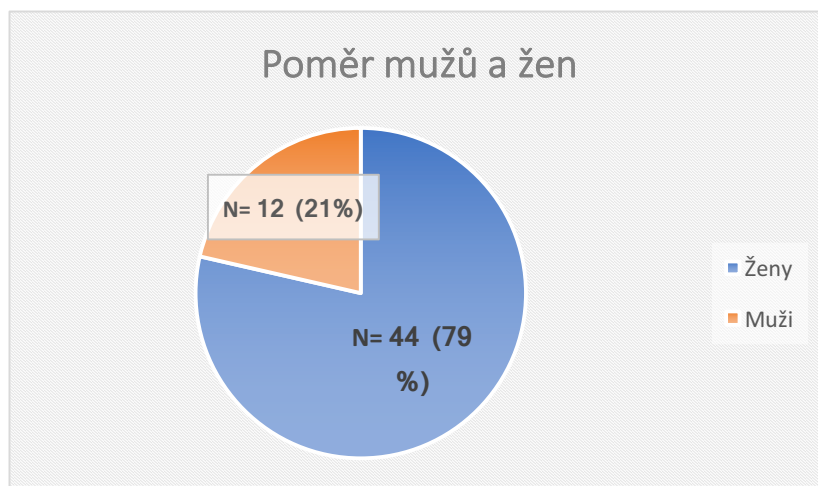
Výzkumným souborem byli respondenti, kteří zažili spánkovou obrnu opakovaně (alespoň dvakrát v životě, nebo častěji). Chtěla jsem tím získat data od respondentů, kteří se s touto poruchou setkávají během života opakovaně a nejedná se tak o ojedinělou zkušenost.

4.5 Deskripce výzkumného souboru

Dotazník se mi podařilo sdílet mezi 528 potenciálních respondentů. Po vyřazení těch, kteří dotazník z různých důvodů nedokončili (195 respondentů), tvoří výzkumný soubor, s návratností 63,1 % celkem 333 respondentů. Z tohoto počtu bylo nutné oddělit ty, kteří odpověděli v první otázce, že spánkovou obrnu nikdy nezažili (270 respondentů). Počet těch, kteří uvedli že spánkovou obrnu zažili a pokračovali vyplňováním dotazníku je tedy (63 respondentů). Jak jsem již zmínila, vyloučení byli také ti, co spánkovou obrnu zažili pouze jednou (6 respondentů). I o tento počet byl vzorek snížen. Vyloučen byl také jeden respondent, který vyplnil, že spánkovou obrnu zažil několikrát za život, ale dál již v dotazníku nepokračoval. Ve výzkumu tedy pracuji s počtem 56 respondentů (N= 56).

Poměrově byl dotazník zastoupen 44 ženami, což odpovídá 79 % z celkového počtu. Naopak zastoupení mužů bylo 21 %, což odpovídá 12 respondentům (viz. graf č. 1). Průměrný věk respondentů je 29 let, přičemž věk nejmladšího respondenta byl 19 let a věk nejstaršího byl 47 let.

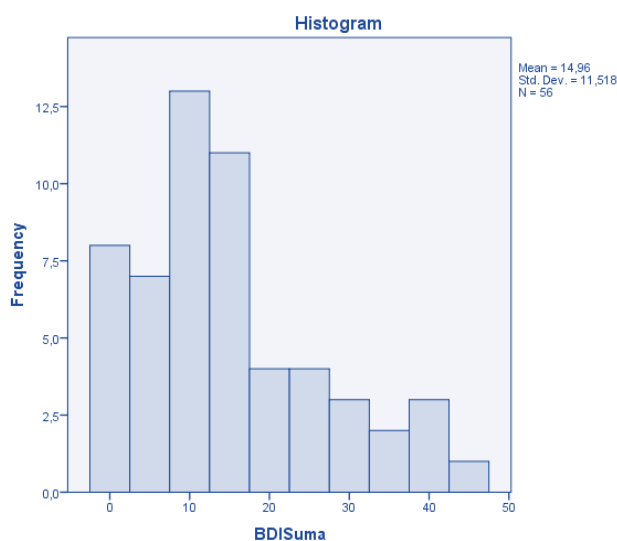
Graf č. 1 Poměr mužů a žen



Jednotlivé skóre, dosažené v dotaznících BDI-II, STAI X-1 a STAI X-2, kterých dosáhli respondenti jsou uvedeny v grafu č. 2 pro BDI-II, grafu č. 3 pro STAI X-1 a v grafu č. 4 pro STAI X-2.

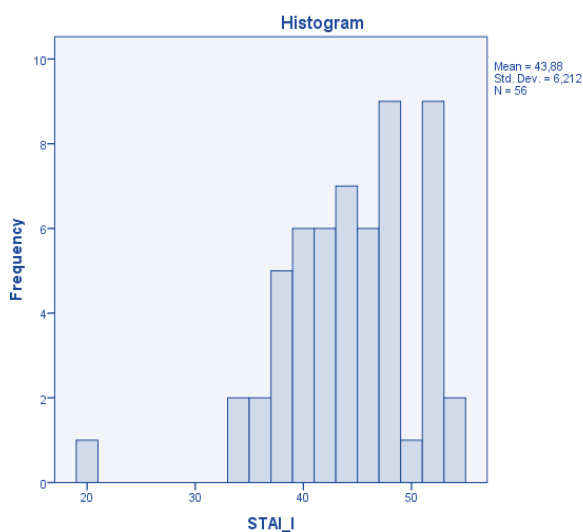
Minimální hodnota v dotazníku BDI-II představovala 0 bodů, nejvyšší skóre, které bylo naměřeno, dosahovalo 43 bodů. Medián měl hodnotu 12,5 a SD (směrodatná odchylka) byla 11,52. Průměrné skóre bylo 14,96 bodů.

Graf č. 2 Celkové skóre v BDI-II



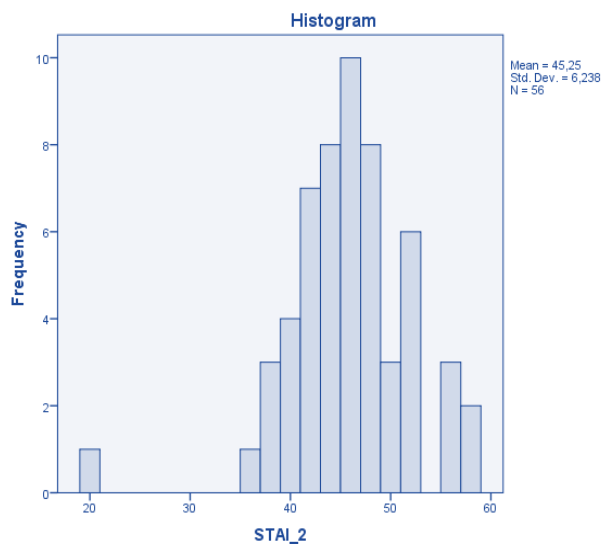
U dotazníku STAI X-1, který měřil aktuálně prožívanou míru úzkosti, se dosáhlo průměrného skóre 43,88. Minimální počet bodů byl 20 a maximální počet bodů byl uveden 53. Medián byl 44 bodů a směrodatná odchylka byla v hodnotě 6,21.

Graf č. 3 Celkové skóre v dotazníku STAI X-1



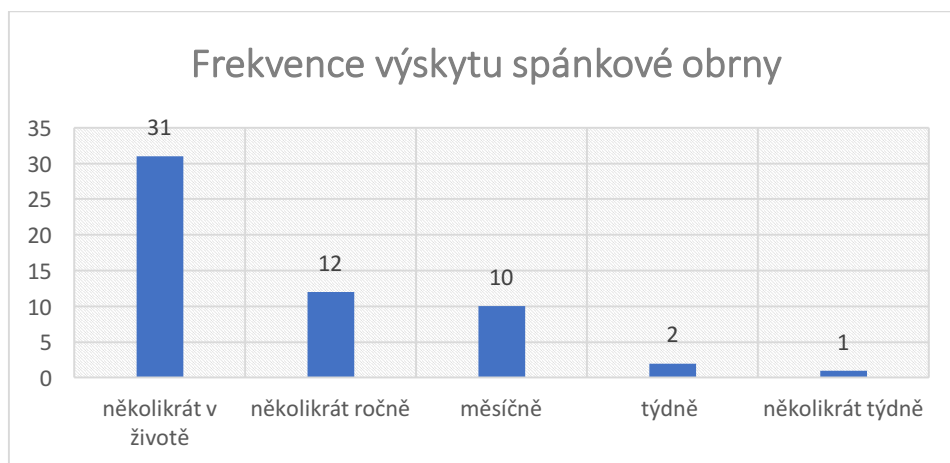
STAI X-2, který hodnotil úzkostnost jako rys osobnosti, dosáhl průměrné hodnoty 45,25 bodů. Počet bodů, kterých bylo dosaženo minimálně bylo 20 a počet bodů, kterých respondenti dosáhli maximálně bylo 57. Medián byl v hodnotě 45 bodů a směrodatná odchylka byla 6,24.

Graf č. 4 Celkové skóre v dotazníku STAI X-2



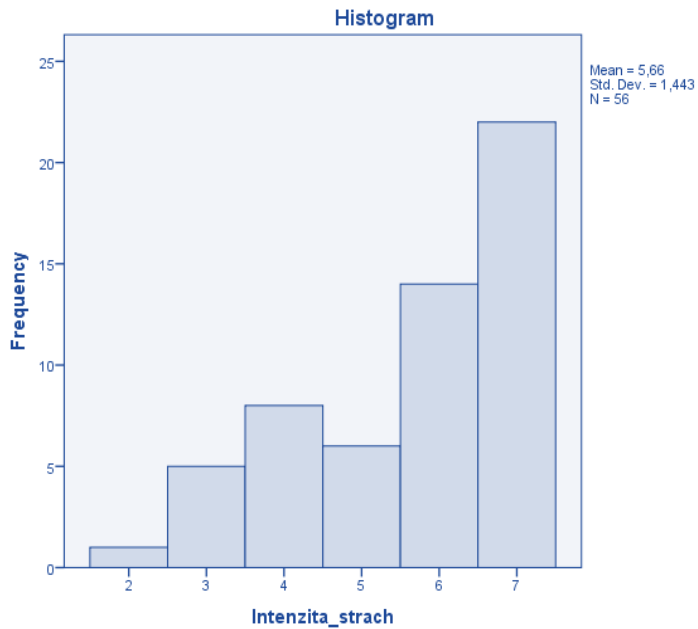
Frekvence spánkové obrny se u nejvíce respondentů objevuje několikrát za život (N= 31). S nižší frekvencí - několikrát za rok, se setkává 12 respondentů. 10 respondentů uvedlo, že se se spánkovou obrnou setkávají měsíčně a 2 respondenti uvedli zkušenost s epizodou týdně. Jeden respondent uvedl, že se u něj vyskytuje spánková obrna několikrát týdně (viz. graf č. 5). U četnosti výskytu spánkové obrny byly odpovědi slovní. Pro účel statistického zpracování těchto údajů byly jednotlivým možnostem přiděleny tyto hodnoty: nikdy- 0; jednou- 1; několikrát za život- 2; několikrát ročně- 3; měsíčně- 4; týdně- 5; několikrát týdně- 6. Průměrně tato proměnná dosahovala hodnoty 2,63. Směrodatná odchylka byla 1,18.

Graf č. 5 Frekvence výskytu spánkové obrny



Intenzitu strachu mohli respondenti hodnotit body 0-7. Nejvíce respondentů uvedlo hodnotu 7. Průměrná hodnota intenzity strachu je 5,66. Směrodatná odchylka je 1,44 (viz. graf č. 6)

Graf č. 6 Hodnoty u prožívané intenzity strachu



4.6 Statistická analýza

Pro statistickou analýzu byl použit statistický program IBM SPSS STATISTICS a tabulkový procesor Microsoft Excel. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit vzájemnost vztahů mezi frekvencí spánkové obrny, intenzitou strachu během spánkové obrny, úzkostí/úzkostností a depresivitou. Pro ověření normality statistického výběru použit Shapirův- Wilkův test, s hodnotou $p=0,05$. Hodnota p byla menší, než $0,05$ (viz. tabulka č. 1), tento test tedy potvrdil, že data nesplňují podmínky normálního rozložení. Vzhledem k tomu, že porovnávám vztah ordinálních proměnných a zároveň se jedná o data, která nesplňují normální rozdělení, použila jsem jako neparametrickou alternativu pro výpočet korelačního koeficientu Spearmanův korelační koeficient. Statistickou významnost posuzujeme dle hodnoty p , která byla stanovena hodnotou 5 %.

Pokud je $p > 0,05$, je r jeho korelační koeficient statisticky nevýznamný. P hodnota nám říká, zda můžeme považovat korelační koeficient považovat za nenulový. Intenzitu vzájemných vztahů nám sděluje přímo korelační koeficient. (Borůvková, Horáčková & Hanáček, 2014).

Tab. 1. Shapirův- Wilkův test normality

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Signifikance
BDI Suma	0,913	56	0,001
STAI- X1	0,932	56	0,004
STAI- X2	0,928	56	0,002
Frekvence výskytu	0,820	56	0,000
Intenzita strachu	0,833	56	0,000

4.7 Zhodnocení platnosti hypotéz

H₁: Čím častější je frekvence výskytu spánkové obrny, tím vyšší je míra intenzity prožívaného strachu.

S použitím Spearmanova korelačního koeficientu, bylo pro jednostrannou hypotézu H₁ zjištěno, že korelační koeficient pro proměnné frekvence výskytu spánkové obrny a intenzita strachu, nabývá hodnoty $-0,010$. Takový výsledek značí, že se jedná o

zápornou korelaci, při které jsou na sobě proměnné téměř nezávislé. Statistická významnost (signifikance), která nabývá hodnoty 0,472 (viz. tabulka č. 2), nám sděluje, že korelační koeficient není statisticky významný. Alternativní hypotézu **nepřijímáme**. Nezamítáme H₀, která tvrdí, že mezi frekvencí spánkové obrny a mírou intenzity prožívaného strachu není statisticky signifikantní vztah.

Tab. 2. Korelační koeficient a statistická významnost u H₁

Korelace u H ₁				
			Frekvence výskytu spánkové obrny	Intenzita strachu
Spearmanův korelační koeficient	Frekvence výskytu spánkové obrny	Korelační koeficient		-,010
		Signifikance		
		N	56	56
	Intenzita strach	Korelační koeficient		1,000
		Signifikance	0,472	
		N	56	56

H₂: Čím vyšší je aktuálně prožívaná subjektivní míra úzkosti (STAI X-1), tím větší je intenzita prožívaného strachu během spánkové obrny.

S použitím Spearmanova korelačního koeficientu, bylo pro jednostrannou hypotézu H₂ zjištěno, že korelační koeficient pro proměnné aktuálně prožívaná subjektivní míra úzkosti a intenzita strachu, nabývá hodnoty 0,206. Takový výsledek značí, že se jedná o pozitivní korelaci, při které jsou na sobě proměnné jen slabě závislé. Statistická významnost (signifikance), která nabývá hodnoty 0,064 (viz. tabulka č. 3), nám sděluje, že korelační koeficient není statisticky významný. Platnost alternativní hypotézy se tak **nepotvrzuje**. H₀, která tvrdí, že mezi aktuálně prožívanou subjektivní mírou úzkosti a intenzitou prožívaného strachu není statisticky signifikantní vztah, nezamítáme.

Tab. 3. Korelační koeficient a statistická významnost u H2

Korelace u H2				
			STAI X-1	Intenzita strachu
Spearmanův korelační koeficient	STAI X-1	Korelační koeficient		0,206
		Signifikance		
		N	56	56
	Intenzita strach	Korelační koeficient		1,000
		Signifikance	0,064	
		N	56	56

H3: Čím vyšší je subjektivní míra úzkostnosti (STAI X-2), tím vyšší je intenzita prožívaného strachu během spánkové obrny.

S použitím Spearmanova korelačního koeficientu, bylo pro jednostrannou hypotézu H3 zjištěno, že korelační koeficient pro proměnné subjektivní míra úzkostnosti a intenzity strachu, nabývá hodnoty 0,265. Takový výsledek značí, že se jedná o pozitivní korelaci, při které jsou na sobě proměnné jen slabě závislé. Statistická významnost (signifikance), která nabývá hodnoty 0,024 (viz. tabulka č. 4), nám sděluje, že korelační koeficient je v tomto případě statisticky významný. Platnost alternativní hypotézy H3 se tak **potvrzuje**. Platí tedy, že čím je subjektivní míra úzkostnosti vyšší, tím je vyšší intenzita prožívaného strachu během spánkové obrny.

Tab. 4. Korelační koeficient a statistická významnost u H3

Korelace u H3				
			Intenzita strachu	STAI X-2
Spearmanův korelační koeficient	Intenzita strachu	Korelační koeficient		0,265
		Signifikance		
		N	56	56
	STAI X-2	Korelační koeficient		1,000
		Signifikance	0,024	
		N	56	56

H₄: Čím větší je aktuálně prožívaná subjektivní míra depresivity, tím větší je intenzita prožívaného strachu během spánkové obrny.

S použitím Spearmanova korelačního koeficientu, bylo pro jednostrannou hypotézu H₄ zjištěno, že korelační koeficient pro proměnné aktuálně prožívaná subjektivní míra depresivity a intenzity strachu, nabývá hodnoty -0,067. Takový výsledek značí, že se jedná o zápornou korelaci, při které jsou na sobě proměnné téměř nezávislé. Statistická významnost (signifikance), která nabývá hodnoty 0,312 (viz. tabulka č. 5), nám sděluje, že korelační koeficient není statisticky významný. Platnost alternativní hypotézy H₄ se tak **nepotvrzuje**. H₀, která tvrdí, že mezi subjektivní mírou depresivity a mírou intenzity prožívaného strachu není statisticky signifikantní vztah, nezamítáme.

Tab. 5. Korelační koeficient a statistická významnost u H₄

Korelace u H ₄				
			BDI suma	Intenzita strachu
Spearmanův korelační koeficient	BDI suma	Korelační koeficient		-,067
		Signifikance		
		N	56	56
	Intenzita strach	Korelační koeficient		1,000
		Signifikance	0,312	
		N	56	56

H₅: Čím vyšší je subjektivní míra úzkosti (STAI X-1), tím větší je frekvence epizod spánkové obrny.

S použitím Spearmanova korelačního koeficientu, bylo pro jednostrannou hypotézu H₅ zjištěno, že korelační koeficient pro proměnné subjektivní míra úzkosti a frekvence epizod spánkové obrny, nabývá hodnoty 0,076. Takový výsledek značí, že se jedná o pozitivní korelaci, při které jsou na sobě proměnné jen slabě závislé. Statistická významnost (signifikance), která nabývá hodnoty 0,289 (viz. tabulka č. 6), nám sděluje, že korelační koeficient není statisticky významný. Platnost alternativní hypotézy H₅, se tak **nepotvrzuje**. H₀, která by tvrdí, že mezi subjektivní mírou úzkosti a frekvencí epizod spánkové obrny není statisticky signifikantní vztah, nezamítáme.

Tab. 6. Korelační koeficient a statistická významnost u H5

Korelace u H5				
			STAI X-1	Frekvence výskytu spánkové obrny
Spearmanův korelační koeficient	STAI X-1	Korelační koeficient		0,076
		Signifikance		
		N	56	56
	Frekvence výskytu spánkové obrny	Korelační koeficient		1,000
		Signifikance	0,289	
		N	56	56

H₆: Čím vyšší je subjektivní míra úzkostnosti (STAI X-2), tím větší je frekvence epizod spánkové obrny.

S použitím Spearmanova korelačního koeficientu, bylo pro jednostrannou hypotézu H₆ zjištěno, že korelační koeficient pro proměnné subjektivní míra úzkostnosti a frekvence epizod spánkové obrny, nabývá hodnoty 0,209. Takový výsledek značí, že se jedná o pozitivní korelaci, při které jsou na sobě proměnné jen slabě závislé. Statistická významnost (signifikance), která nabývá hodnoty 0,061 (viz. tabulka č. 7), nám sděluje, že korelační koeficient není statisticky významný. Platnost alternativní hypotézy H₆, se tak **nepotvrzuje**. H₀, která tvrdí, že mezi subjektivní mírou úzkostnosti a frekvencí epizod spánkové obrny není statisticky signifikantní vztah, nezamítáme.

Tab. 7. Korelační koeficient a statistická významnost u H6

Korelace u H6				
			Frekvence výskytu spánkové obrny	STAI X-2
Spearmanův korelační koeficient	Frekvence výskytu spánkové obrny	Korelační koeficient		0,209
		Signifikance		
		N	56	56
	STAI X-2	Korelační koeficient		1,000
		Signifikance	0,061	
		N	56	56

H7: Čím vyšší je aktuálně prožívaná míra depresivity, tím větší je frekvence epizod spánkové obrny.

S použitím Spearmanova korelačního koeficientu, bylo pro jednostrannou hypotézu H7 zjištěno, že korelační koeficient pro proměnné aktuálně prožívaná míra depresivity a frekvence epizod spánkové obrny, nabývá hodnoty 0,114. Takový výsledek značí, že se jedná o pozitivní korelaci, při které jsou na sobě proměnné téměř nezávislé. Statistická významnost (signifikance), která nabývá hodnoty 0,202 (viz. tabulka č. 8), nám sděluje, že korelační koeficient není statisticky významný. Platnost alternativní hypotézy H7 se tak **nepotvrzuje**. Nezamítáme H0, která tvrdí, že mezi aktuálně prožívanou mírou depresivity a frekvencí epizod spánkové obrny není statisticky signifikantní vztah.

Tab. 8. Korelační koeficient a statistická významnost u H7

Korelace u H7				
			BDI suma	Frekvence výskytu spánkové obrny
Spearmanův korelační koeficient	BDI suma	Korelační koeficient		0,114
		Signifikance		
		N	56	56
	Frekvence výskytu spánkové obrny	Korelační koeficient		1,000
		Signifikance	0,202	
		N	56	56

4.8 Diskuze

Cílem studie bylo zjistit vzájemné vztahy mezi proměnnými: frekvence výskytu epizod spánkové obrny, intenzitou prožívaného strachu během těchto epizod, aktuálně prožívanou mírou úzkosti, mírou úzkostnosti jako osobnostního rysy, a aktuálně prožívanou mírou depresivity. Hlavním důvodem výběru právě těchto proměnných bylo, že existuje poměrně velké množství studií, jejichž výsledky poukazují na silnou souvislost mezi poruchami spánku a depresemi. Celosvětově se výskyt poruch spánku a deprese zvyšuje, v následujících letech se tedy o tyto fenomény dá předpokládat zvýšený zájem (Přibývá pacientů, 2019).

Mezi studiemi avšak není jednoznačná shoda v tom, zda spánková paralýza přímo souvisí s depresivními stavy a stavy úzkosti. Jedním z přínosů studie mohlo být mimo

jiné porovnání těchto výsledků s výsledky v České republice, protože poruchy spánku i depresivní stavy mají nejen v České republice, ale i světově vzestupný charakter.

Na základě Spearmanova korelačního koeficientu se hypotézy H1, H2, H4, H5, H6 a H7 nepotvrdily. U všech těchto hypotéz byly prokázány jen velmi slabé vzájemné vztahy mezi proměnnými a statistická významnost byla ve všech těchto případech příliš slabá na to, abychom mohli považovat korelační koeficienty za významné. K podobným výsledkům, tedy, že mezi spánkovou paralýzou a depresivními stavy není žádné, nebo jen velmi slabé spojení, dospělo i několik dalších studií (Denis, 2018; Denis, French, Rowe, Zavos, Nolan, Parsons, Gregory, 2015).

Ani Lišková, Janečková, Klůzová Kráčmárová, Mladá, Bušková (2016) nezjistily žádný vztah mezi spánkovou paralýzou, depresivitou. Vztah dokonce nenašly ani u úzkostnosti (STAI X-2). Korelaci však zjistily mezi spánkovou obrnou a STAI X-1, tedy aktuálně vnímanou úzkostí.

Jediná hypotéza, která se v naší studii potvrdila, byla H3. V tomto případě můžeme tedy říci, že: **Čím vyšší je subjektivní míra úzkostnosti (STAI X-2), tím vyšší je intenzita prožívaného strachu během spánkové obrny.**

Jedním z důvodů, proč se většina hypotéz nepotvrdila je pravděpodobně malý vzorek respondentů. I přesto, že se dotazník podařilo rozšířit mezi 528 respondentů, studie pracovala s počtem 56 respondentů, což se ukázalo, jako nedostatečný počet pro normální rozložení. Několik respondentů reflektovalo dotazník jako příliš dlouhý, to bylo podle mého hlavním důvodem tak malé návratnosti vyplněných dotazníků. Použila jsem celou verzi dotazníku WUSEQ, i přesto, že jsem ve studii použila jen pár otázek. Chtěla jsem použít dotazník, který bude mít dostatečnou statistickou sílu, protože je to již dříve použitý dotazník. Další důvodem malé návratnosti mohla být nedostatečná motivace respondentů dotazník vyplňovat. Jako limit by se dalo považovat také to, že dotazník WUSEQ je retrospektivní, tudíž mohla být data částečně zkreslená. Nevýhodou je také to, že dotazník byl samoobslužný, nemohly být tedy vysvětleny detaily, nebo nepochopené části dotazníku. Výsledky výzkumu také mohl zkreslit fakt, že dotazník vyplnilo mnohem více žen (44), než mužů (12). Naopak za největší výhodu této studie považuji vytvoření české verze Waterloo dotazníku neobvyklých spánkových zkušeností, který bude možné využít v dalších studiích, které se budou v České republice zabývat spánkovou obrnou. Jeho překlad splňuje všechny důležité podmínky, včetně dvojitého zpětného překladu, tak, aby splňoval kvalitní adaptaci tohoto dotazníku na naše prostředí. V budoucnu bych se více věnovala sběru dat a více se rozmýšlela nad tím, kde bych mohla

získat více respondentů. Navštívila bych například psychiatrické kliniky, nebo spánkové laboratoře, s prosbou o distribuci dotazníku mezi své pacienty. Dalším možným řešením by byl novinový článek, který by oslovil právě ty, kteří se o spánkovou obrnu zajímají, nebo jí zažívají.

Potencionální prostor pro návaznost studie je v oblasti halucinací, které spánkovou obrnu významně často doprovází. Cheyne vyvinul třífaktorový model halucinací, který dosud nebyl žádnou jinou studií vyvrácen. Zajímavé by bylo provést podrobnější studii, která by tyto hypnagogické a hypnopompické halucinace podrobněji zmonitorovala (Cheyne, Rueffer & Newby-Clark, 1999).

4.9 Závěr

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. První část se věnuje teoretickému podkladu, který sloužil ke stanovení hypotéz. Byly v ní vymezeny základní pojmy, jako je spánek, spánková obrna, spánková stádia, deprese, úzkost a úzkostnost, jako rys osobnosti. Zmíněná teoretická východiska sloužila k vytvoření hypotéz, u kterých se mělo potvrdit, nebo vyvrátit, zda existuje vztah mezi frekvencí výskytu epizod spánkové obrny, intenzitou prožívaného strachu během spánkové obrny, depresivitou, úzkostí a úzkostností jako osobnostním rysem.

Se spánkovou obrnou se dvakrát a více za život setkalo 56 respondentů, z nichž 44 bylo žen a 12 mužů. Z uvedeného vyplývá, že výzkumný vzorek byl příliš malý, zřejmě i proto nebylo možné H1, H2, H4, H5, H6, H7 potvrdit. Jediná hypotéza, která byla v rámci studie potvrzena, byla H3: „**Čím vyšší je subjektivní míra úzkostnosti (STAI X-2), tím vyšší je intenzita prožívaného strachu během spánkové obrny**“. U této hypotézy jsme však zjistili jen slabý korelační koeficient (0,265) a signifikanci (0,024). Můžeme tedy říci, že vyšší úzkostnost jako osobnostní rys člověka, má vliv na intenzitu prožívaného strachu během spánkové obrny.

Do budoucna by se práce mohla rozšířit a zaměřit na kvalitativní stránku hypnagogických a hypnopompických halucinací, které jsou často součástí spánkové obrny. Hlavní přínos je v přeloženém dotazníku, který lze použít u dalších studií spánkové obrny a v potvrzení faktu, že světové studie, které se tomuto fenoménu věnují se jednoznačně neshodují v tom, jak a zda spolu deprese, úzkost a spánková paralýza souvisí. I proto by bylo vhodné se tomuto problému věnovat do budoucna více.

Seznam použité literatury

Anders, M., Uhrová, T., Roth, J. (2005). *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén.

Borůvková, J, Horáčková, P., Hanáček, M. (2014) STATISTIKA V SPSS. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné z <http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20VŠPJ/Statistika%20v%20SPSS%20-%20Jana%20Borůvková,%20Petra%20Horáčková,%20Miroslav%20Hanáček.pdf>

BORZOVÁ, C. (2009). *Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada.

Bušková, J. & Kliková, M. (2019). Rekurentní izolovaná spánková obrna. *Neurologie pro praxi*, 20(1), 54-56. Dostupné z <https://www.neurologiepropraxi.cz/magno/neu/2019/mn1.php>

Denis, D., (2018). Relationships between sleep paralysis and sleep quality: current insights. *Nature and Science of Sleep*. 10, 355-367. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6220434/>

Denis, D., French Ch. C., Rowe, R., Zavos, H. M. S., Nolan, P. M., Parsons, M. J., Gregory, A. M. (2015). A twin and molecular genetics study of sleep paralysis and associated factors. *Journal of Sleep Research*. 24(4), 438-446. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4950339/>

Fitzgerald, J. (2019). The difference between depression and sadness. *Medical News Today*. Dostupné z <https://www.medicalnewstoday.com/articles/314418.php>

Gottfried, J. (2015). Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé: Recenze metody. *Testforum*, 5, 20-25. Dostupné z <https://testforum.cz/article/view/TF2015-5-35/10505>

Heretik, A., Ritomský, A., Novotný, V., Heretik, A., Pečeňák, J. (2009).

Restandardizace state- trait anxiety inventory X-2 – úzkostnost jako rys.

Československá psychologie. 53(6), 587-599. Abstrakt dostupný z

<https://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=721689>

Honzák, R. (1999). *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén.

Honzák, R. (2005). *Úzkostný pacient*. Praha: Galén.

Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.

Cheyne, J. A. (2002). Waterloo Sleep Experiences Questionnaire- VIIIA, Technical Report. University of Waterloo. Dostupné z

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=95D26FB3B16F2EE32D02E8845E3AEC32?doi=10.1.1.394.7765&rep=rep1&type=pdf>

Cheyne, JA., Newby-Clark, IR., Rueffer, SD. (1999, prosinec). Relations Among Hypnagogic and Hypnopompic Experiences Associated With Sleep Paralysis. *Journal of Sleep Research*. 8(4), 313-317. Dostupné z

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10646172>

Cheyne, JA., Rueffer, SD., Newby-Clark, IR., (1999, září). Hypnagogic and Hypnopompic Hallucinations During Sleep Paralysis: Neurological and Cultural Construction of the Night-mare. *Consciousness and Cognition*, 8(3), 319-337. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10487786>

Kačerová, E. (2017, březen). Počet lidí s depresí stoupl o pětinu. *Statistika a my*, 3.

Dostupné z <http://www.statistikaamy.cz/2017/03/pocet-lidi-s-depresi-stoupl-o-petinu/>

Kosová, J., (2006). Deprese s úzkostí a poruchami spánku. *Psychiatrie pro praxi*. 6, 285-287. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/06/06.pdf>

Linderová, I., Scholz, P., Munduch, M. (2016). Úvod do metodiky výzkumu. VSPJ. Cz. Dostupné z <http://www.vspj.cz/ISBN/Skripta%20-%20VŠPJ/Úvod%20do%20metodiky%20výzkumu%20-%20Linderová%2C%20Scholz%2C%20Munduch.pdf>

Lišková, M., Janečková, D., Klůzová Kráčmarová, L., Mladá, K., Bušková, J. (2016, listopad). The occurrence and predictive factors of sleep paralysis in university students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 12, 2957-2962. Dostupné z <https://www.dovepress.com/the-occurrence-and-predictive-factors-of-sleep-paralysis-in-university-peer-reviewed-article-NDT>

Mellman, T. A., Aigbogun, N., Lawson W. B., Alim, T. N. (2008). Sleep paralysis and trauma, psychiatric symptoms and disorders in an adult African American population attending primary medical care. *Depression and Anxiety*. 25(5), 435-440. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17607754>

Morschitzky, H., Sator, S. (2014). *Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích*. Praha: Portál.

Müllner, J., Ruisel, I., Farkaš, G. (1980). Průručka pre administráciu, interpretáciu a vyhodnocovanie dotazníka na meranie úzkosti a úzkostlivosti. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.

Nutt, D., Wilson, S., Paterson, L. (2008). Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*. 10(3), 329-336. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181883/>

Plháková, A., (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.

Plháková, A. (2013). *Spánek a snění: vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití*. Praha: Portál.

Praško, J., Vyskočilová, J., Prašková, J. (2006). *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Praha: Portál.

Prusiński, A. (1993). Nespavost a jiné poruchy spánku: Rady lékaře, který nespavost nebere na lehkou váhu. (J. Hugo, K. Šonka, překl.). Praha: Maxdorf.

Přibývá pacientů s poruchami spánku. (2019, leden). In *Kroměřížský deník.cz*. Získáno 16. července 2019 z https://kromerizsky.denik.cz/zpravy_region/pribyva-pacientu-s-poruchami-spanku-20190122.html

Příhodová, I., Šonka, K. (2007). Parasomnie. In Nevšimalová, S., Šonka, K., et al. *Poruchy spánku a bdění* (209-241). Praha: Galén.

Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., Anders, M. (2016). Beckova škála deprese BDI-II standardizace a využití v praxi. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 112(6), 270-274. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1121>

Ramsawh, H.J., Stein, M.B, Beik, S.L., Jacobi, F., Sareen, J. (2009). Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*. 43(10), 926-933. Dostupné z <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395609000211?via%3Dihub>

Sharpless, BA., Barber, JP. (2011, říjen). Lifetime Prevalence Rates of Sleep Paralysis: A Systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 15(5), 311-315. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156892/>

Sharpless, BA., Kliková, M. (2019, červen) Clinical features of isolated sleep paralysis. *Sleep Medicine*. 58, 102-106. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31141762>

Sharpless, BA., McCarthy, KS., Chambless, DL., Milord, BL., Khalsa, SR., Barber, JP. (2010). Isolated Sleep Paralysis and Fearful Isolated Sleep Paralysis in Outpatients With Panic Attacks. *Journal of Clinical Psychology*. 66(12), 1292-1306. Abstrakt dostupný z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624974/>

Sleep and mental health. (2009). In Harvard Health Publishing. Dostupné z https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/sleep-and-mental-health

Smith, M., Segal, J. (2019). Depression Symptoms and Warning Signs. HelpGuide. Dostupné z <https://www.helpguide.org/articles/depression/depression-symptoms-and-warning-signs.htm>

Spánek, jeho význam a vlastnosti. (n.d.). In *Brain- Soultherapy s.r.o.* Získáno 16. července 2019 z <http://www.brain-soultherapy.cz/slovník/11-spanek-jeho-vyznam-a-vlastnosti.html>

Spector, B. (2017). Sleep Paralysis is Linked to Stress (and Supernatural Beliefs). Live Science. Dostupné z <https://www.livescience.com/61123-sleep-paralysis-stress-supernatural.html>

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., Jacobs, G. A. (1983). Manual for the state-trait inventory (Consulting Psychologists Press, Inc.)

Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. (3. vyd.). Praha: Portál.

Szklo-Coxe, M., Young, T., Finn, L., Mignot, E. (2007). Depression: relationship to sleep paralysis and other sleep disturbances in a community sample. *Journal of Sleep Research*. 16(3), 297-312. Dostupné z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800990/>

Šmarda, J., et al. (2004). *Biologie pro psychology a pedagogy*. Praha: Portál.

Šonka K. (2002). Snění v neurologické praxi. *Neurologie pro praxi*, 3, 138-142. Dostupné z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2002/03/07.pdf>

Šonka, K., Jakoubková, M., Paul, K. (2007). Vyšetřování poruch spánku a bdění. In Nevšimalová, S., Šonka, K., et al. *Poruchy spánku a bdění* (59-86). Praha: Galén.

Šonka, K., Nevšímalová, S., Nešpor, E. (2007). Neurologická onemocnění a poruchy spánku. In Nevšímalová, S., Šonka, K., et al. *Poruchy spánku a bdění* (273-301). Praha: Galén.

Šonka, K., Němcová, V., Paul, K. (2007). Fyziologie spánku. In Nevšímalová, S.,

Šonka, K., et al. *Poruchy spánku a bdění* (27-51). Praha: Galén.

Theresa (2018). Dealing with sleep paralysis in PTSD. *Trauma/PTSD*. Dostupé z <https://www.dis-sos.com/sleep-paralysis-in-ptsd/>

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Vymětal, J., (2007). Speciální psychoterapie. (2., přeprac. a dopl. vyd). Praha: Grada.

Winch, G., (2015). The Important Difference Between Sadness and Depression. *Psychology Today*. Dostupné z <https://www.psychologytoday.com/us/blog/the-squeaky-wheel/201510/the-important-difference-between-sadness-and-depression>

Seznam Příloh

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Příloha č. 2 Waterloo dotazník neobvyklých zkušeností

Seznam Grafů

Graf č. 1 Poměr mužů a žen

Graf č. 2 Celkové skóre v BDI-II

Graf č. 3 Celkové skóre v dotazníku STAI X-1

Graf č. 4 Celkové skóre v dotazníku STAI X-2

Graf č. 5 Frekvence výskytu spánkové obrny

Graf č. 6 Hodnoty u prožívané intenzity strachu

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Shapirův- Wilkův test normality

Tabulka č. 2 Korelační koeficient a statistická významnost u H1

Tabulka č. 3 Korelační koeficient a statistická významnost u H2

Tabulka č. 4 Korelační koeficient a statistická významnost u H3

Tabulka č. 5 Korelační koeficient a statistická významnost u H4

Tabulka č. 6 Korelační koeficient a statistická významnost u H5

Tabulka č. 7 Korelační koeficient a statistická významnost u H6

Tabulka č. 8 Korelační koeficient a statistická významnost u H7

Příloha č. 1- Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Depresivita a úzkostnost u jedinců se spánkovou obrnou

Období realizace: 2019

Řešitelé projektu: Martina Táborská

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, jehož cílem je porozumět souvislostem mezi spánkovou obrnou, depresivitou a úzkostností.

Předmětem výzkumu jsou okolnosti a frekvence spánkové obrny, míra úzkostnosti a depresivity, které jsou zjišťovány pomocí internetového dotazníkového šetření.

Vyplnění tohoto dotazníku trvá zhruba 30 minut. Účast na výzkumu je dobrovolná a zcela anonymní.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Beru na vědomí, že účast ve studii je dobrovolná, není za ni žádná finanční kompenzace.

Beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu. Souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Stisknutím tlačítka „SOUHLASÍM“, souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Příloha č. 2- Waterloo dotazník neobvyklých spánkových zkušeností

* 1) Zažili jste někdy během svého života spánkovou obrnu? (Spánková obrna je stav, který je spojen s nemožností volního (úmyslného) pohybu, přičemž naše vědomí zůstává zachováno. Nejčastěji probíhá při usínání, nebo probouzení. Během spánkové obrny se mohou objevovat nepříjemné halucinace).

- Ano
 Ne

Následující otázky se týkají zkušeností, se kterými se můžete během spánkové paralýzy setkat. U některých otázek budete vyzváni k doplnění informace o intenzitě, nebo živosti daného zážitku. Zkuste si, prosím, vzpomenout, jak moc živý, nebo zřetelný konkrétní prožitek byl. (2/51)

* 2) Někdy se nemohu při usínání, nebo probouzení na chvíli pohnout, i když jsem vzhůru a jsem si vědom/a svého okolí.

Frekvence

- jednou
 několikrát za život
 několikrát za rok
 měsíčně
 týdně
 několikrát za týden

* **Intenzita/živost**

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Prosím popište vaši zkušenost vlastními slovy:

* 3) Při těchto příležitostech jsem se snažil/a mluvit, nebo zavolat, ale nedokázal/a jsem to udělat.

Frekvence

- nikdy
 občas
 často
 vždy

Popište vaši zkušenost vlastními slovy:

* 4) Někdy zažívají lidé během těchto zážitků "falešné probuzení", to znamená, že věří, že si sedají, vstávají z postele a dokonce se účastní různých aktivit a náhle najdou sami sebe opět v posteli při tom, jak se opět probouzí. Zažil/a jste někdy podobnou zkušenost?

Frekvence

- nikdy
 občas
 často
 vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Pokud je to možné, poskytněte podrobnosti k tomuto pocitu.

* 5) Během tohoto zážitku jsem měl/a pocit něčeho přítomného v místnosti. (Myslí se tím, pocit přítomnosti něčeho, nezávisle na tom, zda to doopravdy vidíte, nebo slyšíte).

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Pokud je to možné, poskytněte podrobnosti o tomto pocitu.

Měli jste pocit, že tato věc je:

- muž
- žena
- neutrální/nejistý

* 6) Během tohoto zážitku jsem měl/a pocit, že se vznáším.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Uveďte podrobnosti:

* 7) Během tohoto zážitku jsem měl/a dojem, že jsem viděl/a: tvar, osobu, nebo nějakou bytost (nelidské povahy).

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Pokud jste je viděli, poskytněte o tom prosím detaily.

* 8) Během této zkušenosti jsem cítil/a tlak na hrudi, nebo na jiné části/částech mého těla.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Uved'te podrobnosti, včetně dotčených částí těla.

Uved'te prosím, zda to byl pocit:

- tíha váhy
- osoba, nebo stvoření sedící na hrudi

* 9) Během tohoto zážitku jsem se cítil/a, jako bych byl/a dušen/a.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Prosím uveďte detaily.

* 10) Během zážitku jsem slyšel/a neobvyklé zvuky.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Prosím poskytněte detaily o zvuku, který jste slyšel/a:

Uved'te prosím, zda jsou/je:

- těžké specifikovat hluky v pozadí
- zvuky pohybu, jako kroky
- hlasy

* 11) Během tohoto zážitku jsem měl/a pocit, jako bych mohl/a umřít.

Frekvence

- nikdy
 občas
 často
 vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Komentář:

* 12) Během této zkušenosti jsem cítil/a otupělost, pocity vibrace, nebo brnění.

Frekvence

- nikdy
 občas
 často
 vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Uved'te podrobnosti, včetně částí těla, které byly ovlivněny:

* 13) Během tohoto zážitku jsem se cítil/a, jako bych dočasně opustila své tělo.

Frekvence

- nikdy
 občas
 často
 vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Uved'te podrobnosti o konkrétních pocitech, které jste mohli během té doby zaznamenat:

* 14) Během tohoto zážitku jsem byl/a schopný/á vidět vlastní tělo, jako by bylo z vnější strany.

Frekvence

- nikdy
 občas
 často
 vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Uved'te podrobnosti. Například, kde se vám zdálo, že jste, když jste se viděli:

* 15) Během této zkušenosti jsem zaznamenal/a neobvyklé pachy:

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Uved'te prosím podrobnosti. Byly tyto pachy identifikovatelné?

* 16) Během této zkušenosti jsem prožíval/a pocity rychlého pohybu nahoru, nebo dolů.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jak jasný, jako každodenní zkušenosti

Prosím poskytněte detaily.

* 17) Během této zkušenosti mi připadalo, jako kdyby se přikrývka samovolně pohybovala, nebo, jako by ji někdo, či něco táhlo.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Prosím poskytněte detaily.

* 18) Během epizody jsem zažil/a iluzi, že si sedám, pohybuji rukou nebo nohou, chodím po místnosti, přičemž jsem později zjistil/a, že jsem se vůbec nepohnul/a.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Prosím poskytněte detaily týkající se povahy pohybů, nebo zúčastněných částí těla.

* 19) Během tohoto zážitku jsem měl/a pocit, že padám.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Prosím poskytněte detaily.

* 20) Během tohoto zážitku jsem se cítil/a, jako bych byl/a škrčen/a.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Prosím poskytněte detaily.

* 21) Během tohoto zážitku jsem se cítil/a, jako bych létal/a.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřetelný dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Prosím poskytněte detaily.

* 22) Během tohoto zážitku jsem cítil/a, že moje tělo rotuje nebo, že se rychle otáčí.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřejmý dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Prosím uveďte podrobnosti.

* 23) Během této nehybnosti jsem měl/a pocit fyzického doteku.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřejmý dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Prosím poskytněte detaily včetně částí těla, kterých se to týkalo.

* 24) Během zkušenosti jsem byl/a schopný/á otevřít oči.

Frekvence

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřejmý dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Komentáře.

25) Lidé mohou při spánkové paralýze prožívat různé pocity. Uved'te prosím frekvenci a míru intenzity některých z pocitů, které jste pocítili během spánkové paralýzy, jež jsou uvedeny níže (23/51)

* A) Strach

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřejmý dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Komentář:

25) Lidé mohou při spánkové paralýze prožívat různé pocity. Uved'te prosím frekvenci a míru intenzity některých z pocitů, které jste pocítili během spánkové paralýzy, jež jsou uvedeny níže (24/51)

*** B) Blaho, radost**

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřejmý dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Komentář:

25) Lidé mohou při spánkové paralýze prožívat různé pocity. Uved'te prosím frekvenci a míru intenzity některých z pocitů, které jste pocítili během spánkové paralýzy, jež jsou uvedeny níže (25/51)

*** C) Bolest**

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřejmý dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Komentář:

25) Lidé mohou při spánkové paralýze prožívat různé pocity. Uved'te prosím frekvenci a míru intenzity některých z pocitů, které jste pocítili během spánkové paralýzy, jež jsou uvedeny níže (26/51)

*** D) Chlad**

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřejmý dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Komentář:

25) Lidé mohou při spánkové paralýze prožívat různé pocity. Uved'te prosím frekvenci a míru intenzity některých z pocitů, které jste pocítili během spánkové paralýzy, jež jsou uvedeny níže (27/51)

*** E) Smutek**

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřejmý dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Komentář:

25) Lidé mohou při spánkové paralýze prožívat různé pocity. Uved'te prosím frekvenci a míru intenzity některých z pocitů, které jste pocítili během spánkové paralýzy, jež jsou uvedeny níže (28/51)

*** F) Hněv**

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřejmý dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Komentář:

25) Lidé mohou při spánkové paralýze prožívat různé pocity. Uved'te prosím frekvenci a míru intenzity některých z pocitů, které jste pocítili během spánkové paralýzy, jež jsou uvedeny níže (29/51)

*** G) Erotické pocity**

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřejmý dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Komentář:

25) Lidé mohou při spánkové paralýze prožívat různé pocity. Uved'te, prosím, frekvenci a míru intenzity některých z pocitů, které jste pocítili během spánkové paralýzy, jež jsou uvedeny níže (30/51)

*** H) Třes nebo chvění**

- nikdy
- občas
- často
- vždy

Intenzita

1 2 3 4 5 6 7
Spíše vágní a sugestivní, než náznak něčeho Velmi jasný a zřejmý dojem, tak jasný, jako každodenní zkušenosti

Komentář:

*** 26) V jaké pozici jste byl/a během epizod(y)?**

- nepamatuji si
- různě
- na zádech
- na břiše
- na levém boku
- na pravém boku

Komentář:

*** 27) V jaké pozici normálně ležíte, když usínáte? Uved'te prosím nejobvyklejší pozici. (Variantu "různě" zaškrtněte jedině tehdy, pokud se žádná uvedená pozice nepodobá té vaší).**

- nepamatuji si
- různě
- na zádech
- na břiše
- na levém boku
- na pravém boku

Komentář:

*** 28) Jak je to přibližně dlouho, co jste zažil/a poslední epizodu spánkové paralýzy? Měl/a jsem poslední zkušenost během:**

- posledních pár hodin
- posledních 24 hodin
- minulého týdne
- minulého měsíce
- posledních 6 měsíců
- minulého roku
- posledních 5 let
- měl/a jsem tuto zkušenost před více než 5 lety

*** 29) Jak jste byl/a v průběhu této epizody bdělý/á nebo čilý/á?**

1 2 3 4 5 6 7
Velmi vrávoravý/á, ospalý/á Velmi bdělý/á, neospalý/á (úplně bdělý/á)

*** 30) V jakých časech jste měl/a tyto zkušenosti? (Zaškrtněte všechny, které platí)**

- když usínám
- když se probouzím
- uprostřed doby spánku

*** 31) Kdy máte tyto zkušenosti? (Zaškrtněte prosím alespoň jednu)**

- během hlavní doby spánku
- během zdírnutí
- jiné: prosím upřesněte v textovém poli níže

Komentář:

*** 32) Zkušenosti obvykle začínají (Zaškrtněte všechny, které platí)**

- v průběhu toho, kdy ležíte vzhůru/bdělý/á a neustále si bezprostředně uvědomujete vaše okolí
- po krátkém období "nepřítomnosti duchem"/roztržitosti (tj. když si nejsme jisti, zda spíme, nebo ne)
- po probuzení z hlubokého (bezesného) spánku
- přímo ze snu
- jiný (prosím vysvětlete)

Komentář:

*** 33) Přibližně v jakém věku jste měl/a první zkušenost?**

*** 34) Prosím uveďte zaškrtnutím příslušných políček, pokud se na vás vztahuje některá z následujících podmínek. Použijte prosím dialogové okno pro rozvedení některé z položek, nebo uveďte, zda jste někdy dostali lékařskou diagnózu, nebo lék na nějakou z následujících možností. Neváhejte dodat další informace o jiných stavech, nebo léčích, které byste mohli považovat za významné.**

- narkolepsie
- spánková apnoe
- nespavost
- kataplexie
- denní spánkové ataky
- časté noční buzení
- hypokalemická paralýza
- epilepsie
- panická porucha
- deprese
- úzkostná porucha
- fibromyalgie
- sexuální zneužití
- fyzické násilí
- posttraumatická stresová porucha

Komentáře, včetně zdroje diagnózy a všech léků a jejich případných účinků na tyto epizody:

* 35) Zaznamenali jste nějaké konkrétní okolnosti, u kterých se zdá, že předchází těmto zkušenostem (např. změny v životním stylu, způsob spánku, pracovní rozvrh, emoční prožívání, atd.)

36) Pokud v současné době trpíte těmito zkušenostmi (tj. během posledních šesti měsíců), uveďte všechny léky, které v současné době užíváte, nebo jste užíval/a v době, kdy jste zažíval/a některé z událostí, které jsou výše popisovány.

* 37) Pohlaví

- žena
 muž

* 38) Aktuální věk

* 39) Občanství (země):

* 40) Zaměstnání

Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autorky: Martina Táborská

Studijní program: Psychologie (Bc.)

Název práce: Míra depresivity a úzkosti u jedinců se spánkovou obrnou

Vedoucí práce: Mgr. Monika Kliková

Rok dokončení práce: 2019

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh): 67 769

Přímé citace: 4

Ostatní text: 1 308

Celkový počet znaků: 74 478

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD: Míra depresivity a úzkosti u jedinců se spánkovou obrnou - Martina Táborská

Text práce ve formátu PDF:

Text práce ve formátu DOC nebo DOCX:

Další soubory:

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Martina Táborská

Obor studia: Psychologie

Název práce: Míra depresivity a úzkosti u jedinců se spánkovou obrnou

Vedoucí/oponent práce: Mgr. Monika Kliková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 46

Počet stránek příloh: 15

Počet titulů v seznamu literatury: 51

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		x		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

x				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jednalo se ve Vašem výzkumu o studii spánkové obrny nebo spánkové poruchy izolované spánkové obrny? Podle čeho jste to odlišila?

Jaké další faktory kromě úzkostnosti podle Vás ovlivňují výskyt spánkové obrny?

Co byste ve studii udělala jinak?

Pokračovala byste ve výzkumu s využitím Waterloo dotazníku neobvyklých zážitků, v případě, že ano, co byste zkoumala a proč?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Výběr tématu bakalářské práce vnímám jako potřebný, jedná se o poměrně rozšířený jev a prací na téma spánkové obrny je v České republice stále málo.

Struktura osnovy práce je adekvátní, postupuje od obecnějších jevů k více specifickým. Název práce odpovídá obsahu a překrývá se s teoretickou i empirickou částí. Názvy kapitol odpovídají obsahu. Vzhledem k zaměření práce bych v teoretické části preferovala větší důraz na téma spánkové obrny. Také bych doporučila klást větší důraz na propojení jednotlivých témat (spánková obrny, úzkost, deprese) a tématickou návaznost jednotlivých vět. Popis úzkosti a deprese byl v některých místech příliš široký. V teoretickém textu několikrát došlo k opakování již zmíněné informace.

V textu studentka úspěšně zvládá používat odborné termíny, věty jsou gramaticky správné. Citovaná literatura vychází z aktuálních poznatků, vztahuje se k tématu. Dle mého názoru se v textu vyskytují úseky, kdy bylo po delší dobu čerpáno z jednoho zdroje. Nenacházím absenci důležitých zdrojů literatury. Odkazy na odbornou literaturu jsou v textu uvedeny. Soupis literatury a citace v textu jsou citovány podle posledních norem, ačkoliv se v citacích vyskytuje pár drobných chyb. V seznamu literatury ale chybí uvedené zdroje sekundárních citací (např. Hinton et al. 2005).

V textu se nevyskytuje velké množství vlastních názorů studentky, což ale vzhledem k povaze práce neshledávám jako nedostatek. V oblasti diskuze mohlo být zamyšlení se nad výsledky a jejich srovnání s jinými studii argumentačně propracovanější, ale nedošlo k vytváření nelogických závěrů.

Nedostatkem studie je poměrně malá velikost výzkumného vzorku, velikost vzorku je ale dostačující pro nároky bakalářské práce. Význam práce v teoretickém uplatnění a její největší přínos vnímám především v dvojitém zpětném překladu dotazníkové metody Waterloo dotazníku neobvyklých zkušeností, která může být využita v navazujících studiích. Studentka nás seznamuje s úvahou nad dalšími možnostmi využití zmíněné metody a směřování výzkumu v budoucnosti. V praktickém uplatnění vnímám přínos práce především v rozšiřování povědomí o dané problematice. V závěru své práce studentka shrnuje svoji práci.

Formální vzhled práce odpovídá požadavkům bakalářské práce, ve většině textu (mimo Úvod, kde není text zarovnan) jsou formální požadavky naplněny.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis:

Dne 3.9.2019

Kližková

* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Martina Táborská

Obor studia: psychologie (Bc.)

Název práce: Míra depresivity a úzkosti u jedinců se spánkovou obrnou

Oponent práce: Ondřej Bezdíček, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 40

Počet stránek příloh: 20

Počet titulů v seznamu literatury: 52

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			3	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			3	
--	--	--	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- Proč jste se nesnažila nasbírat vlastní cross-validační soubor, např. N = 15 osob se spánkovou obrnou, který by byl nasbírán za standardních podmínek pro psychologické vyšetření?
- Proč jste nepoužila část souboru, který netrpěl spánkovou obrnou, pro srovnávací statistické analýzy o výskytu úzkosti a depresivních projevů?
- Proč jste pro testování hypotéz nepoužila inferenční statistiku?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Nedostatky:

- Pravopisné chyby, chybné citace (např. Přibývá pacientů, 2019).
- Nevhodně velké písmo u obr., anglické názvy statistik nekorigovány.
- Nevhodně vysoký počet hypotéz.
- Metodika sběru dat pomocí internetu s vysokým počtem drop-out vyplnění.
- Přijímání a zamítání hypotéz na základě korelační analýzy!
- Nevhodné formulace ohledně testování hypotéz: stat. významná korelace nemůže vést k zamítnutí H_0 .
- Metodika bez korekce na hádání (počet korelačních analýz).
- Nedostatečná diskuse o rozsahu 2 s.
- Waterloo dotazník neobvyklých spánkových zkušeností bez povolení k publikaci v rámci DP (předpokládám souhlas autora či souhlas majitele licence).
- Chybějící základní citace, např. k českým studiím k BDI-II (Preiss a Vacíř, 1999). Dále je nelze uvádět jako sekundární citace.

Klady:

- Empirický výzkum.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji/nedoporučuji***

Navrhovaná klasifikace: dobře

Datum, podpis: V Praze dne 04. 09. 2019, Ondřej Bezdíček

* nehodící se, škrtněte