



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra Výchovy ke zdraví

Bakalářská práce

Vliv aromaterapie na kvalitu spánku

Vypracoval: Anna Sattranová
Vedoucí práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

České Budějovice 2016



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

Bachelor Thesis

The effect of aromatherapy on sleep quality

Author: Anna Sattranová
Supervisor: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Bibliografická identifikace

Název bakalářské práce: Vliv aromaterapie na kvalitu spánku

Jméno a příjmení autora: Anna Sattranová

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita

v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2017

Abstrakt:

Problémy se spánkem a poruchy spánku jsou dnes čím dál aktuálnějším tématem. Proto tato bakalářská práce mapuje výskyt nejčastějších problémů se spánkem a jejich řešení. Také se snaží zjistit a navrhnout řešení poruch spánku pomocí aromaterapie.

Práce se skládá z teoretické části, ve které je popsána fyziologie spánku, jeho poruchy, spánkové biorytmy, aspekty ovlivňující spánek, vyšetření a možnosti léčby poruch spánku. Dále se teoretická část práce věnuje popisu aromaterapie a možnostem jejího využití při řešení spánkových obtíží. V druhé - praktické - části práce jsou dotazníkovým šetření zjištěny nejčastější poruchy spánku, způsob kterým jsou běžně řešeny, četnost užívání aromaterapie a její vliv na zlepšení kvality spánku. Výsledky výzkumu jsou přehledně zpracovány v grafech a tabulkách a jsou doplněny slovním komentářem.

Tato práce si také klade za cíl navrhnout možná řešení zhoršené kvality spánku pomocí aromaterapie.

Klíčová slova: Spánek, poruchy spánku, řešení poruch spánku, aromaterapie.

Bibliographic identification

Title of the thesis: The effect of aromatherapy on sleep quality

Name and surname of the author: Anna Sattranová

Field of study: Health education

Department: Department of Health education, Faculty of education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor of the Bachelor thesis: MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.

Year of the Bachelor thesis defence: 2017

Abstract:

Problems with sleep and sleep disorders is now becoming a more current issue. Therefore, this thesis maps the most common sleeping problems and their solutions. It also tries to find out the problems of sleeping and proposes to use aromatherapy as a helping solution for sleep disorders.

The work consists of a theoretical part in which is described the physiology of sleep, sleep disorders, sleep biorhythms, aspects affecting sleeping, medical examination and treatment options for sleep disorders. Furthermore, the theoretical part describes the aromatherapy and its usage as a solution for sleep disorders. In the second part of the thesis, the practical part, there are

There are results of an anonymous survey which discovered the most common sleep disorders, the way in which they are commonly treated, frequency of use of aromatherapy and its sleep-quality-improving effect. The results of the research are processed in charts and tables, and are supplemented by a verbal commentary.

The thesis aims to suggest aromatherapy as a possible solutions to worsening sleep.

Keywords: sleep, sleep disorders, solutions of sleep disorders, aromatherapy

Tímto prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

30.12.2016

.....

Anna Sattranová

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Ing. Bc. Markétě Kastnerové, Ph.D., vedoucí mé bakalářské práce, za odborné vedení, důležité připomínky a účinnou pomoc.

Dále děkuji všem, kteří se podíleli na mém výzkumu, ochotně vyplnili dotazníky a byli svolní sdílet informace o kvalitě svého spánku a své zkušenosti s užíváním aromaterapie.

V neposlední řadě mé díky patří trpělivé rodině a blízkým přátelům za jejich lásku, podporu a trpělivost.

.....
Anna Sattranová

Motto:

Všechny vrchy, pohoří, všechny louky a lesy jsou přirozené lékárny - Paracelsus

Na každou nemoc vyrostla bylina - lidová moudrost

Brzy spát, časně vstát, to' cesta ke zdraví, moudrosti a štěstí - Benjamin Franklin

Spánek hýčká všechno živé. - Indické přísloví

Obsah

1 ÚVOD.....	1
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	3
2.1 Spánek.....	3
2.1.1 Mikrospánek.....	3
2.1.2 Stádia spánku.....	3
2.1.2.1 Bdělost.....	3
2.1.2.2 Ospalost.....	4
2.1.2.3 Usínání.....	4
2.1.2.4 Spánek.....	4
2.1.2.5 NON-REM fáze.....	4
2.1.2.6 REM fáze.....	5
2.1.2.7 Probouzení.....	5
2.1.2.8 Probuzení.....	5
2.1.3 Spánkové biorytmy.....	5
2.1.4 Kvalita spánku.....	6
2.1.5 Potřeba spánku v závislosti na věku.....	6
2.1.5.1 Novorozenci.....	6
2.1.5.2 Batolata a předškoláci.....	7
2.1.5.3 Mladší školní věk.....	7
2.1.5.4 Starší školní věk a adolescence.....	7
2.1.5.5 Dospělost.....	7
2.1.5.6 Stárnutí.....	8
2.1.6 Aspekty ovlivňující spánek.....	8
2.1.6.1 Prostředí.....	8
2.1.6.2 Čas.....	8
2.1.6.3 Únava.....	8

2.1.6.4 Fyzická aktivita.....	8
2.1.6.5 Psychická aktivita a duševní rozpoložení.....	8
2.1.6.6 Zdravotní stav.....	9
2.1.6.7 Strava.....	9
2.1.6.8 Rituály.....	9
2.2 Nespavost a poruchy spánku.....	9
2.2.1 Nespavost.....	9
2.2.1.1 Klasifikace nespavosti dle míry závažnosti.....	10
2.2.1.2 Klasifikace nespavosti dle délky trvání.....	10
2.2.2 Poruchy spánku.....	10
2.2.2.1 Tři druhy poruchy spánku podle Künzela (1990).....	10
2.2.2.2 Mezinárodní klasifikace poruch spánku.....	11
2.2.2.3 Poruchy spánku při jiných onemocněních.....	12
2.2.3 Vyšetření poruch spánku.....	13
2.2.3.1 Anamnéza.....	13
2.2.3.2 Škálování.....	13
2.2.3.3 Spánkový deník.....	13
2.2.3.4 Aktigrafie.....	13
2.2.3.5 Noční polysomnografie.....	14
2.2.3.6 Test mnohočetné latence usnutí (MSLT).....	14
2.2.3.7 Záznam dýchání během spánku.....	14
2.2.4 Možnosti léčby poruch spánku.....	14
2.2.4.1 Změna denního režimu.....	14
2.2.4.2 Úprava prostředí.....	14
2.2.4.3 Dietní opatření.....	15
2.2.4.4 Rituály.....	15
2.2.4.5 Fyzická aktivita.....	15
2.2.4.6 Relaxace.....	15
2.2.4.7 Fytoterapie.....	16

2.2.4.8 Aromaterapie.....	16
2.2.4.9 Psychoterapie.....	16
2.2.4.10 Farmakologická léčba.....	16
2.2.4.11 Spánková laboratoř.....	17
2.3 Sny, noční můry a noční děsy.....	17
2.3.1 Sny.....	17
2.3.2 Noční můry.....	18
2.3.3 Noční děsy.....	18
2.4 Fytoterapie.....	18
2.4.1 Zpracování rostlin ve fytoterapii.....	19
2.5 Aromaterapie.....	19
2.5.1 Co je aromaterapie.....	19
2.5.2 Holistický přístup.....	20
2.5.3 Esenciální oleje.....	21
2.5.4 Absolue.....	21
2.5.5 Bezpečnost užití esenciálních olejů.....	21
2.5.6 Aplikace esenciálních olejů.....	22
2.5.6.1 Aplikace přes pokožku.....	22
2.5.6.2 Aplikace inhalací.....	23
2.6 Výběr a charakteristika vybraných bylin vhodných pro aromaterapeutické zlepšování kvality spánku.....	24
2.6.1 Meduňka lékařská.....	25
2.6.2 Kozlík lékařský.....	25
2.6.3 Levandule lékařská.....	25
2.6.4 Neroli pomerančové květy.....	26
2.6.5 Chmel otáčivý.....	26
2.6.6 Majoránka zahradní.....	27
2.6.7 Mandarinka obecná.....	27
2.6.8 Jalovec obecný.....	27

2.6.9	Řebříček obecný.....	28
2.6.10	Ylang ylang.....	28
2.6.11	Heřmánek pravý.....	29
2.6.12	Třezalka tečkovaná.....	29
3	PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
3.1	Cíle a úkoly bakalářské práce.....	30
3.1.1	Cíle práce.....	30
3.1.2	Úkoly práce.....	30
3.1.3	Výzkumné předpoklady.....	30
3.2	Metodika.....	31
3.2.1	Charakteristika zkoumaného souboru.....	31
3.2.2	Organizace výzkumného šetření.....	31
3.2.3	Použité metody.....	32
3.2.3.1	Metoda prostého náhodného výběru.....	32
3.2.3.2	Dotazník vlastní konstrukce.....	32
3.3	Výsledky dotazníkového šetření.....	33
3.3.1	Otázka č. 1 – Uved'te, prosím, své pohlaví.....	33
3.3.2	Otázka č. 2 – Uved'te, prosím, svůj věk.....	34
3.3.3	Otázka č. 3 – Jak hodnotíte kvalitu svého spánku.....	35
3.3.4	Otázka č. 4 – Kolik hodin denně průměrně spíte?.....	36
3.3.5	Otázka č. 5 – Jak dlouho od ulehnutí Vám zpravidla trvá, než usnete?.....	37
3.3.6	Otázka č. 6 – Odpovězte, prosím na toto prohlášení: „V NOCI SE ČASTO BUDÍM.“.....	38
3.3.7	Otázka č. 7 – Odpovězte, prosím na toto prohlášení: „V NOCI SE ČASTO VZBUDÍM A PAK NEMŮŽU USNOUT.“.....	39
3.3.8	Otázka č. 8 – Odpovězte, prosím na toto prohlášení: „V NOCI SE MI ČASTO ZDAJÍ NEPŘÍJEMNÉ SNY.“.....	40
3.3.9	Otázka č. 9 – Co si myslíte, že zhoršuje kvalitu Vašeho spánku?.....	41
3.3.10	Otázka č. 10 – Jak nejčastěji své problémy se spánkem (občasné, pravidelné, krátkodobé, dlouhodobé) řešíte?.....	42
3.3.11	Otázka č. 11 – Víím, co je aromaterapie.....	43

3.3.12 Otázka č. 12 – Už jsem někdy s aromaterapií v souvislosti se zlepšením kvality spánku pracoval/a.....	44
3.3.13 Otázka č. 13 – Pokud používáte aromaterapii, které rostliny při potížích se spánkem používáte?.....	45
3.3.14 Otázka č. 14 – Pokud používáte aromaterapii pro zlepšení kvality spánku, kterou rostlinu používáte jako první?.....	46
3.3.15 Otázka č. 15 – Jak aromaterapii praktikujete?.....	47
3.3.16 Otázka č. 16 – Jaké účinky aromaterapie ve vztahu k spánku na sobě pociťujete?.....	48
3.3.17 Otázka č. 17 – Pokud jste na sobě zaznamenal/a účinky aromaterapie, po jak dlouhé době aplikování aromaterapie to bylo?.....	49
3.3.18 Otázka č. 18 – Hodnotíte aromaterapii jako účinnou?.....	50
3.3.19. Otázka č. 19 – Myslíte si, že má kvalita spánku vliv na celkovou kvalitu života?.....	51
3.3.20 Otázka č. 20 – Do jaké míry (vyjádřeno v procentech) si myslíte, že spánek určuje kvalitu života?.....	52
3.4 Diskuze.....	53
3.4.1 Výzkumný předpoklad č. 1 – Nejčastější poruchou spánku je dlouhá latence usínání.....	53
3.4.2 Výzkumný předpoklad č. 2 – Většina lidí uvádí jako příčinu zhoršené kvality spánku stres.....	54
3.4.3 Výzkumný předpoklad č. 3 – Většina lidí jako první řešení zhoršené kvality spánku volí léky.....	55
3.4.4 Výzkumný předpoklad č. 4 – Větší tendenci ke zkoušení alternativních metod řešení zhoršené kvality spánku mají ženy.....	55
3.4.5 Výzkumný předpoklad č. 5 – Lidé vědí, co je aromaterapie a používají ji ke zlepšení kvality spánku.....	56
3.4.6 Výzkumný předpoklad č. 6 – Při zlepšování kvality spánku aromaterapií se jako první používá levandule lékařská.....	56
3.4.7 Výzkumný předpoklad č. 7 – Většina lidí vnímá aromaterapii jako účinnou.....	57
3.4.8 Výzkumný předpoklad č. 8 – Zlepšení kvality spánku vede ke spokojenějšímu životu.....	57
4 ZÁVĚR.....	59
Přehled použité literatury.....	60
Seznam grafů	63
Seznam příloh.....	63
PŘÍLOHY.....	65

1 ÚVOD

Jednou ze stěžejních myšlenek většiny knih mého oblíbeného spisovatele Paulo Coelho je přesvědčení, že „člověk má vždycky podmínky k tomu, aby udělal to, o čem sní.“ Problém ovšem nastává v okamžiku, kdy člověk nemůže spát a tedy ani snít. Jak mají být využity podmínky, příležitosti a odhodlání, když nejsou podpořeny fyzickou silou pramenící z odpočatého a pozitivně naladěného člověka? Jak může lidské tělo a mysl fungovat, pokud se řádně nevyspí? Odpověď na tyto otázky je nasnadě – nevyspalý člověk naplno fungovat nemůže. Dlouhodobě nevyspalý člověk přestává fungovat jako celek, podléhá depresím, nemocím a jeho životní elán se vytrácí, což mnohdy vede ke snížení životní úrovně a v krajních případech ke ztrátě života jako takového.

Další z poselství zmiňovaného autora je výzva k návratu k přírodě. Spojení přírody a kvalitního spánku je stejně staré jako lidstvo samo. V dřívějších dobách se běžně žilo a spávalo v otevřené přírodě a stejně tak se na lidské neduhy – nespavost nevyjímaje - užívalo přírodních léků. Ještě babičky našich babiček zcela běžně vařily čaj z meduňky, kozlíku, chmele či heřmánku a upíjely jej před spaním, aby rychle usnuly a probudily se do následujícího dne čilé a odpočaté.

V dnešní moderní uspěchané době není na nic čas. Člověk často nestíhá pracovní a rodinné povinnosti, jíst, odpočívat ani spát. A protože ani v okamžicích klidu a relaxace, nedokáže většina lidí „vypnout,“ je jejich usínání zdlouhavé a spánek nekvalitní. Z alibistického pohledu se jako nejjednodušší řešení jeví spolknutí prášku na spaní. Z konstruktivního hlediska je ale toto řešení velmi krátkozraké a nevhodné. Mnohem účelnějším řešením je změna životního stylu, postoje k sobě samému a respektování svého těla a jeho potřeb. Vzduch, potraviny i voda jsou dnes bohužel plné chemikálií, kterým se není možné vyhnout. Tak proč si do těla přidávat další chemické látky v podobě léků na spaní, když stejným, a lidskému organismu mnohem snáze zpracovatelným, způsobem fungují mnohé bylinky? Léčba bylinkami a jinými rostlinami se nazývá fytotherapie a jednou z jejích složek je i aromaterapie, která je v léčbě nespavosti a oblasti zlepšování kvality spánku velmi účinná.

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na popsání fyziologie spánku, jeho poruchy a způsoby, jak se lze zbavit nespavosti a zlepšit kvalitu spánku. Jako „alternativní“ způsob, zde předkládám možnost využití aromaterapie, kterou z osobní zkušenosti své i svého okolí považuji za velmi vhodnou a účinnou.

Doufám, že napsání této práce povede alespoň k malé osvětě v oblasti využití bylinek pro lepší spánek a k jejich častějšímu využití.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Spánek

Během čtyřiaadvaceti hodin se pravidelně střídají dva základní funkční stavy mozku – spánek a bdění. V jejich průběhu je možné sledovat určité fáze a proměny, které se netýkají pouze mozkových funkcí, ale také řady metabolických, buněčných, tkáňových a orgánových funkcí (Orel, 2009). Spánek je jednou ze základních životních potřeb a jeho smyslem je fyzická a psychická obnova, regenerace mozkových funkcí, konsolidace paměti, doplnění energie mozkovým buňkám a jejich pročištění od metabolických zplodin (Kukačka, 2010). Praško (2004) ve své publikaci *Nespavost* uvádí, že zásadní význam spánku je i v regeneraci tkání a jejich obnově, zdravém vývoji organismu a regulaci imunitního systému. Plháková (2013) mimo jiné připomíná Webbovu adaptivní teorii spánku, dle níž je nejdůležitější funkcí spánku neplýtvání energií a zajištění bezpečí v neproduktivní části dne – tedy v době, kdy se nedá shánět potrava a případná aktivita jedince je ohrožující.

2.1.1 Mikrospánek

ICSD 2 klasifikuje mikrospánek jako krátkou epizodu spánku trvající od pár desetin vteřiny až po půl minuty. Po tuto dobu člověk zasažený mikrospánkem nevnímá žádné zvuky, vizuální vjemy ani jiné vnější podněty. Mikrospánku většinou předchází snížená pozornost, zhoršené vnímání, ospalost a únava.

2.1.2 Stádia spánku

2.1.2.1 Bdělost

Bdělost je charakterizována aktivací mozkového kůry, rychlými sledovacími pohyby očí nebo setrvalým sledováním jednoho bodu (Nevšimalová, 1997). Během bdění člověk prožívá „běžný den.“ Tato část celého cyklu je zásadní z pohledu přijímání potravy, vylučování, fyzických i psychických aktivit a mimo jiné i vytváření podmínek pro kvalitní spánek. V době bdělosti se uvolňuje z axonů v mozku serotonin, který organismus připravuje na spánek (Nevšimalová, 1997).

2.1.2.2 Ospalost

Ospalost je přirozený stav předcházející spánku, během něhož má člověk zpomalené reflexy a reakce, kolísavou pozornost a hůře vnímá. Pokud se ospalý člověk uloží ke spánku, během krátké chvíle usne (Plháková, 2013). V případě veliké únavy je člověk schopný usnout i v sedě, ve stoje, v extrémních případech i za chůze.

Ospalost dle Plhákové (2013) nastupuje zhruba 90 min před běžnou dobou ulehnutí a s postupujícím časem nabývá na intenzitě. Jedním z ukazatelů ospalosti je zívání.

To se projevuje velkým otevřením úst a hlubokým nádechem, po kterém nastupuje dlouhé pozvolné vydechnutí. Někdy je zívání doprovázeno neartikulovanými zvuky či protažením těla. Zívání je nepodmíněná reakce organismu, kterou se tělo snaží získat větší množství kyslíku a tím i zvýšit svou mentální a částečně i fyzickou aktivitu. Večerní zívání je důležité proto, aby byl člověk před usnutím schopen dokončit své aktivity (Plháková, 2013).

2.1.2.3 Usínání

Jedná se o přechod z bdělosti do spánku. Bývá provázeno různými rituály a jeho délka je vázána na množství podmínek – aktuální míru ospalosti, denní hodinu, zdravotní a psychický stav. Doba potřebná k přechodu od plné bdělosti k usnutí (prvnímu stádiu spánku) se označuje termínem „latence usnutí“ (Plháková, 2013).

2.1.2.4 Spánek

Během spánkového cyklu se pravidelně střídají cca 90 minut trvající NON-REM a cca 20 minut trvající REM fáze. NON-REM fáze bývá také označována za fázi pomalého, hluboké, delta spánku. REM fáze za snový, rychlý, aktivní spánek (Künzel, 1990) (Obr. č. 1).

2.1.2.5 NON-REM fáze

Během NON-REM fáze se postupně utlumuje metabolická činnost mozkové kůry, klesá svalový tonus a prohlubuje se svalová relaxace.

Tato fáze tvoří přibližně 75 % celkového nočního spánku (Orel, 2009).

NON-REM fáze se dělí do čtyř stádií. První minuty usínání s typickým EEG záznamem ukazujícím zpomalující se aktivní mozkové vlny, jsou označovány za 1. stádium, které tvoří cca 5% délky spánku. Během druhého stádia (5-10 % prospaného času) se tyto vlny ještě zpomalí a přejdou do třetího stádia. Třetí stádium vyplňuje zhruba 10-15 % celkového spánku a je příznačné prohlubováním spánku a střídáním rychlých a pomalých mozkových vln. Posledním – čtvrtým – stádiem je velmi hluboký spánek, s absencí očních pohybů a svalové aktivity. Čtvrté stádium zabírá zbylých 20-25 % spánku (Kukačka, 2010).

2.1.2.6 REM fáze

REM fáze je „snová“ fáze spánku – zdají se během ní sny. Záznam EEG ukazuje na rychlé aktivní mozkové vlny blížíci se aktivitě v bdělém stavu. Spánek je hlubší než ve 2. stadiu NON-REM fáze (Praško, 2004). Během této fáze spánku dochází k rychlým pohybům očí pod zavřenými víčky, tělo je - vyjma hrudníku - hypotonické s občasnými svalovými záškuby končetin, trupu a čelistí, u mužů může docházet k erekci (Nevšímalová, 1997). Svalová hypotonie má dle Spurra (2007) ochrannou funkci, před ublížením si spícího člověka prožívajícího sen. Frekvence dechu je nevyrovnaná, může dojít až k dechovým apnoým - krátkodobým zástávám dechu (Trojan, 1994).

2.1.2.7 Probouzení

Probouzení je přechodné a mnohdy opakované zvýšení bdělosti během spánku, po kterém může spánek znovu nastoupit a které si probouzející se člověk z pravidla ani neuvědomuje (Plháková, 2013). Je to přechodný proces mezi spánkem a bdělostí.

2.1.2.8 Probuzení

Probuzení lze definovat jako definitivní přerušování spánku, kdy se organismus znovu aktivuje do stavu bdělého prožívání.

Délka probouzení je závislá na kvalitě a délce předcházejícího spánku, času buzení a spánkovém biorytmu člověka, stejně jako na jeho aktuálním fyzickém a psychickém rozpoložení. Optimisticky naladěný, zdravý člověk večerního typu svěžesti, který se probudil po deváté hodině ráno a vyspal se svých obvyklých osm hodin, se bude po probuzení cítit velmi dobře a nejspíše ho hodiny se bude schopný plně věnovat svým aktivitám. Naproti tomu, bude-li muset tento člověk vstávat již v šest hodin ráno a bude-li k tomu například ještě nachlazený, bude jeho probouzení mnohem delší a náročnější.

Probuzení je, stejně jako usínání, doprovázeno zíváním. Jeho „probouzečím“ je zvýšení jasnosti vědomí (Plháková, 2013) a jakési obrazné nabrání síly a odhodlání se k vykročení do dalšího dne.

2.1.3 Spánkové biorytmy

V odborných literaturách se uvádí, že dospělý člověk by měl průměrně spát okolo 7,5 hodin denně.

Künzel (1990) však zmiňuje dva typy lidí, dělíci se dle potřebné délky spánku, na typ dlouhého a typ krátkého spánku. Typ „**dlouhého spánku**“ podle něj vyžaduje spát více než devět hodin denně. Kdežto člověku s „**krátkým spánkem**“ stačí průměrně šest hodin.

Kastnerová (2011) poukazuje na ranní, večerní a smíšený typ duševní svěžesti, který se liší rozdílným časem nejvyšší psychické aktivity.

Člověk s **ranním typem duševní svěžesti** bývá označován jako „skřivan.“ „Skřivani“ se budí kolem šesté hodiny ráno, do 40ti minut od probuzení jsou plně probuzení, soustředění, schopní vysokých intelektuálních výkonů. V podvečer – kolem 19. hodiny – u nich dochází k psychogennímu útlumu a spát chodívají mezi 21. a 22. hodinou.

Lidé s **večerním typem duševní činnosti** se označují jako „sovy.“ Ti se přirozeně budí kolem půl osmé, soustředit se jsou schopni cca od 9. hodiny ráno. Fyzicky, ale předně mentálně, jsou nejtvořivější mezi 19. hodinou večerní až 1. hodinou ranní.

Osoba se **smíšeným typem duševní činnosti** je mentálně nejaktivnější kolem poledne, nevyhledává dlouhé ponocování a nerada brzy vstává. Dalo by se říci, že z hlediska standardního průběhu běžného pracovního dne, je to nejoptimálnější „nastavení“ spánkového biorytmu.

2.1.4 Kvalita spánku

Kvalita spánku není vždy odvislá od délky spánku. A je měřitelná pouze ze subjektivního hlediska. Kukačka (2010) v odkazu na Praška (2009) zmiňuje, že o kvalitním spánku se dá mluvit tehdy, je-li člověk ráno po probuzení odpočatý a plný energie.

2.1.5 Potřeba spánku v závislosti na věku

Během lidského života se potřebné množství spánku několikrát změní a obmění se i jeho rozložení během dne (Plháková, 2013).

2.1.5.1 Novorozenci

Novorozeňata spí ve dvou až čtyřhodinových cyklech zhruba 17 hodin denně. Jejich spánek zatím není strukturovaný REM a NON-REM fázemi. Nevnímají střídání dne a noci, ale spí

kratšími spánky vedenými biologickými rytmy s kratší periodou než 24 hodin. Jedná se o cykly o délce několika minut až několik hodin.

Po třetím měsíci života již miminka reagují na střídání dne a noci. Stále spí častěji přes den, ale jejich nejdelší spánek, trvající i pět hodin, se soustředí právě na dobu po půlnoci. Během dne jsou tyto kojenci více bdělí a zpravidla projevují větší zájem o své okolí než v noci (Plháková, 2013).

2.1.5.2 Batolata a předškoláci

Před dovršením prvního roku života se dítě přeorientuje na bifázický spánkový režim čítající asi třináct až čtrnáct hodin spánku denně. To znamená, že dítě spí zhruba desetihodinovým spánkem v noci a přibližně tříhodinovým spánkem po obědě. Jak dítě roste, klesá u něj potřeba poobědové siesty, která kolem pátého roku věku úplně zmizí. V batolecím věku se u dětí již objevují standardní REM a NON-REM fáze spánku (Plháková, 2013).

2.1.5.3 Mladší školní věk

Do období mladšího školního věku spadá období mezi šestým a desátým rokem věku člověka. Dítě je již plně adaptované na cirkadiánní rytmus, během dne je maximálně bdělé a aktivní a v noci spí plnohodnotným průměrně jedenáctihodinovým kvalitním spánkem (Plháková, 2013).

2.1.5.4 Starší školní věk a adolescence

Toto období zahrnuje věk deset až devatenáct let věku člověka. Zhruba po dobu povinné školní docházky se nároky na potřebné množství spánku nijak neliší. Zlom přichází kolem šestnáctého roku, kdy se potřeba spánku zkracuje na zhruba osm hodin za noc. V adolescentním věku se spánkové zvyklosti často mění v návaznosti na momentální potřeby dospívajícího (nepravidelná doba ulehnutí, emocionální a fyziologické výkyvy, experimentování s kouřením, alkoholem a jinými drogami). Adolescenti také často nespí dostatečně dlouho a proto svůj spánkový dluh dohání dlouhým vyspáváním o víkendech a dnech volna (Plháková, 2013).

2.1.5.5 Dospělost

Plháková (2013) uvádí, že se spánkový režim ustaluje po dvacátém roce věku, kdy zpravidla plně odpovídá spánku dospělých lidí. Stálost režimu spánku připisuje nástupu do zaměstnání. Lze se tedy domnívat, že výjimku tvoří vysokoškoláci, kteří po dobu studia - zejména ve zkouškovém období - mají stále nepravidelný spánkový režim jako adolescenti. V jejich případě tedy k ustálení normativního dospělého spánkového režimu dochází kolem pětadvacátého roku, po ukončení studií.

2.1.5.6 Stárnutí

Zhruba od šedesáti let věku člověka se kvalita i délka spánku mění. A to jak v souvislosti s přirozeným vývojem spánku (změny v REM i NONREM fázi), tak v návaznosti na fyzické obtíže a onemocnění. S postupujícím věkem se prodlužuje latence usínání a snižuje se efektivita spánku, tedy poměr času stráveného v posteli a délky spánku. Senioři se během noci také častěji budí a po té dlouze usínají. Velmi výraznou změnou ve stáří je také probuzení v časných ranních hodinách. Toto všechno vede k tomu, že mohou být starší lidé přes den často unavení a ospalí. Aby alespoň část chybějícího nočního spánku nahradili, dopřávají si senioři přes den krátká zdřímnutí (Plháková, 2013).

2.1.6 Aspekty ovlivňující spánek

2.1.6.1 Prostředí

Nevhodné prostředí ložnice může být velmi zásadním aspektem ovlivňujícím kvalitní spánek. Přeplněná, špatně větraná, přetopená místnost, plná prachu a nadbytečných věcí, s nepohodlným lůžkem, rozhodně není vhodným prostředím pro spánek. Také nadměra hluku a světla i barev jednoznačně prodlužuje dobu usínání a snižuje kvalitu následného spánku.

2.1.6.2 Čas

Jak je popsáno výše, spánek ovlivňuje lidský spánkový biorytmus – typ duševní činnosti. Každý člověk by měl znát svůj biorytmus a podle něj se i řídit. Například jsme-li sovy, bude se nám ve 21 hodin usínat velmi těžko.

2.1.6.3 Únava

Člověk musí být dostatečně unavený. A to po fyzické nebo psychické stránce nebo kombinací obojího.

2.1.6.4 Fyzická aktivita

Kvalitu spánku a rychlost usínání ovlivňuje míra únavy nastřádaná za celý den. Ale i fyzická aktivita těsně před spaním. Zrychlený srdeční rytmus a namáhavé dýchání, např. po běhu chvilku před ulehnutím, mají na usínání negativní dopad. Stejně jako nadměrná únava může narušit délku usínání a kvalitu spánku.

2.1.6.5 Psychická aktivita a duševní rozpoložení

Usínajícího a spícího člověka by neměly rušit žádné silnější smyslové vjemy ani emoční vypětí (Praško, 2004). Pokud je člověk duševně vyrovnaný, nic ho netrápí nebo je alespoň schopný o problémech před spaním nepřemýšlet, má dobrý předpoklad rychlého usnutí a kvalitního

spánku. Naopak člověk v duševním vypětí, který i po ulehnutí neustále přemýšlí a není se schopen mentálně a duševně zklidnit, bude usínat velmi dlouho a ze spánku se bude s vysokou pravděpodobností budít a kvalita takového spánku nebude příliš vysoká.

2.1.6.6 Zdravotní stav

Zdravotní stav je bezesporu jedním z nejvýraznějších aspektů ovlivňujících kvalitu spánku. Člověk se zdravotními obtížemi, který bude trpět bolestmi, bude se často budít kv. častému močení či nutkání na stolicí, s horečkou nebo nutností vzít si v době spánku léky, bude mít neoddiskutovatelně zhoršenou kvalitu spánku, než člověk bez obtíží.

2.1.6.7 Strava

Celkové stravování člověka by mělo být složeno z výživného jídla v dostatečném ale ne nadbytečném množství, doplněné dostatkem vhodných tekutin. Jídlo a pití před spaním má veliký vliv na délku usínání a kvalitu spánku. Organismus je po jejich požití nabuzený a nemůže tak usnout.

2.1.6.8 Rituály

Absence rituálů může navozovat pocit nepohody, pramenící ze sníženého pocitu bezpečí. Jsou-li usínací návyky nepravidelné, rozvržení postele a prostředí ložnice nestálé, může to mít neblahý vliv na délku usínání a celkovou kvalitu spánku.

2.2 Nespavost a poruchy spánku

2.2.1 Nespavost

Termín „Nespavost“ je dle Frankla nesmyslný, neboť člověk, který si na nespavost stěžuje, vždy alespoň několik hodin denně spí, přestože si je po probuzení jistý, že nespal. Organismus si totiž bezpodmínečně nutnou dávku spánku opatří v každém případě (Frankl, 1998).

Nicméně se běžně pod pojmem „nespavost“ rozumí přechodný stav, kdy člověk není schopný spát (Kolektiv pracovníků Linge, 2011).

Podle doktora Šonky (Nevšimalová, 1997) je nespavost (Insomnie) definována jako subjektivní pocit nekvalitního a neosvěžujícího spánku, který zahrnuje obtížné a zdlouhavé usínání, během noci přerušovaný spánek i předčasné ranní probuzení.

2.2.1.1 Klasifikace nespavosti dle míry závažnosti

Šonka s Nevšimalovou (1997) rozdělují nespavost dle její míry na:

Mírnou nespavost – téměř každodenní pocit nevyspání a neodpočinutí si během spánku, bez významnějšího vlivu na pracovní výkony a běžné aktivity člověka.

Střední nespavost – každodenní pocit nevyspání a neodpočinutí si během spánku. V tomto stupni nespavosti se již objevuje mírné až středně těžké zhoršení pracovních výkonů a běžných aktivit člověka, který je často podrážděný, úzkostlivý a unavený.

Těžká nespavost – každodenní pocit nevyspání a neodpočinutí si během spánku. Těžká nespavost je vždy provázena podrážděností, přecitlivělostí, úzkostlivostí a silnou únavou. Pracovní výkony jsou, stejně jako ostatní běžné denní aktivity, velmi slabé až nulové.

2.2.1.2 Klasifikace nespavosti dle délky trvání

Mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění uvádí tyto tři typy nespavosti:

Akutní – trvá do 1 měsíce

Subchronickou – trvání 1-6 měsíců

Chronickou – trvání více jak 6 měsíců (Nevšimalová, 1997)

2.2.2 Poruchy spánku

2.2.2.1 Tři druhy poruchy spánku podle Künzela (1990)

1. **Příležitostná porucha** – ta se objevuje nahodile z osobních příčin nebo díky vlivu okolí. Jedná se o podněty zamezující usnutí nebo narušující spánek jako např. hluk, káva před spaním, psychické rozrušení či fyzické nepohodlí (hlad, přejedení, nepohodlné lůžko...).

Odstraněním rušivého podnětu porucha vymizí a vrací se zpět obvyklý spánkový režim.

Nekonečný (1997) k tomuto přidává „narušení spánkového stereotypu.“ Což chápe jako vybočení z běžného režimu např. noční službou v zaměstnání, noční zábavou či dovolenou.

2. **Těžká porucha spánku** – jedná se o dlouhodobé problémy s usínáním a časté probouzení se. Příčinou bývají nemoci nebo dlouhotrvající konflikty.

Tuto poruchu spánku je vhodné řešit relaxačními technikami před usnutím, aromaterapií, psychoterapií případně medikamentózně.

3. **Zdánlivá nespavost** – tímto je označován subjektivní dojem absence spánku, a to i přestože postižený spí. V tomto případě se jedná o zhoršenou kvalitu spánku, ne jeho nedostatek.

K odstranění tohoto problému je nejprve nutné postiženého přesvědčit, že ve skutečnosti opravdu spí. Spánek a usínání tohoto klienta můžeme podpořit meditací nebo aromaterapií.

2.2.2.2 Mezinárodní klasifikace poruch spánku

V 70. letech minulého století došlo k velkému rozmachu výzkumu poruch spánku a bylo tedy zapotřebí vytvořit jednotný klasifikační systém poruch spánku. V roce 1979 vznikl první klasifikační dokument Diagnostická klasifikace poruch spánku a probouzení. Tato klasifikace se postupem času ukázala jako nedostačující, a proto v roce 1990 vešla v platnost nová klasifikace: Mezinárodní klasifikace poruch spánku (International Classification of Sleep Disorders – ICSD) dělí tyto poruchy na dyssomie a parasomie (Nevšímalová, 1997). Tato klasifikace prošla v roce 2005 novelizací, platí dodnes a je označována jako Mezinárodní klasifikace poruch spánku a bdění (ICSD 2 – International Classification of Sleep Disorders). Nově poruchy spánku rozděluje na insomnie, poruchy dýchání ve spánku, hypersomie centrálního původu, poruchy cirkadiálního rytmu, parasomie, abnormní pohyby vázané na spánek, izolované symptomy, odchylky od normálu, nevyřešené problémy a ostatní poruchy spánku.

1. **Insomnie – Nespavost** – nekvalitní, neosvěžující spánek.
2. **Poruchy dýchání související se spánkem** – centrální spánková apnoe (zástava dechu na úrovni CNS), obstrukční spánková apnoe (zástava dechu způsobená špatnou průchodností dýchacích cest), hypoventilační/hypoxemické syndromy související se spánkem.
3. **Hypersomie centrálního původu** – narkolepsie s kataplexií (nadměrná spavost s náhlými kolapsy z důvodu ochabnutí svalstva), narkolepsie bez kataplexie (nadměrná spavost bez kolapsů), rekurentní hypersomie (opakující se nadměrná potřeba spánku), idiopatická hypersomie s dlouhou dobou spánku (nadměrná spavost bez známé příčiny, kdy pacient spí dlouho vkuse), idiopatická hypersomie bez dlouhé doby spánku (nadměrná spavost bez známé příčiny, kdy je spánek pacienta přerušován stavy bdělosti).
4. **Poruchy cirkadiálního rytmu (poruchy přirozeného střídání spánku a bdění)** – syndrom předsunuté spánkové fáze (časné usínání a s tím související brzké probouzení),

syndrom posunuté spánkové fáze, nepravidelný rytmus spánku a bdění, jet-lag syndrom, onemocnění ze směnného režimu

5. Parasomnie – nepřirozené stavy provázející spánek

A) parasomnie z NREM spánku – náměsíčnost, noční děsy, spánková opilost (stav, kdy je člověk nedostatečně a rychle probuzen)

B) parasomnie obvykle spojené s REM spánkem – behaviorální porucha v REM spánku, rekurentní izolovaná spánková obrna, noční můry

C) další parasomnie – disociativní poruchy související se spánkem, enuréza (noční pomočování), kataternie (úpění, naříkání, sténání ze spaní), halucinace související se spánkem atd.

6. Abnormální pohyby související se spánkem – syndrom neklidných končetin, periodické pohyby končetinami, bruxismus (=skřípání zuby)

7. Izolované symptomy, odchylky od normálu, nevyřešené problémy – Long Sleeper, Short Sleeper, chrápání, mluvení ze spaní, hypnické záškuby, benigní dětský myoklonus (nezhoubná dětská svalová křeč)

8. Ostatní poruchy spánku

2.2.2.3 Poruchy spánku při jiných onemocněních

Celá řada chronických onemocnění může být doprovázena poruchou spánku.

Jedná se především o tyto skupiny nemocí (Závěšická, Praško, 2010):

- 1. Neurologická onemocnění** – Parkinsonova nemoc, demence, cerebrovaskulární onemocnění, epilepsie, bolesti hlavy, fatální familiární insomnie
- 2. Psychiatrická onemocnění** – schizofrenie, bipolární poruchy, depresivní poruchy, alkoholismus, abusus drog
- 3. Respirační onemocnění** – astma bronchiale, chronická obstrukční plicní nemoc
- 4. Kardiovaskulární onemocnění** – srdeční arytmie, srdeční selhání, ischemická choroba dolních končetin (klidové klaudikační bolesti), chronická žilní insuficience
- 5. Onemocnění zažívacího traktu** – gastroesofageální reflex, dyspepsie, vředová choroba gastroduodenální
- 6. Revmatické choroby** – artritidy, artralgie, fibromyalgie
- 7. Endokrinní choroby** – onemocnění štítné žlázy (hyperthyreosa, hypothyreosa), diabetes mellitus (a jeho komplikace)
- 8. Kožní choroby** – pruritu, ekzémy
- 9. Jiné somatické problémy** – chronická bolest, pooperační stavy

10. Vedlejší účinky farmak – reserpin, alfa-methyldopa, clonidin, levodopa, opiáty, barbituráty, thyroidální deriváty, steroidy, SSRI, tricyklická antidepresiva, anticholinergní léky a jiné

2.2.3 Vyšetření poruch spánku

Vyšetření poruch spánku se provádí ve spánkových laboratořích či na neurologických pracovištích a to na základě doporučení praktického lékaře, neurologa nebo lékaře ORL.

2.2.3.1 Anamnéza

Anamnéza tvoří zásadní část diagnostiky. Podrobně se zde zjišťuje přítomný i minulý zdravotní stav pacienta, chronická onemocnění. Důraz se klade na údaje o spánku během noci, latenci usínání, pocity po probuzení, pocit únavy a potřebu spánku během dne.

2.2.3.2 Škálování

Škálování je metoda zapisování subjektivního vnímání spavosti během sledovaného období pomocí přesně definovaných škál (například Epworthské či Stanfordské škály) (Nevšimalová, 1997).

2.2.3.3 Spánkový deník

Spánkový deník je diář či kalendář, do kterého pacient pečlivě zaznamenává nejrůznější, ale jasně definované ukazatele kvality svého spánku – čas ulehnutí, čas usnutí, čas ranního probuzení, počet a časy nočního probuzení, délka následného usnutí, chrápání, mluvení ze spaní, přítomnost snů a jejich charakter. Do spánkového deníku je také vhodné zapisovat užívané léky a čas jejich užití, náročnost předchozího dne, počet a délku zdímnutí během dne. Pro dobrou výpovědní hodnotu je nutné takový denník vést po dobu třiceti až šedesáti dní (Plháková, 2013). Spánkový deník zpravidla ordinuje a vyhodnocuje lékař. Ale je možné jej vést i bez lékařského doporučení a na základě jeho analýzy si uvědomit například chybné stereotypy, opravit je a zlepšit tak vlastní spánek.

2.2.3.4 Aktigrafie

Aktigrafie bývá označována též jako aktografie a jedná se o laboratorní metodu sledování pohybu pacienta během spánku. Toto sledování probíhá pomocí speciálního zařízení podobného náramkovým hodinkám, které se umístí pacientovi na zápěstí a zaznamenává pohybové a klidové epizody sledovaného (Nevšimalová, 1997).

2.2.3.5 Noční polysomnografie

Jedná se o vyšetření prováděné ve spánkové laboratoři, které spočívá ve snímání elektroencefalogramu (EEG), elektromyografu (EMG) svalů na bradě a elektrookulogramu (EOG). Kdy EEG snímá mozkovou činnost během spánku. EMG zaznamenává svalovou aktivitu v oblasti brady. A EOG sleduje pohyby očí v horizontálním i vertikálním směru (Nevšimalová, 1997).

2.2.3.6 Test mnohočetné latence usnutí (MSLT)

Toto vyšetření má zásadní význam při prokazování narkolepsie (nadměrné denní spavosti). Probíhá v tmavé, zvukotěsné místnosti spánkové laboratoře, kam je sledovaný pacient uváděn několikrát během dne. Velmi často to bývá v 9, 11, 13, 15 a v 17 hodin. Pacient je vyzván k ulehnutí na lůžko a nebránění se spánku. Pokud pacient usne, test trvá dalších 15 minut. Pokud pacient neusne do 20 minut, je test přerušen. Smyslem tohoto testu je sledování latence usnutí a stadia spánku (Nevšimalová, 1997).

2.2.3.7 Záznam dýchání během spánku

Touto metodou se zjišťují poruchy dechu během spánku. Provádí se speciální tepelnou sondou zavedenou do nosu, která snímá změnu tlaku vlivem výdechů a nádechů. Tato sonda bývá doplněna oxymetrem umístěným na prstě ruky, který měří množství kyslíku v krvi, které vypovídá o účinnosti dýchání. Toto vyšetření je zásadní při potvrzení či vyvrácení syndromu spánkové apnoe (zástavy dechu ve spánku).

2.2.4 Možnosti léčby poruch spánku

2.2.4.1 Změna denního režimu

Vypozorování „spánkového biorytmu“ a přizpůsobení si doby ulehnutí, je nejjednodušší formou nápravy problematického spánku.

2.2.4.2 Úprava prostředí

Pro spánek je vhodné klidné, známé – pokud možno vždy stejné, dobře vyvětrané, spíše chladnější, čisté prostředí, s ne/dostatkem světla (někteří lidé rádi spí v naprosté tmě, jiní potřebují určité osvětlení místnosti), kde spícího člověka nikdo a nic neruší. Ložnice by měla být vymalována klidnými tlumenými barvami a neměla by být přeplněna nábytkem a doplňky.

2.2.4.3 Dietní opatření

Kastnerová (2012) ve své publikaci Poradce zdravého životního stylu uvádí, že večeře by měla být složena dle chuti a racionality, konzumována max. 2 hodiny před ulehnutím, bez časové tísně a v příjemném prostředí.

Konzumace alkoholu, nápojů s vysokým obsahem cukru nebo kofeinu před spaním se také nedoporučuje (Praško 2004).

2.2.4.4 Rituály

Rituály pomáhají k poklidnému usínání a kvalitnímu spánku. Ať už se jedná o teplou koupel a hygienu, převlékání do pyžama, stejné rozložení věcí v posteli (polštář na stejném místě, oblíbená hračka na stejném místě, kniha u postele...), oblíbenou polohu před usnutím nebo stále stejnou dobu ulehnutí, hladinu hluku či světla. Toto všechno a mnohé jiné, z čehož má člověk utvořený svůj „usínací“ rituál vede k rychlému a klidnému usnutí a je základem pro vydatný spánek.

2.2.4.5 Fyzická aktivita

Dostatečný pohyb, který člověka během dne náležitě unaví, zaručí zlepšení spánku a rychlejší usnutí. Pokud není člověk dostatečně fyzicky unavený, může mu k usnutí dopomoci krátká procházka, cvičení jógy nebo pilates před ulehnutím.

2.2.4.6 Relaxace

Praško (2001) v souvislosti s usínáním a zkvalitněním spánku poukazuje na to, že uvolnění svalového tonu vede k uvolnění psychického napětí a zklidnění činnosti v mozkové kůře. Takové uvolnění je definováno jako relaxace. Relaxaci napomáhají nejrůznější dechová cvičení prováděna samostatně nebo v kombinaci s některou další relaxační technikou, např. cvičení jógových ásan, relaxační masáž, klidná hudba, teplá koupel, meditace v tichém klidném prostředí, během které se člověk naladí na daný okamžik a dovolí si ho plně prožít (Evans, 2001). Relaxačními cvičeními lze zpomalit srdeční činnost, zklidnit dechovou frekvenci a tím uklidnit mysl – jedná se tedy o psychofyzické uvolnění (Žáčková, 2000). Relaxace je vrozenou schopností organismu, kterou se účinně brání proti stresu a únavě. Jde tedy jen o to, naučit se správně relaxovat (Barsky, 2007). Barsky (2007) dále uvádí, že základním kamenem relaxace jsou dva faktory. Prvním je umění zaměření pozornosti na konkrétní slovo, vjem, pohyb. Druhým potom nevnímání rušivých podnětů a myšlenek. Pozornost jako taková ovlivňuje člověka mnohem více, než si člověk povětšinou uvědomuje (Chopra, 1993).

Změna myšlení: Negativní věci, na které člověk myslí, jej deprimují a rozrušují, negativně ovlivňují i to, co si člověk přeje a oč usiluje. Naopak pozitivní myšlení má blahodárný účinek

na celkové rozpoložení člověka a to jak v psychické a spirituální, tak i ve fyzické rovině (Křivohlavý, 2004).

Druhy relaxačních technik dle Žáčkové (2000):

Psychofyzická relaxace – zahrnuje relaxační cvičení založené na navození pocitu tepla, tíhy, sledování srdečního tepu a dechu. S psychofyzickou relaxací často pracuje jóga či tai-tchi a je vhodná jako relaxační technika během aplikace aromaterapie.

Fyziologická relaxace – pracuje se svalovým napětím a uvolněním.

Aktivní – jedná se o relaxační cvičení, na němž se aktivně podílí sám relaxující.

Pasivní – toto jsou relaxace k nimž je potřeba druhé osoby, která bude relaxaci těla navozovat. Pasivní fyziologická relaxace je založena na uvolnění svalových skupin pomocí protřepávání, protřásání nebo promačkávání. Právě toto protřepávání apod. provádí zmíněná druhá osoba. Nejběžnějším typem takové relaxace je uvolňující relaxační masáž.

2.2.4.7 Fytoterapie

Fytoterapie je pradávna terapie konzumování léčivých rostlin. Jedná se nejčastěji o bylinné čaje. Jednou z forem fytoterapie je i aromaterapie.

2.2.4.8 Aromaterapie

Při nespavosti může být aromaterapie velkým pomocníkem. Existuje řada esenciálních olejů, které dovedou navodit spánek bezpečně a přirozeně, bez vedlejších účinků (Davis, 2005). Jedná se o aromaterapeutické masáže, koupele, aromalampy nebo aplikaci pár kapek vonných olejů na polštář. Aplikace aromaterapie velmi úzce souvisí s relaxací.

2.2.4.9 Psychoterapie

Častým důvodem poruch spánku je psychická nepohoda. Pokud se člověk dostane do stadia, kdy ho psychické potíže nenechají vyspat, je na místě vyhledat psychologickou pomoc. Kukačka (2010) píše, že psycholog nejprve zmapuje možné příčiny psychických potíží a po té nastaví psychoterapii tak, aby tyto potíže minimalizovala. Nejčastěji jde o kognitivně-behaviorální terapii, která zahrnuje správnou psychohygienu a prvky autogenního tréninku – relaxaci a koncentraci (Novák, 2004).

2.2.4.10 Farmakologická léčba

Léky navozující spánek se odborně nazývají hypnotika. Krom uspávacího efektu i většinou tlumí úzkost a uvolňují svaly. Léčba poruch spánku léky by měla být aplikována pouze po konzultaci s lékařem. Bohužel se k ní uchyluje stále větší množství lidí a to i bez předchozí

lékařské konzultace. Tento jev je poměrně nebezpečný, neboť na lécích navozujících spánek může vzniknout závislost a jejich užívání s časem ztrácí na účinnosti.

Hypnotika se dělí do tří generací. První generace je co do účinku sice nejsilnější, ale také nejméně šetrná, proto se v současnosti téměř nepoužívá. Druhá generace hypnotik je o něco šetrnější, lidskému organismu přirozenější, momentálně nejužívanější. Řadí se sem léky ze skupiny benzodiazepinů (např. Lexaurin, Diazepam, Xanax, Neurol, Midazolan, Oxazepam...). Nejúčinnější a s nejmenším množstvím vedlejších účinků je třetí generace hypnotik. Patří sem léky jako Hypnogen, Apo-Zolpidem, Adoran, Sonata, Zopitin, Zolpinox a jiné.

Další farmakologickou možností zlepšení kvality spánku je užívání Melatoninu. Melatonin je hormon epifýzy, mající na starost vnímání organismu a jeho reakci na střídání světla a tmy. Nejvyšší produkce melatoninu je v noci. Zvýšená hladina tohoto hormonu má uspávací vliv na organismus. Melatonin se dá užívat jako doplněk stravy.

2.2.4.11 Spánková laboratoř

Spánková laboratoř je lékařské pracoviště zabývající se spánkovou medicínou, její diagnostikou a léčbou. Řeší se zde zdlouhavé usínání, časté noční buzení, nekvalitní spánek, spánkové apnoe, narkolepsie nebo abnormní jednání ve spánku. K návštěvě spánkové laboratoře je třeba doporučení praktického lékaře, neurologa nebo lékaře ORL.

2.3 Sny, noční můry a noční děsy

2.3.1 Sny

Ke spánku neodmyslitelně patří i sny. Sny se objevují zejména během REM fáze a člověku se zdají, i když si je ráno nepamatuje.

Jejich přesná funkce je stále otázkou vědeckých šetření. Na čem se ale vědci shodují, je teorie, že hlavní význam snů je v udržování optimálního duševního rozpoložení a klidu. Ve snu se člověk může vypořádávat s prožitými traumaty, čelit svým strachům a zpracovávat své prožitky (Plháková, 2013). Zajímavé na snech je, že si snící člověk mnohdy i uvědomuje, že se pohybuje ve snu a svůj sen občas bývá schopný i do určité míry řídit, což jen potvrzuje výše zmíněnou teorii o snaze podvědomí zpracovávat a reagovat na vědomé prožívání.

Z laického pohledu jsou sny rozdělovány na „hezké“ a „ošklivé.“ Jako hezký sen bývá označován sen odehrávající se v milém občas i fantaskním prostředí, s dobrým koncem, ve kterém se člověk cítí dobře a bezpečně. Za ošklivé sny jsou potom považovány takové sny, během kterých se člověk více či méně bojí a necítí se v nich dobře. Do této kategorie snů bývají všeobecně zařazovány i noční můry a noční děsy. Z laboratorních vyšetření však vyplývá, že se nejedná o sny, ale o psychogenní parasomnie.

2.3.2 Noční můry

Přestože se noční můry objevují v REM fázi spánku, má se za to, že to nejsou sny v pravém slova smyslu, ale označují se za snové zkušenosti. Noční můry se zpravidla vyskytují v druhé polovině spánku. Nejčastěji jimi trpí předškolní děti. Člověk si noční můry dobře pamatuje a je schopný je do detailu popsat. V noční můře člověk pocítuje většinou strach a úzkost. Jsou charakteristické pocitem ohrožení života a bezpečnosti (Střádalová, 2015). Spurrová (2007) píše, že se noční můry objevují ve chvílích, kdy se lidské nevědomí nemůže vyrovnat se svým emocionálním neklidem. Pokud člověk trpí na noční můry nebo se z nějaké právě probudil, je následující usnutí velmi obtížné a většinou zdlouhavé.

2.3.3 Noční děsy

Noční děsy se na rozdíl od snů objevují v NON-REM fázi a to velmi brzy po usnutí. Nejvíce jimi trpí děti, a to již od raného věku. Z nočního děsu se člověk zpravidla prudce vzbudí - i když ne do plné bdělosti – trpí dezorientací, zmateností a celkovou paralýzou pocitem hrůzy, která po probuzení přetrvává. Noční děsy často provází křik, pláč, lapavé dýchání nebo pocení. O čem „sen“ byl, si člověk zpravidla nepamatuje, dominantním rysem je hrůza jako taková. Po odeznění strachu uklidněný člověk většinou rychle usne (Handlovský, 2010).

2.4 Fytoterapie

Fytoterapie patří mezi nejstarší a nejvíce rozšířené druhy alternativní medicíny. Jedná se o přírodní terapii rostlinnými léčivými látkami.

Do fytotherapie spadá například aromaterapie, homeopatie nebo gemmoterapie.

2.4.1 Zpracování rostlin ve fytotherapii

1. Sušením:

- *Výluhy* – usušené drogy se zalijí vodou pokojové teploty a nechají se louhovat v zakryté nádobě dvě až několik hodin.
- *Odvary* – sušená droga se pár minut povaří ve vodě o teplotě 90-100°C.
- *Nálevy* – které se připraví zalitím drogy vřelou vodou a nechají se pět až patnáct minut louhovat v zakryté nádobě (Kocourková, 2015).

2. Mokrou cestou:

- *Extrakt* – je zahuštěný, koncentrovaný výtažek z léčivých rostlin.
- *Tinktura* – je označován výluh z léčivých rostlin rozpuštěný v 30-60% lihu.
- *Sirup* – je tekutý, hustý lék povětšinou sladké chuti s vysokým podílem sacharózy.
- *Perorální kapky* – jsou roztoky, emulze nebo suspenze, které se aplikují v malých objemech ve formě kapek (Kocourková, 2015).

2.5 Aromaterapie

2.5.1 Co je aromaterapie

První zmínky o užití aromaterapie pochází již z Mezopotámie (asi 4000 let př. n. l), starého Egypta (3 000 let př. n. l.) a články o léčivých rostlinách nalezneme i ve spisech Hippokrata (5.století př. n. l.) či Galéna (2. století př. n. l.). O uchování těchto znalostí se postarala církev, která převzala a zdokonalovala toto učení.

Aromaterapie se používá jako podpůrná léčebná metoda.

Aromaterapii lze definovat jako cílené používání vonných výtažků z nejrůznějších druhů rostlin k podpoře a zlepšení fyzické kondice, k harmonizaci emočních a psychický stavů a navození pocitu pohody (Zrubecká, 2008).

Esenciální oleje pronikají do organismu přes pokožku a sliznice do krevního oběhu, v případě inhalace velmi rychle ovlivňují limbický systém a centrální nervovou soustavu. V těle zůstávají a působí v rozmezí desítek minut až několika hodin. Organismus esenciální oleje postupně metabolizuje až dojde k jejich úplnému vyloučení.

Aromatické rostliny jsou dle Kocourkové (2015) definovány jako speciální užitkové rostliny, které se používají pro obsah aromatických látek, což jsou zpravidla silice a pryskyřice a další látky, které specificky působí na organismus lidí. Působení může být různé, například: uklidňující, euforizující, narkotické, někdy až s toxickým účinkem.

2.5.2 Holistický přístup

Aromaterapie je principiálně holistickou metodou – vnímá člověka jako celek a snaží se o současné léčení těla, mysli i duše člověka.

Gill Farrer-Hallsová (2007) vnímá příznaky nepohody nebo nemoci jako nerovnováhu energií. Léčba esenciálními oleji dle jejího názoru funguje v souladu s celým tělem, které se snaží samo uzdravit.

V případě léčby nespavosti velí holistický přístup probrat s klientem jeho současné psychické rozpoložení – zda nemá problémy v práci, v rodině, jestli jej něco netrápí; zdravotní problémy; stravovací zvyky – zde se hlídá, jestli klient nejí nevhodná jídla krátce před spaním, zda nepije před spaním kávu, alkohol apod.; ale i situování a zařazení ložnice – vhodnost výmalby stěn, správná umístění postele v prostoru, vhodná matrace...

Vše zjištěné pak vezme terapeut v potaz a s klientem upravuje nevhodné návyky a postoje a tyto změny podporuje vhodnou aromaterapeutickou kúrou.

Holistický přístup v poskytování zdravotní péče tedy znamená, používání všech léčebných i doplňujících postupů kdykoliv je to vhodné.

2.5.3 Esenciální oleje

Esenciální oleje vznikají chemickou reakcí během destilace aromatických rostlin. Rostlinné vonné esence jsou výsledkem fotosyntézy a jejich primární funkcí je vábit hmyz k opylení, proto jsou tak vonné a líbivé.

Získávají se prakticky ze všech částí rostliny – kořenů, stonků, listů, květů, pryskyřice, plodů, jehličí atd.

Esenciální (éterické) oleje jsou vysoce těkavé, vonné, koncentrované látky (Noe, 2014).

Termínem *esenciální olej* se a v aromaterapii popisují všechny aromatické oleje, a to i tehdy, jedná-li se o extrakty (např. jasmínový esenciální olej) či o rostlinné esence (např. lisované z oplodí citrusových slupek).

Občas se lze setkat se syntetickými tekutinami nebo směsmi přírodních a syntetických látek, které jsou označeny jako esenciální olej. Tyto však mají jen mírný nebo žádný terapeutický účinek.

2.5.4 Absolue

Absolue se používají předně do parfémů a k inhalaci, nebo se můžou přidat do masážní směsi. Jedná se o výsledek přímé extrakce z rostlin pomocí rozpouštědel. Absolue tak můžou obsahovat zbytky rozpouštědel a proto nejsou vhodné k vnitřnímu užití.

2.5.5 Bezpečnost užití esenciálních olejů

Při běžném aromaterapeutickém užívání se esenciální oleje ředí v rostlinných olejích, pro koupelové účely v mléce, smetaně či medu. Je tomu tak proto, že esenciální oleje jsou ve svém neředěném stavu velmi koncentrované chemické látky (byť přírodního původu) a mohou tak popálit pokožku nebo poleptat sliznice. Každý esenciální olej, má jiné složení a proto se musí dbát na přesné ředění. Teprve pak je použití esenciálních olejů bezpečné a aromaterapie může být úspěšná.

Orální užití esenciálních olejů je možné, ale pouze pod dozorem zkušeného aromaterapeuta.

Použití esenciálních olejů do očí a uší není možné! V případě potřeby se dá naředěný esenciální olej natřít za ucho. Pokud se přeci jen dostane čistý esenciální olej do očí či uší, musí se co nejrychleji odstranit např. vatovým tampónkem navlhčeným rostlinným olejem a poté vypláchnout čistou vodou.

Z výše zmíněného se musí esenciální oleje ukládat mimo dosah dětí, skladovat na temném suchém místě a nepoužívat po uplynutí expirační lhůty.

Aromaterapie by se měla vždy aplikovat po konzultaci se zkušeným aromaterapeutem, s nímž by měly být konzultovány veškeré zamýšlené změny v aplikaci aromaterapie.

2.5.6 Aplikace esenciálních olejů

2.5.6.1 Aplikace přes pokožku

Aplikace aromaterapie na pokožku zahrnuje dvojí užití aromaterapie – a to jak kožní aplikaci, tak inhalaci, neboť člověk natřený či nastříkaný aromaterapeutickým produktem i vdechuje vonné silice použitého esenciálního oleje a jejich účinek na organismus se tak násobí.

Kožní aplikace aromaterapie je vhodná díky rozpustnosti éterických olejů v tucích. Protože je kůže z části tvořena podkožním tukem, pronikají éterické oleje touto vrstvou až do krevního oběhu a krví se dostanou k centrální nervové soustavě, různým orgánům a tělním soustavám.

Kožní aplikací jsou chápány například masáže a koupele, které jsou nejčastěji praktikovanými metodami aromaterapie. Ale i obklady, masti, parfémy nebo vaginální či anální čípky.

Masáž

Během aromaterapeutické masáže se klientovi dostává hned několika tipů ošetření.

Pracuje se se svalovým systémem, který se cíleně vedenými pohyby uvolňuje a aktivuje. Masážním olejem se aplikují esenciální oleje a sloučením obou prvků masáže dochází k celkovému zrelaxování a harmonizaci těla i psychiky.

Aromaterapeutická masáž je jednou z nejvíce využívaných a nejlépe působících prostředků v aromaterapii.

Koupel

Druhou nejúčinnější a nejpříjemnější aplikací aromaterapie jsou koupele s přidáním esenciálních olejů.

Podle druhu esenciálního oleje může být koupel uklidňující (např. s levandulí úzkolistou – *Lavanda angustifolia*), stimulační (např. s esenciálními oleji z oplodí citrusů) nebo osvěžující (citrusy).

Aromaterapeutická koupel se připravuje tak, že se na lžici koupelové emulze, smetany, neodtučněného mléka, medu nebo mořské soli, které působí jako emulgátory, nakape pár kapek vonné esence a tato směs se rozpustí ve vodě příjemné koupelové teploty.

2.5.6.2 Aplikace inhalací

Jedná se o nejjednodušší a nejrychlejší aplikaci aromaterapie. Jak je již uvedeno výše, čichovým ústrojím se dostanou aktivní vonné látky k nervovým vláknům v mozku a odtud ovlivňují celý lidský organizmus.

K inhalování éterických olejů se nejčastěji používají aromalampy (Obr. č. 2), difuzéry (Obr. č. 3, 4), vonné polštářky, látkové váčky naplněné sušenými bylinami (Obr. č. 5), ale lze využít i obyčejnou keramickou misku s vodou, do které se nakape příslušná silice či mix silic, a miska se umístí poblíž radiátoru či k jinému zdroji tepla. Také je možné silice nakapat přímo na oblečení, povlečení apod. Stejně tak se dají ponechat vonné byliny čerstvé či sušené v interiéru (Obr. č. 6) a nechat působit jejich vůni na organizmus.

Záměrným odpařováním éterických olejů se užívá jak k navození žádoucí nálady, k dezinfekci vzduchu v uzavřených prostorech, tak odpuzování hmyzu.

Aromalampa

Aromalampa (Obr. č. 2) je zpravidla ozdobná nádoba, v jejíž spodní části je prostor na čajovou svíčku, nad kterou je umístěna mistička na vodu či vosk. Odpařovací mistička by neměla být umístěna příliš blízko plamene svíčky, aby se voda nedostala do varu, čímž by zničila přírodní vonné silice. Dalším parametrem, který by správná aromalampa měla splňovat, je dostatečná velikost odpařovací části. Ta by měla být tak velká, aby pojala dostatečné množství vody k odpařování. Pokud se totiž voda odpaří dříve, než dohoří svíčka (doba hoření čajové svíčky je cca 4-5 h), připálí se zbytky éterických silic,

čímž je aromaterapeutický efekt znehodnocen. Také se tím ničí sama aromalampa. Aromalampy bývají vyrobeny nejčastěji z keramiky, porcelánu, skla nebo kombinací těchto materiálů s přidáním kovových či dřevěných prvků.

Dávkování silic do aromalampy vychází z velikosti prostoru, kde je aromalampa umístěna. 1-2 kapky vonné silice odpovídají cca 5 m² a od prvního nadávkování se již nepřidávají.

Samořejmostí použití aromalampy je její bezpečné umístění, dozor nad otevřeným ohněm a pečlivé umytí po dohoření svíčky a vychladnutí aromalampy (Česká aromaterapeutická společnost).

Difuzér

Difuzér je nádobka, ve které je umístěna kapalina s přidanou vonnou esencí, která se postupně odpařuje a tím i do vzduchu uvolňuje vonné esenciální látky.

Difuzéry jsou v podobě elektricko-ultrazvukové (Obr. č. 3), kdy je odpařování mechanicky řízeno a podporováno nebo neelektrické (Obr. č. 4), kdy se odpařování řídí pokojovou teplotou.

Vonné polštářky a vonné bylinné pytlíčky

Jedná se o pytlíčky z textilií z přírodních materiálů (nejčastěji bavlny) do kterých jsou umístěny aromatické byliny či směsi vonných bylin (Obr. č. 6). Tyto pytlíčky se pak vkládají mezi polštář a povlak polštáře nebo se nechávají volně položené v posteli či prostoru, kde vlivem pokojové teploty uvolňují svou vůni.

2.6 Výběr a charakteristika vybraných bylin vhodných pro aromaterapeutické zlepšování kvality spánku

Již od nepaměti se k ovlivňování kvality spánku a celkového zklidnění organismu používají následující byliny a rostliny, které mají prokazatelné terapeutické účinky.

2.6.1 Meduňka lékařská

(Melissa officinalis)

Meduňka lékařská (Obr. č. 7) je vytrvalá bylina, z níž se v aromaterapii používá nat' i s květy, a to jak v čerstvém tak sušeném stavu, a šťáva z čerstvé bylinky.

Meduňka pozitivně působí na centrální nervovou soustavu, kterou celkově zklidňuje a tím zmírňuje, až zcela léčí nespavost, pocity úzkosti, pocity deprese, stres, hysterii, podrážděnost, bolesti hlavy, poruchy trávení způsobené psychickou nepohodou a jiné.

Aplikace silice meduňky lékařské na pokožku není vhodná pro osoby s citlivou pokožkou a u dětí mladších dvou let (Zrubecká, 2008; Noe, 2014).

2.6.2 Kozlík lékařský

(Valeriana officinalis)

Kozlík lékařský (Obr. č. 8) je vytrvalá bylina, ze které se užívají čerstvé i sušené oddenky a kořeny.

Kozlík působí při stavech úzkosti, nespavosti, poruchách spánku, nervozitě, pocitu strachu ale i při žaludečních kolikách či nadýmání.

Kozlík lékařský se nesmí používat s jinými antidepresivními léky, neboť jeho předávkování může vyvolat bolesti hlavy, nevolnost, úzkost, skleslost i poruchy srdečního rytmu (Zrubecká, 2008; Noe, 2014).

2.6.3 Levandule lékařská

(Levandula officinalis)

Levandule lékařská (Obr. č. 9) je vytrvalý polokeř, ze kterého aromaterapie používá všechny části vyjma kořene. Jak čerstvé, tak sušené.

Levandule má skvělé uklidňující, osvěžující, celkově posilující, detoxikační, antiseptické či deodorantní účinky. Proto se velmi dobře hodí k léčbě nespavosti a poruch spánku. Mimo jiné odpuzuje komáry a moly.

Kontraindikací k užívání silic z levandule lékařské jsou léky obsahující jód nebo železo, chemoterapie, epilepsie a nízký krevní tlak (Zrubecká, 2008; Noe, 2014).

2.6.4 Neroli pomerančové květy

(Citrus aurantium)

V aromaterapii je Neroli (Obr. č. 10) označení pro květy pomerančovníku hořkého. Využívají se čerstvé i sušené květy.

Z mnoha kladných účinků květů pomerančovníku hořkého je nutné vyzdvihnout jeho vliv na zmírnění napětí a únavy, nespavost, emoční vypjatost či zmírnění stresů.

Kontraindikace nejsou známy (Zrubecká, 2008).

2.6.5 Chmel otáčivý

(Humulus lupulus)

Chmel otáčivý (Obr. č. 11) je trvalka, ze které aromaterapeuty zajímají čerstvé i sušené samičí šištice.

Chmel má uklidňující, a lehce uspávací vlastnosti. Používá se při podrážděnosti, jako sedativum nebo diuretikum (Zrubecká, 2008).

2.6.6 Majoránka zahradní

(Majorana hortensis)

Majoránka zahradní (Obr. č. 12) je jednoletá bylina. Pěstuje se pro kvetoucí horní část rostliny a nať. Jako u většiny ostatních rostlin se i majoránka používá čerstvá nebo sušená.

Užití majoránky se doporučuje v případě nespavosti, podrážděnosti, nervové slabosti, infekty dýchacích cest, křečích, trávicích obtížích nebo na problematickou pleť.

V běžném aromaterapeutickém užívání se jedná o bezpečný olej (Zrubecká, 2008).

2.6.7 Mandarinka obecná

(Citrus reticulata)

Mandarinka obecná (Obr. č. 13) je strom, z něhož se v aromaterapii užívá oplodí – tedy slupka plodu.

Výtažky z mandarinky kladně působí na zlepšení nálady, zklidnění, při mírnění projevů dětské hyperaktivity, úzkostných stavech, vyčerpanosti, jsou antidepresivní, antiseptické, zmírňují nespavost a mírní poruchy spánku, zlepšují chuť k jídlu. Esence z mandarinky jsou jako jedny z mála velmi bezpečné i pro kojence a děti (Zrubecká, 2008).

2.6.8 Jalovec obecný

(Juniperus communis)

Jalovec obecný (Obr. č. 14) je keř nebo strom, který je z aromaterapeutického hlediska zajímavý pro své plody, z nichž se dá připravit nálev, odvar, éterický olej nebo olejový extrakt.

Silice jalovce se používají pro zklidňující a uspávací účinky, stejně jako pro stimulaci chuti k jídlu, tonizující či protivirové účinky.

Pro svou vlastnost vysoce stimulovat funkci ledvin, by se jalovec neměl používat v raném těhotenství (Zrubecká, 2008).

2.6.9 Řebříček obecný

(Achillea millefolium)

Řebříček obecný (Obr. č. 15) je vytrvalá bylina, která se pro aromaterapeutické užití zpracovává v čerstvém i sušeném stavu celá vyjma kořene.

Účinky řebříčku jsou protizánětlivé, tonizující, hojící rány, detoxikační, protistresové a vhodné při nespavosti a depresích.

Řebříček není vhodný v těhotenství, pro epileptiky a jeho nanášení se nedoporučuje při citlivé pokožce (Zrubecká, 2008).

2.6.10 Ylang ylang

(Cananga odorata)

Ylang ylang (Obr. č. 16) je označení pro květy tropického stromu kanangy vonné. Pro aromaterapeuty mají význam čerstvé i sušené květy.

Účinky ylang ylang jsou antidepresivní, uklidňující, protistresové, sedativní, afrodiziakální, dobře působí při kolikách, snižuje krevní tlak.

Vysoká koncentrace silice ylang ylang může vyvolat nevolnost nebo bolest hlavy (Zrubecká, 2008).

2.6.11 Heřmánek pravý

(Matricaria chamomilla)

Heřmánek pravý (Obr. č. 17) je jednoletá bylina pěstovaná pro čerstvý či sušený květ.

Jeho užití se indikuje při poruchách spánku, nespavosti, podrážděnosti, neurózách, depresích, bolestech hlavy, premenstruačním syndromu a dalších obtížích.

Éterické oleje z heřmánku se nesmí používat v těhotenství (Farree -Hallsová, 2007).

2.6.12 Třezalka tečkovaná

(Hypericum perforatum L.)

Třezalka tečkovaná (Obr. č. 18) je vytrvalá bylina, oceňovaná pro nat' a květ.

Používá se pro své sedativní, hojivé, regenerační a protizánětlivé účinky. Má pozitivní vliv na vylučování žluče, zlepšení krevního oběhu a látkovou výměnu (Korbelář, 1974).

Třezalka tečkovaná je výrazně fotosenzibilizující a není vhodná pro těhotné ženy.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle a úkoly bakalářské práce

3.1.1 Cíle práce

Cílem praktické části mé bakalářské práce bylo zjistit, jak lidé hodnotí kvalitu svého spánku, zda trpí poruchami spánku, jestli mají povědomí o aromaterapii a pokud ano, zda ji aplikují ke zlepšení kvality svého spánku.

3.1.2 Úkoly práce

Ke stanovení výše zmíněných cílů jsem si stanovila tyto úkoly:

- 1) Sestavit univerzální dotazník týkající se kvality spánku, poruch spánku a aplikování aromaterapie v souvislosti se spánkem.
- 2) Provést dotazníkové šetření.
- 3) Vyhodnotit a interpretovat vyplněné dotazníky.
- 4) Diskuse.
- 5) Stanovit závěry.
- 6) Vyjádřit doporučení pro praxi.

3.1.3 Výzkumné předpoklady

Výzkumné předpoklady jsem stanovila na základě vlastních zkušeností a odhadů takto:

- 1) Nejčastější poruchou spánku je dlouhá latence usínání.
- 2) Většina lidí uvádí jako příčinu zhoršené kvality spánku stres.
- 3) Většina lidí jako první řešení zhoršené kvality spánku volí léky.

- 4) Větší tendenci ke zkoušení alternativních metod řešení zhoršené kvality spánku mají ženy.
- 5) Lidé vědí, co je aromaterapie a používají ji ke zlepšení kvality spánku.
- 6) Při zlepšování kvality spánku aromaterapií se jako první používá levandule lékařská.
- 7) Většina lidí vnímá aromaterapii jako účinnou.
- 8) Zlepšení kvality spánku vede ke spokojenějšímu životu.

3.2 Metodika

3.2.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro svůj výzkum jsem oslovila ženy i muže starší 15 let.

Jednalo se o uživatele sociálních sítí.

Protože se jedná o kvantitativní výzkum, posbírala jsem celkem 155 vyplněných dotazníků.

3.2.2 Organizace výzkumného šetření

Výzkum probíhal v listopadu až prosinci 2016.

Interpretovaná data byla získána pomocí elektronických dotazníků vlastní konstrukce, které byly distribuovány pomocí sociální sítě, elektronické pošty a osobním jednáním.

Dotazníky jsem vytvořila pomocí programu společnosti Click4survey.cz.

V úvodu dotazníku bylo uvedeno, že se jedná o anonymní dotazníkové šetření k účelu zpracování bakalářské práce na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

3.2.3 Použité metody

- Metoda prostého náhodného výběru
- Dotazník vlastní konstrukce

3.2.3.1 Metoda prostého náhodného výběru

Tato metoda se zakládá na principu neselektovaného výběru respondentů výzkumu.

3.2.3.2 Dotazník vlastní konstrukce

Tento polostrukturovaný dotazník je sestaven tak, aby jeho první část zodpověděla výzkumné předpoklady týkající se kvality a poruch spánku respondentů a jeho druhá část potvrdila či vyvrátila mé předpoklady týkající se užívání a vlivu aromaterapie na zvyšování kvality spánku. Poslední dvě otázky jsou zaměřeny na zjištění vztahu mezi kvalitou spánku a kvalitou života.

Výsledky z tohoto šetření jsem přehledně shrnula do grafů, které obsahují procentuální i absolutní hodnoty.

3.3 Výsledky dotazníkového šetření

3.3.1 Otázka č. 1 – Uved'te, prosím, své pohlaví.

Graf č.1: Pohlaví respondentů

Hodnota	Procent	Odpovědí
Jsem žena	74,2%	115
Jsem muž	25,8%	40

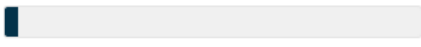
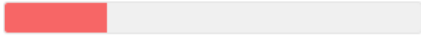
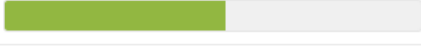
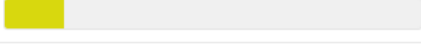
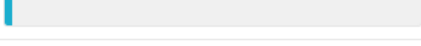
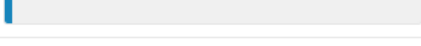
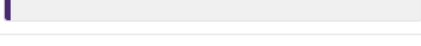
Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Do mého výzkumu se zapojilo 115 žen (74,2 %) a 40 mužů (25,8 %), celkem tedy 155 respondentů.

3.3.2 Otázka č. 2 – Uved'te, prosím, svůj věk.

Graf č. 2: Věkové rozpětí respondentů

Hodnota		Procent	Odpovědí
15 - 20		3,2%	5
21 - 30		24,5%	38
31 - 40		52,9%	82
41 - 50		14,2%	22
51 - 60		1,9%	3
61 - 70		1,9%	3
71 a více		1,3%	2

Komentář:

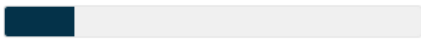

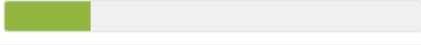
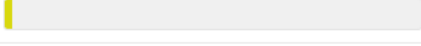
U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Minimální požadovaný věk respondentů byl 15 let, maximální věk respondentů nebyl nijak omezen.

Do výzkumu se nejčastěji zapojili lidé ve věku 31-40 let (celkem 82 respondentů, což odpovídá 52,9 %). Druhé nejvyšší zastoupení zaznamenala věková skupina 21-30 let (celkem 38 respondentů, což odpovídá 24,5 %). Třetí nejpočetnější věková skupina je věk 41-50 (celkem 22 respondentů, tedy 14,2 %). Respondenti ve věku 15-20 let představují 3,2 % všech dotazovaných (tedy 5 osob). 1,9 % jsou zastoupeny věkové kategorie 51-60 a 61-70 let, kde odpovídali vždy 3 respondenti. Poslední věková kategorie 71 let a více čítá 2 respondenty, tedy 1,3 % z celku.

3.3.3 Otázka č. 3 – Jak hodnotíte kvalitu svého spánku

Graf č. 3: Hodnocení kvality spánku

Hodnota		Procent	Odpovědí
Velmi kvalitní		16,8%	26
Spíše kvalitní		60,6%	94
Spíše nekvalitní		20,6%	32
Velmi nekvalitní		1,9%	3

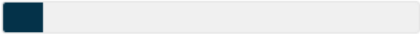
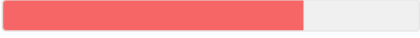
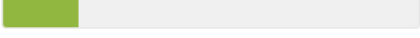
Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

V reakci na ohodnocení kvality svého spánku, odpovědělo 26 respondentů (16,8 %), že mají spánek velmi kvalitní. Výrazně více lidí 94 ze 155 (tedy 60,6 %) hodnotí svůj spánek jako spíše kvalitní. Proti tomu 32 respondentů (20,6 %) uvádí, že spí spíše nekvalitně. A zbylí 3 účastníci výzkumu (1,9 %) vnímají svůj spánek jako velmi nekvalitní.

3.3.4 Otázka č. 4 – Kolik hodin denně průměrně spíte?

Graf č. 4: Denní průměrné množství spánku

Hodnota		Procent	Odpovědí
4 - 5 hodin		9,7%	15
6 - 7 hodin		72,3%	112
8 hodin a více		18,1%	28

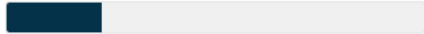
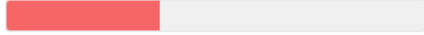
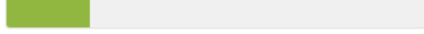
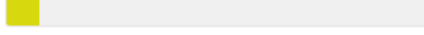
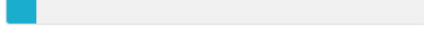
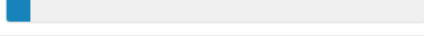
Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Nejvíce dotazovaných (112 respondentů, tedy 72,3 %) uvádí, že spí průměrně 6-7 hodin denně. 28 respondentů (18,1 %) označilo za platnou odpověď 8 hodin a více. Zbýlých 9,7 % (15 dotazovaných) uvádí, že spí průměrně 4-5 hodin denně.

3.3.5 Otázka č. 5 – Jak dlouho od ulehnutí Vám zpravidla trvá, než usnete?

Graf č. 5: Latence usnutí

Hodnota		Procent	Odpovědí
0 - 5 minut		22,6%	35
6 - 10 minut		36,8%	57
11 - 15 minut		20,0%	31
16 - 20 minut		7,7%	12
21 - 30 minut		7,1%	11
31 minut		5,8%	9

Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Nejkratší latenci usnutí (dobu od ulehnutí po usnutí) do 5 minut uvádí 35 respondentů (22,6 %). 57 dotazovaných (36,8 %) trvá usnutí 6-10 minut. Během 11-15 minut od ulehnutí usíná 31 účastníků výzkumu, což tvoří rovných 20 %. Odpověď 16-20 minut označilo 12 respondentů (7,7 %), 21-30 minut 11 dotazovaných (7,1 %) a poslední možnost 31 minut a více 9 lidí (5,8 %).

3.3.6 Otázka č. 6 – Odpovězte, prosím na toto prohlášení: „VNOCI SE ČASTO BUDÍM.“

Graf č. 6: Noční buzení

Hodnota		Procent	Odpovědí
Ano		13,5%	21
Spiše ano		16,8%	26
Spiše ne		41,9%	65
Ne		27,7%	43

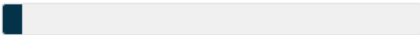
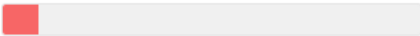
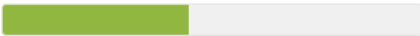
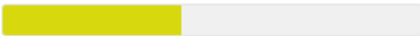
Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

K potvrzení nočního buzení (odpověď ano) se přihlásilo 21 lidí (13,5 %). Odpověď spíše ano zvolilo 26 dotazovaných (16,8 %). 65 respondentů (41,9 %) uvádí, že se v noci spíše nebudí. A 43 dotazovaných (27,7 %) tvrdí, že se jich noční buzení netýká, označili odpověď ne.

3.3.7 Otázka č. 7 – *Odpovězte, prosím na toto prohlášení: „V NOCI SE ČASTO VZBUDÍM A PAK NEMŮŽU USNOUT.“*

Graf č. 7: Noční buzení s nemožností následného usnutí

Hodnota		Procent	Odpovědí
Ano		4,5%	7
Spíše ano		8,4%	13
Spíše ne		44,5%	69
Ne		42,6%	66

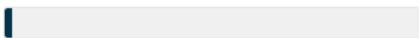
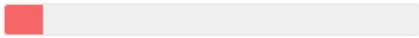

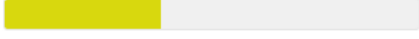
Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Prohlášení „V noci se často vzbudím a pak nemůžu usnout“ odpovědělo 7 respondentů (4,5 %) ano, 13 respondentů (8,4 %) spíše ano, 69 dotazovaných (44,5 %) označilo odpověď spíše ne a zbylých 66 respondentů (42,6 %) uvedlo, že se v noci nebudí a délku následného usínání tak neřeší.

3.3.8 Otázka č. 8 – Odpovězte, prosím na toto prohlášení: „VNOCI SE MI ČASTO ZDAJÍ NEPŘÍJEMNÉ SNY.“

Graf č. 8: Výskyt nepříjemných snů

Hodnota		Procent	Odpovědí
Ano		1,9%	3
Spíše ano		9,1%	14
Spíše ne		51,3%	79
Ne		37,7%	58

Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Častý výskyt nepříjemných snů potvrdili 3 dotazovaní (1,9 %). 14 respondentů (9,1 %) potom uvádí, že se jim špatné sny spíše zdají. Nejvíce, tedy 79 odpovědí (51,3 %), získala odpověď spíše ne – nepříjemné sny se mi často spíše nezdají. Zbylých 58 respondentů (37,3 %) označilo za platnou možnost ne - nepříjemné sny se mi často nezdají.

3.3.9 Otázka č. 9 – Co si myslíte, že zhoršuje kvalitu Vašeho spánku?

Graf č. 9: Důvod zhoršené kvality spánku

Hodnota	Procent	Odpovědí
Zdravotní stav	21,3%	33
Stres - ani po ulehnutí nemůžu přestat myslet na své starosti a povinnosti	60,6%	94
Nepřiměřená únava (malá únava/příliš velká únava tzv. "přetaženost")	32,9%	51
Vnější ruchy (např.: hluk z ulice, chrápající partner, světlo, nepříjemná teplota v místnosti...)	38,1%	59
Jiné - prosím, uveďte co:	20,0%	31
Nemyslím si, že by něco zhoršovalo kvalitu mého spánku	9,7%	15

Komentář:

U této otázky bylo možné označit jednu až všechny odpovědi.

Jako důvod zhoršené kvality spánku byla 33x (21,3 % ze 155 odpovídajících) označena možnost zdravotní stav, 94x (60,6 % ze 155 odpovídajících) možnost stres, 51 respondentů (32,9 % ze 155 odpovídajících) uvádí jako jeden z důvodů zhoršené kvality spánku nepřiměřenou únavu, 59 odpovídajících (38,1 % ze 155 odpovídajících) si myslí, že jim spánek zhoršují vnější ruchy, 15 respondentů (9,7 % ze 155 odpovídajících) si nemyslí, že by jim něco zhoršovalo kvalitu spánku. Zbylých 31 odpovídajících (20 % ze 155 odpovídajících) uvádí jiné důvody, jako nevhodná večere, směnný provoz, chybějící pocit bezpečí, těhotenství, a nejvíce zmiňované malé děti (26 odpovědí).

3.3.10 Otázka č. 10 – Jak nejčastěji své problémy se spánkem (občasné, pravidelné, krátkodobé, dlouhodobé) řešíte?

Graf č. 10: Řešení problémů se spánkem

Hodnota	Procent	Odpovědi
Vezmu si prášek na spaní. Pokud ano, uveďte, prosím, jaký:	4,5%	7
Jdu spát dříve než obvykle	25,8%	40
Jdu spát déle než obvykle	9,0%	14
Používám alternativní metody (např.: relaxaci, aromaterapii, piji bylinné čaje)	18,1%	28
Neřeším své problémy se spánkem	33,5%	52
Nemám problémy se spánkem	27,1%	42

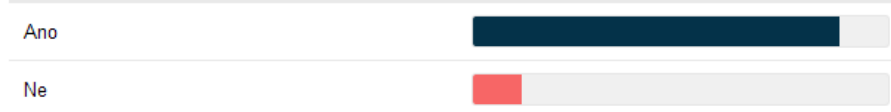
Komentář:

U této otázky bylo možné označit jednu až všechny odpovědi.

Problémy se spánkem řeší 7 dotazovaných (4,5 % ze 155 odpovídajících) prášky na spaní. 40 respondentů (25,8 % ze 155 odpovídajících) označilo jako odpovídající možnost, že jde spát dříve než obvykle. 14 dotazovaných (9 % ze 155 odpovídajících) naopak uléhá při potížích se spánkem později. 28 odpověďmi (18,1 % ze 155 odpovídajících) byla označena možnost alternativních řešení. 52 respondentů (33,5 % ze 155 odpovídajících) pak uvádí, že své problémy se spánkem neřeší a ostatních 42 dotazovaných (27,1 % ze 155 odpovídajících) si myslí, že nemá se spánkem žádné problémy.

3.3.11 Otázka č. 11 – Vím, co je aromaterapie

Graf č. 11: Znalost aromaterapie

Hodnota		Procent	Odpovědí
Ano		88,4%	137
Ne		11,6%	18


Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Na tuto otázku odpovědělo 137 respondentů (88,4 %), ano – vím, co je aromaterapie. 18 dotazovaných (11,6 %) označilo odpověď ne – nevím, co je aromaterapie.

3.3.12 Otázka č. 12 – Už jsem někdy s aromaterapií v souvislosti se zlepšením kvality spánku pracoval/a

Graf č. 12: Používání aromaterapie na zvýšení kvality spánku

Hodnota		Procent	Odpovědi
Ano		25,2%	39
Ne		74,8%	116


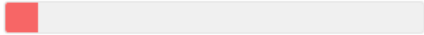

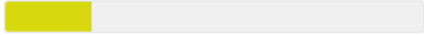
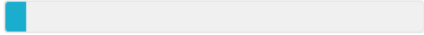
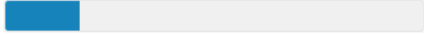
Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Použití aromaterapie na zvýšení kvality spánku potvrdilo 39 respondentů (25,2 %). Tito respondenti pak pokračovali ve vyplňování dotazníkových otázek týkajících se právě na užívání aromaterapie na zkvalitnění spánku. Ostatních 116 respondentů (74,8 %) odpovědělo ne – ještě jsem s aromaterapií v souvislosti se zlepšením kvality spánku nepracoval a proto se otázek č. 13-18 zaměřených na vliv aromaterapie na kvalitu spánku neúčastní.

3.3.13 Otázka č. 13 – Pokud používáte aromaterapii, které rostliny při potížích se spánkem používáte?

Graf č. 17: Nejčastěji používané aromaterapeutické rostliny při spánkových potížích

Hodnota		Procent	Odpovědí
Levanduli lékařskou		66,7%	26
Kozlík lékařský		7,7%	3
Meduňku lékařskou		56,4%	22
Heřmánek pravý		20,5%	8
Třezalku tečkovanou		5,1%	2
Jiné, prosím uveďte jaké:		17,9%	7

Komentář:

U této otázky bylo možné označit jednu až všechny odpovědi.

Levanduli lékařskou používá při aplikování aromaterapie 26 osob (66,7 % z 39 odpovídajících). Kozlík lékařský používají 3 dotazovaní (7,7 % z 39 odpovídajících). Meduňku lékařskou označilo 22 respondentů (56,4 % z 39 odpovídajících), heřmánek pravý 8 dotazovaných (20,5 % z 39 dotazovaných), třezalku tečkovanou 2 lidé (5 % z 39 odpovídajících) a možnost jiné označilo 7 respondentů (18 % z 39 odpovídajících). Jako nejčastěji aplikovanou jinou rostlinu dotazovaní uváděli eukalyptus (3 ze 7 odpovědí, 43 % z 39 odpovídajících).

3.3.14 Otázka č. 14 – Pokud používáte aromaterapii pro zlepšení kvality spánku, kterou rostlinu používáte jako první?

Graf. č. 14: Prvořadě používaná aromaterapeutická rostlina při spánkových potížích

Hodnota	Procent	Odpovědí
Levanduli lékařskou	35,9%	14
Kozlík lékařský	2,6%	1
Meduňku lékařskou	41,0%	16
Heřmánek pravý	2,6%	1
Třezalku tečkovanou	2,6%	1
Jinou, prosím uveďte jakou:	15,4%	6

Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Při zjišťování prvořadě používané rostliny při aplikaci aromaterapie na zlepšení kvality spánku jsem z dotazníku získala následující data: levanduli lékařskou preferuje 14 respondentů (35,9 %), kozlík lékařský 1 dotazovaný (2,6 %), meduňku lékařskou 16 z 39 respondentů (41 %), heřmánek pravý a třezalku tečkovanou označil vždy jeden odpovídající (2,6 %) a možnost Jinou si vybralo 6 respondentů (15,4 %) – z toho 3 (50 %) uvedli, že preferují eukalyptus.

3.3.15 Otázka č. 15 – Jak aromaterapii praktikujete?

Graf č. 15: Praktikování aromaterapie

Hodnota	Procent	Odpovědí
Aromalampa nebo dyfuzér	46,2%	18
Aromaterapeutické koupele	23,1%	9
Tělové oleje	23,1%	9
Vonné polštářky	17,9%	7
Bytové spreje	12,8%	5
Vonné rostliny (živé či sušené) v interiéru. Pokud ano, prosím, uveďte jaké:	20,5%	8
Pár kapek vonné esence na lůžkoviny, příp. na jiný textil v ložnici	30,8%	12

Komentář:

U této otázky bylo možné označit jednu až všechny odpovědi.

Aromalampu nebo difuzér k aplikování aromaterapie používá 18 dotazovaných (46,2 % z 39 odpovídajících), aromaterapeutické koupele a tělové oleje si dopřává 9 a 9 respondentů (obé 23,1 % z 39 odpovídajících), vonné polštářky používá 7 tázaných (17,9 % z 39 odpovídajících), bytové spreje aplikuje 5 odpovídajících osob (12,8 % z 39 odpovídajících). Vonné rostliny v interiéru má 8 respondentů (20,5 % z 39 odpovídajících), z nichž 7 (87,5 % z 8 odpovídajících) uvedlo, že se jedná o levanduli lékařskou.

3.3.16 Otázka č. 16 – Jaké účinky aromaterapie ve vztahu k spánku na sobě pocítujete?

Graf č. 16: Působení aromaterapie na kvalitu spánku

Hodnota	Procent	Odpovědí
Rychleji usínám	25,6%	10
V noci se méně budím	17,9%	7
Zdají se mi příjemné sny	5,1%	2
Nepříjemné sny se mi zdají méně	2,6%	1
Ráno se budím odpočatější	17,9%	7
Celkově se cítím lépe	48,7%	19
Nepocítuji žádné účinky	28,2%	11

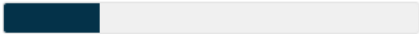
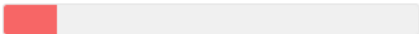
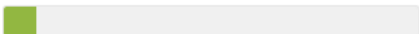
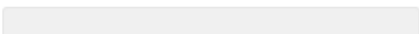
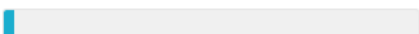

Komentář:

U této otázky bylo možné označit jednu až všechny odpovědi.

V odpověď na otázku, jaké účinky aromaterapie ve vztahu k jejich spánku na sobě respondenti pocítují jich 10 (25,6 % z 39 odpovídajících) odpovědělo, že rychleji usíná, 7 (17,9 % z 39 odpovídajících) se méně budí, 2 lidé (5,1 % z 39 odpovídajících) uvedli, že se jim zdají příjemné sny. Jednomu respondentovi (2,6 % z 39 odpovídajících) se zdají méně nepříjemné sny a 7 odpovídajících (17,9 % z 39 odpovídajících) se ráno budí odpočatější. Nejvíce tedy 19 (48,7 % z 39 odpovídajících) odpovědí zaznamenala možnost celkově se cítím lépe. Zbývajících 11 respondentů (28,2 % z 39 odpovídajících) uvedlo, že na sobě nepocítují žádné účinky aromaterapie.

3.3.17 Otázka č. 17 – Pokud jste na sobě zaznamenal/a účinky aromaterapie, po jak dlouhé době aplikování aromaterapie to bylo?

Graf č. 17: Délka nástupu účinku aromaterapie

Hodnota		Procent	Odpovědí
1 - 3 dny		23,1%	9
4 - 7 dní		12,8%	5
8 - 14 dní		7,7%	3
15 - 21 dní		0,0%	0
22 a více dní		2,6%	1
Nepamatuji se		53,8%	21

Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Z celkového počtu 39 odpovědí 9 respondentů (23,1 %) uvádí nástup účinků aromaterapie během 1-3 dnů, 5 dotazovaných (12,8 % z 39 odpovídajících) uvádí 4-7 dní. Možnost 8-14 dní označili 3 tazání (7,7 % z 39 odpovídajících). Nástup účinků aromaterapie během 15-21 dní nepotvrdil nikdo, kdežto možnost 22 dní a více označil jeden respondent (2,6 % z 39 odpovídajících). Nejvíce dotazovaných celkem 21 (53,8 % z 39 odpovídajících) uvedlo, že si na délku nástupu aromaterapie nepamatuje.

3.3.18 Otázka č. 18 – Hodnotíte aromaterapii jako účinnou?

Graf č. 18: Hodnocení účinnosti aromaterapie

Hodnota		Procent	Odpovědí
Ano		33,3%	13
Spíše ano		46,2%	18
Spíše ne		12,8%	5
Ne		7,7%	3

Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Aromaterapii jako účinnou shledává 13 respondentů (33,3 % z 39 odpovídajících). Jako spíše účinnou ji vnímá 18 dotazovaných (46,2 % z 39 odpovídajících). Za spíše neúčinnou označilo aromaterapii 5 tázaných (12,8 % z 39 odpovídajících) a jako neúčinnou ji hodnotí 3 lidé zapojení do výzkumu (7,7 % z 39 odpovídajících).

3.3.19. Otázka č. 19 – Myslíte si, že má kvalita spánku vliv na celkovou kvalitu života?

Graf č. 19: Závislost kvality života na kvalitě spánku

Hodnota		Procent	Odpovědí
Ano		89,7%	139
Spíše ano		9,7%	15
Spíše ne		0,6%	1
Ne		0,0%	0

Komentář:


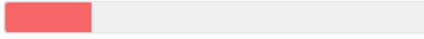
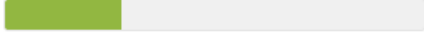
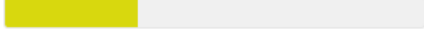
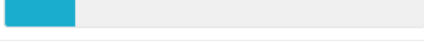
U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

K této a následující otázce se opět vyjadřovali úplně všichni respondenti vč. těch, kteří neaplikují aromaterapii ke zkvalitnění svého spánku.

Z celkového počtu 155 odpovědí se jich 139 (89,7 %) rovná možnosti ano, 15 odpovědí (9,7 % ze 155 odpovídajících) spadá k možnosti spíše ano a jedna odpověď (1 %) čítá možnost spíše ne. Názor, že kvalita spánku s celkovou kvalitou života nesouvisí, nezastává žádný z dotazovaných.

3.3.20 Otázka č. 20 – Do jaké míry (vyjádřeno v procentech) si myslíte, že spánek určuje kvalitu života?

Graf č. 20: Míra ovlivnění kvalita život

Hodnota		Procent	Odpovědí
0 - 20%		3,2%	5
21 - 40%		20,6%	32
41 - 60%		27,7%	43
61 - 80%		31,6%	49
81 - 100%		16,8%	26

Komentář:

U této otázky bylo možné označit pouze jednu odpověď.

Možnost míry ovlivnění kvality života spánkem 0-20 % označilo 5 respondentů (3,2 % ze 155 odpovídajících), možnost 21-40 % si vybralo 32 odpovídajících (20,6 % ze 155 odpovídajících), následujících rozmezí ovlivnění života spánkem 41-60 % zaškrtnulo 43 zúčastněných (27,7 % ze 155 odpovídajících). Nejvíce respondentů, tedy 49 (31,6 % ze 155 odpovídajících), si myslí, že spánek určuje kvalitu života z 61-80 % a zbylých 26 dotazovaných (16,8 % ze 155 odpovídajících) se přiklání k názoru, že je to z 81-100 %.

3.4 Diskuze

V této kapitole se budu věnovat interpretaci výsledků svého výzkumu o kvalitě spánku a působení aromaterapie na jeho kvalitu.

Cílem mé práce bylo prozkoumat kvalitu spánku náhodně vybraného vzorku respondentů a zjistit, zda tito lidé trpí poruchami spánku, případně jakými. Jestli tito lidé mají povědomí o aromaterapii, a jakým způsobem s ní ve snaze o lepší kvalitu spánku pracují.

Na následujících stránkách zhodnotím, zda jsou mé výzkumné předpoklady platné či neplatné.

3.4.1 Výzkumný předpoklad č. 1 – Nejčastější poruchou spánku je dlouhá latence usínání.

Ve svém dotazníku jsem zjišťovala výskyt tří nejčastějších poruch spánku, a to insomnií (nespavostí), konkrétně dlouhé latence (doby) usínání a nočního buzení s neschopností znovu rychle usnout, a parasomnie (nepřirozených stavů provázejících spánek), konkrétně výskyt nepříjemných snů. Tři poruchy jsem volila proto, aby bylo možné porovnat mezi sebou četnost jejich výskytu a tím potvrdit nebo vyvrátit, že nejčastější poruchou spánku je dlouhá latence usínání.

Z dotazníkového šetření vychází, že si na dlouhou latenci usínání (delší než 20 minut) stěžuje 20 respondentů, což tvoří 13 % zkoumaného vzorku (viz Graf č. 5: Latence usnutí).

V noci se vzbudí a po té nemůže usnout 20 respondentů, tedy také 13 % odpovídajících (viz Graf č. 7: Noční buzení s neschopností následného usnutí).

Parasomnickou poruchu v podobě častého výskytu nepříjemných snů přiznalo 17 lidí ze 155, jedná se tedy o 11 % (viz Graf č. 8: Výskyt nepříjemných snů) zkoumaného celku.

V únoru 2009 provedla farmaceutická firma Lundbeck průzkum výskytu poruch spánku v České republice u 500 respondentů starších 18 let. Výsledkem bylo zjištění, že nějakou formou poruchy spánku trpělo v posledním roce 75 % respondentů (Lundbeck.com, www.dobry-spanek.cz/jak-se-spi-v-evrope/jak-se-spi-v-ceske-republice-506). Další epidemiologické studie udávají výskyt poruch spánku u 40 % dospělé populace (Nevšimalová 2007), přibližně 25 % potom poruchy spánku typu insomnie.

Porovnáním výše zmíněných výsledků docházím k závěru, že 1. výzkumný předpoklad nelze ani potvrdit ani vyvrátit. Lze ale konstatovat, že více lidí trpí insomnií než parasomnií. Mnou zjištěné výsledky jsou v hlavních rysech shodné s podobnými výzkumy citovanými výše.

3.4.2 Výzkumný předpoklad č. 2 – Většina lidí uvádí jako příčinu zhoršené kvality spánku stres

Ve výzkumu jsem se zabývala zmapováním nejčastějších příčin zhoršené kvality spánku (viz Graf č. 9: Důvod zhoršené kvality spánku) a předpokládala jsem, že nejvíce respondentů označí stres jako hlavní příčinu svých spánkových potíží.

Tuto možnost uvedlo 94 respondentů tedy (61 %).

Dalších 59 tázaných (38 %) označilo jako příčinu zhoršené kvality spánku vnější ruchy (např.: hluk z ulice, chrápající partner, světlo, nepříjemná teplota v místnosti...).

Třetí nejvyšší počet odpovědí 51 (33 %) zaznamenala možnost nepřiměřená únava.

Odborná literatura mezi obvyklé činitele zhoršující kvalitu spánku řadí stres, špatnou psychickou kondici či somatické bolesti, dále užívání alkoholu a drog a celkově nezdravé návyky.

Zařazení stresu a špatné psychické kondice odborníky do nejčastějších příčin poruch spánku tak podporuje můj předpoklad a výsledek výzkumu, že stres je nečastější příčinou poruch spánku.

3.4.3 Výzkumný předpoklad č. 3 – Většina lidí jako první řešení zhoršené kvality spánku volí léky

Jako svůj další předpoklad jsem stanovila, že většina lidí jako první řešení zhoršené kvality spánku volí léky (viz Graf č. 10: Řešení problémů se spánkem).

Léky na spaní si prvořadě vezme 7 lidí (5 %). Stejného výsledku bylo dosaženo i v již zmiňovaném výzkumu firmy Lundbeck (Lundbeck.com, 2009).

Pro zvýšení kvality svého spánku si jde 40 tázaných (26 %) lehnout dříve než obvykle.

A 28 respondentů (18 %) uvádí, že používá alternativní metody (např. relaxaci, aromaterapii, pití bylinných čajů). Výzkumníkům firmy Lundbeck vyšlo, že aromaterapií či jinými alternativními způsoby řeší spánkové obtíže téměř 1/3 jejich respondentů. To je zhruba o 10 % více lidí, než v mém vlastním výzkumu.

Velmi zajímavé je, že 52 dotazovaných (34 %) sice přiznává sníženou kvalitu spánku a výskyt některých problémů, ale přesto je nijak neřeší.

Z popsaných výsledků vyplývá, že výzkumný předpoklad „Lidé v první řadě řeší zhoršenou kvalitu svého spánku léky“ se nepotvrdil.

3.4.4 Výzkumný předpoklad č. 4 – Větší tendenci ke zkoušení alternativních metod řešení zhoršené kvality spánku mají ženy

Čtvrtý výzkumný předpoklad předpokládá, že větší tendenci ke zkoušení alternativních metod řešení zhoršené kvality spánku mají ženy.

Z celkového počtu 115 zapojených žen jich 21 (18 %) uvedlo, že k řešení svých problémů se spánkem užívají alternativní metody.

Z celkového počtu 40 zapojených mužů jich 5 (12 %) uvedlo, že k řešení svých problémů se spánkem užívají alternativní metody.

Porovnáním poměru mužů a žen aplikujících alternativní metody při řešení spánkových obtíží lze říci, že se 4. výzkumný předpoklad v zásadě potvrdil, nicméně rozdíl je menší, než jsem předpokládala.

3.4.5 Výzkumný předpoklad č. 5 – Lidé vědí, co je aromaterapie a používají ji ke zlepšení kvality spánku

Následující předpoklad zní: „Lidé vědí, co je aromaterapie a používají ji ke zlepšení kvality svého spánku“.

Tento předpoklad se skládá ze dvou bodů:

1. Znalost aromaterapie, kterou potvrdilo 137 respondentů (88 %), (viz Graf č. 11: Znalost aromaterapie).

2. Používání aromaterapie ve vztahu ke spánku (viz Graf č. 12 Používání aromaterapie na zvýšení kvality spánku), to přiznalo 39 dotazovaných (25 %).

První část předpokladu můžu potvrdit, lidé opravdu vědí, co je aromaterapie. Druhou část předpokladu však musím vyvrátit, neboť z výzkumu vyplývá, že většina lidí aromaterapii ke zlepšení kvality spánku nepoužívá.

3.4.6 Výzkumný předpoklad č. 6 – Při zlepšování kvality spánku aromaterapií se jako první používá levandule lékařská

Při stanovování tohoto předpokladu jsem vycházela z vlastní zkušenosti a předpokládala jsem, že pro zlepšení kvality spánku aromaterapií se v první řadě používá levandule lékařská. K tomuto předpokladu mne vedla velká zpropagovanost levandule, která se nejčastěji ze zkoumaných bylin přidává jako aroma do koupelových a sprchových mycích prostředků, osvěžovačů vzduchu, nebo se nabízí sušená ve vonných pytlíčcích či aranžmá.

Z Grafu č. 14: Prvořadě používaná aromaterapeutická rostlina při spánkových potížích je zřejmé, že jako první volí levanduli lékařskou 14 zapojených osob (36 %).

Meduňku lékařskou pak preferuje 16 respondentů (41 %).

A 6 odpovídajících (15 %) uvedlo, že používá jiné, než nabízené rostliny.

Z tohoto porovnání tedy plyne, že jako první užívanou aromaterapeutickou rostlinou pro zlepšení kvality spánku je meduňka lékařská. Můj předpoklad, že to je levandule lékařská, se nepotvrdil.

Bohužel se mi nepovedlo dohledat žádný konkrétní žebříček nejužívanějších bylin na zlepšení spánku. Literatura jen uvádí výčet rostlin s uklidňujícími a hypnogenními účinky.

3.4.7 Výzkumný předpoklad č. 7 – Většina lidí vnímá aromaterapii jako účinnou

Výzkumný předpoklad č. 7 stanovuje, že většina lidí vnímá aromaterapii jako účinnou. Jako účinnou hodnotí aromaterapii 31 respondentů (79 %). Z nichž např.: 19 (49 %) uvádí, že se celkově cítí lépe, 10 (26 %) rychleji usíná a 7 (18 %) se ráno budí odpočatější (viz Graf č. 16: Působení aromaterapie na kvalitu spánku).

Proti tomu jako neúčinnou hodnotí aromaterapii 8 dotazovaných (21 %).

V konečném výsledku lze tedy říci, že 7. výzkumný předpoklad je platný.

3.4.8 Výzkumný předpoklad č. 8 – Zlepšení kvality spánku vede ke spokojenějšímu životu

Jako poslední, ale ne nezajímavý, předpoklad jsem stanovila prohlášení, že zlepšení kvality spánku vede ke spokojenějšímu životu.

Vyhodnocení výše zmíněného předpokladu vychází z Grafu č. 19: Závislost kvality života na kvalitě spánku, ze kterého vyplývá, že si 154 respondentů (99 %) myslí, že kvalita spánku má vliv na celkovou kvalitu života.

Pouze 1 dotazovaný (1 %) se domnívá, že kvalitu života kvalita spánku spíše neovlivňuje.

Velmi zajímavé výsledky vychází z Grafu č. 20: Míra ovlivnění kvality života spánkem. Z tohoto grafu je patrné, že si 49 lidí (32 %) zapojených do výzkumu myslí, že spánek určuje kvalitu života z 61-80 %. Dalších 43 odpovídajících (28 %) přikládá vlivu spánku na celkovou kvalitu života 41-60 % a jen 5 respondentů se domnívá, že vliv spánku na kvalitu života je minimální, tedy 0-20 %.

Vzhledem k tomu, že si prakticky všichni dotazovaní myslí, že kvalita spánku ovlivňuje kvalitu života, můžu prohlásit předpoklad, že zlepšení kvality spánku vede ke spokojenějšímu životu, za potvrzený.

4 ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo prozkoumat kvalitu spánku náhodně vybraného vzorku respondentů a zjistit, zda tito lidé trpí poruchami spánku případně jakými. Jestli tito lidé mají povědomí o aromaterapii, a jakým způsobem s ní ve snaze o lepší kvalitu spánku pracují. To se, myslím, díky dotazníkovému výzkumu podařilo.

Teoretická část měla za úkol popsat ve své první části fyziologii spánku, poruchy spánku a možnosti jejich léčby. V druhé části jsem se zabývala popisem aromaterapie, aplikováním aromaterapie a uvedením nejvhodnějších rostlin s uklidňujícími a uspávacími účinky, díky kterým se hodí pro aromaterapeutické řešení zlepšování kvality spánku.

Praktická část práce spočívala ve výzkumu kvality spánku, jeho poruch a účinků aromaterapie při zlepšování kvality spánku neselektovaného vzorku populace. K tomuto účelu jsem použila elektronický dotazník vlastní konstrukce.

Přestože většina respondentů vnímá svůj spánek jako kvalitní, výzkumem jsem zjistila, že řada z nich ve skutečnosti trpí určitou formou poruchy spánku. Z výzkumu také vyplývá, že třetina respondentů svůj problémový spánek vůbec neřeší. Ti z nich, kteří se rozhodnou zlepšit kvalitu svého spánku pomocí aromaterapie, uvádí její pozitivní účinky. Nejčastěji je v rámci aromaterapie pro zlepšení kvality spánku používána meduňka lékařská a levandule lékařská a to aplikovaná pomocí aromalampy nebo esence nakapané na lůžkoviny.

Přestože výzkum prokázal, že lidé o aromaterapii vědí, bylo by vhodné o jejích účincích a používání více mluvit, aby se aromaterapie dostala do širšího povědomí veřejnosti. Jedná se totiž o šetrný ale přesto účinný přírodní prostředek vhodný k řešení mnoha psychických i somatických problémů. Jedná – li se o užívání aromaterapie ke zlepšení kvality spánku, nelze určit univerzální složení aromaterapeutické esence či směsi a jejich dávkování. Aromaterapie je vysoce individuálně vnímaná a vyžaduje tak, pečlivý osobní přístup, který zohlední všechny preference a okolnosti léčené osoby. S největší pravděpodobností ale budou použity tyto rostliny: meduňka lékařská, levandule lékařská, kozlík lékařský, heřmánek pravý, třezalka tečkovaná.

Přehled použité literatury

PRAŠKO, J.; ESPA-ČERVENÁ, K.; ZÁVĚŠICKÁ, L. (2004). Nespavost – Zvládání nespavosti. Praha: Portál, 104s., ISBN 80-7178-919-4

NEVŠÍMALOVÁ, S.; ŠONKA, K.; A KOL. (1997). Poruchy spánku a bdění. Praha: Maxdorf, 256s., ISBN 80-85800-37-3

PLHÁKOVÁ, A. (2013). Spánek a snění. Praha: Portál, 264s., ISBN 978-80-262-0365-0

SPURR, P. (2007). Jak porozumět dětským snům. Olomouc: Anag, 143s., ISBN 978-80-7263-418-7

KUKAČKA, L. (2010). Udržitelnost zdraví. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zemědělská fakulta, 228s., ISBN 978-80-7394-217-5

OREL, M.; FACOVÁ, V.; A KOLEKTIV (2009). Člověk, jeho mozek a svět. Praha: Grada, 256s., ISBN 978-80-247-2617-5

KÜNZEL, D. (1990). Lidský organizmus ve zdraví a nemoci. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., 376s., ISBN 80-201-0000-8

KASTNEROVÁ, M. (2011). Poradce pro výživu. České Budějovice: Normá Forma, 377s., ISBN 978-80-7453-177-4

KASTNEROVÁ, M. (2012). Poradce zdravého životního stylu. České Budějovice: Normá Forma, 378s., ISBN 978-80-7453-250-4

TROJAN, S.; LANGMEIER, M.; A KOLEKTIV (1994). Lékařská fyziologie. Praha: Grada Avicenum, 464s., ISBN 80-7169-036-8

FRANKL, V. E. (1998). Psychoterapie pro laiky. Brno: Cesta, 158s., ISBN 80-85319-80-2

NAKONEČNÝ, M. (1997). Motivace lidského chování. Praha: Academia, 270s., ISBN 80-200-0592-7

- KOLEKTIV PRACOVNÍKŮ LINGEA S.R.O. (2011). Slovník současné češtiny. Brno: Lingea s.r.o., 1085s., ISBN 978-080-087471-27-2
- EVANS, M. (2001). Umění harmonie – meditace, jóga, tai- či, strečink. Praha: Grada, 192s., ISBN 80-247-0106-5
- PRAŠKO, J.; PRAŠKOVÁ, H. (2001). Proti stresu krok za krokem aneb Jak získat klid a odolnost vůči nepohodě. Praha: Grada, 188s., ISBN 80-247-0068-9
- KOCOURKOVÁ, B.; PLUHÁČKOVÁ, H.; HABÁN, M. (2015): Léčivé, aromatické a kořeninové rostliny a základy fytoterapie. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 110s., ISBN 978-80-7509-361-6
- NOE, M. (2014). Aromaterapie do kapsy – Malá encyklopedie éterických olejů. Příbram: PBtisk, 300s., ISBN 978-80-86356-49-5
- FARRER-HALLSOVÁ, G. (2007). Aromaterapie od A do Z – Podrobný průvodce světem esenciálních olejů. Praha: Metafora, 400s., ISBN 978-80-7359-086-4
- ZRUBECKÁ, A.; AŠENBRENEROVÁ, I. (2008). Aromaterapie v životě ženy. Mladá fonta, a.s., 240s., ISBN 978-80-204-1938-5
- DAVIS, P. (2005). Aromaterapie od A do Z. Praha: Alternativ, 501s., ISBN 80-85993-96-1
- KORBELÁŘ, J.; ENDRIS, Z. (1974). Naše rostliny v lékařství. Praha: Avicenum, 496s., ISBN 08-006-74
- HLAVA, B.; STARÝ, F.; POSPÍŠIL, F. (1987). Rostliny v kosmetice. Praha: Artia, 238s., ISBN 37-004-87
- BARSKY, A. J.; DEANS, E. C. (2007). Jak lépe žít se zdravotními problémy. Praha: Portál, 189s., ISBN 978-80-7367-298-0
- KŘIVOHLAVÝ, J.; PEČENKOVÁ, J. (2004). Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada, 80s., ISBN 80-247-0784-5
- CHOPRA, D. (1993). Léčení těla a mysli. Praha: Alternativa, 279s.; ISBN nemá

ŽÁČKOVÁ, H.; JUCOVIČOVÁ, D. (2000). Relaxace nejen pro děti s LMD. Praha: D&H, 44s., ISBN nemá

PRAŠKO, J.; ZÁVĚŠICKÁ, L.: Poruchy spánku v ordinaci praktického lékaře, Lékařské listy 10/2010, str. 26-31

ČESKÁ AROMATERAPEUTICKÁ SPOLEČNOST – <http://www.aromaspol.cz/jak-spravne-pouzivat-aromalampy> Nepřímo citováno 22.11.2016

STŘÁDALOVÁ, N. (2015). O psychologii.cz, <http://www.opsychologii.cz/clanek/179-nocni-mury-vs-nocni-desy>/Nepřímo citováno 5.12.2016

HANZLOVSKÝ, M. (2010). Celostní medicína.cz, <https://www.celostnimedicina.cz/nocni-mury.htm> Nepřímo citováno 5.12.2016

DOBŘÝ SPÁNEK - <http://www.dobry-spanek.cz/jak-se-spi-v-evrope/jak-se-spi-v-ceske-republice-506> Nepřímo citováno 29.12.2016

NEVŠÍMALOVÁ S.: Poruchy spánku – příčiny, diagnostika a léčba, Sestra 3/2007, str. 44-45

Seznam grafů

Graf č. 1: Pohlaví respondentů	33
Graf č. 2: Věkové rozpětí respondentů	34
Graf č. 3: Hodnocení kvality spánku	35
Graf č. 4: Denní průměrné množství spánku	36
Graf č. 5: Latence usnutí.....	37
Graf č. 6: Noční buzení.....	38
Graf č. 7: Noční buzení s nemožností následného usnutí	39
Graf č. 8: Výskyt nepříjemných snů	40
Graf č. 9: Důvod zhoršené kvality spánku.....	41
Graf č. 10: Řešení problémů se spánkem	42
Graf č. 11: Znalost aromaterapie	43
Graf č. 12: Používání aromaterapie na zvýšení kvality spánku.....	44
Graf č. 17: Nejčastěji používané aromaterapeutické rostliny při spánkových potížích..	45
Graf. č. 14: Prvořadě používaná aromaterapeutická rostlina při spánkových potížích ..	46
Graf č. 15: Praktikování aromaterapie	47
Graf č. 16: Působení aromaterapie na kvalitu spánku	48
Graf č. 17: Délka nástupu účinku aromaterapie	49
Graf č. 18: Hodnocení účinnosti aromaterapie	50
Graf č. 19: Závislost kvality života na kvalitě spánku.....	51
Graf č. 20: Míra ovlivnění kvalita život	52

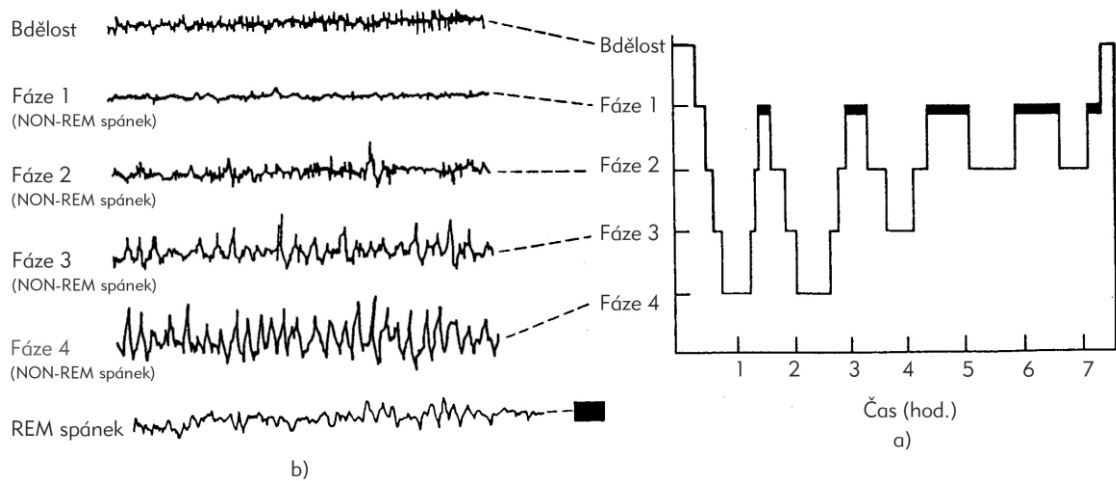
Seznam příloh

Obrázek č. 1: Spánkový hypnogram.....	65
Obrázek č. 2: Aromalampa	65
Obrázek č. 3: Difuzér ultrazvukový elektrický a Obrázek č. 4: Difuzér mechanický	66
Obrázek č. 5: Vonné bylinné pytlíčky a Obrázek č. 6: Levandule lékařská v interiéru .	66
Obrázek č.7: Meduňka lékařská.....	67
Obrázek č. 8: Kozlík lékařský.....	67
Obrázek č. 9: Levandule lékařská.....	68
Obrázek č. 10: Neroli pomerančové květy	68
Obrázek č. 11: Chmel otáčivý.....	69

Obrázek č. 12: Majoránka zahradní	69
Obrázek č. 13: Mandarinka obecná	70
Obrázek č. 14: Jalovec obecný	70
Obrázek č. 15: Řebříček obecný	71
Obrázek č. 16: Ylang ylang	71
Obrázek č. 17: Heřmánek pravý	72
Obrázek č. 18: Třezalka tečkovaná.....	72
Dotazník vlastní konstrukce.....	73

PŘÍLOHY

Obrázek č. 1: Spánkový hypnogram



(Zdroj: Sattranová, upraveno dle <http://www.soundersleep.com/study.php>)

Obrázek č. 2: Aromalampa



(Zdroj: Bioo.cz)



(Zdroj: Greenwave.cz)

Obrázek č. 3: Difuzér ultrazvukový elektrický



(Zdroj: Svetbytovychvuni.cz)

Obrázek č. 4: Difuzér mechanický



(Zdroj: Jysk.cz)

Obrázek č. 5: Vonné bylinné pytlíčky



(Zdroj: Bellarose.cz)

Obrázek č. 6: Levandule lékařská v interiéru



(Zdroj: Moje-dedra.cz)

Obrázek č. 7: Meduňka lékařská



(Zdroj: Aranis.co.uk)

Obrázek č. 8: Kozlík lékařský



(Zdroj: Wikipedie.cz)

Obrázek č. 9: Levandule lékařská



(Zdroj: Wikipedie.cz)

Obrázek č. 10: Neroli pomerančové květy



(Zdroj: Commons.wikimedia.org)

Obrázek č. 11: Chmel otáčivý



(Zdroj: Plajzka.blog.cz)

Obrázek č. 12: Majoránka zahradní



(Zdroj: Val-znanje.com)

Obrázek č. 13: Mandarinka obecná



(Zdroj: Wikipedie.cz)

Obrázek č. 14: Jalovec obecný



(Zdroj: Wikipedie.cz)

Obrázek č. 15: Řebříček obecný



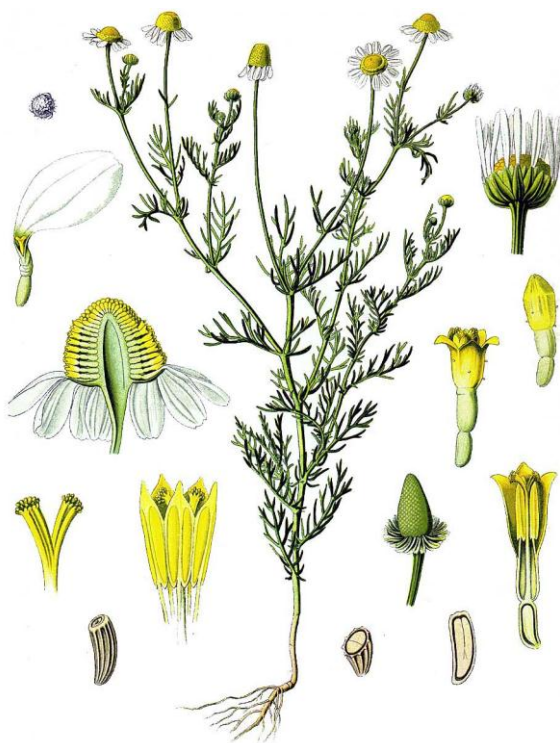
(Zdroj: Wikipedie.cz)

Obrázek č. 16: Ylang ylang



(Zdroj: En.wikipedia.org)

Obrázek č. 17: Heřmánek pravý



(Zdroj: Wikipedie.cz)

Obrázek č.18: Třezalka tečkovaná



(Zdroj: Botanickafotograie.cz)

Dotazník vlastní konstrukce

Dotazník k bakalářské práci

Tento anonymní dotazník k bakalářské práci zjišťuje kvalitu spánku veřejnosti, nejčastější poruchy spánku, jejich řešení a vliv aromaterapie na spánek.

1) Uvedte, prosím, své pohlaví.

Jsem žena

Jsem muž

2) Uvedte, prosím, svůj věk.

15 - 20

21-30

31-40

41-50

51-60

61 - 70

71 a
více

3) Jak hodnotíte kvalitu svého spánku?

Velmi kvalitní

Spíše kvalitní

Spíše nekvalitní

Velmi nekvalitní

4) Kolik hodin denně průměrně spíte?

4 - 5 hodin

6 - 7 hodin

8 hodin a více

5) Jak dlouho od ulehnutí Vám zpravidla trvá, než usnete?

0 - 5 minut

6 - 10 minut

11 - 15 min

16 - 20 min

21 - 30 min

31 minut

6) Odpovězte, prosím, na toto prohlášení: "V NOCI SE ČASTO BUDÍM."

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

7) Odpovězte, prosím, na toto prohlášení: "V NOCI SE VZBUDÍM A PAK NEMŮŽU USNOUT."

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

8) Odpovězte, prosím, na toto prohlášení: "V NOCI SE MI ČASTO ZDAJÍ NEPŘÍJEMNÉ SNY."

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

9) Co si myslíte, že zhoršuje kvalitu Vašeho spánku?

Vyplňte, prosím, všechny odpovídající možnosti

- Zdravotní stav
- Stres - ani po ulehnutí nemůžu přestat myslet na své starosti a povinnosti
- Nepřiměřená únava
- Vnější ruchy (např.: hluk z ulice, chrápající partner, světlo, nepříjemná teplota v místnosti...)
- Jiné - prosím, uveďte co:
- Nemyslím si, že by něco zhoršovalo kvalitu mého spánku

10) Jak nejčastěji své problémy se spánkem (občasné, pravidelné, krátkodobé, dlouhodobé) řešíte?

Vyplňte, prosím, všechny odpovídající možnosti

- Vezmu si prášek na spaní. Pokud ano, uveďte, prosím, jaký:
- Jdu spát dříve než obvykle
- Jdu spát déle než obvykle
- Používám alternativní metody (např.: relaxaci, aromaterapii, piji bylinné čaje)
- Neřeším své problémy se spánkem
- Nemám problémy se spánkem

11) Vím, co je aromaterapie.

- Ano Ne

Následující otázky jsou zaměřeny na aromaterapii. Aromaterapie je cílené používání vonných výtažků z různých druhů rostlin pro navození pocitu pohody a zlepšení fyzické kondice. K aplikaci aromaterapie se nejčastěji používají aromalampy, vonné tělové oleje, vonné spreje, vonná mýdla/gely/pěny, koupelové soli, vonné pytlíčky a polštářky, rostlinné esence nakapané na lůžkoviny či textil, vonné rostliny v interiéru (živé či sušené) apod.

12) Už jsem někdy s aromaterapií v souvislosti se zlepšením kvality spánku pracoval/a?

Ano

Ne

Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a „ANO“, pokračujte prosím dalšími otázkami.

Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a „NE“, přejděte prosím k otázce č. 19 a 20.

13) Pokud používáte aromaterapii, které rostliny při potížích se spánkem používáte?

Vyplňte, prosím, všechny odpovídající možnosti

Levanduli lékařskou

Kozlík lékařský

Meduňku lékařskou

Heřmánek pravý

Třezalku tečkovanou

Jiné, prosím uveďte jaké:

14) Pokud používáte aromaterapii pro zlepšení kvality svého spánku, kterou rostlinu používáte jako první?

Levanduli lékařskou

Kozlík lékařský

Meduňku lékařskou

Heřmánek pravý

Třezalku tečkovanou

Jiné, prosím uveďte jaké:

15) Jak aromaterapii praktikujete?

Vyplňte, prosím, všechny odpovídající možnosti

Aromalampa nebo dyfuzér

Aromaterapeutické koupele

Tělové oleje

Vonné polštářky

Bytové spreje

Pár kapek vonné esence na lůžkoviny, příp. na jiný textil v ložnici

Vonné rostliny (živé či sušené) v interiéru. Pokud ano, prosím, uveďte

jaké:

16) Jaké účinky aromaterapie ve vztahu k spánku na sobě pociťujete?

Vyplňte, prosím, všechny odpovídající možnosti

- Rychleji usínám V noci se méně budím Zdají se mi příjemné sny
- Nepříjemné sny se mi zdají méně Ráno se budím odpočatější Celkově se cítím lépe
- Nepociťuji žádné účinky

17) Pokud jste na sobě zaznamenal/a účinky aromaterapie, po jak dlouhé době aplikování aromaterapie to bylo?

- 1 - 3 dny 4 - 7 dní 8 - 14 dní
- 15 - 21 dní 22 a více dní Nepamatuji se

18) Hodnotíte aromaterapii jako účinnou?

- Ano Spíše ano Spíše ne Ne

19) Myslíte si, že má kvalita spánku vliv na celkovou kvalitu života?

- Ano Spíše ano Spíše ne Ne

20) Do jaké míry (vyjádřeno v procentech) si myslíte, že spánek určuje kvalitu života?

- 0 - 20% 21 - 40% 41 - 60% 61 - 80% 81 - 100%

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu při vyplňování tohoto dotazníku.

Anna Sattranová – studentka Výchovy ke zdraví na PF JČU