

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
Katedra OUSHI

Diplomová práce

2024 Bc. Jaroslava Vybíralová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
Katedra OUSHI

Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci

Bc. Jaroslava Vybíralová



**Chronické bolesti v malej panve a ich psychosociálne faktory
v kontexte psychosomatiky**

Diplomová práca

2024 Vedúca práce: MUDr. Natália Kaščáková, Ph.D.

Prehlasujem, že som prácu vypracovala samostatne a že som všetky použité informačné zdroje uviedla v zozname literatúry.

V Brne dňa 17. 11. 2024

PodĎakovanie

Týmto chcem úprimne poďakovať vedúcej svojej diplomovej práce MUDr. Natálii Kaščákovej, PhD. za možnosť realizácie tejto práce pod jej odborným vedením. Za jej podnetné rady, ktoré boli pre mňa vždy inšpiráciou, za jej motiváciu ako aj nesmiernu trpezlivosť. Vďaka patrí Mgr. et Ing. Václavu Greplovi, Ph.D. za cenné rady v metodicknej oblasti. Predovšetkým by som chcela poďakovať svojmu manželovi Zdeňkovi, že mi bol počas písania tejto práce neskutočnou oporou. Obrovská vďaka patrí priateľom a rodine za ich povzbudivé slová a trpezlivosť pri písaní tejto práce.

Abstrakt

Závěrečná práce sa zameriava na analýzu vzťahu medzi chronickou bolesťou v malej panve (CPP) a psychosociálnymi faktormi, konkrétne stresom, depresiou, úzkosťou, psychotraumatizáciou a resilienciou. Cieľom teoretickej časti je poukázať na význam bio-psycho-sociálneho modelu pri skúmaní a liečbe daného ochorenia. Tento model zdôrazňuje, že ochorenie nevzniká a neprebíha izolovane, ale je výsledkom komplexnej interakcie biologických, psychologických a sociálnych faktorov. Vďaka tomuto prístupu sme preskúmali širokú škálu liečebných možností pre pacientov s CPP. K tomu aby boli dosiahnuté čo najlepšie výsledky je nevyhnutné kombinovať rôzne terapeutické metódy a zohľadniť individuálne potreby každého pacienta.

V empirickej časti práce bol realizovaný kvantitatívny výskum na vzorke 1800 respondentov. Získané dáta boli analyzované štatistickými metódami. Výsledky potvrdili významnú súvislosť medzi depresiou, úzkosťou, celkovou závažnosťou psychopatológie a CPP. Respondenti s týmto ochorením vykazovali v porovnaní so subjektívne zdravými vyšší výskyt stresorov pred 16. rokom, boli vystavení vyššej miere traumatizácie a interpersonálneho násillia. Vykazovali nižšiu mieru resiliencie (odolnosti) ako osoby subjektívne zdravé. Zaujímavým zistením bolo, že sa nepotvrdil náš predpoklad vzťahu medzi CPP a sexuálnym zneužívaním ako aj plodným vekom. Získané výsledky sú podrobne analyzované a porovnávané s existujúcimi modelmi etiológie a patogenézy CPP.

Naše výsledky potvrdili významný vzťah medzi psychosociálnymi faktormi a chronickou bolesťou v malej panve. Získané poznatky zdôrazňujú potrebu multidisciplinárnej spolupráce pri liečbe osôb s týmto ochorením a poukazujú na dôležitosť individuálneho prístupu.

Kľúčové slová: *chronická bolesť v malej panve, stres, depresia, úzkosť, interpersonálne násillie, sexuálne zneužívanie*

Abstract

The final thesis focuses on the analysis of the relationship between chronic pelvic pain (CPP) and psychosocial factors including stress, depression, anxiety, traumatization and resilience. The aim of the theoretical part is to highlight the importance of the bio-psycho-social model in the investigation and treatment of the disease. This model emphasises that illness does not arise and progress in isolation, but is the result of a complex interaction of biological, psychological and social factors. With this approach, we have explored a wide range of treatment options for patients with CPP. In order to achieve the best results, it is essential to combine different therapeutic methods and to take into account the individual needs of each patient.

In the empirical part of the thesis, quantitative research was conducted on a sample of 1800 respondents. The obtained data were analyzed by statistical methods. The results confirmed a significant association between depression, anxiety, overall severity of psychopathology and CPP. Respondents with this disease showed a higher prevalence of stressors before the age of 16, were exposed to higher levels of traumatization and interpersonal violence. They showed a lower level of resilience (resilience) than subjectively healthy persons. An interesting finding was that our hypothesis of a relationship between CPP and sexual abuse as well as childbearing age was not confirmed. The results obtained are analyzed in detail and compared with existing models of the etiology and pathogenesis of CPP.

Our results confirmed a significant relationship between psychosocial factors and chronic pelvic pain. The findings emphasize the need for multidisciplinary collaboration in the treatment of persons with CPP and highlight the importance of an individualized approach.

Keywords: *chronic pelvic pain, stress, depression, anxiety, interpersonal violence, sexual abuse*

Obsah

Úvod	9
1 Teoretická časť	10
1.1 Chronická bolesť v malej panve (CPP).....	10
1.2. Gynekologické ochorenia.....	11
1.2.1 Endometrióza	12
1.2.2 Dysmenorea.....	13
1.3 Liečba CPP	14
2 Psychosomatika.....	18
2.1 Rozdelenie psychosomatických ochorení	19
2.2 Bio- psycho- sociálny model psychosomatiky	20
2.3 Bio-psycho-sociálny pohľad na CPP	21
2.3.1. Terapeutický rozhovor so psychosomatickým pacientom	23
3 Psychogénne faktory CPP	24
3.1 Stres	24
3.2 Depresia.....	25
3.3 Úzkosť	26
3.4 Zlé zaobchádzanie v detstve	28
3.4.1 Sexuálne zneužívanie.....	30
3.5 Resiliencia	32
4 Výskumná časť.....	35
4.1 Výskumný problém a ciele práce.....	35
4.2 Výskumné hypotézy a výskumná otázka	35
4.3 Metodologický rámec.....	36
4.4 Popis realizovaného výskumu	36
4.4.1 Sociodemografický dotazník.....	36
4.4.2 Dotazník dlhodobých ťažkostí a ochorení.....	37
4.4.3 Stručný inventár príznakov - Brief Symptom Inventory (BSI-53)	37
4.4.4 Stručná škála resiliencie - Brief Resilience Scale (BRS)	37
4.4.5 Dotazník životných stresorov – Life stressor checklist revised (LSC-R)	38
4.4.6 Dotazník Trauma z detstva - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	38
4.5 Zber dát a postup pri výskume	39
4.6 Výskumný súbor.....	39
4.7 Práca s dátami a ich výsledky	40
4.8 Výsledky výskumných otázok a štatistických hypotéz	40

5 Diskusia.....	48
6 Obmedzenia a možné zdroje chýb.....	56
Záver	57
Zoznam použitej literatúry	59

Úvod

Mnohé ženy po celom svete trpia chronickou bolesťou v oblasti malej panvy (CPP). Tento komplexný problém, postihujúci približne 15 % žien v reprodukčnom veku (Stones, 2000), je často spojený s výrazným podceňovaním a stigmatizáciou. Napriek vysokému výskytu vyhľadá odbornú pomoc len približne tretina postihnutých žien (Zielińska et al., 2023). Je to spôsobené nedostatočným povedomím o tejto problematike, ale aj neochotou žien hovoriť o svojich intímnych problémoch. Toto ochorenie často vedie k významným zmenám v živote postihnutých žien. Ovplyvňuje ich partnerské vzťahy, sexuálny život, pracovné schopnosti a celkovú kvalitu ich života.

Teoretická časť diplomovej práce poskytne čitateľovi komplexný pohľad na chronickú bolesť v malej panve. Ozrejmí mu najčastejšie bolestivé gynekologické ochorenia medzi ktoré patrí endometrióza a dysmenorea. Dôkladne sa venuje psychosociálnym faktorom tohoto ochorenia v kontexte psychosomatiky. Vysvetlí mu bio-psycho-sociálny model psychosomatiky a CPP. Z psychogénnych faktorov sa zameria na stresory, depresiu, úzkosť, psychotraumatizáciu, sexuálne zneužívanie a resilienciu. Dôležitou oblasťou teoretickej časti je zhrnutie najčastejších liečebných postupov, ktoré zahŕňajú okrem klasickej chirurgickej liečby aj fyzioterapiu, psychoterapiu a ďalšie alternatívne formy.

V praktickej časti chceme objasniť, do akej miery vyššie spomenuté psychosociálne faktory ovplyvňujú výskyt bolesti v malej panve. Naším cieľom je prispieť k lepšiemu pochopeniu tohoto ochorenia. Diskusia prináša porovnanie s výskumami tejto problematiky naprieč celým svetom.

Touto diplomovou prácou chceme naviazať na moju bakalársku prácu s názvom *Gynekologické a sexuálne problémy študentiek medicíny v kontexte psychosomatiky*, ktorú som obhájila v roku 2017 pod rodným priezviskom Kurilcová. Niektoré jej časti sme využili v rámci tejto diplomovej, presnejšie v týchto kapitolách: 1.2, 1.2.2, 2, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, v schválenom rozsahu a to nižšom ako 50%.

1 Teoretická časť

1.1 Chronická bolesť v malej panve (CPP)

Chronická bolesť v malej panve (ďalej budeme používať anglickú skratku CPP), je definovaná ako bolesť pretrvávajúca viac ako pol roka. Môže spôsobiť nižšiu fyzickú výkonnosť a má vplyv na kvalitu života žien (Ahangari, 2014). To potvrdzujú aj českí autori Mašata & Fučík (2023), ktorí vo svojej publikácii tvrdia, že toto ochorenie výrazne znižuje kvalitu života žien a hlavne ich produktivitu (Urban et al. 2023). Pre CPP je charakteristická jej cyklickosť. Najvyššiu intenzitu dosahuje u žien v období menštruačného krvácania (Lenz et al. 2021). Ide o ochorenie, ktoré je celosvetovým problémom postihujúcim ženy všetkých vekových kategórií (Ahangari, 2014). Podľa populačného odhadu Stones z roku 2000 trpelo chronickou bolesťou v malej panve približne 15 % žien vo veku 18-50 rokov. Výskum Zielińskiej et al. z roku 2023 poukazuje na výskyt syndrómu chronickej bolesti v malej panve u 5,7 % až 26,6 % žien v reprodukčnom veku. Napriek tak vysokému výskytu asi len jedna tretina žien trpiacich CPP vyhľadá lekársku starostlivosť. Dochádza tak k veľkej medzere medzi liečbou a povedomím o tomto ochorení.

CPP je komplexné, mnohostranné ochorenie, ktoré postihuje ženy aj mužov (Hutton, 2023). Príčina tejto bolesti u mužov aj žien sa delí podľa lokalizácie do dvoch skupín: postihujúca panvové dno alebo bolesť v dutine malej panvy. Môže dôjsť k prelínaniu týchto skupín (Zámečník & Hanuš, 2008). Witten et al. (2014) dopĺňajú ďalšie rozdelenie tohto ochorenia podľa príčiny: gynekologické, urologické, gastrointestinálne (tráviaci trakt) a muskuloskeletálne (svalovo-kostrové). Speer et al. (2016) tvrdia, že CPP súvisí s inými funkčnými somatickými bolestivými syndrómami (napr. nešpecifický chronický únavový syndróm, syndróm dráždivého čreva) ako aj duševnými poruchami (napr. depresia a PTSP – posttraumatická stresová porucha). Základom diagnózy je ultrazvukové vyšetrenie na vylúčenie anatomických zmien a v prípade endometriózy je potrebné i laparoskopické vyšetrenie (minimálne invazívne chirurgické vyšetrenie). Stein (2013) dopĺňa, že multidisciplinárna povaha chronickej bolesti v malej panve môže komplikovať jej diagnostiku a liečbu.

1.2 Gynekologické ochorenia

Podľa Haefner et al. (2005) patrí k najčastejším bolestivým syndrómom-endometrióza, vulvodýnia a dysmenorea, kde ide o chronický výskyt týchto epizodických bolestí. Toto sú hlavné gynekologické klinické obrazy s psychogénnym významom. Usporiadané sú vzostupne podľa podielu psychickej etiopatogenézy príslušnej poruchy nasledovne:

- poruchy krvácania
- predmenštruačný syndróm (PMS)
- sterilita (neplodnosť)
- flour (vaginálny výtok)
- pruritus vulvae (svrbenie vagíny)
- pelvipathia vegetativa (bolesť v podbruší)
- sekundárna amenorea (vynechávanie menštruácie)
- juvenilné krvácanie (predmenštruačné krvácanie)
- príliš silné klimakterické problémy
- dysmenorea (bolestivá menštruácia)
- dyspareunia (bolesť pri styku)
- vaginismus (krčovité stiahnutie pošvového vchodu)
- grossesse nerveuse (falošná gravidita)

(Franke et al., 2008).

Bolestivá menštruácia, psychogénne krvácanie, bolesti v podbrušku, funkčné sexuálne poruchy a klimakterické problémy sú podľa Poněšického (2010, s. 55) najčastejšie psychosomatické gynekologické problémy, pričom zdôrazňuje vzájomné pôsobenie medzi telom, psychikou, ekonomickými, sociálnymi a kultúrnymi okolnosťami, ktoré majú dopad na aktuálne prežívanie ženy. Kiňová (2009) tvrdí, že počas plodného obdobia ženy nie sú poruchy menštruačného cyklu ojedinelé. Špecifické ženské problémy sa často objavujú aj pri rôznych psychických poruchách, hlavne pri depresiách s nasledujúcimi typickými symptómami: nedostatok libida, frigidita, pošvový výtok, vysychanie vaginálnej sliznice, bolesti pri pohlavnom styku, genitálne, menštruačné problémy, až po vynechávanie menštruácie. Mitsuhashi et al. (2022) vo svojom systematickom prehľade metaanalýz zistili faktory spojené s výskytom

a závažnosťou symptómov súvisiacich s menštruáciou. Ide o stres, fajčenie, menší počet hodín spánku ako 7 ako aj súvislosť s rodinnou anamnézou. Gynekologické problémy sú často vnímané ako čisto fyzické ochorenia. Avšak, stále viac výskumov poukazuje na to, že psychické faktory môžu zohrávať významnú úlohu pri ich vzniku a priebehu. Vplyv na rozvoj a vznik gynekologických problémov majú podľa Orlovej (2003) aj interpsychické a intrapsychické udalosti. Konflikty vo vzťahoch medzi človekom a jeho okolím môžu viesť ku gynekologickým symptómom. Tieto príčiny sú podľa Franke, (2008, in Tress et al., 2008) takmer vždy psychogénne, prinajmenšom majú silnú psychickú spoluúčasť na danom ochorení. Morschitzky (2007) potvrdzuje, že okrem mechanizmov hormonálnej regulácie ženského tela a telesno-biologických zvláštností môžu vznik gynekologickej choroby podporovať aj sociálne, spoločenské a partnerské okolnosti.

1.2.1 Endometrióza

Toto ochorenie je odvodené od slova „endometrium“, čiže výstelka maternice, ktorá medzi dvoma menštruačnými fázami maternicu pokrýva. Slúži k uhniesdeniu embrya počas tehotenstva. V prípade, že sa to nestane, dochádza v priebehu menštruácie k jej odlúčeniu. Endometrióza je ochorenie, kde dochádza k tomu, že sa čiastočky sliznice nachádzajú mimo maternice a spôsobujú tým zápal (Desjardins-Simon, 2015). Prvýkrát bolo toto ochorenie objavené v roku 1860, a to Carlem von Rokitanskym, rodákom z Hradce Králové a profesorom vo viedenskom anatomickom ústave. Napriek tomu, že je to už 150 rokov, aj v súčasnosti je diagnostika tohto ochorenia veľmi náročná. Priemerný interval medzi jej prvými príznakmi a diagnostikou je cca 8-11 rokov (Hudelist & Keckstein, in Lenz et al. 2021). Sampson (in Lenz et al. 2021) popísali už v 20. rokoch teóriu retrográdnej menštruácie, ktorá je podľa neho príčinou vzniku endometriózy. Lenz (2021) klasifikuje endometriózu ako „chronické estrogénovo-depedentné zápalové ochorenie“ (závislé na hladine estrogénu), ktoré sa vyskytuje u 10-30 % žien v reprodukčnom veku. Dopĺňa, že ide o multifaktoriálne ochorenie, pretože sa na ňom podieľa hormonálny systém ženy, genetika, environmentálna a imunologická zložka. Waldman (2024) poukazuje na výskyt u približne 35 % neplodných žien a 80 % žien trpiacich chronickou bolesťou v malej panve. Desjardins-Simon (2015) poukazujú na vysokú prevalenciu bolestivých príznakov pri tomto ochorení. Gioia et al. (2023) dopĺňajú, že toto chronické zápalové ochorenie výrazne znižuje kvalitu života žien. Fanta

v knihe Urban et al. (2023) poukazujú na to, že endometrióza so sebou prináša signifikantný personálny, psychosociálny a socio-ekonomický dopad na pacientky ako aj ich rodiny. Súvislosť tohto ochorenia s genetikou popisuje zaujímavý výskum už spomenutého Waldmana z roku 2024, ktorý zistil, že výskyt endometriózy je 10-násobne vyšší u žien s prvostupňovým príbuzným trpiacim týmto ochorením, a to najmä u žien európskeho pôvodu. Zhoda je tiež zaznamenaná u jednovaječných dvojčiat. Na psychosomatický rozmer tejto diagnózy poukazuje taktiež Desjardins-Simon (2015). Tvrdí, že niektoré nálezy endometriózy môžu viesť k hľadaniu jej príčiny v psychike. Dodnes nie je jasné, prečo sa čiastočky endometria vyskytujú mimo pôvodného miesta svojho umiestnenia. Ak materstvo predstavuje na psychickej rovine pre človeka ohrozenie, je podľa autora psychika schopná vytvoriť na nevedomej úrovni fyziologické zábrany.

1.2.2 Dysmenorea

Pre veľmi bolestivú menštruáciu odborne zvanú dysmenorea sú typické kŕčovité, ťahavé bolesti v podbrušku, ku ktorým sa môžu pridať bolesti hlavy, nevoľnosť, bolesti chrbta ako aj podráždenosť. Bolesť prichádza obvykle do niekoľkých hodín pred začiatkom menštruácie, postupne sa jej intenzita zvyšuje a po dvoch až troch dňoch tieto bolesti odznejú. Bolestivá menštruácia často súvisí so začínajúcim alebo doposiaľ neadekvátnym fungovaním vaječníkov, preto je jej najčastejší výskyt v mladosti a ranej dospelosti. Značnú rolu zohráva aj hormonálne podmienená zmena prahu vnímania bolesti (Morschitzky, 2007). Mierna forma tohto ochorenia sa vyskytuje až u 50 % žien, a to hlavne u tých mladších a u nerodičiek (Citterbart, 2001). Macků (1992) tvrdí, že u niektorých žien sa prvýkrát objavuje v menarché a u iných prepukne neskôr, napr. pri endometrióze a po zápaloch. Čepický & Čížiková (1986, in Baštecký et al., 1993) tvrdia, že pri bolestivej menštruácii bez organickej príčiny ide o psychosomatické ochorenie. Toto tvrdenie potvrdzuje aj Citterbart (2001), ktorý považuje dysmenoreu za psychosomatickú poruchu. Nedávna štúdia Yalvac z roku 2024 taktiež zdôrazňuje, že primárna dysmenorea je ovplyvnená biologickými aj psychologickými faktormi. Podľa Frankla (2008, in Tress et al., 2008) medzi psychogénne príčiny tohto ochorenia zaraďujeme poruchy osobnosti, odmietanie ženskej role, ale aj akútne sklamanie (napr. po túžobnom očakávaní tehotenstva). Poněšický (2010) nadväzuje na súvislosť bolesti s odmietaním role ženy. Bolesť sa začína vyskytovať v puberte, kedy veľakrát dochádza

k ambivalencií voči ženskej role ako aj úzkosti z nej. Neraz preto bolesti odznejú počas užívania hormonálnej antikoncepcie, keď sa u ženy zníži úzkosť zo sexuálneho styku a spolu s hormonálnym účinkom dochádza k dozretiu ženskej sexuality. V staršom výskume Wittkover & Wilson (1940, in Gerstle, 1957) autori zistili, že v mladšom veku boli skúmané dievčatá 5 až 7 - krát viac emocionálnejšie ako kontrolná skupina. V období adolescencie sa tieto dievčatá zaradili do dvoch hlavných osobnostných skupín. V prvej sa objavil hlboký odpor voči ženskej roly a v druhej skupine boli dievčatá, ktoré boli fyzicky nezrelé, hanblivé, chronicky úzkostné a často sa sťažujúce. Podľa Poněšického (2010) môže byť za vyvolaním tohto ochorenia aj školská, profesionálna, partnerská a rodinná záťaž. Morschitzky (2007) dopĺňa, že dysmenoreu nepriaznivo ovplyvňujú psychické konflikty, emocionálne problémy, depresivita a slabšia forma úzkosti, ako aj psychosociálne záťažové faktory. Psychické vypätie a veľká záťaž môžu ovplyvňovať hypofýzu, ktorá môže spôsobiť zrútenie celého hormonálneho riadenia menštruačného cyklu. Za výskytom tohto ochorenia stojí do značnej miery aj psychické zdravie. Bajalan et al. (2019) poukazujú na významný vzťah medzi duševným zdravím a primárnou dysmenoreou. Uvádza výskyt depresie, úzkosti a stresu v priebehu tohto ochorenia, čím zdôrazňujú dôležitosť psychologického posúdenia duševného zdravia pred výberom terapeutických metód. Psychoterapia môže byť podľa Frankle (2008, in Tress et al., 2008) účinná pri liečbe tohto ochorenia, pričom pomáha približne dvom tretinám pacientok. Existuje aj povrchná forma, ktorá je spôsobená vzorcami správania iných žien v rodine, napríklad matkou. Túto formu dysmenorey môžeme označiť ako *naučení*.

1.3 Liečba CPP

Falcone (2005, in Holub et al., 2005) tvrdí, že laparoskopická liečba endometriózy je aktuálne najviac populárnou konzervatívnou operačnou metódou liečby. Ide o minimálne invazívnu formu pretože dochádza len k odstráneniu ložísk endometria. Ďalšou metódou liečby je hysterektómia s odstránením jedného vaječníka, alebo *definitívna hysterektómia* pri odstránení oboch vaječníkov, maternice a všetkých ložísk endometria v tele. CPP je podľa Lamvu et. al (2021) príčinou 40 % laparaskopíí a 12 % hysterektómií v USA ročne, napriek tomu, že v 80 % prípadoch nie je príčina gynekologického pôvodu. Priaznivý terapeutický efekt hysterektómie na CPP je podľa Holuba et al. (2005) len výnimočný. Fanta (2005, in Urban et al. 2023) podotýka, že pri

tomto ochorení je častá recidíva aj po chirurgickom zákroku. Speer et al. (2016) zdôrazňuje, že je vhodné hysterektómii zvážiť až ako poslednú možnosť liečby, pretože podľa neho dochádza k zlepšeniu len v polovici prípadov. Neto et al. (2023) túto myšlienku popierajú. Chirurgická liečba endometriózy podľa nich značne zlepšuje kvalitu života žien. Ďalšiu vhodnou operatívnu formou liečby CPP je podľa Holuba et al. (2005) laparoskopické prerušenie väzov a nervov v malej panve, ktoré spôsobujú chronickú bolesť. Tento operačný zákrok prináša vysokú efektivitu hneď po operácii, s účinnosťou 50-85 %. Do jedného roka po chirurgickom zákroku sa efekt postupne znižuje.

Podľa Lamvu et al. (2013) je CPP veľmi podobná ostatným chronickým bolestivým syndrómom kvôli bio-psycho-sociálnym faktorom, ktoré na bolesť vzájomne pôsobia. Haugstad et al (2018) poukazujú na to, že pre ženy trpiace chronickou bolesťou v malej panve je veľmi dôležité dobré psychické zdravie. Psychický stav pacientky výrazne ovplyvňuje účinnosť liečby a preto predpokladáme, že je vhodné zohľadniť aj sociálny aspekt toho čo pacientka počas liečby prežíva. Podporuje to aj štúdia Kays (2012), ktorá vyzdvihuje budovanie pozitívnych a empatických vzťahov medzi pacientom a lekárom. To môže viesť k zlepšeniu zdravotného stavu a prispieť k lepšej starostlivosti o ženy s chronickou bolesťou v malej panve. Poukazuje na to aj výskum Price et al. (2006), ktorí zistili, že je potrebné zlepšiť ambulantnú starostlivosť o ženy s CPP. Z výsledkov vyplýva, že ženy by si viac priali osobnú starostlivosť, cítiť sa pochopené, ocenili by podrobnejšie vysvetlenia týkajúce sa ich diagnózy a v neposlednom rade by privítali uistenie ohľadom príčiny a vyššiu informovanosť o možnostiach liečby. Štúdia Zhang et al. (2024) poukazujú na to, že včasné poskytnutie psychosociálnej podpory v klinickej praxi môže byť prospešné pre ženy s diagnózou endometriózy. To dokazuje aj výskum Cheonga et al. (2014). Autori zistili zlepšenie CPP u žien, ktorým bola častejšie ponúkaná ultrasonografia. Okrem zmiernenia bolesti došlo k tomu, že sa cítili pokojnejšie oproti ženám u ktorých sa medzi vyšetreniami dlhšie čakalo. Domnievame sa, že tento personalizovaný psychosociálny prístup sa javí ako sľubná stratégia pri liečbe chronickej bolesti. Lamvu et al. (2013) dopĺňajú, že individuálny prístup k pacientovi s CPP, zahŕňa podrobnú anamnézu, ktorá je kľúčová pre identifikáciu všetkých relevantných biopsychosociálnych faktorov týkajúcich sa tejto diagnózy. Integrovať psychosociálne a medicínske prvky starostlivosti je podľa Engelera (2013) prvoradé hlavne u pacientov, u ktorých CPP pretrváva aj po vhodnej lekárskej liečbe.

Lamvu et al. (2013) zdôrazňuje, že CPP sa často vyskytuje spolu s poruchami, ktoré nie sú priamo spojené s touto diagnózou, ale súvisia so psychosociálnym prežívaním tohto ochorenia. Ide o problémy so spánkom, časté zmeny nálad, kognitívne poruchy a migrény. Nicholas et al. (2019) poukazujú na fakt, že chronická bolesť v malej panve, ako každé bolestivé ochorenie, vychádza z biopsychosociálneho rámca. To znamená, že všetky podtypy tejto diagnózy sú považované za multifaktoriálne podmienené, pričom ich vznik a priebeh ovplyvňujú biologické, psychologické a sociálne faktory. Speer et al. (2016) odporúčajú zapojenie pacientky do biopsychosociálneho prístupu pri liečbe akéhokoľvek identifikovateľného chorobného procesu, ako je endometrióza, intersticiálna cystitída (syndróm bolestivého močového mechúra) a k tomu súčasne sa vyskytujúca depresia.

Chronická bolesť v malej panve má veľkú súvislosť s predchádzajúcou emocionálnou alebo fyzickou traumou. Etiológia chronickej bolesti v malej panve môže súvisieť aj s funkčným syndrómom somatickej bolesti (Dydyk & Gupta, 2023). Vzhľadom na multifaktoriálnu etiopatogézu je vhodné o liečbe uvažovať z bio-psycho-sociálneho hľadiska, a preto by mala zohľadňovať okrem biologickej aj psychologickú rovinu. Nosková (2016) tvrdí, že neliečený syndróm chronickej bolesti v malej panve často súvisí s negatívnymi behaviorálnymi, kognitívnymi, sexuálnymi a emocionálnymi dôsledkami. Na liečbe CPP by sa mal podieľať multidisciplinárny tím, ktorý pozostáva zo spolupráce psychológa, gynekológa, urológa, algeziológa a rehabilitačného lekára. Základom liečby je podľa nej analgetická farmakoterapia, psychoterapia a fyzioterapia. Podľa Kotka (2010) by mala liečba chronickej bolesti zahŕňať nielen fyzické aspekty, ale aj psychologickú podporu. Tvrdí, že psychoterapia, relaxačné techniky a podporné intervencie môžu výrazne prispieť k zlepšeniu kvality života. Nosková (2016) odporúča kognitívno behaviorálnu terapiu (KBT) a v oblasti sexuálnych problémov je podľa nej vhodné využitie i párovej terapie. Kaščáková (2022, s.53) poukazuje na vhodnosť využitia týchto psychoterapeutických metód – autogénny tréning, progresívnu svalovú relaxáciu, dynamickú psychoterapiu, koncentratívne-pohybovú terapiu, rodinnú terapiu, katathýmne-imaginatívnu psychoterapiu, suportívnu terapiu, KBT. Veľké účinky v liečbe CPP sa pripisujú aj hybridu kognitívnej psychoterapie a fyzioterapie. Ide o tzv. *Mensedickú somatokognitívnu terapiu*, ktorej cieľom je podľa Haugstad et al. (2018), aby si pacienti vyvinuli stratégie zvládania a ovládania vlastného života. A to pomocou zamerania sa na vlastné telo, zvládania pohybových úloh, ktoré sú doplnené o empatický prístup. Už spomenutý Haugstad et al. vo svojom výskume opisuje u žien po tomto type

liečby významné zníženie bolesti, zlepšenie motorických funkcií ako aj lepšie zvládanie úzkosti oproti referenčnej skupine. Domnievame sa, že zameranie sa na telo je pri liečbe CPP dôležité. Bishop et al. (2020) odporúčajú k liečbe bolesti manuálnu terapiu, ktorá zahŕňa celý rad techník, medzi ktoré patrí manipulácia a mobilizácia mäkkých tkanív a kĺbov. Zameranie sa na telo radí aj Saxena et al. (2017), ktorí zistili vo svojom výskume, že osem týždňov jógovej terapie u žien s CPP výrazne zlepšilo ich kvalitu života. Zlepšenie bolo pozorované vo všetkých oblastiach, tj. vo fyzickej, psychologickej, sociálnej a environmentálnej. U pacientok s CPP, ktoré dostávali iba konvenčnú liečbu, sa nepozorovala žiadna významná zmena. Potvrdzujú to aj výsledky metaanalýzy Russell et al. (2019), ktorí podporujú cvičenie jógy. To vedie k zníženiu bolesti a zlepšeniu kvality života u žien s CPP. Podľa Noskovej (2016) vyhľadáva väčšina pacientok trpiacich chronickou bolesťou aj alternatívne možnosti liečby. Medzi ne patrí akupunktúra a relaxačné techniky. Ide o vhodné doplnky ku komplexnej liečbe. Vďaka zvýšenej spoluúčasti pacienta na riešení zdravotného problému to má priaznivý vplyv na jeho psychiku. Existujú aj iné, menej klasické možnosti liečby. Výsledky výskumu Zheng et al. (2023) ukázali, že suplementácia antioxidačnými vitamínmi môže účinne zmierniť bolesť súvisiacu s endometriózou. Analýza podskupín ukázala, že suplementácia vitamínom E (s vitamínom C alebo bez neho) mala pozitívny vplyv na zlepšenie klinickej bolesti v malej panve u pacientok s CPP. Naopak, suplementácia vitamínom D bola spojená so znížením bolesti v malej panve u pacientok s endometriózou, ale rozdiel nebol štatisticky významný v porovnaní s placebom (Zheng et al. 2023).

Parsons et al. (2022) tvrdia, že jednostranne zamerané metódy liečby sú väčšinou neúspešné. Naopak, individualizovaná liečba CPP sa zdá byť najslubnejším prístupom. Polackwich & Shoskes (2016) sa zaoberali terapiou chronickej prostatickej bolesti a bolesti v malej panve. Posudzovali viaceré typy liečby: antibiotiká, protizápalové lieky, neuromodulátory, alfa blokátory, fyzikálnu terapiu panvového dna a KBT. Ukázalo sa, že každá z týchto metód má rôznu úspešnosť pri zmierňovaní symptómov, najvhodnejšie je ale terapiu „ušiť na mieru“ danému pacientovi podľa jeho symptómov. Preukázali úspešnosť u 75–84 % pacientov. Potvrdzuje to aj Speer et al. (2016) podľa ktorých by sa mala liečba CPP realizovať prístupom zameraným na konkrétneho pacienta.

2 Psychosomatika

„Emócie sú slová tela, ktorým treba pozorne naslúchať, inak by ich telo vyslovovalo svojimi bolesťami“ (Rancourt, 2008, s. 130). Rancourt (2008) ďalej tvrdí, že ľudia často utekajú pred svojimi pocitmi a starostlivo ich v sebe skrývajú. Takéto vryté emócie v tele zakotvia a začnú kryštalizovať. Po rokoch sa zmenia na psychosomatické ochorenie. Poněšický (2002, in Růžička, 2006), poukazuje na to, že sa v konfliktných situáciách ľudia radšej podriadia iným, čoho následkom sú telesné alebo duševné problémy. Čálek (2006, in Růžička, 2006) dodáva, že sa na psychosomatické ochorenie máme pozeráť ako na upozornenie, že čosi v živote chorého nie je v poriadku, a je preňho apelom k zmene. Pre účinnú liečbu je dôležité pochopiť miesto, na ktorom sa telesné príznaky vyskytujú, a to z celkového pohľadu na daného jedinca. Je potrebné odhaliť súvislosti a objasniť, čo nám chce celkový psychosomatický obraz povedať. Groddeck (2010, in Danzer, 2010) veril, že vďaka individuálnej interpretácii telesnej symptomatiky, vedomej a verbálnej formulácii šifier tela, bude možné uvedomiť si potlačené, a tak pacienta vyliečiť alebo minimálne zmierniť jeho organické problémy.

Niektorí bádatelia si myslia, že psychosomatické ochorenie je spôsobené skratovým odklonením niečoho z emocionálnej oblasti do oblasti somatickej. Tieto odklonené emócie následne vyvolávajú somatické prejavy (Faleide et al., 2010). Boss (1975, in Růžička, 2006) tvrdí, že bolesť je z pohľadu biológie signálom poranenia či poruchy a slúži na sebazachovanie organizmu. Je zaujímavé spýtať sa, na čo slúži bolesť tam, kde nemá svoj anatomicko-fyziologický základ. Thali (1999, in Růžička, 2006) referuje o výskume osôb s ľahkým poranením bedrových stavcov. U pacientov trpiacich bolesťami, kvôli ktorým sa nemohli vrátiť do svojej predchádzajúcej práce, bol zistený strach z toho, že neobstoja. Cieľom psychosomatiky je ukázať a dokázať, že za vznikom, rozvojom, a priebehom chorôb stoja psychosociálne faktory, čiže myslenie, postoje, správanie a vzťahy s inými ľuďmi (Pešek et al., 2013).

Psychosomatický pohľad na ochorenie prináša už Freud s Breuerom v roku 1895. V knihe s názvom *Studien über Hysterie (Štúdie o hystérii)*, v ktorej upozorňujú na symbolický a výrazový charakter u viacerých dovtedy nepochopiteľných somatických ochorení (napr. poruchy senzibility a ochrnutie). O niekoľko rokov neskôr Alfred Adler aplikoval pojmy dialekt orgánov a reč orgánov. V dnešnej dobe sa široké oblasti

psychosomatiky opierajú o tieto pozorovania. Úlohou psychosomatickej diagnostiky a terapie je preložiť symboly tela do jazyka, ktorý je pre pacienta ľahšie pochopiteľný (Danzer, 2010). Jones et al. (1954) dopĺňajú, že je potrebné liečiť pacienta a nie chorobu. Pacient nie je len príkladom živého tela, ktoré poukazuje na rôzne patologické zmeny, ktoré lekárovi dokazujú výsledky laboratórnych vyšetrení. Dôležitý je aj hlbší pohľad na pacientovo pociťovanie a myslenie. Práve tieto dva faktory spoločne popisuje psychosomatika. Jones apeluje, že takýto pohľad na pacienta by mal mať každý dobrý doktor. Podľa Faleide et al. (2010) bolo v minulosti veľa psychosomatických chorôb v odbornej literatúre označovaných názvom funkčné poruchy. Takto sa chcelo zdôrazniť, že daná porucha nemá organický pôvod.

„Z neurofyziologického hľadiska sú zaujímavé dôkazy o existencii nevedomých procesov a ich blízkosti k telesnému reagovaniu, čo bolo až donedávna diskutabilné kvôli nedostatočnej jemnej zobrazovacej technike mozgovej činnosti“ (Poněšický, 2006, in Růžicka, 2006, s. 49). Telo a duša sú interaktívne a integratívne prepojeným celkom. Ak dôjde k tlaku v tele, prejaví sa to aj v psychickej rovine (napríklad ako rozvoj depresívnej symptomatiky). Deje sa to aj naopak. Keď tlak, alebo „pretlak“ nastane v psychickej časti, napríklad pri depresii či psychickej poruche, následne sa to prejaví aj v telesnej stránke (Orel et al. 2012). Príkladom kritéria k odlíšeniu psychosomatického ochorenia od somatického je to, že sa daný jav mení v dôsledku psychoterapeutického zásahu, či hypnózy (Faleide et al, 2010).

2.1 Rozdelenie psychosomatických ochorení

Tress et al. (2008) rozdeľujú psychosomatické ochorenia do troch skupín:

- I. To ako pacienti spracúvajú konflikty ich vedie k trvalému vegetatívne napätiu čoho následky predstavujú organické postihnutie. K takýmto *psychosomatickým ochoreniam* v užšom zmysle patrí *atopický ekzém, astma bronchiale, colitis ulcerosa* atď.
- II. Do druhej skupiny zaraďujú ochorenia, v ktorých sa duševné konflikty prejavujú telesnými symptómami, ide o skupinu *funkčných syndrómov*. Zaraďujú tu *funkčné ochorenia dýchacích ciest, krvného obehu, žalúdka a čriev, močových ako aj pohlavných orgánov, ďalej poruchy spánku, sexuálne poruchy* atď.

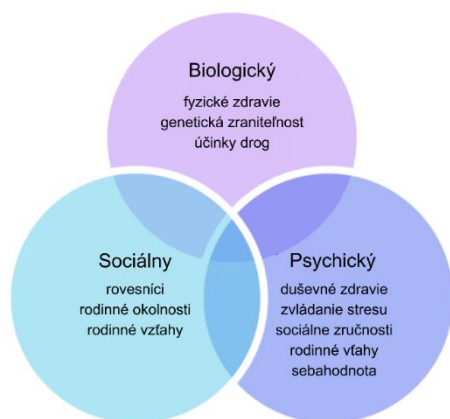
III. *Konverzné neurózy* sú tretou skupinou psychosomatických ochorení v širšom slova zmysle. Patria sem *psychogénna slepota*, *hluchota* a v oblasti motoriky ide o *psychogénnu parézu*. Symbolické chápanie symptómov tejto skupiny je časté.

Peveler et al. (1996) tvrdia, že CPP je častým klinickým problémom a fyzikálne vyšetrenie často neodhalí príčinu. Preto s takto nevysvetliteľnou bolesťou súvisia psychologické aj sociálne faktory. Vo svojom výskume zistili, že ženy s endometriózou častejšie pochádzali z vyšších socioekonomických skupín. Neboli zistené žiadne rozdiely v symptómoch nálady alebo osobnostných charakteristikách, ale ženy s endometriózou mali o niečo silnejšiu bolesť a väčšiu sociálnu dysfunkciu ako ženy s nevysvetlenou bolesťou.

2.2 Bio- psycho- sociálny model psychosomatiky

„Engelov bio-psycho-sociálny model medicíny predstavuje novú paradigmu, ktorá premostňuje trhlinu medzi biologickým a psychickým. Prináša nový pohľad na ochorenia a liečbu. Ochorenie chápe ako bio-psycho-sociálny dej a v centre záujmu stojí konkrétny jedinec“ (Radó, P., in Radó S., 2003, s. 192). Lipowsky (2003, in Radó, 2003) tvrdí, že u konkrétneho jedinca je dynamika choroby výsledkom prieniku biologických, psychických a sociálnych faktorov. Podľa Orela & Šimoneka (2012, in Orel et al., 2014) je telesná, psychická, vzťahová a presahová (duchovná či spirituálna) rovina v človeku neoddeliteľne zviazaná. Iný pohľad má fenomenologicky zameraná psychosomatika, ktorá odmieta dualizmus duše a tela. Podľa nej je choroba „stelesnením“ chorobne vyladených vzťahov k svetu (G. Condrau, 2006, in Růžička, 2006). „Choroba ako aj spôsob jej liečenia má dopad na tretiu stranu, rovnako ako aj tretia strana má vplyv na priebeh a účinnosť liečby“ O. Čálek (2006, in Růžička, 2006, s.122).

Obrázok 1 Engelov biopsychosociálny model zdravia



Jaroslava Vybiralová, 2024, podľa Falco, 2022, dostupné online

2.3 Bio-psycho-sociálny pohľad na CPP

Medicínsky pohľad sa na chronickú bolesť za posledné storočie výrazne zmenil. Dochádza k väčšiemu vnímaniu bio-psycho-sociálneho konceptu bolesti. Medzi prvého priekopníka, ktorý sa zaoberal psychologickým pohľadom na chronickú bolesť bol v šesťdesiatych rokoch minulého storočia Wilbert Fordyce (Šebela, 2023, in Urban et al., 2023). Poukázal na problém, že systém zdravotnej starostlivosti sa v tomto období spoliehal výlučne na biomedicínsky pohľad na bolesť a chorobu, pričom nezohľadňoval adekvátne vplyvy prostredia (Fordyce, 1997).

Psychologické modely chronickej bolesti:

- *Operantný model* chronickej bolesti založený na operantnom podmieňovaní = učení úspechom. Základnou tézou je, že ľudské emócie sú citlivé na reakcie okolia. Pacient sa naučí častejšie používať svoje správanie (operanty) tak, aby dostal od okolia pozitívnu spätnú väzbu (zvýšenú starostlivosť, úľavu od povinností) (Fordyce 1997, in Šebela, 2023).
- *Periférny model* objavil Miller a popisuje využitie techník klasického behaviorálneho podmieňovania na to, aby pacient ovládol periférny nervový systém. Odporúča relaxačné techniky so zapojením biofeedbacku, ktoré dokážu uvoľniť svaly a vďaka tomu dochádza k zníženiu bolesti aj v malej panve (Glazer, 1995, Šebela, 2023).
- *Kognitívny model* priniesol Beck, ktorý poukazuje na fakt, že bolesť má okrem somatickej zložky aj zložku emočnú, kognitívnu a behaviorálnu (Šebela, 2023). Jej základným modelom je strach a vyhýbanie, ktoré vyvoláva bludný kruh bolesti (Aunin, 2006, Šebela 2023).
- *Centrálny model*, tzv. vrátkovú teóriu bolesti v roku 1965 opísali Melzack a Wall. Poukazuje na fakt, že do centrálného nervového systému môže z ktoréhokoľvek orgánu prichádzať vždy len jedna dominantná informácia.

Zásadnú revolúciu v neurobiologickom chápaní bolesti priniesli poznatky o *centrálnej senzibilizácii*. Ide o zvýšenú citlivosť nervových buniek v centrálnom nervovom systéme na bežné alebo dokonca veľmi slabé podnety (Curatolo, 2024). Dydyk & Givler (2023) dodávajú, že nastáva, keď nervový systém pacienta zostáva dlhodobo v stave vysokej aktivity a reaguje na podnety intenzívnejšie, než v skutočnosti sú. Tento stav, známy aj ako centralizovaná alebo difúzna bolesť, je pomerne bežný a k jeho

rozvoju prispievajú genetické a environmentálne faktory. Zaujímavosťou je, že pôvod tejto zvýšenej citlivosti pri bolestivých stavoch, ktoré nie sú spojené s poškodením tkaniva, zatiaľ nie je úplne objasnený (Curatolo, 2024).

Kotek (2010) identifikuje tri hlavné typy reakcií na chronickú bolesť:

1. *Vyhorenie*: Pacienti trpiaci intenzívnou bolesťou môžu byť natoľko vyčerpaní, že sa psychicky "odpoja" od bolesti, čím strácajú motiváciu a záujem o ostatné aspekty života.
2. *Strach zo smrti*: U pacientov s nevyliciteľným ochorením sa často objavuje strach zo smrti, ktorý vedie k zvýšenej citlivosti na bolesť.
3. *Naučené bolestivé správanie*: Niektorí pacienti sa naučia, že bolesť im prináša pozornosť alebo iné výhody, a preto sa na ňu viac sústredia.

Presnosť pamäte na bolesť je dôležitá pre diagnózu, liečbu a prognózu osôb s chronickou bolesťou a v posledných desaťročiach je skúmaná viac intenzívne. Výsledky štúdií sú variabilné, čo naznačuje, že pamäť na bolesť môže byť presná, nadhodnotená alebo podhodnotená (Adamczyk et al., 2019). Výskum Mazza & Rey z roku 2018 poukazuje na to, že pacienti s chronickou bolesťou vykazovali skreslenú pamäť zameranú na bolestivé udalosti v porovnaní s kontrolnými skupinami. Pamäť na bolesť je podľa štúdie Urbana et al. (2019) tvárna a ovplyvniteľná dezinformáciami. Skreslenie pamäti zistil aj Nelson et al. (2024). Počas skúmania pamäti na intenzitu bolesti objavil výrazné nezrovnalosti medzi každodennými zápismi a záznamami retrospektívne. Retrospektívne správy poukazovali na výrazne vyššiu intenzitu bolesti ako denné záznamy. Taktiež zistili významnú koreláciu s oboma typmi správ a katastrofizáciu bolesti. Simic & Knezevic (2024) katastrofizáciu bolesti klasifikujú ako neadekvátnu reakciu na bolesť, ktorá je charakterizovaná prehnaným negatívnym hodnotením, zhoršovaním symptómov a obavami súvisiacimi s bolesťou. Táto psychologická premenná má podľa autorov významný vplyv na vnímanie bolesti, ktoré je ovplyvnené rôznymi sociálnymi, emocionálnymi a kognitívnymi faktormi. U jedincov s endometriózou je podľa Stragapede et al. (2024) katastrofizácia spojená so zvýšenou intenzitou bolesti, nižšou sexuálnou spokojnosťou a negatívnymi reakciami partnera na bolesť. Týka sa kognitívneho procesu prehánania bolesti, ktorý vedie k pocitom bezmocnosti. Katastrofizácia bolesti je podľa Qiu et al. (2024) významným faktorom pri uzdravovaní pacientov s chronickou bolesťou. Závažnosť bolesti, typ ochorenia, alexitýmia (z gréčtiny

„žiadne slová pre pocity“), psychická odolnosť a somatizácia mali podľa ich výskumu významný vplyv na katastrofizáciu bolesti. Kognitívno-behaviorálna terapia môže byť účinnou liečebnou metódou na katastrofickú bolesť.

Existuje rastúci počet štúdií, ktoré poukazujú na súvislosť medzi chronickou panvovou bolesťou a kvalitou rodinných vzťahov. Fry et al. (1993) skúmali psychologické aspekty pacientok s CPP a zistili, že pacientky s chronickou bolesťou v malej panve majú menej detí a uvádzajú, že zažili väčšiu otcovskú nadmernú starostlivosť a nízku materskú starostlivosť v porovnaní s pacientkami, ktoré netrpeli bolestivým ochorením. Tieto rodinné väzby poukazujú na význam emocionálneho puta, ktoré sa vytvorí medzi dieťaťom a jeho primárnym opatrovateľom v ranom detstve (vzťahová väzba). Pacienti s chronickými bolesťami podľa Egle (2016, in Kaščáková, 2023) častejšie vykazujú neistú vzťahovú väzbu a súčasne aj rôzne formy traumatizácie. Neistá vzťahová väzba je podľa Nasika et al. (2023) významným faktorom zraniteľnosti u pacientov s chronickou bolesťou. Súvisí s úzkosťou a väčšou intenzitou prežíanej bolesti. Naopak, bezpečná vzťahová väzba koreluje s vyšším súcitom so sebou a funkčnými stratégiami zlepšujúcimi zvládanie bolesti a emocionálnu pohodu. Štúdia Stamp et. al z roku 2023 potvrdzuje, že štýl vzťahovej väzby priamo súvisí s výskytom chronickej bolesti. Zistili viac ako dvojnásobnú prevalenciu chronickej bolesti u jedincov s neistou vzťahovou väzbou v porovnaní s bezpečne pripútanými jedincami.

2.3.1. Terapeutický rozhovor so psychosomatickým pacientom

Psychické problémy sú často v spoločnosti stále stigmatizované, vnímané ako znak slabosti alebo dokonca simulácie. Chand & Arif (2023) tvrdia, že takmer 60 % ľudí s depresiou nevyhľadá lekársku pomoc. Mnohí majú pocit, že stigma duševnej poruchy je v spoločnosti neprijateľná a môže im brániť v osobnom aj pracovnom živote. Domnievame sa, že pacienti majú obavy, že ak priznajú psychologický aspekt svojej bolesti, nebudú braní vážne. Pacienti s CPP podľa Dietzovej et al. (2021) často ťažko prijímajú myšlienku, že ich psychický stav môže ovplyvňovať ich fyzickú bolesť. V prípade, že sa lekár snaží pacienta presvedčiť o psychickej príčine jeho ochorenia, často sa uňho stretáva s odporom. Preto je na začiatku terapeutického rozhovoru u psychosomatického pacienta podľa Kaščákovvej (2023, s.9) vhodné pomocou otvorenej otázky „Čo vás ku mne privádza?“ podnietiť pacienta k ochote zdôveriť sa. V tomto rozhovore je dôležitá empatia, trpezlivosť a schopnosť aktívne počúvať. Podstatné je vytvorenie terapeutického vzťahu, v ktorom terapeut berie vážne symptómy pacienta

a uznáva mieru jeho utrpenia. Spolupracuje s ním v hľadaní možných súvislostí so záťažovou situáciou. Primárne však ide o podporu pacienta v jeho vlastnom procese porozumenia chorobe. Hašto (2006) dopĺňa, že aj keď si pacienti nemusia byť vedomí týchto súvislostí, analýza terapeutického rozhovoru často poskytuje dostatok indícií, ktoré naznačujú, že korene ich problémov siahajú až do raného detstva. Podrobná analýza týchto rozhovorov často odhalí priame prepojenie medzi vznikom alebo zhoršením telesných ťažkostí a významnými životnými udalosťami. Tieto odkryté spojitosti ukazujú, že ťažké frustrácie a konflikty v prvých rokoch života môžu mať dlhodobý vplyv na telesné zdravie pacienta.

3 Psychogénne faktory CPP

3.1 Stres

Stres je úplne prirodzenou fyziologickou reakciou na zmeny a záťaž, ktorá je geneticky podmienená a automatická. Stres je komplexnej povahy, čiže zahŕňa duševné a telesné mechanizmy, prejavuje sa zmenami v psychike a somatike ako aj zmenami prežívania a správania (Orel, 2012). Pod pojmom stresory sa rozumejú faktory, ktoré stres vyvolávajú. Schneiderman et al. (2005) tvrdia, že stresory do veľkej miery ovplyvňujú aktuálnu náladu. Každý jedinec zvláda stresovú záťaž individuálne. Rovnaká situácia istého človeka mobilizuje a pre iného je silnou záťažou. Individuálne osobnostné predispozície, situačné premenné, aktuálny stav daného jedinca ako aj miera záťaže v tomto prípade zohrávajú hlavnú úlohu. Akási **osobná odolnosť** je potrebná pri pomáhajúcich profesiách, medzi ktoré zaraďujeme aj medicínu (Štětovská, 2015; Takács et al. 2015). Medzi rizikové psychické a sociálne faktory, ktoré môžu mať vplyv na vznik somatického ochorenia Pešek et al. (2013) zaraďujú *dlhodobý stres, časté medziľudské konflikty* ako aj *potlačované emócie*. Schneiderman et al. (2005) poukazujú, že vzťah medzi chorobou a psychosociálnymi stresormi je ovplyvnený *biologickou zraniteľnosťou, čiže genetickým základom, konštitučnými faktormi, naučenými vzorcami zvládania stresu, psychosociálnymi zdrojmi*, ako aj *druhom, počtom a dĺžkou trvania stresu*. Schneiderman et al. (2005) tvrdia, že mladí ľudia si dokážu zvyknúť na **akútne stresové reakcie** a zvyčajne takýto stres pre nich nevedie ku vzniku zdravotných problémov. U ľudí starších či menej zdravých môže akútny stres spôsobiť zhoršenie fyzického stavu. Podľa Ursina (1982, in Faleide et al., 2010) dlhodobá aktivácia

spôsobená stresom napomáha k zmenám, ku ktorým dochádza v žalúdočnej stene, na stenách tepien či na povrchu kostrového svalstva. Tieto silné patofyziologické mechanizmy vysvetľujú zrod hlavných patologických zmien v gastrointestinálnom trakte, pri kardiovaskulárnych ochoreniach a pri nadmernom svalovom napätí. Kaláb & Orel (2014, in Orel et al. 2014) apelujú, že dlhodobý stres negatívne vplýva aj na funkciu reprodukčnej sústavy. Vďaka nemu vznikajú poruchy tvorby spermií u mužov a poruchy ovulačného cyklu u žien. Jeho následkom je aj pokles sexuálnej aktivity. Účelom útlmu pohlavnej aktivity je v stresovej situácii zachovanie vlastnej existencie jedinca a preto je počatie pod stresom aj u inak zdravých partnerov náročnejšie.

Kaščáková et al. (2018,a) vo svojom výskume zisťovali stresory u dospelých obyvateľov v ČR. Najčastejšou udalosťou medzi respondentmi bola náhla smrť v rodine s 65,9 %, po ktorej nasledujú finančné problémy s 31,3 %. Rozvod rodičov bol zaznamenaný u 26,3 % respondentov a byť svedkom živelnej katastrofy u 21,2 % respondentov. Svedkom vážnej nehody bolo 18,2 % respondentov a smrť blízkeho zažilo 17,7 % respondentov. Medzi ďalšie stresory, ktoré sa často vyskytovali, boli opatrovanie chorého, psychické týranie alebo zanedbávanie, lúpež alebo prepadnutie, sexuálne slovné obťažovanie, odlúčenie od dieťaťa alebo partnera. Vážna nehoda bola prítomná u 11,3 % opýtaných, svedok násillia v rodine (do 16 r.) u 11,2 %, a iné traumatizujúce udalosti u 10,2 %. Šolcová (2009) poukazuje na škodlivý vplyv psychosociálneho stresu, ktorý zasahuje somatickú stránku človeka. Przekop (2018) zdôrazňuje, že chronický stres môže byť jednou z príčin vzniku chronickej bolesti. Mozog rozlišuje medzi fyzickou, emocionálnou a sociálnou bolesťou, avšak všetky tieto formy spúšťajú rovnakú stresovú reakciu. Preto je vyššia pravdepodobnosť vzniku chronickej bolesti u ľudí, ktorí prežili väčšiu fyzickú alebo psychickú bolesť. Poukazuje na to aj výskum Zhao et al. (2024), ktorí zistili, že chronický stres môže vyvolať rozšírenú citlivosť na bolesť (hyperalgéziu), ktorá sa prejavuje zvýšenou úzkosťou a správaním podobným depresii.

3.2 Depresia

Chand & Arif (2023) popisujú depresiú ako psychické ochorenie, ktoré sa prejavuje zhoršenou náladou, zníženou energiou a schopnosťou vykonávať bežné činnosti. Depresia sa podľa závažnosti delí na ľahkú, strednú a ťažkú formu. Osoba trpiaca depresiou stráca záujem o koníčky a nie je schopná sa zabávať. Už po minimálnej námahe pociťuje únavu, a často dochádza aj k narušeniu chuti k jedlu, čo môže viesť k výraznému úbytku hmotnosti. Rakel (1999) doplňa, že najčastejšími prejavmi depresie

sú fyzické príznaky, predovšetkým únava, bolesť alebo poruchy spánku. Štúdia Bair et al. (2003) poukazuje na vysoký výskyt bolestivých príznakov v skupine osôb trpiacich depresiou, ako aj častý výskyt depresie v skupine ľudí s chronickou bolesťou. Domnievajú sa, že príčinou tohto vzťahu sú spoločné neurotransmitery v mozgu, ktoré sa podieľajú na regulácii ako depresie, tak aj bolesti. Vďaka tomuto zisteniu, je podľa autorov možná súbežná liečba oboch týchto ochorení.

Vzťah medzi depresiou a chronickou bolesťou v malej panve sa v poslednej dobe venuje čoraz viac štúdií. Niekoľko z nich poukazuje na významný vzťah medzi týmito dvoma premennými. Šutulović et al. (2023) skúmali patogenézu chronickej prostatitídy a syndrómu chronickej bolesti v malej panve. V experimente na potkanoch aplikovali injekciu intraprostatickej látky, ktorá spôsobila zápalové ochorenie a vznik nekrotického tkaniva v malej panve. Následne ich podrobili testom prahu bolesti, pamäti a depresivity. Výsledky naznačujú, že chronická bolesť v malej panve môže viesť k depresii a zhoršeniu kognitívnych funkcií. Autori predpokladajú, že príčinou je zápalový proces v mozgu a následná znížená schopnosť vytvárať nové nervové spojenia. Tieto výsledky je vhodné aplikovať aj na ľudskú populáciu. Ahmadova (2024) zistila, že u väčšiny pacientov s chronickou bolesťou hrá táto bolesť významnú úlohu pri nástupe depresie. Testy vykonané na pacientoch s CPP odhalili stredné až vysoké úrovne depresie. Autorka zdôrazňuje potrebu pochopenia týchto vzťahov aby došlo k zlepšeniu starostlivosti o pacienta a výsledkov jeho liečby. Campos (2019) zistil v štúdiu na vzorke 200 žien vyššie skóre depresie, úzkosti a zmiešanej úzkostnej a depresívnej poruchy (MADD) u žien trpiacich CPP v porovnaní so skupinou bez bolestí.

3.3 Úzkosť

“Úzkosť je pocit strachu, ktorý sa objavuje, keď čelíte ohrozujúcim alebo stresujúcim situáciám. Je to prirodzená reakcia pri konfrontácii s nebezpečenstvom. Ak je príliš intenzívna, alebo pocit úzkosti pretrváva, môže sa klasifikovať ako úzkostná porucha. Úzkostné poruchy vrátane panickej poruchy, PTSP (posttraumatickej stresovej poruchy) a sociálnej úzkostnej poruchy postihujú približne každého desiateho človeka” Dean (2016, s.1). Trautmann (2021) dopĺňa, že pojem úzkostné poruchy sú heterogénnou skupinou psychických porúch, ich spoločným znakom je prežívanie úzkosti. Honzák (2020, s. 179-181) tvrdí, že “úzkosť je široká a komplexná skúsenosť, ale môže mať rôzne klinické podoby.

Diagnostické okruhy úzkosti:

- Generalizovaná úzkostná porucha (GAP) – viac ako pol roka trvajúce nerealistické obavy
- Obsedantne-kompulzívna porucha - opakované vnucujúce sa myšlienky
- Panická porucha - panické ataky so silnými fyzickými prejavmi
- Posttraumatická stresová porucha (PTSP) - úzkosti následkom traumatickej udalosti
- Akútna reakcia na stres – nie je tak intenzívna ako predchádzajúce poruchy
- Sociálne fóbie - strach z vystupovania na verejnosti
- Špecifické fóbie - neprimeraný strach z vecí , situácií či okolností
- Hypochondrická porucha – úzkostná interpretácia aj bežných ochorení
- Somatizačné poruchy - úzkosť je možnou príčinou rôznych zdravotných problémov”

Úzkostné poruchy sú veľmi často komorbidné (spolu sa vyskytujúce) s depresívnou poruchou. To znamená, že veľa ľudí, ktorí trpia úzkostnou poruchou, zároveň prežíva aj depresívne symptómy alebo má diagnostikovanú depresiu. To značne komplikuje psychoterapeutický proces (Emmrich et al., 2012; Trautmann, 2021). Honzák (2020) potvrdzuje, že úzkosť sa často vyskytuje súčasne s depresiou, pričom to výrazne mení charakter problémov. Základom je v tomto prípade však vždy úzkosť, na ktorú je podľa neho sa potrebné zamerať. Lagana et al. (2017) dopĺňajú, že ženy, ktoré trpia endometriózou, uvádzajú vysokú úroveň úzkosti, depresie a iných psychiatrických porúch. Ukázalo sa, že vysoká úroveň úzkosti a depresie môže zvýšiť závažnosť ich bolesti. Casalechi et al. (2021) vo svojom výskume zdôrazňujú, že depresia a úzkosť je častejšie sa vyskytujúca u žien s endometriózou. Prítomnosť psychiatrických porúch viac koreluje so závažnosťou bolesti súvisiacej s endometriózou ako s inými charakteristikami ochorenia. Štúdia Siqueira-Campos et al. (2019) potvrdzuje komorbiditu úzkosti a depresie. Výskyt úzkosti bol 66 % v skupine CPP a 49 % v kontrolnej skupine ($p = 0,02$). Výskyt depresie bol identifikovaný u 63 % žien s CPP a u 38 % kontrol ($p < 0,01$). To poukazuje na silné vzťahy medzi úzkosťou depresiou a chronickou bolesťou v malej panve.

Úzkostné pocity podľa Honzáka (2023) často nie sú považované za psychickú poruchu, ale skôr za intenzívnu reakciu na konkrétnu udalosť v živote jednotlivca. Príkladom je strata zmyslu života. Človek má právo pociťovať strach a úzkosť, ale nemusí

ísť o prejav choroby. Toto tvrdenie potvrdzuje aj Trautmann (2021), podľa ktorého je strach jednou zo základných emócií, ktorá je nevyhnutná pre prežitie, pretože upozorňuje na potenciálne nebezpečenstvo a pripravuje človeka na adekvátnu reakciu. Ak sa však stresovú situáciu nepodarí správne spracovať, môže dôjsť k traumatizácii, ktorá následne zvyšuje riziko vzniku úzkostných porúch. Santerre-Baillargeon et al. vo svojej štúdií (2017) zistili, že zvýšená úzkosť u osôb, ktoré zažili traumatizujúce zážitky, môže byť významným spúšťačom bolesti v oblasti malej panvy.

3.4 Zlé zaobchádzanie v detstve

Zlé zaobchádzanie s deťmi podľa Zhang et al. (2022) zahŕňa všetky formy zneužívania a zanedbávania maloletých, ktoré spôsobujú merateľné fyzické či psychické poškodenia. Autori klasifikujú päť kategórií týrania detí, medzi ktoré patrí fyzické týranie, sexuálne zneužívanie, emocionálne týranie, zanedbávanie a vystavenie násiliu medzi partnermi v intímnom vzťahu. V posledných dvoch desaťročiach podľa Infurny (2015) dochádza k čoraz častejšiemu výskytu týchto foriem zlého zaobchádzania: fyzické týranie, sexuálne zneužívanie, psychické týranie (niekedy označované aj ako emocionálne týranie) a emocionálne a fyzické zanedbávanie.

Fyzické týranie detí môže podľa Krejčířové (2006) spôsobiť oneskorený vývoj dieťaťa. U týraných batoliat sú časté prejavy agresivity, úzkosti, nepokoja či vyhýbavého správania, zatiaľ čo u starších detí sa objavuje predčasné dospievanie, úzkosti, depresia a sebapoškodzovanie. Typické sú tiež problémy v medziľudských vzťahoch, nízke sebavedomie a znížená schopnosť zvládať stres, čo zvyšuje riziko ďalších psychických porúch v dospelosti. Zeanah et al., (2018) dopĺňajú, že fyzické a emocionálne týranie a sexuálne, ako aj rôzne formy zanedbávania detí, sú spojené so zvýšeným rizikom vzniku súbežných a následných psychopatologických problémov. Zneužívanie, či už fyzické, sexuálne alebo emocionálne, môže predstavovať výrazný traumatický zásah so závažnými následkami na psychickom a fyzickom zdraví daného jedinca. Przekop (2018) zdôrazňuje, že čím intenzívnejšie a závažnejšie sú tieto traumatické udalosti v živote jednotlivca, tým vyššia je pravdepodobnosť vzniku chronickej bolesti. Poukazuje na to aj Levine & Fredericka (2011), ktorí tvrdia, že následky traumy môžu byť závažné, pretože jej neadekvátnym spracovaním vznikajú dlhodobé fyzické a psychické následky, ktoré ovplyvňujú emocionálne, kognitívne a behaviorálne fungovanie jedinca. Levine (2017) dopĺňa, že traumatizácia detí preťažuje ich mechanizmy zvládania stresu, vedie

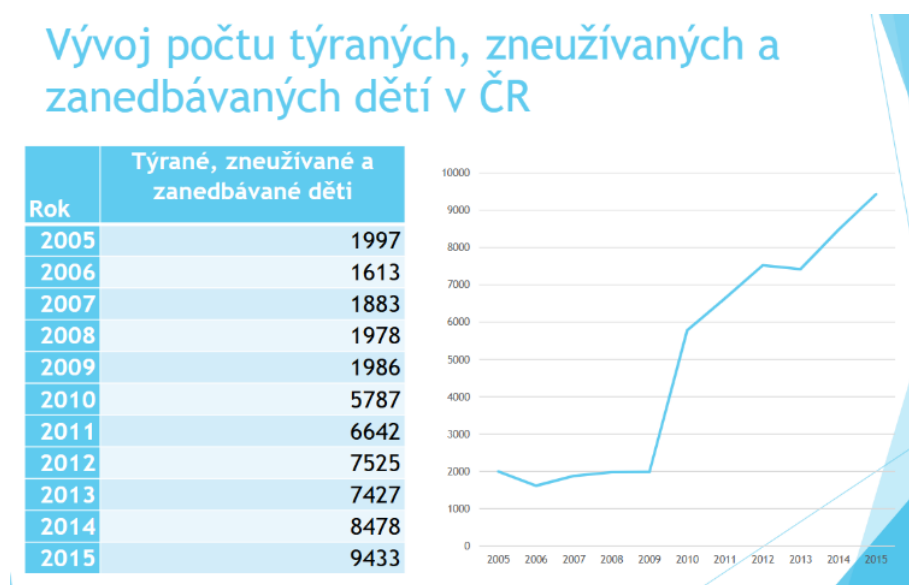
k pocitu bezmocnosti, čím môže spôsobiť ujmu na ich psychickom zdraví s dopadom na zvyšok života. Presah medzi zneužívaním v detstve a následnými problémami v dospelom veku potvrdzuje aj Van der Kolk (2015). Podľa neho sú závažné formy násilia, deprivácia, týrania a zneužívania v detstve príčinou vzniku duševných porúch v dospelom živote. Koukolík (2006) to potvrdzuje. Tvrdí, že traumatické zážitky spojené s týraním a zneužívaním nekončia v detstve majú vplyv aj v ďalšom živote daného jedinca. Výsledky metaanalýzy Davis et al. (2005) poskytujú dôkazy, že jedinci, ktorí uvádzajú skúsenosti so zneužívaním alebo zanedbávaním v detstve, majú vyššie riziko vzniku chronickej bolesti v dospelosti v porovnaní s tými, ktorí tieto skúsenosti nemali. Traumatizácia v detstve je kľúčovým faktorom pri vzniku psychosomatických problémov. Výsledkom neúspešných pokusov vyrovnat' sa s traumatickými zážitkami z detstva môžu byť podľa Hašta (2006) psychosomatické ochorenia. Jedinci s týmito ochoreniami často používajú obranné mechanizmy, ako je potláčanie emócií a somatizáciu, aby sa vyhli bolestivým pocitom spojeným s ich vzťahmi. Týmto spôsobom sa nevedome snažia ochrániť pred opakovaním traumatických zážitkov.

Jochmannová (2012) poukazuje na rozdiel medzi výskytom dlhodobu traumatizovaného dieťaťa v predškolskom veku a jednorazovou traumatickou udalosťou, ktorú dieťa zažije v staršom veku. Zdôrazňuje, že neliečené následky traumy z detstva majú vplyv na utváranie osobnosti. To, aký veľký dopad trauma danému jedincovi prinesie záleží na jeho veku, odolnosti nervovej sústavy ako aj na tom, či už bol predtým traumatizovaný. Narastajúci negatívny účinok po opakovanej traumatizácii potvrdzuje aj retrospektívny výskum Felitti et al. (2019). V štúdií sa zamerali na nepriaznivé detské skúsenosti zisťované retrospektívne u dospelých a zistili, že k najčastejšie vyskytujúcim sa problémom patria somatické a psychické poruchy. Osoby, ktoré zažili v detstve štyri alebo viac druhov nepriaznivých zážitkov (adverse childhood experiences - ACE), mali oproti tým, ktorí nezažili žiadne ACE, výrazne vyššie zdravotné riziká. Mali vyšší výskyt alkoholizmu, drogových závislostí a depresie. Pokusy o samovraždu boli u nich zvýšené 4- až 12-násobne. Opakovaná traumatizácia má podľa Jochmannovej (2012) kumulatívny účinok, následkom čoho je zníženie resilience (odolnosti) daného jedinca. Schmid et al. (2013) poukazuje na dôležitosť zvyšovania resilience, emočnej regulácie, sebaovládania a sociálnych schopností u traumatizovaných detí.

3.4.1 Sexuálne zneužívanie

Sexuálne zneužívanie je traumatizujúcim zásahom, ktorý vážne ovplyvňuje psychické a fyzické zdravie obete a môže mať dlhodobé následky. Podľa Kocourkovej (2006, s. 292), je sexuálne zneužívanie detí definované ako “nepatričné vystavenie dieťaťa pohlavnému kontaktu, činnosti alebo správaniu. Zahrňuje akékoľvek dotýkanie sa genitálií, styk alebo vykorisťovanie kýmkoľvek, komu bolo dieťa zverené do starostlivosti.” Chisholm (2019, Jochmannová, 2021, s. 64) zdôrazňuje, že každé dvadsať dieťa je vystavené sexuálnemu zneužívaniu, pričom v 90 % prípadov ide o osobu, ktorú dieťa pozná. Okrem toho bola jedna tretina detských obetí zneužitá inými deťmi alebo mladistvými. Potvrdzuje to aj Levine (2014). Menej ako 10 % detí je podľa neho zneužitých cudzími ľuďmi. Často ide o osobu, ktorej dôverujú, a preto súčasne cítia aj pocit zrady. Násilník využije svoj vek alebo postavenia k tomu, aby sa dieťa pri ňom cítilo bezmocne. Nemôže odmietnuť a nedokáže sa brániť. Súčasne mu násilník často hrozí fyzickým ublížením ak by o tomto akte niekomu povedalo. Podľa Rohr (2014) je sexuálne zneužívanie celosvetovým problémom. Posledné výskumy MPSV z roku 2023 (s.6), tvrdia, že v minulom roku došlo v ČR k sexuálnemu zneužitiu u 765 dievčat a 155 chlapcov vo veku od 1 do 18 rokov. Zvyšujúcu tendenciu týrania, zneužívania a zanedbávania detí v ČR zobrazuje Obrázok 2 (Ptáček, n.d., slide 10).

Obrázok 2 Vývoj počtu týraných, zneužívaných a zanedbávaných detí v ČR



(Podľa Ptáček, (n.d.) slide 10, dostupné online)

Levine (2014) poukazuje na nasledujúce symptómy, ktoré je vhodné si u detí všímať.

Symptómy sexuálneho zneužívania :

- Sexuálne správanie, ktoré nie je primerané veku dieťaťa
- U človeka, ktorého malo predtým dieťa rado, dochádza k náhlemu odmetaniu a strachu byť s ním osamote
- Izolovanie sa od ostatných detí
- Bolesť, svrbenie alebo pálenie v genitálnej oblasti
- Prítomnosť neobvyklého výtoku (môže poukazovať na sex. prenosné ochorenia)
- Nepriame zdieľovanie o sexuálnom zneužívaní skrz zástupné slová
- Pomočovanie, regresia do predchádzajúceho vývojového štádia
- Chronická podráždenosť, zmeny nálad, veľká hanblivosť a postoje tela ktoré poukazujú na hanbu, celkove zmeny v osobnosti dieťaťa

Je dôležité vnímať psychosomatický kontext zneužívania a jeho vplyv na fyzické zdravie. Walker & Stenchever už v roku 1993 poukázali na spojitosť medzi sexuálnym zneužívaním a bolesťami v malej panve. Najviac ohrozené rozvojom chronickej bolesti boli podľa nich ženy, ktoré zažili fyzické aj sexuálne zneužitie. Wallin et al. o rok neskôr (1994) objavil vysoký výskyt CPP u žien, ktoré zažili sexuálne zneužívanie v detstve ako aj v iných obdobiach svojho života. Autor poukazuje, že toto zneužívanie môže byť jedným z rizikových faktorov rozvoja chronickej bolesti v malej panve. Przekop (2018) toto zistenie potvrdzuje. Podľa neho u dieťaťa, ktoré zažilo telesné alebo sexuálne zneužívanie môže vzniknúť dlhodobá stresová reakcia, ktorá vedie k pretrvávajúcej bolesti, a tá sa následne môže stať chronickou. Traumatické zážitky vo všetkých obdobiach detského vývoja sú významným rizikovým faktorom pre vznik somatických symptómov v dospelosti. Podľa Levine (2012) sa sexuálne znásilnenie v období batolaťa môže v neskoršom veku prejavovať ako nevysvetliteľné bolesti brucha a bolestivé somatické ochorenia v oblasti malej panvy. Dievčatá, ktoré zažili sexuálne zneužívanie v detstve, majú podľa štúdie Santerre-Baillargeon et al. (2017) vyššie riziko vzniku bolesti v malej panve v období dospievania. Garza-Leal et al. realizovali v roku 2021 zaujímavý výskum pomocou pološtruktúrovaných rozhovorov počas rutinných gynekologických vyšetrení. Zistili, že sexuálne zneužívané ženy mali viac ako 11-násobne zvýšené riziko vzniku CPP oproti ženám, ktoré zneužívané neboli. Traumatické zážitky z detstva majú okrem fyzickej roviny aj multifaktoriálny vplyv na psychický vývoj jedinca, pričom výrazne

ovplyvňujú schopnosť budovať a udržiavať zdravé medziľudské vzťahy. Je pozoruhodné, že ženy trpiace CPP si pri výbere partnera volia v pomere 3:7 násilníkeho tyrana (opakovanie traumy) alebo chápatvého a starostlivého, no sexuálne zdržanlivého muža (vyhnutie sa traume) (Lampe & Söllner, 2016, in Kaščáková 2022, s. 66).

3.5 Resiliencia

Resiliencia, v slovenčine často prekladaná ako odolnosť, predstavuje komplexnú schopnosť jednotlivca efektívne sa vyrovnáť so stresovými situáciami, adaptovať sa na zmeny a zotaviť sa po traumatických alebo náročných situáciách. Zahŕňa schopnosť poučiť sa z týchto udalostí a posilňovať tým psychickú stabilitu (Ensz et al., 2024). Smith et al. (2008) slovo resiliencia definujú ako odolnosť voči chorobe, schopnosť odraziť sa od stresu alebo zotaviť sa z neho. Greene (2002) tvrdí, že resiliencia je u dospelých univerzálna schopnosť umožňujúca skupine alebo spoločnosti predísť, minimalizovať alebo prekonávať dopady nepriazne. Paulík (2017) dopĺňa, že odolnosť je schopnosť adaptácie a adekvátneho zvládania podmienok, v ktorých človek žije, vyrovnáva sa s nárokmi okolia a nepriaznivými životnými okolnosťami. Znaky definície odolnosti podľa Earvolinová-Ramirezová (2007) zahŕňajú návrat k dobrému zdravotnému stavu, vysoké očakávania a sebaurčenie, sociálnu oporu a dobré ľudské vzťahy, pružnosť, zmysel pre humor a sebadôveru.

Resiliencia je veľmi dôležitá už v detstve, keď je človek konfrontovaný s náročnými udalosťami (Ensz et al., 2024). Podľa Wernerovej & Smithovej (2001) je k rozvoju vyššej resilience u detí nevyhnutná schopnosť vytvárať si bezpečné a láskavé väzby s dospelými, čo poskytuje základ emocionálnej stability a pocit prijatia. Rovnako dôležité je zapojiť deti do školského prostredia, ktoré im poskytuje sociálnu interakciu, čím podporuje ich sociálne a emocionálne zručnosti. Šolcová (2009) resilienciu klasifikuje ako výsledok dynamických procesov medzi dieťaťom rodinou a sociálnym prostredím v ktorom žije. To, že dieťa úspešne zvládne jednu náročnú situáciu, neznamená, že si automaticky poradí aj s iným typom životných stresorov. Rôzne životné výzvy vyžadujú odlišné schopnosti zvládania a prispôsobenia. Enszt et al. (2024) tvrdia, že odolnosť zohráva kľúčovú úlohu pri formovaní duševného, fyzického a emocionálneho zdravia a pokračuje v ovplyvňovaní človeka aj v dospelosti. Cohler (1987) dodáva, že resiliencia u detí je rovnako ako u dospelých osobnostným rysom a charakteristikou osobnosti. Poukazuje na schopnosť účinne zvládať stres. Podľa Zautra

et al. (2008) k tomu, aby sa resiliencia naplno vyvinula, je potrebný čas a výskyt rôznych prekážok. Tie sú následným zdrojom resiliencie. Človek z nich môže čerpať v stresujúcich obdobiach svojho života. Túto tézu podporujú aj Sandberg & Rutter (2008, Šolcová 2009), ktorí tvrdia, že zámerné vystavovanie sa riziku prispieva k rozvoju odolnosti, čo umožňuje efektívnejšie zvládať stres a nepriaznivé životné okolnosti. Čeliť výzvam je podľa autorov účinnejšie ako úplné vyhýbanie sa potenciálne nebezpečným situáciám.

Podľa pozitívnej psychológie majú osobné silné stránky, ako je optimizmus a odolnosť, priamy vplyv na fyzické a psychické zdravie (Evelyn et al., 2024). Túto tézu potvrdzuje Cicchetti (2020), podľa ktorého majú ľudia s vysokou mierou odolnosti optimistický pohľad na život, vnímajú ťažké situácie ako príležitosti na učenie, zameriavajú sa na svoje silné stránky, efektívne prijímajú konštruktívnu kritiku, majú rozvinuté sociálne schopnosti, budujú pevné vzťahy a sú emocionálne uvedomelí. K zdrojom resiliencie v dospelom živote sa radí sociálna podpora (sociálne siete u ľudí na ktorých sa môže človek spoľahnúť) ako aj zdroje na úrovni komunity, občianska angažovanosť, susedská činnosť- dôvera v susedov a ľudí z obce/komunity.

Podľa Babić et al. (2020) je vyššia úroveň odolnosti spojená s nižšou zraniteľnosťou a menším rizikom ochorenia. Vanderpol (2002) zdôrazňuje, že odolnosť, ako vnútorná sila jednotlivca, má veľký potenciál podporiť psychologické, emocionálne a fyzické zdravie. Výskum a prax by mali viac zohľadňovať túto schopnosť pri riešení zdravotných problémov. Troy et al. (2023) tvrdí, že zažiť nepriazeň osudu (napr. chudobu, úmrtie) je silným prediktorom narušenia psychologického fungovania. Ľudia majú rôzne reakcie na tieto situácie. U niektorých dochádza k závažným a dlhodobým poruchám, u iných k poruchám minimálnym. Dobrá odolnosť pomáha podľa Babić et al. (2020) predchádzať chorobám, podporuje celkové zdravie, urýchľuje proces hojenia a prispieva k produktívnemu životu a pocitu pohody aj napriek prítomnosti chronických ochorení. Davydov et al. (2010) považujú odolnosť za obranný mechanizmus, ktorý umožňuje ľuďom prosperovať napriek tomu, že čelia nepriazni osudu. Zlepšenie odolnosti môže byť dôležitým cieľom liečby a prevencie v akomkoľvek ochorení.

Keďže chronická bolesť zasahuje do všetkých sfér života, schopnosť vyrovnávať sa s ňou je úzko spojená s rozvojom psychickej odolnosti. Odolní jedinci podľa štúdie Westa et al. (2012) vykazujú viac pozitívneho prístupu, prijatia pomoci a schopnosti prispôbiť sa životu s bolesťou. Kralik et al. (2006) v štúdií osôb s chronickou bolesťou zistili významný vzťah resiliencie so silným pocitom vlastnej hodnoty, schopnosťou učiť

sa zo skúseností a rozvíjaním schopností byť prispôsobivý. Pričom prispôsobenie sa životu s chorobou je kľúčovým faktorom zvládania tohto ochorenia. Výsledky výskumu Karoly & Ruehlman (2006), ktorí porovnávali osoby trpiace chronickou bolesťou s nízkou a vysokou resilienciou, odhalili významné rozdiely medzi skupinami v prospech odolných jedincov. Rozdiely boli zistené v oblastiach, ako sú zvládanie náročných situácií, tendencia ku katastrofizácii, postoje a presvedčenia o bolesti, ako aj v pozitívnych a negatívnych sociálnych reakciách na bolesť. Psychická zraniteľnosť môže byť podľa Bäckryd & Alföldi (2023) rizikovým faktorom pre chronifikáciu bolesti. Po strete s novým psychosociálnym stresorom môže dôjsť k zhoršeniu bolesti aj u osôb, ktoré trpeli len miernou chronickou bolesťou. Štúdia Foxx et al. (2022) zdôrazňuje, že odolnosť významne prispieva k psychickej pohode žien trpiacich chronickou bolesťou v malej panve. Ženy s vyššou úrovňou odolnosti uvádzali účinnejšie stratégie zvládania a lepšiu emocionálnu reguláciu, čo im umožnilo efektívnejšie zvládať bolesť.

4 Výskumná časť

4.1 Výskumný problém a ciele práce

V tejto diplomovej práci sa budeme zaoberať chronickou bolesťou v malej panve (z angl. chronic pelvic pain, CPP). Ako naznačuje odborná literatúra použitá v teoretickej časti tejto práce, CPP je úzko spojená s psychotraumatickými skúsenosťami. Vo výskumnej časti preto zisťujeme či osoby trpiace CPP zažili stresové udalosti, medzi ktoré sa radí interpersonálne násilie v podobe fyzického a emočného týrania, sexuálneho zneužívania, a tiež emočné a fyzické zanedbávanie. Okrem toho skúmame ich úroveň úzkosti, depresie a resiliencie v porovnaní so skupinami, ktoré trpia inými ochoreniami ako CPP a so skupinou subjektívne zdravých respondentov.

Skúmanie tohto výskumného problému môže prispieť k hlbšiemu porozumeniu chronickej bolesti v malej panve a pomôcť tak pri návrhu vhodného intervenčného programu pre pacientov trpiacich týmito problémami.

4.2 Výskumné hypotézy a výskumná otázka

V nadväznosti na výskumný problém sme si v tejto diplomovej práci stanovili 5 hypotéz:

- H1:** Predpokladáme, že u ľudí s bolesťou v malej panve je vyšší výskyt depresie oproti skupine subjektívne zdravých.
- H2:** Predpokladáme, že u ľudí s bolesťou v malej panve je vyšší výskyt úzkosti a vyššia závažnosť psychopatológie oproti skupine subjektívne zdravých.
- H3:** Predpokladáme, že ľudia s bolesťou v malej panve zažili viac stresových udalostí oproti skupine subjektívne zdravých.
- H4:** Predpokladáme, vyšší výskyt sexuálneho zneužívania u osôb s bolesťou v malej panve oproti skupine subjektívne zdravých.
- H5:** Predpokladáme, že u ľudí s bolesťou v malej panve je nižšia miera resiliencie oproti skupine subjektívne zdravých.
- VO1:** Súvisí výskyt bolesti v malej panve s plodným vekom?

4.3 Metodologický rámec

K skúmaniu tejto problematiky sme sa rozhodli zvoliť kvantitatívny metodologický prístup. Medzi jeho výhody považujeme možnosť relatívne jednoducho získať a interpretovať dáta od väčšieho počtu respondentov. Vďaka testovaniu vopred stanovených hypotéz môžeme presnejšieho preskúmať jednotlivé aspekty tejto problematiky. Jedným z nevýhod tohto prístupu je možná strata pochopenia príčiny výskytu dlhodobej bolesti v malej panve. Ďalším negatívom je, že deduktívne uvažovanie, ktoré v tomto výskume používame, môže skôr viesť k potvrdzovaniu a overovaniu už existujúcich predpokladov. Napriek týmto nevýhodám a povahe skúmanej problematiky, považujeme kvantitatívny prístup za najvhodnejší. V tejto časti sa podrobne zaoberáme zvolenými metódami zberu dát, postupom pri ich získavaní, charakteristikami výskumného súboru a metódami spracovania dát.

4.4 Popis realizovaného výskumu

V tejto práci sme použili 6 dotazníkov. K získavaniu údajov od respondentov sme využili základný sociodemografický dotazník. Dotazník symptómov sa zaoberal zisťovaním dlhotrvajúcich ochorení a postihnutí. Medzi ďalšie použité dotazníky patrili Stručný inventár príznakov BSI-53 (Kabát et al., 2018), Stručná škála resiliencie (Furstová et al., 2022), Dotazník životných stresorov LSC-R (Kaščáková et al., 2018), Dotazník traumy z detstva CTQ (Kaščáková et al., 2018).

4.4.1 Sociodemografický dotazník

Tento dotazník pozostáva zo 7 otázok, ktoré obsahujú uzavreté aj otvorené položky. Uzavreté otázky poskytujú respondentom konkrétne možnosti výberu, zatiaľ čo otvorené otázky umožňujú respondentom doplniť presné údaje alebo svoje vlastné odpovede. Dotazník zisťuje základné demografické údaje - pohlavie, vek, výšku a hmotnosť, kto žije s respondentom v domácnosti, rodinný stav, najvyššie dosiahnuté vzdelanie a ekonomickú aktivitu respondenta.

4.4.2 Dotazník dlhodobých ťažkostí a ochorení

V tomto dotazníku mali respondenti označiť všetky dlhotrvajúce ochorenie alebo postihnutia, ktorými trpeli. Na výber mali z 19 ochorení vrátane bolesti v malej panve, hypertenzie, rakoviny, diabetu a ďalších. Jednou z možností bola aj voľba "žiadne ochorenie" a otvorená odpoveď, kde respondenti mohli uviesť vlastné ochorenie, ktoré nebolo medzi ponúkanými možnosťami. Na základe výsledkov tohto dotazníka sme vzorku rozdelili do troch skupín, a to s výskytom bolesti v malej panve, iného ochorenia a na skupinu subjektívne zdravých respondentov.

4.4.3 Stručný inventár príznakov - Brief Symptom Inventory (BSI-53)

Kabát et al. (2018) popisujú tento dotazník ako kratšiu verziu dotazníka psychopatológie Symptom Checklist SCL – 90. Dotazník BSI-53 je multidimenzionálny, pozostáva z 53 otázok, ktoré utvárajú 9 subškál: I. Somatizácia (SOM), II. Obsesie, kompulzie (OC), III. Interpersonálna senzitivita (IS), IV. Depresie (DEP), V. Úzkosť (ANX), VI. Hostilita (HOS), VII. Fobická úzkosť (PHOB), VIII. Paranoidné myslenie (PAR) a IX. Psychoticizmus (PSY). Okrem toho sa zameriava na štyri nezaradené položky týkajúce sa chuti k jedlu, spánku, premýšľaniu o smrti a pociťovaním viny. Obsahuje index PSDI (Positive Symptoms Distress Index), ktorý stanovuje nepohodu pri symptómoch, PST (Positive Symptoms Total), ktorý informuje o celkovom počte symptómov a v neposlednom rade je možné jeho pomocou získať celkový ukazovateľ závažnosti príznakov (GSI, Global Severity Index). Ide o globálne najlepší ukazovateľ súčasného psychického stavu daného respondenta. Česká verzia BSI-53 bola získaná pomocou procedúry spätného prekladu a bola validovaná Kabátom J. et al. (2018). Vnútorňá konzistencia tohoto testu je výborná (Cronbachovo $\alpha = 0,97$, McDonaldovo $\omega_h = 0,84$ a $\omega_t = 0,97$).

4.4.4 Stručná škála resiliencie - Brief Resilience Scale (BRS)

Podľa Smith et al. (2008) vytvorenie stručnej škály odolnosti (BRS) bolo za účelom posúdenia schopnosti jedinca „odraziť sa“ od vzniknutého stresu alebo sa z neho zotaviť. Furstovej et al. (2022) sa podarilo validizovať tento dotazník i na českú a slovenskú populáciu. Reliabilita bola v oboch vzorkách vysoká ($\alpha_{CZ} = 0,80$,

$\omega_{CZ} = 0,85$; $\alpha_{SK} = 0,86$, $\omega_{SK} = 0,91$). Dotazník BSR pozostáva zo 6 otázok zaoberajúcimi sa odolnosťou jedinca. Respondenti vyberali do akej miery súhlasia s nasledujúcim tvrdením na likertovej škále (od 1 = rozhodne nesúhlasím po 5 = rozhodne súhlasím) a vybrali jednu z možností. Napr. “ Po náročných životných obdobiach se většinou rychle vzpamatuji. “. Položky 1, 3 a 5 sú formulované pozitívne a položky 2, 4 a 6 sú formulované negatívne.

4.4.5 Dotazník životných stresorov – Life stressor checklist revised (LSC-R)

Tento dotazník obsahuje 30 otázok (Wolfe et al., 1996; Kaščáková et al., 2018,a), ktoré sa zaoberajú 30 životnými udalosťami - skúsenosti s prírodnými katastrofami, fyzickým alebo sexuálnym napadnutím, úmrtím príbuzného a inými udalosťami, pričom sa používa formát odpovedí áno/nie (Kaščáková et al. 2018). 19 položiek opisuje situácie, ktoré sa týkajú psychickej traumy, 9 otázok sa zaoberá ďalšími zaťažujúcimi životnými situáciami. Ďalšie traumatizujúce udalosti, ktoré sa stali respondentovi alebo jeho blízkemu je možné uviesť v dvoch otvorených otázkach. V rámci každej otázky je viacero podotázok, ktoré sú zamerané na vek respondenta, keď sa udalosť stala, tiež na prítomnosť prežívaného strachu a hrôzy ako aj stupeň vplyvu prežitej udalosti na aktuálny život respondenta (Kaščáková et al., 2018). V rámci aktuálnej práce používame 4 skóra: celkové skóre stresorov, stresory prežité do 16.roku života, psychotraumatické zážitky (teda zážitky s traumatickým potenciálom) a zážitky interpersonálneho násillia.

4.4.6 Dotazník Trauma z detstva - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

Ide o 28-položkový sebaopisový dotazník určený k zisťovaniu výskytu emočného a fyzického týrania, sexuálneho zneužívania a emočného a fyzického zanedbávania v detstve určený dospelým ako aj adolescentom (Bernstein, Fink, 1998; Kaščáková et al., 2018.). Posudzuje všetkých 5 typov zlého zaobchádzania v detstve (sexuálne zneužívanie, emocionálne a fyzické týranie a emočné a fyzické zanedbávanie). 25 položiek dotazníka meria 5 konštruktov zlého zaobchádzania (5 položiek pre každú subškálu), s možnosťou výberu výskytu od 1 (nikdy) po 5 (veľmi často). Česká verzia má výbornú vnútornú konzistenciu (Cronbachovo $\alpha = 0,92$, McDonaldovo $\omega_h = 0,74$ a $\omega_t = 0,95$), (Kaščáková et al., 2018,b).

4.5 Zber dát a postup pri výskume

Výskum bol vykonaný odborne vyškolenými administrátormi v septembri a októbri 2016. Terénny prieskum sa uskutočnil pomocou štandardizovaného osobného riadeného rozhovoru anketára s respondentom. Konečná podoba anketového lístka bola určená na základe výsledkov predbežného prieskumu. Celkovo bolo oslovených 2 184 náhodne vybraných občanov, 384 (17,6 %) z nich odmietlo poskytnúť rozhovor. Medzi príčinami boli nedostatok času, nezáujem a nedôvera k výskumu, nevyhovujúca téma výskumu a osobný charakter otázok ako aj časová náročnosť výskumu.

4.6 Výskumný súbor

Výskumnú vzorku tvorí 1800 respondentov z Českej republiky náhodne vybraných pomocou kvót. Tento súbor predstavuje reprezentatívnu vzorku českej populácie vo veku 15+ z hľadiska veku, pohlavia, vzdelania a regionálnej príslušnosti (Kabát et al., 2018). Zastúpenie žien bolo 51,3 % a 61 z nich trpelo CPP (N=61). Muži mali 48,7 % zastúpenie vo vzorke, z toho CPP trpelo 7 z nich (N=7). Z celkového počtu 1800 respondentov (N=1800) sa ako subjektívne zdravých označilo 406 (N=406), chronickou bolesťou v malej panve trpí 68 respondentov (N=68), iné ochorenie ako CPP uviedlo 1326 respondentov (N=1326). Graf 1 popisuje ich sociodemografické rozloženie. Najviac osôb s ochorením CPP žilo v manželstve (N=31). Najviac zastúpení boli participanti s dosiahnutým maturitným vzdelaním/ukončenou VOŠ (N=35). Rovnaký počet 35 (N=35) dosiahli zamestnaní respondenti, ide o najvyššie zastúpenie ekonomickej aktivity vo vzorke osôb s CPP.

Graf 1: Sociodemografické porovnanie vo vzorke ľudí s CPP (n=68)



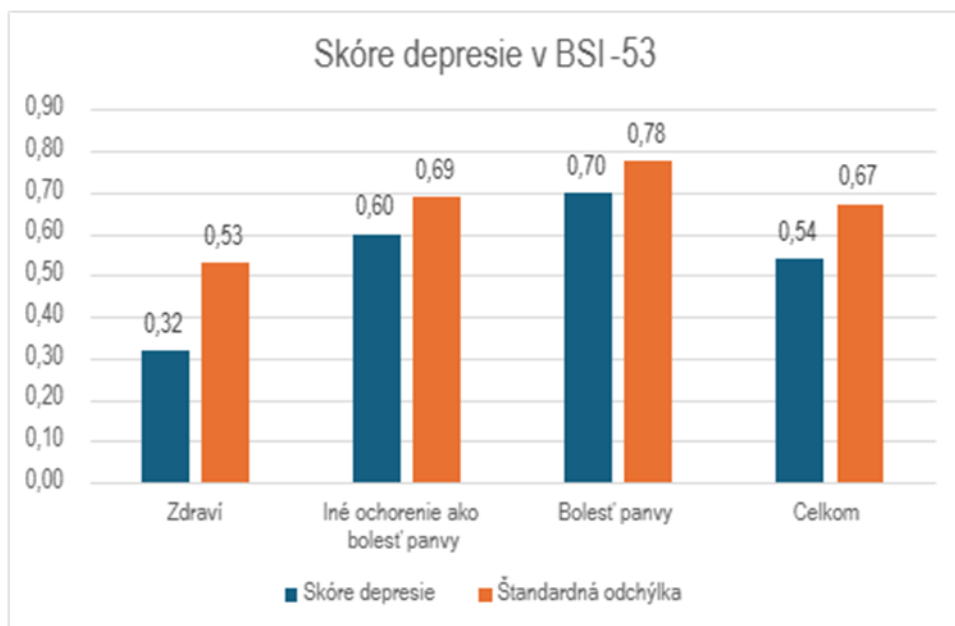
4.7 Práca s dátami a ich výsledkami

K spracovaniu dát a ich vyhodnoteniu sme použili programy Jamovi 2.3.6 a Microsoft Office Excel. Metodológia výskumu v tejto práci je kvantitatívna. Na začiatku spracovania dát sme overili normálne rozloženie našej vzorky, použili sme k tomu *Shapiro-Wilk test normality*, ktorý je kľúčový k následnému výberu parametrických alebo neparametrických štatistických metód. Výsledky Shapiro-Wilk pre CPP ($w=0,186$, $p<0,001$), pre zdravých ($w=0,516$, $p<0,001$), iné ochorenie ako bolesť v malej panve ($w=0,642$, $p<0,001$), vek ($w=0,965$, $p<0,001$). Pretože hypotéza o normálnom rozložení dát bola zamietnutá, k štatistickým analýzám použijeme neparametrické testy: k zisteniu výskytu jednotlivých faktorov sme využili deskriptívnu štatistiku. Vo zvyšných prípadoch boli porovnávané dve skupiny *Kruskal-Wallis dvojvýberovým testom (neparametrická ANOVA)*. V oblasti resiliencie sme potrebovali zistiť stúpajúcu alebo klesajúcu tendenciu daného javu a k tomu sme použili metódu *Lineárnej regresie*.

4.8 Výsledky výskumných otázok a štatistických hypotéz

H1: Predpokladáme, že u ľudí s bolesťou v malej panve je vyšší výskyt depresie oproti skupine subjektívne zdravých

Graf 2: Priemerné skóre depresie v dotazníku BSI-53



Respondentov sme rozdelili do troch skupín na základe zdravotného stavu, kvôli porovnaniu sme nechali aj celkové skóre depresie u všetkých respondentov. Z grafu 2 môžeme usudzovať, že ľudia trpiaci bolesťou v malej panve majú najvyšší výskyt depresie v porovnaní so subjektívne zdravými alebo osobami trpiacimi iným ochorením. Výskyt depresie je vyšší aj oproti celkovému priemeru všetkých respondentov.

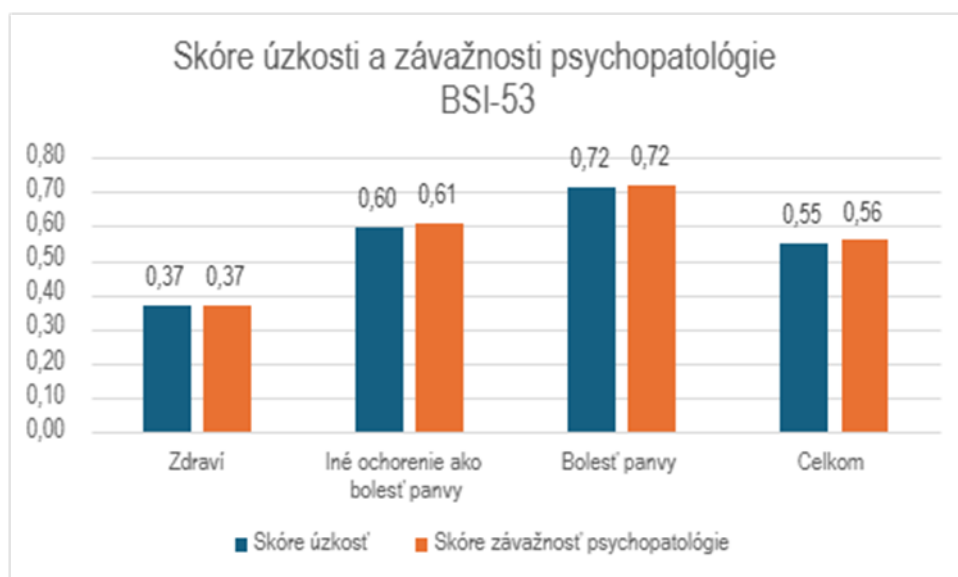
Tabuľka 1: *Kruskal-Wallis test nezávislých vzoriek skóra depresie (BSI-53) zdraví a CPP*

	χ^2	df	p	ε^2
Skóre depresie u zdravých a u ľudí s CPP	91,7	2	<0,001	0,05

Respondenti boli rozdelení do 2 skupín - subjektívne zdraví a respondenti trpiaci bolesťou v malej panve. Z tabuľky 1 môžeme dedukovať, že v celkovej miere depresie bol štatistický významný rozdiel na úrovni $p < 0,001$. Hodnota ε^2 (0,05) poukazuje na malý až stredný efekt rozdielov medzi týmito skupinami. To znamená, že napriek dosiahnutiu štatistickej významnosti bol skutočný rozdiel v priemerných skóre medzi skupinami pomerne malý. Na základe týchto výsledkov popierame nulovú hypotézu **H0** a prijímame alternatívnu hypotézu **H1**, ktorá tvrdí, že u ľudí trpiacich bolesťou v malej panve je vyšší výskyt depresie oproti skupine subjektívne zdravých.

H2: Predpokladáme, že u ľudí s bolesťou v malej panve je vyšší výskyt úzkosti a vyššia závažnosť psychopatológie oproti skupine subjektívne zdravých

Graf 3: *Priemerné skóre úzkosti a závažnosti psychopatológie BSI – 53*



Respondentov sme rozdelili do troch skupín na základe zdravotného stavu, na porovnanie sme využili aj celkové skóre úzkosti a závažnosti psychopatológie. Z grafu 3 môžeme usudzovať, že ľudia trpiaci bolesťou v malej panve majú najvyšší výskyt úzkosti ako aj celkovej závažnosti psychopatológie. Výskyt týchto premenných je vyšší aj v porovnaní s celkovým priemerom všetkých respondentov.

Tabuľka 2: *Kruskal-Wallis test nezávislých vzoriek úzkosti a závažnosti psychopatológie BSI - 53 - zdraví a CPP*

	χ^2	df	p	ϵ^2
Úzkosť	78,9	2	< 0,001	0,04
Závažnosť psychopat.	127,2	2	< 0,001	0,07

Z tabuľky 2 môžeme usudzovať, že v celkovom skóre úzkosti ako aj v skóre závažnosti psychopatológie boli štatisticky významné rozdiely na úrovni $p < 0,001$. To nám poukazuje na to, že respondenti s bolesťou v malej panve majú signifikantne vyššie skóre úzkosti a závažnosti psychopatológie v porovnaní so zdravými účastníkmi nášho výskumu. Skutočná sila efektu bola vypočítaná pomocou epsilon kvadrátu priemerných skóre medzi skupinami. V skupine osôb trpiacich úzkosťou sme zistili malú veľkosť účinku ϵ^2 (0,04). V skupine závažnosti psychopatológie ide o efekt významnejší, blížiaci sa k strednej sile účinku ϵ^2 (0,07). Na základe toho popierame nulovú hypotézu **H0** a prijímame alternatívnu hypotézu **H2**, ktorá tvrdí, že u ľudí s bolesťou v malej panve je vyššia miera úzkosti a vyššia závažnosť psychopatológie oproti skupine subjektívne zdravých.

H3: Predpokladáme, že ľudia s bolesťou v malej panve zažili viac stresových udalostí oproti skupine subjektívne zdravých

Tabuľka 3: *Deskriptívne zobrazenie výsledkov dotazníka životných stresorov LSC –R*

		Celkové skóre stresorov	Stresory pred vekom 16 rokov	Psycho-traumatické zážitky	Interpersónálne násilie
Zdraví	Priemer	3,47	1,12	0,61	2980
	N	406	406	406	406
	Štandardná odchýlka	4,93	2,72	1,79	1,43

Iné ochorenie než CPP	Priemer	6,49	1,46	1,44	6953
	N	1326	1326	1326	1326
	Štandardná odchýlka	6,43	3,17	3,09046	2,13
CPP	Priemer	9,74	4,56	2,80	2,80
	N	68	68	68	68
	Štandardná odchýlka	9,46	6,79	5,14	4,46
Celkom	Priemer	5,93	1,50	1,31	6850
	N	1800	1800	1800	1800
	Štandardná odchýlka	6,43	3,34	2,99	2,18

Z tabuľky 3 môžeme usudzovať, že ľudia trpiaci bolesťou v malej panve zažili oproti subjektívne zdravým jedincom, alebo osobám trpiacim iným ochorením najvyšší počet životných stresorov. Presnejšie ide o najvyššie skóre celkových životných stresorov a stresových udalostí zažitých pred 16. rokom života, najvyšší výskyt psychotraumatizácie a interpersonálneho násillia.

Tabuľka 4: *Kruskal- Wallis neparametrický test skóra stresorov LSC- zdraví a CPP*

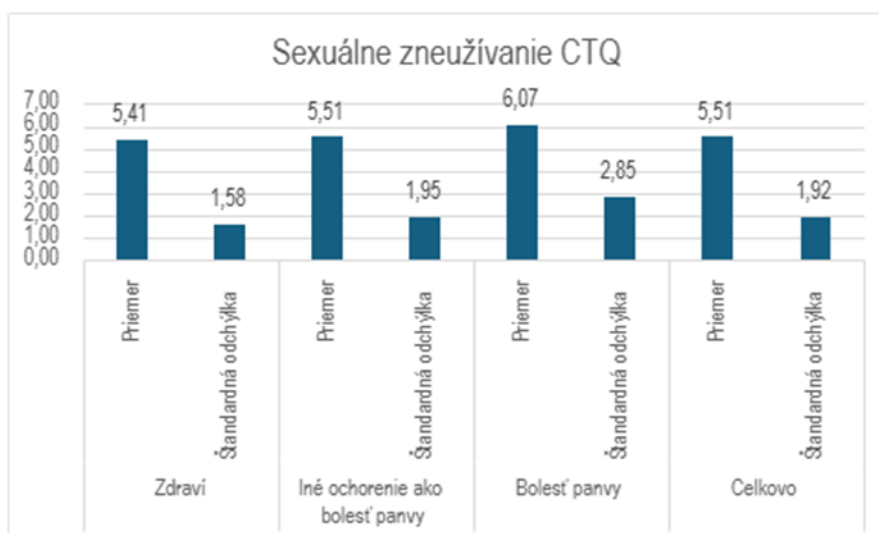
	χ^2	df	p	ε^2
Celkové skóre stresorov	128,8	2	<0,001	0,07
Stresory pred 16 r.	25,2	2	< 0,001	0,01
Psycho-traumatické zážitky	39,2	2	<0,001	0,02
Interpersonálne násillie	56,0	2	< 0,001	0,03

Účastníci boli rozdelení do 2 skupín - subjektívne zdraví a respondenti trpiaci CPP. Z tabuľky 3 môžeme dedukovať, že v celkovom skóre stresorov bol štatistický významný rozdiel na úrovni $p < 0,001$. Napriek dosiahnutiu štatistickej významnosti bol skutočný efekt rozdielu v priemerných skóre medzi skupinami ε^2 stredný (0,07). V oblasti stresorov pred 16 r. sa zistil štatistický významný rozdiel na úrovni $p < 0,001$. Malá veľkosť účinku sa zistila pomocou ε^2 , ktorého hodnota bola 0,01. Vo výskyte psychotraumatických zážitkov sme zistili štatistický významný rozdiel na úrovni $p < 0,001$. Aj keď sme dosiahli štatistickú významnosť, skutočný rozdiel v priemernom skóre medzi skupinami bol relatívne slabý, nakoľko hodnota ε^2 bola 0,02. V prípade

interpersonálneho násillia sme zistili štatistický významný rozdiel na úrovni $p < 0,001$. Hodnota ϵ^2 bola 0,03, čo naznačuje, že vplyv nezávislej premennej na závislú premennú je síce prítomný, ale relatívne slabý. Na základe všetkých týchto výsledkov popierame nulovú hypotézu a prijímame alternatívnu hypotézu **H3**. Respondenti trpiaci bolesťou v malej panve zažili viac stresových udalostí oproti subjektívne zdravým. To sa potvrdilo v štyroch škálach dotazníka LSC-R - celkové skóre stresorov, stresory pred 16. rokom, psychotraumatické zážitky a interpersonálne násillie.

H4: Predpokladáme vyšší výskyt sexuálneho zneužívania u osôb s bolesťou v malej panve oproti skupine subjektívne zdravých

Graf 4: Priemerné skóre sexuálneho zneužívania v CTQ



Z grafu 4 môžeme usudzovať, že v skupine trpiacich CPP je vyšší výskyt sexuálneho zneužívania oproti ostatným skupinám (zdraví, trpiaci iným ochorením ako CPP, celkovo).

Tabuľka 5: Kruskal- Wallis neparametrický test skóre sexuálneho zneužívania CTQ - zdraví a CPP

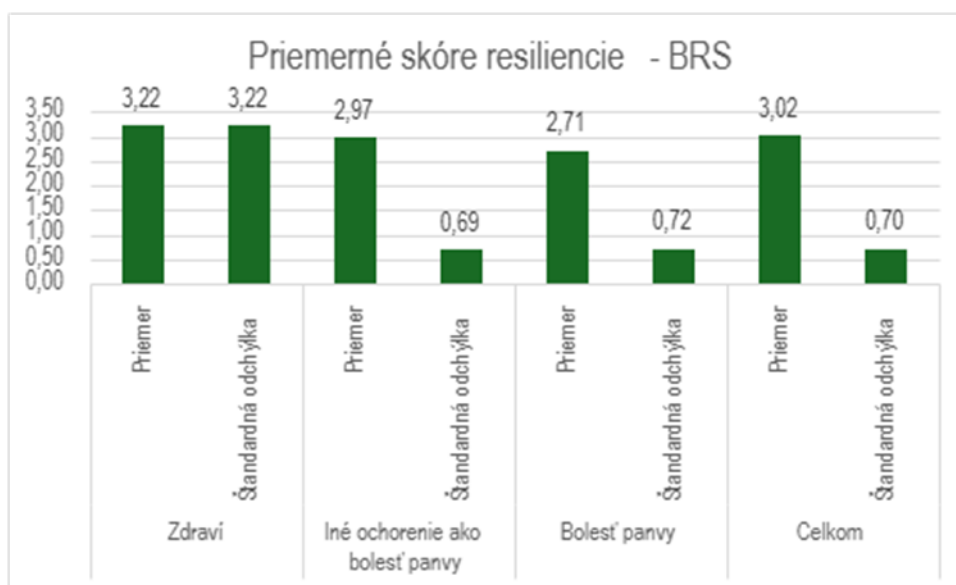
	χ^2	df	p	ϵ^2
Sexuálne zneužívania	5,82	2	0,05	0,003

Z tabuľky 5 je zrejmé, že neexistuje štatistický významný rozdiel medzi mediánmi skupín (pri hladine významnosti 0,05) nakoľko $p = 0,05$. Skutočnú veľkosť

daného efektu nám ukazuje ε^2 , ktorého hodnota je 0,00. Tento efekt je pomerne malý, popisuje to veľkosť účinku 0,003. Na základe týchto výsledkov popierame alternatívnu hypotézu **H4**, ktorá predpokladala vyšší výskyt sexuálneho zneužívania u osôb s bolesťou v malej panve oproti skupine subjektívne zdravých. Prijímame nulovú hypotézu **H0**, ktorá tvrdí, že sexuálne zneužívanie nie je u osôb s CPP vyššie oproti skupine zdravých.

H5: Predpokladáme, že u ľudí s bolesťou v malej panve je nižšia miera resiliencie oproti skupine subjektívne zdravých.

Graf 5: Priemerné skóre resiliencie - BRS



Respondentov sme rozdelili do troch skupín na základe zdravotného stavu, na porovnanie sme použili aj celkové skóre resiliencie u všetkých respondentov. Z grafu 4 môžeme usudzovať, že ľudia trpiaci bolesťou v malej panve majú najnižšiu mieru resiliencie oproti skupine subjektívne zdravých ako aj osôb trpiacich iným ochorením. Výskyt resiliencie je nižší aj oproti celkovému priemeru všetkých skupín.

Tabuľka 6: Kruskal- Wallis neparametrický test skóre resiliencie BRS - zdraví a CPP

	χ^2	df	p	ε^2
Resiliencia	53,3	2	<0,001	0,03

Výsledky vzťahu medzi resilienciou a zdravotným stavom sú uvedené v tabuľke 6. V celkovom skóre resiliencie bol štatistický významný rozdiel na úrovni $p < 0,001$.

Napriek dosiahnutiu štatistickej významnosti, bol skutočný efekt rozdielu vypočítaný pomocou epsilon kvadrátu v priemerných skóre medzi skupinami pomerne malý, popisuje to veľkosť účinku 0,03.

Tabuľka 7: *Lineárna regresia resiliencie v BRS*

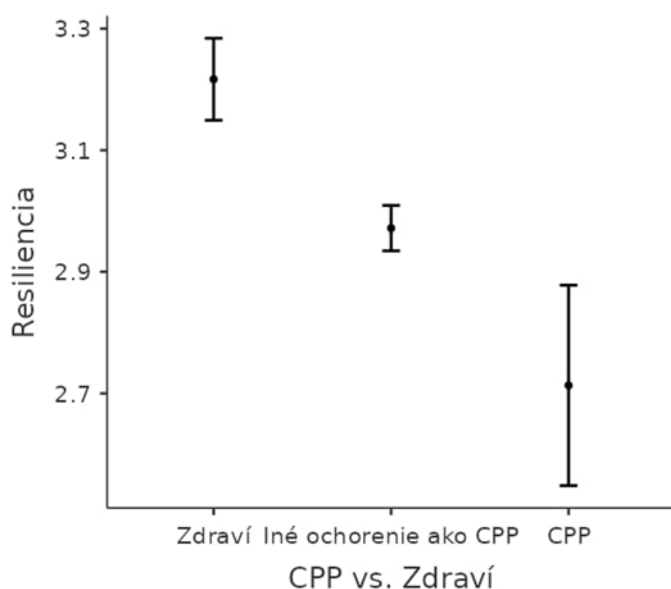
Modelové koeficienty - Resiliencia

Prediktor	Odhad	SE	t	p	Stand. Estimate	Interval spoľ.		Miera	
						voľnosti		R	R ²
Intercept^a	3,22	0,03	93,52	<,001				0,17	0,03
CPP – Zdraví	-0,50	0,09	-5,54	<,001	-0,72	-0,97	-0,46		

^a Reprezentuje referenčné úrovne

Tento model v tabuľke 7 predpokladá pokles miery resiliencie na základe zdravotného stavu. Pričom hodnota závislej premennej je 3%. S každým bodom nárastu resiliencie došlo k zníženiu výskytu ochorenia CPP ($b = -0,50$, 95% CI $[-0,97, -0,46]$, $p < 0.001$). Záporný koeficient naznačuje predpoklad zníženia resiliencie pri zvýšení výskytu CPP.

Graf 6: *Vzťah resiliencie v BRS a zdravotného stavu*



Graf 6 zobrazuje výsledky lineárnej regresie, ktorá skúma vzťah medzi zdravotným stavom a úrovňou resiliencie. Vyvodzujeme, že osoby subjektívne zdravé majú najvyššiu úroveň resiliencie. Jedinci s inými zdravotnými problémami majú mierne

nižšiu úroveň resilience v porovnaní so zdravými jedincami a najnižšiu úroveň resilience majú jedinci trpiaci bolesťou v malej panve (CPP). Na základe týchto výsledkov popierame nulovú hypotézu **H0** a prijímame alternatívnu hypotézu **H5**, ktorá tvrdí, že u ľudí s CPP je nižšia miera resilience oproti skupine subjektívne zdravých.

VO1: Súvisí výskyt bolesti v malej panve s plodným vekom?

Tabuľka 8 *Chí- kvadrát test*

	Hodnota	df	Asymptotická významnosť (2-stranná)	Presná Sig. (2-stranná)	Presná Sig. (1-stranná)
Pearsonov Chi-kvadrát	2,34 ^a		1	0,13	0,14
Korekcia kontinuityb	1,98		1	0,16	
Pravdepodobnostný pomer Fisherov presný test	2,4		1	0,12	
Lineárna podľa lineárnej asociácie	2,34		1	0,13	
Počet platných prípadov	1800				

Poznámky: a. 0 buniek (0,0 %) má očakávaný počet menší ako 5. Minimálny očakávaný počet je 29,13. Počítané iba pre tabuľku 2x2.

Pre porovnanie dvoch skupín (reprodukčný a nereprodukčný vek) sme použili štatistickú metódu test Chí-kvadrát. Na základe tabuľky 16 môžeme konštatovať, že neexistuje štatisticky významný rozdiel vo výskyte bolesti v malej panve medzi ženami v plodnom a neplodnom veku (50+). Nemôžeme zamietnuť nulovú hypotézu pretože p-hodnota 0,126 je väčšia ako 0,05. To znamená, že prijímame **H0**, ktorá tvrdí, že neexistuje štatisticky významný rozdiel vo výskyte bolesti v malej panve medzi ženami vo veku < 49 a ≥ 50 . A popierame alternatívnu hypotézu.

5 Diskusia

Cieľom praktickej časti bolo preskúmať vzťahy medzi chronickou bolesťou v malej panve a mierou výskytu depresie, úzkosti, závažnosti psychopatológie, celoživotných stresorov, ako aj resiliencie. Následne sme tieto parametre porovnávali aj v skupine zdravých jedincov, či so skupinou trpiacich iným ochorením ako CPP. Stanovili sme si 5 hypotéz a 1 výskumnú otázku.

Ako prvou sme sa zaoberali oblasťou depresie. V našom výskume sa nám **podarilo nájsť signifikantný vzťah medzi depresiou a výskytom CPP**, to znamená, že osoby s výskytom CPP častejšie trpeli depresiou v porovnaní so skupinou subjektívne skupine zdravých. Toto zistenie sa potvrdilo aj v zahraničných výskumoch. Gambadauro et al. (2019) skúmali pomocou metaanalýzy vzorku 24 štúdií - spolu 99 614 žien. Podarilo sa im zistiť vyššiu mieru depresie u žien trpiacich endometriózou v porovnaní s kontrolnou skupinou. Barneveld et al. (2022) vďaka systematickému prehľadu 1837 záznamov zaoberajúcich sa depresiou, úzkosťou, endometriózou a metaanalýzou 17 štúdií prišli k záveru, že pacientky s endometriózou vykazovali výrazne vyššie príznaky depresie v porovnaní so skupinou zdravých žien. Štandardizovaný priemerný rozdiel (SMD) je 0,71 s 95% intervalom spoľahlivosti (CI). To poukazuje na to, že depresia je bežným problémom u žien trpiacich endometriózou. Prierezová štúdia Márki et al. (2017) skúmajúci 193 žien s endometriózou zistili, že fyzická bolesť a problémy s reguláciou emócií negatívne ovplyvňujú kvalitu života skúmaných žien. 20,3% z nich zažívalo depresívne príznaky. Spionini et al. (2024) zistili, že takmer polovica účastníčok (48,2%) z 301 žien trpiacich endometriózou mala zároveň depresívne symptómy. To poukazuje na významné obavy o duševné zdravie u žien trpiacich endometriózou. Romaniuka a Oniszczenska (2023) poukazujú na to, že životná spokojnosť žien trpiacich endometriózou negatívne korelovala s úzkosťou a depresiou. Výskum Fry et al. (1993) tiež poukazuje na vyšší výskyt depresí a úzkostí vo vzorke žien trpiacich CPP v porovnaní s bežnou populáciou. Bolesť súvisiaca s endometriózou je silne spojená so zvýšenými depresívnymi symptómami, pričom až takmer 48,2% postihnutých žien hlásilo významnú depresiu (Spinoni et al., 2024). Výsledky štúdie Zhang et al. (2024) preukázali významnú pozitívnu koreláciu medzi depresiou a neurotizmom s endometriózou. Harrop-Griffiths et al. (1988) vo svojom výskume zistili, že pacienti s CPP vykazovali signifikantne vyšší výskyt depresie v priebehu života ako aj veľký výskyt aktuálne prežíanej depresie. Zgierska et al. (2024) vo svojom výskume poukázali

na fakt, že závažnosť bolesti u žien s endometriózou koreluje so zvýšenou úrovňou úzkosti a stresu, čo ďalej znižuje ich kvalitu života. Túto teóriu potvrdzuje aj výskum Zielińskiej et al. (2023), ktorí zdôrazňujú súvislosť medzi CPP a poruchami duševného zdravia. Pacienti s CPP majú vyšší výskyt depresie (26 % až 52 %) v porovnaní s bežnou populáciou, kde sú tieto miery významne nižšie (približne 10 % pre depresiu). Výskum Guitar et al. (2023) zistil, že ženy s CPP mali zvýšenú citlivosť, katastrofizáciu, depresiu, úzkosť a stres. Hartman et al. (2004) skúmali ženy trpiace CPP po hysterektómií. Prišli vo svojom výskume k záveru, že sa u žien s CPP a depresiou rok po hysterektómii výrazne znížila bolesť a obmedzenie vo fyzických funkciách. Zlepšilo sa aj duševné zdravie, sociálne funkcie a sexuálne funkcie. Avšak darí sa im horšie v porovnaní so ženami, ktoré trpeli len depresiou alebo CPP. Podľa Guitar et al. (2023) zvládanie depresie v kontexte chronickej bolesti v malej panve zahŕňa kombináciu profesionálnej podpory, zmien životného štýlu a stratégií zvládania stresu.

Ďalšou skúmanou oblasťou bol výskyt úzkosti a závažnosti psychopatológie. Z výsledkov nášho výskumu je značné, že **respondenti trpiaci bolesťou v malej panve mali signifikantne vyššie skóre úzkosti a závažnosti psychopatológie v porovnaní so zdravými účastníkmi** ($p < 0,001$). Vzťah s úzkosťou potvrdzuje aj výskum Zielińskiej et al. (2023). Podľa autorov majú pacientky s CPP vyšší výskyt úzkosti (39 % až 73 %) v porovnaní s bežnou populáciou, kde sú tieto miery významne nižšie (12 %). Vo vzorke 193 žien s endometriózou pociťovalo úzkosť 54,79 % z nich. Podľa Márki et al. (2017) je výskyt úzkosti u osôb s endometriózou častý. Triwahyuningsih et al. (2024) skúmali študentky a zistili štatisticky významný vzťah medzi dysmenoreou a úzkosťou ($p < 0,01$). Podľa autorov so zvyšovaním závažnosti dysmenorey stúpa aj úroveň úzkosti medzi študentmi. Brooks et al. (2020) vo svojej štúdií poukazujú na zistenie, že vyššie skóre úzkosti bolo spojené s výskytom bolesti v malej panve. Ich výsledky poukazujú na súvislosť medzi fyzickými a psychologickými faktormi ako aj so závažnosťou psychického stresu a úzkosti, pričom mladší vek a skúsenosti s traumatickými udalosťami zvyšujú riziko vyššej psychickej záťaže. Yu et al. (2024) sa zaoberali neuropatofyziologickými mechanizmami primárnej dysmenorey. Zistili, že u týchto pacientok dochádza k zmenám v oblastiach mozgu zodpovedných za reguláciu emócií a kognitívnu kontrolu. To môže viesť k dlhodobým zmenám v regulácii emócií a zvýšenému riziku úzkostných symptómov. Pacientky trpiace dysmenoreou môžu byť zraniteľnejšie pri psychickej záťaži. Vhodné sú u nich komplexné terapeutické prístupy zamerané nielen na zvládanie bolesti, ale aj na zlepšenie emočnej stability a zníženie

úzkostných prejavov. Naše výsledky týkajúce sa závažnosti psychopatológie okrem prechádzajúcich výskumov týkajúcich sa depresie a úzkostí potvrdzujú aj Netz et al. (2022), ktorí skúmali 100 žien s diagnostikovanou endometriózou. Zistili, že u žien s CPP je vyššia miera aktuálne prežívaných duševných porúch ($p = 0,019$) ako aj celoživotných duševných porúch ($p = 0,006$). Tieto výsledky poukazujú na zásadný vplyv bolesti v malej panve na psychické zdravie žien. Witten et al. (2023), poukazujú na fakt, že ženy trpiace CPP majú často vyšší výskyt psychických porúch. Romaniuk a Oniszczenko (2023) uvádzajú, že endometrióza spôsobuje silnú fyzickú bolesť a nepriaznivo vplyva na duševné zdravie a celkovú kvalitu života žien.

V rámci nášho výskumu sme sa taktiež zamerali na výskyt stresorov v živote žien trpiacich chronickou bolesťou v malej panve. Objavili sme **signifikantné vzťahy medzi výskytom CPP a celkovým skóre stresu** v teste LSC-R, so štatistickou významnosťou $p < 0,001$. Výsledky týkajúce sa stresu sú v súlade s Brasil et al. (2019), ktorí skúmali pomocou metaanalýzy 15 štúdií zahrňujúcich 4 619 žien s diagnostikovanou endometriózou. Úroveň stresu zisťovali pomocou metódy REML. Objavili, že celková prevalencia mierneho až vysokého psychického stresu u žien s endometriózou bola 68 %. To znamená, že v ich výskume takmer sedem z desiatich žien zažilo určitú úroveň psychického stresu s intervalom spoľahlivosti 57 % až 79 %. Autori prišli k zisteniu, že štádium endometriózy významne ovplyvňuje úroveň psychického stresu, pričom vyššie štádiá ochorenia korelujú so zvýšenou úrovňou stresu. Súvislosť stresu so zdravotným stavom potvrdzuje aj Morschitzky et al. (2004), ktorí sa vo svojej štúdií zaoberali ženami s bolestivou menštruáciou. Prišli k záveru, že ženy trpiace týmto ochorením majú v menštruačnej krvi zvýšenú hladinu prostaglandínu F2 alfa (PGF2 alfa), ktorý sa vyskytuje častejšie u žien so zlou životosprávou a vyšším stresom. Podľa Benagiano et al. (2021) je chronický stres identifikovaný ako faktor, ktorý môže zhoršiť príznaky endometriózy, medzi ktoré patrí hlavne CPP.

Naše výsledky poukazujú na **signifikantný vzťah medzi CPP a výskytom stresorov pred 16. rokom** života ($p < 0,001$). Toto tvrdenie potvrdzujú aj niektoré zahraničné výskumy. Springer et al. (2024) poukazujú na vysokú prevalenciu nepriaznivých zážitkov z detstva a traumatických zážitkov v dospelosti medzi pacientmi s dysfunkciou panvového dna a komplexnou chronickou bolesťou v malej panve. Podľa Panisch et al. (2020) traumatizácia v detstve často súvisí s rozvojom problémov

duševného zdravia v neskoršom živote. Autori zdôrazňujú, že mnohé prípady CPP, hlavne s výskytom traumy sú odolné voči liečbe. Táto rezistencia zdôrazňuje potrebu cielene sa zamerať na prítomnosť traumatizácie v procese liečby. Panisch et al. (2020) poukazujú na zistenie, že u žien trpiacich chronickou bolesťou v malej panve (CPP) prevláda anamnéza traumy, ide najmä o traumy z detstva. Martire et al. (2023) tvrdia, že mnoho dospievajúcich s endometriózou trpí aj dysmenoreou, ktorá je často podceňovaná. Tieto bolestivé príznaky môžu viesť k zvýšeniu úrovne stresu. Khashchenko et al. (2023) tvrdia, že u dospievajúcich s endometriózou a dysmenoreou (bolestivá menštruácia) je vhodné využiť rôzne stratégie zvládania stresu, ku ktorým patrí hľadanie podpory v rodine a priateľoch, ako aj zapojenie sa do fyzických aktivít a v neposlednom rade aj využívanie relaxačných techník.

Ďalšou oblasťou výskumu boli **psychotraumatické zážitky a interpersonálne násilie**. Podarilo sa nám objaviť **signifikantné vzťahy medzi nimi a výskytom CPP** so štatistickou významnosťou $p < 0,001$. Podľa Panisch et al. (2023) súvisí chronická bolesť v malej panve s traumou v anamnéze a s príznakmi somatoformnej disociácie (psychická porucha, pri ktorej sa človek disociuje-odpojí od svojho tela, môže sa prejavovať ako znížená alebo úplná strata zmyslového vnímania tela (napr. znecitlivenie), strata motorickej kontroly, či mimovoľné vnímanie zmyslových (napr. pichanie), motorických (napr. tras) a/alebo bolestivých telesných pocitov, ktoré nemajú organickú príčinu). Ich výskum prebiehal na vzorke 133 pacientok trpiacich CPP. Zisťovali u nich kvalitu života a zaoberali sa aj psychickou rovinou, kde objavili významné vzťahy so somatoformnou disociáciou a symptómami PTSP. Výskumy Heim et al. (1998) to potvrdzuje. Autori poukazujú na zvýšenú prevalenciu skúseností so zneužívaním a PTSP u žien s CPP, ako aj na vyšší počet závažných životných udalostí. Toomey et al. (2018) zistili, že 19 z 36 pacientov trpiacich CPP hlásilo predchádzajúce zneužívanie. Fyzické týranie bolo menej časté ako sexuálne zneužívanie. Týraná skupina uvádzala, že má menšiu kontrolu nad životom, silnejšie reakcie na bolesť a vyššiu úroveň somatizácie a globálneho utrpenia ako netýraná skupina. Podľa Johnson (2024) má trauma duchovné, kultúrne, duševné a fyzické dôsledky, a ľudia, ktorí zažili traumy, chcú, aby sa ňou lekári a fyzioterapeuti zaoberali. V posledných rokoch sa ukázala súvislosť traumy, emocionálnej pohody a sexuálneho zdravia. Autori odporúčajú praktiky všímanosti a zvedomovania si tela.

V našom výskume sme zamerali pozornosť na sexuálne zneužívanie u osôb trpiacich CPP. Predpokladali sme, že objavíme signifikantný vzťah medzi týmto druhom zneužívania a výskytom CPP. Túto hypotézu sme stanovili na základe výskumu Garza-Leal et al. (2021), ktorí zistili, že ženy so zážitkom sexuálneho zneužívania, mali viac ako 11-násobne zvýšené riziko vzniku bolesti v malej panve s pomerom pravdepodobnosti (OR) 11,7 (95% CI, 1,4—98,7). To poukazuje na fakt, že sexuálne zneužívanie môže byť závažným rizikovým faktorom pre CPP. Liebermann et al. (2018), ktorí pomocou dotazníka CTQ skúmali vzorku 421 párov žien (zdravé a s diagnózou endometriózy) zisťovali, či výskyt endometriózy súvisí s traumatizáciou v detstve. Prišli k záveru, že ženy, ktoré trpeli endometriózou hlásili signifikantne častejšie sexuálne zneužívanie (20 %/14 %, $p=0,0197$), emocionálne zneužívanie (44 %/28 %, $p<0,0001$), emocionálne zanedbávanie (50 %/42 %, $p=0,0123$) v porovnaní so skupinou zdravých žien. Podľa Witten et al. (2023) ženy, ktoré utrpeli sexuálnu, fyzickú alebo emocionálnu traumy, sú vystavené vyššiemu riziku vzniku CPP. Ženy s CPP vo výskume Kuile et al. (2010) mali viac vaginálnych problémov, vyhýbania sa sexu, nesenzuality a sexuálnej nespokojnosti v porovnaní so zdravými ženami. Sexuálne problémy boli spojené s úzkosťou, depresiou a sexuálnym zneužívaním v minulosti. To sa ukázalo ako spoločný prediktor sexuálnych problémov u žien s CPP aj u kontrolných skupín. **Výsledky nášho výskumu poukazujú na to, že neexistuje signifikantný vzťah medzi sex. zneužívaním a výskytom CPP** ($p>0,05$). Tieto výsledky sú podobné s výskumom Poleshuck et al. (2005), ktorí zistili, že prítomnosť sexuálneho zneužívania u žien s CPP nekorelovala s rozdielmi v intenzite bolesti, fyzickom fungovaní alebo v stratégiách zvládania stresu. To poukazuje na to, že hoci sexuálne zneužívanie prispieva k psychickému stresu, nemusí priamo ovplyvniť fyzické aspekty chronickej bolesti v malej panve. Gaerke et al. (2024) vo svojom výskume objavili, že 40 % pacientok s endometriózou uviedlo v anamnéze fyzické týranie a 43 % sexuálneho zneužívania. Pacientky s anamnézou sexuálneho zneužívania mali signifikantne vyššiu mieru depresie (53 % oproti 16 %; $p=0,012$) a úzkosti (58 % oproti 12 %; $p<0,001$) ako pacienti, u ktorých nedošlo k zneužívaniu. To poukazuje na vhodnosť skríningu sexuálneho zneužívania u osôb trpiacich endometriózou. Harrop-Griffiths et al. (1988) zistili vyššiu pravdepodobnosť výskytu sexuálneho zneužívania v detstve a dospelosti u osôb s CPP v porovnaní s kontrolnými skupinami. Často u nich dochádzalo k užívaniu návykových látok ako aj sexuálnej dysfunkcii. Reiter et al. (1997) zistili u žien s CPP vyššiu pravdepodobnosť sexuálneho zneužívania v porovnaní so skupinou gynekologických pacientok, ktoré netrpeli

bolestivým ochorením. Tieto zistenia môžu byť dôležité v patogenéze CPP, ale vzťah medzi sexuálnym zneužívaním v detstve a CPP zostáva nejasný. V našom výskume sa ale táto hypotéza nepotvrdila, rozdiel vo výskyte sexuálneho zneužívania medzi skupinami nebol signifikantný, k podobným výsledkom prišli aj Fry et al. (1993), ktorí túto hypotézu popierajú. Približne 30 % ich výskumnej vzorky uviedlo sexuálne zneužívanie v detstve, avšak štúdia dospela k záveru, že nie je pravdepodobné, aby sexuálne zneužívanie bolo špecifickou príčinou CPP. Táto miera sexuálneho zneužívania v detstve je rovnaká ako v iných klinických vzorkách. Domnievame sa, že ďalšou možnou príčinou toho, že sa táto hypotéza nepotvrdila je strach referovať o tomto druhu zneužívania, sociálna žiadúcnosť obetí, disociácia alebo infantilná amnézia (tieto pojmy podrobnejšie vysvetlíme). Štúdia Williams z roku 1993 poukazuje na fakt, že 38 % zneužitých žien si nepamätala zneužívanie, ktoré bolo nahlásené pred 17 rokmi. U detí, ktoré boli sexuálne zneužívané, môže byť proces spracovania traumy ovplyvnený infantilnou amnéziou (nezrelosťou mozgu), ktorá môže viesť k oneskorenému alebo neúplnému vybavovaniu spomienok. Nedávna štúdia Goodmana et al. (2023) je s touto tézou v rozpore. Autori zistili, že 81 % zneužívaných osôb uviedlo, že si tento akt pamätá. Vyšší výskyt nahlásenia bol u jedincov, ktorých zneužívanie skončilo vo vyššom veku, ktorí mali podporu matky po jeho odhalení, alebo ktorí zažili závažnejšie formy zneužívania. Rolu zohrávala aj etnická príslušnosť. Podľa McNally (2007) mnohí odborníci veria, že si obeť túto traumatickú udalosť dobre pamätajú, iní upozorňujú na menšinový výskyt disociatívnej amnézie, pri ktorej sú spomienky uložené, ale nie sú ľahko dostupné. McNally však tvrdí, že tieto „stratené“ spomienky môžu byť skôr výsledkom bežného procesu zabúdania, ktorý sa často vyskytuje po traumatických zážitkoch, než dôsledkom skutočného potlačenia. Simon (2007) vidí riešenie problémov spojených s minulými traumami v spolupráci rôznych odborníkov, ktorí môžu pomôcť pacientom a ich blízkym vyrovnať sa s komplexnými emocionálnymi a psychologickými následkami.

Resiliencia (psychická odolnosť) je dôležitá schopnosť, ktorá pomáha ľuďom zvládať náročné situácie. Preto sme sa v našom výskume rozhodli venovať aj tejto problematike. Objavili sme, že **medzi skupinami CPP a zdraví existuje štatisticky významný rozdiel v úrovni resiliencie** ($p < 0,001$). Na základe lineárnej regresie sa nám podarilo zistiť, že so zvýšenou úrovňou resiliencie dochádza k nižšiemu výskytu zdravotných problémov. Zistili sme, že osoby subjektívne zdravé majú najvyššiu úroveň resiliencie a pacienti s CPP vykazujú najnižšiu mieru resiliencie. Naše výsledky

potvrďuje prierezová Štúdia Romaniuka & Oniszczenka (2023), ktorá sa zamerala na odolnosť žien trpiacich endometriózou. Skúmali vzorkou 349 žien vo veku 18 - 56 rokov, u ktorých bola diagnostikovaná endometrióza. Psychická odolnosť u nich negatívne korelovala s depresiou a úzkosťou. Zistili pozitívnu koreláciu medzi odolnosťou a životnou spokojnosťou. Čo poukazuje na to, že napriek diagnóze boli odolnejšie ženy viac spokojné so svojim životom a mali nižší výskyt depresie a úzkosti. Skinner & Kuijer (2024) zistili, že kvalita života súvisiaca so zdravím je významne narušená u osôb s endometriózou. Odolnosť podľa autorov prináša súcit so sebou, emocionálnu pohodu a pocit kontroly, čo následne zlepšuje aj kvalitu života osôb trpiacich týmto ochorením. Foxx et al. (2022) tvrdia, že resiliencia má ochranný účinok na pacientov fyzický stav, spokojnosť, pocit zmysluplnosti a zapojenie do práce, a to bez ohľadu na závažnosť jeho bolesti v malej panve. Podľa Romaniuka & Oniszczenka (2023) medzi faktory odolnosti patrila schopnosť zvládania stresu, tolerancia neúspechov, prístup k životu ako k výzve, otvorenosť novým skúsenostiam, zmysel pre humor, optimistický životný postoj a schopnosť mobilizovať sa v náročných situáciách. V štúdií Levang a Pukall (2023) autori zistili špecifické a účinné stratégie zvládania stresu u žien trpiacich endometriózou vaječníkov. Patrilo medzi ne riešenie problémov, hľadanie informácií a väčšia starostlivosť o seba. To všetko prispelo k zlepšeniu ich emocionálnej pohody. Podľa autorov by intervencie zamerané na zvýšenie odolnosti mohli viesť k zníženiu zraniteľnosti týchto žien. Odporúčajú podporné programy zamerané na zlepšenie sociálnych prepojení a výučbu stratégií zvládania stresu, čo následne môže viesť k lepšiemu zdravotnému stavu pacientok. Prepojenie tohto ochorenia a sociálneho života zdôrazňuje aj výskum Rush & Misajon (2018). Podarilo sa im zistiť, že endometrióza negatívne ovplyvňuje život žien v oblasti spoločenských vzťahov čo následne ovplyvňuje ich celkovú kvalitu života. Trpoli et al. (2011) zistili, že CPP spôsobená endometriózou alebo iným gynekologickým ochorením vedie k výraznému zníženiu kvality života a sexuálnej spokojnosti. Výsledky výskumu Demetriou et al. (2023) zistili, že ženy s CPP vykazovali významne nižšiu kvalitu života vo všetkých subškálach v porovnaní s kontrolnou skupinou ($p < 0,001$). To zdôrazňuje škodlivý vplyv chronickej bolesti na celkovú pohodu týchto žien.

Stanovili sme si výskumnú otázku týkajúcu sa súvislosti výskytu CPP s plodným vekom a to na základe populačného výskumu Ayorinde et al. (2017), ktorí skúmali vzorku 5300 náhodných žien v reprodukčnom a post reprodukčnom veku.. Z 2088 účastníčok trpelo CPP 309 z nich (14,8%). Autorom sa podarilo zistiť, že CPP je bežná

v reprodukčnom aj post reprodukčnom období, ale signifikantne je spojená s reprodukčným vekom. Reprodukčný vek v tejto štúdii je definovaný ako obdobie približne od 12 do 50 rokov. Na základe toho sme v našom výskume vzorku osôb trpiacich CPP rozdelili do dvoch skupín podľa veku (< 49 a ≥ 50). Pomocou testu chí-kvadrát sa nám **podarilo zistiť, že medzi týmito skupinami neexistuje štatisticky významný rozdiel vo výskyte bolesti v malej panve**. Z toho usudzujeme, že výskyt bolesti v malej panve nesúvisí s plodným vekom. Domnievame sa, že príčinou môže byť nízky počet respondentov trpiacich týmto ochorením v našej vzorke.

Ak by sme mali naše zistenia zosumarizovať, tak u ľudí trpiacich CPP je v porovnaní so skupinou subjektívne zdravých vyšší výskyt depresie, úzkosti a závažnosť psychopatológie. Zažili viac stresujúcich udalostí vo veku do 16 rokov, majú vysokú mieru celkového stresu, taktiež je u nich vyšší výskyt psychotraumatických zážitkov a interpersonálneho násillia. Nepodarilo sa nám u nich preukázať vyšší výskyt sexuálneho zneužívania. Objavili sme u nich nižšiu mieru resiliencie. A nezistili sme ani súvislosť veku s výskytom tohto ochorenia. Všetky tieto zistenia majú dopad na ich psychické prežívanie. Preto si myslíme, že je u ľudí s týmto ochorením okrem podpory okolia dôležitý aj medicínsky multidisciplinárny tým pozostávajúci okrem lekárov aj z fyzioterapeuta, psychoterapeuta a v prípade závažných duševných porúch aj psychiatra. Nakoľko je v spoločnosti narastajúci trend výskytu CPP, bolo podľa nás prínosom preskúmať faktory s ktorými toto ochorenie súvisí. Podarilo sa nám preukázať jeho väzbu s duševným zdravím. Zaoberali sme sa stresom všeobecne, ako aj závažnosťou stresorov a konkrétnymi druhmi stresorov, ktoré respondenti v priebehu života zažili. Objavili sme veľký výskyt interpersonálneho násillia. Zistili sme aj súvislosť CPP s výskytom stresorov v detskom veku (do 16 rokov). Zaujímavé bolo zistenie vzťahu CPP a psychotraumatických zážitkov. Prínosom do budúcnosti by mohlo byť preskúmanie ďalších oblastí traumatizácie. Môžeme skonštatovať, že sme v tejto práci pomocou kvantitatívneho výskumu, jeho metód a výsledkov dosiahli požadované ciele, ktoré sme si v úvode tohto výskumu stanovili. Medzi možné využitie tejto práce patrí lekárska, psychiatrická, fyzioterapeutická ako aj psychologická prax. Ide o odborníkov, ktorí prichádzajú do kontaktu s osobami trpiacimi CPP. Chceli sme poukázať na dôležitosť biopsychosociálneho prístupu. Potvrďuje to aj štúdia Souza et al. (2017), ktorí zistili, že biologické, psychologické a sociálne faktory sú nevyhnutné pre účinnú liečbu chronickej bolesti. Guitar et al. (2023) zdôrazňujú, že je nevyhnutné

prístupovať k liečbe holisticky, berúc do úvahy aspekty fyzického aj duševného zdravia. Witten et al., (2023) ako možnosť liečby odporúčajú kognitívno-behaviorálna terapia, tá podľa nich dokáže riešiť duševné zdravia vďaka prepojeniu s fyzickými príznakmi. Ďalším prínosom tejto práce je zmapovanie výskytu chronickej bolesti v malej panve v Českej republike a jeho porovnanie s výskumami po celom svete.

6 Obmedzenia a možné zdroje chýb

Uvedomujeme si, že výrazným obmedzením tejto práce je nerovné zastúpenie osôb s CPP (N= 68) oproti subjektívne zdravým (N=406) ako aj voči skupine trpiacej iným ochorením ako CPP (N=1326). Tento nerovnomerný pomer môže ovplyvniť štatistickú silu našich analýz a obmedziť generalizáciu výsledkov na celkovú populáciu pacientov s CPP. V budúcich štúdiách by bolo vhodné zamerať sa na získanie vyváženejšieho zastúpenia jednotlivých skupín.

Záver

V teoretická časti diplomovej práce podávame ucelený prehľad o komplexnosti chronickej bolesti v malej panve (CPP), pričom sa zameriavame na najčastejšie gynekologické ochorenia, ako sú endometrióza a dysmenorea. Dôraz je kladený na psychosociálne faktory, ktoré zohrávajú kľúčovú úlohu v prežívaní a zvládaní CPP. Predstavenie bio-psycho-sociálneho modelu psychosomatiky a chronickej bolesti v malej panve (CPP) umožňuje hlbšie porozumenie interakciám medzi psychologickými a sociálnymi aspektmi tejto choroby. Analýza psychogénnych faktorov, ako sú stres, depresia, úzkosť, traumatizácia, resiliencia a sexuálne zneužívanie, poskytuje cenné informácie o ich vplyve na chronické bolesti. Teoretická časť sa v neposlednom rade zameriava aj na potenciál multidisciplinárnych prístupov kombinujúcich rôzne liečebné metódy, čím sa otvára cesta k zlepšeniu kvality života pacientov trpiacich CPP.

V praktickej časti diplomovej práce sme na základe analýzy získaných dát identifikovali významné rozdiely v depresii, úzkosti, stresových faktoroch a závažnosti psychopatológie, medzi skupinami respondentov s bolesťou v malej panve a subjektívne zdravými jedincami. Štatistické analýzy ukazujú, že osoby trpiace CPP vykazujú vyššie skóre depresie, úzkosti a psychopatológie, ako aj zvýšený výskyt životných stresorov, psychotraumatizácie a interpersonálneho násillia. Zistili sme aj súvislosť CPP s výskytom stresorov v detskom veku (do 16 rokov). Napriek dosiahnutým štatistickým významom, hodnoty epsilon kvadrátu naznačujú, že efekt týchto rozdielov je relatívne malý až stredný. Domnievame sa, že CPP má zložitý a mnohostranný vplyv na psychické zdravie jednotlivca. Negatívne vnímanie telesných pocitov a prejavov môže viesť k rozvoju psychických problémov, ako sú depresia a úzkosť. Kvôli následnému zníženiu sociálnych aktivít dochádza k zvyšovaniu pocitu osamelosti, čo má následne vplyv aj na celkovú kvalitu života. Výsledky nášho výskumu naznačujú, že respondenti trpiaci CPP vykazujú najnižšiu schopnosť vyrovnat' sa s náročnými životnými situáciami a prispôbiť sa zmenám, v porovnaní so zdravými jedincami a pacientmi s inými ochoreniami. Všetky tieto výsledky sú v súlade so zahraničnými výskumami, ktoré poukazujú na negatívny vplyv chronickej bolesti na psychické zdravie a zníženú úroveň resilience. Napriek očakávaniam, že sexuálne zneužívanie by mohlo byť rizikovým faktorom pre vznik chronickej bolesti v malej panve, naše zistenia tento predpoklad nepotvrdili. Prevalencia sexuálneho zneužívania sa v skupinách nelíšila štatisticky významným spôsobom. Môže to naznačovať, že respondenti neboli ochotní zdieľať svoje

skúsenosti so zneužívaním, čo mohlo skresliť výsledky. Taktiež, preskúmanie iba sexuálneho zneužívania môže byť nedostatočné k pochopeniu komplexnosti traumatizácie u osôb s CPP. Preto by mohlo byť vhodné v ďalšom výskume zaoberať sa oblasťou emočného a fyzického týrania ako aj emočného a fyzického zanedbávania. Nezistili sme štatisticky významný rozdiel vo výskyte bolesti v malej panve medzi ženami v reprodukčnom a postreprodukčnom veku. Tento výsledok naznačuje, že vek sám osebe nemusí byť primárnym determinantom výskytu tohto zdravotného problému. Je dôležité poznamenať, že negatívny výsledok neznamená úplnú absenciu súvislosti, ale skôr nedostatok štatistickej významnosti v rámci našej konkrétnej vzorky. Preto by budúce štúdie by mohli zahrnúť väčší počet respondentov a analyzovať ďalšie potenciálne ovplyvňujúce faktory, ako sú aj hormonálne zmeny, životný štýl alebo genetické predispozície. Výsledky našej štúdie poukazujú na potrebu komplexného prístupu k liečbe chronickej bolesti, ktorý by mal zohľadňovať nielen fyzické, ale aj psychické aspekty zdravia pacienta. Preto predpokladáme, že by bolo vhodné zaoberať sa aj mechanizmami, ktoré stoja za súvislosťou medzi CPP a výskytom psychopatológie. Podrobnejšie skúmanie príčin tohto ochorenia by mohlo viesť k vypracovaniu terapeutických stratégií zameraných na zlepšenie psychického zdravia pacientov s CPP.

Zoznam použitej literatúry

- Adamczyk, W. M., Farley, D., Wiercioch-Kuzianik, K., Bajcar, E. A., Buglewicz, E., Nastaj, J., Gruszka, A., & Babel, P. (2019). Memory of pain in adults: a protocol for systematic review and meta-analysis. *Systematic reviews*, 8(1), 201. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1115-4>
- Ahmadova, S. (2024). Chronic pain as one of the factors influencing the development of depression. *Health Studies*, 4(4), 2109. <https://doi.org/10.51249/hs.v4i04.2109>
- Ayorinde, A. A., Bhattacharya, S., Druce, K. L., Jones, G. T., & Macfarlane, G. J. (2017). Chronic pelvic pain in women of reproductive and post-reproductive age: A population-based study. *European Journal of Pain*, 21(3), 445–455. <https://doi.org/10.1002/ejp.938>
- Babić, R., Babić, M., Rastović, P., Ćurlin, M., Šimić, J., Mandić, K., & Pavlović, K. (2020). Resilience in Health and Illness. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 2), 226–232.
- Bäckryd, E., & Alföldi, P. (2023). Långvarig smärta – relationen till ångest och depression är komplex [Chronic pain and its relationship with anxiety and depression]. *Lakartidningen*, 120, 23010.
- Bajalan, Z., Moafi, F., MoradiBaglooei, M., & Alimoradi, Z. (2019). Mental health and primary dysmenorrhea: a systematic review. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 40(3), 185–194. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1470619>
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, 163(20), 2433–2445. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Banikarim, C., Chacko, M. R., & Kelder, S. H. (2000). Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic female adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154(12), 1226–1229. <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.12.1226>
- Bartůšková, L., Kabát, J., Kaščáková, N., Fürstová, J., Glogar, P., Heveri, M., Tavel, P. (2018). Psychometrická analýza české verze dotazníku Zdraví a spokojenosti (SF-8 Health Survey). *Ceskoslovenska Psychologie*, 62(Suppl. 1), 40–55.
- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, Avicenum. ISBN 80-7169-031-7.

- Benagiano, G., Bianchi, P., & Guo, S. W. (2021). Endometriosis in adolescent and young women. *Minerva obstetrics and gynecology*, 73(5), 523–535. <https://doi.org/10.23736/S2724-606X.21.04764-X>
- Bishop, M. D., Bialosky, J. E., & Alappattu, M. J. (2020). Riding a tiger: Maximizing effects of manual therapies for pelvic pain. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 44(1), 32-38. <https://doi.org/10.1097/JWH.0000000000000156> [cit. 2024-10-12].
- Brasil, D. L., Montagna, E., Trevisan, C. M., La Rosa, V. L., Laganà, A. S., Barbosa, C. P., Bianco, B., & Zaia, V. (2020). Psychological stress levels in women with endometriosis: Systematic review and meta-analysis of observational studies. *Minerva Med*, 111(1), 90-102. <https://doi.org/10.23736/S0026-4806.19.06350-X>
- Brooks, T., Sharp, R., Evans, S., Baranoff, J., & Esterman, A. (2020). Predictors of Depression, Anxiety and Stress Indicators in a Cohort of Women with Chronic Pelvic Pain. *Journal of pain research*, 13, 527–536. <https://doi.org/10.2147/JPR.S223177>
- Calvi, C., Sherman, K. A., & Pham, D. (2024). Loneliness and perceived social support in endometriosis: The roles of body image disturbance and anticipated stigma. *International Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 433–444. <https://doi.org/10.1007/s12529-023-10230-w>
- Casalechi, M., Vieira-Lopes, M., Quessada, M. P., Araújo, T. C., & Reis, F. M. (2021). Endometriosis and related pelvic pain: association with stress, anxiety and depressive symptoms. *Minerva obstetrics and gynecology*, 73(3), 283–289. <https://doi.org/10.23736/S2724-606X.21.04704-3>
- Cohler, B. J. (1987). Adversity, resilience, and the study of lives. In E. J. Anthony & B. J. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 363–424). The Guilford Press.
- Curatolo M. (2024). Central Sensitization and Pain: Pathophysiologic and Clinical Insights. *Current neuropharmacology*, 22(1), 15–22. <https://doi.org/10.2174/1570159X20666221012112725>
- Danzer, G. (2010). *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla i duše* (2. vyd.). Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-718-3.
- Davis, D. A., Luecken, L. J., & Zautra, A. J. (2005). Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clinical Journal of Pain*, 21(5), 398–405. <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000149795.08746.31>

- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical psychology review*, 30(5), 479–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.003>
- Dean E. (2016). Anxiety. *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987), 30(46), 15. <https://doi.org/10.7748/ns.30.46.15.s17>
- Demetriou, L., Krassowski, M., Abreu Mendes, P., Garbutt, K., Vitonis, A. F., Wilkins, E., Coxon, L., Arendt-Nielsen, L., Aziz, Q., Birch, J., Horne, A. W., Hoffman, A., Hummelshoj, L., Lunde, C. E., Meijlink, J., Perro, D., Rahmioglu, N., Terry, K. L., Pogatzki-Zahn, E., Sieberg, C. B., & Vincent, K. (2023). Clinical profiling of specific diagnostic subgroups of women with chronic pelvic pain. *Frontiers in Reproductive Health*, 5, 1140857. <https://doi.org/10.3389/frph.2023.1140857>
- Desjardins-Simon J, S. Debras, 2015, Nevědomé příčiny neplodnosti, Portál, Praha, ISBN 978-80-262-0821-1
- Dietzová, S., Droppová, Z., & Kotianová, A. (2021, 15. december). Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta s chronickou bolesťou [Štandardný postup]. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. [https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/15-12-2021/5_2-KPM-dospelého-pacienta-s-chronickou-bolestou-Klin_psych_pre-dospelych.pdf]
- Dydyk, A. M., & Gupta, N. (2023). Chronic pelvic pain. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554585/>
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(2), 73–82. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x>
- Engeler, D. S., Baranowski, A. P., Dinis-Oliveira, P., Elneil, S., Hughes, J., et al. (2013). The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: Is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. *European Urology*, 64(3), 431-439. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.04.035> [cit. 2024-10-12].
- Ensz, J., Ermler, M., Rabbani, H., Saunders, M., Baker, S., & Mohiyeddini, C. (2024). Resilience—The Ability to Bounce Back! *Frontiers for Young Minds*, 12. <https://doi.org/10.3389/frym.2024.1279405>

- Evelyn, F., Freire, G., Gavilanes, M., Lara, S., & Salazar, M. (2024). Optimismo y resiliencia en adolescentes. *Tesla Revista Científica* . <https://doi.10.55204/trc.v4i1.e263>
- Faleide, A. O., Lian, L. B., & Faleide, E. K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2864-3.
- Falco, S. (2022). *Biopsychosociálny model zdravia* [Obrázek]. Wikimedia Commons. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Biopsychosocial_Model_of_Health_1.png (CC BY-SA 4.0)
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774–786. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.04.001>
- Fordyce W. E. (1997). On the nature of illness and disability: an editorial. *Clinical orthopaedics and related research*, (336), 47–51. <https://doi.org/10.1097/00003086-199703000-00007>
- Foxx, AM, Till, SR, & As-Sanie, S. (2022). Úloha odolnosti u žien s chronickou panvovou bolesťou. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* , 29(<https://doi.org/10.1016/j.jmig.2022.09.041>)
- Fry, R. P., Crisp, A. H., Beard, R. W., & McGuigan, S. (1993). Psychosocial aspects of chronic pelvic pain, with special reference to sexual abuse. A study of 164 women. *Postgraduate medical journal*, 69(813), 566–574. <https://doi.org/10.1136/pgmj.69.813.566>
- Furstova, J., Kascakova, N., Polackova Solcova, I., Hasto, J., & Tavel, P. (2022). How Czecho-Slovakia Bounces Back: Population-Based Validation of the Brief Resilience Scale in Two Central European Countries. *Psychological reports*, 125(5), 2807–2827. <https://doi.org/10.1177/00332941211029619>
- Gaerke, Alyssa & Jago, Caitlin & Flaxman, Teresa & Singh, Sukhbir & Lortie, Karine. (2024). Prevalence of Abuse in Women with Endometriosis and Relationship to Pain Symptoms: A Cross-Sectional Questionnaire Study. 10.21203/rs.3.rs-3889054/v1. Gambadauro, P., Carli, V., & Hadlaczky, G. (2019). Depressive symptoms among women with endometriosis: a systematic review and meta-analysis.

- American journal of obstetrics and gynecology*, 220(3), 230–241.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.123>
- Garza-Leal, J. G., Sosa-Bravo, F. J., Garza-Marichalar, J. G., Soto-Quintero, G., Castillo-Saenz, L., & Fernández-Zambrano, S. (2021). Sexual abuse and chronic pelvic pain in a gynecology outpatient clinic. A pilot study. *International urogynecology journal*, 32(5), 1285–1291. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04772-4>
 - Gerstle, M. L. (1957). Dysmenorrhea: A psychosomatic challenge. *Workplace Health & Safety* [online], 5(12), 28-30. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/216507995700501206> [cit. 2017-03-24]. ISSN: 2093-7911
 - Giannantoni, A., Gubbiotti, M., Balzarro, M., & Rubilotta, E. (2021). Resilience in the face of pelvic pain: A pilot study in males and females affected by urologic chronic pelvic pain. *Neurourology and urodynamics*, 40(4), 1011–1020. <https://doi.org/10.1002/nau.24659>
 - Gioia, F., Parola, A., & Boursier, V. (2023). Alexithymia and Loneliness in Women with Endometriosis. Testing the Factorial Structure of the Italian Endometriosis Health Profile (EHP-30) and a Mediation Model. *Clinical neuropsychiatry*, 20(5), 442–452. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20230506lemost>
 - Goodman, G. S., Ghatti, S., Quas, J. A., Edelstein, R. S., Alexander, K. W., Redlich, A. D., Cordon, I. M., & Jones, D. P. (2003). A prospective study of memory for child sexual abuse: New findings relevant to the repressed-memory controversy. *Psychological Science*, 14(2), 113–118 <https://doi.org/10.1111/1467-9280.01428>
 - Greene, R. R. (2002). Holocaust survivors: A study in resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 37(1), 3–18. https://doi.org/10.1300/J083v37n01_02
 - Guitar, N. A., Connelly, D. M., Murray, L. L., & Hunter, S. W. (2023). Executive functioning in females living with chronic pelvic pain: A pilot study. *Journal of Women's & Pelvic Health Physical Therapy*, 47(4), 255-264. <https://doi.org/10.1097/JWH.0000000000000281>
 - Haefner, H. K., Collins, M. E., Davis, G. D., Edwards, L., Foster, D. C., Hartmann, E. D., Kaufman, R. H., Lynch, P. J., Margesson, L. J., Moyal-Barracco, M., Piper, C. K., Reed, B. D., Stewart, E. G., & Wilkinson, E. J. (2005). The vulvodynia guideline.

Journal of Lower Genital Tract Disease, 9(1), 40–51.
<https://doi.org/10.1097/00128360-200501000-00009>

- Hamaideh S. H. (2011). Stressors and reactions to stressors among university students. *The International journal of social psychiatry*, 57(1), 69–80.
<https://doi.org/10.1177/0020764009348442>
- Hašto, J. (2006). Psychosomatický pacient – ako mu porozumieme? Psychiatrické oddelenie NsP, Trenčín, *Via pract*, 3(1), 28–32.
<https://www.solen.sk/storage/file/article/Hasto.pdf>
- Haugstad, G. K., Kirste, U., Leganger, S., Haakonsen, E., & Haugstad, T. S. (2018). Somatocognitive therapy in the management of chronic gynaecological pain: A review of the historical background and results of a current approach. *Scandinavian Journal of Pain*, 2(3), 124–129. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2011.02.005>
- Harrop-Griffiths, J., Katon, W., Walker, E., Holm, L., Russo, J., & Hickok, L. (1988). The association between chronic pelvic pain, psychiatric diagnoses, and childhood sexual abuse. *Obstetrics and gynecology*, 71(4), 589–594.
- Hartmann, K. E., Ma, C., Lamvu, G. M., Langenberg, P. W., Steege, J. F., & Kjerulff, K. H. (2004). Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstetrics and gynecology*, 104(4), 701–709.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000140684.37428.48>
- Heim, Ch., Ehlert, U., J, P, Hanker., Dirk, H., Hellhammer, H. (1998). Abuse-related posttraumatic stress disorder and changes in the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain.. *Psychosomatic Medicine*, 60(3):309-318.
<https://doi: 10.1097/00006842-199805000-00017>
- Holub, Z., Kužel, D., & kolektiv. (2005). *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-6758-1.
- Honzák, R. (2020). *Úzkostný pacient* (Druhé, aktualizované vydání). Praha: Galén
- Honzák, R. (2023). *Strach a úzkost a jak na ně*. Zdraví a životní styl. Praha: Vyšehrad.
- Hutton, D., Mustafa, A., Patil, S., Rathod, S., Shrikhande, G., Advincula, A., Drummond, J., Gregersen, P., Hall, J., Metz, C., Milspaw, A., Orbuch, I. K., Stahl, P., Stein, A., & Shrikhande, A. (2023). The burden of Chronic Pelvic Pain (CPP): Costs and quality of life of women and men with CPP treated in outpatient referral centers. *PloS one*, 18(2), e0269828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269828>

- Chand, S. P., & Arif, H. (2023). Depression. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28613597/>
- Cheong, Y. C., Smotra, G., & Williams, A. C. (2014). Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD008797. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008797.pub2>
- Infurna, M. R. (2015). Childhood adversities and psychopathological outcomes. *Journal*, 1–. <https://doi.org/10.11588/HEIDOK.00018981>
- Johnson, M. (2024). A physical therapist's role in providing a trauma-informed, whole-body, holistic approach to address the spiritual and mental health of patients. *Journal of Women's & Pelvic Health Physical Therapy*, 48, 40-46. <https://doi.org/10.1097/JWH.0000000000000298>
- Jochmannová, L. (2021). Trauma u dětí: Kategorie, projevy a specifika odborné péče. Grada.
- Jones, W. L., M. B., B. S., & D. P. M. (1954). Psychosomatic medicine. *Occupational Therapy: The Official Journal of the Association of Occupational Therapists* [online], 17(4), 130-132. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/030802265401700402> [cit. 2017-03-24]. ISSN 1477-6006.
- Kaščáková, N. (2022, máj). *Psychosomatika, 2. časť* [Prezentácie]. Seminár Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci. OUSHI UPOL Olomouc, Olomouc, Česká republika.
- Kaščáková, N. (2023, 15. marca). *Psychosomatika* [Prezentácie]. Seminár Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci. OUSHI UPOL Olomouc, Olomouc, Česká republika.
- Kaščáková, N., Fürstová, J., Poláčková-Šolcová, Bieščad, M., Hašto, J., Tavel, P., (2018,b) Psychometrická analýza českej verzie dotazníka trauma z detstvá (CTQ) so sociodemografickými rozdielmi v traumatizácii dospelých obyvateľov Českej republiky. *Ceskoslovenska Psychologie*, 6.2018, 62(Suppl. 3), 212-230.
- Kaščáková, N., Fürstová, J., Poláčková-Šolcová, I., Heveriová, M., Heveri, M., Hašto, j., & Tavel, P. (2018,a). Dotazník životných stresorů (LSC-R): Výskyt stresorů u dospelých obyvateľov ČR a súvis so zdravím. *Ceskoslovenska Psychologie*, 62(Suppl.1), 80-99.
- Kabát, J., Kaščáková, N., Fürstová, J., Bartůš-Ková, L., Glogar, P., Šolcová, IP, & Tavel, P. (2018). Psychometrické charakteristiky české verze stručného inventáře

- příznaků (BSI-53) [Psychometric Characteristics of the Czech version of the Brief Symptom Inventory (BSI -53)]. *Československá psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii a Praxi*, 62 (Suppl 1), 19–39.
- Karoly, P., & Ruehlman, L. S. (2006). Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: Findings from a national community sample. *Pain*, 123(1-2), 90–97. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.02.014>
 - Kays, P. (2021). Empathy during patient-provider interactions for women with chronic pelvic pain: A qualitative study. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 45(4), 190-200. <https://doi.org/10.1097/JWH.0000000000000215> 5(4):p 190-200, October/December 2021.DOI: 10.1097/JWH.0000000000000215
 - Khashchenko, E. P., Uvarova, E. V., Fatkhudinov, T. K., Chuprynin, V. D., Asaturova, A. V., Kulabukhova, E. A., Vysokikh, M. Y., Allakhverdieva, E. Z., Alekseeva, M. N., Adamyan, L. V., & Sukhikh, G. T. (2023). Endometriosis in Adolescents: Diagnostics, Clinical and Laparoscopic Features. *Journal of clinical medicine*, 12(4), 1678. <https://doi.org/10.3390/jcm12041678>
 - Kiňová, S. (2009). Poruchy menštruačného cyklu. *Via Practica* [online], 6(1), 10-12. http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3599&magazine_id=1 [cit. 2017-02-27]. ISSN 1339-424X.
 - Knotek, P. (2010). Psychologické aspekty chronické bolesti. In *Léčba chronické bolesti* (pp. 15–27). Solen. <https://www.solen.sk/storage/file/article/c846ae73144828658bbc346191400bff.p>
 - Kocourková, J. (2006). Sexuální zneužívání dětí. In Říčan al. *Dětská klinická psychologie*, Praha: Grada, s 291-294
 - Koukolík, F. (2016). *Sociální mozek* (2. vyd.). Karolinum
 - Kralik, D., van Loon, A., & Visentin, K. (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*, 14(2), 187–201. <https://doi.org/10.1080/09650790600718035>
 - Krejčířová, D. (2006). Psychická deprivace, týraní a zanedbávání dítěte. In Říčan et al (2006). *Dětská klinická psychologie* (4., prepracované a doplnené vydání). Praha: Grada, s. 287-289
 - Křivohlavý, J. (2012). Optimismus, pesimismus a prevence deprese. Grada Publishing. ISBN 9788024740072.Lamvu, G., Carrillo, J., Ouyang, C., & Rapkin, A.

- (2021). Chronic pelvic pain in women: A review. *JAMA*, 325(23), 2381–2391.
<https://doi.org/10.1001/jama.2021.2631>
- Laganà, A. S., La Rosa, V. L., Rapisarda, A. M. C., Valenti, G., Sapia, F., Chiofalo, B., Rossetti, D., Ban Frangež, H., Vrtačnik Bokal, E., & Vitale, S. G. (2017). Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *International journal of women's health*, 9, 323–330.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S119729>
 - Lamvu, G., Carrillo, J., Ouyang, C., & Rapkin, A. (2021). Chronic Pelvic Pain in Women: A Review. *JAMA*, 325(23), 2381–2391.
<https://doi.org/10.1001/jama.2021.2631>
 - Lenz, J., Chvátal, R., & Fiala, L. (Eds.). (2021). *Endometrióza*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3050-4.
 - Levang S, C Pukall, (113) The Application of the Stable-Modifiable Model of Vulnerability and Resilience Processes in the Ovarian Endometriosis Population, *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 20, Issue Supplement_2, May 2023, qdad061.109, <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad061.109>
 - Levine, P. A. (2014). *Prevence traumatu u dětí*. Maitrea.
 - Levine, P. A. (2017). *Trauma a paměť: Pohled do živé minulosti mysli a těla*. Maitrea.
 - Levine, P. A., & Frederick, A. (2011). Probouzení tygra: léčení traumatu: vrozená schopnost transformovat zdrcující zážitky. Praha: Maitrea.
 - Levine, P. A., & Kline, M. (2012). Trauma očima dítěte: Probouzení obyčejného zázraku léčení: od raného dětství po dospívání. Maitrea.
 - Li, J. H., Zhao, S. J., Guo, Y., Chen, F., Traub, R. J., Wei, F., & Cao, D. Y. (2024). Chronic stress induces wide-spread hyperalgesia: The involvement of spinal CCK1 receptors. *Neuropharmacology*, 258, 110067.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2024.110067>
 - Liebermann, C., Kohl Schwartz, A. S., Charpidou, T., Geraedts, K., Rauchfuss, M., Wölfler, M., von Orelli, S., Häberlin, F., Eberhard, M., Imesch, P., Imthurn, B., & Leeners, B. (2018). Maltreatment during childhood: a risk factor for the development of endometriosis?. *Human reproduction (Oxford, England)*, 33(8), 1449–1458.
<https://doi.org/10.1093/humrep/dey111>
 - Márki, G., Bokor, A., Rigó, J., & Rigó, A. (2017). Physical pain and emotion regulation as the main predictive factors of health-related quality of life in women

- living with endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)*, 32(7), 1432–1438. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex091>
- Mazza, S., Frot, M., & Rey, A. E. (2018). A comprehensive literature review of chronic pain and memory. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 87(Pt B), 183–192. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.08.006>
 - McNally R. J. (2007). Dispelling confusion about traumatic dissociative amnesia. *Mayo Clinic proceedings*, 82(9), 1083–1090. <https://doi.org/10.4065/82.9.1083>
 - Morschitzky, H., & Sator, S. (2015). Když duše mluví řečí těla: Stručný přehled psychosomatiky (3. vyd.). Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0972-0.
 - Nasika, I. N., Wiart, C., Bonvarlet, A. S., Guillaume, J., Yavchitz, A., & Tereno, S. (2023). Attachment patterns, self-compassion, and coping strategies in patients with chronic pain. *Pain reports*, 8(5), e1087. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001087>
 - Kačínětzová et al. Bolestivá Menstruace II. Praha: Triton; 2003. ISBN: 80-7254-316-4
 - Macků, F. (1992). Gynekológia a pôrodnictvo: Učebnica pre stredné zdravotnícke školy (2. vyd.). Martin: Osveta. ISBN 80-217-0485-3.
 - Martire, F. G., Piccione, E., Exacoustos, C., & Zupi, E. (2023). Endometriosis and Adolescence: The Impact of Dysmenorrhea. *Journal of clinical medicine*, 12(17), 5624. <https://doi.org/10.3390/jcm12175624>
 - Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2023). *Roční výkaz o výkonu sociálně-právní ochrany dětí za rok 2023* [PDF]. <https://www.mpsv.cz/web/cz/statistiky-1>
 - Mitsuhashi, R., Sawai, A., Kiyohara, K., Shiraki, H., & Nakata, Y. (2022). Factors Associated with the Prevalence and Severity of Menstrual-Related Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(1), 569.
 - Morschitzky, H., & Sator, S. (2007). Když duše mluví řečí těla. Praha: Portál. ISBN 978-80-737-218-8.
 - Nelson, C. I., Hicks, C., Pfeiffer, M., & Peugh, J. (2024). Examining pain intensity in memory: Potential moderators of the discordance between daily diary and retrospective pain reports. *The Journal of Pain*. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.01.249>

- Neto N., J., Melo, V. G., Lima, L. C. S., Costa, M. V. L. R., Silva, L. C., Gomes, L. M. R. S., Freire, G. I. M., Leal, P. D. C., Oliveira, C. M. B., & Moura, E. C. R. (2023). Improved quality of life (EHP-30) in patients with endometriosis after surgical treatment. *Revista da Associacao Medica Brasileira* (1992), 69(8), e20230316. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230316>
- Netzl, J., Gusy, B., Voigt, B., Sehouli, J., & Mechsner, S. (2022). Chronic pelvic pain in endometriosis: Cross-sectional associations with mental disorders, sexual dysfunctions, and childhood maltreatment. *Journal of Clinical Medicine*, 11(13), 3714. <https://doi.org/10.3390/jcm11133714>
- Nicholas, M., Vlaeyen, J. W. S., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S. J., Treede, R. D., & IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: Chronic primary pain. *Pain*, 160(1), 28–37. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>
- Nosková, P. (2016). Syndrom chronické pánevní bolesti. *Urologická praxe*, 17(3), 106–110. <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2017/01/08.pdf>
- Orel, M., et al. (2014). *Somatopatologie: Nauka o nemocech těla*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4714-9.
- Orlová, M. (2003). Žena ako otrokyňa gynekologických psychosomatických ťažkostí. In *Psychiatria* [online], 10(4), 209-213. <https://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/4-2003/psy4-2003-cla15.pdf> [cit. 2017-08-03]. ISSN 1211-7579.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2., přepracované a doplněné vydání). Psyché. Praha: Grada.
- Panisch, L. S., & Tam, L. M. (2020). The Role of Trauma and Mental Health in the Treatment of Chronic Pelvic Pain: A Systematic Review of the Intervention Literature. *Trauma, violence & abuse*, 21(5), 1029–1043. <https://doi.org/10.1177/1524838018821950>
- Panisch, L. S., Rogers, R. G., Breen, M. T., Nutt, S., Dahud, S., & Salazar, C. A. (2023). Dissociation Among Women with Chronic Pelvic Pain: Relation to Surgical Treatment, Pelvic Pain Severity, and Health-Related Quality of Life. *Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study*

of Dissociation (ISSD), 24(2), 296–311.
<https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2168828>

- Parsons, B. A., Baranowski, A. P., Berghmans, B., Borovicka, J., Cottrell, A. M., Dinis-Oliveira, P., Elneil, S., Hughes, J., Messelink, B. E. J., de C Williams, A. C., Abreu-Mendes, P., Zumstein, V., & Engeler, D. S. (2022). Management of chronic primary pelvic pain syndromes. *BJU international*, 129(5), 572–581. <https://doi.org/10.1111/bju.15609>
- Pešek, R., Praško, J., & Štípek, P. (2013). Kognitivně behaviorální terapie v praxi. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0501-2.
- Polackwich, A. S., & Shoskes, D. A. (2016). Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a review of evaluation and therapy. *Prostate cancer and prostatic diseases*, 19(2), 132–138. <https://doi.org/10.1038/pcan.2016.8>
- Poleshuck, E. L., Dworkin, R. H., Howard, F. M., Foster, D. C., Shields, C. G., Giles, D. E., & Tu, X. (2005). Contributions of physical and sexual abuse to women's experiences with chronic pelvic pain. *The Journal of reproductive medicine*, 50(2), 91–100.
- Ponešický, J. (2002). Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky: Souvislost mezi zvládnutím životních problémů, tělesným zdravím a nemocí. Praha: Triton. ISBN 80-7254-216-8.
- Price, J., Farmer, G., Harris, J., Hope, T., Kennedy, S., & Mayou, R. (2006). Attitudes of women with chronic pelvic pain to the gynaecological consultation: a qualitative study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 113(4), 446–452. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00862.x>
- Przekop, P. (2018). Vítězství nad chronickou bolestí: Inovativní přístup k mysli a tělu. ANAG.
- Ptáček, R. (n.d.). Nevyhovující bydlení a vývoj dětí. [Prezentácia]. chrome-extension://kdpelmjpfafjppnhbloffcjpeomlnpah/https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/8__Prezentace_-_Dopady_nevyhovujiciho_bydleni_na_zdravi_deti.pdf/6bf79675-5025-f97c-d54f-c9a59502b550
- Radó, P., & Radó, S. (2003). Biopsychosociálny model medicíny (pohľad psychiatra). In *Psychiatria* [online], 10(4), 192-193. <https://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/4-2003/psy4-2003-cla8.pdf> [cit. 2017-20-02]. ISSN 1211-7579.

- Rakel R. E. (1999). Depression. Primary care, 26(2), 211–224. [https://doi.org/10.1016/s0095-4543\(08\)70003-4](https://doi.org/10.1016/s0095-4543(08)70003-4)
- Rancourt, B. (2008). Zbavit se minulosti: Jak léčit dávná emoční zranění. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-363-5.
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). Celostní péče o pacienta. In J. Raudenská & A. Javůrková (Eds.), *Lékařská psychologie ve zdravotnictví* (s. 17–40). Praha: Grada Publishing.
- Romaniuk, A., & Oniszczenko, W. (2023). Resilience, anxiety, depression, and life satisfaction in women suffering from endometriosis: a mediation model. *Psychology, health & medicine*, 28(9), 2450–2461. <https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2197649>
- Rosenthal, R. H., Ling, F. W., Rosenthal, T. L., & McNeeley, S. G. (1984). Chronic pelvic pain: psychological features and laparoscopic findings. *Psychosomatics*, 25(11), 833–841. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(84\)72944-6](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(84)72944-6)
- Röhr, H.-P. (2014). Zneužití: Léčba následků sexuálního či emočního násilí. Spektrum. Praha: Portál.
- Russell, N., Daniels, B., Smoot, B., & Allen, D. D. (2019). The effects of yoga on quality of life and pain in women with chronic pelvic pain: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 43(3), 144-154. <https://doi.org/10.1097/JWH.0000000000000135>
- Růžička, J. (2006). Psychosomatický přístup k člověku. Praha: Triton. ISBN 80-7254-750-X
- Peveler, R., Edwards, J., Daddow, J., & Thomas, E. (1996). Psychosocial factors and chronic pelvic pain: a comparison of women with endometriosis and with unexplained pain. *Journal of psychosomatic research*, 40(3), 305–315. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(95\)00521-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(95)00521-8)
- Rush, G., & Misajon, R. (2018). Examining subjective wellbeing and health-related quality of life in women with endometriosis. *Health care for women international*, 39(3), 303–321. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1397671>
- Říčan, P. et al (2006). Dětská klinická psychologie (4., prepracované a doplnené vydání). Grada.
- Santerre-Baillargeon, M., Vézina-Gagnon, P., Daigneault, I., Landry, T., & Bergeron, S. (2017). Anxiety Mediates the Relation Between Childhood Sexual Abuse and

Genito-Pelvic Pain in Adolescent Girls. *Journal of sex & marital therapy*, 43(8), 774–785. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1266539>

- Savidge, C. J., & Slade, P. (1997). Psychological aspects of chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(5), 433-444. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00300-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00300-5)
- Saxena R, Gupta M, Shankar N, Jain S, Saxena A. Effects of yogic intervention on pain scores and quality of life in females with chronic pelvic pain. *Int J Yoga*. 2017 Jan-Apr;10(1):9-15. doi: 10.4103/0973-6131.186155. PMID: 28149062; PMCID: PMC5225749.
- Shoukat, S., Tasneem, M., Zahid, T., & Goolamnobe, J. M. B. (2024). Incidence of chronic pelvic pain in females attending a gynaecology outpatient department. *European Medical Journal*. <https://doi.org/10.33590/emj/10302260>. [cit. 2024-10-12].
- Schellong, J., Epple, F., & Weidner, K. (2021). *Psychotraumatologie*. Praha: Hogrefe.
- Schmid, M., Petermann, F., & Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC psychiatry*, 13, 3. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-3>
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: Psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607–628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
- Simic, K., Savić, B., & Knezevic, N. N. (2024). Pain catastrophizing: How far have we come? *Neurology International*, 16(3), 483–501. <https://doi.org/10.3390/neurolint16030036>
- Simon, B. (2007). Does “Dispelling Confusion About Traumatic Dissociative Amnesia” dispel confusion? One clinician's view. *Mayo Clinic Proceedings*, 82(9), 1049–1051. <https://doi.org/10.4065/82.9.1049>
- Siqueira-Campos, V. M. E., Da Luz, R. A., de Deus, J. M., Martinez, E. Z., & Conde, D. M. (2019). Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors. *Journal of pain research*, 12, 1223–1233. <https://doi.org/10.2147/JPR.S195317>
- Skinner, C. M., & Kuijer, R. G. (2024). Self-compassion and health-related quality of life in individuals with endometriosis. *Psychology & health*, 1–18. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/08870446.2024.2325506>

- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194-200. doi: 10.1080/10705500802222972. PMID: 18696313.
- Souza, I., Vasconcelos, A. G., Caumo, W., & Baptista, A. F. (2017). Resilience profile of patients with chronic pain. Perfil de resiliência em pacientes com dor crônica. *Cadernos de saude publica*, 33(1), e00146915. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00146915>
- Soliman, M. (2014). Perception of stress and coping strategies by medical students at King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia. *The Journal of Taibah University Medical Sciences*, 9(1), 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2013.09.006>
- Speer, L., Mushkbar, S., & Erbele, T. (2016). Chronic pelvic pain in women. *American Family Physician*, 93(5), 380-387. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0301/p380.html>
- Springer, K., Patton, R., Hagaman, H., & Martin, D. (2023). Trauma-Informed Approaches in Pelvic Health: Exploratory understandings of adverse childhood experiences, trauma, and Trauma-Informed care. *Deleted Journal*, 48(1), 21–33. <https://doi.org/10.1097/jwh.0000000000000285>
- Spinoni M, Porpora MG, Muzii L, Grano C. Pain Severity and Depressive Symptoms in Endometriosis Patients: Mediation of Negative Body Awareness and Interoceptive Self-Regulation. *J Pain*. 2024 Jul 18;104640. doi: 10.1016/j.jpain.2024.104640. Epub ahead of print. PMID: 39032583.
- Stamp, GE, Iacovides, S., & Wadley, AL (2023). A fearful adult attachment style is associated with double the prevalence of chronic pain compared to secure attachment: A national survey of a South African population,medRxiv .<https://doi.org/10.1101/2023.07.2>
- Stein S. L. (2013). Chronic pelvic pain. *Gastroenterology clinics of North America*, 42(4), 785–800. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2013.08.005>
- Stragapede, E., Huber, J. D., & Corsini-Munt, S. (2024). My Catastrophizing and Your Catastrophizing: Dyadic Associations of Pain Catastrophizing and the Physical, Psychological, and Relational Well-being of Persons With Endometriosis and Their Partners. *The Clinical journal of pain*, 40(4), 221–229. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001193>

- Stones, R. W., Selfe, S. A., Fransman, S., & Horn, S. A. (2000). Psychosocial and economic impact of chronic pelvic pain. *Bailliere's best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 14(3), 415–431. <https://doi.org/10.1053/beog.1999.0084>
- Šebela A., Chronická pánevní bolest pohledem psychiatram In Urban et al.(2023), Chronická pánevní bolest, (s. 163-172).Grada.
- Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Grada.
- Šutulović, N., Vesković, M., Puškaš, N., Zubelić, A., Jerotić, D., Šuvakov, S., Despotović, S., Grubač, Ž., Mladenović, D., Macut, D., Rašić-Marković, A., Simić, T., Stanojlović, O., & Hrnčić, D. (2023). Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome Induces Depression-Like Behavior and Learning-Memory Impairment: A Possible Link with Decreased Hippocampal Neurogenesis and Astrocyte Activation. *Oxidative medicine and cellular longevity*, 2023, 3199988. <https://doi.org/10.1155/2023/3199988>
- Ter Kuile, M. M., Weijenborg, P. T., & Spinhoven, P. (2010). Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the role of anxiety and depression. *The journal of sexual medicine*, 7(5), 1901–1910. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01414.x>
- Takáč, L., Sobotková, D., & Šulová, L. (2015). *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
- Toomey, T. C., Hernandez, J. T., Gittelman, D. F., & Hulka, J. F. (1993). Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients. *Pain*, 53(1), 105–109. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90062-T](https://doi.org/10.1016/0304-3959(93)90062-T)
- Trautmann, S. (2021). Úzkostná porucha. In J. Schellong, F. Epple, & K. Weidner (Eds.), *Psychotraumatologie* (str. 117-124). Praha: Hogrefe.
- Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-309-3.
- Tripoli, T. M., Sato, H., Sartori, M. G., de Araujo, F. F., Girão, M. J., & Schor, E. (2011). Evaluation of quality of life and sexual satisfaction in women suffering from chronic pelvic pain with or without endometriosis. *The journal of sexual medicine*, 8(2), 497–503. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01976.x>

- Triwahyuningsih, R. Y., Rahfiludin, M. Z., Sulistiyani, S., & Widjanarko, B. (2024). Role of stress and physical activity on primary dysmenorrhea: A cross-sectional study. *Narra Journal*, 4(1), e685. <https://doi.org/10.52225/narra.v4i1.685>
- Troy, A. S., Willroth, E. C., Shallcross, A. J., Giuliani, N. R., Gross, J. J., & Mauss, I. B. (2023). Psychological Resilience: An Affect-Regulation Framework. *Annual review of psychology*, 74, 547–576. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020122-041854>
- Urban, E. J., Cochran, K. J., Acevedo, A. M., Cross, M. P., Pressman, S. D., & Loftus, E. F. (2019). Misremembering pain: A memory blindness approach to adding a better end. *Memory & Cognition*, 47(5), 954-967. <https://doi.org/10.3758/S13421-019-00913-9>
- Urban, M., Heráček, J. et al. (2023). Chronická panvová bolest'. Grada.
- Van Barneveld, E., Manders, J., van Osch, F. H. M., van Poll, M., Visser, L., van Hanegem, N., Lim, A. C., Bongers, M. Y., & Leue, C. (2022). Depression, Anxiety, and Correlating Factors in Endometriosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of women's health* (2002), 31(2), 219–230. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0021>
- Van der Kolk, B. (2015). *The Body Keeps the Score*. Penguin Books
- Van der pol, M. (2002). Resilience: a missing link in our understanding of survival. *Harvard review of psychiatry*, 10(5), 302–306. <https://doi.org/10.1080/10673220216282>
- Van Meter, F., & Cicchetti, D. (2020). Resilience. *Handbook of clinical neurology*, (pp. 67–73). <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64150-2.00008-3>
- Waldman, S. D. (2024). Endometriosis. In *Atlas of common pain syndromes* (5th ed., pp. 469–473). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-11105-1.00099-6>
- Walker, E. A., & Stenchever, M. A. (1993). Sexual victimization and chronic pelvic pain. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 20(4), 795–807.
- Walling, M. K., Reiter, R. C., O'Hara, M. W., Milburn, A. K., Lilly, G., & Vincent, S. D. (1994). Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstetrics and gynecology*, 84(2), 193–199
- Werner, E. & E., Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca: Cornell University Press.

- West, C., Stewart, L., Foster, K., & Usher, K. (2012). The meaning of resilience to persons living with chronic pain: an interpretive qualitative inquiry. *Journal of clinical nursing*, 21(9-10), 1284–1292. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04005.x>
- Witten, T., Noor, N., & Moss, C. (2023). Chronic pelvic pain. In O. Viswanath & I. Urits (Eds.), *Cambridge handbook of pain medicine* (pp. 295–302). Cambridge University Press.
- Williams L. M. (1994). Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(6), 1167–1176. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.6>
- Yalvac, O. C., Akdağ Topal, C., & Boztepe, H. (2024). A comprehensive investigation of biopsychosocial determinants influencing primary dysmenorrhea among university students. *Women & health*, 64(5), 392–403. <https://doi.org/10.1080/03630242.2024.2349558>
- Yu, Z., Yang, H., Liu, L. Y., Chen, L., Su, M. H., Yang, L., Zhu, M. J., Yang, L. L., Liang, F., Yu, S., & Yang, J. (2024). Altered cognitive control network mediates the association between long-term pain and anxiety symptoms in primary dysmenorrhea. *Neuroreport*, 35(1), 9–16. <https://doi.org/10.1097/WNR.0000000000001971>
- Qiu, R., Bai, X., Li, Y., Shi, X., Song, D., & Zhang, Y. (2024). Factors Associated With Pain Catastrophizing in Patients With Chronic Neuropathic Pain: A Cross-Sectional Study. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 25(4), e279–e286. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.04.004>
- Zámečník, L., & Hanuš, T. (2008, 31.leden). Chronická pánevní bolest (pohledem urologa). *Medicína po promoci*. <https://www.tribune.cz/archiv/chronicka-panevni-bolest-pohledem-urologa/>
- Zautra, A. J., Hall, J. S., Murray, K. E., & Resilience Solutions Group, T. (2008). Resilience: A new integrative approach to health and mental health research. *Health Psychology Review*, 2(1), 41-64. <https://doi.org/10.1080/17437190802298568>
- Zeanah CH, Humphreys KL. Child Abuse and Neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Sep;57(9):637-644. doi: 10.1016/j.jaac.2018.06.007. PMID: 30196867; PMCID: PMC6615750.
- Zielińska, Z., Nowak, K., Olejars, Z., Drygała, Z., & Wyrwał, J. (2024). Chronic pelvic pain syndrome among women: Challenge in diagnostics and management.

Current literature review. *Journal of Education, Health and Sport*, 55, 170-184.
<https://doi.org/10.12775/JEHS.2024.55.011>. [cit. 2024-10-12].

- Zhang J, Li T, Zhao J, Chai J, Wang L, Cao W, Liu J, Wang F. The causal relationship of depression, anxiety, and neuroticism with endometriosis: A bidirectional 2-sample Mendelian randomization study. *Medicine (Baltimore)*. 2024 Jul 12;103(28):e38823. doi: 10.1097/MD.00000000000038823. PMID: 38996127; PMCID: PMC11245226.
- Zhang, X., Wekerle, C., Mathews, B., & Gonzalez, A. (2022). *Child maltreatment*. In *Reference module in neuroscience and biobehavioral psychology*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00084-9>
- Zheng, S. H., Chen, X. X., Chen, Y., Wu, Z. C., Chen, X. Q., & Li, X. L. (2023). Antioxidant vitamins supplementation reduce endometriosis related pelvic pain in humans: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive biology and endocrinology : RB&E*, 21(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12958-023-01126-1>
- Zgierska, M., Pacocha, N., Jedrychowski, J. R., Popczyńska, J., Krzyżanowska, M., Krzyżanowska, M., Kaszucka, J., Raczyńska, A., Kosiec, K., Krzemień, O. (2024). The correlation between endometriosis pain, mental health disorders, and quality of life impact. *International Journal of Innovative Technologies in Social Science*, doi: 10.31435/rsglobal_ijitss/30062024/8152