

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

2012

Lucie Chytková

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie a patopsychologie

Lucie Chytková

**Role psychosomatických souvislostí při
vzniku dysmenorey**

Diplomová práce

Olomouc 2012

vedoucí práce: PhDr. Ivana Binarová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně, a že jsem uvedla všechny použité literární a jiné zdroje, které jsem k vytvoření této práce použila.

V Olomouci dne 21. června 2012

.....

Lucie Chytková

Poděkování

Poděkovat chci v první řadě paní PhDr. Ivaně Binarové Ph.D., za to, že mě byla ochotna přijmout, a stát se tak vedoucí mé diplomové práce. Dále moc děkuji člověku, který se mnou měl neskonalou trpělivost nejen při psaní diplomové práce, ale také v průběhu celého studia, jmenovitě svému dlouholetému a nejmilejšímu příteli Tomáši Krejčímu. Touto cestou děkuji také celé své rodině za obrovskou a neutuchající podporu a pomoc, kterou mě po celou dobu mé práce zahrnovali.

OBSAH

I. ÚVOD.....	7
1 TEORIE PSYCHOSOMATIKY	10
1. 1. <i>Historický vývoj psychosomatiky</i>	10
1. 2. <i>Charakteristika psychosomatiky</i>	12
1. 3. <i>Typy psychosomatických poruch</i>	15
1. 3. 1. <i>Poruchy celkového tělesného schématu</i>	16
1. 3. 2. <i>Somatoformní (funkční) poruchy</i>	16
1. 3. 3. <i>Psychosomatické poruchy v užším slova smyslu</i>	17
1. 3. 4. <i>Somatopsychické poruchy</i>	17
1. 4. <i>Psychosomatický pacient</i>	18
1. 5. <i>Specifika psychosomatické léčby</i>	19
1. 6. <i>Alexithymie</i>	20
1. 7. <i>Význam placebo efektu</i>	21
2. 1. <i>Definice zdraví a nemoci</i>	22
2. 2. <i>Stres</i>	23
2. 2. 1. <i>Definice stresu</i>	23
2. 3. <i>Celková životní spokojenost</i>	26
2. 3. 1. <i>Pracovní zátěž</i>	26
2. 3. 2. <i>Spánek</i>	26
2. 3. 3. <i>Sociální opora</i>	28
2. 4. <i>Duševní hygiena</i>	28
2. 5. <i>Psychologická stránka prožívání nemoci</i>	29
2. 5. 1. <i>Komunikace zdravotníka vůči pacientovi</i>	30
3 OSOBNOST ČLOVĚKA	32
3. 1. <i>Vybrané přístupy k osobnosti člověka</i>	32
3. 1. 1. <i>Sigmund Freud</i>	32
3. 1. 2. <i>Viktor Emanuel Frankl</i>	32
3. 1. 3. <i>Humanistická psychologie</i>	33
3. 1. 4. <i>Behaviorismus</i>	33
3. 2. <i>Vývoj osobnosti</i>	35
3. 3. <i>Struktura a dynamika osobnosti</i>	36
3. 3. 1. <i>Temperament</i>	36
3. 3. 2. <i>Schopnosti</i>	37
3. 3. 3. <i>Motivace</i>	37
3. 3. 4. <i>Postoje a hodnotové orientace</i>	37
3. 4. <i>Chování typu A, B</i>	38
3. 5. <i>Neuroticismus</i>	39
4 PSYCHOSOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ V GYNEKOLOGII	40
4. 1. <i>Pár slov o gynekologických onemocněních</i>	40
4. 1. 1. <i>Dysmenorea</i>	41

4. 1. 2 Psychosomatické koncepty	43
4. 1. 3. Terapeutická pomoc.....	43
III. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	45
5 VÝZKUM.....	46
5. 1 <i>Hlavní cíl práce</i>	46
5. 2 <i>Metodika práce</i>	47
5. 3 <i>Dotazník DOPEN</i>	47
5. 5 <i>Výsledky výzkumu</i>	49
5. 6 <i>Diskuze</i>	55
IV. SOUHRN	58
V. ZÁVĚR	60
VI. SEZNAM POUŽITÝCH LITERÁRNÍCH ZDROJŮ.....	63
VII. PŘÍLOHY	65

I. ÚVOD

Moje diplomová práce pojednává o možné souvislosti osobnostních vlastností jedinců na vznik psychosomatického onemocnění – dysmenorea.

Nejprve bych ale chtěla popsat cestu, která od začátku vedla ke zvolení tohoto tématu. Když jsem přemýšlela, o čem budu v diplomové práci psát, nejprve mě napadlo, že by to mohlo být téma, které by mělo popisovat fakta spojená s psychosomatikou u těhotných žen. Jistě víme, že těhotenství je fyziologickým, tedy přirozeným stavem ženy. Zcela určitě se řadí mezi nejkrásnější období ženy. Realita je ovšem taková, že některé ženy trpí v těhotenství různými zdravotními komplikacemi. Např., mohou pociťovat značné nevolnosti, a to nejen po ránu, ale také v průběhu celého dne, dále se u nich mohou vyskytovat ve zvýšené míře různé bolesti břicha, nohou, zad apod. Další problémy, které jim mohou znepříjemňovat celé těhotenství, jsou např. otoky, vysoký krevní tlak, dechové potíže. V neposlední řadě se u nich mohou vyskytovat ve zvýšené míře projevy úzkosti, které jejich zdravotní komplikace ještě zhoršují. Otázkou tedy je, proč, když lze považovat těhotenství za naprosto fyziologický stav organismu ženy, se u těchto žen tyto potíže vyskytují. Přemýšlela jsem nad tím a dospěla jsem k názoru, že značnou roli tu mohou hrát osobnostní vlastnosti žen. Zním totiž spoustu žen, které měly problémy v těhotenství, ale na druhé straně jsem se měla možnost setkat i se ženami, které svoje těhotenství prožily naprosto bez jakýchkoliv těžkostí. Dá se říci, že se jednalo o dvě naprosto odlišné skupiny žen. První skupina žen bez problémů, byla charakteristická tím, že si z ničeho nedělaly hlavu, byly to ženy s vysokým sebevědomím, věřily si, a nikdy jsem od nich neslyšela, že by kdy měly z něčeho strach. Ženy patřící do druhé skupiny se však chovaly naprosto odlišně. Často je sužovala úzkost z toho, co bude, co se stane. Měly pocit, že své těhotenství nezvládnou, že tento stav je nad jejich síly. To mě přivedlo k tomu, že určitá souvislost mezi osobnostními vlastnostmi u jedinců a vznikem určitých onemocnění je více než pravděpodobná. Na základě tohoto zjištěného faktu jsem se rozhodla, že se budu věnovat právě této problematice, avšak nebyla jsem si schopna zajistit dostatečný počet těhotných žen, a udělat s nimi výzkum.

Právě z tohoto důvodu jsem se nakonec ve své práci zaměřila na faktory, které ovlivňují vznik dysmenorey u dívek, jak jsem již zmiňovala v prvním odstavci úvodu. A proč jsem přišla právě na toto onemocnění? Dlouhá léta mám kolem sebe několik žen, které trpí obrovskými bolestmi při menstruaci. U některých z nich jsou bolesti tak intenzivní, že nastává stav, kdy dochází ke zvracení, bušení srdce, a velmi urputným bolestem, které se

nedají snést. Tyto stavy mohou trvat i několik hodin. V tomto stádiu není žena schopna naprosto ničeho. Nejen, že takových žen znám spousty, ale mohu to potvrdit na základě vlastní zkušenosti. Naše nejužší rodina čítá tři ženy. Jedná se o naši matku, o mou sestru a o mě. Každá z nás, měsíc, co měsíc, trpí dysmenoreou. Z tohoto lze odvodit, že by možná mohlo jít o jistý zděděný rys neuroticismu, který nám, naše matka předala. Neuroticismus je, dle odborné literatury, typický pro člověka s chováním typu B. O tomto rysu bude řeč v mojí diplomové práci. Nejstěžejnější je si uvědomit, že člověk je bio – psycho – sociální jednotou. Tyto jednotlivé složky by měly být ve vzájemném sledu a harmonii. Pokud tomu tak není, může dojít k propuknutí určitého psychosomatického onemocnění. Psychosomatické přístupy k člověku jsou mnohými autory zatracovány, jinými podporovány a zdůrazňovány. V mnohých knihách ještě na konci 20. století byla dysmenorea popisována pouze jako somatická porucha, kterou lze vysvětlit zvýšenou hladinou prostaglandinů v krvi. A tento stav byl přiřazován k mini-porodu. Dnes již ale víme, že bychom neměli shazovat všechno jen na tyto mechanismy, ale že k bolestivé menstruaci přispívá velmi značnou měrou psychika jedince, a jeho osobnostní vlastnosti, samozřejmě s propojením sociálního zázemí jedince.

V mé diplomové práci se tedy budu snažit přijít na souvislosti, které ovlivňují vznik této poruchy. Teoretická část se bude zabývat zejména základními teoriemi psychosomatiky, také však vlivem psychosociálních faktorů vedoucích k nástupu a průběhu onemocnění. Osobnost člověka tvoří samostatnou kapitolu. Následná kapitola se bude zaměřovat na vybrané psychosomatické onemocnění – dysmenoreu. V praktické části jsou prezentovány výsledky této problematiky. Jde v ní především o to zjistit, zdali určité rysy osobnosti mohou zapříčinit vznik bolestivé menstruace – dysmenorey. Doufám, a pevně věřím, že se mi tuto tezi alespoň nějakým způsobem povede potvrdit.

II. TEORETICKÉ POZNATKY

1 Teorie psychosomatiky

1. 1. Historický vývoj psychosomatiky

Co se týče teorií psychosomatiky jako takových, a následně teorií psychosomatické medicíny, můžeme říci, že se vyvíjely po dlouhá staletí a patřila k vůbec nejvýznamnějším teoriím, které jsou potřebné pro pochopení důležitosti lidské psychiky na rozvoj onemocnění.

Pokud bychom se měli zmínit jen na úvod krátce o tom, čím se psychosomatika zabývá, tak bychom mohli konstatovat, na základě poznatků, které přináší (Poněšický, 2010), že se jedná o disciplínu, která zkoumá vztah souvislosti mezi psychikou konkrétního individua – mezi rozličnými zátěžovými situacemi - a reakcemi tohoto individua právě na tyto situace. Jistě, každý z nás to ví, ale je třeba, abychom si všichni, co teď právě přemýšlíme o původu našich nemocí a těžkostí položili otázku, zdali na jejich utváření nemá vliv náš psychický stav...!

Psychosomatika se, jako svébytný obor, začala rekrutovat asi ve 30. letech století devatenáctého, a to ze dvou disciplín. Jednalo se jednak o psychoanalýzu, o níž víme, že jejím hlavním představitelem je Sigmund Freud, ale tím stěžejním, kdo se zabýval psychosomatikou v rámci psychoanalýzy, byl Grodeck, jež se všemožnými způsoby snažil objasňovat nejrůznější chorobné příznaky mající podklad v lidské duši. Na straně druhé byla psychosomatika ovlivněna dalším velice významným mužem, a to Victorem von Weizsackerem, který zaujímal k psychosomatice ryze antropologický přístup.¹ Tato fakta jsou dokladem toho, že psychosomatika je obor vlastně velmi mladý, ačkoliv představy o propojení a nutné kooperaci duše (psyché) a těla (soma), zajímaly nejen myslitele, ale zajisté také obyčejný lid již ve starověku. My však zaměříme svoji pozornost ke starověkým myslitelům. Ve starověku působil jeden významný filosof, který vnímal propojení duše a těla jako něco, co ovlivňuje naše zdraví. Nemohl jím být nikdo jiný než Hippokrates. Jeho pohled se odrážel od toho, že veškeré lidské pocity, tedy emoce, mohou ovládat naše orgány. Např. srdce by se podle jeho názoru mělo zlostí svírat, a to se také opravdu děje. Když vás např. někdo naštvě, ucítíte, jak se vám srdce svírá, a máte pocit, jako byste ho měli až v krku, naopak v situaci, kdy máte velkou, ba dokonce obrovskou radost, srdce se vám doslova

¹ PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha : Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010. 68 s. ISBN 978-80-90451-8-7.

rozpíná. Tímto způsobem Hippokrates vysvětloval principy dnešní neboli soudobé psychosomatiky.

Naopak v dobách středověku byla u moci církve, která ovšem hlásala a propagovala striktní odloučení duše od těla. Je to pochopitelné z toho důvodu, že náboženství obecně vždy odděluje duši od těla, protože tvrdí, že po smrti duše odejde z těla, a přijde buď do ráje, nebo bude zatracena.

René Descartes, v 17. století, vnesl do povědomí všech, co je to dualismus duše a těla. Je pravdou, že tímto konceptem neblaze ovlivnil vnímání příčin různých neduhů a zdravotních problémů u lidí, a tyto myšlenky si neseme s sebou dodnes.

Nadřazování tělesna nad duchovnem, resp. těla nad duší, pokračovalo dále, a to zejména v 19. století, kdy mimo jiné docházelo k velkému rozvoji medicíny, a je proto zcela logické, že na duši nebyl brán příliš velký zřetel.

Až Sigmund Freud se svými pomocníky vnesl do psychosomatiky trochu moderního chápání, když poukazoval na fakt, že duše nezanedbatelnou měrou ovlivňuje chod a fungování těla. Freud hovoří o tzv. „modelu konverze“, kterým vysvětluje, jak emocionální konflikty, (např. mezi partnery), mohou úzce souviset s rozvojem zdravotních problémů u jedince.²

Ve 20. století přichází Franz Alexander, který vydává dílo „*Psychosomatické lékařství*“, které odstartuje doslova přelom v psychosomatice. Ve své knize popisuje a charakterizuje sedm psychosomatických onemocnění, a to :

- „peptický vřed (ulcus pepticum)”
- „asthma bronchiale”
- „vysoký krevní tlak (hypertonie)”
- „revmatická artritida”
- „migréna”
- „colitis ulceróza” – ulcerózní kolitida
- „neurodermitis”

Příčinu všech těchto onemocnění spatřuje v disharmonii neboli nesouladu mezi prožíváním, a chováním. To znamená, že jedinec, prožívající urputné trauma, se nám může

² MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla*. Praha: Portál, 2007.184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

jevit naprosto normálně, ale v hloubi duše velmi trpí, a tím i jeho celé tělo, na kterém se tento jev později může podepsat v podobě psychosomatického onemocnění.³

S postupem času se objevilo další chápání lidské psychiky, a to behaviorální, od anglického slova behaviour – chování. Toto chápání dává do společné škatulky charakterové vlastnosti lidského jedince, a říká, že právě tyto ovlivňují naše zdraví. Kdybych měla jmenovat alespoň některé z vlastností temperamentu, které se spolupodílejí na rozvoji vzniku určitých somatických onemocnění, byly by to např. být cholericem či melancholikem. Choleric se totiž neustále rozčiluje, na křivce stabilitě je jednou nahoře, jednou dole, a toto výrazně psychice škodí. Oproti tomu melancholik, drtivou většinu času využívá k tomu, aby mohl být opředen svým silně melancholickým výrazem, a často se šíří i malichernostmi, což samozřejmě neblaze ovlivňuje jeho zdraví.

V dnešních letech je kladen důraz na celostní pohled duše a těla. Proto je k tomuto pohledu ještě přiřazován sociální model, který poukazuje na to, že člověk je tvor společenský, že žije ve společnosti, a ta ho také, ne málo, ovlivňuje.⁴

Představy o psychosomatických koncepcích, tedy o propojení duše (psýché) a těla však mají kořeny již hluboko předtím. Již starý a moudrý filozof Platón napsal: „*Nikdy se nesnažte léčit oko, aniž byste zároveň nevěnovali pozornost i hlavě. A věnujete-li pozornost hlavě a nevěnujete-li pozornost celému tělu, neděláte dobře. Stejně tak nedobře jednáte, když léčíte tělo a nevěnujete pozornost duši. Léčení jedné části by nikdy nemělo probíhat bez pozornosti věnované druhým částem.*”⁵

1. 2 Charakteristika psychosomatiky

Psychosomatika se, jak jsem již v úvodu nastínila, transformovala do určité podoby hodné našeho zájmu teprve před nedávnem, ale problém je v tom, že do dneška není mnohými odborníky naplno uznávána. Ovšem, v některých případech, pokud lékařská vyšetření nevykazují žádné patologie, a pacient, chcete-li klient, má dlouhodobé problémy, začne se

³ MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla*. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

⁴ MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla*. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

⁵ FALEIDE, Eyolf K. *Vliv psychiky na zdraví: Soudobá psychosomatika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

teprve potom pátrat, jestli není příčina v duševní či v sociální oblasti, které spolu velmi úzce souvisejí.

Podle Morschitzkého (2007, s.15) lze hovořit o tom, že je všeobecně přijímaná tato definice psychosomatiky:

„Psychosomatika se zabývá psychickými příčinami, průvodními a následnými projevy tělesných poruch, působením těchto poruch na pacientovo psychosociální okolí a na vztah mezi pacientem a terapeutem nebo lékařem.”

Morschitzky (2007, s.15) však popisuje psychosomatiku i takto:

„Psychosomatika je poznávání, lékařská a psychoterapeutická léčba, a rehabilitace takových nemocí a stavů, na jejichž ustavení, rozpoutání a udržování, zhoršování a subjektivním zpracování se podílejí psychické a psychosociální faktory nebo souhra duševních a tělesných příčin.”

Co se týče náhledu na psychosomatiku jako takovou, můžeme na ni nahlížet dvěma různými způsoby:

1. Je to nad oborový postoj k vnímání příčin, diagnostikování a léčby onemocnění. V tomto ohledu musíme připustit v potaz působení bio-psycho-sociálních faktorů, což dělá z psychosomatiky interdisciplinární obor, kde musí všechny spolupodílející se disciplíny spolu kooperovat a doplňovat se. Neznamená to tedy, že psychosomatika by považovala některé nemoci za psychosomatické a ty by daly vznik tomuto oboru, ale podstata je spíše v tom, že psychosomatické aspekty mohou mít svůj význam u různorodých tělesných poruch, jimiž se ovšem zabývají různé lékařské obory.
2. Na psychosomatiku lze pohlížet i z toho titulu, že se jedná o zcela samostatný směr či obor výzkumu. Podstatu tvoří fakt, že je třeba studovat prostřednictvím vzájemného působení tělo i duši zároveň, a to zejména při rozvoji určitého onemocnění. Z tohoto pohledu se pak utváří samostatný lékařský obor jako terapie, který je prováděn lékaři a zdravotními sestrami na jednotlivých pracovištích v rozličných odvětvích lékařství.⁶

⁶ MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla*. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

Abychom byli schopni pochopit, jak celá psychosomatická koncepce funguje, je třeba si uvědomit řízení těla na základě vegetativního systému. Existuje spousta vědců, zabývajících se neurofyziologií. Tento jejich přístup však byl až do nedávné doby takřka nemožný, díky nepřístupnosti zobrazujících technik a jejich přesným výsledkům.

Konkrétní fungování vnímání a následné zpracovávání emocí, kdy dochází ke zpracování informací, můžeme charakterizovat takto:

- rychlé a podvědomé, a z tohoto důvodu ne mnoho přesné vnímání přes thalamus do amygdaly, kde je uloženo centrum našich emocí, je nazýváno odborníky implicitní pamětí

Na druhé straně existuje:

- pomalejší více segmentované zpracování informace, a to přes kortex - kůru mozkovou, obecně ho označujeme jako explicitní paměť, která zodpovídá za utvoření biografického a psychologického já

Z tohoto vyplývá, že je důležité umět propojit implicitní a explicitní paměť, což souvisí s tím, že každý by měl být schopen:

- racionálně uvažovat a pokoušet se toto raciono spojit s našimi emocemi, které si s sebou od dětství každý neseme.⁷

Někdy ovšem může dojít k tomu, že tento systém selže, následně pak může nastat porucha v organismu psychogenního podkladu.

Řekněme si tedy, jak funguje vegetativní systém, který celý tento proces ovlivňuje.

V organismu působí dva systémy, a to sympatikus a parasympatikus, které se navzájem doplňují, a je velice důležité, aby byly v rovnováze.

Sympatikus je systém složený ze „sympatických nervů“, které mají za úkol aktivizovat organismus, provokovat ho k intenzivnější činnosti a pochodu. Naopak parasympatikus je naprosto protichůdný systém fungování organismu, který lidské tělo podněcuje k nižší aktivitě.

⁷ PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha : PVŠPS, 2010. 68 s. ISBN 978-80-904541-8-7.

Aby mohl člověk fungovat tak, jak má, musí být tyto dva navzájem protichůdné systémy v rovnováze. Pokud nejsou, může dojít k onemocnění na podkladě psychosomatickém. Je-li jeden systém ve značné převaze, nad tím druhým, může dojít k jednostrannému přetížení organismu a k následné nemoci.⁸ Např. bych mohla vzpomenout pána, který, jakožto celoživotní workoholik, pracoval téměř 20 hodin denně, byl plný nahromaděného stresu a zloby, a nakonec onemocněl infarktem myokardu. Z uvedeného vyplývá, že nadměrná dlouhodobá aktivace některého z výše uvedených systému vede jednoznačně k poškozování orgánů nebo psychiky.

V průběhu života, již však od narození, se člověk učí reagovat na základě emocí. Může však nastat skutečnost, kdy je člověk nenaplněn emocemi potřebnými pro jeho optimální fungování, např. nedostatkem citu od matky, hrubým zacházením od partnera, neutěšeným partnerským soužitím, problémy ve škole, v rodině, tím pádem dochází k neustálému narušování systémů v těle, a k potlačení našich emocí, a v důsledku toho vznikají onemocnění různého typu. Někdy se stává, a u psychosomatických onemocnění opravdu velice často, že člověk subjektivně pociťuje symptomy určité nemoci, avšak my nejsme schopni objektivně tyto symptomy podložit lékařskými vyšetřeními.⁹ V tomto ohledu lze konstatovat, že pokud dojde k onemocnění, můžeme jenom doufat v to, že se náš stav brzylepší a nebude trvalý.

Dalším uznávaným přístupem je, některými propagován, jinými zatracován, psychoanalytický přístup. Opírá se o poznatky Sigmunda Freuda, který říká, že jedinec, jenž řádně neuspokojil své potřeby z dětství, si je nese s sebou do dospělosti, a tam se právě tyto nenaplněné potřeby mohou rekrutovat v patologii těla i duše.

1. 3 Typy psychosomatických poruch

Byly stanoveny 4 různé druhy psychosomatických poruch, které mají jak rozdílnou etiologii (průběh vzniku), tak naprosto rozdílnou dobu trvání vzniku a vyznačují se odlišnou závažností, tzn. některá z nich mají hladší a jiná zase mnohem těžší průběh .

⁸ BIERACH, Alfred J. . *Varovné signály duše*. 1. vydání. Praha : Alternativa, 1995. 196 s.

⁹ PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha : PVŠPS, 2010. 68 s. ISBN 978-80-904541-8-7.

1. 3. 1 Poruchy celkového tělesného schématu

Kateřina Krejčová ve své bakalářské práci z roku (2010, s. 8), popisuje poruchy celkového tělesného schématu. Hovoří zde o tom, že je jedná o tělesné signály poškození těla, avšak bez zjevných příčin. Tato poškození nelze ani považovat za onemocnění, avšak nutno říci, že vznikají na základě psychického či psychosomatického. Při dlouhodobém působení stresu a snížené obranyschopnosti čili imunity jedince však mohou vyústit do somatoformní podoby skutečných onemocnění.

Dále se budeme věnovat somatoformním poruchám.

1. 3. 2 Somatoformní (funkční) poruchy

U těchto poruch jde zejména o specifické subjektivní tělesné příznaky, u kterých jednoznačně chybí objektivní patologický nálezn od lékaře.

Jedná se tedy o to, že primárně nejsou považovány za onemocnění, protože zde nedochází k poškození organismu na základě podložených skutečností, tj. objektivních lékařských nálezů, ale tyto poruchy mají podklad v psychice jedince, kdy on subjektivně své potíže, někdy velmi intenzivně a po dlouhou dobu, cítí, ale lékaři objektivně žádným vyšetřením patologie nepotvrdí.¹⁰ Mohli bychom zde nastínit případ jedné mojí známé, která opakovaně pociťuje všelijaké somatické problémy, od nausey, přes horkost, únavu a vyčerpanost, bolest kloubů, kůže, pocity pálení celého těla, pálení v nose apod. Když byla opakovaně vyšetřena obvodním lékařem, nebyly zjištěny žádné objektivní nálezy, které by potvrdzovaly či vyvracely diagnózu určitého onemocnění. Příznaky se velmi často objevují v souvislosti s nějakou nepříjemnou životní událostí, jakou může být např. smrt blízkého člověka a jeho ztráta, nespokojenost ve vztahu, rodině, konflikty v rodině, zaměstnání. Po těchto situacích, u lidí, kteří nejsou příliš psychicky odolní, může nastat moment, kdy se jejich, prozatím subjektivní pocity, mohou rozvinout v opravdovou funkční poruchu. Pacienti jsou natolik zaměstnání cítěním svých subjektivních problémů, že jsou až po krk zanořeni do tzv. hledání odpovědi na to, jakou nemocí trpí. A proto zanedbávají svoje každodenní povinnosti spojené se zaměstnáním, školou, koníčky a dřívějšími zájmy.¹¹ Musím

¹⁰ PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha : PVŠPS, 2010. 68 s. ISBN 978-80-904541-8-7.

¹¹ PRAŠKO, Ján, Beáta PAŠKOVÁ, Jiří HORÁČEK a Filip FREMUND. *Somatoformní poruchy*. 1. vydání.

konstatovat, že je to opravdu bludný kruh, ze kterého jde ovšem jen těžko ven bez cizí odborné pomoci. Musí být nastolena lékařská péče, bez ohledu na to, zdali si někdo z přihlížejících myslí, že dotyčný jen simuluje svůj stav a zdravotní problémy. Je to velmi složitý proces, který opravdu může skončit pro nemocného velmi špatně, a proto je dobré neotálet s vyhledáním lékařské pomoci.

1. 3. 3 Psychosomatické poruchy v užším slova smyslu

U těchto poruch je velice významné to, že se zde opravdu prokazatelně jedná o orgánovou devastaci organismu. Záleží však také na tom, po jak dlouhou dobu podnět působí na organismus jedince. Spousta odborníků vychází z předpokladu, že naše okopírované styly chování, a to jakým způsobem jsme naučeni a snad i naladěni, chovat se v určitých situacích, a mechanismus toho, jak jsme připraveni v těchto situacích jednat, ovlivňuje a zejména zapříčiňuje vznik psychosomatických poruch, mezi něž neodmyslitelně patří již výše zmiňované asthma bronchiale, infarkt myokardu, ulcerózní (peptidický vřed), snad i ekzém, a v neposlední řadě, dysmenorea, které se budu věnovat později, ve své práci. Pro tyto účely je nutné a nevyhnutelné pochopení celistvosti duše a těla. Nemocným takovýmito chorobami je nutno neustále vysvětlovat, že se nemohou na své onemocnění dívat jen z lékařského hlediska, ale musí nejprve odhalit pravé příčiny, které daly vznik této chorobě, tím, že poodhalí tajemství problému ve svém nitru.

1. 3. 4 Somatopsychické poruchy

Do somatopsychických poruch zařazujeme takové poruchy, u nichž je trvání dlouhodobé, vstupující až do chronicity, dále se sem řadí poškození s trvalými následky jako např. odnětí jedné ledviny, či plíce, amputace končetin po havárii nebo úrazu. Je zřejmé, že u takto dlouhodobě trvajících chorob či zdravotních omezeních, lze sledovat zákonitost projevující se v tom, že nemocný časem není omezován chorobou jako takovou. Např. tím, že nemá ruku. Protože s tím se již naučil žít. Co je horší, je ten fakt, že je paralyzován v životě společenském a trpí jeho psychika. Pokud bychom měli zasáhnout a pomoci u takto nemocného člověka, řešením je zajistit mu kvalitnější život. Měli bychom mu být ochotni

nabídnout lepší a pro něj více naplňující společenský a kulturní život, z důvodu toho, že tito lidé velmi často trpí izolací. Pacienti vykazují také vysoké procento strachu ze smrti, z progresu onemocnění, z toho, že je ostatní mohou zavrhnout, a proto je dobré o všechny tyto oblasti u nemocného pečovat a zabezpečit mu co nejharmoničtější život i přes jeho nevlídnost.¹²

1. 4 Psychosomatický pacient

Důležitost znalosti charakterových, temperamentových a emočních vlastností u pacienta s psychosomatickým onemocněním musíme považovat za střed našeho zájmu. Je velice důležité stanovit si kritéria, podle kterých bude možno vymezit, že léčíme psychosomatického pacienta. I když je pravdou, že v podstatě každou nemoc lze považovat za psychosomatickou, současně logicky i každého nemocného bychom mohli zařadit do škatulky „psychosomatický pacient“. V momentě, kdy přichází do ordinace lékaře takovýto pacient, subjektivně popisuje lékaři jeho skutečné zdravotní problémy. Nepřipouští si však, že na pozadí těchto těžkostí hrají důležitou roli jeho psychické, mnohdy i sociální problémy. Většina lidí majících tyto problémy se mnohdy velmi bojí přiznat si, že mají nějaký psychický problém, proto si raději své problémy vysvětlují tím, že jejich tělo špatně funguje, a chtějí, pomocí lékařských vyšetření odhalit příčinu. Sužuje je totiž nadměrný strach z toho, že pokud by přiznali své psychické problémy, budou označeni za psychiatrického pacienta, lidově „blázna“, a to je ještě v jejich úzkosti a následného zhoršení jejich zdravotního stavu podporuje.¹³ S takto nemocným pacientem by měl pak lékař udělat podrobný rozbor jeho života, doslova vytáhnout z něj, co ho tíží, a trápí, a pokud, v důsledku toho, dojde k rozuzlení možných příčin pacientových problémů, měl by jej až poté odeslat za odborníky v této oblasti, jakými jsou psychologové a psychiatři.

¹² MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla*. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

¹³ ŠIMEK, Jiří, ŠAVLÍK Jiří a BAŠTECKÝ Jaroslav. *Psychosomatická medicína*. 1. vydání. Praha: Grada Avicentrum, 1993, 368 s. ISBN 80-7169-031-7.

1. 5 Specifika psychosomatické léčby

Pokud budeme v této kapitole hovořit o specifických znacích psychosomatické léčby, je potřeba hned na úvod zmínit, že přejeme-li si, aby léčba byla úspěšná, musí lékař, a samozřejmě i my, vzít v potaz naše tělo jako bio-psycho-sociální celek. Pokud je tedy zapotřebí nasadit určitá farmaka k zajištění optimálního vývoje uzdravování, nesmíme zapomínat také na psychoterapeutickou léčbu, která by měla mít za následek úplně uzdravení jedince. Psychoterapeutická léčba může probíhat mj. formou ambulantní, či ústavní. Vraťme se ale k samé podstatě věci, a to k samotné definici psychosomatické péče.¹⁴ Jarmila Klímová a kolektiv (2009) tvrdí : „*Psychosomaticky léčit znamená nahlížet na celistvost léčené bytosti, zejména rehabilitovat, revitalizovat její mentální vzorce. Proces léčení vždy zahrnuje i samotnou aktivitu jedince, předpokládá, že léčený pochopí příčinnou souvislost své somato-mentální jednotky.*” Nás teď budou ale předně zajímat metody, kterými psychoterapie pomáhá léčit zlomené duše. Jednou z takovýchto metod je samozřejmě, nám velmi dobře známá metoda, a tou je rozhovor.

Při terapeutickém rozhovoru je vždy klíčové, aby rodinní příslušníci a samotný pacient byli obeznámeni s výsledky svého vyšetření. Druhou podstatnou věcí je zajistit, aby jim byly předány všechny dostupné informace, které zajistí včasnou a vhodnou léčbu.

Lékař by měl podle jasně daných směrnic objasňovat a vysvětlovat proces nemoci jako komplex. A podle tohoto principu by měl stanovovat diagnózu a následnou prognózu. Dále, za využití nejrůznějších psychoterapeutických prostředků, a přijetím dostupných opatření (verbální i nonverbální techniky, nácvikové techniky), se starat o zdárné léčení pacienta. Pomocí jednoduchých otázek by terapeut měl být schopen rozklíčovat jednotlivé problémy pacienta, a společně s ním by měl nacházet řešení na daná témata. Závěrem rozhovoru nesmí chybět shrnutí, které vytváří prostor pro pochopení toho, jakým dalším způsobem bude léčba probíhat. Nejdůležitějším bodem v psychoterapeutickém působení na pacienta je stanovení klíčových cílů – např. odstranění chorobného symptomu jakožto prapůvodce nemoci, zlepšení kvality zprostředkování vzhledu do patogenních souvislostí apod.¹⁵ Základem by mělo být, aby si pacient uvědomil, co ho do ordinace lékaře přináší-například rozvrácené vztahy v rodině, neutěšený partnerský, potažmo nenaplněný sexuální život, dlouhodobé problémy v zaměstnání či ve škole apod.

¹⁴ VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. 3. vydání. Praha: Portál, 2003, 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

¹⁵ TRESS, Wolfgang. *Základní psychosomatické péče*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008, 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

Kromě zdárně vedeného rozhovoru mezi pacientem a terapeutem existuje řada dalších faktorů, které mohou ovlivnit průběh uzdravování. Především je zapotřebí si uvědomit, že by každý pacient měl mít stálého a toho samého lékaře - psychoterapeuta. A to z jednoho prostého důvodu. Pro úspěšnou léčbu je vždy zapotřebí, aby mezi terapeutem a oním léčeným vznikl opravdu důvěrný vztah, opředěný důvěrou mezi těmito dvěma jedinci. Pak již nastává samotná léčba, ke které by měl pacient přistupovat svědomitě, a dodržovat všechny pokyny lékaře.

Cílem samotného psychoterapeutického působení na klienta se stává pochopení svého stavu, přiznání si skutečnosti, že původcem je psychika.

Psychoterapeutická léčba psychosomatických onemocnění však neužívá pouze jednu metodu – metodu rozhovoru. Skrývá jich ve svém repertoáru mnohem více. Jedněmi s dalších může být např. hypnóza, sugesce, autogenní trénink, různé druhy relaxačních technik. Avšak ne každý psychoterapeut může využívat všechny tyto metody. K nim musí být řádně vyškolen několikaletými kurzy, které jsou náročné jak na psychiku jedince, tak na jeho finanční stránku.¹⁶

1.6 Alexithymie

Teď bychom se měli zmínit o teorii alexithymie.

Portál Československé psychologie píše o alexithymii toto:

„Představuje deficit ve schopnosti identifikovat a vyjadřovat emoce, nedostatek fantazie a extrémně orientovaný kognitivní styl. V současnosti řada studií poukazuje na těsnou souvislost mezi alexithymií a psychosomatickými, ale i některými somatickými onemocněními.“¹⁷

Do praxe bychom tuto tezi mohli převést tak, že pacient, přicházející do ordinace lékaře barvitě líčí své somatické obtíže, avšak lékař je není schopen diagnostikovat, poněvadž objektivní nález byl negativní. A to i přes několikanásobné opakování různých diagnostických testů. Sklony k tomuto chování mívají většinou citově nevyzrálí jedinci. Nejsou schopni si svůj problém uvědomit, a správně uchopit. Potlačují v sobě své negativní emoce. Mnohdy opravdu dlouhou dobu. Po určitém čase se tento jejich vnitřní problém somatizuje, tzn., že se projeví na špatném fungování některého z tělesných orgánů. Propuká tedy nemoc. Pacient je

¹⁶ VYMĚTAL, Jan. Základy lékařské psychologie. 1. vydání. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, 185 s. ISBN 80-901601-3-1.

¹⁷ Tomáš Uher, Petr Bob, Radek Ptáček (2010). Alexithymie a psychosomatická onemocnění. Československá psychologie, 54, 5, 496-504.

zprvu zaskočen, takže tím, že si psychický problém somatizuje, dokáže ho lépe uchopit, a nejčastěji se stává, že utíká do nemoci, ve které pak může už zůstat po celý svůj život.

Psychosomatika by tedy neměla být podceňována, protože může opravdu způsobit vleklé problémy, které, bez jistého řešení, mohou znamenat zkázu pro pacienta.

1. 7 Význam placebo efektu

V předešlé kapitole jsme hovořili o alexithymii. V návaznosti na tuto problematiku je zapotřebí si říct základní informace o placebo efektu. Placebo efekt se těší v naší společnosti velkému zájmu. Existuje skupina lidí, kteří v něj věří, na druhé straně se mezi námi nachází tací, kteří jen nevěřícně, nad touto teorií, kroutí hlavou. U placebo efektu jde tedy o to, že podávaný lék, který pacient přijme, zlepší jeho stav, a to i přes to, že ve skutečnosti v léku není obsažena žádaná léčivá látka. Velký lékařský slovník (2008) uvádí, že placebo se podává zejména pacientům psychosomaticky nemocným. Definuje také placebo jako : „*Interní lék či léčebnou proceduru, obvykle látku, která vypadá a event. i chutná jako studovaný lék.*”¹⁸ Záleží však ještě na mnoha dalších faktorech. Tak např. bude určitě rozdíl v tom, kdo pacientovi lék podá. Za předpokladu, že mu ho podá jeho ošetřující lékař, bude účinek léku mnohem větší než, kdyby tento lék dal pacientovi např. jeho známý. Nezastupitelnou roli zde také hraje způsob podávání léku a jeho frekvence. Jinak bude pacientem vnímán lék, který lze rozpustit jen tak v ústech, a jinak např. intravenózně podávaný lék.¹⁹

Placebo efekt je tedy dalším, možná nejpochoitelnějším, důkazem toho, jakou roli sehrává při uzdravování pacienta jeho psychika. I v dnešní době existují zcela určitě výzkumy o tom, jak placebo efekt působí na stále větší procento populace, která ho pomalu, ale jistě, začíná brát v potaz, a připouští si tak možné působení psychiky na vznik určitých onemocnění. Pro potvrzení toho, že placebo je opravdu účinnou zbraní, v tom smyslu, že pokud je podáno, pacientův stav se zlepší, mohu uvést jedno tvrzení. Vyřkl ho v diskuzi na 37. Konferenci Society for Psychotherapy Research (21.-24.6. 2006) vysoce vzdělaný a erudovaný odborník Zac Imel. Trvdí v něm, že podání placebo, v současné době, je tou nejlepší a hlavně nejúčinnější léčbou, kterou mají dnešní lékaři k dispozici.

¹⁸ VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9.aktualizované vydání. Praha: Jessenius Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-202-5.

¹⁹ VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003, 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

2 Psychologické a sociální faktory ovlivňující nástup a průběh onemocnění

2. 1. Definice zdraví a nemoci

O zdraví a různých nemocech je napsáno nepřehledné množství knih, některé se mohou zabývat pouze charakteristikou a udržením zdraví pomocí zdravého způsobu života nebo jiných možných řešení, jak docílit pevného zdraví. O nemocech byla napsána také spousta naučných knih, aby čtenář mohl získat přehled o tom, jaké choroby se v populaci nejčastěji vyskytují, jak jim lze předcházet a podobně. My teď, ale, zacílíme svoji pozornost, a to naprosto záměrně, na definice zdraví a nemoci, abychom pak mohli pokračovat ve výčtu toho, co je pro tuto práci stěžejní.

WHO (1946) definovala zdraví takto:

„Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody. Zdraví je fyzické (tělesné), psychické (duševní), a sociální prospívání (blaho).“ Touto definicí WHO potvrzuje fakt, že člověka nelze vnímat odděleně pouze jako bytost s jeho tělesnou schránkou, ale poukazuje na fakt, že jsme nuceni na člověka pohlížet komplexně, a brát ho jako bio-psycho-sociální jednotu.

Definice zdraví se však vyvíjí a v současnosti na ni můžeme pohlížet dvojím způsobem, a to:

- slouží nám k tomu, abychom mohli být schopni definovat determinanty zdraví,
- současně se též podílí na hodnocení potenciálu zdraví.²⁰

Definice nemoci dle WHO zní takto:

„Nemoc je porušení rovnováhy organismu (jeho homeostáze); dojde k porušení k části těla (tkáň, orgánu aj.) nebo funkční struktury orgánů nebo funkční struktury orgán nebo psychického prožívání.“

²⁰ JAN ŠŤASTNÝ, *Zdravotnictví a determinanty zdraví*[http://www.recepis.cz/ke_stazeni/determinanty.rece]. 2005 [cit. 2012-06-21].

WHO také poukazuje na fakt, že stavy zdraví a nemoci nejsou úplně přesně diferencovány. Z tohoto tvrzení vyplývá fakt, že různí jedinci jsou v určitých životních situacích, za určitých podmínek různě náchylní ke vniku onemocnění.

Obecně lze říci, že definice zdraví a nemoci nejsou a ani nemohou být zcela jednotné a jednoznačné, a to proto, že záleží na tom, z jakého pohledu se na ně díváme. Odedávna byl uznáván holistický, tedy, celostní náhled na člověka, podle něhož definice vypadla zase trochu jinak. Pro psychosomatiku se zdá být nejvhodnějším modelem definice zdraví a nemoci dle WHO, kterou jsem uvedla výše. Dále je třeba mít na paměti, že WHO přiřazuje ke zdraví synonymum schopnost. Podle ní je to schopnost normálního společenského a produktivního života jedince, což samozřejmě platí.

2. 2 Stres

Stres postihne každého z nás mnohokrát za život. Každý stresové situace, které život přináší, snáší jinak, a vyrovnává se s nimi rozličnými způsoby. Jde jen o to najít ty správné způsoby, jak se ze stresem vyrovnat a nepodlehout tak psychosomatickým chorobám. V následující podkapitole se budeme věnovat psychosomatickému modelu stresu.

2. 2. 1 Definice stresu

Poněšický (1999) říká, že stres může být stavem či psychosomatickou reakcí na naprosté selhání našeho já, a to zejména tehdy, pokud se přizpůsobujeme určité zátěžové situaci. Jedná se zejména o ty situace, které na naši osobu kladou zvýšené nároky, jak tělesné, psychické, tak i sociální.

Stresem tedy rozumíme určité negativní působení na jedince a jeho následnou reakci na toto působení. Můžeme říci, že jde vlastně o zátěž na jedince, které trvá po určitou dobu, a záleží na jedinci, jak se s touto těžkostí vyrovná, a zdali stresu podlehne či nikoliv. Krátkodobý stres v nás může aktivovat naše lepší já, a vybudit nás k lepším výsledkům. Jsme pak schopni překonávat své vlastní hranice. A to jen díky tomu, že na nás znenadání dolehne stres. Dlouhodobý stres však u nás může vyvolat patologické změny. Jak na těle, tak i na duši.

Existují dva typy stresu, a to EUSTRES a DISTRES. Pojdme si nyní vysvětlit jejich význam.

- EUSTRESS – tento typ stresu se na nás podepisuje tehdy, jestliže se něčeho bojíme, ale zároveň se na to těšíme, jde o tzv. pozitivní stres, který např. můžeme zažívat v souvislosti se sňatkem a s ním spojenými přípravami na svatbu. Další situací, ve které je možno prožít pozitivní stres je např. ukončení studia a promoce. Každý student již při pomyslení na promoci taje, a velice se na tento okamžik těší, zároveň se ale bojí, aby zde neprovedl nějaké faupaux.
- DISTRESS - naprosto protichůdný typ stresu, který můžeme poznat, pokud ztratíme někoho blízkého, máme pocit, že bychom mohli přijít zaměstnání, nebo být vyhozeni ze studia kvůli neplnění studijních povinností.

Je zřejmé, že naprostá většina z nás, mnohokrát v životě, zažije stres, protože dnes je doba taková, že o stres lidé rozhodně nouzi nemají. Určitě víme, že náchylnost k prožívání stresu je u každého jedince jiná. Právě proto, že každý je jedinečný, musíme si uvědomit, že i intenzita prožívaného stresu je u každého odlišná. Existují lidé, kteří mají větší dispozice k tomu, aby se stresovali, na druhé straně jsou tu mezi námi i lidé, kteří se nestresují skoro vůbec, mají to pak v životě jednodušší, alespoň dle mého. Dlouhodobý stres tak či tlak způsobuje somatizaci našich psychických problémů. K lékařům a psychologům pak přicházejí lidé, kteří si nejvíce stěžují např. na bolesti na hrudi, na bolesti hlavy, kloubů, zad. Podrážděnost a snížená pozornost plnit úkoly jsou naprostou samozřejmostí. Dále je může také sužovat únava, ke které dochází vlivem oslabení obranyschopnosti organismu jedince.²¹ Obecně tedy platí, že eustres je pozitivní stres, a distres působí negativně. Dále bych zde zastávala spíše ten názor, že distresem trpí za svůj život mnohem častěji lidé s neurotickými rysy, než Ti, které žádné sklony k neurotismu nemají. O neurotismu bude řeč později.

Stres je obecně uznáván jako stav, ke kterému v dnešní době u lidí dochází poměrně často, a to v souvislosti s nynější hektickou dobou. Každý člověk by si ale měl uvědomit, že stresovat se dlouhodobě, a bez výsledného efektu, není dobré. Pokud tedy zná příčiny svého stresu, tzv. stresory, mělo by být především v jeho zájmu, aby se jim co nejkulantněji vyhnul. Ano, je to velmi těžké, už jen z toho pohledu, že je dnes kladena na člověka velická zátěž, co se týče některých zaměstnání, např. směnný provoz s sebou nese vyčerpanost organismu,

²¹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010, 117 s. ISBN 978-80-247-3149-0.

zejména noční směny mohou přinést člověku mnoho zdravotních problémů. Zním některé lidi, kteří museli odejít ze zaměstnání kvůli tomu, že nedobře snášeli noční směny, a jako důsledek toho byli např. propuštěni z práce. Následkem všech těchto faktorů prožívali obrovský stres, neboť, jak víme, pokud dnes přijde člověk o práci, není lehké sehnat jinou. Tento stresový stav, podotýkám, že byl dlouhodobého rázu, u nich vyvolal nespočet zdravotních problémů, kterým najednou museli čelit.

Obecně lze říci, že osoby, jež se dostanou do stresové situace, musí nějakým způsobem tento stav řešit. Pokud se jim podaří problém vyřešit, dostat se zpět do normálu, vše je v pořádku. Nicméně, v mnoha případech dochází k aktivaci různých obranných mechanismů v našem organismu, kterými se naše tělo se stresem vyrovnává. Mezi obrané mechanismy nejčastěji řadíme :

- vytěsnění problému
- regresi – návrat na nižší vývojový stupeň
- racionální zdůvodnění
- projekci a sublimaci

Tyto mechanismy však neslouží k vyřešení problému jako takového, ale pomáhají člověku nějakým způsobem od stresu uniknout, nemyslet na něj. Proto, jak již bylo výše zmíněno, je podstatné, aby se jedinec nějakým způsobem snažil stresovou situaci vyřešit. Neexistuje obecně platné pravidlo, které by nám dávalo návod, jak se stresu účinně zbavit. To platí zejména proto, že každý člověk je specifickou individualitou, a jeho potřeba zbavit se stresu, je naplňována naprosto odlišným způsobem. Jako vhodnou kompenzací stresu se jeví být fyzická aktivita, to ovšem neplatí pro jedince těžce pracující. Ti by měli zvolit pro ně mnohem vhodnější aktivity, které dají odpočinout tělu po fyzické stránce, naopak, zapojit šedou kůru mozkovou, a např. si číst, vzdělávat se a podobně. Pokud je situace natolik vážná, že si ani jedním z těchto způsobů, postižený nedokáže pomoci, přicházejí na řadu odborníci, kteří je učí tzv. coping strategiím – strategiím zvládnání stresu.²²

²² MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011, 108s. ISBN 978-80-7368-951-3.

2. 3 Celková životní spokojenost

Malé děti, mladí lidé, ale i lidé středního věku, samozřejmě i senioři, mají rozličné potřeby, které je třeba naplňovat. Pokud naplnění jejich životních potřeb ztroskotá, může dojít k patologii, tedy k nemoci. V následujících řádcích je tedy třeba si ukázat, jaké mají lidé potřeby, a dále se zabývat tím, co jim zaručuje jejich životní spokojenost.

2. 3. 1 Pracovní zátěž

Pracující lid v dnešní době musí snášet obrovskou zátěž, ať už psychickou či fyzickou. Proto je dobré si stanovit hranici, přes kterou není možno jít v pracovním procesu dál. Člověk by se měl naučit odpočívat, tzn. umět oddělit práci od svého soukromého života. V práci by měl pracovat, doma relaxovat a odpočívat, jenže v mnoha případech tomu tak není. Dochází tak, v mnoha případech, k naprostému selhání, kterému se říká „burnout efekt – z anglického slova burn out, což znamená vyhořet“. Co tedy, ještě, kromě tohoto výše zmíněného faktoru může způsobit syndrom vyhoření. Např. to, když člověk v práci není spokojen, tedy, zaměstnání ho nenaplňuje. Nebo ho naopak pohltí natolik, že už pak není schopen vidět hranice mezi prací a odpočinkem. Významnou roli hraje bezesporu též pracovní kolektiv, který buď pozitivně, nebo negativně, ovlivňuje jedince v pracovním procesu. Může se také stát, že je jedinec vystaven enormnímu tlaku ze strany zaměstnavatele – jedná se o tzv. bossing, nebo obrácený způsob šikany – a to mezi zaměstnanci navzájem – lobbing. Tyto záležitosti mohou být opravdu velmi nepříjemné, a proto, první, co by měl zaměstnanec udělat, je odchod z práce, aby nakonec nebyla porušena jeho integrita. Zejména u pomáhajících profesí je velmi důležité, aby se zde tvořily skupiny lidí, které by vykonávaly pravidelnou supervizi (zpětná vazba k jejich činnosti a odvedené práci), neboť právě ta je uváděna jako nejefektivnější prevence syndromu vyhoření.

2. 3. 2 Spánek

Spánek, spolu s příjmem potravy a tekutin, vylučováním, a sexuálními potřebami tvoří vůbec nejelementárnější skupinu potřeb v živočišné říši – myslím tím tedy i člověka. Pokud jedna z nich není dostatečně uspokojována, hrozí organismu strádání. Naším úkolem je říci si, co to vlastně spánek je, jaké druhy spánků máme, a jak při nich regenerujeme.

Logicky můžeme odvodit, co to spánek je. Je to stav organismu, kdy jsou výrazně utlumeny všechny fyziologické funkce. Dech zpomaluje, tep a tlak klesá. Zkrátka, všechny orgány těla odpočívají.

Existují dvě fáze spánku, a to :

- REM – fáze – znamená rychlé pohyby očí, z angl. rapid eye movement
 - v této fázi spánku dochází k relaxaci duševní, jedinci se zdají sny
 - nedochází k obnově a relaxaci svalstva
- NON – REM fáze
 - charakteristická tím, že při ní dochází k obnově tělesných funkcí, jedinci se zpravidla nezdají žádné sny

Kvalitu spánku ovlivňuje mnoho dalších faktorů. Mezi ně patří např. teplota místnosti, kde spíme. Zpravidla je doporučováno, aby se pohybovala mezi 18-20 stupni. Pokud bychom dále měli zapřemýšlet, co dalšího ještě kvalitu spánku ovlivňuje, jednoznačně bychom mohli jmenovat hluk. Hladina hluku ovlivňuje náš spánek nemalou měrou, proto se, například, budují protihlukové stěny kolem větších měst. Tam, kde spíme, by měla být také tma, protože ta umožňuje organismu opravdu zregenerovat. Nedokonalý spánek, nebo jeho nedostatek, krátkodobě způsobuje např. zmatenost, zpomalenost organismu a únavu. Těž bolesti hlavy nejsou výjimkou. Ovšem, pokud dlouhodobě zanedbáváme spánkovou hygienu, a nespíme tolik, kolik bychom měli, můžeme si zadělat na pěkný problém. Mohou se u nás totiž rozvinout závažné psychické problémy, jako např. depresivní stavy. Dokonce může dojít i k určitým změnám osobnostním. Z fyzických příznaků se mohou objevit mdloby, závratě, poruchy trávení.²³

Ted' již víme, že dostatečné množství kvalitního spánku vysoce ovlivňuje náš zdravotní stav, potažmo naši spokojenost. Můžeme tedy konstatovat, že zdravý spánek je dobrým předpokladem pro naše bezproblémové fungování.

²³ BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné pochury spánku: Pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009, 144 s. ISBN 978-80-247-2978-7.

2. 3. 3 Sociální opora

Pokud bychom měli blíže specifikovat sociální oporu, mohli bychom říci, že se jedná o určité společenství, ať už blízké či vzdálenější, které je schopno poskytnout jedinci pomocnou ruku ve chvílích, kdy to nejvíce potřebuje.

Co se týče dělení sociální opory, můžeme si rozdělit na:

- makrosociální oporu – buduje ji např. stát, různé organizace (OSN, WHO atd.)
- mezosociální oporu – realizace se děje prostřednictvím církevních organizací
- mikrosociální oporu – zahrnuje bezprostřední okolí jedince např. jeho rodinu, známé

Sociální podpora z okolí je jedincem přijímána buď kladně, nebo záporně. Tím je tedy myšleno, že ji buď může, nebo naopak nemusí přijmout. Existují různé formy, v jakých nám, jako potřebným, může být pomoheno sociálním okolím. Pomoc může být například materiální (finanční), psychická (duševní podpora). V neposlední řadě se také lze setkat s oporou informační.²⁴

Jistě tedy vnímáme potřebu sociální opory jako jakýsi pilíř, o který je nutné se opřít, když jsme se silami v koncích nebo propadáme v zoufalství. Primárně bychom se měli tedy zaměřit na vytvoření příznivých rodinných vztahů. Protože kdo jiný než rodina může více pomoci...Na druhou stranu, pokud rodina, tedy mikrosociální opora nefunguje, považujeme za velmi důležité obrátit se např. na instituce, jež by mohly přispět ke zlepšení našeho stavu. A to bych hodnotila jako zcela pozitivní a správné. Koneckonců hlavně proto, že spokojenost člověka se odráží do všech jeho dalších dimenzí života.

2. 4 Duševní hygiena

Hygienou obecně se rozumí určitý druh očisty, duševní hygienou se tedy velmi pravděpodobně myslí očista duše. To, že je třeba nechat duši někdy odpočinout, asi ví každý

²⁴ MLČÁK, Zdeněk. Psychologie zdraví a nemoci. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011, 108 s. ISBN 978-80-7368-951-3.

z nás, ale jak to udělat, když se nadměrně stresujeme, neumíme relaxovat, řešíme desítky, někdy až stovky úkolů, které považujeme za nezbytné pro naše kvalitní žití. Mnoho lidí si neuvědomuje, že za zanedbanou duševní hygienou skrytě číhá stres, potažmo psychické problémy. Je tedy zapotřebí, aby člověk, který pečlivě dbá o svoji duši, měl dostatečné zázemí v rodině, kvalitní naplňující práci, okruh alespoň pár přátel, s nimiž by mohl svoje problémy řešit, v případě, že by selhala jeho primární rodina. Mezi další, často zmiňované, postupy, jak si uchovávat svoji duši vždy stále svěží a zdravou, bude asi patřit zejména takové jednání člověka, které mu veskrze vyhovuje. Znamená to, že pokud bude unaven, musí si odpočinout, pokud naopak bude cítit, že potřebuje změnit své stagnující chování v konkrétní situaci, a probudit se do života, musí toto své počínání změnit tak, aby byl plně spokojen. A uchoval si tak duševní stabilitu, a byl zcela zdravý a hlavně spokojený.

Na závěr by bylo vhodné shrnout, že duševní hygiena je jakýmsi souhrnem určitých mechanismů, které člověk sám pro sebe vykonává. Některý méně, jiný více. Záleží to na tom, jak moc o sebe dbá. Tyto mechanismy odpovídají za rovnováhu a harmonii organismu.²⁵

2. 5 Psychologická stránka prožívání nemoci

V situaci, kdy jsme nemocní, chováme v sobě určité, leckdy nelibé pocity. A protože člověk je jednotou nejen biologickou, ale také psychologickou a sociální, dopady nemoci působí na všechny tyto jeho stránky. Uvedu jako příklad případ člověka, který je velmi sportovně založen, dokonce se účastní mnohých sportovních soutěží. Sport a pohyb jsou pro něj vším. Najednou se ale stane něco ošklivého. Je účastníkem autonehody, a po ní už se nikdy nepostaví na nohy. Nejen, že je to pro něj veliká ztráta v oblasti fyzické, ale psychika je tak narušena, že se nemocný může uzavřít do sebe, a následkem toho přestane udržovat styky se svými přáteli, se kterými byl před tím jedna duše. Tyto vzájemně se prolínající skutečnosti se mohou projevit opravdu drastickým způsobem na poruše jeho zdraví, hlavně psychiky.

²⁵ VAŠINA, Bohumil. *Základy psychologie zdraví*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009, 124 s. ISBN 978-80-7368-757-1.

To, jakým způsobem pacient prožívá svoji nemoc, záleží na mnoha okolnostech. Okolnosti bychom mohli rozdělit na vnitřní a vnější. K vnitřním faktorům řadíme osobnostní rysy a charakterové vlastnosti pacienta, dále jeho hodnotový systém, celkový psychický a fyzický stav. Ochota spolupracovat tvoří nedílnou součást, která ovlivňuje pacientovo prožívání nemoci. Závažnost onemocnění zcela určitě také. Je rozdíl mezi pacientem s rakovinou, a s diagnózou např. diabetes mellitus. V neposlední řadě, to jak se cítíme, v průběhu svého onemocnění, ovlivňuje i náš ošetřující lékař, kterého buď plně respektujeme a věříme v něj, nebo ho naopak ignorujeme, nevidíme důvod mu důvěřovat, protože nás např. zklamal opakovaně chybnou diagnózou. Ale co já osobně považuji za naprosto nejvýznamnější, je víra. Víra v to, že ačkoliv jsem nemocný, věřím, že se brzy uzdravím. Takže, kdybych měla shrnout, co považuji bezpochyby za to nejpřednější, v rámci prožívání nemoci, je víra. Toto své tvrzení mohu podložit tím, že známý myslitel jednoho dne řekl : „Věř, a víra tvá Tě uzdraví“!

Způsob, jakýmž pacient prochází nemocí, ovlivňuje hned několik faktorů, ale za nejstěžejnější lze považovat bezesporu zdravotnický personál. Ten by měl pacientovi umět vytvořit takové prostředí, které mu poskytne prostor k rychlé, efektivní, a v hlavní řadě bezbolestné léčbě. Ne vždy se to však v našich podmínkách děje. A to z jednoho prostého důvodu. Lékaři a sestry na odděleních jsou často přetěžováni, z důvodu jejich nedostatku, a přirozeně z tohoto vyplývá, že tyto skutečnosti hrají v neprospěch léčeného. Zejména psychika pacienta dokáže utrpět nesčetné rány z důvodu mnohdy neurvalého chování zdravotnického personálu.²⁶

2. 5. 1 Komunikace zdravotníka vůči pacientovi

Komunikací rozumíme vzájemné vyměňování informací mezi dvěma komunikačními činiteli. Předávání informací má za následek to, že si rozumíme, či nikoliv. To právě podle toho, jakým způsobem komunikace probíhá. Zaměříme-li svoji pozornost na komunikaci mezi zdravotníkem a jeho pacientem, můžeme konstatovat, že tento typ komunikace by měl vést zejména k tomu, aby pacient plně pochopil svoji nemoc, její příčiny, důsledky. Patrně bychom měli největší pozornost věnovat tomu, aby pochopil, jakým způsobem bude léčba probíhat. To vše se však pacientovi dá podat buď správným, nebo špatným způsobem, který záleží na profesionálním přístupu člověka, potažmo zdravotníka. V našich nemocnicích, dle

²⁶ ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická psychologie. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

své vlastní zkušenosti, a také na základě zkušenosti jiných, lze pozorovat tzv. poškození klienta – psychogenní iatropatogenie. Tento pojem v sobě skrývá fakt, že léčený může být poškozen nevhodnými psychologickými prostředky, mezi něž např. patří komunikace. Může se pak tedy stát, že např. pacientovi upoutanému na lůžku, sestra nezajistí dostatečné množství intimity v průběhu jeho každodenní nutné hygieny. Tento fakt pak může mít za následek doslova traumatický stav pacienta, pokud se toho konání ze strany sestry opakuje. Stav, který je zde popisován, nazýváme srororigenií. Dle slovníku cizích slov jde o „*závažné poškození nejen somatického, ale především psychického stavu klienta nevhodnými psychologickými prostředky.*”²⁷ Takovýto pacientův stav však nemusí způsobit pouze sestra, ale také lékař. Dle mého názoru je k takovýmto jevům dochází až přespříliš často, a to pak ovlivňuje pacientův návrat do původního harmonického stavu. Samozřejmě toto počínání výrazně ovlivňuje rychlost uzdravení klienta. Nutnost profesionálního přístupu zdravotnických pracovníků je zde nejelementárnější podmínkou pro bezproblémové vyléčení pacienta.²⁸

²⁷ ABZ slovník cizích slov: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/neznama-slova>. [online]. [cit. 2012-06-21].

²⁸ VYMĚTAL, Jan. *Základy lékařské psychologie*. 1. vydání. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, 185 s. ISBN 80-901601-3-1.

3 Osobnost člověka

Osobností člověka se rozumí každý člověk se svou bio-psycho-sociální jednotou a identitou. Osobnost člověka v sobě v podstatě skrývá určité vlastnosti, které se navzájem doplňují a vyrovnávají, a dohromady tvoří jeden celek. Pojďme si nyní krátce něco napsat o jednotlivých přístupech k člověku podle různých autorů.

3. 1 Vybrané přístupy k osobnosti člověka

Přístupy k osobnosti člověka se liší autor od autora zejména tím, jakým způsobem k němu dotýční přihlížejí. My se nyní budeme věnovat pouze několika přístupům, které bychom mohli považovat za jedny z těch nejdůležitějších.

3. 1. 1 Sigmund Freud

O Sigmundu Freudovi je vhodné říci, že je to bezesporu jeden z nejvíce, jedněmi obdivovaný, jinými zatracovaný, psychiatr, který se zabýval psychoanalýzou. V povědomí lidí je dodnes znám především proto, že do popředí staví nevědomí a podvědomí člověka.²⁹ Tvrdí, že člověk je složen ze tří složek, a to z ID, EGA, a SUPEREGA. Složka ID, v nás, je zaměřena pouze a jen na okamžité uspokojení, řízena je principem slasti. Zatímco EGO je ovládáno naším reálním já. SUPEREGO v sobě ukrývá naše svědomí, tzv. morální hodnoty. Freudova koncepce poukazuje na fakt, že každý člověk má potřebu naplňovat své pudy. Zároveň ale tvrdí, že pokud tyto pudy, z nějakého důvodu, nejsou u jedince naplněny, např. v období dětství, dospívání či jiné etapy vývoje člověka, může v důsledku toho docházet k patologickým změnám v osobnosti, které později mohou vyústit v psychosomatická onemocnění.

3. 1. 2 Viktor Emanuel Frankl

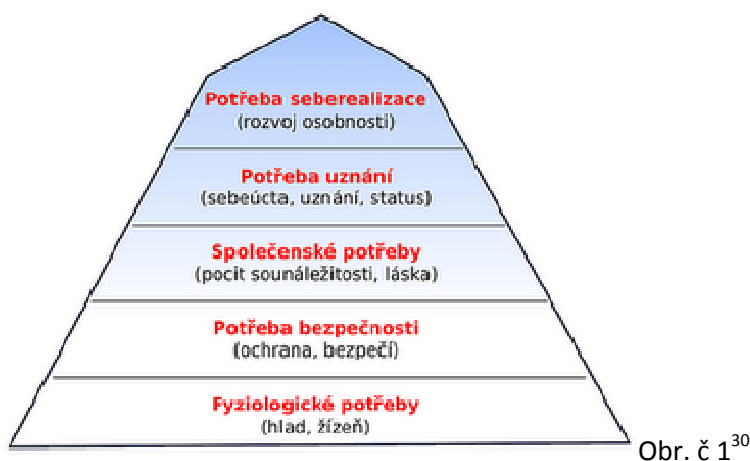
Tento velmi známý autor naprosto zavrhuje Freudův psychoanalytický přístup. Naproti tomu tvrdí, že lidská spokojenost se odvozuje od naplnění smyslu jeho života. Pokud tedy člověk před sebou nemá určitý smysl života, nemůže fungovat jako plně integrovaná osobnost.

²⁹ FALEIDE, Asbjørn O. ; LIAN, Lilleba B. ; FALEIDE, Eyolf K. *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

3. 1. 3 Humanistická psychologie

Humanistická psychologie je reprezentována C. G. Rogersem, který zastává ten názor, že člověk v sobě musí rozvinout především vnitřní prožitek. A tento vnitřní požitek je třeba naplňovat a stále dokola revitalizovat, aby nedošlo k neutěšení jedince vnitřního já. Do této ideologie lze zahrnout i Maslowa, který se opírá o stupnici lidských potřeb, které, pokud nejsou naplněny, mohou způsobit ireversibilní změny ve struktuře osobnosti.

Pyramida potřeb podle Maslowa :



3. 1. 4 Behaviorismus

Behaviorální teorie upřednostňuje pohled na člověka veskrze výhradně prostřednictvím jeho chování. Představitelé této koncepce zdůrazňují fakt, že na člověka je nutné pohlížet jako na jednotu, u které hraje hlavní roli její chování. Nikoli její prožívání. To, co člověk ve skutečnosti prožívá, je pro behavioristy nedůležité, dokonce jim neznáme. Odmítají fakt, že tomu, jak se člověk chová, musí nejprve předcházet jeho vlastní pocity uvnitř nitra – prožitky. Tato teorie odhaluje, že veškerému chování člověka se lze naučit, a to tak, že dobré jednání bude odměněno, špatné chování potrestáno. Pokud se tyto odměny a tresty stále dokola

³⁰ Zrcadlo.blogspot.com: Maslowova pyramida lidských potřeb. *Zrcadlo.blogspot.com:Maslowova pyramida lidských potřeb* [http://zrcadlo.blogspot.cz/2008/06/maslowova-pyram]. 2008 [cit. 2012-06-21].

v určitém sledu opakují, dochází ke vštěpení chování správného, a to by mělo být cílem, i klíčem k prosperitě osobnosti. Asi nejvýraznějším zástupcem této teorie je Skinner.³¹

³¹ HURNÍKOVÁ, Květa. *Psychologie osobnosti*. 1. vydání. Ostrava: Obchodní akademie a Vyšší odborná škola sociální Ostrava-Mariánské Hory, 2011, 99 s. ISBN 978-80-87540-50-3.

3. 2 Vývoj osobnosti

K vývoji osobnosti je podstatné si říci, že by měl být harmonický a celostní. Každý z nás dobře ví, že vývoj člověka je běh na celý život. Trvá od prenatálního, přes perinatální, až po postnatální věk. Od dětství do naší smrti se neustále vyvíjíme a zdokonalujeme. Velice důležité však je, aby vývoj jedince probíhal bez větších komplikací, protože jinak, může opět dojít k závažnému onemocnění.

Hlavními autory, zaměřujícími se na vývoj osobnosti jsou Sigmund Freud, Erikson.

Freudova teorie hovoří o tom, že člověk, během svého života, prochází různými stádii, během nichž jsou uspokojeny jeho potřeby. První stadium je orální, navazuje anální stadiu, v období od 2-4 let dítěte. Tehdy může dojít ke konfliktu potřeby dítěte uspokojovat svůj pud, v důsledku toho, že jsou na něj z vnějšího prostředí vyvíjeny tlaky. Falické stadium je charakteristické tím, že si již samo dítě začíná uvědomovat svůj genitál, tedy svoji pohlavní identitu. Genitální stadium je tím posledním stadiem, kdy by si měl jedinec plně uvědomit svoji identitu. Za předpokladu, že se v některé z uvedených fází jedinec ocitne jako nechtěný, a nebo naopak úzkostlivě opečovávaný, může později dojít k patologickým změnám v jeho osobnosti. Z dětí, které např. byly nuceny chodit na nočník ještě dříve, než začali chodit po svých dvou nohou, se mohou postupem času vyvinout deviantní jedinci.

Eriksonova teorie směřuje k faktu, že identita člověka se vyvíjí prostřednictvím plnění úkolů, které jsou společností vyžadovány.³²

³² PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Triton, 2004. 215 s. ISBN 80-7254-459-4.

3. 3 Struktura a dynamika osobnosti

Strukturou a dynamikou osobnosti rozumíme temperament, schopnosti a dovednosti jedince, jeho motivaci konat úkoly, které jsou mu předkládány. Pokud jedna z těchto oblastí nefunguje, nebo je narušena, vznikají psychosomatická onemocnění.

3. 3. 1 Temperament

Temperament bývá nejčastěji popisován jako soubor osobnostních vlastností, které jsou pro jedince charakteristické. Temperament, na rozdíl od charakteru, je vrozený, takže v samotném důsledku ho nelze moc ovlivnit a upravit vnějším působením na jedince. Nejproslulejší typologií temperamentu vynikl Hippokrates, který dělí lidský temperament dle tělních tekutin. Dle něho, tekutina, která v člověku převažuje, určuje ráz jeho temperamentu.

- SANGVINIK v sobě skrývá vlastnosti krve, tzn., že je optimistický, společenský, mající téměř vždy dobrou náladu
- CHOLERIK – odvozen od slova cholé – žluč, je typický svou vznětlivou povahou, výbuchy, a neustálými výkyvy nálad
- MELANCHOLIK – je typický svou neustálou náladovostí, úzkostí
- FLEGMATIK – odvozen od flegma – hlenu je charakterizován klidnou povahou, ve které mu nikdo a nic nemůže bránit. Většinou tyto lidi máloco rozčílí, jsou stálí ve svých projevech emocí.

Jungovo rozdělení spočívá v rozdělení lidí na dvě skupiny, a to na **introverty** a **extroverty**. Introverti jsou spíše málo komunikativní, nevyžadují společnost, jsou uzavření. Na druhé straně z extrovertů přímo vyzařuje touha po společenském životě. Tito lidé neustále kolem sebe mají značný okruh přátel, s nimiž se cítí být naplněni. Z uvedeného tedy vyplývá, že introverti mají větší sklony k psychosomatickým onemocněním, a proto musí dávat přednost preventivním opatřením, aby u nich nedošlo, vlivem kumulace nahromaděných emocí k psychosomatickým obtížím.³³

³³ TRESS, Wolfgang. *Základní psychosomatické péče*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008, 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

3. 3. 2 Schopnosti

Abychom představili, co schopnosti osobnosti obnáší, musíme přijít na to, co to vlastně schopnosti jsou. Schopnosti můžeme charakterizovat jako soubor předpokladů stěžejních pro vykonávání určité činnosti. K tomu, aby byl člověk schopen vykonávat nějakou konkrétní činnost, potřebuje určité vlohy, popřípadě talentové skony. Základní schopnosti rozlišuje Hurníková (2011) ve své publikaci na intelektové, psychomotorické. Pomocí intelektových schopností jsme schopni myslet a uvažovat, psychomotorické schopnosti slouží k tomu, abychom byli schopni obstát v praktickém životě. Pokud bychom měli z těchto informací shrnout, kteří jedinci, z pohledu inteligence, jsou náchylnější ke vzniku psychosomatóz, byli by to asi nejspíše Ti nejinteligentnější z nás. Vždyť velmi dobře víme, že mezi největšími mysliteli existují případy právě těch, kteří nejvíce trpěli psychiatrickými chorobami, které přímo souvisejí s psychosomatickými onemocněními.

3. 3. 3 Motivace

My všichni bychom si měli být schopni uvědomit, že naše motivace k životu, je jakousi hybnou silou pro naše úspěšné bytí. Proto, abychom prováděli určité činnosti, musíme mít v sobě zakotveny motivy. Některé zdroje uvádí, že existuje vnitřní a vnější motivace, jiné tato tvrzení odmítají, a konstatují, že motivace může být jen vnitřní, že vnější motivace vůbec neexistuje. Právě proto je důležité si říci, že motivace vychází zejména z vnitřku našeho nitra. Uvědomění si, že bez motivace by člověk nebyl schopen vykonávat jakoukoliv činnosti, je naprosto stěžejní. Podstatnou součástí k dosažení našich cílů tedy tvoří motivace, nezáleží však přímo jen a jen na ní, ale také na prostředcích, kterými se ke svému cíli dostáváme. Někdy tak přistupujeme k postupům, které mohou uškodit nejenom nám, ale také veřejnosti, a právě takovýchto postupů bychom se měli vyvarovat.

3. 3. 4 Postoje a hodnotové orientace

Hodnoty a postoje každého z nás se značně liší. Žebříčky hodnot jsou různé např. u malých dětí, dospívajících, dospělých lidí. Senioři mají vůbec nejsložitěji propracovaný žebříček hodnot, a to právě proto, že jsou různými osudovými okamžiky stavěni před situace,

které je nutí vybrat si např. mezi tím, zdali budou uznávat své zdraví více než materiální zabezpečení atd.

3. 4 Chování typu A, B

Literatura nejčastěji uvádí chování typu A, B. Pojdme si v následujících řádcích vysvětlit, čím se tato chování vyznačují. Jedinci s typem A se vyznačují přílišnou mimikou, hlasitými projevy, jsou neustále pod tlakem v tom smyslu, že je opakovaně jejich nitro nutí něco dělat. Patří mezi ně např. workoholici. Ve svém okolí jich každý z nás, zajisté, zná alespoň několik. Tito lidé pak mají zvýšené sklony k určitým psychosomatickým nemocem, jako je např. infarkt myokardu, revmatoidní artritida, žlučové kameny.

Druhý břeh tvoří lidé s chováním typu B. Lze konstatovat, že Ti se chovají naprosto odlišně. Především jde o jedince s klidnější a mírumilovnější povahou, a tato jim dává příležitost k tomu, aby ochránili své zdraví před různými psychosomatickými nemocemi, které jsem jmenovala výše. Hlavní znaky, které jsou specifické pro tuto skupinu lidí lze charakterizovat zejména takto:

- Rozvážnost
- Nesoutěživost
- Harmoničtější vztahy s lidmi
- Kooperace

Když se tedy zamyslíme nad rozdíly v lidském chování typu A, B, můžeme s toho soudit, že pravdivou tezí je to, že pokud budeme žít poklidnější a harmoničtější život, budeme zdravější, a méně náchylnější k psychosomatickým nemocem.³⁴

³⁴ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

3. 5 Neuroticismus

Neuroticismus je vlastnost, která v sobě skrývá primárně strach a úzkost. V mnoha případech však bývají tyto strachy a úzkosti neoprávněné. U takto neurotických lidí převládají např. obavy z nezvládnutí určitých situací, a to naprosto bezdůvodně. Může se jednat o případné stavy obav, až hysterie z nezvládnutí nějakého úkolu či situace, o které jedinec předem ví, že nastane. Pokud se ptáme na to, kde se neuroticismus v jedinci bere, můžeme si odpovědět, že tento specifický rys je do určité míry vrozený. Hlavní roli zde tedy hraje genetika. Ale bezesporu se na utvoření tohoto rysu osobnosti nedílnou součástí také podílí výchova, zejména ta rodičovská. Pokud totiž rodiče dítě přílišně opečovávají či trestají, jsou pedantní, se sklony k hysterii, utvoří dítě tzv. k obrazu svému už jenom tím, jak se k němu chovají.

Neurotici, podle výzkumů, které to naznačují, se tak mohou stát tou nejpočetnější skupinou v ordinacích lékařů, a opakovaně se chtějí dožadovat jejich pomoci. Kdybychom se chtěli zajímat o to, jaká onemocnění neurotiky většinou postihují, mohli bychom jmenovat asthma bronchiale, ekzematická onemocnění, a dysmenoreu, o které bude můj vlastní výzkum.³⁵

³⁵ Poněšický, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Vyd. 2. V Praze: Triton, 2004. 215 s. ISBN 80-7254-459-4.

4 Psychosomatická onemocnění v gynekologii

V úvodu této kapitoly je nutné shrnout dosavadní informace v tom smyslu, že do psychosomatických onemocnění lze zahrnout ohromnou spoustu nemocí. Některé výzkumy poukazují do konce na fakta, která tvrdí, že v podstatě každé onemocnění lze za psychosomatické považovat, neboť psychika je alfou a omegou zdravého fungování organismu. Z tohoto lze vyvodit jednoduché tvrzení, a to: „Když stůně duše, onemocní i organismus”.

My se ale zaměříme na psychosomatické onemocnění, kterým je dysmenorea. A to z toho důvodu, že se právě na toto onemocnění vztahuje moje praktická výzkumná část diplomové práce.

4.1 Pár slov o gynekologických onemocněních

Možná se nám může zdát, že psychosomatické nemoci se v gynekologii nevyskytují, opak je bohužel pravdou.

Gynekologické odvětví, a samozřejmě také porodnictví, o němž je řeč v úvodní části diplomové práce, můžeme přiřadit k základním medicínským oborům, stejně tak, jako jiná výše jmenovaná onemocnění. Pokud se v gynekologii u žen dlouhodobě projevuje nějaká patologie, musíme pátrat po příčině. Každý z nás má jistě povědomí o tom, že ne všechny ženy trpí gynekologickými problémy. Je tedy otázkou, jestli nelze nalézt souvislost mezi konkrétním onemocněním v gynekologii, a psychikou člověka. Odpověď je jednoduchá. Zcela určitě, po tom, co už jsme si v diplomové práci mohli přečíst, si dokážeme odvodit, že naše tvrzení je správné. Stejně tak, jako kardiovaskulární onemocnění (výše již zmiňovaný infarkt myokardu), onemocnění trávicího traktu, a např. ještě nemoci dýchacího ústrojí, mezi něž lze zařadit i nám známé asthma bronchiale, i dysmenorea v rámci premenstruačního syndromu je dnes zcela běžnou záležitostí, se kterou musí žít mnoho žen. Do problematiky psychosomatóz v gynekologii můžeme zahrnout i endometriózu a chronické pánevní bolesti.³⁶

³⁶ *Praktický lékař a psychosomatická medicína*. první vydání. Podolí u Brna: Protis, 2006. ISBN 8090367410.

4. 1. 1 Dysmenorea

Podle Velkého lékařského slovníku (Vokurka, Hugo, 2009, s.248) lze dysmenoreu z medicínského hlediska citovat takto:

„Dysmenorea (dysmenorrhoea) je menstruace spojená se značnou bolestivostí a celkovými obtížemi. Někdy nastává již od první menstruace, jindy se objevuje až později. Příčiny mohou být funkční nebo organické.”

Tato definice pokračuje dále vyjmenováváním příčin, které zde rozděluje na primární a sekundární.

„Jako primární se označuje dysmenorea u jinak zdravých žen, je pravděpodobně způsobena hypersekrecí endometriálních prostaglandinů s následnými bolestivými spasmy. Bolest obvykle začíná několik hodin před začátkem menstruace a trvá několik dní. Účinná bývají nesteroidní antiflogistika (snížení produkce prostaglandinů), také spasmolytika, analgetika, sedativa, vhodná bývá hormonální kontracepce. Sekundární dysmenorea je nejčastějším projevem endometriózy, dále provází pánevní záněty, děložní myomy, vývojové vady aj. Bolest nebýváte přesně ohraničena na období menstruace, léčba má být zaměřena na odstranění příčiny, symptomaticky ji lze léčit jako primární dysmenoreu.”

Definice sama o sobě nevystihuje psychosomatické příčiny nemoci, to ani v nejmenším. Bylo mým záměrem na začátek předložit odbornou lékařskou definici, abychom měli povědomí o tom, co to dysmenorea je a znali alespoň její základní rozdělení.

Teď už se však budeme zabývat primární dysmenoreou. Čepický (1985) poukazuje na to, že psychosomatická medicína s ohledem na menstruaci hovoří o dvou syndromech, a to o premenstruačním syndromu a právě primární dysmenoree. Zároveň ale jedním dechem dodává, že v těchto dobách, podotýkám, že kniha byla napsána v roce 1985, nelze jednoznačně říci, že by dysmenorea měla průkazný původ v psychice. Tato informace nám ukazuje, že 15 let před koncem 20. století sice odborníci uváděli možnou spojitost mezi patologií psychiky a dysmenoreou, avšak neexistovaly četné výzkumy, které by tato tvrzení potvrdila či vyvrátila.

Vývoj psychosomatických koncepcí se však rok od roku výrazně rozšiřuje, a tak Morschitzky, Sator (2007) vysvětlují psychosomatické koncepty v souvislosti nejen

s dysmenoreou, ale také s dalšími gynekologickými poruchami. Než se však k těmto koncepcím dostaneme, zkusme ještě popsat dysmenoreu z pohledu právě těchto autorů.

Morschitzky, Sator (2007) přibližují dysmenoreu takto:

„Dysmenorea značí velmi bolestivou menstruaci s křečovými, tahavými bolestmi v podbřišku. Tyto problémy mohou být dále provázány bolestmi hlavy, nevolnostmi, bolestmi zad a podrážděností. Bolesti nastupují zpravidla několik hodin před začátkem menstruace, postupně nabývají na intenzitě a po dvou až třech dnech odezní.“

Tito odborníci se dále shodují také na tom, že nástup dysmenorey by mohl souviset s nedostatečným vyráním reprodukčního systému u mladých dívek, protože právě u nich se objevuje nejčastěji. V této knize autoři též říkají, že na symptomy, s dysmenoreou spjaté, mohou přímo působit psychické faktory např. potíže s vyrovnáváním se svým pohlavím a přijetím faktu role ženy, dále s rozličnými problémy emocionálního rázu. Častým přetěžováním, ať už v období dospívání, či v rané až pozdní dospělosti ženy, může dojít k obrovskému tlaku na její psychiku, který u ní může dysmenoreu vyvolat.

„Velká zátěž a psychické vypětí mohou ovlivnit hypofýzu, která jako vrcholné místo hormonální regulace dokáže způsobit zhroucení celého hormonálního řízení menstruačního cyklu.“³⁷

Z těchto výše popsaných formulací je zřejmé, že psychický stav jednoznačně ovlivňuje chod a fungování celého organismu. Doporučení, která bychom mohli dát dívkám či ženám, které touto poruchou trpí, jsou, tedy, na místě. Velmi pravděpodobně bychom jim doporučili vyhnout se velké psychické zátěži. Každá dívka či žena spatřuje hrozbu psychické zátěže v něčem jiném. Zapotřebí je, proto, aby si uvědomila, jakými způsoby lze předcházet psychické degeneraci svého organismu.

³⁷ MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

4. 1. 2 Psychosomatické koncepty

Morschitzky, Sator (2007), ve své publikaci zdůrazňují, že pohroužený stav lidského organismu, společně s jeho sociálními problémy, bývá velmi často příčinou gynekologických obtíží. Přetíženosť žen, ve smyslu toho, že každodenně musí zvládat nespočet úkolů, např. chodit do zaměstnání, současně se starat o své potomky, manžela a další členy své rodiny, způsobuje u ženy problémy s její sociální rolí. Všechny tyto zmiňované aspekty většinou vyvrcholí v četné psychosomatické obtíže. Nejčastěji bývají ohroženy ženy, které se celý život obětují pro druhé, charakteristické jsou sníženým sebevědomím. Co se týká zaměstnání, nejspíše bychom očekávali, že mezi ženami nejsou kariéristky toužící po moci. Tuto vlastnost bychom nejspíše přisuzovali mužům. Jenže podle autorů lze hovořit o tom, že právě v dnešní době čím dál více žen, ať už dobrovolně či nedobrovolně, je nuceno nějakým způsobem skloubit dohromady zaměstnání (a být v něm úspěšné), s rodinou a dalšími mnohými úkoly. Logicky jsou tedy na ženy kladeny mnohem vyšší nároky než např. na muže, a s toho lze usuzovat na fakt, že mezi ženami je výskyt psychosomatických obtíží mnohem častější než u mužů. Dalším vysvětlením, proč ženy trpí častěji těmito chorobami, je takové, že např. nemají pevné místo v systému rovnoprávnosti mužů a žen. Ať se tedy snaží být sebelepší, např. v zaměstnání, kritéria, podle nichž je jejich práce hodnocena a hlavně honorována, se výrazně liší od kritérií, kterými zaměstnavatel posuzuje muže. Fakt, že ženy, citlivěji než jejich protějšky, vnímají rozkoly v rodině, v partnerském soužití, apod., je nám všem nejspíše zřejmý. Rovněž bychom mohli podle autorů konstatovat, že ženy, dosti často, šíří pocit, že nejsou příliš atraktivní. Všudypřítomný kult velmi štíhlé ženy v nich vytváří pocity méněcennosti. Proto některé z žen mívají nedobry pocit ze svého vlastního zevnějšku, což samozřejmě nepůsobí blahodárně na jejich psychický stav a vlivem tohoto mohou nastat psychické problémy, které poté odstartují problémy somatické.

4. 1. 3. Terapeutická pomoc

Vždy, když se u žen, objeví psychické problémy, které u nich následně způsobí gynekologické obtíže, v našem případě jde konkrétně o dysmenoreu, měly by se co nejdříve řešit. Léčba nesmí být zaměřena pouze na odstranění jednotlivých symptomů dysmenorey, ale měla by zahrnovat péči o celou osobnost ve všech psychosomatických souvislostech. Jádrem léčení se pokaždé může stát něco jiného. Za situace, kdy ženino sebevědomí je nízké, je vhodné ho posílit. Neutěšený a nenaplněný sexuální život také zadržává příčinu tomuto

onemocnění, a proto je více než nutné, aby žena tyto problémy řešila např. se sexuologem, nebo se sexuálním psychologem či jiným odborníkem. Také potíže v partnerském vztahu, které se mohou kumulovat v psychice ženy, třeba i po několik let, není dobré házet na druhou kolej, a začít s jejich řešením co nejdříve. Kdybychom se měli zamyslet nad tím, co lze změnit v domácím prostředí ženy, jednoznačně můžeme říci, že by právě žena měla usilovat o určité přerozdělení a úpravu určitých úkolů v rodině, aby na ně nebyla sama. Dále je nutné, aby žena uměla zpracovávat svoje emoce tou správnou cestou, aby byla schopna se vypořádat s možnými traumatizujícími životními událostmi.³⁸

Je více než zřejmé, že pro to, aby se žena cítila být ve fyzické a psychické kondici, musí poslouchat a pečlivě vnímat nejen své tělo, ale hlavně svůj psychický stav, a při sebemenší změně jeho stavu by se měla poradit s odborníky. Není nic horšího, než bagatelizování psychických problémů, které mohou přerůst, většinou bohužel opravdu přerostou, ve splet různých velmi závažných zdravotních komplikací, byť na začátku stačilo promluvit si o svém problému např. s psychologem.

³⁸ MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. Když duše mluví řečí těla : Stručný přehled psychosomatiky. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

III. VÝZKUMNÁ ČÁST

5 Výzkum

5.1 Hlavní cíl práce

Co se týče hlavního cíle výzkumu k mé diplomové práci, dala jsem si za úkol zjistit, jestli souvisejí osobnostní vlastnosti jednice se vznikem a rozvojem dysmenorey, jakožto gynekologického onemocnění, či, chcete-li, gynekologické poruchy. Ve výzkumu bych měla buď vyvrátit či potvrdit tvrzení, která jsem si předem pro tuto problematiku stanovila. Následuje přehled tvrzení o nejčastějších osobnostních vlastnostech, kterými disponují ženy, které trpí dysmenoreou.

Mým dílčím cílem bude odhalit, zda platí následující hypotézy:

1. Dívky, trpící gynekologickými problémy (dysmenoreou), budou vykazovat větší míru agresivity než dívky, které svoji menstruaci považují za fyziologickou.
2. Dívky, jež se léčí s dysmenoreou, budou mnohem častěji obdařeny úzkostnými rysy oproti dívkám s fyziologickou menstruací.
3. Dívky s dysmenoreou budou charakteristické depresivními rysy více, než dívky zdravé.
4. Dívky s dysmenoreou budou vykazovat větší míru introverze oproti dívkám s fyziologickou menstruací.
5. Dívky přiznávající dysmenoreu si budou o mnoho více střežit své soukromí než dívky zdravé.
6. Dívky s dysmenoreou budou mít větší tendenci zveličovat své problémy než dívky bez problémů.

5. 2 Metodika práce

Pro potřeby zjištění výše uvedených hypotéz jsem použila dotazníkovou metodu, protože ta nám dává ucelenější přehled o tom, jaké charakteristiky jsou dívkám vlastní. Pro moje účely jsem si zvolila standardizovaný dotazník DOPEN. Tento dotazník jsem, v rámci své pedagogické praxe, předložila 60-ti dívkám. Třicet z nich uvedlo, že nemá menstruační problémy, tedy, pro náš výzkum je lze považovat za zdravé. Další polovina dívek však uvedla, že problémy s menstruací má. Testované respondentky, (dívky ve věku 15-19 let), odpovídaly postupně na 86 otázek, které jsou součástí dotazníku. Na každou z otázek měly k dispozici odpověď buď ano, nebo ne. Ještě před začátkem vyplňování dotazníku jsem je poučila o tom, že by měly na tyto otázky odpovídat naprosto pravdivě, že neexistuje špatná odpověď, a že na vyplnění dotazníku mají max. 20 minut. Dotazníky jsem rozdala dívkám na jedné nejmenované střední zdravotnické škole. Co se týče návratnosti dotazníků, nebyla stoprocentní. Původně jsem rozdala 80 dotazníků, 15 z nich se mi nevrátilo vůbec, a u pěti nebyly vyplněny některé položky, a nebylo tak možné je vyhodnocovat. Testovaný vzorek tedy, nakonec, čítal 60 dívek – 30 zdravých, 30 s dysmenoreu. Poté, co jsem získala zpět dotazníky, začala jsem je vyhodnocovat podle příslušných šablon, dále jsem výsledky zpracovala a uvádím je v kapitole 5.4 Výsledky výzkumu.

5. 3 Dotazník DOPEN

Tento dotazník hodnotí čtyři složky osobnosti :

- Agresivní sklony
- Extroverzi – otevřenost vůči okolnímu světu
- Míru úzkostnosti
- Disimulaci

Dotazník zkonstruovali Ruisel Imrich a Mulner Josef, a to v osmdesátých letech 20. století, na podkladě Eysenkových teorií o osobnosti.

Ruisel, Mulner (1982) uvádějí charakteristiku jedinců s agresivními sklony, sklony k extroverzi, úzkostnostními rysy, a vysvětlují, co je to disimulace, a jak se disimulace u jedinců projevuje.

Pro pochopení, čím se zabývají jednotlivé měřené škály v dotazníku, uvádím, dle autorů stručný přehled, kterými složkami osobnosti lze dospět k výsledkům. Začnu neuroticismem, budu pokračovat psychoticismem, následně extroverzí resp. introverzí, a nakonec zmíním lžiskóre.

- **Neuroticismus** – Značí vysokou míru úzkosti u jedince. Neurotický jedinec si dělá ze všeho hlavu. S větší pravděpodobností u něj lze nalézt sklony k depresím. Neurotičtí jedinci mají mnohdy problémy se spaním. U těchto jedinců lze pozorovat, že jsou mnohdy velmi emocionální, snadno se např. mohou rozčítit, ale na druhou stranu je velmi těžké je uvést zpět do stavu uklidnění. Jedinci s vyšší mírou neuroticismu se vyznačují tím, že se jen těžko dokáží přizpůsobit změnám.
- **Psychoticismus** – Jedná se o vlastnost, která s sebou přináší pro člověka nemalá zdravotní rizika. Tito lidé bývají agresivní, velmi nedůtklivý ke svému okolí. Nemívají širokou sociální síť přátel. I přesto, že nemají mnoho přátel, můžeme u nich pozorovat zvýšenou míru vzrušenosti. Vyzařují vyšší míru provokace. Zároveň jsou však vesměs samotáři. Bývají také velmi nedůtkliví.
- **Extroverze resp. Introverze – Extrovertní jedinci** mívají bohatou sociální síť přátel, jsou zvýšeně komunikativní, mají rádi rušný život. Často velmi rádi mluví, jsou středem zájmu, a vyzařuje z nich optimismus. Toto všechno jsou vesměs pozitivní vlastnosti. Extrovert ale, díky tomu, že je předurčen k čilejšímu způsobu života, bývá mnohdy navzdory tomu značně nestálý a nespolehlivý. **Introverze** se u jedince projevuje zvýšenou potřebou být sám. Takto orientovaný jedinec nemá mnoho přátel, je spíše tichý, nekomunikativní, zámčivý. Oproti extrovertovi ho lze charakterizovat stálostí a spolehlivostí.
- **Lžiskóre** – Tato položka v dotazníku zkoumá hodnotu disimulace. U těchto otázek jedinci, kteří se často uchylují ke lži, aby byli považováni za lepší, často odpovídají ANO. Znamená to tedy, že lžou proto, aby se udělali ve světle druhých lepší. Z uvedeného lze usuzovat, že čím bude hodnota lžiskóre větší, tím bude mít jedinec větší tendence ke lhaní ve svůj prospěch.³⁹

³⁹ RUISEL, Imrich a Jozef MULLNER. *DOPEN*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy n. p., 1982, 72 s.

5. 4 Popis vzorku

K potřebám svého výzkumu jsem si nakonec vybrala pouhé dvě skupiny respondentů. A to zdravé dívky s fyziologickou menstruací, a dívky s dysmenoreou. Tyto dvě skupiny jsem mezi sebou porovnávala. Jak jsem již zmiňovala výše, každá skupina čítá 30 respondentů, celkově je tedy k dispozici 60 jednotlivě vyhodnocených dotazníků. Testovaným osobám bylo mezi 15-ti až 19-ti, protože to byly studentky střední zdravotnické školy. Omezení vzorku bylo pouze v tom, že v něm nebyl zahrnut žádný muž, což je logické, vzhledem k zaměření mého výzkumu a zkoumaným okolnostem. Stěžejním bodem bylo popravdě zjistit, kolik dívek opravdu trpí dysmenoreou. Toto jsem si zajistila tak, že dívky s problémy mi udělali na dotazníku hvězdičku. Co se věku týče, už jsem zmiňovala, že všem respondentkám bylo 15 – 19 let. Průměrný věk dívek, které dotazník vyplňovaly, a který dokládá tabulka v příloze, je 17 let. Tím, že jsem své dotazníky rozdala na střední zdravotnické škole, kde jsem měla možnost vykonávat pedagogickou praxi, shromáždila jsem odpovědi stejnorodé skupiny, co se týče věku a pohlaví. Lze tedy jen uceleně napsat, že průměrný věk všech respondentek je 17 let, a že všechny odpovídající byly ženy.

5. 5 Výsledky výzkumu

V této kapitole prezentuji výsledky svého výzkumu, kde budu srovnávat zdravé dívky s dívkami s dysmenoreou. Konkrétní dotazníkové hodnoty, které jsem získala vyhodnocením všech šedesáti dotazníků, uvádím v příloze č...1. V následujících tabulkách prezentuji jednotlivé výsledky psychoticismu, extroverze, neuroticismu a lži skóre, a porovnávám je mezi zdravými dívkami a dívkami s dysmenoreou.

Tabulka č. 1 - Porovnání hodnot psychotických rysů u zdravých dívek a u dívek s dysmenoreou

Diagnóza	Průměrná hodnota P	Úroveň	Rozmezí hodnot	Četnost
Zdravé dívky	4	Nízká	0 - 3	18
		Střední	4 - 6	7
		Vysoká	7 - 20	5
Dysmenorea	4	Nízká	0 - 3	15
		Střední	4 - 6	12
		Vysoká	7 - 20	3

Výsledky, které jsem zanesla do této tabulky, nám ukazují ne zcela zjevný rozdíl v míře psychotismu mezi zdravými dívkami, a dívkami s dysmenoreou. Tento fakt může být způsoben např. tím, že jsem, jako vzorek použila dívky přibližně stejného věku. Kdybych do svého výzkumu zahrnula např. ještě další probandy, které by měly problém s dysmenoreou, nebo nikoliv, a jejich věk se výrazně odlišoval od dívek, které mi dotazníky vyplňovaly, vyšly by nejspíše výsledky trochu patrněji. Tabulka č. 1 poukazuje na tzv. míru psychotismu u testovaných jedinců. Psychotismus se projevuje zvýšenou mírou agresivity u jedinců. Průměrné hodnoty míry psychotismu u testovaných jedinců jsou téměř stejné, což znamená, že nelze vycházet z předpokladu, že dívky, trpící dysmenoreou, vykazují zvýšenou míru psychotických rysů projevujících se zvýšenou agresivitou. Abych blíže upřesnila míru psychotismu, stanovila jsem si různé úrovně, a to nízkou, střední, a vysokou. V posledním sloupci je uvedena četnost dívek, které vykazují tyto rysy. Z tabulky můžeme vyčíst, že u zdravých dívek spadá do nízké hodnoty 18 dívek, u dívek s dysmenoreou pouze 15. Do střední hodnoty spadá 7 zdravých dívek a 12 dívek s dysmenoreou. Do vysokých hodnot spadá 5 dívek zdravých a 3 dívky s dysmenoreou. Celkově tak lze říci, že do vyšších hodnot spadají dívky zdravé, tzn., že dívky zdravé vykazují větší míru agresivních rysů oproti dívkám s dysmenoreou. Z uvedeného tedy vyplývá, že míra agresivnosti u jedince nezapříčiňuje vznik psychosomatických onemocnění, ačkoliv by tomu mělo být právě naopak.

Diagnóza	Průměrná hodnota E	Úroveň	Rozmezí hodnot	Četnost
Zdravé dívky	16	Nízká	0 – 8	3
		Střední	9 – 17	19
		Vysoká	18 – 25	8
Dysmonorea	17	Nízká	0 – 8	1
		Střední	9 – 17	16
		Vysoká	18 – 25	13

Tab. č. 2 – Porovnání hodnot E u zdravých dívek a u dívek s dysmenoreou

Mým úkolem bylo zjistit, zda-li dívky s dysmenoreou dosahují větší míry introverze, či nikoliv. Z uvedených výsledků je zřejmé, že tomu je právě naopak. Průměrná hodnota extroverze u dívek s dysmenoreou se liší o jednu celou hodnotu proti dívkám zdravým, a to ve prospěch dívek s dysmenoreou. Znamená to tedy, že dívky, které mají dysmenoreu, jsou o něco lépe společensky laděné, mají rády společnost, jsou více komunikativní, atd. U zdravých dívek spadají do nízké úrovně z celkového počtu 3 dívky, do střední úrovně 19 dívek, a ve vysoké úrovni extroverze je přítomno pouze 8 dívek. Naproti tomu u dívek, které přiznaly dysmenoreu, se nachází v nízké úrovni pouze 1 dívka, v úrovni střední je to celých 16 dívek, a ve vysoké úrovni je přítomno dívek 13. Z tohoto plyne, že ladění do extroverze a introverze, resp. otevřenosti a uzavřenosti osobnosti, vzhledem ke svému okolí, může ovlivňovat vznik psychosomatických onemocnění, v našem případě onemocnění dysmenoreou.

Diagnóza	Průměrná hodnota N	Úroveň	Rozmezí hodnot	Četnost
Zdravé dívky	14	Nízká	0 - 8	5
		Střední	9 - 18	21
		Vysoká	19 - 26	4
Dysmenorea	16	Nízká	0 - 8	1
		Střední	9 - 18	16
		Vysoká	19 - 26	13

Tabulka č. 3 – Porovnání hodnot N u zdravých dívek a u dívek s dysmenoreou

Průměrné hodnoty N – tedy míry neuroticismu u dívek, které vyplňovaly dotazník k potřebám této diplomové práce se liší o 2 hodnoty mezi zdravými dívkami, a dívkami, u kterých je přítomna dysmenorea. Dívky s dysmenoreou, byť pouze o dvě hodnoty, vykazují větší míru neuroticismu, než dívky zdravé. Do nízkých hodnot sledovaného rysu spadá 5 dívek zdravých, a 1 s dysmenoreou. Do středních hodnot neurotických rysů spadá 21 dívek zdravých, a 16 dívek s dysmenoreou. Stěžejní je fakt, že do vysokých hodnot neuroticismu lze, dle tabulky, zařadit pouze 4 dívky zdravé, naproti tomu dívek s dysmenoreou se v této úrovni vyskytuje 13. U tohoto rysu osobnosti bychom mohli tedy jednoznačně říci, že přímo ovlivňuje vznik gynekologického onemocnění, o kterém tu hovořím.

Diagnóza	Průměrná hodnota L	Úroveň	Rozmezí hodnot	Četnost
Zdravé dívky	4	Nízká	0 – 3	12
		Střední	4 – 6	13
		Vysoká	7 – 9	5
Dysmenorea	5	Nízká	0 – 3	11
		Střední	4 – 6	8
		Vysoká	7 – 9	11

Tabulka č. 4 – Porovnání hodnot Lžiskóre u zdravých dívek a dívek s dysmenoreou

Tato tabulka zprostředkovává informaci o tom, zdali dívky trpící dysmenoreou, vykazují větší hodnoty lžiskóre nad dívkami zdravými. Průměrná hodnota nám ukazuje, že je to tak, i když je u dívek s dysmenoreou větší pouze o jednu hodnotu. Tato hodnota zdůrazňuje ten fakt, že dívky s vyšší hodnotou lžiskóre se mají tendenci dělat lepšími lidmi před ostatními, než jakými ve skutečnosti jsou, a do značné míry také skrývají některé skutečnosti o sobě. Např., mohou být velmi neochotné pomáhat lidem, ale tuto vlastnost skrývají tak, že záměrně tvrdí opak, aby si o nich lidé mysleli, že jsou dobrosrdečné a vždy ochotné pomoci. Do nízkých hodnot zkoumaného jevu patří 12 dívek zdravých, a 11 dívek s dysmenoreou. Ve středních hodnotách lžiskóre však zdravé dívky převažují nad dívkami nemocnými, a to v poměru 13:8. Ve vysokých úrovních měřené hodnoty je však patrné, že do nich patří pouze 5 dívek zdravých, zatímco dívek přiznávajících dysmenoreu celkově 11. Z tohoto bychom mohli usoudit, že tendence k tomu, dělat se lepším, u člověka, znamená s jistou pravděpodobností, že jde o vlastnost, která předem určí náchylnost člověka k určitému typu psychosomatického onemocnění. Také je zjevné, že tito lidé často skrývají své opravdové já jen proto, aby se stali lepšími v očích druhých. Míra disimulace u těchto jedinců je vyšší než u zdravých jedinců, kteří nevykazují známky onemocnění.

Diagnóza	Zdravé dívky			Dívky s dysmenoreou		
	Úroveň	Četnost	%	Úroveň	Četnost	%
P	Nízká	18	60	Nízká	15	50
	Střední	7	23	Střední	12	40
	Vysoká	5	17	Vysoká	3	10
E	Nízká	3	10	Nízká	1	3
	Střední	19	63	Střední	16	54
	Vysoká	8	27	Vysoká	13	43
N	Nízká	5	17	Nízká	1	3
	Střední	21	70	Střední	16	54
	Vysoká	4	13	Vysoká	13	43
L	Nízká	12	40	Nízká	11	37
	Střední	13	43	Střední	8	26
	Vysoká	5	17	Vysoká	11	37

Tabulka č. 5 – Porovnání hodnot P, E, N, L u zdravých dívek a dívek s dysmenoreou

Tato tabulka ukazuje přehled dosud získaných výsledků. Červeně jsem zvýraznila velmi nízké hodnoty, které se u dívek s dysmenoreou objevují zejména v nízké úrovni, kde se měřil neuroticismus a extroverze. Naopak, velmi vysoké hodnoty lze pozorovat zejména v nízké a střední hodnotě psychotocismu jak u zdravých žen, tak u žen s dysmenoreou. Dále, dosti vysoké hodnoty se vyskytují ve středních hodnotách měřené extroverze, a to v obou skupinách. U měřeného neuroticismu se vysoké hodnoty vyskytují zejména ve střední dimenzi zkoumaného rysu u obou zkoumaných skupin. Při zkoumání lžiskóre jsem došla k výsledkům, které poukazují na velmi vysoké hodnoty v nízké a střední dimenzi u obou testovaných skupin.

5. 6 Diskuze

V této části diplomové práce se budu zabývat diskuzí a rozebíráním, zda výše uvedené hypotézy, které jsem si na začátku své praktické části práce stanovila, platí či nikoliv. Tedy, buď budu potvrzovat své hypotézy, nebo je naopak budu vyvracet.

- Hypotéza číslo 1 : Dívky, trpící gynekologickými problémy (dysmenoreou), budou vykazovat větší míru agresivity než dívky, které svoji menstruaci považují za fyziologickou - SE NEPOTVRDILA.

Na základě výsledků, ke kterým jsem došla, postupným zpracováváním dat, není patrné, že dívky s dysmenoreou vykazují větší míru agresivity, než dívky zdravé. Průměrná hodnota u obou skupin je 4, což lze považovat za výsledek, který nepotvrdil tuto hypotézu. Poněšický (2010) uvádí, že spíše než agresivní tendence u jedince mohou dysmenoreu způsobit např. dědičné faktory, kdy dcera zdědí určité problémy v této oblasti po matce. Zmiňuje se tady také o tom, že primárními vyvolavateli dysmenorei mohou být např. problémy v rodinném partnerském, rodinném či profesionálním životě dívky či ženy. Je tedy zcela zřejmé, že psychický stav jedince zde hraje roli. Na onemocnění dysmenoreou však, podle získaných výsledků nemají agresivní vlivy u jedince žádný význam.

- Hypotéza číslo 2 : Dívky, jež se léčí s dysmenoreou, budou mnohem častěji obdařeny úzkostnými rysy oproti dívkám s fyziologickou menstruací se POTVRDILA.

Zjištění, ke kterému jsem dospěla, pomocí vyhodnocených a zpracovaných výsledků tuto diagnózu potvrzuje. Průměrná hodnota u dívek s dysmenoreou je o dvě hodnoty vyšší než u dívek zdravých. Není to sice mnoho, ale značí to určité pravidlo, i když ne plošné, že míra neurotických rysů, které se projevují dle Poněšického (2010) zvýšenou emoční vzrušivostí, přehnanou úzkostností a opakovanými pocity méněcennosti u žen, mohou vyvolat psychosomatické onemocnění – dysmenoreu. Poněšický (2010) také ale dále tvrdí, že hlavní roli při vzniku dysmenorey by mohla hrát úzkost z ženské role. Ta lze podle něho může vymizet nebo se může zmírnit v důsledku používání antikoncepce, ale nejde o vymizení bolestí na podkladě fyziologickém, ale primárně na podkladě psychickém.

- Hypotéza číslo 3 : Dívky, s dysmenoreou budou charakteristické depresivními rysy více, nežli dívky zdravé se POTVRDILA.

Již víme, že náchylnost k depresivním sklonům se objevuje především u neurotických jedinců. A proto můžeme potvrdit, že dívky, které v dotazníku uvedly menstruační problémy, budou mnohem častěji náchylné k depresivním stavům než dívky zdravé. Lze tedy konstatovat, že depresivní sklony u jedince mohou mít vliv na vznik dysmenorey. Depresivně laděný člověk je charakteristický stálým pesimistickým postojem, má neustále chmurné myšlenky, myslí jen na to nejhorší. Takto utvořené chápání tedy samozřejmě může způsobit následnou somatizaci do určitého onemocnění, které může vyústit např. v gynekologické problémy u dívek tohoto věku.

- Hypotéza číslo 4 : Dívky s dysmenoreou budou vykazovat větší míru introverze oproti dívkám s fyziologickou menstruací se NEPOTVRDILA.

Z výsledků, které mám pro tuto diplomovou práci k dispozici, mi vyšlo, že dívky zdravé jsou o jednu hodnotu více introvertní než dívky s dysmenoreou. Ačkoliv jsem na začátku uvažovala úplně obráceně a myslela jsem si, že dívky s dysmenoreou budou spíše introvertky, moje teze se v tomto ohledu nepotvrdila. Z tohoto bychom mohli např. odvodit, že extroverze je vlastnost, která značí veskrze pozitivní vlastnosti jedince. Extrovert je navzdory tomu ale také rád středem zájmu, a to může být fakt, který by mohl souviset s určitými problémy s menstruací. Obecně můžeme říci, že lidé, kteří bývají a jsou hodně rádi středem zájmu, své fyziologické problémy, myslím tím všechna onemocnění, která je kdy v životě potkají, nesou velmi těžce. Pořád o nich mluví, upozorňují na ně apod. Z tohoto vyplývá, že dívky, které jsou více extrovertní, mohou své gynekologické obtíže vnímat subjektivně mnohem hůře než dívky introvertní.

- Hypotéza číslo 5 : Dívky přiznávající dysmenoreu si budou o mnoho více střežit své soukromí, nežli dívky zdravé se POTVRDILA.

Tato vlastnost, která se můžeme nejvíce pozorovat u jedinců s neurotickými rysy, se projevuje v tom, že takto orientovaný jedinec má až přehnanou tendenci chránit si své soukromí. Z tohoto vyplývá, že nemá ani přílišný okruh přátel, se kterými by běžným

způsobem komunikoval o svých problémech, říkal jim, co ho tíží apod. Tato tendence skrývat své soukromí může následně v jedinci vyvolat nepříjemné psychické ladění, z něhož může následně vzniknout i psychosomatické onemocnění. U těchto jedinců by bylo potřeba zaměřit se na ventilování svých citů a pocitů.

- Hypotéza číslo 6 : Dívky mající dysmenoreu budou mít větší tendenci zveličovat své problémy, než dívky s bezproblémovou menstruací se POTVRDILA.

Tendence ke zveličování problémů mají zejména neurotičtí jedinci. Dle mých výsledků se potvrdilo, že větší zastoupení neurotických jedinců bylo odhaleno u dívek s dysmenoreou a to značí, že časté a přílišné zveličování všech problémů, které dívka má, může, jednak subjektivně, jednak objektivně vést k psychosomatickému onemocnění. Jistě každý z nás zná takové jedince. Nejedná se pouze o ty, kteří zveličují své zdravotní problémy, ale také o ty, které naprosto zbytečně zveličují všechny své problémy, jak v pracovním, rodinném, tak např. i v partnerském, školním prostředí. Jak se lidově říká: „Dělají z komára velblouda.“

Kdybych měla zhodnotit a shrnout, co lze ze získaných dat interpretovat jako základní charakteristiky dívek, u kterých je přítomna dysmenorea, napsala bych tato fakta:

- Tyto dívky můžeme považovat převážně za jedince s neurotickými, resp. úzkostnými rysy.
- U těchto dívek lze také vyzorovat mnohem častěji depresivní ladění.
- Jsou to ve větší míře extrovertní typy.
- Tyto dívky jsou větší měrou předurčeny k tomu, aby si střežily své soukromí.
- Mnohem častěji se u nich projevuje sklon k tomu zveličovat své problémy.

IV. SOUHRN

Diplomové práce je zaměřena na zkoumání jednotlivých vlastností u skupiny jedinců v souvislosti se vznikem psychosomatického onemocnění dysmenorea. V první části práce se nachází úvod, ve kterém jsou popsány motivy, kterými jsem se řídila při výběru tohoto tématu. Dále je zde uveden celkový přehled o tom, jakým kapitolám bude diplomová práce věnována. Následná teoretická část obsahuje kapitoly o základních psychosomatických teoriích, psychosociálních faktorech, hrajících roli při utváření nemocí. Další kapitoly pojednávají o teoriích osobnosti lidského jedince. Poslední část teoretické části je věnována psychosomatickému onemocnění – dysmenoree. Praktická část zobrazuje výsledky, které jsem získala dotazníkovou metodou od dívek střední zdravotnické školy. Tyto výsledky jsou pak následně shrnuty v závěru, s tím, že je zde ještě doporučeno případné využití do praxe.

SUMMARY

This thesis is focused on the examination of the individual properties for the group of individuals in the context of the emergence of a psychosomatic illness, dysmenorrhea. In the first part of the work is the introduction, in which are described the themes, I've followed in the selection of this topic. In addition, there is an overall insight into the problem, from my perspective. Subsequent theoretical part contains a chapter on fundamental theories, psychosocial factors, playing the role in the formation of disease. Other chapters discuss theories of personality of the human individual. The last part of the theoretical part of the work is devoted to psychosomatic disease, dysmenorrhea. The practical part displays results that I received from girls of high medical school by questionnaire method. These results are then subsequently summarized in the conclusion that there is any use of recommended into practice.

V. ZÁVĚR

Svou diplomovou práci jsem pojala v tom smyslu, že jsem se snažila zjistit, příčinné souvislosti mezi osobnostními vlastnostmi jedinců, v mém případě žen, v souvislosti se vznikem gynekologického onemocnění dysmenorea. Co se týče realizace tohoto výzkumu, použila jsem k němu dotazník DOPEN, který zjišťuje míru psychoticismu, neuroticismu, extroverze, a lžiskóre. Na začátku svého výzkumu jsem si stanovila celkem 6 hypotéz. Mým úkolem bylo je buď potvrdit, nebo vyvrátit. Z výsledků, které mi vyšly, byly v konečném důsledku potvrzeny 4 hypotézy, a zbývající 2 byly, na základě výzkumných výsledků, vyvráceny, nebo chcete-li, nepodloženy.

Na základě výsledků tedy lze obecně hovořit o tom, že určitý osobnostní rys, jakým je např. neuroticismus, úzce souvisí se vznikem psychosomatických onemocnění. Tuto tezi nelze použít globálně, ale zcela určitě lze vycházet z předpokladu, že to, jak jedinec prožívá sám sebe, hraje velkou roli při vzniku psychosomatických onemocnění. Neurotičtí jedinci mívají leckdy pocity méněcennosti, jsou až přespříliš úzkostliví. Také se u nich projevuje přílišná tendence k depresívním stavům. Bývají často uzavřeni a své pocity skrývají. Toto všechno jsou vlastnosti, které zcela určitě způsobují rozkol psychiky, a protože člověk je bytost bio-psycho-sociální, lze velmi pravděpodobně počítat s tím, že nebude-li jedna s těchto složek, a tím teď mám na mysli právě složku psychickou, v pořádku, může dojít k výše zmiňovanému onemocnění.

Na základě skutečnosti, že se do mého výzkumu zapojilo pouze 60 dívek, z tohoto 30 zdravých, a 30 s dysmenoreou, nelze jednoznačně říci, že obecně platí pravidlo, jež říká, že neurotický jedinec musí mít vždy problémy s dysmenoreou, ale jemné odchylky, které mi ve výzkumu vyšly, mezi děvčaty s dysmenoreou a děvčaty zdravými, naznačují jistý podíl neurotických rysů na vznik této poruchy. Pokud bych měla k dispozici větší počet testovaných jedinců, s např. i větší věkovou variabilitou, zcela určitě by mi vyšly výsledky markantněji. Z interpretovaných výsledků můžeme vyčíst, že roli při utváření tohoto onemocnění do jisté míry hraje psychika, ale samozřejmě zde nesmíme opomenout i další složku osobnosti, a to složku sociální. Odborná literatura, kromě toho, že hovoří o značné roli psychiky na utváření psychosomatických poruch, zahrnuje sem ještě složku sociální. Tvrdí se, že kromě psychiky, zavdává příčinu psychosomatickým nemocem také sociální dimenze člověka. To znamená, že pokud např. člověk není spokojený se svým životem, nedokáže mít naplněny potřeby seberealizace ve svém zaměstnání, necítí se být spokojen v kruhu rodinném, dále

v partnerském životě, může to na něj mít vliv i ve smyslu rozvinutí různých psychických traumat, které mohou následně vyústit k psychosomatickému onemocnění, o němž je pojednávána tato práce. Zejména u žen je velmi důležité, aby byly schopny přijmout svou roli ve společnosti, aby byly schopny zdravého pozitivního hodnocení o sobě, aby neměly problémy v partnerském životě. Jde tedy o to, aby u jedince všechny tři složky, jak biologická, tak psychologická a sociální byly v souladu.

Musím říci, že pro mě bylo velmi obtížné vyhodnocovat fakta, která mi z dotazníků vyšla. Psychosomatika je obor velmi složitý. Zjistit příčinné souvislosti mezi osobnostními rysy jedince ve vztahu k tomuto onemocnění, pro mě nebylo vůbec jednoduché. Zpočátku se mi to jevilo jako nemožné, možná i vzhledem k tomu, že jsem neměla k dispozici větší vzorek žen, aby mi vyšly výsledky o trochu jasněji. Nějakým způsobem jsem však došla ke zjištění, že psychika jedince, jeho prožívání, hraje nemalou roli v utváření tohoto onemocnění. Na tomto podkladě můžu konstatovat, že obecně lze přijmout názor, že role psychosomatických souvislostí u člověka hrají velkou roli při vzniku dysmenorei. Tato problematika byla pro mě po celou dobu psaní diplomové práce velmi složitá, nedokázala jsem se v ní plně orientovat. Avšak na druhou stranu musím říci, že zjišťování těchto faktů a souvislostí je pro mě velmi zajímavé, a to zejména z toho důvodu, že já sama, i má matka a sestra dysmenoreou trpíme. Teď, když vím, že rys neuroticismu více či méně ovlivňuje příznaky dysmenorei, můžu se sebou nejen já pracovat. Je to pro mě do určité míry rozuzlení našeho dlouholetého společného rodinného problému.

Přínos mojí diplomové práce spatřuji především v tom, že jsem se pokusila, pomocí nashromážděných dat, získat poznatky o tom, zdali psychický stav jedince, jeho určité osobnostní rysy, mohou zapříčinit vznik dysmenorey. Doufám, a pevně věřím, že všem, kteří by si někdy tuto diplomovou práci přečetli, bude jasné, že tomu tak do určité míry je. Poznatky z této diplomové práce by mohly být použity např. pro účely gynekologické. Ale to jen, pokud by zabíraly mnohem větší vzorek populace žen, aby byly více validní a reliabilní. Poznatky tohoto výzkumu by mohly připomenout akutní potřebu brát jedince jako bio-psycho-sociální jednotku, pokud přijde do gynekologické ambulance s opakovanými gynekologickými problémy. Tedy, zde bych kladla důraz zejména na lékaře, kteří nepřipouští psychické faktory na utváření tohoto onemocnění v potaz. Vždy by mělo být primární snahou, aby gynekolog, a zcela jistě každý lékař, pohlížel i do duše pacienta, snažil se ho vyslechnout, pohovořil si s ním o jeho celkových problémech, které by mohly mít, byť jen malý podíl viny, na tomto onemocnění. Co se týče mé budoucí pedagogické působnosti, mohla bych své

poznatky využít k tomu, abych dívkám prezentovala, že jejich menstruační problémy mohou mít v pozadí psychosociální faktory. Pevně věřím, že by se mi je povedlo přesvědčit o tom, že lepší variantou, než brát antikoncepční pilulky a různé pilulky proti bolesti, během menstruace, by bylo lepší dát si do pořádku psychiku, a také sociální dimenzi jejich osobnosti. Doufám, a pevně věřím v to, že na základě této diplomové práce by se mi to alespoň z části podařilo.

VI. SEZNAM POUŽITÝCH LITERÁRNÍCH ZDROJŮ

1. BIERACH, Alfred J., *Varovné signály duše*. 1. vydání. Praha : Alternativa, 1995. 196 s.
2. BORZOVÁ, Claudia. *Nespavost a jiné pochury spánku: Pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009, 144 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
3. ČEPICKÝ, Pavel., *Autoreferát disertace k získání hodnosti kandidáta lékařských věd: Psychosomatická onemocnění v gynekologii*. Praha, 1985. 18 s.
4. FALEIDE, Asbjørn O. ; LIAN, Lilleba B. ; FALEIDE, Eyolf K. *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.
5. HURNÍKOVÁ, Květa. *Psychologie osobnosti*. 1. vydání. Ostrava: Obchodní akademie a Vyšší odborná škola sociální Ostrava-Mariánské Hory, 2011, 99 s. ISBN 978-80-87540-50-3.
6. KREJČOVÁ, Kateřina. *Psychosomatická přetížení a jejich projevy v příčinné souvislosti se zážitky z mimořádných událostí*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010, 117 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
9. MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011, 108 s. ISBN 978-80-7368-951-3.
10. MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. *Když duše mluví řečí těla*. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.
11. PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatické lékařství*. Praha : Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2010. 68 s. ISBN 978-80-90451-8-7.
12. PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Triton, 2004. 215 s. ISBN 80-7254-459-4.

13. PRAŠKO, Ján, PAŠKOVÁ Beáta, HORÁČEK Jiří a FREMUND Filip. *Somatoformní poruchy*. 1. vydání. Praha: Galén, 2002, 160 s. ISBN 80-7262-159-9.
14. RUISEL, Imrich a Jozef MÜLLNER. *DOPEN*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy n. p., 1982, 72 s.
15. STOPPARDOVÁ, Miriam. *Zdravá žena*. Praha: Ikar, 1. vydání. ISBN 8072026496.
16. ŠIMEK, Jiří, ŠAVLÍK Jiří a BAŠTECKÝ Jaroslav. *Psychosomatická medicína*. 1. vydání. Praha: Grada Avicentrum, 1993, 368 s. ISBN 80-7169-031-7.
17. Tomáš Uher, Petr Bob, Radek Ptáček (2010). Alexithymie a psychosomatická onemocnění. *Československá psychologie*, 54, 5, 496-504.
18. TRESS, Wolfgang. *Základní psychosomatické péče*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008, 400 s. ISBN 978-80-7367-309-3.
19. VAŠINA, Bohumil. *Základy psychologie zdraví*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009, 124 s. ISBN 978-80-7368-757-1.
20. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualizované vydání. Praha: Jessenius Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-202-5.
21. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003, 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
22. ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
23. JAN ŠŤASTNÝ, Zdravotnictví a determinanty zdraví [http://www.recepis.cz/ke_stazeni/determinanty.rece]. 2005 [cit. 2012-06-21].
24. Zrcadlo.blogspot.com: Maslowova pyramidální lidských potřeb. *Zrcadlo.blogspot.com: Maslowova pyramida lidských potřeb* [http://zrcadlo.blogspot.cz/2008/06/maslowova-pyram]. 2008 [cit. 2012-06-21].
25. KISLINGER, František a Kukla LUBOMÍR. Lidské zdraví. [online]. [cit. 2012-06-21]. Dostupné z: http://www.sos-ub.cz/proj_06/lekce4/hyp9.htm
26. ABZ slovník cizích slov: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/neznama-slova>. [online]. [cit. 2012-06-21]

VII. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – tabulka průměrných hodnot zkoumaných jevů P, E, N, L u zdravých dívek.

Pohlaví	Věk	P	E	N	L
Ž	16	1	6	13	6
Ž	15	2	17	21	2
Ž	17	2	13	16	4
Ž	16	0	10	8	4
Ž	15	8	17	16	9
Ž	16	2	22	10	1
Ž	17	2	24	13	1
Ž	17	4	18	16	7
Ž	18	1	16	15	6
Ž	19	1	12	15	5
Ž	15	4	18	17	2
Ž	16	1	19	12	6
Ž	17	1	22	6	1
Ž	18	20	4	14	9
Ž	15	2	14	16	4
Ž	16	6	18	10	5
Ž	16	0	13	17	5
Ž	17	1	18	13	3
Ž	18	4	15	10	8
Ž	19	3	14	8	5
Ž	19	5	18	17	1
Ž	19	8	6	20	3
Ž	16	7	13	13	4
Ž	15	2	19	23	1
Ž	17	6	13	24	2
Ž	18	1	14	5	3
Ž	19	5	15	14	5
Ž	15	3	23	19	7
Ž	16	3	22	8	4
Ž	17	8	20	15	3
Průměr	17	4	16	14	4

Tabulka průměrných hodnot P, E, N, L u dívek s dysmenoreou

Pohlaví	Věk	P	E	N	L
Ž	16	5	14	19	1
Ž	15	3	13	17	7
Ž	17	3	15	22	4
Ž	16	2	15	22	3
Ž	15	1	10	14	3
Ž	16	5	21	19	2
Ž	17	5	25	15	1
Ž	17	4	17	13	3
Ž	18	8	18	17	9
Ž	19	2	11	18	4
Ž	15	5	13	19	7
Ž	16	12	21	26	7
Ž	17	6	21	16	2
Ž	18	3	17	19	1
Ž	15	2	13	10	3
Ž	16	1	21	12	5
Ž	16	3	10	13	3
Ž	17	7	22	20	6
Ž	18	4	22	16	8
Ž	19	1	8	13	9
Ž	19	2	19	12	9
Ž	19	4	19	13	1
Ž	16	4	16	24	6
Ž	15	1	17	6	7
Ž	17	1	21	17	9
Ž	18	6	18	22	5
Ž	19	5	13	10	8
Ž	15	0	25	8	8
Ž	16	3	19	19	5
Ž	17	4	25	10	5
Průměr	17	4	17	16	5

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lucie Chytková
Katedra:	Katedra psychologie a patopsychologie
Vedoucí práce:	PhDr. Ivana Binarová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Role psychosomatických souvislostí při vzniku dysmenorei
Název v angličtině:	The role of psychosomatic contexts in the creation of dysmenorea
Anotace práce:	<p>Práce se zaměřuje na roli psychosomatických souvislostí při vzniku gynekologického onemocnění – dysmenorei. Práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou nastíněna fakta o dané problematice, v praktické části jsou demonstrovány výsledky výzkumu pomocí dotazníkové metody, za použití dotazníku DOPEN. V diskuzi jsou ověřovány jednotlivé hypotézy. Závěr shrnuje poznatky a výsledky z výzkumu a uvádí případný význam pro praxi.</p>
Klíčová slova:	psychosomatika, gynekologická onemocnění, dysmenorea, psychosomatické teorie, osobnost, psychoticismus, neuroticismus, extroverze, introverze, lžiskóre

Anotace v angličtině:	The work focuses on the role of the psychosomatic contexts in the creatin of specific aspects of the disease – dysmenorea. The work is divided into two parts, on the theoretical and practical. In the theoretical part of the outlined there are the facts about the issue, in a practical part there are results demonstrated using the operational methods of research results, by the using of the questionnaire DOPEN. In the discussion there are individual hypotheses verified. The conclusion summarizes the findings and the results of research and gives the possible relevance into practice.
Klíčová slova v angličtině:	psychosomatic medicine, gynaecological disease, dysmenorea, psychosomatic theories, personality, psychoticism, neuroticism, extroversion, introversion, Lscore
Přílohy vázané v práci:	1 listová příloha – 2 tabulky 1 CD ROM
Rozsah práce:	65 stran (105 235 znaků)
Jazyk práce:	ČEŠTINA