

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Souvislost regulace emocí
s onemocněním štítné žlázy

Connection between Regulation of Emotions and Thyroid
Disorders

Bakalářská diplomová práce

Autor: Karolína Fryšťacká

Vedoucí práce: PhDr. Martina Fülepová

Olomouc

2014

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala v první řadě své vedoucí práci PhDr. Martině Fülepové za velice přínosné a odborné vedení, za inspiraci, pomoc a podporu při psaní mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Janovi Hnízdlíkovi za inspiraci k mému tématu. Také děkuji lékařkám za pomoc při mém výzkumu MUDr. Dagmar Langové, MUDr. Jarmile Šubové, MUDr. Haně Čermákové, MUDr. Svatavě Fialové a MUDr. Daně Vychodilové. Také bych chtěla poděkovat PhDr. Danielu Dostálovi, Ph.D. a Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D. a Tomáši Dominikovi za užitečné rady v rámci výzkumné části. Samozřejmě velké díky patří účastníkům výzkumu, bez kterých by tato má práce nemohla v žádném případě vzniknout. V poslední řadě děkuji své rodině a přátelům za podporu a pomoc při psaní.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Souvislost regulace emocí s onemocněním štítné žlázy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem v seznamu použité literatury veškeré informační zdroje.

V dne Podpis

Obsah

Úvod.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Psychosomatická koncepce	6
1.1. Vznik psychosomatiky	6
1.2. Vznik psychosomatického onemocnění.....	7
1.3. Psychosomatická problematika v endokrinologii	8
2. Emoce	10
2.1. Rozdělení	11
2.2. Funkce emocí	11
2.3. Neurální základ emočních pocitů	12
2.4. Tělesný základ emočních prožitků	13
2.5. Emoční inteligence	14
2.5.1 Teorie emoční inteligence	14
2.5.2 Mentalizace	15
3. Regulace emocí	16
3.1. Funkce regulace emocí	17
3.2. Neuropsychologie regulace emocí	17
3.3. Cesty regulace emocí	18
3.4. Regulační procesy a modely	19
3.5. Seberegulace a sebekontrola	20
4. Stres a strategie zvládání	20
4.1. Teoretická východiska pro stres	21
4.2. Psychosomatický model stresu	21
4.3. Zvládání stresu aneb copingové strategie	22
5. Štítná žláza.....	24
5.1. Anatomie a fyziologie štítné žlázy.....	24
5.2. Tyreoidální hormony	25
5.3. Důležitost jódu.....	26
6. Onemocnění štítné žlázy.....	26
6.1. Zvýšená funkce štítné žlázy	26
6.2. Snížená funkce štítné žlázy	28
6.3. Další onemocnění štítné žlázy	29

VÝZKUMNÁ ČÁST

7. Výzkumný problém a cíle	30
7.1. Hypotézy	32
7.2. Fáze a průběh výzkumu	33
8. Metodologie výzkumu	33
8.1. Metody získávání dat	34
8.2. Popis sběru dat	36
8.3. Finanční a časový plán	36
8.4. Metody zpracování a analýzy dat	37
8.5. Etické aspekty výzkumu	37
9. Charakteristiky výběrového souboru	38
10. Výsledky	39
11. Shrnutí a interpretace výsledků	48
12. Diskuze	49
13. Závěry	55
Souhrn	56
Seznam literatury	59
Seznam příloh	
Příloha č. 1: Formulář zadání BP	
Příloha č. 2: Abstrakt v českém jazyce	
Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce (2)	
Příloha č. 3: Popisná statistika sledovaných skupin	

Úvod

V této bakalářské práci na téma Souvislost regulace emocí s onemocněním štítné žlázy jsme se zabývali koncepcí psychosomatiky, dále emocemi, jež ovlivňují člověka dennodenně, regulací emocí a stresem. Náplní výzkumu bylo zjistit, zdali je rozdíl mezi zvládáním emocí u žen trpících onemocněním štítné žlázy a zdravými ženami. Výzkum byl prováděn dotazníkovým šetřením a byly vybrány pouze ženy, protože ve srovnání s muži tímto onemocněním trpí mnohem více.

Toto téma jsme si vybrali kvůli zájmu a zaujetí psychosomatickým přístupem. Konkrétně toto téma v endokrinologii jsme vybrali proto, že nás neustále překvapuje odsunutí hormonálního systému do pozadí ve srovnání s nervovým, ale i imunitním, i když mají tvořit neodlučitelnou propojenou trojici. Je to trochu neprobádané téma a to je přesně ten důvod, proč jsme jej vybrali. Emoce jsou komplexním jevem ovlivňujícím celý život člověka. Jejich vliv na všechny aspekty života ve smyslu zdraví a nemoci je nepopíratelný. Proto jsme tuto práci uchopili právě jako spojitost emocionality a endokrinologického onemocnění.

Ve své magisterské diplomové práci se chci i nadále věnovat tomuto tématu, práce však bude koncipovaná jako kombinace kvalitativně-quantitativní studie o zjištění nejen emocionality, ale i životní situace žen s tímto onemocněním. Také bych chtěla zvýšit validitu práce tím, že na diplomovou práci se zaměřím pouze na jedno onemocnění štítné žlázy.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Psychosomatická koncepce

Hned v první části této bakalářské práce se budeme věnovat tématu psychosomatiky. Právě psychosomatické teorie nám totiž umožňují dát této práci smysl, propojujeme zde biologickou, tedy somatickou, psychologickou, ale také sociální složku a to je právě základem psychosomatické koncepce. Nejen my při své práci, ale i mnozí zastánci psychosomatiky se setkávají v tomto přístupu s mnoha předsudky, i když situace se stále lepší a lidé jí začínají být otevřenější. Poněšický (2002) píše ve své knize Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky, že pacienti tuto koncepci nepřijímají, protože se nechtějí stavět do pozice duševně nemocných lidí nezvládajících životní situace a lékaři zase nepřipouštějí nic, co není čistě tělesné a takto nemocné pacienty považují za simulanty. Přesto všechno by psychosomatika měla být přístupná i tělesně orientovaným lékařům. Je přece dokázáno, že všechny orgány a všechny částčky v těle jsou regulovány nervovými vlákny a zpětně je i ohlašován jejich stav do mozku, což je ryze biologický přístup, jenž v základu popisuje princip psychosomatického přístupu. Poškození tedy může vzniknout jak následkem tělesné poruchy, tak následkem psychické nepohody.

Předmětem zájmu, nejen v naší práci, ale v tomto celém přístupu, je tedy člověk ve zdraví i nemoci, proto jej musíme brát jako neustálou interakci těchto tří struktur - psychické, biologické a sociální. Pokud je oddělujeme, musíme neustále myslet na jejich trojjedinnost a navíc si uvědomovat, že psychické funkce představují nejvyšší řídicí oblast (Faleide, Lian & Faleide, 2010).

1.1. Vznik psychosomatiky

Podle Poněšického (2012) již zmíněný psychosomatický model vznikl postupně koncem 19. století v reakci na tradiční biomedicínský model a na krizi tehdejší medicíny. Později vznikla také behaviorální medicína, soustřeďující se hlavně na vliv chování na vznik nemoci. Následně vznikla ještě psychologie zdraví a další koncepty. Všechny tyto přístupy vznikaly na základě stejných principů a usilují o podobné cíle, i když zastávají jiná východiska. Psychosomatika je velice starý obor aplikovaný již šamany či léčiteli, avšak zároveň nejmladší medicínský obor reagující na tradiční medicínský model. Psychosomatika v dnešním slova smyslu chápání vznikla v první polovině 20. století,

předpokladem jejího vzniku je psychogenní původ nemoci a značný vliv zde má teorie stresu. Další ukotvení má psychosomatika v psychoanalytických základech a kortikoviscerální teorii (Faleide et al., 2010). Podstatou psychosomatické péče je celostní pohled na zdraví člověka. Starosti, s nimiž si člověk neví rady, tělo často řeší nemocí, tzv. somatizací. Cílem léčby je najít zdroj daných problémů a obnovit rovnováhu (Co je psychosomatika, 11. dubna 2011). Psychosomatika je postavená na vyváženém posuzování objektivních tělesných nálezů, subjektivních stavů duše a životní situace pacienta. V těchto souvislostech je možné pochopit, proč právě tento člověk onemocněl (Matějka, 2014, odst. 4).

Všechny aspekty zdraví a nemoci se navzájem ovlivňují a vzájemně na sobě závisí, proto vytvoření tohoto konceptu bylo nezbytné. Takto pojatá medicína je pak totožná se systémovým přístupem (Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993). Na tento model ještě dál navazovali odborníci. K trojjednosti bio-psycho-sociální přidali složku spirituální a neopomněli také ekologickou složku (Poněšický, 2002). Jak zdůrazňuje MUDr. Miroslav Orel: „Člověk je tedy bio-psycho-sociálně-spirituální komplex, a proto je nutné jej tak i uchopovat“ (osobní sdělení 19. září 2011).

Z pohledu pana doktora Poněšického (2012) existuje několik psychosomatických modelů vzniku nemoci a to orgánová neuróza, hypochondrie a somatopsychické reagování, připravenost k utrpení, konverzní model, psychosomatický model vyplývající z osobnosti, výraz potlačeného afektu, kompenzace jáských defektů tělesným „já“, psychosomatický model stresu, narcistická rána a její kompenzace, slabá identita a její kompenzace. Jsou to koncepty, kterým by bylo potřeba věnovat jednu celou práci. V následujícím textu se však budeme nejvíce držet koncepce psychosomatického modelu stresu, kterou popíšeme až v samotné kapitole věnované stresu.

1.2. Vznik psychosomatického onemocnění

V dnešní době byly propracovány teorie, které popisují vznik psychosomatického onemocnění a dokonce jsou popsány nejčastější nemoci, které těmto teoriím podléhají v praxi. Důležité je zde zmínit pojem diatéze.

Podle Křivohlavého (2009) je diatéze konstituční náchylnost člověka k určité nemoci. Může být získána v genetické výbavě, nebo získaná stabilizací biochemických změn v organismu. Pro jednodušší představu je to „místo nejmenšího odporu v těle“, to místo, kde se nemoc projeví. Tento termín, diatéze, se běžně užívá v lékařství, u psychotických

stavů apod. Tam, kde jde o stres, se diatézou rozumí jiná náchylnost, je to spíše predispozice některých lidí k různým onemocněním následkem stresových situací. Náchylnější lidé ve stresu jednají patologicky. V obdobném smyslu hovoříme o snadné zranitelnosti, tedy vulnerabilitě. Diatéze je dokazována mnoha teoriemi, přes koncepci bezmoci a naučené bezmocnosti, imunitní teorie a kortikoviscerální koncepce, dále kognitivní teorií stresu a mnohými dalšími teoriemi.

Faleide et al. (2010) v knize přeložené od Křivohlavého píše, že při psychosomatickém onemocnění je zásadní přítomnost intrapsychického konfliktu, dle Alexandrovky koncepce musí být přítomna trojice proměnných pro vznik tohoto typu onemocnění. Touto trojicí je psychodynamická konfigurace jedince, vyvolávající životní situace a již zmíněná diatéze. Z koncepce intrapsychického konfliktu pak vychází Alexandrova sedma. Jsou to právě ty nemoci vznikající na základě tohoto psychického nastavení. Podle Alexandra (in Faleide et al., 2010) je to průduškové astma, revmatická artritida, ulcerózní kolitida, esenciální hypertenze, hypertyreóza, žaludeční vředy, neurodermitida.

V návaznosti na druhy nemocí nejčastěji podléhající psychosomatickému onemocnění rozděluje Flanders Dunbarová 4 skupiny nemocných, a to lidé s častými zlomeninami, lidé s kardiovaskulárními onemocněními, revmatoidní onemocnění a diabetes. V širším pojetí můžeme zahrnout do těchto typů i náchylnosti k nemocem podle typu chování, čímž se zabývá blíže již zmíněná behaviorální medicína. Existují čtyři druhy chování - typ A, B, C a D. Chování typu A se vyznačuje ctižádostí až agresí, nadměrnou reaktivitou, ale hlavně jde o to, že u těchto osob byla prokázána silná vazba s onemocněním štítné žlázy, s diabetem, astmatem a podobnými nemocemi. Chování typu B je v podstatě to, u kterého nesledujeme CHTA, je klidné a relaxované, chování typu C se nazývá „cancer personality“ a D „depression personality“. S těmito poznatky nás seznámil M. Kupka na přednášce z klinické psychologie (osobní sdělení 21. října 2013).

1.3. Psychosomatická problematika v endokrinologii

Stěžejní kapitolou v psychosomatické koncepci je právě tato - psychosomatická problematika v endokrinologii rozebírána podrobně v knize Psychosomatická medicína od Bašteckého a v mnoha zahraničních zdrojích.

Baštecký et al. (1993) píše, že organismus má tři hlavní systémy přenosu informací - nervový, hormonální a imunitní, jejich hranice však nejsou přesné. Jednou z jejich společných vlastností je však přenos informace vazbou transmiteru na receptor.

Nejdůležitějším bodem propojování chování, neuronálních procesů a hormonálních regulací je hypotalamus, respektive celý limbický systém. Hypotalamus a hypofýza jsou považovány za „okénko do mozku“. V dobách, kdy studium vztahů mezi hormony a chováním bylo teprve v počátcích, lékaři se snažili popsat psychopatologii provázející konkrétní endokrinní onemocnění, protože si bezesporu všímali jistých souvislostí. Bylo zjištěno, že je potřeba rozdělit působení „shora dolů“ (mozek působící na hormony) a „zdola nahoru“ (působení hormonů na mozek).

Ačkoliv bylo zjištěno mnoho příkladů k oběma přístupům, nevyřešilo to komplikovaný vztah mezi hormony a chováním. V současné době se tato problematika řeší rozčleněním mozku na okruhy definované mediátory zprostředkujícími ten daný synaptický přenos. Okénkové hypotéze je zde znovu přikládán význam a vychází z toho, že hormonální i behaviorální projevy jsou řízeny shodnými mediátorovými systémy, jejichž výkyvy se projevují v obou oblastech. Následně vznikl obor psychoneuroendokrinologie, zabývající se psychofarmakologickým paradigmatickým. Hypotézy tohoto paradigmatu vychází z představy, že na pozadí psychopatologie je nějaká porucha přenosu nervového signálu. Ta by se měla projevit i tam, kde se tento signál účastní neuroendokrinních regulací (Joffe, Levitt, 1993).

Vztah mezi hormonálními výkyvy v těle a psychickými změnami je nepopiratelný a je potřeba na něj nazírat v multifaktoriálním komplexu názorů. Odborníci zabývající se tímto tématem se shodují, že stejně tak, jak jsou uskutečňována komplikovaná a zdlouhavá vyšetření tělesného schématu, přes testy krevní, hormonální a jiné, je tak stejně potřeba věnovat se vyšetření psychickému. Ke každému pacientovi trpícímu endokrinologickým onemocněním je tedy potřeba přistupovat komplexně v rámci propojení systému imunitního, neurologického a hormonálního. Některá onemocnění se dají snáze interpretovat jako psychopatologická, jiná jako čistě somatická (Nicoletta, Fava, 1998). Dále je důležité zmínit pozitivní zjištění, že kvalita života, spokojenost ve vztazích a celková pohoda člověka je v rámci klinické endokrinologie brána v úvahu a tím zlepšuje efektivitu dané terapie (McMillan, Bradley, Razvi, & Weaver, 2005).

Baštecký et al. (1993) se sám ve své knize pozastavuje nad faktem, že při celém tělesném psychoendokrinním spojení, je zvláštní, že nejsou endokrinní onemocnění právě markantními příklady psychosomatických poruch. Hormonální výkyvy ovlivňují mozek, chování a celkový psychický stav jedince. Člověk v nové situaci, např. při pubertě, při změně prostředí a dalších životních událostech má pozměněn hormonální systém, ale

u každého člověka je tento systém regulován jinak. Svým způsobem je pochopitelné, že endokrinologie není typickým příkladem psychosomatických onemocnění, protože se významně nepotvrdila zvláště nápadná úloha psychické zátěže u endokrinních onemocnění. Endokrinní poruchy mohou být někdy diferenciatně diagnostikovány jako duševní onemocnění, proto je důležitá pečlivá léčba a screening všech variant onemocnění, jak již zmiňují i Nicoletta a Fava (1998).

Tuto kapitolu uzavřeme přímou citací pana doktora Hnízдила o souvislosti emocí se štítnou žlázou. S panem doktorem jsme krátce komunikovali přes email, kde se sám vyjádřil k námi probírané problematice.

Štítná žláza funguje jako emoční štít, pokud je žena senzitivní - emotivní, pod tlakem citových, partnerských, vztahových, sebevztahových problémů, objevuje se u ní emoční napětí, to oslabí činnost štítné žlázy, což snižuje odolnost ženy vůči negativním emocím a zvyšuje napětí. Je nutné zkoumat individuální citlivost pacientky a její životní situaci. Časté jsou případy, kdy emoční napětí matky se přenáší na děti, i u nich pak začne selhávat štítná žláza - v takových případech je nutné pracovat na relaxaci matky, pokud se neuvolní ona, neuzdraví se děti. Důležité je začít s terapií - relaxace pohybem, psychoterapie, řešení životní situace - včas, dříve než dojde u štítné žlázy k nevratným změnám. V případě autoimunitních onemocnění štítné žlázy jde o to, že imunita, místo toho aby ženu chránila, otočí se proti ní a začne ji poškozovat. V souvislostech života pacientky to znamená, že žena se trápí, žije sobě na úkor, užívá se (osobní sdělení 31. října 2013).

Tímto bychom uzavřeli svou úvodní kapitolu o psychosomatice a přejdeme k jednotlivým kapitolám rozebírajícím důležitá témata, jež dávají dohromady smysl této práci. Prvním z nich jsou emoce.

2. Emoce

Myslíme si, že každý pojem, kterým se budeme v této práci zabývat, bude potřebovat svou definici pro uchopení samotné problematiky. První složitý úkol nastává při definování samotného pojmu emoce. Každý člověk by mohl poskytnout svůj osobní názor na vymezení pojmu emoce, a to nejen odborník ale i laik. My se zde však budeme opírat o definice uznávaných autorů a hlavně tedy těch, z jejichž odborné literatury čerpáme, to znamená od Nakonečného a Atkinsonové.

Emoce vznikly v procesu evoluce jako adaptivní reakce na významné životní situace, tedy zhodnocení situace spojené s aktivací organismu nutné na vynaložení účelného chování. Emoce však mají také svůj vnitřní původ ve fyziologických a sociálních potřebách člověka (Nakonečný, 2000, 7).

Emoce jako velmi složitý stav vniká v reakci na některé afektivně zabarvené zážitky. Sestává se z šesti základních komponent - ze subjektivního prožitku, kognitivního hodnocení, exprese emocí, fyziologické změny v organismu a ze subjektivní interpretace a tendence k jednání (Atkinson, 2003).

2.1. Rozdělení

Odborníci se snaží rozdělovat emoce na primární a sekundární, dodnes se však neshodli, které emoce jsou těmi primárními, a které ne. Uvedeme zde těchto šest emocí - hněv, smutek, strach, radost, překvapení, odpor. Někteří autoři, jako například Plutchik či Atkinsonová přidávají mnohé jiné, jako například důvěra, očekávání, znechucení. Pro oprávněnost tohoto rozdělování emocí na primární a sekundární nebo také jednoduché a komplexní svědčí výzkum Paula Ekmana, který zjistil, že specifický obličejový projev čtyř emocí (strach, zloba, smutek, potěšení) rozlišují lidé ve všech světových kulturách stejně, včetně zemí třetího světa. Jsou to tedy emoce univerzální, tedy primární (Goleman, 1997). Sekundární emoce jsou pak složitější a jsou právě kombinací emocí primárních, ty pak můžeme dělit dále na intelektuální, kde bychom zařadili cit pro pravdu a zvědavost, morální, kam řadíme stud, altruismus a empatii a nakonec vyšší emoce estetické, kam patří cit pro krásu (Atkinson, 2003).

2.2. Funkce emocí

Funkční hledisko můžeme uplatňovat od důležitosti ve fyziologických projevech až po důležitou roli emocí v sociálních interakcích, což vede k vymezení třech nejdůležitějších funkcí emocí a to funkci intrapersonální, sociální a vývojovou (Nakonečný, 2000). Funkcionální přístup pokládá otázku, proč lidé mají emoce. Ve smyslu funkce emocí uvažujeme o řešení specifických problémů v souvislosti s přežitím nebo přizpůsobením. Funkcionální přístup dále chápe emoce jako procesy, které mají vztah k prostředí a vedou u jedince k adaptivním změnám (Stuchlíková, 2007). Můžeme ještě rozlišit přímý důsledek odrážející adaptivní účel emoce, jako například útěk při hrozbě. Nepřímý důsledek má

vztah k odvedení pozornosti způsobené úzkostí nebo zdravotními problémy v důsledku chronického stresu (Schulz, Roberts, 2007).

2.3. Neurální základ emočních pocitů

Centrum zájmu neurofyziologů z hlediska emočního prožívání se nachází v limbickém systému. Ten má však souvislost nejen s činností mozkové kůry a autonomního nervového systému, ale také s retikulární formací, z níž se v procesu evoluce limbický systém vyvinul. Limbický systém je s mozkovým kmenem propojen hypotalamem a thalamem (Nakonečný, 2000). Limbický systém si můžeme představit jako soustavu určitých mozkových jader s různými dílčími funkcemi. Limbický systém sestává ještě z několika základních složek, a to z amygdaly, hippocampu a septa, neboli centra slasti (Čihák, 2013). Amygdala má hlavní význam při projevení sebezáchovné funkce a při hodnocení emocí. Na druhou stranu hippocampus je centrem emocionální paměti. Spolu s amygdalou tedy každé situaci přidělí emocionální význam. Emoce jsou organizované na vyšších funkčních úrovních nervové soustavy, kde za první centrum bychom označili hypotalamus. Ten je řídicím centrem tělesných funkcí, spolu s hypofýzou tvoří základ neurohumorální regulace (Goleman, 1997). Thalamus má dále převážně viscerální funkci a dává vzniknout mimickým expresím a gestikulaci, a to ve spolupráci s mozkovou kůrou. V různých experimentech bylo zjištěno, že lidé projevují fyziologický doprovod emocí i v případě, že si emocionální prožitek jen představují, což má souvislost s pamětí a mozkovou kůrou (Nakonečný, 2000).

Důležitou roli ve vytváření emocí hraje serotonin, což je nervový mediátor vytvářející naše emocionální reakce tím, že transportuje emoční vzkazy z mozku do různých částí těla. Zvýšená hladina serotoninu je spojena se snížením agresivity a vznětlivosti, při pouhém pousmání se naše obličejové svaly stáhnou a tím se sníží přítok krve do přilehlých cév, potom se krev ochlazuje, dále se také sníží teplota mozkového kmene a spouští se produkce serotoninu (Shapiro, 2009).

Trauma způsobuje změnu neuronálních mechanismů, což způsobuje aktivaci zadní mozkové kůry, zatímco frontální oblasti nereagují ani na relativně jemnou emoční stimulaci (Fonagy, 2004).

2.4. Tělesný základ emočních prožitků

„Vzorce emocionálního chování jsou komplexní a jsou utvářeny především pohyby, tedy činností kosterního svalstva, ale také fyziologickými změnami v útrokách a na povrchu těla. Jsou důležitými ukazateli emocionálního vzrušení“ (Nakonečný, 2000, 153).

Emocionální anatomie představuje nejen vrstvy kůže a svalů, hlubších svalových skupin, nejen orgány, kosti i neviditelnou hormonální dimenzi, ale také organizaci našeho prožívání. Emoce nemohou existovat bez anatomického základu, jelikož mají tělesnou stavbu. Anatomie emocí tedy dává člověku identitu, je to specificky rozpoznatelný tvar a způsob fungování na něm založený (Keleman, 2005).

I když se ve výzkumném záměru nezabýváme tělesnou stavbou lidí s onemocněním štítné žlázy, abychom je zařadili do konceptu anatomie emocí, tak nám přijde důležité tuto kapitolu sem zařadit pro úplnější uchopení pojmu emoce. V následujícím odstavci budeme popisovat vzorce somatického distresu.

Tělesný tvar ukazuje, co jsme zažili, ukazuje naše uspokojení i naše zklamání. Prosazením pulzace a cirkulací stimulujících proudů vznikají pocity. To, jakým způsobem vyjadřujeme pocity, záleží na naší schopnosti udržet, uspořádat a vyjádřit vzrušení. Pro přehled zde uvedeme čtyři základní struktury lidské emoční zkušenosti. Někteří lidé jsou typickými ukázkami těchto struktur, většina je však kombinací několika z nich. Člověk s rigidní strukturou své útrobní orgány vtahuje dovnitř, brání se proti pocitům osamocení a slabosti a to ztuhnutím a napnutím. Člověk se cítí nejistě a neurčitě, je ztuhlý. Druhým lidem se jeví jako výbušný typ, tento postoj však v sobě skrývá zlost a úzkost (Keleman, 2005).

Člověk s hustou strukturou z pohledu strukturálního je stažený a stlačený dovnitř. Tímto stažením se snaží zmenšit, chrání se před sebou samým. Jeho pocity jsou pouze tendence vše vydržet a potlačovat. Tím u něj vzniká nevyřešitelný konflikt mezi odmítáním závislosti a obavou nezávislosti (Keleman, 2005).

Člověk se zbytnělou strukturou má tuto strukturu vypouklou a erupivní. Emočním pohonem takového jedince je arogance a zastrašování. Člověk se zbytnělou strukturou se nadouvá, aby se vzdálil svým vlastním vnitřním potřebám a pocitům (Keleman, 2005).

Člověk se zkolabovanou strukturou se choulí a vzdává se. Při uvolnění se dostávají pocity hněvu, strachu, slabosti a nedostatečnosti. Struktura se projevuje oslabenou funkcí svalstva, tělo budí dojem propadávání se. Jednoduše řečeno, tento člověk rezignoval, vzdaluje se a propadá dovnitř (Keleman, 2005).

Lidské bytosti jsou komplexními emočními konfiguracemi. Tvar a vnitřní anatomie člověka o něm vypovídá, jak nazírá na svět, jak reaguje. Nemůžeme říct, že nějaká struktura je lepší nebo horší, pouze se liší. Historii emocionálních zkušeností nalezneme v tělesných trubicích, tkáních a dutinách. Emoční vrstvení organismu můžeme přirovnat k vrstvení letokruhů v kmeni stromu. Každý kruh je důkazem věku a zkušenosti (Keleman, 2005).

2.5. Emoční inteligence

Jedno z mnoha důležitých témat, které bychom zde chtěli zmínit je, zda emoční inteligence může přispět ke snahám zvládnání emocí, stresu a zátěže. V širším kontextu se může člověk setkat s otázkami, zda může emoční inteligence přispět ke zvýšení motivace, lepšímu prospívání žáků a podobným tématům, která nám nabízí školní či pracovní psychologie, ale také klinická psychologie. Bezpochyby nedostatečná emoční regulace vymezuje konkrétní soubor problémů, které současná praxe nedokáže registrovat. Odborníci v oblastech aplikace mohou emoční inteligenci zlepšovat už právě explicitním porozuměním v reálném světě a naznačením nových technik chápání pro další odborníky a pro veřejnost (Schultz, Roberts, 2007). Pro sestavení rozsáhlejšího pohledu na emoční inteligenci jsme se pokusili vybrat co největší množství literatury věnující se emoční inteligenci.

2.5.1 Teorie emoční inteligence

„Emoční inteligence se vztahuje ke schopnosti rozpoznávat významy vlastních emocí, ale nejen těch. Emoční inteligence se snaží o pochopení emocí druhých lidí a využívat toho při řešení problémů. Je obsažena v kapacitě vnímat emoce, přijímat vlastní pocity, rozumět informacím, které tyto emoce nesou a emoce řídit.“ (Schultze, Roberts, 2007, 54).

Shapiro (2009) datuje rozvoj emoční inteligence do roku 1990, kdy se začala výrazně rozmáhat a dostávat do povědomí široké veřejnosti a to zejména díky Danielu Golemanovi a jeho knize Emoční inteligence. Z této knihy v této práci také citujeme, i když v jeho knize je tento pojem rozebírán spíše okrajově, stejně mu patří velká zásluha za popularizaci. Každopádně Goleman (1997) popisuje emoční inteligenci na základě Gardnerovy koncepce jako schopnost zvládat mezilidské vztahy. Tento koncept vznikl proto, že mnohým odborníkům bylo jasné, že inteligenční kvocient (IQ) nepostihuje celou inteligenci člověka. Následně byla rozvíjena teorie o více druzích inteligence, mezi nimiž

je zahrnována i emoční inteligence. Emoční inteligence pro mnohé znamená zlepšování psychického fungování v reálném životě (Schultz, Roberts, 2007). Společnost totiž těží ze zvýšené produktivity, spokojenosti, týmové práce a oddanosti emočně inteligentních osob. Vzdělávací systémy mohou posilováním sebeuvědomění, sebeovládání, řešení konfliktů, empatie a spolupráce nejen vychovávat lepší občany, ale také ovlivnit školní úspěch (Bradberry, Greaves, 2013).

Náš hlavní záměr rozebírání emoční inteligence do hloubky je ten, že původní koncept Mayera a Saloveye z 90. let má tři hlavní složky a to posouzení a vyjadřování emocí, regulace emocí a využití emocí. O sedm let později autoři vytvořili první výkonový test Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS), ze kterého vycházely další modely EI a další testy upravené jinými autory (Schultze, Roberts, 2005).

Pro nás však stěžejní zůstává Saloveyův koncept obsahující regulaci emocí. Než však přejdeme k samotné kapitole o regulaci emocí, je potřeba přiblížit si ještě jeden termín stojící na rozhraní mezi emoční inteligencí a regulací emocí, tímto pojmem je mentalizace.

2.5.2 Mentalizace

Peter Fonagy a Mary Target (2005) rozpracovali teorii o schopnosti pochopit interpersonální chování jedince z hlediska duševních stavů. Klíčovou determinantou je sebeorganizace a regulace afektu a jedinec ji získává v rámci raných vztahů. Je zde důležitý emocionální aspekt rodičů, jejich vřelost a přijetí (Tóthová, 2011). Tento nový model dává do souvislosti psychoanalytické teorie objektních vztahů s nejnovějšími poznatky neurobiologie. Vývoj dítěte v interakci s vyzrálějšími „self“ má být laskavý a zrcadlící. Mentalizace má dítěti dávat možnost odlišovat mentální a emoční procesy od vnějších událostí. Vývoji této schopnosti předchází vývoj schopnosti regulace afektů, což dítě po dovršení mentalizace využívá i k regulaci self (Fonagy, Targetová, 2005).

Je tedy jasné, že dítě v průběhu vývoje potřebuje nejen zrcadlení svých emocí, ale rovněž zřetelnost v projevu rodiče. Pokud zřetelný není, může vznikat oslabená schopnost regulace emocí, protože si nemohlo zvnitřnit užitečný způsob zvládání nepříjemných emocí (Tóthová, 2011). Podle Fonagyho (2004) nevhodná raná rodičovská péče vytváří náchylnost, která může poškodit vývoj a stát se patogenní, jsou-li pozdější zkušenosti nepříznivé. To souvisí také s odmítavostí v chování, pokud jsou rodiče odmítaví, vytváří v dítěti pozdější náchylnost. Jedinci traumatizovaní rodinným prostředím jsou zranitelní

v pozdější vztahové problematice. To s sebou nese právě větší náchylnost k psychopatologii.

Teorie mentalizace a regulace afektu má obohatit teorie emocí o evoluční funkci přimknutí. Je důležité zmínit, že autoři tohoto konceptu vytvořili tento model pro těžší poruchy charakteru, nepokrývá však celou škálu psychopatologie. Autoři dále prokázali, že mentalizace je skutečně nutná pouze v prostředích zvýšeného interpersonálního stresu (Fonagy, Target, 2005).

Tato fakta nás právě vedla k vytvoření hypotéz týkajících se rodiny a jejího emočního zázemí. Spolu s Janou Tóthovou a jejím modelem transgenerační psychologie rodiny se stala teorie mentalizace od Fonagyho a Targetové teoretickým podkladem hypotéz týkající se emocionality rodičů. Právě vulnerabilita, která vzniká odmítáním rodičů, může být základem pro vznik psychosomatického onemocnění. Naopak přijetí a vřelost rodičů utváří zdravé emocionální chápání a nevytváří zranitelnost.

3. Regulace emocí

V předchozí kapitole jsme se pozastavili nad definicí emocí jako takových, pro další práci je však nevyhnutelné vymezit také pojem regulace emocí.

„Regulace emocí se vztahuje k procesům, kterými jedinec ovlivňuje to, jaké emoce má, kdy je má a jak je prožívá. Tyto procesy mohou být automatické nebo kontrolované, nevědomé nebo vědomé (Stuchlíková, 2007, 175).“

V západní tradici převažuje Descartovský obdiv k racionalitě zdůrazňující kontrolu nad emocemi. Jak již bylo zmíněno v kapitole o funkcích emocí, jejich až funkcionalistický přístup je upřednostňován a tyto přístupy naopak kladou otázky, jestli je vůbec nutné emoce regulovat a nakolik je to možné. Výzkumnou prioritou je vytvořit lepší chápání toho, o co se jedinec snaží, když svoje emoce reguluje.

Kvalita kognitivního fungování během situace vyžadující emoční regulaci je nejen ovlivněna negativně ve smyslu potlačování emocí, které může mít za následek nějaký druh somatizace, ale má také kognitivní důsledky. Podle nynějších výzkumů potlačování zhoršuje zapamatování emočních událostí, což může vést ke zvýšenému spoléhání na kognitivní zkratky, které mohou být v mnoha směrech zkreslené (Trnka, Balcar & Kuška, 2011).

3.1. Funkce regulace emocí

Z evolučního hlediska jsou emoce pro nás velmi hodnotné, neboť koordinují naše reakce vzhledem k situacím. Emoční regulace zahrnuje jak snižování, tak zvyšování negativních či pozitivních emocí podle aktuální potřeby člověka (Machač, Macháčová & Hoskovec, 1985).

Lidé usilují o ovlivňování emocí jako takových, dále usilují o zjištění, jak moc jejich regulace mění prožitkový stav, fyziologický stav a behaviorální komponentu daného emočního rozpoložení. Je potřeba regulovat emoční stavy s ohledem na zachování kvality kognitivního fungování. Emoční regulace hraje centrální roli také při udržování duševního zdraví. Lidé mění své rozpoložení častěji než regulaci emocí, a to užitím nespecifických metod zaměřených na tzv. subjektivní pohodu (well-being). Jedná se o nejrůznější kombinované postupy zahrnující cvičení, jógu, relaxační techniky, dechová cvičení či změny stravovacích návyků. O tom, jak dlouho emoční změna přetrvává u těchto postupů, nelze činit platné závěry, protože je určována mnoha proměnnými (Balcar et al., 2011).

3.2. Neuropsychologie regulace emocí

Regulace emocí ovlivňuje změny v emoční dynamice. Nervový systém je zde chápán jako systém vzájemně závislých subsystémů zpracování informace. Propojené neurální subsystémy v různé míře monitorují jeden druhý a jsou tak ve vzájemném propojeném vztahu. V podstatě to tedy znamená obousměrné spojení mezi limbickými centry, tedy ty emoce vytvářejícími a kortikálními centry. Právě ta kortikální centra jsou odpovědná za regulaci emocí (Balcar et al., 2011).

Struktury emoční regulace se nachází ve frontálních lalocích. Právě tam, kde sídlí osobnost každého člověka, je umožněna i regulace emocí. Tato schopnost se zde vytváří u malého dítěte už ve věku devíti měsíců (Shapiro, 2009).

Dále Shapiro (2009) zmiňuje teorii Cummingse, která říká, že u dětí do šesti let je vytvořen velmi propracovaný systém strategií emoční regulace. Do dospělosti pak své projevy a pocity zvládáme plynule regulovat. Tyto automatické reakce jsou pak natolik přeučené, že probíhají bez jakéhokoli vlivu na naše kognitivní aktivity.

3.3. Cesty regulace emocí

Kontrola emocí může probíhat mnoha způsoby, záleží na tom, z jakého interpretačního hlediska se na to díváme. Můžeme rozdělit regulační procesy zaměřené na spouštěcí mechanismy, tedy ihned při nástupu rozvíjení emoce nebo regulaci zaměřenou na reakci, tedy ke konci procesu reakce emoce (Balcar et al., 2011).

Dle Stuchlíkové (2007) je nutno rozlišovat mezi regulací emocí a regulací emocemi, mezi regulací našich vlastních emocí a regulací emocí druhých lidí a mezi vědomými a nevědomými procesy emoční regulace. Emoční regulace se u každého z nás postupně vyvíjí a tento vývoj je spojen s určitými trendy. Jedním z nich jsou strategie vyžadující účast pečující osoby, které se mají později měnit na strategie intraindividuální. Druhým trendem je postupné přidávání vlastních mentalistických strategií. V poslední řadě jde o to regulovat časově náročné a intenzivní emoce.

Nejčastější a nejužívanější koncepce je však rozdělení kontroly emocí na kognitivní, behaviorální a fyziologickou.

Kognitivní kontrola probíhá tak, že člověk modifikuje svoje myšlenky, přesvědčení, postoje a způsoby náhledu na své problémy. Kognitivní psychologové začali zkoumat vědomé kognitivní techniky, které mohou lidé použít k tomu, aby buď maskovali, nebo změnili své pocity. Mezi tyto teorie a aplikační směry patří racionálně emocionální terapie nebo také transakční analýza či kognitivní terapie. Vyloženě kognitivní kontrola emocí vede lidi k přehnanému oceňování, zdůvodňování a zanedbává skutečnost, že lidé jsou emocionálními bytostmi (Stuchlíková, 2007).

Behaviorální kontrola emocí má vliv na vnější chování, tedy řeč nebo činnost. Touto cestou se ubírají i postupy behaviorální terapie zaměřené na získání emocionální kontroly. Behaviorální terapie vycházejí z tradice teorie učení (Stuchlíková, 2007).

Fyziologická kontrola emocí vychází ze stále se zdokonalujícího poznání vzájemných souvislostí psychického stavu a stavu fyziologického. V rámci této oblasti se v poslední době velmi rychle rozvíjely neuropsychologické přístupy umožňující lépe vysvětlit, jak modulace fyziologického stavu ovlivňuje psychický stav člověka, např. hypotéza tělesných markerů jako mentálních reprezentací tělesného stavu při určitém stavu psychickém. Vznikly také dvě metody fyziologické kontroly emocí biofeedback a focusing (Balcar et al., 2011).

3.4. Regulační procesy a modely

Existují dva hlavní regulační procesy a to přehodnocení (často používaný anglický termín reappraisal) a potlačení (suprese). Tyto dva procesy reprezentují dvě významné třídy regulace emocí v procesu vytváření emocí, kterými jsou kognitivní změna a modulace odpovědi. Přehodnocení a potlačení jsou dva procesy, které lidé využívají dennodenně (Trnka, 2011). Potlačení je regulační proces, který může svým způsobem být i nebezpečný. Tyto emoce nejsou zpracovány, pouze potlačeny, ale jsou neustále součástí člověka. Podle teorie psychosomatiky se tím může zvýšit pravděpodobnost onemocnění, protože na emoční rovině člověk není v pořádku a to ovlivňuje ostatní systémy (Poněšický, 2012).

Při testování ERQ dotazníku, zaměřeného čistě na regulaci emocí v pojetí těchto dvou procesů, autoři zjistili, že škála potlačení je využívána menšinově a je méně efektivní (Gross, John, 2003). Naše hypotézy jsme si stanovili na základě těchto dvou základních regulačních procesů. Předpokladem je, že lidé s psychosomatickým onemocněním budou užívat spíše ty neefektivní procesy regulace emocí, vzhledem k propojení bio-psycho-sociálně-sprituálního komplexu jedince, kdy ovlivnění na jedné straně má vliv na straně druhé a jejich emocionalita je mnohdy zranitelnější (Baštecký et al., 1993).

Dalšími procesy jsou přemítání (ruminace) a vytěsnění (represe). Je třeba zde zdůraznit rozdíl mezi supresí, což je vědomé potlačení a represí, což je nevědomé vytěsnění nepřijatelných či traumatických zážitků (Trnka, 2011).

Podle Balcara et al. (2011) můžeme chápat dvě hlavní široké strategie regulace emocí. První variantou je regulace zaměřená na spouštěcí předpoklady, to znamená, že regulace je zahájena velmi záhy potom, co se proces spustí. Druhým modelem je regulace zaměřená na reakci, objevující se na konci procesu rozvoje emoce.

Klíčový konstrukt regulace emocí vznikl v 80. letech 20. století ve vývojových souvislostech a dnes je více zdůrazňován u vlivu emocí na další psychické funkce. Snaha psychologů v posledních desetiletích je formulovat procesuální model emoční regulace, který by umožnil posoudit konkrétní metody emoční regulace a zhodnotit jejich efekty. To znamená, že špatná emoční regulace bude produkovat emoční, kognitivní nebo behaviorální výstupy, jež mohou být maladaptivní. Při sledování samotné regulace emocí se zaměřujeme na čtyři zásadní aspekty, a to samotný subjektivní aspekt emoce, fyziologickou komponentu emoce, pozorovatelné chování (gestika, mimika) a výsledné chování (Stuchlíková, 2007). V rámci záměru výzkumu v této práci jsme se zaměřili pouze na ten subjektivní aspekt emoce.

U regulace emocí můžeme sledovat určitý trend, například výběrovost situace, kdy si vybíráme nebo se vyhýbáme situacím s určitým emočním laděním, dále modifikace situace nebo zaměřenost pozornosti (Trnka, 2011).

3.5. Seberegulace a sebekontrola

Seberegulace spotřebovává určité zdroje a vede k vyčerpání, což následně vede k únavě a následným horším seberegulačním tendencím. Sebekontrola je chápána jako rigidní způsob řízení odrážející vysokou míru negativního afektu, zatímco seberegulace je spojena s pozitivním afektem (Poněšický, 2002). Sebekontrola a seberegulace jsou odrazem určité struktury osobnosti. Liší se tím, že sebekontrola spočívá ve využití explicitních mentálních praktik, zatímco seberegulace vychází z nevědomých, implicitních procesů (Hoskovec et al., 1985). Děti se učí při realizaci svého záměru kontrolovat svou pozornost, zaměřovat se na pozitivní motivy a pohnutky s realizací záměru a snažit se kontrolovat své emocionální rozpoložení, přičemž zpětnou vazbu o neúspěchu mají vnímat jako příležitost ke zlepšení postupu (Shapiro, 2009).

Seberegulace souvisí s extenzivní pamětí obsahující naše globální cíle, kognitivně emocionální mapy aktuálního stavu, poskytuje vysoce integrované seberegulace (jak na tom právě teď jsem, co cítím, chci, potřebuji) a rozšířenou síť přijatelných výsledků dané situace. Sebekontrola je spojována s úspěchy v mnoha aspektech života, je důležitou a vlivnou funkcí lidského „já“ a má vliv na velký okruh vzorců chování (Poněšický, 2002). Velmi blízkým pojmem regulace emocí jsou copingové strategie, kterých se také ve své práci dotkneme. Nyní bychom jen podotkli, že rozdíl mezi těmito typy strategií a regulováním emocí je takový, že coping znamená snížení negativní emoce prožívané v delší interakci organismu a prostředí, zatímco regulace emocí probíhá dennodenně.

4. Stres a strategie zvládání

V kapitole věnované stresu rozebereme základní teoretická východiska, konečně také psychosomatický model stresu zmíněný již v první kapitole a zvládací strategie, které činí nedílnou součást praktické části bakalářské práce.

4.1. Teoretická východiska pro stres

Problematiku psychické zátěže a stresu tvoří v současné době rozsáhlý, komplikovaný okruh různě propracovaných teorií ve všech možných oborech jako například psychologie, fyziologie, endokrinologie, sociologie, medicína a další (Mandicová, 2011).

Za posledních několik let vznikl trend nadužívání slova stres, pod tímto pojmem se schovává mnohé a to nejen škodlivá zátěž vedoucí k poškození organismu, tedy distres, ale také prospěšná zátěž umožňující člověku růst, zvaná eustres. Již zmíněná špatná zátěž se může usadit na citlivé místo v organismu v důsledku zvýšené vulnerability a způsobit poškození organismu, když se přímo usazuje na imunitní, nervový či hormonální systém, v našem případě specifitěji na endokrinní systém (Kebza, 2005). Tomuto tématu jsme se věnovali v první kapitole o psychosomatické medicíně. V tomto úvodu k teorii stresu byla použita slova zátěž a stres, je však potřeba si ujasnit tyto dva termíny. Zátěž je totiž taková míra nároků na člověka, kterou on sám dokáže zvládnout. Pro svůj psychický růst dokonce podle některých autorů člověk potřebuje zátěž, dokonce i takovou, která se jeví svým způsobem nezvladatelná. Takto se zvýší tolerance ke stresu a nastává osobnostní růst daného jedince (Honzák, 1989). Takže jednorázový, akutní a relativně silný stres s pozitivním aktivním řešením je zvládnutelná zátěž, zatímco dlouhodobý, nezvládnutý chronický stres je rizikem vždy (Kebza, 2005).

Dále je však potřeba nadefinovat samotný pojem stres. Křivohlavý (2009, 170) definuje stres jako „*vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná*“.

Vždy se uplatňují další proměnné individuální a společenské povahy, nejen samotná stresující situace, a to genetika, celkový životní styl, osobnostní založení, fyzická zdatnost, aktuální stav imunitního systému, úroveň imunitního systému, úroveň psychické odolnosti, kvalita sociálních interakcí, ale také kvalita života jedince i společnosti jako celku (Kebza, 2005). Macháčová (1985) říká, že kvůli stresu se musí mobilizovat všechny síly. Dále říká, že se člověk snaží dostat do „předstresového“ stavu klidu.

4.2. Psychosomatický model stresu

Poněšický (2012) ve své knize Neurózy, psychosomatická onemocnění a terapie píše, že ve vztahu k psychogenním chorobám je stres situace, kdy jsou kladeny nepřiměřené nároky

jak na akomodaci, tak na asimilaci. S touto koncepcí souvisí i copingové strategie, avšak když člověk začne selhávat, může sáhnout po primitivnějších řešeních, ta jsou stále více emocionální a probíhají na biologické úrovni. Nakonec se tato zátěž ukončí buď útokem, nebo útekem. Příslušná humorální, hormonální, vegetativní, nervová i psychická aktivace vede k fyziologickým změnám - zvýšený krevní tlak, pocení, svalové napětí a také vede k psychickému napětí - úzkost, vypjatá pozornost a další (Křivohlavý, 1944). Lidé s psychosomatickým onemocněním, kterým byla nemoc diagnostikována ve smyslu psychosomatického modelu stresu, využívají spíše neefektivní strategie zvládání stresu (Baštecký et al., 1993).

Stresová reakce už je v dnešním pojetí vnímána jako nemoc, lidé vnímají náhlou a nepochopitelnou svého nezvládnutí a často se za něj stydí (Honzák, 1989). Člověk samozřejmě používá obranné mechanismy, ty jsou popsány již Freudem. Pomáhají situaci zvládat a udělat tu zátěžovou situaci řešitelnou, jsou to však zástupné mechanismy (Aldwin, 2009). O stresu v našem pojetí tedy můžeme hovořit pouze v situaci, kdy máme stresem vystupňovanou tendenci vyřešit situaci spojenou dále se selháním a zhroucením adaptačních mechanismů (Poněšický, 2012).

Jde tedy o to, naučit se regulovat stres, aby odpovídal schopnostem člověka nalézat řešení. Důležitým mezníkem ve zvládnutí stresu je jeho vnímání a vztah člověka k sobě samému. Frustrační toleranci zvyšuje jak psychoterapie vystavující člověka neřešeným konfliktům, ale hlavně dobrý vztah sám k sobě (Aldwin, 2009).

4.3. Zvládání stresu aneb copingové strategie

Pro Lazarusovo pojetí boje člověka se stresem je právě důležitý pojem zvládání neboli coping. Lazarus klade důraz na to, že zvládání není jednorázová záležitost, ale je to dynamický proces, není automatickou reakcí, dále také vyžaduje určitou snahu a námahu člověka (Křivohlavý, 2009).

Obecně můžeme říci, že pojem coping zahrnuje behaviorální, kognitivní a sociální reakce jedince na zátěžovou situaci s cílem regulovat vnitřní nebo vnější tlaky (Aldwin, 2009).

Se zvládáním také souvisí psychická zranitelnost neboli vulnerabilita a predispozice, probíraná v první kapitole o psychosomatické koncepci, kde se zabýváme pojmem diatéze. Rozlišujeme postupy zvládání stresu na ty orientované na problém a postupy orientované na prožitky, hlavně na zvládání emocí, které můžeme srovnat s regulací emocí. Obecně ve shodě všech odborníků platí, že obranné mechanismy jsou považovány za náhradní,

neplnohodnotné způsoby zvládání působící spíše nevědomě. Skutečné řešení situace však funguje na vědomé bázi. Z výzkumů vyplynulo, že strategie zvládání pomocí pozitivních emocí jsou velice efektivní (Kebza, 2005).

Za prvek pochopení podstaty zvládání stresu je považován prvek kontroly. Dále je potřeba rozlišovat zdroje zvládání na zdroje extrapersonální a intrapersonální, ty první jsou z vnějšího prostředí jako například finanční zdroje a sociální opora a ty druhé zdroje pochází přímo od člověka, jsou to jeho schopnosti a dovednosti. Osobnostní a sociální proměnné ovlivňují vztahy mezi vnějšími podmínkami a stresovou reakcí (Aldwin, 2009).

Zvládání stresu probíhá ve dvou krocích, těmi jsou primární a sekundární hodnocení. Primární hodnocení používá jedinec ke zvažování významu určité události, základním posouzením je, zda nám situace škodí nebo nikoliv. Jedinec se v primárním hodnocení snaží odpovědět na otázku „Co se vlastně děje?“ Rozlišuje pak tři druhy odpovědi. Po události jedinec hodnotí příčinu určitého stavu. Druhá odpověď je výzva, ta totiž nutí jedince k nějaké akci. A třetí odpovědí je anticipace ohrožení, kdy jedinec na základě dřívější zkušenosti předvídá ohrožení (Křivohlavý, 1994). Sekundární hodnocení se zaměřuje na možnosti, které jedinec má pro zvládnutí situace. Snaží se pouze zjistit, jaký repertoár zvládacích strategií má, a také hodnotí účinnost těchto strategií v dané situaci (Křivohlavý, 1994).

Jestliže chceme popsat základní typy nebo také kategorie zvládacích strategií, měli bychom nejprve uvést rozdíl mezi copingovými styly a copingovými strategiemi. Copingové styly můžeme popsat jako jedinečné charakteristické rysy osobnosti, díky nimž můžeme vysvětlit jednotlivé rozdíly v reakcích na stres. Copingové strategie jsou pak považovány za komplexní a měnící specifické strategie jedince. Ten je může měnit a modifikovat podle různých požadavků (Aldwin, 2009).

Kategorizací copingových strategií můžeme v literatuře najít velké množství. Například Křivohlavý (1994) ve své knize uvádí čtyři strategie zvládání stresových situací, strategie netečnosti – apatie, upadání do pocitu bezmoci, deprese a beznaděje. Druhou strategií je strategie vyhnutí se škodlivině – jedinec se snaží vyhnout působení nějaké nepříjemnosti. Třetí strategií je strategie napadení – jedinec se řídí heslem „nejlepší obrana je útok“. A poslední strategií v této koncepci je strategie posilování vlastních zdrojů síly – jedinec se snaží zvyšovat vlastní sebekontrolu a tělesnou zdatnost.

Jako příklad postupu zvládání stresu bych chtěla dále uvést Deset A pro zvládání stresu. Je to uvědomění a rozpoznání stresu (Awareness), vyhnutí se stresu, když to jde

(Avoidance), předvídání stresu (Anticipation), hodnocení stresu (Appraisal), osvojení postupů relaxace, vizualizace, meditace (Autonomic Relaxation), zvládání hněvu (Anger Management), osvojení zásad asertivity (Assertivness), naučit se odpouštět (Amnesty), využívat změny pohledu na věc (Altering Perspective), využívat sociální opory (Assistance). Tyto strategie představují koncept Patelové (Kebza, 2005).

Existuje mnoho dotazníků, které zjišťují na svých škálách copingové strategie, jako například Proactive Coping Inventory (PCI) nebo Strategic Approach to Coping Scale (SACS). V praktické části pracujeme s rozdělením, jež se vyskytuje v dotazníku SVF přeloženým Švancarou (2003). Jsou rozděleny na pozitivní strategie a to podhodnocení a odmítání viny, odklon a náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí a pozitivní sebeinstrukce. Negativní strategie jsou pak úniková tendence, perseverace, rezignace, sebeobviňování. Poslední dvě strategie potřebu sociální opory a vyhýbání se Švacara nezařazuje ani mezi pozitivní ani mezi negativní a jejich interpretace závisí na celém profilu jednatelce.

5. Štítná žláza

Štítná žláza je orgán v těle, jímž se zabývají lidé už od pradávna, ovlivňující celý metabolismus. Poprvé popsal strumu už Vitruvius v roce 16 n. l. a ve 12. století byla struma léčena houbou s vysokým obsahem jódu. Zakladatelem české endokrinologie je Josef Charvát (Němec, 1995).

Ve stručnosti řečeno na úvod, nedostatek hormonů štítné žlázy v období vývoje, může snížit kvalitu psychických funkcí mozku. Poruchy činnosti mozku u hypertyreózy i hypotyreózy jsou objektivně prokazatelné EEG vyšetřením (Markalous, Gregorová, 2003).

5.1. Anatomie a fyziologie štítné žlázy

Štítná žláza neboli glandula thyroidea vzniká jako vchlípenina ve spodině faryngu, sestupuje ke kořeni jazyka a dále dolů před tracheu, kde se rozděluje ve dva laloky, spojené isthmem, který je přiložen na 2.-4. prstenec průdušnice (Límanová, 1995).

Pravý a levý lalok, lobus dexter et lobus sinister, jsou uloženy při bocích hrtanu a horní části průdušnice a isthmus glandulae thyroideae je užší příčný můstek spojující oba laloky. Laloky mají oválný tvar o velikosti 2,5 x 4-5 x 1-1,5 cm, mnohdy bývá pravý lalok větší

než levý. Velikost tyreoidy je závislá na příjmu jódu, kvůli tomu závisí toto onemocnění také na geografických podmínkách, dále na věku a hmotnosti. Žláza má červenohnědou barvu, povrch žlázy bývá hladký, někdy hrboletý s prosvítající kresbou lalůčků. Capsula fibrosa je vazivové pouzdro rozdělené na dva listy. Capsula propria vysílá do povrchu žlázy vazivová septa a capsula externa souvisí s lamina pretrachealis fasciae cervicalis (Čihák, 2013).

Fixace štítné žlázy k okolí je zajištěna vazivem k hrtanu a k průdušnici. Tyreoidea se sestává ze skupin folikulů různé velikosti, které jsou vystlány vrstvou tyreoidálního epitelu a obsahují koloid. Hlavní součástí koloidu žlázy je glykoprotein thyroglobulin obsahující hormony štítné žlázy. Syntéza T4 a T3 se uskutečňuje v thyroglobulinu na rozhraní buňky a koloidu. Vedle vlastních buněk folikulů se zde nacházejí parafolikulární buňky, k nimž však nedosahují nervová vlákna (Čihák, 2013).

Podle Límanové (1995) je tyreoidální funkce závislá na základních organizačních jednotkách, kterými jsou hypotalamo-hypofyzární osa, hypotalamický hormon uvolňující tyreotropin (TRH). TRH stimuluje syntézu a uvolňování tyreostimulačního hormonu (TSH) v adenohypofýze. TSH stimuluje hlavně sekreci hormonů štítnice a taky růst tyreoidy. Dále na enzymech dejodázy – modifikují účinek T4 a T3 jak na periférii, tak v hypofýze, také závisí na autoregulaci hormonální syntézy štítnou žlázou a je závislá na příjmu jódu. V poslední řadě závisí na imunitním systému – protilátky stimulující nebo inhibující tyreoidální funkci.

5.2. Tyreoidální hormony

Dle Jiskry (2011) štítná žláza produkuje hormony 3,5,3',5'-1-tetrajódytyronin (T4) a v menším množství 3,5,3'-1-trijódytyronin (T3) a ještě metabolicky neúčinný reverzní (rT3). Denní produkce T4 je 80 µg a T3 30 µg. Jsou v rovnováze s volnými hormony a jsou vázány na proteiny. Jsou tedy transportovány ve vazbě na proteinové nosiče, máme tři hlavní transportní proteiny: globulin vázající tyroxin (TBG) syntetizováno v játrech, prealbumin vázající tyroxin (TBPA) a albumin. Vysoká afinita pro T4 a T3 umožní TBG nést okolo 70 % cirkulujících tyreoidálních hormonů (Límanová, 1995).

Tyreotropin (TSH) je glykoprotein, syntetizovaný a vylučovaný tyreotropními buňkami adenohypofýzy. Usměňuje růst tymocytů, syntézu a sekreci hormonů štítné žlázy, snižuje obsah koloidu a thyroglobulinu. Pod jeho vlivem se zvyšuje prokrvení, zvětšuje se štítná žláza a vzniká struma. Hladina TSH u zdravého jedince je 0,5-5 µU/l. Syntéza a sekrece

TSH je řízena dvěma systémy, jedním z nich je zpětná vazba přes hladinu T3 v hypofýze a druhým je TRH řídící glykosilaci, aktivaci a uvolnění TSH (Límanová, 1995).

Tyreotropin uvolňující hormon (TRH) je tripeptid, pyroglutamyl-histidyl-prolinamid syntetizovaný v hypotalamu odkud je transportován do adenohypofýzy. Estrogeny zvyšují počet TRH-receptorů, a tím zvyšují hypofyzární citlivost na TRH (Límanová, 1995).

5.3. Důležitost jódu

Doporučená denní dávka jódu je 150-200 µg/den. Při příjmu menším než 50µg/den není tyreidea schopna udržet běžnou hormonální sekreci. Štítná žláza využívá denně asi 75 µg jodidu k syntéze hormonů a skladování v tyreoglobulinu, zbytek se vrací do extracelulární tekutiny. Zdrojem jódu v potravě jsou jodizovaná sůl, mořské ryby, vitamínové přípravky a léky s obsahem jódu. Prostup jodidu bazální membránou tyreocytu je aktivním procesem vyžadujícím energii a závisí na sodíkovo-draselné ATPáze. Při jódovém deficitu se snižuje intratyreoidální obsah jódu (Límanová, 1995).

Z anatomického hlediska je důležité zmínit i žlázy příštítné uložené na zadní straně laloků štítné žlázy. Pro tuto práci nejsou stěžejní, ale pro úplnost jsou zde uváděny. Funkce příštítných tělísek je životně důležitá, parathormon produkovaný žlázami reguluje koncentraci iontů vápníku a fosforu v krvi. Patologický pokles hladiny vápníku v krvi těžce poškozuje přenos podnětů z nervů do svalů, zvyšuje dráždivost svalů s následnými křečemi až smrtí (Čihák, 2013).

6. Onemocnění štítné žlázy

Poslední kapitola teoretické části této bakalářské práce se týká onemocnění štítné žlázy. Samozřejmě je důležité znát anatomii štítné žlázy, ale ve výzkumu se hlavně zaměřujeme na problematickou funkci štítné žlázy.

6.1. Zvýšená funkce štítné žlázy

Jako struma se označuje zvětšená štítná žláza, která se stává hmatatelnou nebo viditelnou. Název původně vznikl v Bulharsku, Struma je jméno řeky, kde se zvětšená štítná žláza často vyskytovala. Štítná žláza je citlivější u ženy na různé vlivy vedoucí k jejímu růstu,

zejména nedostatek jódu. Rozlišujeme, zda zvětšení štítné žlázy je jediným chorobným stavem, jedná se o strumu prostou nebo je zvětšení štítné žlázy projevem jiné tyreopatie (Zamrazil, 1995). Z klinického hlediska dělíme strumu na formu difúzní a nodózní. Difúzní vypadá tak, že je stejnoměrně zvětšený celý lalok nebo celá štítná žláza, na druhou stranu nodózní struma je charakteristická hmatatelnými nebo i viditelnými uzly, a právě v těchto uzlech dochází k degenerativním změnám (Fukao, Miyauchi & Hanafusa, 2011).

U diagnózy zvětšené štítné žlázy udávají pacienti až 50 % psychické obtíže: depresi, podrážděnost, vzrušenost, emoční labilitu. V 20% případů zařazených do studií pacienti udávají dokonce psychotické příznaky jako halucinace a paranoi. S přívalem kortikoidů v léčbě dochází k euforii ale i k těžké depresi. Navzdory všem těmto příznakům, hypotéza o psychosomatickém původu nebyla prokázána (Baštecký, et al., 1993). Obtížná je diferenciální diagnostika u hypertyreózy a úzkostné neurózy, u obou se setkáváme s tachykardií, palpitací, tremorem, poklesem hmotnosti a dalšími neurastenickými symptomy a obě mohou být vyvolány stresem (Joffe, Levitt, 1993).

U diagnózy zvětšené štítné žlázy nejdříve lékař musí posoudit, jaký charakter struma má a dále musí odlišit ostatní tyreopatie. Zvýšená štítná žláza totiž může být projevem řady onemocnění a to vrozeného enzymatického defektu (vážné produkce tyreoidálních hormonů), struma z nedostatku jódu (v určitých problematických oblastech postihuje až 80 % obyvatelstva), zvětšení štítné žlázy při tyreotoxikóze, struma u zánětu štítné žlázy, struma u nádorů (Jiskra, 2011).

Dále bychom se chtěli věnovat terapii zvětšené štítné žlázy. Terapie prosté strumy se provádí trojím způsobem a to terapií konzervativní, chirurgickou a zmenšovací terapií radiojódem. Je nutno říci, že každá struma vyžaduje dispenzarizaci, ne každá terapii (Zamrazil, 1995).

Konzervativní terapie využívá podávání hormonů štítné žlázy a různých forem jódu. Podává se čistý tyroxin a to hlavně kvůli dobré toleranci a relativní bezpečnosti. Nejčastěji používané léky jsou Euthyrox a Letrox 50, 75, 125 a 150, L-thyroxin Berlin-Chemie 25, L-thyroxin 50, 100 a 150 a Eltroxin 100. Dále terapie jódem, která je podle dosavadních studií stejně dobrá jako podávání tyroxinu, účinek však přetrvává déle. Jako lék je to Jodid 100 a 200. V dnešní době je populární kombinace obou těchto přístupů. Prodávaný lék je Jodthyrox (Límanová, 1995).

6.2. Snížená funkce štítné žlázy

Snížená funkce štítné žlázy je již dnes běžným onemocněním převážně u žen ve vyšším věku. Základní příčinou hypotyreózy je nedostatečná tvorba hormonů štítné žlázy. Celkově se udává výskyt hypotyreózy kolem 0,5 % v populaci. Podle lokalizace poruchy dělíme hypotyreózu na centrální, to znamená hypofyzární a hypotalamickou, označovanou též jako sekundární a periferní, tyreoidální neboli primární. Centrální je mnohem vzácnější než periferní a její příčinou je destrukce hypofýzy intraselárním expanzivním procesem. Ještě vzácnější je hypotyreóza hypotalamická, tato onemocnění jsou méně klinicky nápadná a je přítomen i hypogonadismus. Druhým typem je periferní hypotyreóza, která je poruchou na úrovni štítné žlázy při zachování regulačních hypotalamicko-hypofyzárních mechanismů. Její příčiny jsou nejčastěji chronická zánětlivá onemocnění štítné žlázy, následky terapie tyreopatií, radiojódem a chirurgicky, následkem některých psychofarmak, nitroděložní procesy a mnohé další (Zamrazil, 1995).

Psychické projevy hypotyreózy jsou únava, spavost, zimomřivost, pocity zpomalení v oblasti psychické i somatické, ztráta výkonnosti. Objevují se také psychotické příznaky jako paranoia, sluchové halucinace, zmatenost, pocit šílenství. Mnohdy se pacienti primárně dostanou k psychiatrovi (Baštěcký et al., 1993). Mezi somatické obtíže patří svalová ztuhlost, stěhovavé bolesti, suchost kůže, zácpa, pocity nadýmání, prosáknutí jazyka. Typické je prořídnutí obočí, ale i ostatního ochlupení. Nejčastější je změna hlasu, zkušený endokrinolog je dokonce schopen hypotyreózu poznat po telefonu. Vlivem metabolických změn dochází v buňkách k vzestupu celé řady nitrobuněčných enzymů v séru, je také menší počet erytrocytů (McMillan, Bradley, Razvi, & Weaver, 2005).

U diagnostiky je důležité zkontrolovat hladinu hormonů štítné žlázy (T4 a T3) a k tomu vyšetření reflexu Achillovy šlachy a tyto dvě vyšetření jsou nejspolehlivějším ukazatelem pravé problematiky. Stává se i to, že pacienti bývají dlouhodobě léčeni na jiná onemocnění, protože se objevují často v kombinaci. Léčba jiného onemocnění může trvat dlouhou dobu, než se přijde na to, že pravou příčinou je hypotyreóza a vyléčení nastane po nasazení hormonů štítné žlázy. Nejčastěji jsou to tato onemocnění - ateroskleróza, chronická onemocnění pohybového systému, chronická anémie, neurologická onemocnění (McMillan et al., 2005).

Existuje také vrozená hypotyreóza, kterou je nutno diagnostikovat co nejdříve po porodu a rozlišit endemickou formu, závažnou, jež nejde terapií plně korigovat, porušení CNS

a sporadickou kongenitální, vznikající nedostatečnou funkcí ŠŽ v mateřském organismu (Zamrazil, 1995).

6.3. Další onemocnění štítné žlázy

Jako první zmíníme onemocnění z nedostatku jódu. Jód je biologický prvek nezbytný pro tvorbu hormonů štítné žlázy, dostávající se do organismu potravou. Jód je ve velké míře obsažen v mořské vodě a tedy v organismech nacházejících se v moři, proto ryby a různé druhy chaluh obsahují jeho vysoký podíl. Nedostatek jódu je celosvětovým zdravotním i společenským problémem, odhadem trpí nedostatkem asi jedna miliarda obyvatel Země. Převážná část postižených osob žije spíše v rozvojových zemích. Obvyklý obsah jódu v jedné soli kolísá okolo 20 až 60 mg/kg soli. Nedostatek jódu nejčastěji vyústí v benigní strumu. Zejména je ale nutno zdůraznit možný vliv nedostatku jódu na celkový somatický a psychický vývoj a na generační funkce (Zamrazil, 2005).

Dalším častým onemocněním je tyreotoxikóza. Je to syndrom, patogeneticky vyvolaný řadou zcela odlišných faktorů, který má společné zvýšené hodnoty tyreoidálních hormonů, který má charakteristickou symptomatologii hypermetabolismu (Němec, 1995). Téměř 95 % tyreotoxikóz tvoří imunogenní tyreotoxikóza, autoimunitní a Gravesova-Basedowova typu, dále na bázi independentního adenomu, při polynodózní toxické strumě či na bázi zánětu štítné žlázy, další případy jsou spíše raritní. Imunogenní tyreotoxikóza neboli Gravesova-Basedowova nemoc, je autoimunitní onemocnění vytvářející protilátky proti TSH-receptoru a vedou ke zvýšené neregulované funkci štítné žlázy (Němec, 1995). Ženy s tímto onemocněním často popisují přílišné pocity zodpovědnosti, trpělivé reakce, potlačování potřeb a přání, přehnaný strach ze smrti a zranění (Joffe, Levitt, 1993).

Mezi další závažná a poměrně častá onemocnění patří tyreoiditida a nádorovitá onemocnění štítné žlázy. Akutní a subakutní tyreoiditida většinou postihuje již existující strumu, zatímco chronická tyreoiditida strumu vyvolá (Límanová, 1995). Naprostá většina nádorů štítné žlázy vychází z folikulárního epitelu a má diferencovaný charakter. Karcinomy štítnice se objevují ve všech věkových skupinách (Němec, 1995).

Endokrinní systém má na psychickou činnost spíše vliv jako zprostředkovatel modulací základního naladění organismu. Při jeho poruchách se objevují komplikovanější klinické obrazy, proto je vztah mezi endokrinologií a psychiatrií velmi těsný. Někdy dochází kvůli této blízkosti i k diagnostickému omylu (Baštecký et al., 1993).

VÝZKUMNÁ ČÁST

7. Výzkumný problém a cíle

V teoretické části jsme se zabývali psychosomatickým přístupem, emocemi, regulací emocí, stresem a samotnou kapitolu jsme věnovali štítné žláze. V této výzkumné části blíže popíšeme, jak jsme se tato témata pokusili propojit. Psychosomatika je dnes velmi rozšířený pojem, ale jeho užívání je dost nesystematické, na jednu stranu se setkáváme s nadužíváním pojmu, na druhou stranu s jeho nepřijetím. Přestože je oblast výzkumu v tomto přístupu dost komplikovaná, rozhodli jsme se do toho pustit. Zaměřili jsme se však na konkrétní oblast psychosomatických onemocnění a začali jsme se věnovat onemocnění štítné žlázy v souvislosti s regulací emocí a stresem. V oblasti problematiky štítné žlázy jsou dost probádány psychosociální aspekty onemocnění štítné žlázy, ale i když je neustále spojována psychosomatika s problematikou emocí, tak tato oblast ve spojitosti s endokrinologií a ještě specifičtěji se štítnou žlázou, není dostatečně prozkoumána (viz kapitola 1.1).

K vytvoření našeho výzkumného záměru nám dopomohlo propojení tří důležitých systémů a to nervového, imunitního a hormonálního. V literatuře je dost zdůrazňován nervový systém a neurologové zkoumají tuto oblast velmi intenzivně. Nám však přišlo, že i když všichni uznávají tento trojúhelník, tak některé oblasti poněkud opomíjejí, proto jsme se zaměřili na výzkum týkající se hormonálního systému. Hodně studií se věnovalo propojení hormonálního systému a mozku, byly vytvořeny různé teorie a hypotézy, ty však nevysvětlily tento vliv na chování ani na psychiku (viz kapitola 1.3).

Lékaři a vědci se shodují, že endokrinologická onemocnění mají nepopíratelný vliv na prožívání člověka. Někteří vědci se pozastavují nad faktem, že endokrinologická onemocnění nejsou stále ještě uznávána jako psychosomatická onemocnění. Také se dle Bašteckého (1993) dost často stávalo, že bylo diferenciálně diagnostikováno u endokrinních poruch duševní onemocnění. Je proto důležité tomuto faktu věnovat pozornost.

Obecná výzkumná otázka tedy zněla:

Liší se ženy trpící onemocněním štítné žlázy v emočním regulování, emocionálním zázemí a zvládání stresu ve srovnání se skupinou zdravých žen?

Na základě těchto úvah a přemýšlení nad emocemi žen s tímto typem onemocnění, studiem literatury a diskuze s odborníky endokrinology, začal vznikat výzkumný plán. Plán měl za cíl prozkoumat tuto oblast kvantitativními metodami, a to přesněji dotazníkovou metodou u žen trpících onemocněním štítné žlázy a kontrolních zdravých žen ekvivalentních v otázce věku a již zmíněného pohlaví k experimentální skupině. Ve výzkumu jsme zvolili hned tři dotazníkové metody, a to dotazník ERQ, EMBU a SVF.

ERQ, celým názvem Emotion Regulation Questionnaire, je dotazník, pomocí něhož zjišťujeme regulaci emocí, rozdělenou na dvě škály přehodnocení a potlačení (Gross, John, 2003).

S-EMBU, celým názvem Shortened inventory for memories of parental rearing behaviour as a research and clinical instrument, je původní švédský dotazník o vzpomínkách respondenta na samotné dětství. Pro účel této práce používáme Haštovu slovenskou verzi Skráteného dotazníku zapamätaného rodičovského správania jako výskumný a klinický nástroj. Je to tedy subjektivní sebesposuzovací dotazník pomáhající zjišťovat vztahy s těmi nejbližšími, a to právě samotnými rodiči. Blízký vztah a genetická predispozice má velký vliv na formování duševní nemoci nebo jakéhokoliv psychosomatického onemocnění (Poliaková, Mojžišová & Hašto, 2007).

SVF 78, celým názvem Strategie zvládání stresu, z původní německé verze Stressverarbeitungsfragebogen, je dotazník, pomocí něhož zjišťujeme pozitivní a negativní copingové strategie (Švancara, 2003).

Hlavním cílem výzkumu tedy bylo porovnat schopnost regulace emocí a zvládání stresu u **žen trpících onemocněním štítné žlázy** a u **skupiny zdravých žen**. Ženy byly vybrány právě proto, že onemocnění štítné žlázy trpí 4-6krát častěji než muži (Jiskra, 2011). Později jsme k emocionalitě a zvládání stresu přidali i srovnání rodinného zázemí, abychom zjistili, jestli se liší domácí emoční nastavení u těchto dvou skupin. Snažíme se zjistit, jestli má na toto onemocnění vliv odmítání rodičů, případně v opačném případě vřelost rodičů. Konkrétně jsme tedy ke každému dotazníku přiřadili hypotézy, jež jsme formulovali na základě teorie. Chtěli jsme zjistit, zda mezi těmito dvěma skupinami bude signifikantní rozdíl. Cíle byly stanoveny tři, srovnání schopnosti regulace emocí, srovnání domácího emočního prostředí respondentek a v poslední řadě srovnání zvládání stresu u experimentální a kontrolní skupiny. S dodatkem, že dotazník SVF 78, má 13 subškál, a u něj zjistit, jestli se významně liší pozitivní a negativní strategie zvládání stresu nebo jestli se třeba experimentální skupina významně profiluje v některé strategii.

Na základě studia literatury, výše popsaných cílů a zvolených metod byly operacionalizovány tyto hypotézy.

7.1. Hypotézy

H₁: Ženy trpící onemocněním štítné žlázy skórují v subškále „přehodnocení“ v ERQ nižšími skóry oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

H₂: Ženy trpící onemocněním štítné žlázy skórují v subškále „potlačení“ v ERQ vyššími skóry oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

H₃: Ženy trpící onemocněním štítné žlázy skórují v subškále „odmítání“ v EMBU vyššími skóry oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

H₄: Ženy trpící onemocněním štítné žlázy skórují v subškále „emoční vřelost“ v EMBU nižšími skóry oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

H₅: Ženy trpící onemocněním štítné žlázy skórují v pozitivních strategiích zvládání stresu v SVF nižšími skóry oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

H₆: Ženy trpící onemocněním štítné žlázy skórují v negativních strategiích zvládání stresu v SVF vyššími skóry oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

Hypotézy jsou všechny jednostranné, alternativní, o rozdílu. Tyto hypotézy předpokládají rozdíl mezi dvěma skupinami. Nulové hypotézy k těm alternativním zde neuvádíme, je to však hypotéza se stejným zněním, která však tvrdí, že není rozdíl mezi proměnnými. Důležité je zmínit, že program Statistica 12 pracuje pouze s oboustrannými hypotézami, takže když sesbíraná data zpracujeme v programu Microsoft Excel a následně vložíme do programu Statistica 12, tak nám vyhodnotí pouze, jestli je rozdíl mezi těmito dvěma proměnnými. Proto s p-hodnotou, jež vyjde ve Statistice, musíme ještě dále pracovat a přepočítat ji pro jednostranné hypotézy.

7.2. Fáze a průběh výzkumu

Myšlenka zabývat se souvislostí regulace emocí a zvládáním stresu u žen trpících onemocněním štítné žlázy vznikla na základě autorčina osobního zájmu o psychosomatiku, tendencí zkoumat něco nového, originálního, a ne jen replikovat nějaké již vytvořené výzkumy. Následné studium literatury nás v tomto tématu ujistilo. V odborné literatuře je rozebírána závažnost endokrinních onemocnění, jejich důsledek na emoční prožívání, ale přitom zde byla velmi malá spojitost s psychosomatickým přístupem. Důležitou roli ve výběru tématu zde sehrál MUDr. Jan Hnízdl, jehož přednášky a knihy nás zaujaly a právě on zmiňoval štítnou žlázu jako emoční štít a vždy, když je tento štít narušen, je problém v emoční rovině člověka (viz kapitola 1.3). Inspirace a nadšení vedoucí práce PhDr. Martiny Fülekové, její zájem o psychosomatická témata a elán do něčeho nového, to všechno vedlo ke konečnému sestavení výzkumného projektu. V létě 2013 byl výzkumný plán sestaven. Následně jsme se začali zabývat prvotním studiem literatury a aktuálních výzkumů podobných tomuto tématu. Na podzim 2013 vznikla testová baterie sestavená z výše zmíněných dotazníků (ERQ, EMBU, SVF). Zároveň bylo osloveno několik endokrinologických pracovišť, nejdříve ve Zlínském kraji, později i v Olomouckém kraji, přičemž s několika z nich byla navázána spolupráce. Od září až do konce února byl prováděn výzkum pomocí dotazníků v těchto ambulancích - ve Zlíně, v Kroměříži, ve dvou v Přerově a ve Šternberku. Ve stejnou dobu probíhal výzkum kontrolní zdravé skupiny žen. Od prosince 2013 do února 2014 jsme se zabývali podrobným studiem literatury a vytvořením teoretické části. Začátkem března byly vyhodnoceny všechny testové baterie a byla provedena statistická analýza všech získaných dat. Výsledky tohoto výzkumu budou předloženy dále v této bakalářské práci dokončené v březnu 2014.

8. Metodologie výzkumu

Výzkumný problém jsme se již zpočátku rozhodli zkoumat pomocí **kvantitativního šetření**. Kvantitativní studie mají přinést prostřednictvím měření proměnných numerická data. V rámci kvantitativního chápání je realita zachycena pomocí proměnných a tento druh výzkumu se zaměřuje právě na vztahy mezi nimi. Proměnné jsou vlastnosti nebo charakteristiky nějakých celků a mohou nabývat hodnot z číselného kontinua nebo kategorií (Punch, 2008).

Jelikož tento jev, který zkoumáme, a to zkráceně emocionalita žen trpících štítnou žlázou nebyl dostatečně probádán, dalo by se říci, že děláme **exploraci** problému. Tento vztah však na základě literatury a různých výzkumů probádáváme a popisujeme, dalo by se tedy říci, že provádíme i **deskripci** dané problematiky (Ferjenčík, 2000). Zároveň však hlavním motivem je porovnání dvou skupin (experimentální a kontrolní skupiny), tím pádem se tedy jedná o **diferenciační studii**, kdy chceme zjistit, jestli jsou rozdíly v emocionalitě těchto skupin. Předložení dotazníku není intervence, označení experimentální skupina je jen pro přehlednost, která skupina je která, abychom nemuseli pokaždé v analýze dat uvádět, že se jedná o ženy trpící onemocněním štítné žlázy. Kritéria kvality výzkumu jsou validita, reliabilita a standardizace (Ferjenčík, 2000). Validitu a reliabilitu jednotlivých dotazníků zmiňujeme u metod získávání dat. Standardizace je pouze u jednoho z těchto dotazníků a to SVF, proto zobecnění těchto výsledků je problematické, tento fakt však rozebíráme více v diskuzi.

8.1. Metody získávání dat

Data byla získána pomocí tří dotazníků. V následujících odstavcích popíšeme tyto dotazníky. Škály jsou numerické, dvojce s lichým počtem stupňů a jedna škála se sudým počtem stupňů. Ve 2. a 3. dotazníku, EMBU a SVF, je použita typická Likertova škála. V testových metodách jsou pouze posuzovací stupnice, protože nám jde o **subjektivní hodnocení** a vnímání samotných žen. Mezi metodami máme jeden standardizovaný dotazník a dva nestandardizované, prvotní otázky využívané do popisné statistiky jsou naše konstrukce.

Prvním dotazníkem je ERQ, Emotion Regulation Questionnaire, jehož autory jsou Gross, J. J., a John, O. P. a tento dotazník byl vytvořen v roce 2003. Emoce byly dlouhou dobu vnímány jako pocity, jež nás ovlivňují, koncept regulace emocí však dodává kontrolní složku nad emocemi, jak již zmiňujeme výše (viz kapitola 3.1.).

Gross, J. J., & John, O. P. (2003) vytvořili tuto škálu o deseti položkách, které se věnují dvěma regulačním procesům, a to přehodnocení a potlačení. Výroky v dotazníku, k nimž probandi vybírají na škále 1(silně nesouhlasím) – 7 (silně souhlasím), jsou jak pozitivní regulace, tak negativní regulace emocí. Spolehlivost α testována statistickými testy vyšla 0,79 pro přehodnocení a 0,73 pro potlačení, obě škály skórovaly v kontrole test-retest 0,69. Také při uvedení tohoto dotazníku autoři zjistili, že spíše menšina využívá proces potlačení (Measurement Instrument Database for the Social Sciences,

Gross, J. J., & John, O. P., 26. září, 2013). Dotazník tedy má potvrzenou validitu a reliabilitu avšak není standardizován, ale tuto skutečnost si necháváme do diskuze.

Druhým dotazníkem je EMBU, Shortened inventory for memories of parentel rearing behaviour as a research and clinical instrument. Tohle je anglický překlad původního švédského dotazníku o vzpomínkách respondenta na samotné dětství. Zde je však použita přeložená Haštova slovenská verze Skráteného dotazníku zapamätaného rodičovského správania jako výskumný a klinický nástroj. Konstrukt založený na základě Jacobsonových teorií o odmítání a emoční deprivaci dětí, a to nejen nám známými stresory jako je opuštění, rozvod, týrání a další, ale také odmítání, nepřijetí, neprojevení emocionality a další. Tento dotazník vznikl ve Švédsku a dále se rozšířil do Německa, USA a na Slovensko, kde má svou standardizaci. S-EMBU je zkrácená verze původního 81položkového dotazníku zaměřeného na rodičovské chování. Tato zkrácená verze má 23 položek seskupených do 3 subškál - odmítání, emoční vřelost a hyperprotektivita. Na otázky se odpovídá zvlášť pro otce a zvlášť pro matku. Ve výzkumu nás zajímá celkové rodičovské chování, nezjišťovali jsme tedy, jestli byl rozdíl mezi otcem a matkou. Otázky se hodnotí na čtyřbodové Likertově škále od 1 (nikdy) do 4 (vždycky). Tento dotazník v pozměněných verzích je mezinárodně testovanou dotazníkovou metodou (Hašto, Mojžíšová & Poliaková, 2007).

V rámci statistických analýz tohoto testu, zjistili Arrindell et al. (2001), že faktory emoční vřelosti i odmítání jsou syceny správně a všechny položky v rámci uvedených subškál spolu významně korelují. Škály mezi sebou korelují statisticky významně pozitivně u odmítání a hyperprotektivity, statisticky významně negativně u odmítání a vřelosti a nekorelují mezi hyperprotektivitou a vřelostí. Cronbachovo α měly všechny škály větší než 0,72, vnitřní konzistence testu tedy byla potvrzena. Reliabilita tohoto testu je ve statistické analýze potvrzena. Provedený výzkum na ostatních univerzitách ve Švédsku a Německu potvrdila faktorovou sílu testu a jeho validitu. Na základě těchto komplexních výzkumů byla pouze vyřazena 9. otázka, jež byla problematická. Opakováním tohoto testu byla zjištěna vnitřní konzistence testu, Cronbachovo α větší než 0,7 a mezi položkami až 0,5. Výsledky mnohaletého testování ukazují, že tento test je reliabilní a validní v rámci těchto tří škál, a to i v rámci různých národů. Nemůžeme říci, že tento test platí pro Českou republiku, protože zde nebyla provedena standardizace. Tento test má však potvrzenou vnitřní konzistenci, tak ve srovnání dvou skupin jsou výsledky aplikovatelné právě na tyto skupiny. Skutečnost, že tento test není standardizovaný, si ponecháváme do diskuze.

Posledním dotazníkem je SVF 78, Strategie zvládání stresu, vytvořen z původní německé verze Stressverarbeitungsfragebogen. Tato zkrácená verze SVF 78 je vytvořena německými autory Janke, W. a Erdmannovou, G. (1997, 2002) a u nás přeložena Josefem Švancarou. Tento dotazník je vícedimenzionální sebezpozorovací inventář, který zaznamenává tendence člověka reagovat v různých zátěžových situacích. Jak jsme již zmínili v kapitole o stresu, tento dotazník má 13 subškál (viz kapitola 4.3.). Švancara (2003) uvádí, že reliabilita tohoto testu je 0,8. I přesto však poukazuje na chyby měření a skutečnost, že reálné způsoby zvládání stresu se od těch teoretických zaznamenaných v dotazníku mohou výrazně lišit. Takže výsledky tohoto testu zaznamenávají pouze to, nakolik probandi tuto skutečnost říci chtějí. U testu byla provedena faktorová analýza a korelace jednotlivých škál mezi sebou, reliabilita je vysoká. Standardizace na české prostředí je provedena, proto v tomto případě pracujeme s t-skóry.

8.2. Popis sběru dat

Sběr dat probíhal od září 2013 do března 2014, kdy byly průběžně administrovány a v programu Microsoft Excel zpracovávány testové baterie nejen experimentální skupiny, ale rovnou také na základě požadavku stejného pohlaví a věku i kontrolní skupiny žen zdravých. Každému účastníkovi výzkumu byla zadána kompletní testová baterie a následně byla vyhodnocena a zasazena do celkové tabulky v programu Microsoft Excel. Celkový čas vyplňování dotazníku byl pro jednu respondentku z obou skupin v rozmezí 20 min - 60 min, když byl problém s pochopením některých položek, nebo problém se čtením. Výzkum byl všem respondentkám popsán pouze jako sebezpozorovací dotazník. Dotazníky pro experimentální skupinu byly v tištěné podobě. Autorka nabídla lékařkám, které se do výzkumného šetření zapojily, že může dotazníky administrovat pacientkám v čekárně, ale v rámci zachování soukromí a naprosté anonymity to doktorky odmítaly a pomáhaly případně při vyplňování samy.

8.3. Finanční a časový plán

Finanční plán: dotazníky 100krát štítná žláza, 20krát zdravé ženy – 1000 Kč, cesta do Kroměříže, Přerova a Šternberku 350 Kč, vyzvednutí Přerov dvakrát 100 Kč, dárek pro doktorky 100 Kč.

Časový plán: 10 hodin cestování při rozdávání dotazníků, příprava dotazníku 8 hodin, rešerše měsíc, sepsání teorie 2 týdny, zpracovávání dat v Excelu 2 týdny, vyhodnocování a sepsání praktické části 3 týdny, finální úpravy 4 dny.

8.4. Metody zpracování a analýzy dat

Veškerá data byla nejdříve v podobě hrubých skóre převedena do elektronické podoby do programu **Microsoft Excel**. Následně byla data zpracována v programu **Statistica 12**. Jak jsme již zmínili u popisu použitých dotazníkových metod, tak jedna z těchto metod je standardizovaná metodou a to dotazník SVF, proto u něj jsme hrubé skóre pomocí tabulky pro vyhodnocení a následné tabulky převodu na českou populaci převedli na t-skóre. U všech proměnných jsme nejdříve ověřili normalitu rozložení dat pomocí **Shapiro-Wilkova W testu**. Tento krok byl proveden proto, že při rozhodování, zdali použít parametrické metody, musíme splňovat několik podmínek. První podmínkou je počet probandů. Pro použití parametrických metod se často uvádí 30 probandů, i když za dodržení normálního rozložení dat se může použít i pro soubory menší než 30 lidí (Reiterová, 2008). V našem výzkumném záměru máme **172 respondentek**, takže dále jsme museli prozkoumat normalitu rozložení. Poslední fází bylo rozhodnutí právě pro tu správnou metodu. Tím, že děláme diferenciační studii, srovnáváme tedy dvě skupiny, tedy nominální proměnné – ženy zdravé (označení 1, ženy trpící onemocněním štítné žlázy 0). V případě normálního rozložení použijeme parametrickou metodu zvanou **t-test pro dvě nezávislé skupiny** a při nedodržení normality jeho neparametrickou obdobu **Mann-Whitneyův U test**. Řečí statistiky tento typ testů zjišťuje, zdali data mají stejnou střední hodnotu, populační průměr (Reiterová, 2008). Hladina významnosti byla zvolena ta nejpoužívanější a to $\alpha < 0,05$. K popisu souborů byla použita **popisná statistika**.

8.5. Etické aspekty výzkumu

Všechny respondentky se výzkumu účastnily **dobrovolně**, buď na základě prosby autorky, nebo prosby svého endokrinologa, avšak možnost neúčastnit se měly všechny. Vyplnění nebo nevyplnění dotazníku tedy symbolizuje souhlas se zařazením do výzkumu. Všechny respondentky byly také starší 18 let, takže nebyl nutný písemný souhlas zákonného zástupce. Během výzkumu jsme dbali na empatický přístup. Jelikož jsme se s respondentkami nesetkávali osobně, nechali jsme na svém dotazníku naše kontaktní údaje

s informací, aby se v případě dotazů a připomínek měly možnost nás kontaktovat. Domníváme se, že testovou situací nedošlo u probandů k žádné újmě. Několik respondentek dokonce zanechalo na dotazníku své emailové adresy pro zaslání výsledků výzkumu a z experimentální skupiny i pro možnou budoucí spolupráci. Respondentky nedostávaly finanční odměnu, ale i přesto se účastnily tohoto výzkumu a z experimentální skupiny dokonce i se **zájmem o budoucí spolupráci**. Tento přístup nás velice překvapil. Výzkum byl anonymní, jméno ani jiné osobní údaje zde nefigurovaly.

9. Charakteristiky výběrového souboru

Celkem se výzkumu zúčastnilo **200 žen ve věku 30-65 let**, z toho 72 žen v experimentální skupině, žen s onemocněním štítné žlázy, a 128 žen v kontrolní skupině, tedy těch zdravých. Do zpracování dat bylo nakonec zahrnuto **66 žen se štítnou žlázou a 108 zdravých žen**. V kontrolní skupině jsme vyřadili 20 respondentek. Na tuto skupinu jsme byli přísní, protože jsme chtěli zaručit, že to budou ženy zdravé právě v tomto věkovém rozmezí, které jsme si na začátku stanovili. Ženy v kontrolní skupině měly v úvodních otázkách vyplňovat také otázku, jakými nemocemi trpí, proto jsme je následně mohli snadno vyřadit. Dále více respondentek v této skupině nevyplnilo celý dotazník a také jsme hodně dotazníků vyřadili kvůli věku. Ženy nám chtěly vyhovět a pomoci s vytvořením kontrolní skupiny, vyplňovaly jej i ty kolem 20 let a ženy přes 70 let. U žen se štítnou žlázou bylo vyřazeno pouze 6 respondentek.

Základní soubor tvoří všechny ženy zdravé a ženy trpící štítnou žlázou ve **Zlínském a Olomouckém kraji**. Výběrový soubor pak tvoří právě ty ženy, které byly zahrnuty do výzkumu, těch 200 žen.

Punch (2008) píše ve své knize, že v kvantitativním výzkumu je potřeba znáhodňovat výběr respondentů, proto je nutné vytvořit výběrový rámec. Zaměřujeme se na pravděpodobnostní metody výběru, přesněji **skupinový výběr** (cluster sample). Použili jsme jej kvůli tomu, že je ekonomický a hlavně kvůli tomu, že není možnost dostat se k seznamu ani zdravých žen ani žen trpících štítnou žlázou. Náhodně jsme oslovili některá endokrinologická pracoviště a v rámci těchto pracovišť lékaři využili **příležitostného výběru** svých pacientek (opportunity sample). Dalo by říci, že jsme prováděli **záměrný výběr přes instituci** endokrinologických pracovišť. Není to příliš reprezentativní druh výběru, hodně žen z výpovědí lékařek odmítlo vyplnit. Do diskuze si

tuto skutečnost necháváme na rozebrání. Téměř všechny zdravé ženy byly získány do výzkumu příležitostným výběrem.

10. Výsledky

Vzhledem k rozsahu získaných dat, není možno věnovat pozornost všem oblastem analýzy, které možnosti programu Statistica 12 nabízí. V dalším textu se budeme držet pouze analýzy dat podle předem stanovených hypotéz a přesně v tomto pořadí budou naše výsledky prezentovány. Nejdříve začneme tím, že popíšeme obě dvě skupiny pomocí popisné statistiky.

Začneme souborem zdravých žen. Do charakteristiky dat jsme zařadili celkový počet dotazovaných zařazených do výzkumu, ten je v tomto případě **N=108**. Zjišťujeme její výběrový průměr $\bar{x}$, minimum a maximum a směrodatnou odchylku. Tato tabulka je vytvořena pro věk těchto zdravých žen, jejich vzdělání, rodinný stav a počet dětí. Jak už jsme zmínili výše, do výzkumu byly zapojeny pouze ženy a to ve věku 30 až 65 let. V souboru zdravých žen bylo minimum věku právě 30 let a maximum 63 let s průměrným věkem skupiny **$\bar{x}=45,96$** . Vzdělání jsme se dotazovali pro zjištění a porovnání socioekonomického statusu. Zdravé ženy mají průměrnou hodnotu 2,94, ve skutečnosti to však znamená, že nejčastější vzdělání této skupiny bylo **středoškolské s maturitou** (v analýze dat označené číslem 2) a v těsném závěsu bylo vzdělání **vysokoškolské** (v analýze označené číslem 4). Pro lepší přehlednost histogramy k této popisné statistice najdete v příloze č. 3. Zde předkládáme histogramy k věku a vzdělání této skupiny. Rodinný stav ukazuje to, že převážná většina žen v této skupině je vdaná (v analýze označené 2). A v poslední řadě počet dětí, průměrná hodnota skupiny je 1,91, nejvíce žen má 2 děti. K těmto skutečnostem histogram neuvádíme.

Proměnná	Popisné statistiky zdravých žen				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Věk	108	45,96	30	63	6,56
Vzdělání	108	2,94	1	4	0,98
Rodinný stav	108	2,10	1	4	0,56
Počet dětí	108	1,91	0	4	0,83

Tabulka č. 1: Popisná statistika zdravých žen

Pro srovnání těchto dvou skupin jsme stejnou analýzu provedli u druhé skupiny, a to u dotazovaných žen trpících na onemocnění štítné žlázy. Celkový počet dotazovaných je

N=66. Minimální věková hranice je 30 a maximální 65, přesně jak bylo stanoveno dopředu, s tím že průměrný věk je zde o něco vyšší než u zdravých žena to **x=50,2**. Vzdělání této skupiny je také nejčastější **středoškolské s maturitou** (označené číslem 2), průměrná hodnota je zde 2,44, vysokoškolsky vzdělaných je zde podstatně méně, jak se můžete přesvědčit v histogramu v příloze č. 3. Nejčastější rodinný status je vdaná žena, i když v této skupině je více rozvedených žen, rozdíl je však nepatrný. Počet dětí je opět 2.

Proměnná	Popisné statistiky žen s onemocněním štítné žlázy				
	N platných	Průměr	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Věk	66	50,20	30	65	11,26
Vzdělání	66	2,44	1	4	0,90
Rodinný stav	66	2,26	1	4	0,66
Počet dětí	66	1,97	0	4	0,84

Tabulka č. 2: Popisná statistika žen s onemocněním štítné žlázy

Dále byly ženy v obou skupinách dotazovány, jestli jsou **spokojené v partnerském vztahu** a zdali by změnily nějaké **rozhodnutí v životě**. Chtěli jsme tímto zjistit, jestli se tyto dvě skupiny budou lišit v té životní spokojenosti, kterou reprezentuje partner, a také rozhodnutí v životě, která mohou zastupovat lítost nad životem, zklamání či pocit viny. Nakonec však bylo zjištěno, že se skupiny výrazně neliší. Objevuje se zde trend, že zdravé ženy častěji označují svůj partnerský vztah za bezproblémový a sami sebe za velmi nebo výrazně spokojené, zatímco ženy v druhé skupině s onemocněním štítné žlázy se cítí normálně spokojené, nepřisuzují tomu žádnou konotaci, ani pozitivní ani negativní. I otázka týkající se změny v rozhodnutí v životě je bez rozdílu, převážná většina žen v obou skupinách by žádná závažná rozhodnutí nezměnila. A když už se zde objevovaly kladné odpovědi, tak nejčastěji ohledně změny školy, práce nebo bydlení. Vytvořili jsme grafy, které toto potvrzují, vzhledem k tomu, že mezi nimi není zásadní rozdíl, rozhodli jsme se je nezařadit do této práce. Další otázkou, směřovanou už pouze na ženy trpící onemocněním štítné žlázy bylo, kdy poprvé zjistily, že trpí tímto onemocněním a jaká **životní situace** se s tímto okamžikem pojila. Nejčastější odpovědi jsou, že lékař tuto skutečnost zjistil při prohlídce. Časté odpovědi žen trpících hypotyreózou jsou, že se ženy cítily velice unavené, omdlévaly a cítily se slabé a smutné. Jsou zde zmíněny také situace rozvodu, stěhování, odchodu dětí z domova nebo jiné náročné stresové situace, ale to spíše v méně případech.

Přece jen se ještě chvíli zdržíme u popisné statistiky, jelikož u žen trpících onemocněním štítné žlázy jsou další faktory, které mají na onemocnění vliv. První z faktorů je vůbec jakým **druhem onemocnění štítné žlázy** daná žena trpí. V našem souboru se objevují ženy s různým onemocněním štítné žlázy. Původní záměr bakalářské práce o zaměření pouze na hypertyreózu se nepovedlo naplnit, tuto skutečnost si však necháváme k rozebrání v diskuzi. Proto je důležité tuto skutečnost zaznamenat i do statistického šetření. Celkově však můžeme říci, že nejčastější onemocnění štítné žlázy v našem šetření je hypotyreóza. Ostatní onemocnění se objevují s menšími četnostmi.

Kategorie	Tabulka četností: onemocnění	
	Četnost	Kumulativní četnost
získaná hypotyreóza	15	15
hypertyreóza	7	22
štítnice s uzlovými změnami	4	26
rakovina štítné žlázy	2	28
autoimunní zánět štítnice	2	30
hypotyreóza	22	52
cysty	1	53
odstraněna ŠŽ	2	55
chronický zánět ŠŽ	7	62
struma polynodosa	3	65
zvýšení jodu	1	66
ChD	6	72

Tabulka č. 3: Tabulka četností onemocnění štítné žlázy

Další vlivy na onemocnění štítné žlázy jsou **léky**. Zjišťovali jsme tedy, jak je to s užíváním léků a zjistili jsme, že opravdu zanedbatelné minimum žen léky neužívá a drtivá většina ano. Nejčastějším lékem je euthyrox po 50, 75, 125 mg a na druhém místě letrox ve stejném miligramovém zastoupení. Mezi další léky patří levothyroxin, thyrozol, jodid, propycil, tyreoglobulin mite, jejichž zastoupení je ukázáno v tabulce v příloze č. 3. Mezi další vlivy a také tedy nezávislé proměnné patří absolvování **operace**, protože je to velký zásah do těla. Většina respondentek operaci neabsolvovala. Mezi další nezávislé proměnné patří **genetická zátěž**. Bylo nutné zjistit, zdali tímto onemocněním netrpěl někdo v rodině. Odpovědi jsou dost na pomezí. Nepatrně větší procento genetickou informací popírá. Statistika jen potvrzuje, že v rámci rodinných příslušníků trpí onemocněním štítné žlázy převážně ženy.

Nyní se dostáváme k samotné analýze dat související s předem stanovenými hypotézami.

Ještě jednou zde připomínáme výzkumnou otázku, a to, jestli se liší ženy trpící onemocněním štítné žlázy v emočním prožívání, v emočním regulování a zvládání stresu ve srovnání se skupinou zdravých žen. Tuto výzkumnou otázku jsme operacionalizovali do svých **šesti hypotéz**, které jednu po druhé budeme rozebírat v následující analýze dat. Ještě než se dostaneme k samotnému vyhodnocení, tak se budeme věnovat výběru testů, které jsme pro své statistické zpracování vybrali. Podle Reiterové (2008) při výběru testu musíme nejdříve vědět, s jakými proměnnými pracujeme. V našem případě jsou všechny hodnoty **nominální proměnné**, jelikož srovnáváme dvě skupiny, zdravé ženy a ženy s onemocněním štítné žlázy. V samotné analýze srovnáváme dotazníkové odpovědi, tedy hrubé skóry, jež vzniknou, a to jsou metrická data. Pro výběr testu je však důležité, že pracujeme s nominálními proměnnými. Dále je u testování hypotéz nutné si uvědomit, že sledujeme vztah, tedy nějakou závislost mezi dvěma proměnnými, i když zjišťujeme, jestli je mezi nimi nějaký rozdíl. Následně musíme zjistit, zdali můžeme použít parametrické metody nebo ty neparametrické. Parametrické metody mají vyšší sílu testu, musí však být splněny podmínky. První podmínkou je ověření normality daného souboru. Proto pro každou hypotézu jsme museli u jejich dat zjistit, zda tato data mají normální rozložení. U každé hypotézy pak sdělíme, jestli tato podmínka splněna byla nebo ne. Dále musí být splněna podmínka velikosti souboru, a to tak, že musí být větší než 30 probandů. Tuto podmínku máme splněnou. Také musí být splněna podmínka homogenity rozptylů, která je zaznačena v tabulce v daném testu, proto ji nemusíme řešit zvlášť. Potom tedy již můžeme přistoupit k samotné testovací metodě. V případě, že podmínky pro **parametrické metody** budou splněny, tak použijeme **t-test** pro dva nezávislé výběry. Chceme zjistit, jestli bude rozdíl mezi dvěma nezávislými skupinami. V případě, že podmínky splněny nebudou, tak použijeme **neparametrickou obdobu t-testu** a to **Mann-Whitneyův U test**. Nyní už můžeme přistoupit k samotnému testování jednotlivých hypotéz. Analýzu budeme provádět tak, že vždy napíšeme každou hypotézu zvlášť, rozhodneme u ní, jestli může být použit parametrický test nebo jeho neparametrická varianta, a na základě hodnoty p, která v tomto výpočtu vyjde, rozhodneme, jestli hypotézu přijímáme nebo zamítáme. Vše budu zkoumat na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

H₁: Ženy trpící onemocněním štítné žlázy skórují v subškále „**přehodnocení**“ v ERQ nižšími skóry oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

Podmínka normality není splněna, proto u první hypotézy použijeme neparametrickou metodu Mann-Whitneyův U test. P-hodnota vyšla $0,65 > 0,05$. Jelikož ale statistika pracuje jen s oboustrannými hypotézami, a my máme jednostrannou, musíme dopočítat jednoduchou matematickou operací skutečnou p-hodnotu. Nejdříve musíme zjistit, jestli hodnota vyšla v předpokládaném směru. Ve Statistice 12 jsme pomocí krabicového grafu zjistili, že ano, tak danou hodnotu vydělíme dvěma. P je tedy $0,33 > 0,05$. Hodnota nepadla do kritického oboru a danou hypotézu **nelze přijmout**.

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) Dle proměn. Skupina Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$					
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené
Přehodnocení	9596,5	5628,5	3417,5	0,45	0,65	0,45

Tabulka č. 4: Mann-Whitneyův U test pro škálu přehodnocení

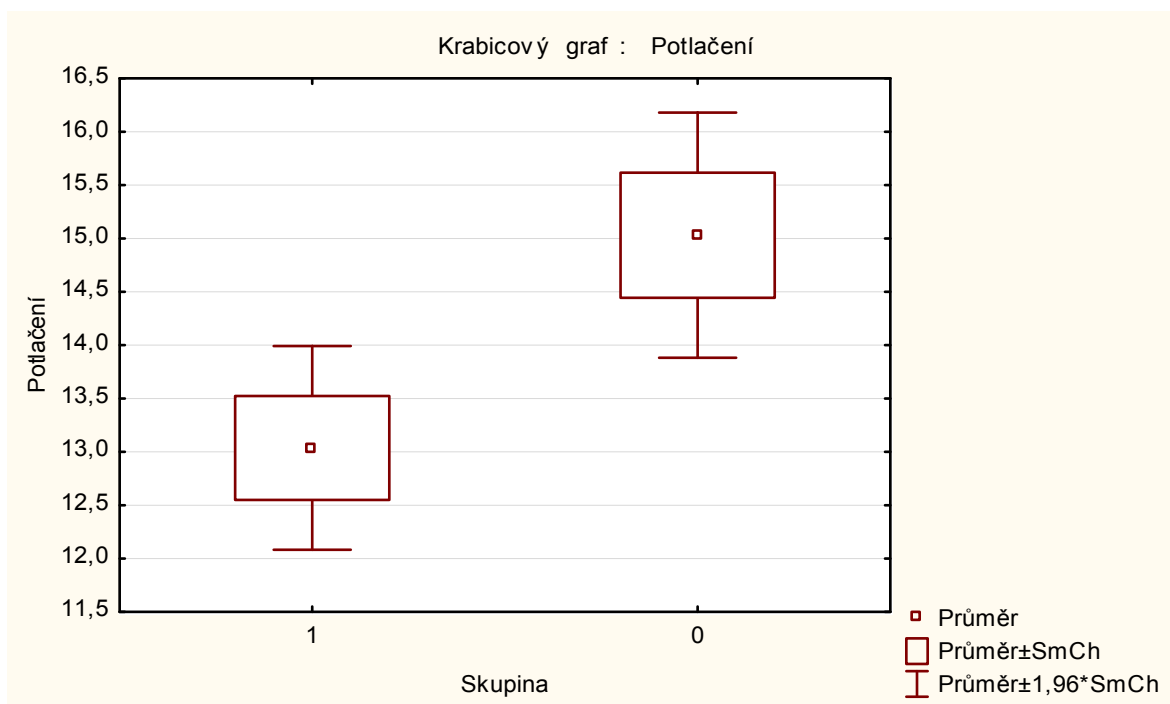
H₂: Ženy trpící onemocněním štítné žlázy skórují v subškále „**potlačení**“ v ERQ vyššími skóry oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

Podmínka normality je splněna, proto u této hypotézy použijeme t-test pro dvě nezávislé proměnné. P-hodnota vyšla $0,01 < 0,05$, Statistica 12 nám tedy potvrzuje, že se tyto dvě skupiny liší. Po přepočítání p-hodnoty nám vyjde číslo 0,005, to znamená, že hodnota padla právě do kritického oboru. Hypotézu tedy **přijímáme**.

Proměnná	t-testy; grupováno: Skupina Skup. 1: 1 Skup. 2: 0						
	Průměr 1	Průměr 0	t	sv	p	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Potlačení	13,04	15,03	-2,58	172	0,01	1,13	0,60

Tabulka č. 5: T-test pro dva nezávislé výběry pro škálu potlačení

Tuto hypotézu tedy přijímáme a pro lepší ilustraci také přidáváme krabicový graf, který tento vztah názorně zaznamenává.



Graf č. 1: Krabicový graf pro škálu potlačení

V grafu jsou zaznačeny dvě skupiny, skupina 1 jsou ženy zdravé a skupina 0 jsou ženy trpící onemocněním štítní žlázy.

H₃: Ženy trpící onemocněním štítné žlázy skórují v subškále „**odmítání**“ v EMBU vyššími skóry oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

Podmínka normality není splněna, proto použijeme Mann-Whitneyův U test. P-hodnota $0,42 > 0,05$, po přepočítání nám však vyjde hodnota $0,29 > 0,05$ tuto hypotézu tedy **nelze přijmout**.

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost)					
	Dle proměn. Skupina					
	Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$					
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené
Odmítání	9598	5280	3200	0,81	0,42	0,81

Tabulka č. 6: Mann-Whitneyův test pro škálu odmítání

H₄: Ženy trpící onemocněním štítné žlázy skórují v subškále „**emoční vřelost**“ v EMBU nižšími skóry oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

Podmínka normálního rozložení dat je splněna, proto použijeme parametrický t-test. P-hodnota je $0,76 > 0,05$. Po přepočítání nám p vyjde $0,12 > 0,05$. Čtvrtou hypotézu tedy **nelze přijmout**.

Proměnná	t-testy; grupováno: Skupina Skup. 1: 1 Skup. 2: 0						
	Průměr 1	Průměr 0	t	sv	p	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
Vřelost	33,57	33,95	-0,31	170	0,76	1,21	0,38

Tabulka č. 7: T-test pro dva nezávislé výběry pro škálu emoční vřelost

H₅: Ženy trpící onemocněním štítné žlázy skórují v **pozitivních strategiích** zvládání stresu v SVF nižšími skóry oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

Podmínka normálního rozložení není splněna, použijeme tedy Mann-Whitneyův U test. P-hodnota je $0,43 > 0,05$, po přepočtu $0,22 > 0,05$, hypotézu tedy **nelze přijmout**.

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) Dle proměn. Skupina Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$					
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené
POZ	9706,5	5518,5	3307,5	0,79	0,43	0,80

Tabulka č. 8: Mann-Whitneyův test pro pozitivní strategie zvládání stresu

H₆: Ženy trpící onemocněním štítné žlázy skórují v **negativních strategiích** zvládání stresu v SVF vyššími skóry oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

Podmínka normálního rozložení není splněna, použijeme tedy Mann-Whitneyův U test. P-hodnota je $0,51 > 0,05$, po přepočtu $0,26 > 0,05$, hypotézu tedy **nelze přijmout**.

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) Dle proměn. Skupina Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$					
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené
NEG	9237	5988	3351	-0,66	0,51	-0,66

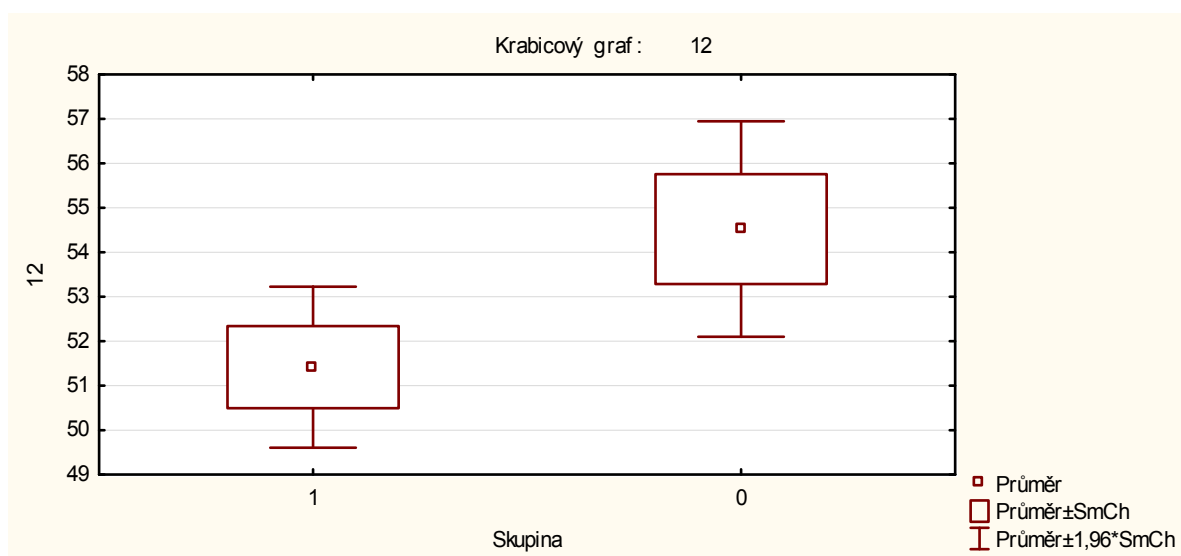
Tabulka č. 9: Mann-Whitneyův test pro negativní strategie zvládání stresu

Toto je tedy statistická analýza pro předem stanovené hypotézy, které jsme dle teorie sestavili. Výzkum však přinesl mnoho dat, která jsme zkusili ještě v programu Statistica 12 zpracovat. Vyšly následující výsledky:

V rámci testu SVF 78 byly pomocí t-testu, který je nejsilnějším měřítkem, zhodnoceny také jednotlivé strategie zvládání stresu, jak jsou popsány v manuálu k tomuto testu. Tabulku ukazující, jak se mezi sebou jednotlivé subtesty liší dle těchto dvou stanovených skupin, zmíněnou tabulku najdete v příloze č. 3. Žádný z jednotlivých subtestů nevyšel signifikantně odlišně v rámci těchto dvou skupin, až na jeden a to strategii zvládání stresu zvanou **rezignace**. A i když to není výsledek týkající se přímo operacionalizovaných hypotéz, tak bychom tuto skutečnost rádi zaznamenali v tomto textu. Rezignace patří mezi negativní zvládací strategie, proto velice okrajově můžeme říci, že přijímáme hypotézu o jedné z negativních strategií. Zde jsou výsledky, p-hodnota $0,04 < 0,05$. Po přepočtu nám vyjde $p\ 0,02 < 0,05$. Tento fakt naznačuje, že ženy trpící štítnou žlázou využívají signifikantně častěji strategii zvládání stresu zvanou rezignace oproti ženám bez obtíží se štítnou žlázou.

Proměnná	t-testy; grupováno: Skupina						
	Skup. 1: 1 Skup. 2: 0						
	Průměr 1	Průměr 0	t	sv	p	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
12.rezignace	51,42	54,52	-2,03	171	0,04	1,08	0,72

Tabulka č. 10: T-test pro dva nezávislé výběry pro subtest rezignace v rámci NEG



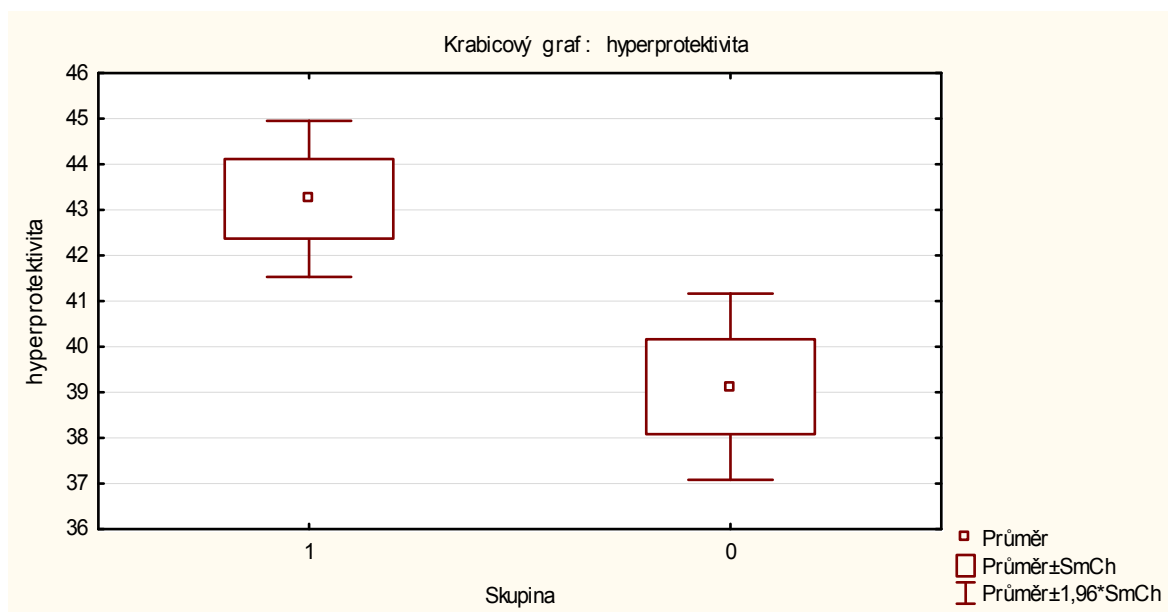
Graf č. 2: Krábiový graf pro strategii zvládání stresu zvanou rezignace

Další skutečnost, která byla zjištěna zkoumáním získaných dat, je souvislost domácího zázemí v rámci srovnání těchto dvou skupin. Test EMBU, zmíněný již výše obsahuje tři subtesty odmítání, emoční vřelost a hyperprotektivitu. Dvě hypotézy související s tímto dotazníkem se týkaly pouze vřelosti a odmítání v rámci koncepce transgeneračního modelu rodiny. V rámci **hyperprotektivity** jsme se nesetkali s výzkumy, které by s tímto modelem pracovaly. Tento subtest jsme zde nechali jen pro celistvost dotazníku, ale když jsme jej později prozkoumali v programu Statistica 12, zjistili jsme, že zde vztah existuje a to vysoce signifikantní, dokonce potvrditelný na hladině významnosti nejen $\alpha=0,05$, kterou využíváme v celém svém výzkumu, ale i na hladině $\alpha=0,001$.

Proměnná	t-testy; grupováno: Skupina						
	Průměr 1	Průměr 0	t	sv	p	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
hyperprotektivita	43,24	39,12	2,97	171	0,003	1,17	0,51

Tabulka č. 11: T-test pro dva nezávislé výběry pro škálu hyperprotektivita

Ze zjištěných skutečností tedy vyplývá, že ženy bez obtíží se štítnou žlázou uvádí, že měly hyperprotektivnější prostředí doma než ženy trpící těmito obtížemi a to velmi signifikantně, jak můžeme shlédnout i na tomto grafu, který přikládáme. Nulou jsou označeny ženy trpící onemocněním štítné žlázy a jedničkou ženy zdravé.



Graf č. 3: Krabicový graf pro škálu hyperprotektivita

Dále byly zkoumány samostatně pozitivní strategie zvládání stresu. Podmínka normality byla splněna, v t-testu však žádný signifikantní rozdíl objeven nebyl. Dále byly všechny subtesty analyzovány t-testem a k tomu vytvořeny histogramy, avšak signifikantní rozdíl zde nalezen nebyl. Hodnoty kolísaly dle našich očekávání podle předem stanovených hypotéz. To znamená, že v negativních strategiích ženy s obtížemi skórovaly výše a zdravé ženy zase skórovaly výše v pozitivních strategiích. Rozdíl však nebyl signifikantní. Ve strategiích podhodnocení situace, odklon a náhradní uspokojení ženy skórovaly v opačném směru, než jsme předpokládali.

11. Shrnutí a interpretace výsledků

Pro porovnání výzkumné otázky, zdali se liší v regulaci emocí a strategiích zvládání stresu ženy se štítnou žlázou oproti ženám bez obtíží, jsme použili celkem tři dotazníkové metody v rámci jednoho šetření, přičemž všechny tři dotazníky absolvovaly všechny ženy. Hned zpočátku bylo stanoveno šest hypotéz, z toho byla **jedna hypotéza přijata a pět zamítnuto**, při analýze se však objevily i skutečnosti, které jsme dopředu nepředpovídali. Jelikož endokrinologická onemocnění ani nepatří mezi základní příklady psychosomatických poruch, chtěli jsme spíše touto prací zjistit, jestli existuje nějaký rozdíl v subjektivním hodnocení emocí mezi těmito dvěma skupinami. Tato práce má spíše explorační a trochu i deskriptivní charakter, jelikož cílem bylo tuto skutečnost prozkoumat a popsat.

První výzkumnou metodou v rámci dotazníkového šetření byl dotazník ERQ, k němuž se vztahovaly první dvě výzkumné hypotézy, vytvořené na základě psychoneuroendokrinních teorií. Zajímalo nás, jestli bude rozdíl v regulaci emocí u žen trpících onemocněním štítné žlázy oproti ženám bez tohoto onemocnění. Regulaci emocí jsme zde uchopili ve dvou regulačních procesech a to přehodnocení a potlačení. Přičemž **hypotéza s přehodnocením nevyšla signifikantně**, zatímco **hypotéza s potlačením signifikantně vyšla**. Jinak řečeno, ženy s onemocněním štítné žlázy se neliší ve schopnosti přehodnocovat své emoce v rámci negativního prožívání oproti ženám bez tohoto onemocnění. Na druhou stranu se výrazně liší ženy s tímto onemocněním ve schopnosti potlačovat emoce, a to tak, že častěji využívají tuto strategii oproti ženám zdravým. V regulaci emocí se tedy liší jen v jedné škále.

Druhou výzkumnou metodou použitou v tomto sebeposuzovacím dotazníku byl EMBU, k němuž jsme přiřadili další dvě hypotézy týkající se rodinného zázemí a vztahu s rodiči.

Tyto hypotézy vznikly na základě transgeneračního modelu rodiny. Hypotézy byly stanoveny opět na základě subškál, na jejichž základě je tento test vytvořen. Hypotézy se týkaly odmítání a emoční vřelosti rodičů, třetí subškála tohoto testu je hyperprotektivita, kterou jsme teorií neukotvili, ale jako jediná vyšla signifikantní. To znamená, že tento výzkum ukázal, že **ženy zdravé uvádějí, že mají hyperprotektivnější rodiče** než ženy trpící onemocněním štítné žlázy.

Třetí a poslední výzkumnou metodou byl dotazník SVF 78 Strategie zvládání stresu, ke kterému byly přiřazeny poslední dvě hypotézy týkající se pozitivních a negativních strategií. Tyto hypotézy vycházejí z psychosomatické teorie stresu a říkají, že ženy trpící onemocněním štítné žlázy budou hůře zvládat stresové situace, to znamená, budou užívat méně efektivní strategie než ženy zdravé. Tato teorie se však v praxi nepotvrdila. Při podrobnější analýze jednotlivých subškál a podle krabicových grafů tento rozdíl **téměř u každé subškály zvlášť, je dle námi stanovených hypotéz, ale není signifikantní**. Ještě ale program Statistica 12 zjistila, že signifikantní je škála **rezignace**, patřící mezi negativní zvládací strategie, přičemž ženy trpící onemocněním štítné žlázy na této škále skórují velice vysoko oproti ženám zdravým. V praxi to tedy znamená, že ženy trpící onemocněním štítné žlázy rezignují v situacích stresu a velkých nároků na psychiku. Manuál k dotazníku SVF nabízí interpretační hledisko této škály, a to takové, že tyto ženy vyjadřují subjektivní nedostatek možností zvládat zátěžové situace. Patří sem pocity bezmoci a beznaděje ve vztahu k zátěži a k vlastním schopnostem, s následným vzdáváním snahy (Švancara, 2003).

12. Diskuze

Tato bakalářská práce byla vytvořena s cílem zjistit, jestli je rozdíl v emočním regulování, v blízkých vztazích a zvládání stresu u žen trpících onemocněním štítné žlázy oproti zdravým ženám. V diskuzi se chceme zamyslet nad limity, ale možná i přínosy této práce.

Základní koncept bakalářské diplomové práce je psychosomatický přístup k člověku, a i když se endokrinologická onemocnění někdy objevují jako příklady psychosomatických onemocnění, je velice těžké je uchopit. V literatuře jsme se také nejednou setkali s faktem, že počáteční příznaky tyreopatií a obecně onemocnění žláz s vnitřní sekrecí se často zaměňují s duševní nemocí. Spojitost s emocemi jsme si vybrali proto, že ovlivňují člověka ve všech ohledech. Uchopili jsme výzkum jako srovnávací studii. Tato studie měla srovnat experimentální a kontrolní skupinu, přičemž výše v textu zmiňujeme, že označení

experimentální je pouze pro přehled. Jsou to právě ty ženy trpící onemocněním štítné žlázy. Neprovádíme však žádný experimentální zásah, proto na tuto skutečnost znovu upozorňujeme. Kontrolní skupinou jsou zdravé ženy shodující se ve věku. Podmínka k zařazení do této srovnávací studie byla, aby netrpěly onemocněním štítné žlázy ani žádným jiným. Uznáváme, že je velice těžké uchopit dvě takovéto skupiny a obecně studie zabývající se psychosomatickými tématy jsou velice problematické. Jak již říká Baštecký et al. (1993) ve své knize Psychosomatická medicína, každý takový druh výzkumu nabývá alespoň trochu na významu, pokud jsou jasně definované skupiny, kterých se výzkum bude týkat a metody, kterými se bude něco ověřovat. Výzkumný soubor byl tedy stanoven tak, že experimentální skupinou žen se staly ty, co trpí onemocněním štítné žlázy, tento fakt byl potvrzen lékařským dohledem nad pacientkami, které dotazník vyplňovaly.

Skupiny pro tento výzkum byly původně nadefinovány ještě přísněji, než v této hotové práci jsou. Původním cílem bylo zaměřit se na příčinné vztahy vzniku onemocnění štítné žlázy a dokázat je ve srovnání se skupinou zdravých žen. Téma se jmenovalo „Vliv regulace emocí na vznik zvětšené štítné žlázy“. Chtěli jsme se věnovat kauzalitě, nadefinovali jsme si práci ještě specifičtěji se zaměřením na hypertyreózu. Sestavili jsme si tedy plán a začali shromažďovat literaturu, jak již bylo zmíněno v plánu výzkumu. Po problematickém počátku výzkumu jsme se rozhodli, že ve studii nebudeme sledovat kauzální vztahy, ale že zkusíme najít souvislost nebo spíše rozdíl mezi ženami s obtížemi se štítnou žlázou a těmi zdravými. Navíc při hlubším studiu literatury a proniknutí hlouběji do tématu psychosomatiky a endokrinologie, jsme se přesvědčili o tom, že kauzální příčinu nemůžeme najít touto základní kvantitativní explorační studií v uvedené problematice. Název práce byl změněn, což vlastně znamenalo, že byl změněn cíl výzkumu a výběrový soubor.

Co se týče velikosti souboru v experimentální i kontrolní skupině, měly být podle plánu stejné, 100 a 100 respondentek. Uvědomujeme si, že i toto číslo je malé pro vyvozování nějakých plnohodnotných závěrů. Navíc nastala komplikace se sběrem dat v experimentální skupině a podařilo se získat pouze 66 respondentek. Vzhledem k výzkumné otázce a povaze této studie, tedy srovnání dvou nezávislých skupin, jsme mohli ponechat poměr 108 zdravých žen a 66 žen trpících onemocněním štítné žlázy. Kdybychom prováděli srovnání skupin na sobě závislých, nemohli bychom nechat rozdílné velikosti souborů. Pro účely této studentské práce však považujeme velikost souboru za

dostačující. Samozřejmě si uvědomujeme, že velikost tohoto souboru není dostatečně reprezentativní a nemůžeme tedy očekávat, že by se závěry daly zobecnit na populaci. K dostatečné reprezentativnosti by také bylo potřeba zaměřit se na výzkum v celé České republice, nejen ve Zlínském a Olomouckém kraji. Jak již bylo zmíněno, v kontrolní skupině jsme měli 108 respondentek, a hlavní podmínkou bylo, aby to byly ženy zdravé. Mohlo se však stát, že nějakou svou chorobu zapřely, protože dotazník byl plně anonymní a s těmito ženami jsme se nesetkali. Tyto ženy jsme navíc získávali příležitostně pomocí jednodušší dostupnosti a jejich ochoty, což určitě mohlo vést k určitému zkreslení. Mohla se zde objevit skutečnost, že se tyto ženy stavěly do pozice zdravé ženy, mohlo dojít k efektu morčete, kdy zkoumaná osoba ví, že je předmětem zkoumání a začne se chovat tak, aby vyhověla výzkumníkovi (Ferjenčík, 2000). V rámci výzkumných možností jsme nemohli zkontrolovat, zdali ženy netrpí nějakým somatickým nebo klidně i psychickým onemocněním. Mohlo se tedy stát, že i některé osoby z kontrolní skupiny měly nějaká psychosomatická onemocnění. Hlavně ve smyslu pojetí psychosomatického konceptu, rozebíraného v první kapitole, kdy jakékoliv onemocnění má příčinu v psychickém stavu s tím, že nesmíme opomenout propojení sociální a spirituální složky (viz kapitola 1.1.).

Co však vliv mělo bezpochyby je určitě aktuální nastavení osoby, jež vyplňovala náš dotazník, její nálada a celkový psychický stav. Vliv ale mohl být právě v tom, jaký druh pacientek trpících onemocněním štítné žlázy se tohoto výzkumu účastnil. Vzhledem k tomu, že hlavním etickým aspektem tohoto výzkumu bylo zaručení anonymity a souhlas se zařazením výpovědí do výzkumu stvrzený vyplněním tohoto dotazníku, tak tímto vznikla skupina, která se účastnila, ale vznikla mnohem větší skupina, která účast odmítla. V závěrečné diskuzi s lékařkami, které s námi spolupracovaly, jsme zjistili, že velké procento žen trpících onemocněním štítné žlázy toto vyplňování odmítala kvůli náročnosti celého dotazníku. Starším pacientkám tedy mohl trvat až celou hodinu. Aspekt stáří, horšího soustředění a neporozumění textu vedl k menší návratnosti dotazníků. I když na druhou stranu, podívám-li se na statistický popis dat u obou souborů, ženy trpící obtížemi se štítnou žlázou mají vyšší průměrný věk. To znamená, že náročnost tohoto testu sice hrála velkou roli v jeho menší návratnosti, ale také to znamená, že přece jen odmítání vyplnění nebo navrácení dotazníků v experimentální skupině mělo i jiné důvody. Hodně často se objevovala zpětná vazba ve smyslu nepochopitelnosti a nesmyslnosti otázek hlavně v dotazníku ERQ. Ženy často vyplnily první dva řádky a pozastavovaly se nad tím, proč se otázky pořád opakují. Další námitky k dotazníku byly ve smyslu citlivosti

dat. Některé ženy buď napsaly na dotazník, nebo řekly lékařce, že se jedná o moc citlivé otázky, na které nechtějí odpovídat, i když je anonymní. Můžeme se tedy pouze domnívat, jestli nám zpět dotazník nevrátily právě ženy, jejichž citové rozpoložení odpovídá našim hypotézám nebo naopak. Vlivem mohl být také samotný věk, vytvořili jsme poněkud velkou věkovou skupinu, v rámci které mohou být také různé nesrovnalosti.

Pro zjištění regulace emocí jsme použili dotazník ERQ, pro emocionalitu od rodičů EMBU a pro zjištění strategií zvládání stresu SVF. Všechno jsou sebeposuzovací dotazníky, které si s sebou nesou mnoho nevýhod, které jsme zmínili už u výběrového souboru a počtu respondentů. Objevuje se zde nízká návratnost, které jsme se snažili vyhnout oslovením endokrinologů. Těm, jako svým ošetřujícím lékařům, respondentky spíše vyhověly, i když jen částečně. Dále tento typ dotazníků má nedostatek flexibility, zjistíme pouze odpovědi na dané škály. Sebeposuzovací dotazníky mají jen slovní vyjádření, nelze zachytit spontánní odpověď, nemůžeme sledovat neverbální projevy probanda a navíc nemůžeme ani kontrolovat prostředí, ve kterém dotazník vyplňuje a jestli vyplní vše. S tímto faktem zas tak velký problém nebyl. Vyřadili jsme celkově 6 dotazníků kvůli nevyplnění, a to 1 z experimentální skupiny a 5 z kontrolní skupiny. Zbytek byl vyplněn celý. Velkým problémem při výzkumu bylo, že sebeposuzující škály mohou způsobit zkreslení vzorku. Dále také při sebehodnocení vzniká problém s nadhodnocováním a stylizací. Je tedy možnost, jak již bylo zmíněno výše, že se zdravé ženy mohly stylizovat a nadhodnotit do lepších pozic. Nevýhodou samozřejmě není jen to, že tyto dotazníky jsou pouze sebeposuzovací, ale také to, že ERQ a EMBU nejsou standardizované. Jejich aplikovatelnost je tedy problematická. K tomuto bychom však chtěli říci, že své závěry obecně neaplikujeme na celou populaci a že si uvědomujeme omezení, která tento výzkum s sebou nese. Tím, že jsme zvolili metodu diferenční studie, můžeme se zaměřit na to, co tyto dotazníky vypovídají v rámci našeho výběrového souboru. I když tyto metody nejsou standardizované a lehce aplikovatelné na českou populaci, tak i přesto jsou vypovídající v rámci našeho zvoleného výběrového souboru.

Rozebrali jsme zde v diskuzi to, že původní výzkumný záměr byl jiný, než ten, který se nám podařilo naplnit. Dále problematiku výběrového souboru, samotných dotazníků, návratnosti dotazníků, ale ještě bychom zde chtěli zmínit jednu zajímavost, se kterou jsme se setkali v průběhu výzkumu.

Když jsme oslovili endokrinology, ne vždy jsme se setkali s přízní, mnoho z nich pomoc ve výzkumu rovnou odmítlo, několik z nich se chtělo potkat a vyslechnout, následně však

odmítli a několik z nich pomoc poskytlo. Zajímavou skutečností však zůstává, že ačkoliv jsou to všechno profesionální endokrinologická pracoviště zabývající se somatickou léčbou dle tradičního medicínského modelu, tak se lékaři dost lišili ve svých názorech jak na samotné onemocnění, tak na náš výzkumný záměr. Měli jsme domluvenou spolupráci v pěti endokrinologických pracovištích. Ve dvou případech jsme se u lékařek setkali sice s ochotou pomoci studentce, ale na druhou stranu neuznání psychosomatického tématu. Tyto lékařky dopředu upozorňovaly na fakt, že nic nezjistíme, a že pokud zkoumáme emoce, tak se dozvíme pouze „hořekování“ od žen ve středních letech nikoliv projev endokrinologického onemocnění. Tyto dvě lékařky tvrdily, že sice hormon štítné žlázy je v nepořádku (to znamená, že je ho příliš mnoho nebo příliš málo), ale úprava pomocí léků dá vše do pořádku a není rozdíl ani v emocích ani v ničem jiném mezi těmito ženami a těmi bez obtíží. Jedna z lékařek měla k výzkumu neutrální postoj, spíše říkala, že by to zjišťovala jinými metodami, ale že to není špatný nápad. Poslední dvě lékařky nás až překvapily svým entuziasmem pro tento výzkum. Jedna z nich dokonce říkala, že jí chybí nějaká studie, která by se zaměřila na emocionálnost onemocnění štítné žlázy. Říká, že i když jsou ženy medikovány, vnímá u nich obrovský rozdíl v jejich prožívání. Označuje pacientky s hypertyreózou za emocionálně nevyrovnanější a ty s hypotyreózou za utlumenější. Pro tuto práci není stěžejní, jak se na tuto problematiku endokrinologové dívají, jen nás zaujal ten rozdíl a chtěli jsme jej zde v diskuzi zmínit.

Jak bylo zmíněno výše, validita tohoto výzkumu není reprezentativní a zobecnitelná na celou populaci kvůli sebeposuzovacím a nestandardizovaným metodám. Na základě rozhovorů s endokrinoložkami a na základě analýzy dat nás to právě vede k závěru, že sice nemůžeme říci, jestli se opravdu ženy s onemocněním štítné žlázy liší v emočním prožívání, zvládání emocí a stresu oproti těm, co tímto onemocněním netrpí, můžeme ale říci, jak to právě tyto ženy vnímají. Cílem bylo zjistit subjektivní hodnocení žen trpících onemocněním štítné žlázy. V literatuře se člověk může dočíst, jaké projevy nejen tělesné, ale i psychické s sebou nese nějaká nemoc. V mnoha odborných knihách, ale i těch populárně naučných nebo spíše v těch manuálech pro pacienty, jenž právě tímto onemocněním trpí, člověk najde mnoho symptomů, které na sobě může a nemusí sledovat, a které ostatní mohou a nemusí na tomto člověku spatřovat. Zmínili jsme, že rozdíl v pohledu endokrinologů nepochybně existuje. Názory se mohou lišit i uvnitř této skupiny pacientek. Proto bychom chtěli zdůraznit důležitý význam této práce, a to ten, že jsme zjistili, jak se tyto samotné ženy vnímají a posuzují, jak na tom jsou v sebehodnocení svých emocí. A i když jsme nepotvrdili většinu hypotéz, nějaké rozdíly zde jsou a tím jsme

vlastně naplnili svůj původní cíl, zjistit subjektivní hodnocení emocionality žen trpících štítnou žlázou. A jak už jsme zmínili v odstavci u problematiky sebehodnocení, tak stylizace a nadhodnocení je časté, a i přesto v některých subškálách skórují velice nízko nebo naopak vysoko ve srovnání se zdravou populací žen.

Na závěr diskuze bychom chtěli shrnout výsledky a zjištění. Můžeme říci, že pacientky trpící jakýmkoliv onemocněním štítné žlázy se významně neliší v přehodnocování emocí, také se významně neliší v emočním zázemí poskytovaném rodiči ani v tom, že využívají více negativních strategií zvládání stresu oproti zdravé populaci. Nemůžeme tedy říci, že bychom potvrdili psychosomatickou teorii tvrdící, že problematika emocí u endokrinologických onemocnění je na prvním místě. Dalo by se říci, že emoce jsou důležitým faktorem psychosomatických onemocnění, přece jen je jejich vliv součinností mnoha dalších faktorů, proto i problematika nalezení kauzality je nepřipustná. I přesto se významně liší v potlačování emocí, s tím, že statisticky významně více potlačují své emoce. Také více používají negativní strategii zvládání stresu a to rezignaci. A v poslední řadě výsledky ukazují, že jejich rodiče byli méně hyperprotektivní ve srovnání se zdravou populací žen. Endokrinologickým onemocněním ve spojení s psychosomatickými tématy se u nás moc nevěnuje pozornost, proto tuto práci pokládáme v tomto smyslu za přínosnou. Zároveň, jak jste si mohli přečíst v diskuzi, jsme si vědomi mnoha limitů, kterými je tato práce ovlivněna, a to zejména nereprezentativním vzorkem respondentek, nestandardizovanými metodami a povahou subjektivního hodnocení pacientek.

Další rozvedení problematiky vidíme ve svém budoucím zpracování kombinovaného kvalitativního a kvantitativního výzkumu sledujícího problematiku nejen emocí, ale i jiných aspektů u pacientek trpících onemocněním štítné žlázy. Chtěli bychom se tedy věnovat životnímu příběhu žen trpících onemocněním štítné žlázy a to buď pouze hypertyreózou nebo jen hypotyreózou.

13. Závěry

Výsledky výzkumu nesvědčí pro přímou souvislost regulace emocí, emočního zázemí rodičů ani zvládání stresu a onemocnění štítné žlázy, ale přesto můžeme říci, že v některých škálách ženy trpící onemocněním štítné žlázy oproti ženám v kontrolní zdravé populaci skórují tak, že tuto teorii potvrzují. Na základě získaných dat a jejich statistické analýzy můžeme v závěru práce konstatovat tato fakta:

V sebehodnotícím dotazníku týkajícího se regulace emocí ženy trpící onemocněním štítné žlázy oproti ženám zdravým signifikantně více užívají strategie potlačení. Přičemž v druhé škále, přehodnocení, která tvoří tento dotazník, se žádný signifikantní rozdíl neobjevil.

Ve druhém dotazníku týkající se rodinného emocionálního zázemí se nepotvrdilo naše tvrzení, že ženy se štítnou žlázou budou zažívat více odmítání od rodičů a méně emocionální vřelosti. Potvrdil se však vztah mezi hyperprotektivitou a onemocněním štítné žlázy. Ve statistické analýze vyšlo, že ženy zdravé zažívaly v dětství více hyperprotektivního chování oproti ženám trpícím štítnou žlázou.

V posledním dotazníku týkajícího se strategií zvládání stresu jsme taktéž nepřijali žádnou z našich hypotéz. V jedné z těchto škál se experimentální skupina profilovala statisticky významně výše, je to škála rezignace, která ukazuje, že ženy trpící onemocněním štítné žlázy používají tuto negativní zvládací strategii častěji než ženy z kontrolní zdravé skupiny.

Souhrn

Tato bakalářská diplomová práce, která se Vám dostala do rukou, se skládá z teoretické části a praktické neboli výzkumné části. Hlavním tématem této práce obecně je psychosomatická koncepce, přímo v této práci se však zaměřuji na onemocnění štítné žlázy v souvislosti s emocionálním prožíváním. Psychosomatický model nemá své uznávané místo, jeho aplikace je problematická, protože není uznáván veřejností laickou ani odbornou. Na druhou stranu tomuto pojetí se věnuje čím dál více autorů, takže dochází k postupnému prosazování (Poněšický, 2002). Také kromě obecného nepřijetí tohoto konceptu panuje docela neshoda v tom, jaká onemocnění jsou typicky psychosomatická, jsou zde názory přes uznávání všech nemocí jako psychosomatických až po přesně vytyčené nemoci, které se nazývají psychosomatickými (Honzák, 1989). Endokrinologická onemocnění by tam podle některých odborníků být měla, podle jiných v žádném případě ne. V endokrinologické oblasti se také velice často setkáváme se záměnou za duševní chorobu a to hlavně v souvislosti s emočním prožíváním (Baštecký, 1993). Pro náš výzkumný záměr jsme si vybrali pouze onemocnění štítné žlázy, ne všech žláz s vnitřní sekrecí. Výběrovým souborem jsou ženy ve věku 30 až 65 let, protože ty trpí onemocněním štítné žlázy 4-6krát častěji než muži (Jiskra, 2011). U těchto žen jsme se zaměřili na jejich subjektivní hodnocení emočních prožitků a zvládacích strategií stresu a porovnali je se subjektivní emocionalitou zdravých žen.

Teoretická část je rozdělena do šesti kapitol, jež všechny souvisí s následným výzkumem. První kapitola pojednává o psychosomatickém přístupu, o vzniku tohoto přístupu a jeho postavení ve společnosti, také popisuje vznik psychosomatického onemocnění a v poslední řadě jeho aplikaci do endokrinologie. Druhou a třetí kapitolou jsou emoce a jejich regulace, jež jsou v zásadě stěžejním tématem. Tím, že se věnujeme somatickým poruchám, a to těm týkajícím se štítné žlázy, ani teorie k emocím nesmí postrádat tělesný a neurální základ. Regulace emocí znamená jejich ovládnutí a zvládnutí, k čemuž napomáhá také emoční inteligence, které ve třetí kapitole také přikládáme důraz. Další kapitolou je stres, jeho zvládnutí a samotný psychosomatický model stresu. Poslední dvě kapitoly věnujeme anatomii štítné žlázy a jejímu onemocnění. Celá teorie je proložena cizojazyčnými zdroji a vyjádřením odborníků ke konceptu emocionality a psychosomatických onemocnění.

Praktická část už je zaměřena na samotný výzkum, tedy srovnávací studii dvou skupin, žen trpících onemocněním štítné žlázy a zdravých žen. Cílem této studie je srovnat, jestli se nějakým způsobem liší emoční regulace, emocionalita předávaná rodiči a strategie zvládání stresu u žen trpících obtížemi se štítnou žlázou oproti ženám bez onemocnění štítné žlázy. V tomto případě jde o kvantitativní studii, která je zaměřena deskriptivně, protože popisuje danou problematiku a svým způsobem také exploračně, protože mapuje tuto problematiku samotnou. Na základě teorie jsme si stanovili šest hypotéz. Jako hlavní výzkumný nástroj jsme si vybrali dotazníkové šetření. Samotný dotazník jsme sestavili ze tří jednotlivých psychologických dotazníků věnujících se zmíněné problematice. Jsou to dotazníky ERQ zjišťující schopnost regulace emocí, EMBU zjišťující emocionalitu ve vztahu k rodičům a SVF zaměřující se na strategie zvládání stresu. Pouze SVF je standardizovaný dotazník, ty druhé dva mají vypovídající hodnotu pouze v rámci srovnání se skupinou zdravých žen. Obě skupiny vyplnily všechny tři testové metody. Ženám byla zaručena naprostá anonymita a souhlas s výzkumem byl stvrzen samotným vyplněním. Doba trvání vyplnění dotazníků byla v rozmezí od 20 min do 60 min. Na základě příležitostného výběru bylo získáno 108 zdravých žen do kontrolní skupiny a na základě záměrného výběru přes instituci endokrinologických pracovišť vybrán vzorek 66 žen s onemocněním štítné žlázy. Ke statistické analýze byla využita popisná statistika a parametrické i neparametrické metody. K hodnotám s dodrženou podmínkou normálního rozložení jsme přiřadili parametrický t-test pro dvě nezávislé skupiny a u dat, která tuto podmínku nesplňovala, jsme využili jeho neparametrickou obdobu Mann-Whitneyův U test. Hladina významnosti u celé analýzy byla stanovena $\alpha < 0,05$. Z celkového počtu šesti hypotéz jsme přijali jednu a zamítli pět. Objevily se i vztahy, které jsme dopředu nepředpovídali, přesto nám přijde důležité je zde zmínit.

Výsledky výzkumu nesvědčí pro přímou souvislost regulace emocí, emočního zázemí rodičů ani zvládání stresu a onemocnění štítné žlázy, ale přesto můžeme říci, že v některých škálách ženy trpící onemocněním štítné žlázy oproti ženám v kontrolní zdravé populaci skórují tak, že tuto teorii potvrzují. Na základě získaných dat a jejich statistické analýzy můžeme v závěru této práce konstatovat tyto fakta.

V sebehodnotícím dotazníku týkajícího se regulace emocí ženy trpící onemocněním štítné žlázy oproti ženám zdravým signifikantně více užívají strategie potlačení. Přičemž v druhé škále, přehodnocení, která tvoří tento dotazník, se žádný signifikantní rozdíl neobjevil.

Ve druhém dotazníku týkající se rodinného emocionálního zázemí se nepotvrdilo mé tvrzení, že ženy se štítnou žlázou budou zažívat více odmítání od rodičů a méně emocionální vřelosti. Objevil se zde však vztah mezi hyperprotektivitou a onemocněním štítné žlázy. Ve statistické analýze totiž vyšlo, že ženy zdravé zažívaly v dětství víc hyperprotektivního chování oproti ženám trpícím onemocněním štítné žlázy.

V posledním dotazníku týkajícího se strategií zvládání stresu jsme nepřijali žádnou z našich hypotéz. Jedna škála však statisticky významně vyšla výše, je to škála rezignace, která ukazuje, že ženy trpící onemocněním štítné žlázy používají tuto negativní zvládací strategii statisticky významně častěji než ženy z kontrolní zdravé skupiny.

Seznam literatury

1. Aldwin, C. (2009). *Stress, Coping, and Development, an integrative perspective*. New York: The Guilford Press.
2. Atkinson, R. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
3. Arrindell W. A. et al. (1999). The Short-EMBU in East Germany and Sweden: A cross-national factorial validity extensit. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 157-160.
4. Balcar, K., Kuška, M. & Trnka, R. (2011). *Re-Constructing Emotional Spaces: From Experience to Regulation*. Prague: Prague College of Psychosocial Studies Press.
5. Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.
6. Bradberry, T., Greaves, J. (2013). *Emoční inteligence*. Brno: Albatros.
7. *Co je psychosomatika* (11. dubna 2011). Získáno 15. ledna 2014 z oficiálních stránek Centra komplexní péče Dobřichovice s.r.o.:
<http://www.ckp-dobrichovice.cz/psychosomatika/psychosomaticka-terapie/>
8. Čihák, R. (2013). *Anatomie 3*. Praha: Grada Publishing.
9. Faleide, A., Faleide, E. & Lian, L. (2010). *Vliv psychiky na zdraví*. Soudobá psychosomatika. Praha: Grada Publishing.
10. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
11. Fonagy, P., Target, M. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford University Press.
12. Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie*. Praha: Portál.
13. Fukao, A., Takamatsu, J., Kubota, S. & Miyauchi, A. & Hanafusa, T. (2011). *The thyroid function of Graves' disease patients is aggravated by depressive personality during antithyroid drug treatment* (1-11). Získáno 25. 11. 2013 z Biopsychosocial Medicine.
14. Gardner, H. (1999). *Dimenze myšlení*. Praha: Portál.
15. Goleman, D. (1997). *Emoční inteligence*. Praha: Columbus.
16. Gregorová, M., Markalous, B. (2003). *Nemoci štítné žlázy*. Praha: Triton.

17. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). *Emotion Regulation Questionnaire*. Galway (Ireland): Journal of Personality and Social Psychology.
18. Hašto, J., Mojžíšová, V. & Poliaková, M. (2007). Skrátený dotazník zapamätaného rodičovského správania jako výskumný a klinický nástroj. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika*, 14, 79-88.
19. Honzák, R. (1985). *Psychické změny a poruchy při interních chorobách*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství n. p.
20. Honzák, R. (1989). *I v nemoci si buď přítelem*. Praha: Avicenum.
21. Jiskra, J. (2011). *Poruchy štítné žlázy*. Praha: Mladá fronta.
22. Joffe, R., Levitt, A. (1993). *Thyroid Axis of Psychiatric Illness*: American Psychiatric Press. Získáno 21. 1. 2014 z American Psychiatric Publishing.
23. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
24. Keleman, S. (2005). *Anatomie emocí – emoce a jejich vliv na lidské tělo*. Praha: Portál.
25. Kolařík, M., Bendová, K., Dolejš, M., Dostál, D., Charvát, M. Pechová, O., ... Vtípil, Z. (2013). *Manuál pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
26. Křivohlavý, J. (1944). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Publishing.
27. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
28. Límanová, Z., Němec, J. & Zamrazil, V. (1995). *Nemoci štítné žlázy*. Praha: Galén.
29. Mandicová, P. (2011). *Psychosociální aspekty péče o nemocného. Onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada Publishing.
30. Machač, M., Macháčová, H. & Hoskovec, J., (1985). *Emoce a výkonnost*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
31. Matějka, J. (17. ledna 2014). *Jan Hnízdil: Uzdravený pacient znamená pro zdravotnický byznys ztrátu*. Zdravotnické noviny. Získáno z <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/jan-hnizdil-uzdraveny-pacient-znamená-pro-zdravotnický-byznys-ztrátu>-473764
32. Measurement Instrument Database for the Social Sciences, Gross, J. J., & John, O. P. (26. září, 2013). *Emotion Regulation Questionnaire*. Získáno z MIDSS website: <http://www.midss.org/content/emotion-regulation-questionnaire>

33. McMillan, C., Bradley, C., Razvi, S. & Weaver, J. (2005). *Psychometric validation of new measures of hypothyroid-dependent quality of life (QoL) and symptoms* (Abstract). Získáno 28. 11. 2013 z Endocrine Abstracts.
34. Nakonečný, M. (2000). *Lidské emoce*. Praha: Academia, nakladatelství věd České republiky.
35. Nicoletta, S., Fava, G. (1998). *Psychological aspects of endocrine disease*. Získáno 21. 1. 2014 z Clinical Endocrinology.
36. Poněšický, J. (2012). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
37. Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
38. Punch, K. F. (2008). *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál.
39. Reiterová, E. (2008). *Základy psychometrie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého.
40. Shapiro, L. (2009). *Emoční inteligence dítěte a její rozvoj*. Praha: Portál.
41. Schulze, R., Roberts, R. (2007). *Emoční inteligence*. Praha: Portál.
42. Schultze, R., Roberts, R. (2005). *Emotional Intelligence An International Handbook*. Germany: Hogrefe and Huber Publishers.
43. Zamrazil, V. et al. (2005). *Základy klinické endokrinologie*. Praha: Maxdorf.
44. Stuchlíková, I. (2007). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál.
45. Švancara, J. (2003). *Strategie zvládání stresu, příručka*. Praha: Testcentrum.
46. Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny*. Praha: Portál.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Formulář zadání bakalářské práce

Příloha č. 2: Abstrakt v českém a anglickém jazyce

Příloha č. 3: Popisná statistika sledovaných skupin

Příloha č. 1: Formulář zadání BP

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
FRYŠTACKÁ Karolína	Krňovská 97, Vizovice	F110032

TÉMA ČESKY:

Souvislost regulace emocí s onemocněním štítné žlázy

NÁZEV ANGLICKY:

Coherence between Regulation of Emotions and the Thyroid Disorders

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Martina Indráková - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium odborné literatury zaměřené na emoce, jejich zvládání a následně na poruchy štítné žlázy.
2. Tvorba teoretické části zaměřená obecně na emoce, následně na emoční inteligenci a copingové strategie. Druhá polovina bude zaměřena na anatomii štítné žlázy a onemocnění štítné žlázy.
3. Vypracování výzkumného plánu, jehož cílem bude zaměřit se na subjektivní hodnocení toho, jak ženy zvládají emoce nebo obecněji, jak se vypořádávají s náročnějšími situacemi. Zaměřím se na ženy středního věku.
4. Sběr dat o zvládání emocí proběhne pomocí dotazníku EMBU, ERQ a SVF.
5. Analýza získaných dat, které budu korelovat s tím, zda ženy trpí obtížemi spojenými se štítnou žlázou oproti těm, co těmito obtížemi netrpí a následná interpretace dat.
6. Vlastní vypracování bakalářské práce včetně diskuze, závěru a shrnutí.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

1. Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). Psychosomatická medicína. Grada Avicenum: Praha.
2. Goleman, D. (1995). Emoční inteligence. Praha: Columbus.
3. Jiskra, J. (2011). Poruchy štítné žlázy. Praha: Mladá fronta.
4. Límanová, Z. (2006). Štítná žláza. Trendy soudobé endokrinologie, svazek 2. Praha: Galén.
5. Machač, M., Macháčová, H. & Hoskovec, J. (1988). Emoce a výkonnost. Praha: SPN.
6. Markalous, B. (2003). Nemoci štítné žlázy. Praha: Triton.
7. Nakonečný, M. (2000). Lidské emoce. Praha: Academia.
8. Shapiro, L. (2009). Emoční inteligence dítěte a její rozvoj. Praha: Portál.
9. Schulze, R., Roberts, R. etc. (2007). Emoční inteligence. Praha: Portál.
10. Stuchlíková, I. (2007). Základy psychologie emocí. Praha: Portál.
11. Švancara, J. (1984). Psychologie emocí a motivace. Praha: SPN.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2: Abstrakt v českém jazyce

Vysoká škola: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta: filozofická

Katedra: psychologie

Školní rok: 2013/2014

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Souvislost regulace emocí s onemocněním štítné žlázy

Autor práce: Karolína Fryštacká

Vedoucí práce: PhDr. Martina Fülepová

Obor: psychologie, jednooborové prezenční bakalářské studium

Počet stran a znaků: 61, 106 813 (bez mezer)

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 46

Abstrakt: Bakalářská diplomová práce se zabývá emocionalitou, regulací emocí a zvládáním stresu u žen trpících onemocněním štítné žlázy. Teoretická část pojednává o psychosomatickém přístupu, emocích, regulaci emocí, stresu a o anatomii a patologii štítné žlázy. Výzkumná část zase popisuje kvantitativní srovnávací studii, která sleduje rozdíly mezi subjektivním sebehodnocením žen trpících onemocněním štítné žlázy a kontrolní skupinou zdravých žen. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jestli se liší schopnost regulace emocí, zvládání stresu a emoční nastavení rodičů u žen s onemocněním štítné žlázy oproti ženám bez těchto obtíží. Metody sběru dat byly tři dotazníky: ERQ pro zjištění regulace emocí, EMBU pro zjištění emotionality ze strany rodičů a SVF zaměřený na strategie zvládání stresu. Ženy trpící onemocněním štítné žlázy se liší v subškále potlačení v rámci regulace emocí oproti ženám bez tohoto onemocnění. Dále využívají mnohem více negativní strategii zvládání stresu jménem rezignace než ženy ze zdravé populace. V ostatních subškálách se tyto dvě skupiny signifikantně neliší.

Klíčová slova: psychosomatika, emoce, regulace emocí, onemocnění štítné žlázy, stres

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce (2)

Univesity: Palacky University in Olomouc

Faculty: Philosophical

Department: Psychology

Academic year: 2013/2014

THESIS ABSTRACT

Title: Relation between Regulation of Emotions and Thyroid Disorders

Author: Karolina Frystacka

Supervisor: PhDr. Martina Fulepova

Field of study: psychology, daily bachelor study

Number of pages and characters: 61, 106 813 (without spaces)

Number of appendices: 3

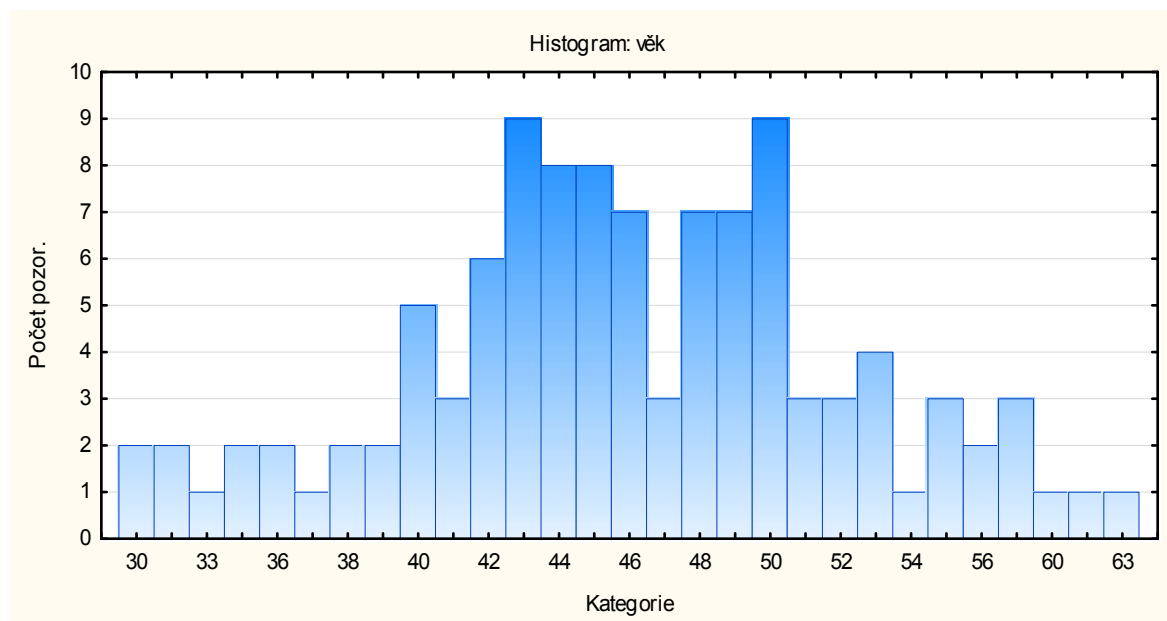
Number of references: 46

Abstract: This Bachelor's thesis deals with emotionality, regulation of emotions and coping with stress in women suffering from thyroid disorder. The theoretical part discusses the psychosomatic approach, emotions, regulation of emotions, stress and thyroid anatomy and pathology. The research part describes the quantitative comparative study, which looks for differences between a subjective self-image in women suffering from thyroid disorder and a control group of healthy women. The objective of the research was to find out whether the ability to regulate emotions and stress is different in women suffering from thyroid disorder and women without these difficulties. Among data collection methods were three questionnaires: ERQ for discovering regulation of emotions, EMBU for discovering emotionality from parental side and SVF oriented on stress management strategies. With regard to suppression scale within regulation of emotions, women suffering from thyroid disorder are distinguished from the ones without this disease. Compared to healthy women, they also use more negative strategies to cope with stress such as resignation. Other scales prove that these two groups are not significantly different.

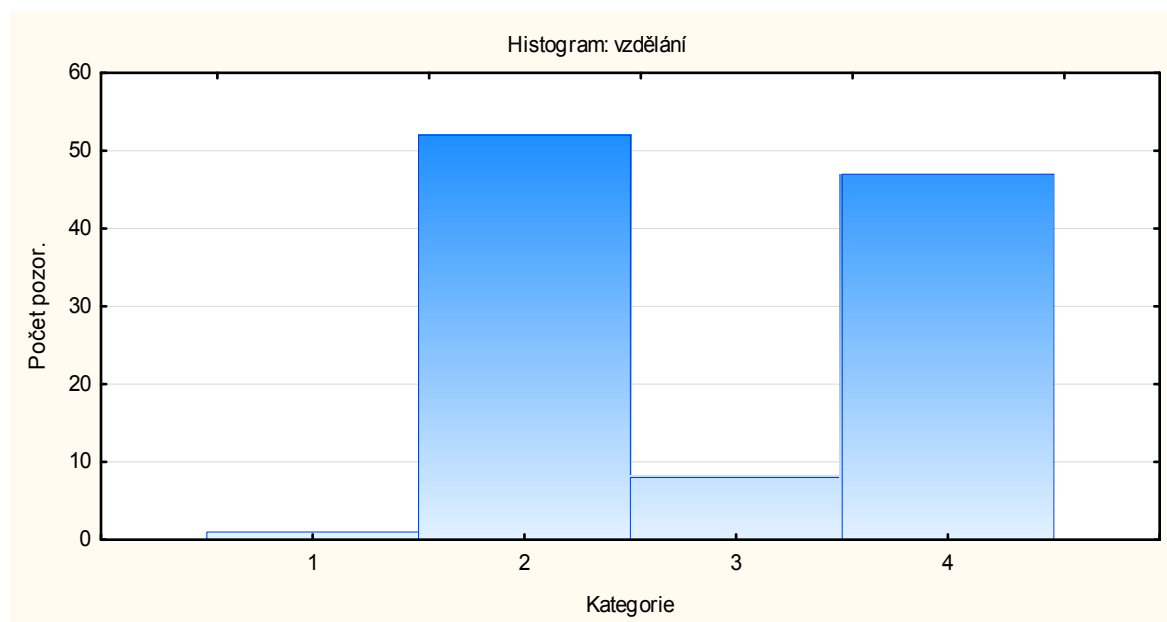
Key words: psychosomatics, emotions, regulation of emotions, thyroid disorder, stress

Příloha č. 3: Popisná statistika sledovaných skupin

Zde předkládáme histogramy ukazující věkové rozložení respondentek a jejich vzdělání. Rodinný stav byl ve většině případů status vdaná, a počet dětí dvě, proto nám nepříjde nutné takovéto histogramy přikládat v příloze.



Graf č. 4: Histogram věkového rozložení skupiny zdravých žen

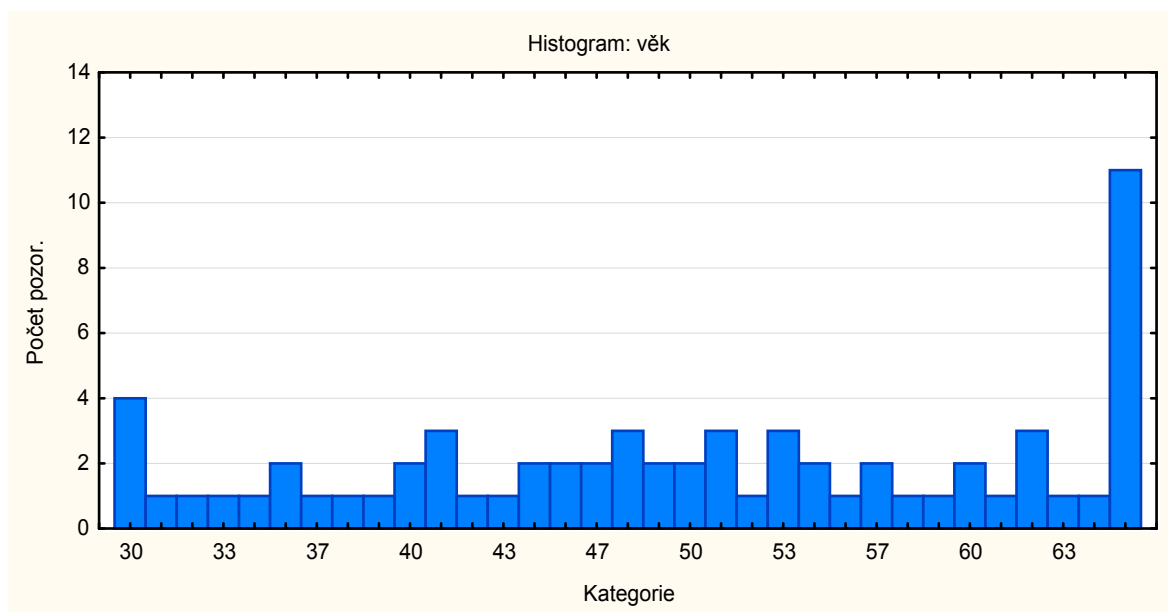


Graf č. 5: Histogram vzdělání zdravých žen

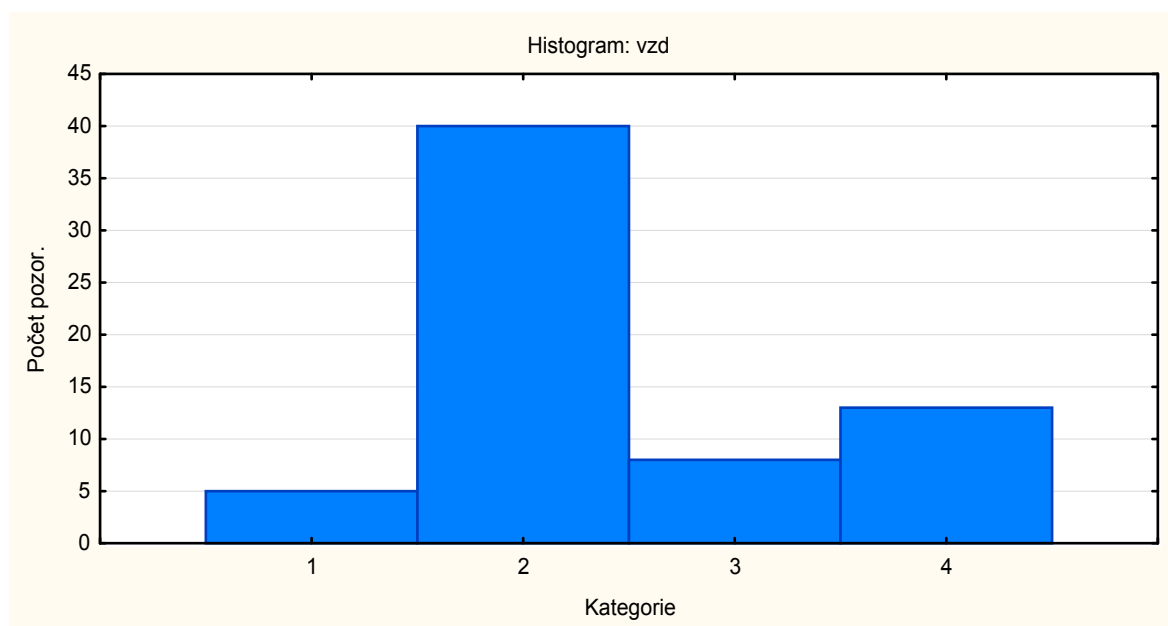
Ke grafu č. 4 není potřeba legenda, čísla na vodorovné ose x symbolizují věk žen a čísla na svislé ose y, kolik respondentek je ve stejné věkové kategorii.

Graf č. 5 už potřebuje legendu. Čísla na spodní ose jsou kategoriální označení dosaženého vzdělání ženy a opět svislá osa symbolizuje, kolik žen se nachází v každé kategorii. Jednička na ose x je základní vzdělání, dvojka středoškolské s maturitou, trojka středoškolské bez maturity a čtverka vysokoškolské. To stejné bude platit i pro graf č. 7.

Tabulky pro ženy trpící štítnou žlázou se poněkud liší. Zde předkládáme opět histogram pro věk a vzdělání, většina žen v této skupině je taktéž vdaná a nejčastější počet dětí jsou dvě.

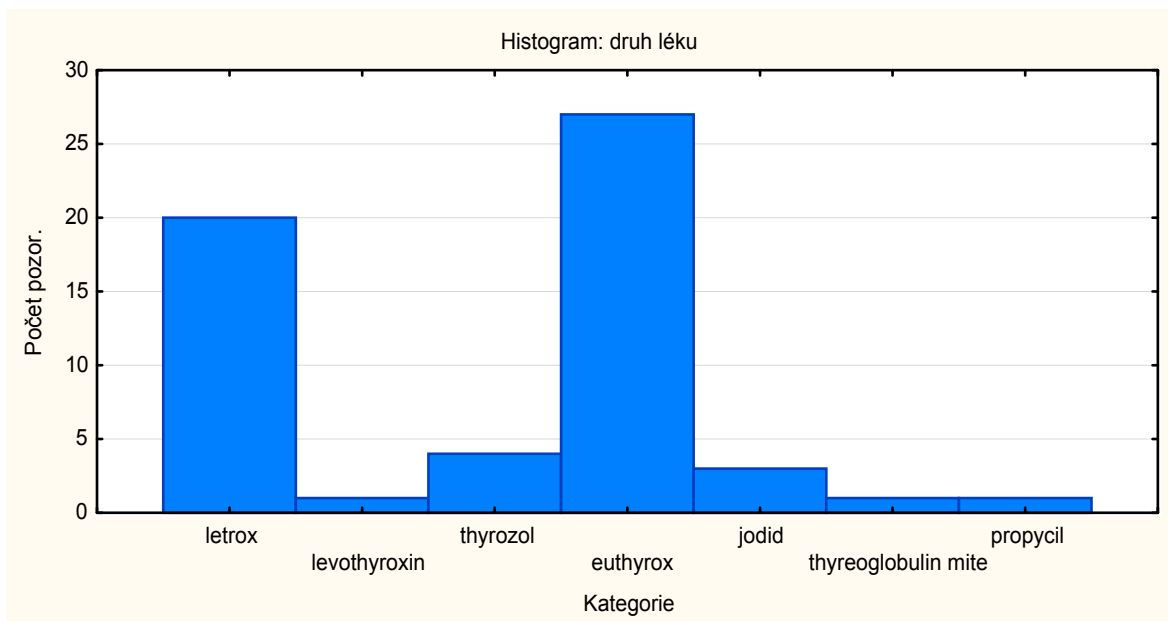


Graf č. 6: Histogram věkového rozložení žen trpících onemocněním štítné žlázy



Graf č. 7: Histogram vzdělání žen trpících onemocněním štítné žlázy

Téměř všechny ženy trpící onemocněním žlázy berou nějaké léky, proto jsme se rozhodli vytvořit histogram pro zastoupení těchto léků v našem výběrovém souboru.



Graf č. 8: Histogram zobrazující užívané druhy léků

Poslední tabulka, kterou zde předkládáme, je tabulka t-testů pro subtesty strategií zvládání stresu, kdy posuzujeme rozdíl v jednotlivých strategiích mezi dvěma skupinami.

Proměnná	t-testy; grupováno: Skupina						
	Skup. 1: 1 Skup. 2: 0						
	Průměr 1	Průměr 0	t	sv	p	F-poměr Rozptyly	p Rozptyly
1	53,04	55,20	-1,25	171	0,21	1,69	0,02
2	54,61	54,15	0,29	171	0,77	1,22	0,39
3	52,54	53,22	-0,47	171	0,64	1,33	0,20
4	53,38	54,32	-0,64	171	0,52	1,73	0,01
5	50,68	48,86	1,17	171	0,25	1,02	0,94
6	51,75	50,89	0,68	171	0,50	1,09	0,72
7	47,78	46,57	0,66	171	0,51	1,07	0,75
8	50,03	49,29	0,44	171	0,66	1,09	0,72
9	56,21	56,75	-0,42	171	0,67	1,13	0,58
10	53,93	54,55	-0,46	171	0,65	1,46	0,08
11	49,07	49,88	-0,46	171	0,65	1,16	0,53
12	51,42	54,52	-2,03	171	0,04	1,08	0,72
13	50,21	49,69	0,29	171	0,77	1,99	0,00

Tabulka č. 12: T-test pro dva nezávislé výběry pro strategie zvládání stresu