

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA  
ŽEN TRPÍCÍCH DYSMENOREOU  
PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF WOMEN SUFFERING  
FROM DYSMENORRHEA



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. et Bc. Kateřina Staňková**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.**

Olomouc

2022

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce, panu doc. PhDr. Mgr. Romanu Procházkovi, Ph.D., za odborné vedení a za to, že se mé práce ujal a umožnil tak, abych mohla tento výzkum realizovat. Dále také paní doc. PhDr. Bc. Aleně Hricové, Ph.D., za její empatii a cenné rady, kterých se mi dostávalo. Obrovský dík patří také Tomovi, Jaroslavovi, Honzovi, mé rodinně a přátelům, kteří mi byli po celou dobu velkou oporou. V neposlední řadě bych chtěla opravdu nesmírně poděkovat všem ženám, které byly součástí tohoto výzkumu - za jejich upřímnost, otevřenost, sílu a ochotu sdílet se mnou tak hluboké a intimní zkušenosti. Celkově pak také za to, jaké jsou, protože mi umožnily poznat, jak velká síla se v ženách skrývá.

Nebýt vás všech, tato práce by nikdy nevznikla. Děkuji.

## **PROHLÁŠENÍ**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Psychologická problematika žen trpících dysmenoreou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne.....

Podpis .....

Bc. et Bc. Kateřina Staňková

*„Musím říct, že já, když jsem tu tvoji práci viděla, tak jsem si úplně řekla, Ježíši Maria, to je tak boží, konečně někdo o tom bude psát! A proto jsem ti hned napsala, že ať se mnou prostě počítáš a jsem hrozně za to ráda, fakt hrozně moc ti děkuju. Já budu první, kdo si tu práci hned přečte... , protože v životě jsem nikdy nemohla s nikým takto mluvit jako s tebou, nikdo mi nikdy nekladal takový otázky a nikdo nikdy se o to takhle reálně nezajímal. Takže já si myslím, že už jen toto, že ty s těma ženama mluvíš o tom, je pro ně hrozně moc. I kdyby ta práce neměla přinést vůbec nic, že ty jsi si s nima promluvila a ony cítily, že to mohly otevřít, tak už to je strašně velkej přínos té tvé práce.“*

*- Magdaléna -*

# OBSAH

<b>OBSAH</b> .....	<b>4</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>9</b>
<b>1 MENSTRUAČNÍ CYKLUS</b> .....	<b>10</b>
1.1 Ovariální cyklus.....	10
1.2 Menstruační cyklus – „děložní cyklus“ .....	11
<b>2 BOLEST</b> .....	<b>13</b>
2.1 Základní problematika bolesti .....	13
2.2 Bolest a psyché .....	16
2.2.1 Úvod do problematiky psychologie bolesti .....	16
2.2.2 Bolest v psychiatrii .....	17
2.2.3 Efekt emocí na bolest a jeho mechanismy .....	17
2.3 Strategie zvládání a reagování na bolest.....	19
<b>3 DYSMENOREA</b> .....	<b>21</b>
3.1 Poruchy menstruačního cyklu .....	21
3.2 Symptomy a etiopatogeneze dysmenorey .....	21
3.3 Rizikové faktory a kontextualizace dysmenorey .....	23
3.3.1 Rizikové faktory primární a sekundární dysmenorey .....	23
3.3.2 Psychické faktory primární dysmenorey .....	24
3.3.3 Problematika bolesti a psychických problémů u dysmenorey .....	25
3.3.4 Další psychosomatické faktory dysmenorey .....	27
3.4 Léčba dysmenorey .....	28
3.4.1 Základní léčba dysmenorey .....	28
3.4.2 Psychoterapeutická léčba dysmenorey a bolesti .....	33
3.4.3 Faktory komplikující léčbu dysmenorey .....	37
<b>4 DYSMENOREA A BOLEST V KONTEXTU SEBEPOJETÍ</b> .....	<b>38</b>
4.1 Sebepojetí .....	38
4.2 Self-efficacy.....	38
4.3 Self-esteem .....	40

4.4	Locus of control.....	41
4.5	Tělesné sebepojetí.....	42
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>		<b>44</b>
<b>5</b>	<b>VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A JEJICH KONCEPTUALIZACE.....</b>	<b>45</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU .....</b>	<b>47</b>
6.1	Přípravná fáze výzkumu .....	47
6.2	Popis výzkumných metod a výzkumného designu.....	47
6.2.1	Typologie výzkumného designu.....	47
6.2.2	Metoda sběru dat.....	47
6.2.3	Metoda analýzy získaných dat.....	48
6.3	Charakteristika výzkumného souboru a specifikace jeho výběru.....	49
6.4	Etický aspekt výzkumu.....	51
6.5	Realizační fáze výzkumu.....	52
<b>7</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU.....</b>	<b>53</b>
7.1	Faktory ovlivňující výskyt a intenzitu dysmenorey .....	53
7.1.1	Rizikové faktory .....	53
7.1.2	Protektivní faktory .....	55
7.2	Dopad dysmenorey na emoční prožívání žen v průběhu menstruace .....	56
7.3	Vliv dysmenorey na sebepojetí žen .....	65
7.3.1	Negativní vliv dysmenorey na sebepojetí žen .....	65
7.3.1.1	Prožívání vlastního já, sebeobraz a sebehodnocení .....	65
7.3.1.2	Sebevědomí a sebedůvěra .....	71
7.3.1.3	Prožívání vlastního těla a vztah k němu .....	76
7.3.1.4	Prožívání ženství, ženského organismu a ženské identity .....	78
7.3.1.5	Locus of control .....	79
7.3.2	Pozitivní vliv dysmenorey na sebepojetí žen.....	80
7.3.2.1	Prožívání vlastního já, sebeobraz a sebehodnocení .....	80
7.3.2.2	Sebevědomí a sebedůvěra .....	81
7.3.2.3	Prožívání vlastního těla a vztah k němu .....	82
7.4	Faktory pomáhající zvládat a redukovat bolest a psychický diskomfort v průběhu menstruace.....	83
7.5	Shrnutí výsledků a odpovědí na jednotlivé výzkumné otázky .....	89

<b>8</b>	<b>DISKUZE</b> .....	<b>93</b>
<b>9</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>103</b>
<b>10</b>	<b>SOUHRN</b> .....	<b>105</b>
	<b>LITERATURA</b> .....	<b>109</b>
	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>125</b>

## ÚVOD

Dysmenorea je bolestivá menstruace, jež může být provázena dalšími negativními fyzickými příznaky jako je pocení, ztráta chuti k jídlu, bolesti hlavy, třes, nevolnost/zvracení, závratě, průjmy či mdloby. Bolestivost během menstruačního krvácení může představovat tupé bolesti až silné, bodavé a paralyzující křeče v podbřišku a v bederní oblasti. Některé ženy mají tak výrazné bolesti a další negativní fyziologické příznaky k bolestivé menstruaci (dysmenoree) se pojmí, že jsou trvale na dobu menstruace lékařem zneschopněny (Eryilmaz, 2010).

Bolestivá menstruace a její negativní příznaky bývají širokou společností podceňovány. Zároveň také, i přesto, že problematika menstruace se v současné době mnohem více otevírá, stále představuje určité tabu a není jí věnována dostatečná pozornost z mnoha stran, vyjma lékařských a některých kvantitativních forem psychologických výzkumů.

Menstruace však je nedílnou součástí každé ženy po většinu jejího života a ovlivňuje zhruba jednu čtvrtinu každého měsíce její fyzický i psychický stav. Řada výzkumů již zaznamenala dopady bolesti na emoční prožívání. Dysmenorea ovšem bývá navíc rozšířená o mnoho dalších fyzických strastí během menzes, což může tvořit ještě větší potenciál pro negativní emoční prožitky (Iacovides, 2015).

Tyto poznatky z výzkumů dopadu bolesti na psychiku a současně vnímání zásadnosti tohoto fyzického problému mě vedly k tomu prozkoumat, jak na tom takovéto ženy trpící tímto problémem skutečně jsou. Opravdu může dysmenorea působit na jejich emoce? A pokud ano, jak moc a v jakém ohledu jejich prožívání může ovlivňovat? Jaké konkrétní prožitky a emoce v daných ženách dysmenorea během menzes vyvolává?

Opakovaná a dlouhodobá zkušenost s tímto fyzickým problémem by pak současně mohla také v různém ohledu ovlivňovat sebepojetí žen (self-esteem, self-efficacy, locus of control, helplessness), vnímání sebe sama i svého těla, a to nejen během přímých projevů dysmenorey, ale i v dlouhodobém měřítku, kdy žena může prožívat to, že je „nositelkou“ určité dysfunkce aj. Z dosavadních výzkumů pak víme, že ať už akutní, tak i chronická a opakovaná bolest bezprostředně působí či koreluje s negativním sebepojetím (Riva et al., 2011; Crisson, 1988; Bloom et al., 1978). Zároveň byla do současné doby provedena řada studií, která se již dysmenoreu v psychologickém, kvantitativním měřítku zaobírala a jež zjistila negativní souvislosti mezi mnoha různými komponenty sebepojetí a tímto fyzickým problémem. Žádné studie ovšem zatím, alespoň na území ČR, neprozkoumaly možné významy těchto korelací a nezabývaly se do hloubky tím, jak moc

a jakým způsobem by vlastně mohla dysmenorea působit na sebepojetí, což se stalo mým motivem pro zkoumání.

Z dosavadních výzkumů tedy již víme, že bolest má vliv na emoční prožívání osob ji zažívajících (Riva et al., 2011). Současně však ale také, ať již výzkumy spojené s jinými bolestivými stavy, tak s dysmenoreu, identifikovaly specifické faktory, které se pojí s tím, zda a jak moc závažná míra bolesti a dysmenorey se u daných osob bude vyskytovat (Bahrami, 2017; Vincent et al., 1966; Balík et al., 2014). Tyto výzkumy však poskytují pouze letmý náhled na problematiku žen dysmenoreou trpících a na to, co se v jejich životě skutečně odehrává, co na ně působí a jak vidí daný problém vlastníma očima v hlubších životních souvislostech. Tyto poznatky by nám pak mohly přinést významné informace pro praxi aj.

V neposlední řadě pak vnímám jako účelné pro uzavření komplexity psychologického zkoumání této problematiky zmapovat, jaké pozitivní faktory zahrnující ať už různé strategie, či zdroje v ženině životě, pomáhají k tomu se s takovouto zátěží jako je dysmenorea během menzes vypořádat. Co ženě může pomoci k tomu eliminovat bolest? Jsou nějaké psychické strategie a zdroje, které mohou na bolest působit a pomáhat k jejímu lepšímu zvládnutí? A to ať už po fyzické, tak po psychické stránce?

Pomocí této práce se pokouším nalézt odpovědi na všechny otázky pojící se s touto stanovenou problematikou v kvalitativní formě psychologického zkoumání a usiluji o to poskytnout přehled komplexních informací k této problematice se pojící, a to v rámci území České republiky.

Tato práce je pak rozdělena na teoretickou část a praktickou část. V sekci teoretické se pokouším shromáždit veškeré dosavadní informace spojené s bolestí, dysmenoreu, emocemi a sebepojetím a jejich vzájemnými souvislostmi. Přináším také informace o možných formách léčby a psychoterapie dysmenorey, které v praktické části srovnávám s účinnými strategiemi a zdroji, jež jsou ženami z našeho výzkumu využívány. Samotná praktická část pak zahrnuje výsledky rozboru a (tematické) analýzy výzkumných rozhovorů. Snažím se nad nimi diskutovat, propojovat je s dosavadními poznatky a hledat možné souvislosti a vysvětlení jevů námi detekovaných a pokouším se také vytvářet závěry a možné hypotézy.

S problematikou dysmenorey a její významností v životě žen se dlouhodobě setkávám ve svém užším i širším okolí. Současně i s tím, že jí není věnována dostatečná pozornost. Věřím, že tato práce přinese podstatné poznatky, prohloubí informovanost o „psychologii dysmenorey“ a zviditelní danou problematiku. Současně, že také ukáže možné cesty jejího řešení a umožní tak dát podporu ženám s tímto problémem.



# **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 MENSTUAČNÍ CYKLUS

**Menstruační cyklus**, někdy též označovaný jako „*eumenorrhea*“, je sled periodicky se opakujících změn organismu, které jsou řízené **osou hypotalamus – hypofýza – ovarium** a jejich zpětnou vazbou. Menstruace a menstruační cyklus je projevem správné funkce této osy, zdravých rodidel ženy a představuje pravidelnou přípravu na těhotenství probíhající v těle každé zdravé ženy od menarché do menopauzy (Hodická, 2015; Chovanec & Dostálová, 2009). Menarché, neboli první menstruační cyklus, se objevuje u dívek poprvé okolo 12. roku (v ČR 10–15let) jejich života, v období sexuálního vyžívání - „puberty“, a poslední menstruační cyklus mizí zhruba kolem 50. roku (v ČR 45-55 let) věku ženy, v době jejího přechodu – „menopauzy“, kdy přestává být plodná (fertilní) (Roztočil, 2011). Toto rozpětí mezi menarché a menopauzou se také nazývá reprodukčním obdobím ženy. Průměrná délka normálního menstruačního cyklu je pak cca 28 dní s možnou 3–5denní odchylkou (Hodická, 2015). V praxi se ovšem za normální považuje i 21–35denní menstruační cyklus (Roztočil, 2011). Samotné menstruační krvácení trvá obvykle 3–5 dnů z tohoto cyklu a odchází při něm k zhruba 50–80 ml krve. Začátek menstruačního krvácení je současně považován za začátek menstruačního cyklu (Hodická, 2015). V rámci/během menstruačního cyklu pak probíhá tzv. **ovariální cyklus** a **děložní cyklus**, které jsou vzájemně úzce propojené a jež budou zmíněny a popsány v následujícím textu.

## 1.1 Ovariální cyklus

Ovariální cyklus představuje cyklické změny, jež probíhají v závislosti na hladinách pohlavních hormonů v ovariu ženy a jsou velmi úzce spojeny s menstruačním cyklem, kdy hormony, které jsou produkovány cyklicky v ovariu, přímo ovlivňují děložní sliznici (Čihák, 2002; Roztočil, 2011).

- **Folikulární fáze**

Folikulární fáze je období mezi prvním dnem menstruace a ovulací – obvykle zahrnuje i den ovulace. Trvá prvních cca 14 dní cyklu a začíná zánikem žlutého tělíska, které je provázeno snížením množství produkce estrogeneru a progesteronu a současného zvýšení tvorby FSH, pod jehož vlivem dochází k růstu nového, náhodně vybraného folikulu se zárodečným vajíčkem, z něhož gradací vzniká tzv. Graafovo folikulum. Rostoucí folikulární buňky jsou hlavním zdrojem masivní tvorby estrogenerů (estradiolu) a inhibinu. Estradiol pak prostřednictvím negativní zpětné vazby stimuluje produkci FSH a LH, jenž napomáhá k dozrání folikulu, a především k jeho ovulaci (Čihák, 2002; Hodická, 2015; Roztočil, 2011).

- **Ovulační fáze**

K ovulační fázi dochází zhruba 14. den ovariačního cyklu díky zvýšené hladině LH, které je hlavní podmínkou pro ovulaci. Jedná se o proces, kdy Graafův folikul praská a vajíčko je následně uvolněno do dutiny břišní, kde je bezprostředně zachyceno vejcovodem, jímž dále putuje do dělohy (Čihák, 2002; Hodická, 2015; Roztočil, 2011).

- **Luteální fáze**

Luteální fáze nastupuje bezprostředně po ovulaci vajíčka, kdy se prasklý Graafův folikul přemění v tzv. žluté tělísko (*corpus luteum*). To je hormonálně činné a začne produkovat velké množství progesteronu a estrogeneru. Estrogen a progesteron blokují (resp. snižují) sekreci FSH a LH. Žluté tělísko vylučuje ještě další dva hormony, a to relaxin a malé množství testosteronu. Pokud došlo k oplození vajíčka, žluté tělísko zůstává a je zdrojem hormonů až do té doby, dokud jeho funkci plně nepřebere placenta. Pokud však nedošlo k oplození vajíčka, potom do **28. dne** cyklu žluté tělísko zaniká, je nahrazeno vazivem a vznikne z něj tzv. bílé tělísko (*corpus albicans*). Se zánikem žlutého tělíska dochází k markantnímu poklesu hladiny progesteronu (Čihák 2002; Hodická, 2015; Roztočil, 2011).

## **1.2 Menstruační cyklus – „děložní cyklus“**

Jako menstruační cyklus jsou označovány veškeré cyklické změny děložní sliznice. V užším pojetí proto děložní cyklus představuje menstruační cyklus. K těmto změnám děložní sliznice dochází působením hormonů estrogeneru a progesteronu. Současně jsou tyto proměny závislé a přímo provázané na ovariační cyklus. Mezi fáze děložního cyklu patří fáze proliferační, ovulační (sekreční), ischemická a menstruační (Roztočil, 2011).

- **Proliferační fáze**

Proliferační fáze trvá cca od 5. do 14. dne cyklu. Vždy navazuje na předchozí proběhlou menstruační fázi. Hlavními hormony, hrající roli v této fázi, jsou estrogény, pod jejichž vlivem dochází k obnově a ztluštění děložní sliznice, jež byla menstruační poškozena. Dochází k růstu děložní sliznice, vývoji děložních žlázek a obnově cévního zásobení (Kolářová, 2003; Marek et al., 2003; Čihák, 2002; Hodická, 2015; Roztočil, 2011).

- **Ovulační fáze**

Na proliferační fázi navazuje ovulační, nebo také jinak nazývaná sekreční fáze, jež trvá od 15. do 28. (27.) dne cyklu. Během ní se díky žlutému tělísku tvoří ve zvýšené míře progesteron, prostřednictvím něhož dochází k zvýšenému prokrvování děložní sliznice (endometria), k výrazné sekreční činnosti děložních žlázek a k hromadění lipidů a glykogenu v buňkách. Děložní sliznice je tak bohatě nasycena sekretem a živinami a je naplno

připravena přijmout oplozené vajíčko. Kolem 20. dne menstruačního cyklu dochází k vrcholu sekreční fáze a tloušťka endometria dosahuje zhruba 5-6 mm (Kolářová, 2003; Marek et al., 2003; Čihák 2002; Hodická, 2015; Roztočil, 2011).

- **Ischemická fáze**

Ischemická fáze probíhá 28. den cyklu a trvá pouze den. Dochází k ní, pokud vajíčko nebylo oplodněno, žluté tělíčko zaniklo, a tím poklesla hladina progesteronu a estrogenů za současného navýšení hladiny PGE hormonů. Tyto hormonální změny způsobují kontrakci arterií děložní sliznice, která díky tomu přestává být zásobena krví (ischémie) a dochází tak k nekróze buněk endometria (Kolářová, 2003; Marek et al., 2003; Čihák, 2002; Hodická, 2015; Roztočil, 2011).

- **Menstruační fáze**

Menstruační fáze trvá v průměru 5 dní (maximálně však 2-8 dnů). Znekrotizovaná svrchní vrstva endometria (děložní sliznice) se odlučuje a spolu s krví odchází z dělohy pochvou ven. Opouští tak ženský organismus. Tento proces se nazývá menstruace a slouží především jako očistný rituál, jelikož spolu s krví, kromě odumřelé sliznice endometria, dochází i k vyplavení nečistot a patogenních organismů, které mohly do dělohy vniknout při kopulaci. K uvolňování nekrotické sliznice pomáhají kontrakce děložního svalstva vyvolané lokálním působením PGE. Ty mohou zapříčinit mimo jiné velmi nepříjemné až velmi silné menstruační (kontraktilní) bolesti zvané jako „dysmenorea“ (Kolářová, 2003; Marek et al., 2003; Čihák, 2002; Hodická, 2015; Roztočil, 2011).

## 2 BOLEST

Bolest je Mezinárodní zdravotní organizací (WHO) a Mezinárodní asociací pro studium bolesti (IASP) definována jako nepříjemná smyslová a emocionální zkušenost spojená se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně či popisovaná v pojmech takového poškození. Bolest současně vždy představuje subjektivní prožitek a záleží na mnoha faktorech (Rokyta, 2018; Gorczyca et al., 2013, Carroll et al., 2004). Křivohlavý (2002, p.80) pak uvádí, že „*bolest je jevem, který leží na pomezí fyziologie a psychologie.*“

### 2.1 Základní problematika bolesti

V této podkapitole zmíníme faktory činicí rozdílnost ve vnímání bolesti, představíme základní dělení bolesti, zahrnující různé druhy bolesti, s kterými se v praxi můžeme setkat a odprezentujeme jednotlivé komponenty bolesti. V neposlední řadě se zaměříme na samotnou fyziologii bolesti a její mechanismy.

#### I. Faktory činicí rozdílnost ve vnímání bolesti

Bolest, jak již bylo zmíněno, je vysoce subjektivní prožitek. Každý z nás vnímá bolest jinak a záleží při tom na mnoha faktorech. Kvalitu a vnímání bolesti ovlivňuje mnoho faktorů jako například: předchozí zkušenosti, anticipace bolesti, kognitivní zpracování, vlastní práh bolesti, pohlaví, osobnostní specifika, kulturní vlivy, etnikum a výchova, vnitřní nastavení organismu aj. Vždy se také dá lépe vydržet bolest, která trvá pouze krátký časový úsek a u které postižený zná jasnou příčinu toho, proč daná bolest vzniká a kdy skončí (Chovanec & Dostálová, 2009).

#### II. Základní dělení bolesti

Bolest můžeme dělit několika způsoby, a to ať už na základě příčiny jejího vzniku, tak i na základě délky jejího trvání, jak bude dále prezentováno v následujícím textu, kde budou jednotlivé typy bolestí popsány.

##### Dle příčiny vzniku bolesti

**a) Bolest psychogenní (psychosomatická)** – základem je nejprve porucha psychická a až následně vzniká porucha somatická (bolest). Psychogenní bolest se vyskytuje u psychiatrických poruch a představuje somatizaci daného psychického problému (deprese, neurózy, případně halucinace a iluze u schizofrenie). Tato bolest vzniká bez zdroje somatického poškození. Jedny z nejsilnějších psychogenních bolestí byly zaznamenány u pacientů trpících depresí a u schizofreniků (Rokyta, 2018).

**b) Bolest somatogenní (sympatogenní)** – jedná se o bolest, jenž vzniká v důsledku dráždění sympatiku a zahrnuje nociceptivní (fyziologickou) a neuropatickou (neurogenní) bolest (Rokyta, 2018).

### **III. Dle délky trvání a periodicity**

**a) Akutní** – trvá sekundy až týdny, avšak maximální doba trvání je 3 měsíce. Jedná se o biologický signál reálného či hrozícího poškození. Akutní bolest vzniká jako důsledek úrazu, poranění, operačního zákroku či akutního onemocnění. Akutní bolesti působí jako silný, akutní stresor. V reakci na ni se zvyšuje produkce katecholaminů a dochází k aktivaci sympatiku, což je provázeno tachykardií, vzestupem krevního tlaku, pocením, mydriázou.

**b) Epizodická** – představuje rekurentní, vracející se bolesti.

**c) Chronická** – minimální doba trvání je od 3-6 měsíců. Jedná se o bolesti svalové, kloubní, cévní, pozádrové (procedurální), migrény či maligního charakteru. Dále bolesti fantomové, alexithymické či indukované larvovanou depresí. Chronická bolest pak představuje chronický stresor a vede k vegetativní dysbalanci. Nejčastěji je provázena poruchami spánku, únavou, nechutenstvím, hubnutím a depresemi (Křivohlavý, 2002).

### **IV. Komponenty bolesti**

Rozlišujeme 4 komponenty (složky) bolesti:

**a) Senzoricko-diskriminační** – představuje percepci bolesti, konkrétně pak schopnost rozlišovat odkud bolest přichází (lokalizaci), o jakou bolest – jakého druhu, intenzity a kvality se jedná.

**b) Afektivně emoční** – jedná se o psychické změny a stavy, jenž bolest provází, jako například úzkost, strach, deprese, agresivita, a které dlouhodobá bolest může vyvolávat. Pocitová (afektivní) složka tak zahrnuje nejen to, jak bolest bezprostředně prožíváme, ale i jak ji hodnotíme a v návaznosti na to zažíváme.

**c) Vegetativní** – zahrnuje snížení krevního tlaku, zblednutí, pocení, zrychlení srdečního tepu a dýchání. Každá bolest pak vždy zvyšuje srdeční frekvenci.

**d) Behaviorální a motorická komponenta** – je součástí stresového principu „fight or flight“ jako přirozené reakce na bolest. Jedná se o útěk od zdroje bolesti či agresivní reakce na bolest. Zahrnovat však může také například třes aj. motorické komponenty. Dalšími behaviorálními reakcemi na bolest mohou být například kulhání, strach nadechnout se či uvědomělá snaha o uchování zdraví aj. (Rokyta, 2018; Gorczyca et al., 2013, Carroll et al., 2004).

## V. Fyziologie bolesti

V této části si popíšeme, jak vzniká bolest na základě tzv. „vrátkové teorie“. Současně zmíníme, jakým způsobem může být bolest regulována prostřednictvím endogenních opioidů, neboli hormonů tlumících bolest.

### • Vrátková teorie

Podle teorie Melzacka a Walla hrají roli ve vzniku bolesti tzv. A-beta a Adelta (C) nervová vlákna. A-beta představují velká, silně myelinizovaná vlákna, která velmi snadno reagují na podnět a vedou jej až stokrát rychleji nežli malá, nemyelinizovaná C-vlákna vyžadující výrazně intenzivnější stimulaci než A-beta vlákna. Předpokládá se, že vlivem C-vláken dochází k bolestem difúzního charakteru, za to A beta vlákna by mohla stát za bolestmi rychlého, ostrého a bodavého charakteru. V těle pak při 60% zastoupení převažují C-vlákna. Pocit bolesti je dle Vrátkové teorie (gate theory) modulována na úrovni páteře – míchy v oblasti zvané „substantia gelatinosa“, která představují ona neurologická vrátka. V této oblasti se setkávají vzruchy aferentní (z nervových drah těla) a eferentní (z mozku) a započíná zde jejich složitá interakce. Vzruchy jsou vrátky modulovány ještě dříve, nežli je bolest vůbec uvědomována, a pokud jsou vrátka „otevřená“, pocítujeme intenzivnější bolest než v případě, kdy jsou vrátka „uzavřená“ (Křivohlavý, 2002). V mozku pak procházejí nervové vzruchy (impulzy z těla) nejprve thalamem a dále přechází buď do primárního, či sekundárního somatosenzorického kortexu. Pokud končí v primárním kortexu, dochází k mnohem ostřejším a přesněji lokalizovatelným vjemům bolesti, než pokud se jedná o případ druhý, kdy signály putují do sekundárního somatosenzorického kortexu (Rokyta, 2018).

### • Endogenní opioidy

Endogenní opioidy jsou látky přirozeně tlumící bolest. Patří mezi ně především endorfiny (nejdůležitější v rámci bolestí je beta-endorfin), enkefaliny (tvořící se v míše), dynorfin či endomorfín (morfín produkující se v mozku). Opioidy jsou uvolňovány při specifických fyziologických dějích či dějích uměle vyvolaných. K nárůstu hladiny opioidů v těle dochází před porodem a v průběhu, ale také při menstruaci. Hladiny endogenních opioidů se také zvyšují při duševní činnosti, fyzických aktivitách a sportu, dále při akupunkturu, psychoterapii a placebo. Akupunktura a placebo efekt dokážou zvýšit práh bolestivosti a impulzy bolesti tak poté bolí méně. Endogenní opioidy nedokážou zcela odstranit bolest, ale dokážou ji částečně utlumit. Ukázalo se, že enkefaliny mají sice slabší vliv nežli uměle podávané morfium, ovšem dynorfin je až 200krát silnější než morfium, což představuje významný fakt vzhledem k tomu, že jsou vytvářeny vlastním tělem. Můžeme

mluvit také o tzv. „opioidní stresové analgezií“, jež vzniká v reakci na akutní stres, kdy jsou endogenní opioidy vyplavovány za účelem mírné analgezie, kdy jedinec v akutním ohrožení méně vnímá bolest a může se díky tomu lépe soustředit na zvládnutí nebezpečné situace (reakce útěk/útok). Současně však bylo zjištěno, že v těle existují specifické látky, které naopak umožňují průchod a umocňují bolestivé podněty. Mezi tyto látky patří serotonin, histamin, acetylcholin, bradykinin, prostoglandin, substance P, PGE1, PGE2, leukotrieny. Některé látky pouze dráždí nociceptory, jiné zase zvyšují jejich citlivost. V řadě případů jde o látky, které jsou uvolňovány do extracelulárního prostoru ze zničených buněk a jsou mediátory zánětu (Křivohlavý, 2001; Křivohlavý, 2002; Rokyta, 2018).

## **2.2 Bolest a psyché**

Bolest a psyché jsou vzájemně velmi provázány. V této podkapitole se budeme zabývat úvodem do psychologie bolesti, kde v základu představíme vzájemné souvislosti mezi psychikou a bolestí. Dále se zaměříme na problematiku bolesti v psychiatrii, v které prezentujeme souvislost mezi bolestí a konkrétními psychickými problémy v životě člověka. V poslední části této podkapitoly si podrobně popíšeme, jakým způsobem a prostřednictvím jakých mechanismů mohou emoce ovlivňovat bolest.

### **2.2.1 Úvod do problematiky psychologie bolesti**

Poznatky ze současných výzkumů vedou k závěrům, že bolest a nálada jsou velice úzce propojené a že změny nálad vedou k změnám bolestivosti a současně, že změny v bolestivosti vedou k změnám nálad.

Pacienti dlouhodobě zažívající bolest a bolestivé poruchy mají zvýšené depresivní a úzkostné symptomy a suicidální myšlenky. Pacienti s vyšší mírou depresivních a úzkostných prožitků pak i typicky zažívají vyšší míru bolesti. Intenzita bolesti je přímo úměrně korelující s intenzitou psychopatologických symptomů a negativních emocí (snížená nálada, úzkost a obavy) (Maršálek, 2007; Vaškovský, 2001; Kučerová, 2018).

Psychologická šetření dále zjistila, že specifické osobnostní typy a rysy, jako například úzkostlivost a neuroticismus, pesimismus, ale i introverze, snižují práh citlivosti. Jedinci mající sklony k depresivnímu prožívání pociťují bolest o mnoho silněji nežli jedinci s optimistickým emočním laděním. Tolerance k bolesti může být snížena nejen díky prožitkům úzkosti a strachu, ale i vlivem nudy a nadměrného sebezpozorování. Naopak osoby, které jsou zaujaty některou činností nebo se u nich vyskytují prožitky radosti, veselosti či zadostiučinění, vnímají a prožívají bolest v zásadě menší intenzitě. Odpoutávání pozornosti od bolesti pak tedy snižuje vnímání bolesti a zvyšuje toleranci vůči



ní (Magni et al., 1994; Carroll et al., 2004; Larson et al., 2004; Kučerová, 2018; Gureje, 2008).

### **2.2.2 Bolest v psychiatrii**

V klinické populaci se vyskytuje vysoká komorbidita bolesti u úzkostných poruch, jako je například PTSD a panická porucha (Gureje, 2008) a u depresivních poruch, kdy zvýšené riziko se projevilo především u velké depresivní poruchy (Bair et al., 2003). U jedinců trpících depresí je například v průměru dvakrát vyšší pravděpodobnost vzniku chronické muskuloskeletální bolesti v průběhu času nežli u jedinců bez deprese (Magni et al., 1994, Carroll et al., 2004, Larson et al., 2004). Stejně tak jsou rizikovým faktorem vzniku některého typu bolesti úzkostné poruchy (Roy-Byrne et al., 2008). Krom těžké deprese může bolest doprovázet i další poruchy nálady, jako je malá deprese nebo neúplná remise u těžké deprese, dystymie, bipolární afektivní porucha, deprese způsobená somatickými chorobami či léky (Kučerová, 2018). V testu MMPI mají jedinci trpící chronickou bolestí obvykle také vysoké ukazatele hysterie a hypochondrie. S rostoucí intenzitou bolesti pak u pacientů roste četnost a intenzita sebevražedných myšlenek (Magni et al., 1994; Carroll et al., 2004; Larson et al., 2004; Kučerová, 2018). U jedinců s depresivními a úzkostnými poruchami však byl současně zaznamenán i opačný jev a efekt na bolest, a to snížená senzitivita vůči bolesti oproti běžné populaci. Pacienti s PTSD např. v jednom z výzkumů vykazovali hypersenzitivitu na noxiózní podněty (Asmundson et al., 2002), ovšem hyposenzitivitu bolesti vykazují v případě, kdy jsou konfrontováni s podněty spojenými s traumatem (Pitman et al., 1990). Podobně pacienti trpící velkou depresí mohou vykazovat sníženou citlivost na noxiózní podněty aplikované na kůži (Bar et al., 2006, Bar et al., 2003, Bar et al., 2007, Dickens et al., 2003, Lautenbacher et al., 1994), ovšem hyperalgezií pro hlubokou somatickou bolest (Bar et al., 2005).

### **2.2.3 Efekt emocí na bolest a jeho mechanismy**

Řada výzkumných šetření z oblasti psychologie a neuropsychologie identifikovala efekt emocí na bolest, kdy bolest může být různými emocemi ať už inhibována, tak i umocňována či provokována. Konkrétní mechanismy pak budou popsány v následujícím textu.

#### **o Sekundární účinek bolesti a psychosomatický cyklus**

Jak již bylo zmíněno, poruchy nálad, jako jsou deprese či úzkostné poruchy, zvyšují riziko vzniku a rozvoje chronické bolesti (Magni et al., 1994, Carroll et al., 2004, Larson et al., 2004). Chronická bolest může ovšem také naopak vést k dlouhotrvajícím emočním poruchám, často označovaným jako „sekundární účinek bolesti“ nebo také „sekundární

prožívání implikované bolesti“ (Price, 2000). Opakovaná, chronická bolest vyvolává u pacientů obavy ze zasahování (interference) a negativního vlivu bolesti na jejich život a budoucnost. Tyto obavy, provázené úzkostným a depresivním prožíváním, zhoršují bolest, která opět provokuje a případně zintenzivňuje další obavy (sekundární prožitky z bolesti), které opět mohou prohlubovat bolest, a vzniká tak psychosomatický cyklus vytvářející začarovaný kruh. U pacienta s chronickou bolestí a přetrvávajícími změnami nálad je proto často velmi obtížné stanovit, který z problémů představuje příčinu a který následek (Rokyta,2018).

- **Vliv psychických proměnných na vnímání bolesti**

Emocionální faktory ovlivňují prožitky nepříjemnosti bolesti, aniž by nutně ovlivňovaly její intenzitu. Bolest je z kognitivního hlediska hodnocena odděleně dvěma mozgovými strukturami – sensorické aspekty bolesti jsou zpracovávány v primární somatosenzorické kůře a afektivní aspekty bolesti v přední cingulární kůře, tyto aspekty bolesti lze odděleně regulovat například pomocí hypnózy (Hofbauer et al., 2001; Rainville et al., 1997; Villemure & Bushnell, 2002, Villemure & Bushnell, 2009, Villemure et al., 2003). Experimentální výzkum u osob s chronickou bolestí zad prokázal, že strach spojený s bolestí je vyšším prediktorem invalidity nežli intenzita bolesti samotná. Emoce spojené s bolestí mají na invaliditu tedy vyšší vliv než bolest samotná (Crombez et al., 1999). V tomto kontextu bylo taktéž prokázáno, že benzodiazepaminy, léky snižující úzkost, poskytují úlevu od bolesti, a to i přesto, že primárně nedisponují analgetickým charakterem (DelleMijn & Fields, 1994). Podobný mechanismus můžeme pozorovat také u relaxačních technik, které pozitivně působí na psychiku, zmírňují úzkostné prožitky a jež se běžně využívají k zmírnění chronické bolesti (Molton et al., 2007). Lze tedy předpokládat, že snížením úzkosti různorodými metodami, dochází také k snížení nepříjemnosti bolesti.

Beck (2008) pak současně uvádí, že **kognitivní modulace bolesti** nevyhnutelně zahrnuje emocionální reakci a že vliv emocí na bolest s největší pravděpodobností zahrnuje kognitivní operace. Většina studií zaměřujících se na indukci nálady u experimentálně vyvolávané bolesti zjistila, že pozitivní nálada snižuje vnímání bolesti (Zelman et al., 1991, Zillmann et al., 1996, Weisenberg et al., 1998, Meagher et al., 2001), zatímco negativní nálada vnímání bolesti zvyšuje (Weisenberg et al., 1984, Cornwall a Donderi, 1988, Rhudy a Meagher, 2000; Wunsch et al., 2003, Kennntner-Mabiala & Pauli, 2005).

Pokud jsou organismem zaznamenány škodlivé či potencionálně škodlivé podněty, jako je bolest či hrozba, dochází k automatické aktivaci negativních emocí jako součásti defenzivního mechanismu. Pokud tedy dojde k přítomnosti negativních emocí v organismu,

je současně mnohem snazší a pravděpodobnější, že dojde k **nabuzení defenzivního systému**, což usnadňuje a podporuje následné vnímání bolesti.

Ačkoliv většina experimentálních výzkumů poukázala na nárůst bolesti při negativních emocích, existují také současně důkazy pro to, že negativní emoce mohou mít tlumivý účinek na bolest (Al Absi & Rokke, 1991; Rhudy & Meagher, 2000; Rhudy & Meagher, 2003). Tento jev může být vysvětlen efektem tzv. „**stresem indukované analgezie**“, jež je aktivována v situacích detekovaných jako vysoce ohrožující (například při boji), a při nichž dochází k snížení vnímání bolesti jako funkčního mechanismu (Flor & Grusser, 1999, Martenson et al., 2009; Butler & Finn, 2009). Vědci předpokládají, že rozdíl mezi tím, jaký efekt budou negativní emoce mít na bolest – zdali budou bolest a její citlivost na ni zvyšovat, či naopak snižovat, spočívá v samotné intenzitě negativních prožitků. Vysoká míra (vnímaného) ohrožení vede k vysoké intenzitě negativního prožívání a hyposenzitivitě. Naopak nízká míra ohrožení vyvolává nízký až středně intenzivní negativní afekt, který vede k zvýšené citlivosti na bolest (Flor & Grusser, 1999, Martenson et al., 2009; Butler & Finn, 2009). Míra arousal se pak ukázala být klíčová ve stupni prožívané bolesti, a to přímo úměrné závislosti (pozitivní korelaci) (Rhudy et al., 2008), což odpovídá tomu, proč pacienti s PTSD apod. v určitých situacích zažívají vyšší míru bolesti a v jiných nižší míru bolesti oproti normě.

Prostřednictvím neuropsychologických výzkumů bylo dále zkoumáno, jak mohou individuální rozdíly ve strachu souvisejícím s bolestí ovlivnit nervové zpracování bolesti. Ochsner et al. (2006) zjistili, že čím více se subjekty bály bolesti, tím více zapojovaly přední a zadní cingulát a orbitofrontální kortex během bolesti oproti kontrolní skupině, přičemž všechny tyto tři oblasti mozku se trvale podílejí na afektivním zpracování bolesti. To naznačuje, že zvýšená míra strachu z bolesti může zvýšit citlivost v oblastech kódujících emocionální aspekty bolesti (Kalisch et al., 2005).

### **2.3 Strategie zvládání a reagování na bolest**

U jedinců zažívajících bolest se můžeme setkat s několika různými druhy reakcí a inklinací k zvládání této bolesti:

- **Aktivní copingové strategie zvládání bolesti** – postižený se snaží fungovat navzdory existující bolesti či také využívá strategie k odvrácení pozornosti od bolesti. Jedná se o adaptivní mechanismus (Jensen, 1991).

- **Pasivní copingové strategie zvládání bolesti** – zahrnují bezmoc, stažení se nebo předávání kontroly vnější síle. Tyto strategie a mindsety přímo souvisí s vyšší bolestí a depresí postiženého (Jensen, 1991).
- **Katastrofizace bolesti** – jedná se o formu kognitivního hodnocení, kdy dochází k výrazně negativnímu prožívání a zkreslování bolesti jako hrozná a nesnesitelná. Katastrofizace je silně spojena s depresí a bolestí. Studie, ve kterých bylo použito fMRI zobrazování, ukázaly, že bolest katastrofizovaná byla významně spojena se zvýšenou aktivitou v oblastech mozku související s anticipací bolesti, zaměřením pozornosti na bolest a emocionálními aspekty bolesti (spojené s amygdalou) (Sullivan et al., 1998; Gracely et al., 2004).
- **Bolestivé chování a sociální podmíněnost** – může se jednat také o sekundární zisk z nemoci a naučené chování (podmíněná bolest). Starostlivost a starost druhých může postiženého významně podpořit v bolestivém chování a prožívání, což vede následně k fixaci a zvýšení intenzity prožívané bolesti. Bylo prokázáno, že pacienti, kterým se dostává vyšší míra sociální opory, zvyšují simultánně úroveň bolestivého chování (grimasy, kulhání, vokalizace apod.) (Flor et al., 1987).

## 3 DYSMENOREA

Tato kapitola shrnuje zařazení dysmenorey v systému poruch menstruačního cyklu, zároveň popisuje jednotlivé symptomy, typologii a etiopatogenezi dysmenorey.

### 3.1 Poruchy menstruačního cyklu

V této části je představena dysmenorea v systému poruch menstruačního cyklu, kterými jsou:

- **Poruchy rytmu menstruačního cyklu:** *oligomenorea* (cyklus je delší než 36 dní), *polymenorea* (délka cyklus je kratší než 24 dní);
- **Poruchy intenzity a délky menstruačního cyklu:** *hypomenorea* (slabé menstruační krvácení), *hypermenorea* (nadměrně silné menstruační krvácení), *premenstruační* (krvácení – „špinění“ několik dnů před začátkem menstruace), *postmenstruační krvácení* (krvácení – „špinění“ po ukončení menstruace), *ovulační krvácení* (krvácení v polovině cyklu, v období ovulace);
- **Poruchy nástupu a ukončení menstruačního cyklu:** *pubertas praecox, tarda, předčasná a pozdní menopauza*;
- **Absolutní absence menstruace:** *amenorea primaria* (menstruace se nikdy či do 15ti let věku nedostavila) a *amenorea secundaria* (ztráta menstruace);
- **Nepravidelné acyklické krvácení (dysfunkční krvácení):** *metroragie, juvenilní metrorragie*;
- **Bolestivé syndromy při menstruaci:** *dysmenorrhea* (bolest v počátku a průběhu menstruace, provázená vedlejšími příznaky), *premenstruační syndrom* (fyziologické a psychické vedlejší příznaky projevující se cca týden před započítím menstruace) (Hodická et al., 2015).

### 3.2 Symptomy a etiopatogeneze dysmenorey

V této podkapitole je představena dysmenorea a jsou prezentovány konkrétní symptomy, jimiž se může vyznačovat. Současně zde představujeme jednotlivé druhy dysmenorey, s kterými se můžeme setkat a jež vznikají na základě odlišné etiopatogeneze.

#### Dysmenorea a její symptomy

Dle statistických údajů trpí v celkovém počtu minimálně 50-60 % žen reprodukčního věku bolestmi v průběhu menstruačního krvácení (dysmenoreou). Bolest se může začít vyskytovat den před, nejčastěji však v den započítí menstruace, a trvá zhruba 1-3 dny

(12-72 hodin), poté většinou odezní. Bolest může mít různou intenzitu, od neurčitých tlaků v podbřišku až po silné křečovitě stavy podobající se mnohdy svou intenzitou porodním bolestem a kontrakcím. Bolest může zasahovat nejen oblast reprodukčních orgánů, ale celý spodní abdominální kvadrant (podbřišek, bedra) a stehna. Tato porucha je mnohdy provázena řadou další velmi nepříjemných fyziologických příznaků, jako jsou periodické poruchy gastrointestinálního traktu projevující se nauzeou, zvracením či průjmy, jež se spolu s bolestí v průběhu menstruačního cyklu mohou objevovat. Dalšími negativními příznaky dysmenorey, jež ji mohou velmi často provázet, jsou bolesti hlavy, závratě, tachykardie, pocity tepla, pocení, zimnice, horečky, zvýšené močení, nespavost, vážné stavy dezorientace, narušené vnímání, pozornost a schopnost koncentrace, vazomotorické poruchy až kolapsové stavy a ztráta vědomí (omdlévání) v přímém průběhu menstruace. Dysmenorea tak může narušovat zvládnutí každodenních činností ženy a vést až k její pracovní neschopnosti (invaliditě) během menstruačního cyklu. Dysmenorea je také velmi často provázena negativními psychickými procesy jako hostilita, podráždění, úzkost, deprese, apatie a vyčerpání. Obecně vede k sníženému well-being ženy (bio-psycho-sociální a pracovní oblast), kdy byl zaznamenán negativní vliv na fyzickou i psychickou pohodu ženy, její výkon a úspěch ve škole a práci, dále markantní dopad na její sociální aktivity, rodinné a partnerské vztahy a schopnost vykonávat a naplňovat sportovní a volnočasové aktivity, jež jsou za normálních okolností běžnou součástí jejího života (Hodická, 2015; Chovanec & Dostálová, 2009; Balík et al., 2014; Roztočil, 2011).

### **Typologie a etiopatogeneze dysmenorey**

Dysmenoreu dělíme na základě její etiopatogeneze na primární a sekundární dysmenoreu.

- **Primární dysmenorea**

Primární, někdy také nazývaná jako **funkční či idiopatická** dysmenorea, je bolestivá menstruace u žen s normální (funkční) anatomii pánve – bez nálezu organických změn a bez onemocnění pohlavních orgánů. Primárními faktory bolestivosti a vedlejších příznaků jsou předpokládány převážně faktory psychogenního charakteru, tedy psychosomatické faktory. I přesto, že etiopatogeneze primární dysmenorey není doposud přesně známa, předpokládá se, že (sekundárním) faktorem vzniku primární dysmenorey je na fyziologické úrovni zvýšená tvorba **prostaglandinů**, především  $PGF2\alpha$ , tvořících se v děložní sliznici a myometriu (Chovanec & Dostálová, 2009; Roztočil, 2011) či zvýšená citlivost na ně. Prostaglandiny odpovídají za zvýšení aktivity myometria a elevaci intramurálního tlaku

vedoucího k snížení krevního průtoku a následné tkáňové ischemii, jež může vyústit v bolesti. Prostaglandiny jsou taktéž považovány za hlavní zdroj gastrointestinálních potíží, jelikož jejich nadbytek bývá podkladem pro zvýšenou aktivaci hladkého svalstva gastrointestinálního traktu a hypermobilitu střev manifestujících se jako zvracení, průjmem či nauzea. Též se ukázalo, že prostaglandiny mají tendenci vyvolávat a umocňovat nociceptivní bolestivé signály, čímž přispívají k pocíťovaným příznakům. S primární dysmenoreou se setkáváme u **ovulačních cyklů** především mladších, nuliparitních žen reprodukčního věku, které ještě nerodily. Po porodu většinou dochází k ústupu či úplnému vymizení potíží pacientky. Při terapii se jako nejúčinnější při léčbě akutních příznaků primární dysmenorey, s úspěšností 90 %, projevila blokáda ovulace kombinovanou hormonální antikoncepcí (HAK) (Hodická, 2015; Chovanec & Dostálová, 2009; Balík et al., 2014; Roztočil, 2011).

- **Sekundární dysmenorea**

Sekundární dysmenorea neboli také **algomenorea**, je způsobena orgánově anatomickou či pánevní abnormalitou a patologií (malformací) anebo gynekologickými (zánětlivými či neoplastickými) onemocněními jako – endometrióza, myomy, cysty, polypóza, adenomyóza, oophoritida, chronická salpingitida, adnexitida, cervikální stenóza. Dále také záněty – gynekologické záněty (hluboký pánevní zánět) a intestinální záněty; bakteriálními, virovými a plísňovými infekcemi pohlavního ústrojí či též nitroděložní antikoncepcí. Jedná se o pánevní bolest vyskytující se převážně u žen po 30. roku života, většinou bez vedlejších příznaků jako nauzea apod. typických pro primární dysmenoreu. V terapii dysmenoretických žen je proto vždy nutné vyloučit a následně řešit pánevní, gynekologickou patologii, popřípadě jiná základní onemocnění pacientky (Chovanec & Dostálová, 2009; Roztočil, 2011).

### **3.3 Rizikové faktory a kontextualizace dysmenorey**

Tato kapitola shrnuje psychologické aspekty dysmenorey a rizikové faktory s ní spojené. Poskytuje tak náhled na určitou „psychologii“ dysmenorey a její poznání v kontextech.

#### **3.3.1 Rizikové faktory primární a sekundární dysmenorey**

V rámci dysmenorey se vyskytuje několik faktorů, které zvyšují riziko jejího vzniku, rozvoje či nepříznivého průběhu. Těmito faktory jsou:

- biologické
- reprodukční
- sociální
- psychické
- životní styl a strava
- ostatní faktory.

V rámci primární dysmenorey se pak specificky jako rizikový faktor ukázalo být: mladší věk ženy (pod 30 let), časná menarche (pod 12 let věku), nízký index tělesné hmotnosti (BMI méně než 20), kouření, silné a prolongované menstruační krvácení a bezdětnost (Balik et al., 2014).

### 3.3.2 Psychické faktory primární dysmenorey

Neuroticismus, úzkost, deprese (Bahrami, 2017) a vyšší míra prožívaného maladaptivního stresu jsou jedny z nejčastějších rizikových faktorů primární dysmenorey. Primární dysmenorea se také více vyskytuje u lidí s psychiatrickými poruchami, včetně schizofrenie a OCD, u lidí se sebevražednými sklony, poruchami příjmu potravy, impulzivním sensation seeking, stížnostmi na tělesný a zdravotní stav (somatické symptomy), somatizačními a represivními sklony a vyšší mírou agrese (sklon k používání agrese či agresivnímu chování) (Bahrami, 2017). Dle výzkumů Bahrami (2017) byla navíc zjištěna silná (pozitivní) korelace mezi závažností bolesti a skóre při úzkosti, depresi, agresi a somatickými stížnostmi. Dalšími zaznamenanými rizikovými faktory u pacientů s primární dysmenoreou byly zjištěny (chronicky) traumatický attachment a bonding, PTSD a zkušenosti se sexuálním zneužíváním a sexuálním trauma (znásilnění), ale též traumatické zážitky, jež vznikly v přímém důsledku bolestivé menstruace a prožitků s ní spojených způsobující naučené chování, anticipační úzkost, fobie (Bajalan, 2019a; Bajalan, 2019 b). Přičemž studie obecně ukazují, že u žen s vyšší mírou zažívaného stresu, úzkostí, depresí a agrese je hlášen vyšší výskyt menstruačních problémů a poruch menstruačního cyklu obecně oproti ženám bez této psychické zátěže (Gollenberg, 2010; Sigmon, 2000; Pinkerton, 2010; Hartlage, 2004). Coppen (1963), Bahrami (2017), Bettendorf (2008) a další odborníci pak označují primární dysmenoreu za multifaktoriální onemocnění. Ve výzkumech s převážně adolescentními dívkami se navíc projevila významná asociace tohoto typu dysmenorey s poruchami nálad, emoční labilitou, problémy se sebepojetím, pocity viny, sebeodmítáním a sebenenávistí, suicidiální myšlenky a celkově sníženým well-being (Jung, 2004; Wang, 2004; Harlow, 1991; Kaplan, 2004; Iacovides, 2014).



### **3.3.3 Problematika bolesti a psychických problémů u dysmenorey**

V této části je nastíněna problematika dysmenorey. Jsou zde představeny potencionální souvislosti mezi tím, jak dysmenorea může ovlivňovat emoční prožívání a psychiku ženy. Současně také, jakým způsobem může u žen vznikat menstruační bolest z neuropsychologického hlediska (mechanismus jejího vzniku). Na závěr této podkapitoly je pak prezentován komplexní přehled provázanosti dysmenorey a daných psychických faktorů.

#### **Stres, deprese a sociální opora**

Deprese je nejčastější psychiatrickou poruchou spojenou s bolestí a mající vliv na menstruační cyklus. Deprese snižuje práh bolesti a umocňuje její prožitky. Současně má také tendenci snižovat účinky analgetik. Není zjištěno, zda je deprese pouze příčinou, důsledkem či obojetným faktorem chronické bolesti, ovšem její výskyt u takových pacientů (včetně dysmenoretických) je markantní. Dysmenorea bývá oproti kontrolní skupině spojována se zvýšeně špatnou náladou, depresivností, pocity obav a strachu, sníženou chutí do života, úzkostnými problémy a distresem (Balík et al., 2014; Latthe et al., 2006; Coppens & Kessel, 1963; Ibrahim et al., 2015). Deprese, úzkost a ztráta sociálních podpůrných sítí pak také mohou, dle některých výzkumů, zvýšit pocit menstruační bolesti (Balík et al., 2014). Hypotetický vliv nekvalitních mezilidských vztahů, nedostatku prožívané sociální opory a deprese na výskyt dysmenorey poukazuje i výzkum (Mou, et al., 2019), kteří zjistili, že jak četnost, tak závažnost dysmenorey pozitivně koreluje s negativními emocemi, prožíváním osamělosti a prožívanými mezilidskými problémy. Tyto výsledky naznačovaly, že jedinci s horšími mezilidskými vztahy a prožívanou samotou mívají horší dysmenoreální příznaky nežli jedinci bez těchto potíží. Naopak bylo zjištěno, že dobré mezilidské vztahy mohou zlepšit negativní náladu, a do určité míry dokonce také zmírnit příznaky dysmenorey. Další studie ukázaly, že být v manželském svazku nebo být ve stabilním vztahu, je spojeno se sníženým rizikem výskytu a závažnosti dysmenorey, a může tak představovat ochranný faktor před dysmenoreou (Latthe et al., 2006).

#### **Centrální senzibilizace**

Výzkumy zjistily, že u žen s primární dysmenoreou se vyskytuje vyšší citlivost k bolesti než u zdravých žen, což může být způsobeno jak depresí (případně úzkostí), jež byla již v předchozí části zmiňovaná, či také tzv. centrální senzitivizací (Iacovides, 2015). Bolestivá menstruace, která se opakuje každý měsíc, může tuto centrální senzibilizaci (senzitivizaci) bolesti vyvolat (Yunus, 2007). Slovo „centrální“ zastupuje centrální nervový

system a "senzibilizace" představuje zvýšenou citlivost. Při centrální senzibilizaci (CS) se celý CNS stává senzitivnější vůči specifickým podnětům (bolesti) a dochází k intenzifikaci obecné odpovědi na bolest (Woolf, 2004). Konkrétně tedy dochází k tomu, že tělo a mozek postupem času zesilují signály bolesti, tedy dochází k prožitkům větší a větší bolesti s menší nutnou provokací. Tento jev má tendenci se vyskytovat téměř u všech stavů chronických bolestí a prostupuje do všech zkušeností s bolestmi, to znamená, že CS může vést k zvýšené citlivosti při jakékoliv bolesti v těle (Thernstrom, 2010).

### **Bolest a její vliv na afektivitu**

Bolest není pouze sensorická tělesná zkušenost (smyslový zážitek), nýbrž také emocionální (afektivní), jelikož je provázána emočními prožitky a reakcemi. Prožívaná bolest tudíž může mít dopad jak na emocionalitu jedince, tak na jeho psychické rozpoložení. Bolest pak může způsobovat či rozvíjet psychický distres, zhoršovat afektivní kondici a způsobovat poruchy nálad a jiné psychiatrické poruchy (Cesta et al., 2016; Bair et al., 2004). Takovéto změny v psychice pak opět mohou následně vést k somatickým problémům (Bair et al., 2004). Problémy duševního zdraví a dysmenorey jsou tedy obousměrné (Cesta et al., 2016).

### **Dysmenorea, well-being a spánek**

Dysmenorea je chronickým onemocněním (poruchou), jež výrazně narušuje pracovní schopnost, zasahuje do osobního života a sociální oblasti postižené ženy, což v celkovém měřítku výrazně ovlivňuje kvalitu jejího života. Dysmenorea nepříznivě ovlivňuje náladu, a tím následně i prožívání vztahů, chování a přístup jednotlivce k blízkým lidem. Co se týká spánku, akutní i chronická bolest spánek narušují (Baker, 1999; Iacovides, 2009; Hachul, 2010). Dysmenorea tak může vést navíc k snížení kvality spánku a dysfunkčnosti běžných spánkových procesů, specificky pak REM fáze, jež bývá vlivem dysmenorey redukována. Výzkum (Bahrami, 2017) zjistil, že ve srovnání s kontrolní skupinou (a skupinou trpící na PMS) se mezi ženami s dysmenoreou výrazně vyskytují poruchy spánku (insomnie, denní ospalosti, spánkové apnoe), přičemž byla zjištěna silná (pozitivní) korelace mezi závažností bolesti a poruchami spánku (insomnie, denní ospalost a apnoe) (Bahrami, 2017). Je třeba zmínit, že u zdravých žen s normálním průběhem menstruačního cyklu by nemělo docházet k žádným fyziologicky významným změnám v oblasti spánku a typické charakteristiky spánku by měly být stabilní napříč celým menstruačním cyklem.

## **Přehled provázanosti dysmenorey a psychických faktorů**

1. Psychické problémy jako deprese, úzkost a jiné negativní emoce představují rizikové faktory a potenciální příčiny vzniku primární dysmenorey (Proctor & Farquhar, 2006; Coppen & Kessel, 1963).
2. Negativní emoce, deprese a úzkost mohou zhoršovat citlivost na již vzniklou/probíhající bolest a zintenzivnit její prožívání (Vincent et al., 1966), zatímco pozitivní emoce naopak mohou bolest zmírnit (Rhudy et al., 2010; Coppen & Kessel, 1963).
3. Díky opětovně prožívané bolesti dochází k centrální senzibilizaci (CS), tedy tělo zvyšuje intenzitu prožitků bolesti (Coppen & Kessel, 1963).
4. Emoční prožitky vyvolávané zažívanou bolestí mohou vyvolávat psychické problémy a mít následný opětovný somatický dopad (Bair et al., 2004; Bair et al., 2003).
5. Snížená kvalita spánku a života (well-being) způsobená dysmenoreou může u pacientů vyvolávat negativní emoční prožitky a zvýšenou nespokojenost (Iacovides et al., 2015).

### **3.3.4 Další psychosomatické faktory dysmenorey**

Různé psychologické teorie vycházející primárně z psychoanalýzy a z terapeutických zkušeností předpokládají, že dysmenorea vzniká z několika důvodů. Dle Schuth (1991) a dalších autorů se dysmenorea vyskytuje u žen s ambivalentním postojem k matce, k ženské roli, k mateřství a sexualitě. Nejčastěji zmiňovanými komponenty v této oblasti jsou ženiny rozporuplné pocity a vnitřní konflikty spojené s ženskou rolí a porodem dítěte, odmítání ženské role, či dokonce odpor a zášť k ženství, ale také mnohdy i k samotné sexualitě (Berry & McGuire, 1972). Dále jsou zvažovány také problémy zralosti a přijetí přirozeného sexuálního vývoje a sexuální role dívek (Denning, 1978), kdy dysmenorea má vznikat jako autoagresivní obrana proti vývoji ženství. Jako častou teorií v rámci psychoanalýzy je taktéž to, že bolest během menstruace představuje „pláč dělohy“ a vzniká na základě opakovaného selhávání ženy otěhotnět, kterou menstruace symbolizuje (Deutsch, 1953; Horney, 1933). Někteří autoři také uvádí zablokované sexuální vzrušení, které je nasměrováno proti menstruaci. Zvažováno je také sebenaplňující se proctví, které vzniká díky postojům matky vůči menstruaci a jejími prožitky bolesti během ní, kdy dívka následně očekává, že menstruace musí bolet a že bude bolet i u ní. Dysmenorea pak představuje určitý rodinně předávaný vzorec, který si dívka fixuje. Kromě předávaných rodinných vzorců se

může jednat i o obecné dogma, že má dívka očekávat bolest a že bolestivá menstruace patří k ženství (Clarke & Ruble, 1978). Současně ale také samotná předchozí zkušenost s bolestí během menstruace může vést k jejímu očekávání vedoucí k prožívání bolesti (podmíněná reakce) a současně soustředění se na ni, což může bolest zhoršovat (Schuth, 1991; Lewis et al., 1983). V neposlední řadě je pak zvažován a vnímán sekundární zisk z nemoci, kdy žena získává pozornost a možnost zneschopnění (uvolnění od běžných povinností, činností a úkolů, odpojení se a útěk od vnějšího světa, od sexuálních aktivit) (Schuth, 1991).

### **3.4 Léčba dysmenorey**

Dysmenorea může být řešena mnoha způsoby, a to ať už prostřednictvím základní léčby, zahrnující různé formy farmakologické i nefarmakologické terapie, tak i pomocí psychoterapie, jak bude dále uvedeno a specifikováno v jednotlivých podkapitolách.

#### **3.4.1 Základní léčba dysmenorey**

##### **a) Farmakologická léčba dysmenorey**

K základní farmakologické léčbě dysmenorey jsou využívána: analgetika, spasmolytika, HA (hormonální antikoncepce), tokolytika a inhibitory cyklooxygenázy (Hodická, 2015).

- **Analgetika**

Primární léčbou akutních projevů bolesti jsou paracetamol (paralen) či nesteroidní antiflogistika (ibuprofen, naproxen aj.). Pokud je tato medikace užitá ženou před samotným vypuknutím bolesti, dojde již v prvopočátku k zabránění syntézy prostaglandinu F<sub>2</sub>, a tak i k zabránění vzniku bolestivých projevů a případně jiných negativních příznaků. Nesteroidní antiflogistika představují současně protizánětlivou medikaci. U léčiv tohoto druhu je ovšem nutné dávat pozor na možné kontraindikace. Především vysoké riziko interakce je spojeno s kortikosteroidy, antidepresivy a dalšími léky, což by každá žena měla při jejich užívání brát v potaz a formu této medikace vždy konzultovat s lékařem. Kofein může zesilovat účinky některých základních analgetik a někdy i bývá do jejich směsi přidáván (Hodická, et al., 2015; Chovanec & Dostálová, 2009; Roztočil, 2011; Rokyta, 2018; Fait & Slíva, 2011).

- **Spasmolytika a spasmopalgetika**

Spasmolytika (například butylskopolamin) jsou látky užívané k potlačení spasmů hladkého svalstva, účinek ovšem bývá slabý, většinou je nutností současné podávání analgetik. (Rokyta Richard: Léčba bolesti v primární péči). Spasmopalgetika jsou, jak už

název napovídá, již předem vytvořená kombinace analgetických a spasmolytických látek v jednom léku, mezi ně patří například Algifen, Spasmoveralgin, Spasmopan. (Rokyta Richard: Léčba bolesti v primární péči) (Hodická, et al., 2015; Chovanec & Dostálová, 2009; Roztočil, 2011; Rokyta, 2018; Fait & Slíva, 2011).

- **Hormonální antikoncepce (HA) a kombinovaná hormonální antikoncepce (HAK)**

Je jedním z nejčastěji předepisovaných léků pro dlouhodobé řešení menstruačních problémů, včetně bolestivé menstruace. HAK pomáhá předcházet příznakům dysmenorey v průběhu každoměsíčního menstruování. HAK, ovšem nemůže být užívána každou ženou, ať už proto, že tato metoda není některými ženami z osobních důvodů preferována, či se u ní vyskytují možné kontraindikace v anamnéze spojené s kardiovaskulárním, plicním, metabolickým, onkologickým, genetickým a krevním onemocněním a poruchami srážlivosti krve. Nejčastější kontraindikací je Leidenská mutace, tromboembolie, diabetes mellitus apod. HAK může být užívána ve formě perorální, nitroděložní, injekční, náplastové a v podobě podkožních implantátů. Z praxe se při terapii primární dysmenorey jako nejúčinnější jeví být blokáda ovulace kombinovaná s hormonální antikoncepcí (HAK). Úspěšnost je v tomto případě téměř 90 % (Hodická, et al., 2015; Chovanec & Dostálová, 2009; Roztočil, 2011; Rokyta, 2018; Fait & Slíva, 2011; Čech, 2018; Švihovec et al., 2018).

- **Injekční depomedroxyprogesteron acetát (DMPA)** je progestin, jenž je ženě aplikován intramuskulárně a funguje na principu potlačení tvorby FSH a LH, což následně vyvolá hypoestrogenní stav organismu. Jeho účinky trvají zhruba tři měsíce a po vysazení v těle přetrvávají ještě několik měsíců. Negativním aspektem DMPA je, že může způsobovat amenoreu (až v 50 % případů), nepravidelnost cyklu, oddálení návratu fertility, nárůst hmotnosti, ale především také deprese a jiné emoční rozlady (Chovanec & Dostálová, 2009; Roztočil, 2011; Imai et al., 2014).

- **Gestagení antikoncepce** pak omezuje symptomy dysmenorey tím, že potlačuje proliferaci endometria (Imai et al., 2014).

- **Nitroděložní tělísko (např. levonorgestrel)** taktéž omezuje příznaky dysmenorey. Účinná je i v případě léčby onemocnění menoragie (těžké menstruační krvácení) a endometriózy, tedy jedněch z faktorů výskytu (primární a sekundární) dysmenorey.

- **Podkožní implantáty** obsahují progestiny, které omezují příznaky primární dysmenorey a také bolesti způsobené endometriózou u žen se sekundární dysmenoreou (Imai et al., 2014; Čech, 2018; Švihovec et al., 2018).

- **Tokolytika**

Tokolytika představují medikamenty, které v obecné rovině snižují, či zastavují děložní činnost. Tokolytické látky působí jako antagonisté prostaglandinů a receptorů oxytocinu, který stimuluje děložní činnost a způsobuje její (bolestivou) kontraktilitu (Čech, 2018; Švihovec et al., 2018).

- **Inhibitory cyklooxygenázy**

Inhibitory cyklooxygenázy jsou látky, jež zasahují do metabolismu prostaglandinů tak, že snižují jejich tvorbu. Tyto léky je nutné aplikovat 2–3 dny před začátkem krvácení, aby mohlo dojít k jejich maximálnímu účinku (Čech, 2018; Švihovec et al., 2018).

Pokud veškerá forma farmakologické terapie selže, je nutné vyloučit jiné příčiny bolestivé menstruace a přistoupit k endoskopickým metodám (hysteroskopie, laparoskopie) (Chovanec & Dostálová, 2009).

### **b) Nefarmakologické metody řešení dysmenorey**

Mimo farmakologické cesty lze k redukci či úplné eliminaci dysmenorey využít také jiných cest. Jako účinné se ukázaly být: výživa, dietní změny a změny životního stylu, lokální tepelná terapie, rehabilitace a fyzioterapie, masáže, cvičení, sex, naturopatie, aromaterapie, homeopatie a tkáňové soli, akupresura, akupunktura a hydrocolon terapie, jak bude dále rozvedeno.

- **Výživa, dietní změny a změny životního stylu**

Doporučená je především výživa nutričně bohatá, obohacená o esenciální mastné kyseliny, zinek, hořčík, železo, vápník a vitaminy skupiny B (B1, B6 a B12), C a E. Omega 3 mastné kyseliny vyskytující se v rybím tuku obsahují kyselinu dekosahexainovou a eikosapeptaeonovou, jež ulevují od menstruačních bolestí. Dále je doporučen dostatečný pitný režim a změna stravovacích návyků. Jako velice účinným se ukázal být přechod na vegetariánskou/veganskou stravu a omezení, či úplná eliminace pokrmů obsahující mléko, lepek, cukr a trans mastné kyseliny – nasycené (živočišné) tuky podporující zánětlivé procesy v těle a způsobující nadbytečnou tvorbu prostaglandinu F2 $\alpha$ , což jsou eikosanoidy 2. typu mající vliv na vznik křečí. Mléko a mléčné výrobky (jogurty, tvaroh) navíc velmi často obsahují růstový hormon, jenž může podporovat menstruační bolesti. Obzvláště červené maso a vaječný žloutek (nanejvýš na dvě porce týdně) obsahují velké množství eikosanoidů typu 2 a rafinovaných a jednoduchých cukrů, které způsobují nerovnováhu eikosanoidů, by se ženy trpící dysmenoreou měly vyvarovat. Současně byl prokázán i negativní vliv glutamátu sodného na vznik a udržování menstruační bolesti. Stravování by pak mělo především cílit na podporu těla v tvorbě prostaglandinu série E (eikosanoidy typu

1). V průzkumech se také ukázalo jako účinné celkové snížení váhy (v případě nadváhy, nikoliv podváhy) a odstranění obezity obecně (Chovanec & Dostálová, 2009). Velmi důležité je také omezit, či zcela zamezit kouření. Kouření dle zjištění podporuje vznik křečí a zánětů v těle. Je dokázáno, že kouření má obecně vysoce negativní vliv na menstruační cyklus a způsobuje dysmenoreu či minimálně zhoršuje její projevy (Chovanec & Dostálová, 2009; Křivánek, 2013; Hodická, et al., 2015; Chovanec & Dostálová, 2009; Roztočil, 2011; Rokyta, 2018).

- **Lokální tepelná terapie** (zahřívání postižené oblasti)

Jako účinná se jeví být teplá koupel či teplé/horké obklady nebo zábaly v dolní polovině břicha a zad v přímém průběhu bolestivé menstruace (Chovanec & Dostálová, 2009).

- **Rehabilitace a fyzioterapie**

Rehabilitační, fyzioterapeutická a posilovací cvičení mohou ovlivnit bolest, jež má nervový původ, je způsobována křečovým stahem svalů kolem čípku nebo nepřírozeným ohnutím dělohy vpřed (anteverze) či vzad (retroverze). Při takovémto záklonu je ztížen samovolný odtok krve, což může způsobovat bolest. Fyzioterapie se zaměřuje na fixaci těchto problémů pomocí zatěžování různých svalových skupin. Ve fyzioterapii dysmenorey jsou dále využívány techniky na uvolnění měkkých tkání a spasmů, na koordinaci svalstva, mobilizační techniky, techniky zaměřené na zlepšování dechového stereotypu a schopnosti koordinace svalstva při regulaci nitrobřišního tlaku a též aktivace svalů hlubokého stabilizačního systému páteře. Velmi účinná je metoda Ludmily Mojžíšové. Cvičení a první pomoc je však možné provádět i doma. Nejúčinnější je v době bolestivé menstruace aplikovat břišní dýchání, které se provádí v lehu na zádech. Podstatné je nadechovat se plně až do břicha, kdy můžeme přímo pozorovat, jak se břicho vyklenuje, a břišní svaly se uvolňují. Další efektivní technikou pomáhající k zmírnění bolesti je poloha v kleku s předloktím opřeným o zem, kdy stehna jsou kolmo k zemi, při této poloze dochází k uvolnění čípku a snadnějšímu odtoku krve (Kolář et al., 2009; Adamírová, 1994; Kolářová, 2003; Northrup, 2015, Chovanec & Dostálová, 2009).

- **Masáže**

Každodenní masáž břicha a bederní krajiny v době cca týden před menstruací podporuje relaxaci svalových skupin v této oblasti a pomáhá tak předcházet křečím a zvýšeným bolestem (Chovanec & Dostálová, 2009; Kolář et al., 2009).

- **Cvičení**

Mezi vhodné aktivity patří například cvičení na míčích, pilates, břišní tance, jóga a shiatsu. Tato cvičení pomáhají zpevňovat břišní a kosterní svalstvo (bederně-kostrční oblast) a pánevní dno, které hrají významnou roli při vzniku a boji proti gynekologickým a urologickým potížím žen. Současně umožňují uvolňovat napětí v těle, navozovat pocit pohody, a především pracovat s dýchacími svaly a strategiemi (Chovanec & Dostálová, 2009; Kolář et al., 2009; Hodická et al., 2015).

- **Sexuální styk a orgasmus**

Sexuální styk obecně pomáhá zvyšovat pocity štěstí, uvolnění a pohody ženy. Snižuje celkové psychické i fyzické napětí. Orgasmus pak navíc pomáhá zmírňovat a rychleji ukončit menstruační bolesti a to proto, že kontrakce dělohy během orgasmu zabraňují překrvování a nashromažďování tkáňové tekutiny a tlumí též svalové křeče (Hodická et al., 2015).

- **Naturopatie** (léčba léčivými bylinami a rostlinami)

V léčbě dysmenorey a zmírnění jejích příznaků je možno využívat také různé druhy bylin, rostlin a koření, které lze nejčastěji užívat ve formě tinktur, čajů či olejů. Jako nejúčinnější se z bylinných preparátů při léčbě dysmenorey ukázal být maliník, pupalka, řebříček, kontryhel, třezalka, meduňka, kozlík, andělíka lékařská a kakost. Z léčivých rostlin se pak jedná o chřest hroznovitý, kadidlovník pilovitý, granátovník obecný, rudé lapacho, smuteň niruri a papája. Z koření má příznivé účinky fenykl, anýz, kmín, koriandr, skořice a šafrán. Významnou pomoc může poskytnout pupalkový olej, který obsahuje kyselinu dihomogama-linolenovou, kyselinu gamalinolenovou, kyselinu linolovou a kyselinu olejovou, které jsou prekurzorem nově vytvořených prostaglandinů (Altherr et al., 2010; Paolini, 2015).

- **Aromaterapie**

Aromaterapie se využívala již ve starověkém Egyptě, Řecku a Římě a znamená „*léčení pomocí vůní*“. V aromaterapii je využíváno éterických olejů rostlin představující jejich specifickou a charakteristickou vůni. Oleje se dají aplikovat různými způsoby, ať už formou inhalace, masážemi, koupelemi či obklady. Aromaterapie významně působí na limbický systém, který ovlivňuje náladu a stresové reakce v těle. Stres a duševní nevyrovnanost mohou přispět ke vzniku a rozvoji některých fyzických problémů a onemocnění. Oleje pak pronikají přímo do těla, a to prostřednictvím sliznice nebo pokožkou, a poté jsou postupně vylučovány. Mezi oleje doporučené při dysmenoree patří



levandule, ylang ylang, citrusy (příznivý účinek na psychiku), šalvěj (analgetikum, hormonální rovnováha), rozmarýn, heřmánek římský, růže (analgetika) a také řebříček, grep, bazalka (protizánětlivé účinky, uvolňující efekt na psychiku a křeče). K olejům působícím příznivě při bolestivé menstruaci patří především levandule, která je celkově uklidňující rostlinou. Pomáhá při depresích, vyčerpání, stresu a nervozitě a významně působí proti bolestem (Marek, 2016; Karlachová, 2013).

- **Homeopatie a tkáňové soli**

Homeopatika jsou léčiva, která ve své podstatě neobsahují žádné látky, ale bio-informace, jež by měly mít léčivý efekt na organismus. Tkáňové soli jsou soli s minerální složkou nutné pro celkovou rovnováhu organismu. Jejich nedostatek může narušit homeostázu a způsobit zdravotní problémy. Mezi nejčastější homeopatická a solná léčiva zaměřená na harmonizaci bolestivé menstruace patří léky Colocynthis 9, 15 Ch., Magnesia Phosphorica 9, 15 Ch, Magnesium Phosphoricum D6, Caulophyllum 9, 15 Ch., Arnica 15 Ch, Phosphorus 15 Ch, Chamomilla 9, 15 Ch, Ignatia 15 Ch, Actea Racemosa 9, 15Ch, Lachesis 9, 15 Ch, Sabina 9, 15 Ch (Váňová, 2016; Karhan, 2011).

- **Akupunktura a akupresura**

Fungují na hypotetickém principu uvolnění toku zablokované energie v těle (chi) a stimulace nervových a energetických drah těla zvaných meridiány, které mají v konečném důsledku optimalizovat funkce tělesných orgánů, kdy jednotlivé stimulované body na těle (jehličkami/tlakem) jsou propojené s určitými částmi organismu (orgány a soustavami), na něž následně působí. Tato léčba vychází z principů tradiční čínské medicíny a mnoho výzkumů prokazuje její nápomocnost v léčbě dysmenorey. Akupunktura a akupresura zlepšují prokrvování určitých oblastí těla, stimulují lymfatický systém a detoxikační procesy v těle, ale především působí proti bolestem a mají pozitivní vliv na psychiku. Bylo prokázáno, že tyto metody lze využít také k uvolňování určitých hormonů (např. hormonu štěstí) (Karlachová, 2013; Wu, 2016; Marek, 2016).

- **Hydrocolon terapie**

V některých případech může k léčbě dysmenorey pomoci také hydrocolon terapie (výplach střeva), jelikož některé gynekologické obtíže mohou být způsobeny špatnou funkcí střev (Roztočil, 2011; Rokyta, 2018).

### **3.4.2 Psychoterapeutická léčba dysmenorey a bolesti**

Dysmenorea může být řešena také psychoterapeutickou cestou. Ta umožňuje dysmenoreu buď zcela eliminovat, či pomáhá k jejímu efektivnějšímu zvládnutí. Vzhledem

k tomu, že hlavní problematikou dysmenorey je prožívaná bolest, pro kterou existují efektivní psychoterapeutické postupy, zahrnuje tato kapitola ať už psychoterapii bolesti, tak i psychoterapii dysmenorey, jež se ukázala být účinná.

## **PSYCHOTERAPIE BOLESTI**

V rámci psychoterapie bolesti se jako jedna z neúčinnějších jeví kognitivní terapie a KBT, jež budou v následujícím textu podrobně rozepsány v rámci jejich účinků a specifických technik.

### **Kognitivní a kognitivně behaviorální metody**

Cílem kognitivní a kognitivně behaviorální terapie (KBT) je snížit úroveň prožívané bolesti, podpořit vlastní proaktivitu postiženého, zvýšit vnitřní optimismus, self-esteem, self-efficacy a pocit kontroly nad bolestí a svým životem (Gorczyca et al., 2013; Ehde et al., 2014). V následujícím textu budou zmíněny účinné techniky v rámci kognitivní terapie a KBT.

#### **1. Poskytnutí přípravných informací**

Jedná se o často využívanou metodu, jejímž principem je poskytnutí informací o nadcházející nepříjemné či bolestivé situaci, jež se v některých případech ukazuje být účinná pro tlumení negativní reakce/bolesti. Zahrnuje procedurální informace o nadcházející situaci, aneb co člověka čeká, co se bude dít, a sensorické informace o prožitcích, jež by měl s největší pravděpodobností jedinec při takové situaci zažívat.

#### **2. Kognitivní copingové strategie**

Jedná se především o techniky zaměřené na rozptýlení či odklon pozornosti apod. Má 6 hlavních kategorií:

- i. Imaginativní nepozornost** – představuje ignorování bolesti využitím techniky imaginace zaměřené na příjemné představy a vjemy, které se neslučují s bolestí (například představa toho, jak si jedinec užívá příjemný den na pláži, večírku, pocituje lásku, atd.).
- ii. Imaginativní transformace bolesti** – cílem je brát na vědomí a akceptovat negativní prožitky (bolesti), ovšem interpretovat je jako něco zcela jiného, neskutečného či triviálního (bagatelizace).
- iii. Imaginativní transformace kontextu** – zahrnuje snahu brát na vědomí a akceptovat negativní prožitky (bolesti), ale přeměnit mind-set a kontext bolesti. Například

představovat si sebe jako „Jamese Bonda“, který byl zraněn v misi, atd. Tato metoda se ukázala být účinná především v oblasti zvýšení tolerance bolesti.

- iv. Odvedení pozornosti (externí)** – jedná se o zaměření pozornosti na jiné podněty ve svém okolí, například fyzikální vlastnosti prostředí, počítání předmětů, analyzování materiálu oděvu, atd.
- v. Odvedení pozornosti (vnitřní)** – obnáší soustředění pozornosti na myšlenky generované vlastními silami (nevyvolávané imaginací), například vzpomínání na seznam slov populárních písní.
- vi. Somatizace** – jako účinné se ukázalo být zaměření se na intenzivní stimul a tu část těla, jež jej přijímá, ale s „odosobněným přístupem“ – například analýza intenzivních prožitků, jako když je zpracovávána popisná biologická zpráva o našem těle nebo využití přístupu vycházejícího z principu mindfulness „odosobnění se od těla“, tedy že bolest/ prožitek se mi děje, děje se mému tělu, nikoliv mně (Gorczyca et al., 2013; Ehde et al., 2014).

### **3. Komplexní KBT metody**

Poskytování přípravných informací a trénink dovedností – v rámci KBT se většinou využívá účinné kombinace poskytování přípravných informací, instrukce copingových dovedností a tréninku redukce stresu a anxiety vznikajících při nepříjemném prožitku/bolesti. Tyto techniky jsou účinné v zvládnání probíhající bolesti, jež pacienta čeká. Jako kognitivně behaviorální techniky pro zvládnání bolesti jsou pak využívány např. relaxace a hluboké dýchání, rozptýlení, imaginace aj. Subjekty si pak volí jimi nejvíce preferované techniky. Při nácviku je subjektům dána příležitost vyzkoušet si své nově nabyté dovednosti buď prostřednictvím imaginace, hraní rolí, či vystavením se skutečnému bolestivému stresoru (Gorczyca et al., 2013; Ehde et al., 2014; Winterowd, 2003, Thorn, 2006).

### **PSYCHOTERAPIE DYSMENOREY**

V psychoterapeutické léčbě dysmenorey jsou využívány: relaxační techniky (Honzák, 2005) a autogenní relaxační trénink (Heczey, 1980), biofeedback (Honzák, 2005; Sedlacek & Heczey, 1977) hypnóza, sugesce (Kratochvíl, 2009; Lewis et al., 1983; Denney & Gerrard, 1981), desenzibilizace (Lewis et al., 1983; Denney & Gerrard, 1981), Lamazeho technika (Lewis et al., 1983; Denney & Gerrard, 1981). Obzvláště významné účinky byly

zaznamenány u autogenního tréninku, Lamazeho techniky a hypnoterapie, které budou v následující části rozvedeny.

### **Cvičení Lamaze pro přirozené porody**

Jedná se o postupy původně aplikované pro zvládání přirozených porodů. Jejich účinnost však byla zaznamenána i v případě menstruačních bolestí a zahrnují následující techniky:

1. Vysvětlení fyziologického základu menstruace a menstruačních křečí;
2. Trénink svalů a relaxace;
3. Změna vnímání bolesti pomocí přesunu pozornosti na řízené dýchání a vizuální funkce na nestabilní podněty;
4. Lehká masáž břicha pomocí hmatových cvičení a masážních technik;
5. Cvičení ke zlepšení krevního oběhu a svalového tonusu a zmírnit přetížení pánve (House, 1969; Fleischauer, 1977; Lewis et al., 1983; Denney & Gerrard, 1981).

### **Hypnoterapie**

K léčbě primární dysmenorey jsou aplikovány dvě formy hypnoterapie:

- a) hypnotická sugesce
- b) hypnoanalýza

Mezi hypnotické sugesce poskytované pacientům v průběhu hypnózy patří:

- i. *sugesce, že menstruace je přirozenou tělesnou funkcí* a že menstruace klientky byla shledána jako normální ve všech ohledech, a proto pro ni nemusí představovat zdroj obavy či úzkosti (Leckie, 1964);
- ii. *sugesce, že menstruace pacientky bude bezbolestná* a že by měla přestat interpretovat pocity menstruační kongesce jako bolest (Kroger a Freed, 1943; Leckie, 1964);
- iii. *instruování k svalové relaxaci* (primárně cervikálních svalů) (Leckie, 1964), hlubokému dýchání a fokální anestezii při menstruaci (Dorcus a Kirkner, 1948).

Pokud pacient na přímé hypnotické sugesce nereaguje a není zaznamenána žádná změna, je obvykle předpokládán hlubší psychodynamický faktor a využita je hypnoanalytická forma terapie (často s regresí věku) (Kroger & Freed, 1943; Leckie, 1964). Hypnoanalytický přístup je založen na předpokladu, že dysmenorea souvisí s konkrétním psychologickým konfliktem, od povrchních obav týkajících se menstruace, až po hluboké konflikty ohledně ženskosti (Lewis et al., 1983). Tyto konflikty se pak z psychosomaticko-psychoanalytického hlediska považují být „přeměněné“ na stenózu děložního čípku a stažení svalů (tenzi) v cervikální oblasti znemožňující výtok menstruační tekutiny. Hypnóza bez

ohledu na předpokládané konflikty umožňuje pacientce znovu zflexibilizovat a uvolnit svaly děložního čípku atd., které umožní snadnější odtok krve, dále také snížit vnitřní konflikty způsobující distres a reinterpretovat menstruaci jako něco hrozného (Lewis et al., 1983; Denney & Gerrard, 1981).

### **3.4.3 Faktory komplikující léčbu dysmenorey**

Důvody, proč ženy nehlásí dysmenoreu svým lékařům a nepodnikají léčbu dysmenorey, jsou:

1. Mnoho žen přijímá dysmenoreu jako normální součást ženy a menstruování.
2. Získané informace naznačující, že se dysmenorea s věkem/porodem zlepší, takže trpělivě čekají na úlevu.
3. Ženy mohou mít pocit, že jejich stížnost není natolik důležitá, aby si vyžádala pozornost lékaře, nebo že neexistuje žádná možná úleva.
4. Mnoho žen se stydí mluvit a diskutovat o své dysmenoree.
5. Pocit či zkušenost s tím, že lékaři neberou jejich stížnosti vážně a mají tendenci příznaky a prožitky bagatelizovat (Sobczyk 1980; Snow & Johnson, 1977; Sobczyk et al., 1978).

## 4 DYSMENOREA A BOLEST V KONTEXTU SEBEPOJETÍ

V této kapitole je představena základní problematika sebepojetí a seznamujeme se v ní s jeho jednotlivými složkami a koncepty. V dalších podkapitolách se již specificky zabýváme self – efficacy, self – esteem, locus of control a tělesným sebepojetím v kontextu dysmenorey a bolesti, kde jsou prezentovány výsledky současných a dosavadních výzkumů pro tuto oblast.

### 4.1 Sebepojetí

Termín sebepojetí (self-concept) je hlavním základem jáství člověka a dle Hartla & Hartlové (2000) vyjadřuje **představu sama o sobě** složenou ze souhrnu názorů a hodnotících soudů, jenž o sobě člověk chová – „*kdo jsem*“ a „*jaký jsem*“. Thorová (2015) jej definuje jako **postoj a vztah sám k sobě**, jenž může být pozitivní, či negativní a Blatný & Plháková (2003) pak také jako obecné **prožitky vlastní spokojenosti se sebou** samým (spojených s vyšší, či menší mírou sebedůvěry a sebeúcty).

Sebepojetí je komplexním systémem tvořeným složkami: kognitivní, afektivní a konativní. **Kognitivní složka** zahrnuje sebezpoznaní a sebereflexi, **afektivní složka** – to, jak se hodnotíme (sebehodnocení) a jaký postoj a vztah k sobě zaujímáme (sebeláska, sebenenávisť) a **konativní složka** je charakterizována seberegulací (sebekontrolou) (Fialová & Krch, 2012; Smékal, 2004).

V obecném základu je Sebepojetí (self-concept) nejčastěji děleno na:

- **sebeobraz (self-image)**
- **sebehodnocení (self evaluation) či postoj/vztah sama k sobě (self-esteem).**

Sebepojetí a sebeobraz bývá dále kategorizován na **Reálné já, Vnímané já** (v daném okamžiku a kontextu), **Ideální já** zahrnující soubor charakteristik, jimiž by jedinec chtěl či měl disponovat, a v neposlední řadě **Prezentované já** neboli to, jak se jedinec projevuje navenek – jak se chce jevit (Smékal, 2004).

### 4.2 Self-efficacy

Self-efficacy (SE) neboli pocit „vlastní sebeúčinnosti“ je termín a koncept vytvořený americkým psychologem Albertem Bandurou. SE představuje jednu z hypotetických složek self spojenou se sebevědomím člověka. Je definován také jako sebedůvěra ve vlastní schopnosti, v sebeuplatnění a představuje přesvědčení o vlastní způsobilosti zvládnout

nějaké situace či úkoly a dosáhnout stanoveného cíle a požadovaného výsledku (na základě osobních zdrojů, sil, kompetencí aj).

Vnímání vlastní účinnosti představuje velmi význam ochranný faktor vztahující se k přesvědčení jedince o jeho možnosti ovlivňovat svůj život a mít kontrolu nad událostmi ve svém životě, což je spojováno s představou lepšího zvládnání životních těžkostí u těchto osob. Vysoké očekávání vlastní účinnosti podporuje tvorbu optimistických postojů, přispívá k interpretaci těžkých úkolů jako výzev a významně tak souvisí s kvalitou života. Lidé s vyšší mírou SE zažívají menší pocit bezmoci, lépe zvládají vlastní emocionální stavy a taktéž inklinují k tomu aktivně čelit nepříznivým životním událostem. Bandura tvrdil, že SE také určuje, kolik úsilí a vytrvalosti lidé vyvinou při čelení takovýmto překážkám a nepříjemným zkušenostem.

- SE A BOLEST

Self-efficacy (SE) je široce zkoumaný psychologický faktor mající vliv na chronickou bolest. Předpokládá se, že bolest SE ovlivňuje minimálně dvěma způsoby. Za prvé, přítomnost SE má vliv na iniciaci a provádění aktivit nezbytných pro zvládnání, kontrolu či zamezení bolesti samotné (Estlander et al., 1998; Fransen et al., 2002). Za druhé SE může určovat způsob, jakým situace, při nichž je přítomnost bolesti, postižení zvládají (coping). Pacienti s relativně nízkým SE copingem, mají tendenci více se vyhýbat činnostem, které mohou být doprovázeny bolestí, či inklinují k tomu v těchto situacích užívat větší množství analgetik nežli lidé s vysokým SE (Council, 1988). Mnoho studií v kontextu bolesti také uvádí, že SE předpovídá nižší míru poškození a disability (Abraido-Lanza, 1997; Arnstein et al., 1999; Buckelew, 1994; Dehghani, 2010; Dixon et al., 2012), deprese (Ferreira-Valente, 2011; Sardá et al., 2007), úzkosti (Lim et al., 2007; Meredith et al., 2006) a strachu (Åsenlöf a Söderlund, 2010; Ayre, 2001; Costa et al., 2011; Keller et al., 2008) spojených s bolestí, ale také závažnost/míru prožívané bolesti (Barlow, 2002; Brekke, 2003). Současně však také chronická a často opakovaná bolest je spojená s nízkým SE (Fransen, 2002). Na základě údajů od více než 15 000 respondentů tato metaanalýza ukázala, že SE se mění v závislosti na míře bolesti (Kalapurakkel et al., 2015).

Řada výzkumů pak prokázala, že čím vyšší míra závažnosti bolesti a poškození se u postižených nacházela, tím nižší míra self-efficacy (SE) se u jedinců vyskytovala. Také afektivní distres spojený s bolestí hrál v SE významnou roli. Věk, trvání bolesti, typ míry poškození (sebehodnocení vs. plnění úkolu) měly významné zmírňující účinky na SE-asociace postižení. SE se obecně projevil jako potencionálně významný

rizikový/ochranný faktor, který ovlivňuje fungování osob postižených (chronickou) bolestí (Jackson et al., 2014).

- **SE A DYSMENOREA**

V jednom z výzkumů provedených v Izraeli na 370 studentkách vysoké školy trpících dysmenoreou bylo prokázáno, že dívky trpící dysmenoreou se vyznačují nižší vlastní účinností než dívky bez dysmenorey (Naghizadeh, 2019).

### **4.3 Self-esteem**

Zavedení pojmu self-esteem do psychologie je připisováno psychologovi Williamu Jamesovi (1892). Od doby svého vzniku nabyl tento termín mnoha různých definic. Na self-esteem je tak v současné době nahlíženo například jako na sebehodnocení, sebedůvěru, **sebevědomí**, sebeoceňování či sebeúctu (Hayesová, 1998; Nakonečný, 1999, Smékal, 2004). Self-esteem můžeme dále dělit na trait a state self-esteem, tedy rozlišování sebehodnocení jako trvalého osobnostního rysu (dispozice) či jako stavového sebehodnocení, jenž je proměnlivé a vyvíjí se na základě různých životních situací.

- **SELF-ESTEEM A BOLEST**

Ve výzkumu Rivy et al. (2011) bylo zjištěno, že experimentálně vyvolaná fyzická bolest má negativní vliv na sebevědomí a vyvolává prožitky sníženého self-esteem. Současně také u těchto participantů došlo k sníženému pocitu kontroly a smysluplnosti vlastní existence. Fyzická bolest také pozitivně korelovala s pocitem vyloučení ze společnosti a snížení pocitu sounáležitosti. Autoři předpokládají, že tyto pocity jsou způsobené tím, že fyzická a sociální bolest/zraněnost je zpracovávána stejnými mozkovými strukturami, a proto může tyto pocity indukovat, a obě formy bolesti se tak současně mohou vzájemně ovlivňovat a umocňovat, což bylo potvrzeno několika dalšími výzkumy (DeWall et al., 2010; Eisenberger et al., 2003,2007; Krill & Platek, 2009; Onoda et al., 2010).

- **SELF-ESTEEM A DYSMENOREA**

Ženy trpící na dysmenoreu vykazují dlouhodobě nižší míru sebevědomí než ženy, které na bolestivou menstruaci netrpí (Bloom et al., 1978). V jednom z výzkumů pak byla u žen s DM měřena míra self-esteem před menstruací, během ní a po menstruaci v porovnání s ženami bez DM. Výsledky ukázaly, že self-esteem se u žen měnilo, přičemž mělo tendenci vzrůstat po skončení menstruace, a to u obou skupin (Starke,1974).



## 4.4 Locus of control

Locus of control neboli místo či těžiště řízení je pojem označující, do jaké míry jsou lidé přesvědčeni o tom, že mají kontrolu nad svým životem a jsou schopni řídit a ovlivňovat výsledky své činnosti. Pojem byl zaveden Julianem Rotterem, jenž se zabýval rozdílnými přístupy lidí k životním těžkostem. Na základě jejich postojové inklinace k problémům, kterým musí čelit, je následně rozdělil na osoby s interním a externím locus of control. Skupina osob s interním ohniskem věří, že výsledek jejich činností a událostí v životě je závislý na jejich vlivu (chování, osobnost aj.) a že mají svůj život pevně v rukou (vliv, kontrolu). Tzv. „internalisté“ bývají obecně zdravější, spokojenější a mnohem lépe zvládají zátěžové situace. Oproti tomu „externalisté“ mají pocit, že na svůj život nemají vliv a že jejich úspěchy, či nezdary jsou ovlivněny a dány vnějšími vlivy (náhoda, smůla, vyšší síly, ...) Tyto osoby pak často používají pasivní strategie zvládání zátěže a objevují se u nich pocity bezradnosti a rezignace (Dolejš et al., 2018; Brichcín, 1999; Nakonečný, 1999).

- LOCUS OF CONTROL A BOLEST

Dlouhodobá bolest, kterou nejsou pacienti schopni v rámci svého onemocnění adekvátně korigovat, tedy snížit efektivně bolest, které jsou tak vydáni „na pospas“, je spojována se snížením vnitřního locus of control. Snížené locus of control je současně dle výzkumu Crissona (1988) spojeno s vyšší mírou deprese, úzkosti a psychologickým distresem. Současně bylo zjištěno, že ženy trpící výraznou bolestivostí během menstruace způsobenou dysmenoreou vykazují zvýšené prožitky bezmoci (helplessness) (Wijma, 1989).

Existuje pak také tzv. „Health locus of control“ neboli Zdravotní místo kontroly, které je přímo spojené se zdravím, a může být využita i pro bolest. Lidé s interním zdravotním místem kontroly věří, že jsou osobně zodpovědní za své vlastní zdraví, naopak lidé s externím zdravotním místem kontroly mají přesvědčení, že za jejich zdraví jsou zodpovědní ostatní, například zdravotníci („mocní ostatní“), či že za něj může „vnější náhoda“, kdy tyto osoby věří, že zdraví závisí na štěstí, osudu nebo náhodě. Existuje vztah mezi místem zdravotní kontroly a hlášením intenzity bolesti, kdy pacienti s chronickou bolestí a externím místem zdravotní kontroly nevěří v uzdravení a hlásí špatnou schopnost snížit a kontrolovat svou bolest (Gustafsson a Gaston, 1996). Osoby s vnitřním místem kontroly si mohou vyvinout strategie, jak se s bolestí vypořádat, proto uvádějí dle Crissona a Keefe (1998) nižší intenzitu bolesti.

- **LOCUS OF CONTROL A DYSMENOREA**

Jeden z výzkumů zaměřených na problematiku LOC prokázal, že ženy trpící dysmenoreou disponují nižším internal LOC, a naopak vyšším external LOC než dívky bez dysmenorey (Heczey, 1978).

## **4.5 Tělesné sebepojetí**

Tělesné sebepojetí (physical self), konkrétně pak body image, je způsob, jakým člověk přemýšlí o svém těle, jak ho vnímá a cítí, a je spojeno s prožitky jeho funkčnosti a vzhledu (Grogan, 2000; Hrachovinová & Chudobová, 2004; Walters, 2000). **Kognitivní** složkou tělového sebepojetí jsou představy, jež máme o vlastním těle. **Afektivní** složkou je vztah, jaký ke svému tělu máme (attitude toward body) – k jeho celku, částem i tělesnosti jako takové, a **behaviorální** složku tvoří aktivity k změně vlastního těla a také chování k vlastnímu tělu (Stackeová, 2007). Zkušenosti se svým tělem a spokojenost s ním významně ovlivňují celkové sebehodnocení, sebevědomí a sebeocnění člověka (Grogan, 2000). V rámci tělesného sebepojetí se pak můžeme setkat také s dalšími termíny jako: body self (tělesné já), body image, body schema (tělesné schéma), body concept, body perception, body experience (vnímání těla a tělesná zkušenost), body consciousness (uvědomění si těla), body awareness, body satisfaction (spokojenost s tělem) a body dissatisfaction (nespokojenost s tělem) (Hrachovinová & Chudobová, 2004).

### **BODY IMAGE**

BI je dynamický konstrukt utvářený probíhajícími taktilními, proprioceptivními a vizuálními vstupy, které mohou být modulovány pamětí, přesvědčeními a psychosociální faktory.

- **Body image a bolest**

Studie Melis et al., (2015) ukázala, že hluboká endometrióza, jež je spojená s intenzivními prožitky bolesti, má významný dopad na tělesný obraz (body image) ženy. V dalším výzkumu zaměřeném na body image u jedinců s chronickou bolestí, kde byly účastníky hodnoceny čtyři aspekty tělesného obrazu (body image): vnímání funkčnosti těla, ocenění těla, hodnocení vzhledu a tělesné spokojenosti, výsledky ukázaly, že přijetí bolesti má významný pozitivní vliv na tělesné sebepojetí (body image) více než kontrola bolesti (například analgetika apod.), což je velice silný podnět pro možnost zlepšení tělesného obrazu u lidí s chronickou bolestí (Markey et al., 2020).

- **Body image a dysmenorea**

V jednom z dosud provedených výzkumů byla objevena souvislost mezi dysmenoreou a negativním body image (Khazai, 2012). Současně také bylo zjištěno, že ženy trpící dysmenoreou mají zhoršené sebepojetí a jsou méně spokojeny samy se sebou a svým tělem (fyzickým self, body satisfaction) než ženy, které na DM netrpí (Bloom et al., 1978).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A JEJICH KONCEPTUALIZACE

Bolestivá menstruace a její negativní příznaky bývají širokou společností podceňovány. I přesto, že problematika menstruace se v současné době mnohem více otevírá, stále představuje určité tabu. Menstruace je nedílnou součástí každé ženy po většinu jejího života a ovlivňuje zhruba jednu čtvrtinu každého měsíce její psychický i fyzický stav, což představuje velice zásadní faktor. Některé ženy mají takové bolesti a další negativní fyziologické příznaky k bolestivé menstruaci (dysmenoree) se pojmí, že jsou trvale na dobu menstruace lékařem oficiálně zneschopněny. Menstruace je tedy něco, co pravidelně zasahuje do života ženy a ovlivňuje ho. Pokud pak žena trpí dysmenoreou, tedy bolestivou menstruací (provázenou případně dalšími negativními příznaky), dopad na její prožívání a život obecně musí být o to zásadnější. I přesto, že dysmenorea může být považována v rámci bagatelizačního přístupu za „pouhou menstruaci“, představuje, stejně tak jako jiné onemocnění, především pak to provázené bolestí, významná omezení a **dopady na psychiku** (Iacovides, 2015), kterými je třeba se zabývat a dále je zkoumat, na což cílí tato práce.

Současně by různé negativní fyzické, případně i psychické zkušenosti s dysmenoreou a opakovanou bolestí mohly ovlivňovat vlastní **sebepojetí ženy**, její prožívání a vnímání sebe sama, svého těla, vlastního sebeobrazu a sebedůvěry, aj., tak jako je tomu u jiných onemocnění, specificky pak těch provázených bolestivými stavy, jak bylo zmíněno v teoretické části v rámci negativních korelací (Jackson, 2014; Crisson, 1988), což je jedním ze zásadních motivů našeho výzkumu. Současně víme, že dysmenorea může být spojena s určitými rizikovými faktory (fyzickými i psychickými), které byly v rámci řady kvantitativních výzkumů zaznamenány a které korelují s dysmenoreou, jak bylo popsáno v teoretické sekci. V této sekci bylo současně zmiňováno, že existují určité (psychické) proměnné, které se mohou pojit s bolestí a s tím, zdali se u jedince bolestivé onemocnění vyskytne a případně v jaké míře u něj bolest bude probíhat. Víme tedy, že bolest a psychika jsou významně propojené a že bolest je variující v závislosti na faktorech v životě ženy. Obecné zaznamenané rizikové faktory z výzkumů dysmenorey a dané poznatky o bolesti pak představují motiv pro tuto práci – tedy prozkoumat, jaké konkrétní **životní souvislosti a faktory**, které žena zaznamenává ve svém životě, mají (hypotetický) vliv na dysmenoreu, její výskyt a závažnost v dané periodě. Ale současně také jaké faktory (ve formě různých

**strategií, podmínek a zdrojů**) pomáhají ženě během dysmenorey zvládat a redukovat bolest a psychický diskomfort, jenž se v průběhu takovéto menstruace vyskytuje.

Byly stanoveny následující **výzkumné cíle**:

- 1) Zjistit jaké faktory mohou ovlivňovat výskyt a závažnost dysmenorey.
- 2) Popsat dopady dysmenorey na emoční prožívání a sebepojetí žen.
- 3) Zjistit jaké strategie a zdroje se jeví jako účinné při zvládání negativních projevů dysmenorey.

Cíle byly dále konceptualizovány následujícími **výzkumnými otázkami**:

**VO1: *Jaké jsou subjektivně vnímané faktory ovlivňující výskyt a závažnost dysmenorey v dané periodě?***

**VO2: *Jak vnímají ženy, že dysmenorea ovlivňuje jejich emoce v přímém průběhu menstruace?***

**VO3: *Jaký má dysmenorea vliv na sebepojetí informantek?***

**VO4: *Jaké faktory pomáhají ženám v průběhu dysmenorey zvládat a redukovat bolest a psychický diskomfort?***

Tento výzkum by pak měl umožnit odpovědět konkrétně na následující otázky:

Jaké faktory se jeví jako významně ovlivňující to, jak zásadní bude bolestivost dané periody a zdali se bolest v dané periodě či periodách vůbec objeví?

Jaký dopad má dysmenorea na emoční prožívání ženy v průběhu těchto náročných dní, v nichž se vyskytuje?

Jakým způsobem ovlivňuje dysmenorea to, jak žena prožívá a vnímá sebe samu a své tělo? A jaký vztah díky tomu k sobě a k svému tělu má/si utváří?

Co pomáhá ženám se vypořádat s bolestí a cítit se lépe – a to ať už po fyzické, tak po psychické stránce v průběhu dysmenoretické menstruace?

## 6 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

### 6.1 Přípravná fáze výzkumu

Před započítím výzkumu byla provedena standardní příprava, jež obsahovala konstrukci výzkumného plánu a poté následovala samotná tvorba výzkumného projektu. Před zahájením šetření proběhla kvalitní teoretická příprava a současně také příprava na vstup do výzkumného terénu. Využito bylo takzvaného mapování, které sloužilo k ujasnění si představ o výzkumném problému, výzkumných cílech a výzkumných otázkách (Miovský, 2006).

### 6.2 Popis výzkumných metod a výzkumného designu

#### 6.2.1 Typologie výzkumného designu

Na základě toho, jakou výzkumnou problematiku jsme se rozhodla zkoumat a jaké výzkumné cíle a otázky jsem si stanovila, bylo v rámci tohoto výzkumu využito kvalitativního výzkumného designu, který umožňuje detailněji a hlouběji pochopit problematiku zkoumaného a přináší jisté výzkumné výhody. Jak uvádí Hendl (2005, 53): „... výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů“. V rámci tohoto designu pak byla využita primárně deskriptivní výzkumná strategie.

#### 6.2.2 Metoda sběru dat

Ke sběru dat pak byl v rámci tohoto kvalitativního výzkumu využit polostrukturovaný rozhovor neboli také polostrukturované interview. Velikou výhodou této metody je její flexibilita a možnost reagovat na různá témata v přímém průběhu rozhovoru a současně udržet linii a získávat odpovědi na potřebné otázky (Miovský, 2006).

Kostra tohoto rozhovoru pak byla tvořena čtyřmi hlavními otázkami (tematickými okruhy) utvořenými na základě hlavních výzkumných otázek. K těmto základním otázkám pak byl v průběhu výzkumu dotvářen podsoubor dalších potencionálních otázek („follow up“ dotazník), které vznikaly na základě již proběhlých rozhovorů. Těchto podotázek bylo využito pouze v případech, kdy mne informant k dané informaci nedovedl sám. Šlo o nenásilné doplnění určitých informací a oblastí zkoumání, které se nořily se vznikajícími tématy u výzkumného souboru díky jednotlivým rozhovorům a já jsem tak mohla tato témata prostřednictvím „follow up“ dále sytit. Prostor však byl primárně ponechán informantovi a byla zachována snaha o maximální nezasahování do (volného) vyprávění informanta.

Samozřejmostí pak bylo využití sekundární otázky pro zajištění empatické odezvy, ujasnění si smyslu výpovědi a lepší porozumění sdělovaného obsahu (Ferjenčík, 2008). Veškeré dotazování pak bylo zároveň provedeno velice diskrétně, ať už s ohledem na specifika daného subjektu (adekvátnost jazyka, osobnost, možnost uchopení otázky), tak s ohledem na zachování snahy o maximální neovlivnění výpovědi výzkumníkem, což představuje základ dobrého výzkumu (Hendl, 2005). Všechny informantky pak měly možnost, v případě potřeby, nahlédnout do svých výpovědí a modifikovat, či doplnit nová data. K revizi a doplnění dat došlo u některých reinformantek ještě jednou na základě potřeby ujasnění a doplnění některých informací v průběhu sběru a analýzy dat. Délka rozhovoru se většinou pohybovala v rozmezí mezi 30 minutami až 1 hodinou v závislosti na schopnosti jednotlivých informantek seberefektovat svou zkušenost.

### **6.2.3 Metoda analýzy získaných dat**

Pro analýzu a vyhodnocení výsledků výzkumu bylo použito tematického kódování a tematické analýzy dat (Švaříček & Šedřová, 2007). Kódování představuje v kvalitativní analýze proces systematické analýzy dat, kdy jsou odhaleny jinak skryté pravidelnosti a souvislosti. Při tematickém kódování pak získáváme přehled o společných jevech jednotlivých informantů (Švaříček & Šedřová, 2007). Účelem analýzy kódování je transformovat obsah sdělení do obecné roviny, díky čemuž můžeme poté získat náhled na danou problematiku a formulovat budoucí teorii (Hendl, 2016). Tematická analýza, jež je fenomenologického charakteru, pak využívá subjektivní lidské zkušenosti k poukázání na různé vzorce a společné myšlenky označovaných jako témata. Hendl (2016) je pak tematická analýza doporučována především pro integraci více studií do přehledového teoretického celku, což je také důvod, proč došlo k jejímu zvolení v rámci tohoto výzkumu.

Postup tematické analýzy jsem pak prováděla na základě doporučení Hendla (2016), dle něhož má být tato analýza realizována dle následujících šesti kroků z části připomínajících postupy zakotvené teorie:

1. Fáze seznámení s daty, 2. Generování počátečních kódů, 3. Vyhledávání témat, 4. Propracování témat a jejich revize, 5. Vymezení a pojmenování témat, 6. Příprava zpráv.

Ve své analýze jsem pak postupovala tak, že jsem jednotlivá vyjádření pojící se k odpovědím na specifické otázky polostrukturovaného interview označovala kódy, které nesly „závislý“ i „nezávislý“ charakter dané výpovědi. To znamená, že kódy samotné nesly charakter reflektivity výpovědi, a to ať už na danou otázku v interview, tedy kontext,



v jakém byly zmíněny (závislý charakter), tak současně však byly do určité míry nezávislé na otázce, k níž se vztahovaly, tedy byly využity pro utváření různých témat a informačních celků, které reflektovaly a jež se u informanta a výzkumného souboru vynořovaly. Docházelo tedy v některých případech k jejich přeskupování a transformaci do specifických struktur teoretických celků. Témata a jednotlivé kategorie pak byly průběžně revidovány, dokud nebylo dosaženo jejich maximální koherence.

### **6.3 Charakteristika výzkumného souboru a specifikace jeho výběru**

V rámci výzkumu byla využita kombinace záměrného výběru, samovýběru a snowball. Tato strategie zahrnovala přímé oslovení žen v mém okolí trpících dysmenoreou a naplňujících kritéria výběru. Hlavní strategií získání informantek však byla metoda samovýběru, kdy byly ženy hromadně osloveny prostřednictvím sociálních sítí (facebook, instagram) a na základě jejich osobně projeveného zájmu a splnění kritérií došlo k jejich následnému zařazení do výzkumu. Další informantky byly získávány na základě doporučení (technika snow ball), a to ať už od samotných informantek účastnících se výzkumu, tak i od jiných žen, které znají někoho ve svém okolí, kdo trpí dysmenoreou.

#### **Charakteristiky cílové populace a výběrového souboru**

Do výzkumného souboru byly vybírány ženy ve věku 20-30(35) let, jež dlouhodobě (minimálně však 1 rok) a pravidelně (několikrát do roka) trpí dysmenoreou, tedy bolestivou menstruací, případně i dalšími negativními fyzickými příznaky k dysmenoree se pojící (zvracení, diarreha, aj.) Minimální doba vzdálenosti od poslední takové zkušenosti neměla přesáhnout více jak 3–4 měsíce, což bylo u všech informantek dodrženo. Poslední zkušenost s bolestivou menstruací pak byla obvykle spojená s poslední proběhlou periodou, tedy pár dní či týdnů před realizací rozhovoru. Z hlediska zvoleného kvalitativního výzkumného designu bylo pro výzkumné účely využito 18 informantek. Finální počet informantek se pak zároveň odvíjel od samotného sycení dat. U žen byly současně zjišťovány základní charakteristiky (věk, vzdělání, povolání, partnerský status a děti) a charakteristiky spojené s dysmenoreou (délka a doba (věk) vzniku dysmenorey, pravidelnost výskytu, intenzita bolesti, výskyt a typologie přidružených negativních fyzických příznaků spojených s dysmenoreou). Prioritou bylo dosažení co nejvíce homogenního vzorku po stránce věkové kategorie a závažnosti dysmenorey s primárním zaměřením na ženy s vážnějším průběhem (pravidelnost a intenzita dysmenorey).

- **Základní charakteristiky žen z výběrového souboru**

- **Věk:** Věkové rozpětí výzkumného souboru bylo 20–31 let, přičemž většina žen se pohybovala ve velmi podobné věkové kategorii. Průměrný věk pak činil 25,5 let.
- **Vzdělání:** Všechny ženy měly vysokoškolské vzdělání, vyskytovaly se obory jako psychologie, management, lesnictví, biologie, pedagogika, veterinární lékařství.
- **Povolání:** 10 žen z výzkumného souboru již naplňuje své povolání v rámci oboru, jež vystudovaly. Zbylé informantky mají status studenta.
- **Partnerský status:** 8 informantek je v partnerském vztahu, většina pak v dlouhodobém, zbylé ženy jsou svobodné.
- **Děti:** Všechny informantky kromě jedné jsou bezdětné, jedna informantka je po prodělaném potratu.

- **Charakteristiky spojené s dysmenoreou**

- **Délka a doba (věk) vzniku problémů:** Informantky se s dysmenoreou potýkají nejméně dva roky, nejvíce pak 18 let. Nejčastější délka trvání problémů u žen byla 12 a více roků. První zkušenost s dysmenoreou se u žen pohybovala v rozpětí od 12 do 24 let. Nejčastěji se pak v rámci výzkumném souboru vyskytovaly ženy, u kterých začala dysmenorea již v rámci menarché, či v prvních rocích jejich menstruování. U dalších žen došlo k první zkušenosti až později v období dospělosti bez známého důvodu.
- **Zjištěná diagnóza:** U žádné z informantek nebyla doposud na základě veškerých gynekologických vyšetření zjištěna patologická gynekologická diagnóza, jež by poukazovala na projevy sekundární dysmenorey. Ženy jsou pak pravidelně sledovány.
- **Pravidelnost výskytu:** U všech žen se dysmenorea vyskytuje pravidelně. A to buď každoměsíčně, či několikrát do roka v převážné většině měsíců.
- **Intenzita bolesti:** Kromě dvou žen uvedly všechny ženy z výzkumného souboru na základě subjektivního hodnocení pomocí šestistupňové škály, jež byla vytvořena pro účely tohoto výzkumu, že standartně zažívají intenzivní míru bolesti zahrnující silnou, velmi silnou až extrémně silnou bolest, která významně ovlivňuje jejich prožívání a život. Některé informantky pak uváděly, že bolest a spol. má u nich tendenci variovat napříč periodami, tedy že určité měsíce zažívají vyšší intenzitu a jiné nižší intenzitu bolesti, či se u nich dokonce některé periody dysmenorea nevyskytuje. Tyto informantky pak byly využity pro zodpovězení otázek týkajících

se subjektivně vnímaných faktorů ovlivňujících výskyt a závažnost dysmenorey v dané periodě/období. Pro výzkumné účely byly využity také dvě ženy, které se v současné době nachází v remisi extrémně silné bolesti. I přesto, že se u nich bolest stále v průběhu menstruace vyskytuje, má již delší dobu mírnější charakter. S těmito informantkami pak byly provedeny rozhovory o jejich retrospektivní zkušenosti s touto extrémní bolestí, což se z hlediska schopnosti vybavení nejevilo jako problém, jelikož měly s danou bolestí hluboké a dlouholeté zkušenosti a došlo k její zásadní memorizaci. U těchto informantek jsem se pak zaměřila převážně na jimi vnímané „faktory“, které ovlivnily to, že u nich tato extrémní bolest poklesla a na případně zaznamenanou změnu v rámci prožívání a sebepojetí, pokud k ní proměnou bolestivosti došlo.

Šestistupňová škála intenzity bolesti

- mizivá, slabá, středně silná, **silná**, **velmi silná**, **extrémně silná** -

- **Přidružené negativní příznaky spojené s dysmenoreou:**

Nejčastěji se ve spojení s dysmenoreou vyskytovaly u žen v průběhu menzes *příjmy, zvracení, nauzea, pocity mdlob a omdlávání*. Všechny informantky pak, spolu s bolestí, trpí v průběhu menstruace některou formou těchto negativních vedlejších příznaků dysmenorey. Dalšími negativními fyzickými příznaky byly *bolesti hlavy, bolesti zad, bolestivá stolice, fyzická hypersenzitivita a bolestivost (taktilní, pohybová), závratě, slabost (malátnost, nedostatek energie), útlum, zimnice, zimomřivost, rozostřený zrak, studený pot*. Ženy také zmiňovaly, že v důsledku dysmenorey se u nich vyskytuje *silná únava, narušení koncentrace/pozornosti, narušení kognitivních činností a narušení spánku* v průběhu menzes. Tyto příznaky se objevovaly v rámci souboru markantně.

## 6.4 Etický aspekt výzkumu

Všechny informantky souhlasily s pořízením audiozáznamu zachycujícího společný rozhovor, který měl sloužit jako materiál pro následné zpracování a další realizaci výzkumu. Všechny informantky byly seznámeny s jejich právem na odstoupení z výzkumu či ukončení rozhovoru kdykoliv by požadovaly, bez jakékoliv nutnosti udání důvodů. Informantky si současně mohly zvolit, jaké informace, které jimi byly poskytnuty, chtějí, aby byly v rámci výzkumu následně využity a které by případně chtěly sekundárně ze sdělení odstranit.

K těmto informačním omezením ze strany informantek ovšem nedošlo. Zároveň bylo dbáno na maximální citlivost v průběhu rozhovorů, kdy nebyl vyvíjen žádný nátlak na zodpovězení veškerých otázek. Ženy měly šanci samy určit, k čemu a v jaké míře se chtějí vyjádřit a o co se v průběhu šetření chtějí podělit, čímž bylo ošetřena základní podmínka nepoškození informanta. Účastnice dále souhlasily s poskytnutím bližších osobních informací, jež měly sloužit ke zmapování základních charakteristik výzkumného souboru (věk, partnerský status, ...) a charakteristik spojených s dysmenoreou. Pro zachování anonymity jednotlivých informantů pak byla se souhlasem všech zúčastněných stran jména pozměněna a ve výzkumu dále uváděna pouze pod vytvořenými přezdívkami.

## **6.5 Realizační fáze výzkumu**

Výběr informantů a rozhovory s nimi byly uskutečňovány v průběhu měsíců srpen 2021 a říjen 2021. Revize a sekundární rozhovory s danými informantkami proběhly v měsíci listopad–prosinec 2021.

## 7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Veškeré výsledky z výzkumného šetření byly v této části shromážděny a rozděleny na jednotlivé kapitoly, které vždy slouží jako zástupce pro danou výzkumnou otázku. Tyto kapitoly jsou dále členěny na podkapitoly, jež zastupují jednotlivé kategorie k výzkumným otázkám se pojmím. Pro lepší ilustraci jsou pak výsledky doplněny také komentovanými citacemi z výpovědí informantek.

### 7.1 Faktory ovlivňující výskyt a intenzitu dysmenorey

Ženy z našeho výzkumu uvedly, že zaznamenaly a zaznamenávají ve svém životě, ať už faktory negativně ovlivňující výskyt a intenzitu dysmenorey, označené jako **Rizikové faktory**, které podporují výskyt a závažnost dysmenorey v daném měsíci či časovém období, tak i **Protektivní faktory**, jež představují určitou prevenci výskytu a závažnosti dysmenorey v následující periodě či periodách. Specifické subfaktory pak budou uvedeny v následujícím textu.

#### 7.1.1 Rizikové faktory

Do této kategorie byly zařazeny veškeré informantkami vypořizované předmenstruační faktory a (životní) souvislosti, které mají negativní vliv na výskyt a závažnost dysmenorey v daném měsíci či určité časové periodě, tedy faktory, které vedou buď k výskytu dysmenorey v daném měsíci/období, či způsobují, že se u ženy vyskytne intenzivnější bolest. Identifikovali jsme následující tři hlavní typy faktorů, a to **Psychický stres, zátěž a nižší míra well-being, Období po extrémní zátěži** a **Fyziologické faktory**.

Jako jeden z nejsycenějších tematických faktorů se ukázal být **Psychický stres, zátěž a nižší míra well-being**. Ženy pak nejčastěji uváděly, že pokud se u nich v daném měsíci či delší nebo kratší časové periodě (pár dní před menstruací) vyskytuje zvýšený *psychický stres a psychická zátěž*, dochází u nich k výskytu bolestivé menstruace či zvýšené bolestivosti apod. Magdaléna uvedla „*Mám vypořizovaný, že když jsem ve stresu a mám toho hodně, tak je to horší, ta bolest.*“ Stejně tak tomu je i v případě prožívané nižší míry well-being, kdy informantky spolu se stresem zmiňovaly komplexní prožitky *nižší míry životní spokojenosti a osobní pohody* jako faktory ovlivňující výskyt a závažnost dysmenorey: „*...když necítím pocit štěstí a uvolněnosti a takový tý životní pohody...*“ (Michaela). „*...pokud jsou to nějaké středně silné stresory, nebo vleklé, kdy jsem nespokojená a tak, tak to tam je v rámci toho měsíce*“ (Viola).

Ženy pak dále konkrétně v rámci této tematické kategorie zmiňovaly **stres, úzkosti (psychický stres), zvýšený tlak (pracovní a školní povinnosti), napětí (psychické i fyzické), nemožnost se uvolnit** a současně také **potlačené a nevyventilované emoce** jako zdroje psychického stresu, zátěže a nižší míry well-being: „*Tak rozhodně stres, když se mi toho nakumuluje přes měsíc hodně a mám taky pocit, že úzkost, nebo když mám nevyventilovaný emoce..., ale hlavně hodně takový to celoměsíční napětí v duši i v těle. Když toho mám hodně a nemůžu se uvolnit... a potlačuju v sobě hodně emoce*“ (Michaela). „*I potlačené emoce, že si nedovolím ten měsíc nějak moc to projevit, že se to ve mně kumuluje to napětí a jo... pak to bolí*“ (Viola). „*Takový vnitřní napětí a psychický tlak, stres*“ (Yvonna). Informantkou Michaelou byla také v této kategorii uvedena specificky **pracovní nespokojenost a vztahové problémy**: „*A přijde mi trochu i ty vztahové problémy nebo v práci.. a když trpím dlouhodobě nespokojeností a potlačuju v sobě hodně (emoce).*“

Dalším tematickým faktorem bylo informantkami zmiňováno: **Období po extrémní psychické zátěži**. Ženy zmiňovaly, že pokud se v jejich životě vyskytne období, kdy u nich dochází k neobvykle vysoké až extrémní míře psychického stresu a zátěže, dochází u nich k „pozastavení bolesti“, tedy žena pod vlivem extrémně silného stresoru v průběhu dané periody nebo period nezažívá bolest, či je bolest velice významně utlumena. Paradoxně pak v době, kdy žena dospěje do „klidové fáze“ po této extrémní zátěži, dochází k stavu, který byl některými informantkami popsán jako „dojezd“ či období, „kdy si to tělo dovybere“. Tedy dochází k tomu, že žena v tomto následném období/měsíci zažívá mnohonásobně vyšší bolest apod., než na kterou je běžně zvyklá: „*Byl rok takovejhle extrémní záprah... to byl takovej proces, kdy to tělo se zas vrátilo zpátky do normálu, do klidového režimu ...a přišlo mi, že o to horší to bylo...když se něco řeší, děje, tak prostě moje tělo zastaví, ví, že teď je důležitý vyřešit tyhle věci, a pustí to až potom, co je klid.. na druhou stranu to pak přijde o to víc...to bylo skoro jako rok, kdy to bylo dobrý, jak byl tenhle záprah a tyhle všechny aktivity, ale pak ve chvíli, kdy jsem odstátnicovala a všechno tohleto, tak to dopadlo, a pak si to jako vybralo zpětně to tělo, no*“ (Zdenka).

Posledním „negativním“ faktorem a tématem v této sekci byly informantkami zmíněny **Fyziologické faktory**. Ženy uváděly, že mají vyzorované specifické faktory fyziologického charakteru, jenž mají vliv na bolest. Informantky pak konkrétně zmiňovaly, že k vyšší bolestivosti případně výskytu bolestivé menstruace přispívá **vysoký fyzický stres a zátěž** a **silnější krvácení**, které se vyskytovaly v rámci fyziologických faktorů nejčastěji. Dále byla zmiňována také **strava**, především u **vyšší míry kofeinu** byl zaznamenán negativní vliv, a **nadváha**.

### 7.1.2 Protektivní faktory

Do této kategorie byly zařazeny veškeré, informantkami vypořizované, předmenstruační faktory a souvislosti, které mají „pozitivní vliv“ na výskyt a závažnost dysmenorey v daném měsíci či určité časové periodě. Jako protektivní pak byly označeny ty faktory, díky nimž dochází buď k prevenci vzniku (výskytu) dysmenorey, nebo k zásadní redukci bolesti apod. v daném měsíci či období. Těmito tematickými faktory jsou **Vyšší míra psychické a psychofyzické kondice a well-being, Fyziologické faktory, Období extrémní psychické zátěže.**

**Vyšší míra psychické a psychofyzické kondice a well-being** se ukázala být jako jedno z nejsycenějších témat v oblasti protektivních faktorů. Na základě výpovědi informantek k redukci či prevenci vzniku bolestivé menstruace dochází v období vyšší psychické pohody, kdy se u ženy nachází **Nižší míra psychické zátěže a stresu** a kdy zažívá **vyšší životní spokojenost**: „Vypořizovala jsem, že je to ovlivněno stresem a mírou spokojenosti, když jsem spokojená, beze stresu, bolest nemám nebo je mírná.“ (Barbora). To platí nejen pro dlouhodobější období v životě ženy, ale má to efekt současně i v rámci daného měsíce a nejbližších dnů před periodou. Když si žena dovolí relaxovat, její bolest je pak daný měsíc nižší: „Mám vypořizovaný, že když jsem ve stresu a mám toho hodně, tak je to horší ta bolest. Naopak, když jsem v psychické pohodě a když si dovolím odpočívát i třeba pár dnů před tím, a jsem v nějaké psychické pohodě a nemusím se za nečím honit, tak je to lepší“ (Magdaléna). Současně se u žen ukázaly jako efektivní cílené **techniky práce s tělem a psychikou (psychorelaxační techniky)** jako *meditace, relaxace, autogenní tréninky*, které snižují napětí v těle, pomáhají redukovat stres a psychickou zátěž, a zvyšují tak celkovou psychickou a psychofyzickou kondici. Jako velice podstatný faktor byla zmiňována také možnost **emoční ventilace**, která se u informantek ukázala jako klíčová ve výskytu a závažnosti dysmenorey. Dále se v rámci psychické a psychofyzické kondice a well-being projevil být jako významný psychický faktor pozitivní **sebepojetí a sebeprožívání** zahrnující – pozitivní vztah k sobě a sebezřetiví (přijetí svého těla, přijetí sebe jako ženy), vyšší míru sebevědomí a prožitky zvýšené sexuality. Ženy pak uvedly, že k pozitivnímu sebepojetí a prožitkům životní spokojenosti u nich dochází, ať už prostřednictvím práce na sobě, či **sociální opory**, které umožňují ženám lepší náhled na sebe sama a sebeprožívání, tak i prostřednictvím příznivého **sexuálního života**, který ženu podporuje v přijímání sebe sama, svého těla, zvyšuje její sebevědomí a psychickou pohodu a současně jí umožňuje emoční ventilaci.

Dále byly zmiňované **Fyziologické faktory** – faktory fyziologického charakteru, v nichž byla informantkami nejmarkantněji uváděna *bylinná léčba* (maliník, kontryhel, maca, TČM bylinná léčba, bylinný komplex Gynex), *nižší fyzický stres a zátěž a uvolňování těla*. Dále také užívání orálních kontraceptiv – *HA a těhotenství a porod*, kdy těhotenství bez ohledu na úspěšné či neúspěšné početí dítěte (potrat) mělo u žen vliv na určitou míru snížení jejich bolesti v dlouhodobějším měřítku. V neposlední řadě pak byl uveden také *sex*, který dle informantek umožňuje snižovat bolest nejen v období před menstruací, ale i v průběhu ní, a dále pak *akupunktura a akupresura*.

Poslední protektivní faktor a téma představuje také **Období extrémní psychické zátěže**. Jak již bylo zmíněno v rámci negativních faktorů, pokud se u žen v určitém období (včetně průběhu periody) vyskytuje extrémně vysoký psychický stres a zátěž, dochází k pozastavení bolesti, bolest buď vůbec nepropukne, nebo je velmi snižena. Ženami pak bylo zdůrazňováno, že se nejedná o střední stresor, ale o extrémně silný a akutní stresor (nikoliv chronický), tedy neobvykle vysoký stres, který se pojí s výjimečnými situacemi ženy: „...*když je to vyhrocené, tak jak kdyby to tělo vědělo, že potřebuju fungovat, že potřebuju něco řešit, tak si ani nedovolí, aby mě něco bolelo. Takže v tu chvíli té extrémní zátěže je to v pohodě*“ (Viola).

## **7.2 Dopad dysmenorey na emoční prožívání žen v průběhu menstruace**

V průběhu menstruace, ve které se vyskytuje dysmenorea, byla informantkami uváděna velká série mnoha různých emocí a emočních proměn, které však naplňovaly charakteristiky osmi hlavních dimenzí emočního prožívání, jež se napříč zkoumaným souborem opakovaně vyskytovaly a pod něž by jednotlivé prožívané emoce a proměny emočního prožívání mohly být zařazeny. Ženy nejčastěji uváděly, že vlivem zažívané bolesti (případně i dalších negativních fyzických příznaků) u nich během menstruace dochází k zvýšeně **úzkostnému, depresivnímu, agresivnímu a hostilnímu prožívání** a ke sklonům k **zvýšené labilitě a vulnerabilitě** oproti jejich běžnému emočnímu prožívání, které se u nich vyskytuje mimo dny této menstruace. Některé informantky také uvedly, že u nich vlivem zažívané bolesti dochází k celkově **zvýšené emoční reaktivitě** na podněty ve svém okolí a k obecně **vyšší intenzitě emocí** (zvýšené emotivitě) a **snížené emoční seberegulaci**. Obecně se pak ukázalo, že veškeré prožitky jsou **o to silnější, o co silnější u žen bolest** a případně další negativní příznaky v průběhu menstruace jsou. Způsobů, jakým konkrétně dysmenorea může působit na prožívání žen, se projevilo více. Informantky v tomto ohledu



uváděly, že k negativnímu dopadu na jejich prožívání dochází, ať už bezprostředně, **v přímém důsledku bolesti** jako takové, tak ale také v důsledku prožitků **absence kontroly**, kterou ona bolest v ženách vyvolává. Fyzická bolest také u žen působí jako jakýsi **spouštěč emoční bolesti a emočních zranění**, různých **existenciálních myšlenek a prožitků**, „**sociálních stesků**“ a **obav o své zdraví**, jež jejich prožívání ovlivňují zásadním způsobem. K negativnímu emočnímu prožívání dochází u žen také v důsledku různých **omezení způsobených dysmenoreou** v průběhu těchto náročných, menstruačních dní.

### Emoční prožívání v přímém důsledku bolesti

Bolest sama o sobě byla ženami identifikována jako faktor, jenž bezprostředně působí na jejich emoční prožívání. Informantky popisovaly, že **v přímém důsledku bolesti**, tedy v okamžicích, kdy zažívají bolest jako takovou, u nich dochází k **úzkostnému, depresivnímu, agresivnímu a hostilnímu emočnímu ladění**, dále také k **zvýšené vulnerabilitě a labilitě** a k celkově **zvýšené emoční reaktivitě, intenzitě emocí** (zvýšené emotivitě) a **snížené emoční seberegulaci**. U informantek pak k tomuto prožívání dochází specificky právě v průběhu periody, ve které se vyskytuje bolest.

V rámci **Úzkostně depresivního prožívání** se napříč výzkumným souborem vyskytovaly silné prožitky **bezmoci**, které ženy zažívají díky intenzivní bolesti: „*Šílená bezmoc, už jen ta bolest samotná, která tě úplně zahltí...je obrovská, co ty v tu chvíli zažíváš*“ (Yvonna).

Jako standardní se pak ukázalo být **Depresivní prožívání**, kdy informantky uváděly, že v důsledku bolesti u nich dochází k depresivnějšímu ladění a depresivním emočním prožitkům, které popisovaly jako **sklony k melancholii, smutku, nostalgii, zádumčivosti a depresivním myšlenkám, lítostivosti a plačtivosti**: „*emoce – smutek, obecně si připadám vnímavější vůči smutku, že se o hodně rychleji rozesmutním..., jakože jsem v průběhu té bolesti taková mnohem citlivější vůči všem těmhletěm podnětům, než když ji nemám-že jakoby mám hlubší prožívání toho smutku, a víc k tomu jako inklinuju, že na ty podněty mám tendenci reagovat tím smutkem...*“ (Viola). Ženy také zmiňovaly, že bolest působí na jejich prožívání tím, že díky ní u nich dochází k **narušení prožívání pozitivních emocí a podnětů**, kdy tato fyzická bolest přirozeně pozitivní emoce redukuje a znemožňuje jejich vznik. Informantky mají tedy v přímém důsledku bolesti omezenou možnost být pozitivně naladěné, zažívat pozitivní prožitky radosti a libosti, a užívat si běžných situací a činností, jak popisuje například Natálie: „... *nemůžu dělat všechno, co bych chtěla, a když už to dělám*

*a překonám se, tak si to neužiju, takže mi to rozhodně bere radost ze života, a i chuť do toho něco dělat, a když to dělám, tak si to ani neužiju.“*

Informantky také opakovaně uváděly **Zvýšenou vulnerabilitu** ve smyslu vyšší citlivosti, emoční zranitelnosti a sklonu k prožitkům duševního zranění, jež jsou pro ně typické v momentech, kdy zažívají v průběhu menstruace bolest. Zvýšená vulnerabilita pak byla zmiňována jako větší citlivost na podněty vyvolávající smutek a větší inklinace k prožitkům smutku, vyšší emoční zranitelnost: „...*plačtivost, že pokud ten den se stane něco emočně víc náročného, tak jako mě to může snadněji rozbrečet*“ (Radka), a vyšší vztahovačnost: „*Řekla bych, že jsem více citlivá – že jsem víc citlivá na slova, že mě věci víc zraní, urazí...*“ (Kristýna).

Další zmiňovanou dimenzí emočních prožívání u žen bylo **Úzkostné prožívání**. Informantky uváděly, že v přímém důsledku bolesti u nich dochází k prožitkům vysoké míry **úzkosti** a **stresu** a současně k vyšší míře **nervozity**.

Ženy také zaznamenávají v rámci svých emočních proměn **Agresivní a hostilní prožívání** v průběhu dysmenorey. Informantky popisovaly, že zažívají intenzivní vztek a našťvanost v důsledku bolesti, jsou díky ní zvýšeně podrážděné a přecitlivělé (**hyperiritabilita**) na své okolí a mají sklon jej negativně prožívat (**vztek na okolí a hostilní prožívání**): „*Taková nasranost, že vždycky bych nejradši něco rozmlátila, rozbila, řvala po lidech, na přítele, na zvířata, nasranost, na všechno a všechny*“ (Michaela).

**Emoční labilita** pak byla informantkami zmiňována jako typický charakter jejich emočního prožívání v důsledku dysmenorey, kdy u nich prožívaná bolest vyvolává emoční výkyvy a emoční nevyrovnanost: „*Způsobuje mi to problémy s emocemi – jsem díky tomu víc náladová a mám častější výkyvy nálad*“ (Denisa).

U žen se také během prožívané bolesti objevuje **Zvýšená emoční reaktivita** na podněty ve svém okolí a také **Vyšší intenzita emocí** (zvýšená emotivita): „*Že mám víc ten sklon k tomu všechny ty věci jako více prožívat ..., je tam taková výraznější emoční reakce na podněty v tom mém okolí – I ten vztek, ta našťvanost větší... obecně jde o větší emoční reaktivitu a zvýšenou intenzitu všech emocí*“ (Kristýna).

Informantky současně zmiňovaly, že vlivem bolesti u nich dochází k snížené schopnosti **Emoční seberegulace**, které byly popisovány jako, že se snadno: „*rozbrečím*“, „*rozesmutním*“, „*naštvu*“, „*rozvztečím*“, kdy vnímají, že díky bolesti u nich probíhá **snížená schopnost regulovat emoce a impulzy** (zpracování a ovládnutí emocí uvnitř sebe i navenek – emoční a behaviorální seberegulace), a současně i **nechuť k emoční kontrole a seberegulaci**: „*Nemám takovou tu kontrolu, mě to sere úplně stejně, ale už mě to jako*

nebaví to korigovat. Že někdy mě něco naštvě nebo vadí, ale tak nějak to člověk v sobě vnitřně zpracuje a dobrý, ale jakmile mám toto období (bolesti), tak to nemám nebo nemám chuť mít kontrolu nad těma svýma emocema a chováním. A jsem taková nasranější a nasírací v tom období“ (Wendy).

### Emoční prožívání v důsledku absence kontroly

Úzkostné a depresivní emoční prožívání v ženách vyvolává současně i **Absence kontroly**, jež zahrnuje at' už *nemožnost kontroly a odstranění bolesti*, tak *prožitky absence kontroly nad svým tělem*. Ženy pak vyjadřovaly, že v rámci absence kontroly a jejich zmíněných aspektů zažívají pocity **bezmoci, úzkost, depresivní prožívání a frustraci**.

**Bezmoc** se v rámci **Absence kontroly** spojené s *nemožností kontroly a odstranění bolesti* projevila být jako nejintenzivnější a nejčastější prožitek. Informantky v důsledku dysmenorey zažívají bolest, která je (v samotném začátku) zachvacuje ve velice intenzivní míře, a je prožívaná jako *nekontrolovatelná a neovlivnitelná proměnná*, a to díky tomu, že nemohou tomuto bolestivému stavu zabránit, předejít, vyhnout se mu, že je tento stav zachvátí a ony si jím musejí nevyhnutelně projít, jak popisuje například Liliana: „*Bezmoc (v tu chvíli)... v tom, že s tím nemůžu nic udělat.*“ a Radka popisující těž svou zkušenost s pocity bezmoci vedoucích k **depresivnímu prožívání** v důsledku toho, že si musí bolesti projít: „... a tak nějak se v tom jako utápím, že vím, že si tím musím projít.“, což u Natálie vede mimo jiné i k úzkostnému prožívání: „...*takový depresivní stav a úzkost z toho, že bys to nechtěl zažívat a zažíváš to....*“ V průběhu bolesti pak dále u informantek (v rámci nekontrolovatelnosti a neovlivnitelnosti) vyvolává pocity **frustrace a bezmoci nemožnost kontroly bolesti vnitřními ani vnějšími zdroji a absence pomoci**, jak uvádí Natálie: „...*zkoušela jsem úplně všechno a nic nezabíralo, zkoušela jsem prášky, teplo, nic nepomohlo.*“, kdy ženy nemohou ovlivnit stav bolesti, respektive ji redukovat žádnými možnými strategiemi a zdroji, a to at' už vlastními vnitřními zdroji (autosugesce aj.), tak vnějšími zdroji (analgetika, tepelná terapie aj.) jak popisuje například Denisa: „*frustrace a bezmoc, že nic nepomáhá*“ a Radka: „*Pocity bezmoci mám - že tu bolest nijak neovlivním, že i když si dám ten algifen, tak nebo si dám ruce na to břicho a snažím se o nějakou vlastní sugesci, kdy si říkám: tak, už je ti dobře, už tě to nebolí, tak to prostě vůbec nepomáhá a já v tu chvíli cítím, že já sama za sebe to nedokážu v tu chvíli nijak ovlivnit.*“

Ve spojení s *nemožností kontrolovat/odstranit svou bolest* v průběhu menstruace zažívají ženy současně také **absenci kontroly nad svým vlastním tělem**, jež v nich vyvolává a prohlubuje pocity **bezmoci**, jak popisuje například Natálie: „*Takový pocit bezmoci, že to jakoby nějak nezměníš, anebo třeba, že když se ti to nějak povede, aby to bylo míň cejtít, tak je to strašně krátkodobý, dočasný, že to neovládáš, že i když bys chtěl bejt silnej a nechtěl to cejtít, tak prostě nenajdeš ten způsob, jak to udělat efektivně ... a aby alespoň ten den to nebylo x hodin, ale aby to bylo třeba jen hodinu, prostě to nejde vůbec nějak obejít, že prostě nad tím nemáš vůbec žádnou kontrolu. Prostě pocit, že nemáš kontrolu nad tou svou bolestí a nad tím svým tělem.*“, Kamélie: *Mám tam takovej pocit bezmoci a že prostě nemám kontrolu vůbec nad tím svým tělem.*“ a Yvonna, která své prožitky bezmoci spojené s absencí kontroly nad vlastním tělem v průběhu bolestivé menstruace a v důsledku nemožnosti odstranit bolest přirovnává k pocitu, jako kdyby člověk ochrнул (k handicapu ochrnutí): „*Nemáš možnost volby, nemáš možnost to ovládnout, prostě tvoje tělo tě neposlouchá, přirovnala bych to k tomu, jako když člověk nemůže chodit, žejo, třeba ochrne nebo tohle, to musí bejt šílenej pocit, že chceš bejt nějakej, ale nemůžeš s tím nic dělat, to musí bejt hrozný, ale to je jakákoliv bolest.*“

### **Emoční prožívání v důsledku bolesti jako spouštěče emoční bolesti a emočních zranění**

Informantky dále zmiňovaly, že negativní emoční ladění v průběhu bolestivé periody spojované s **depresivním prožíváním** je u nich evokováno také díky tomu, že fyzická bolest, kterou pociťují, u nich působí jako určitý spouštěč emoční bolesti a vyvolávač emočních zranění.

Jak již bylo zmíněno, bolest jako taková má dle informantek v rámci jejich psychiky tendenci probouzet **duševní a emoční bolest**: „*... hrozně i duševní a emoční bolest, často se mi děje, že začnu hlasitě jakoby sténat a brečet, a jak kdyby se ve mně probudila pak i nějaká strašně moc ukrytá emoční bolest a na to se navazuje takový hluboký smutek...*“ (Michaela). U žen se pak v důsledku bolesti současně začnou také **vyplavovat hluboké křivdy a stará emoční zranění** z minulosti, což vytváří jeden z faktorů depresivního prožívání, jak uvádí Michaela: „*... a na to se navazuje takový hluboký smutek, často se mi začnou vyplavovat různý křivdy a bolesti uložený ve mně... Vyplavujou se mi s bolestí všechny ty křivdy spojený s lidma kolem mě, začnu si vzpomínat na věci, který mě nějak netrápí ve vztahu k nim normálně, ale tam se to při té bolesti vždy nějak otevře.*“

## Emoční prožívání v důsledku bolesti jako spouštěče existenciálních myšlenek a prožitků

K **depressivním prožitkům** během bolestivé menstruace dochází na základě výpovědi žen také na základě toho, že intenzivní bolest má (jako „existenciální faktor“) u některých z nich tendenci **prohlubovat existenciální myšlenky a prožitky** spojené se **smrtí, s pocity existenciální samoty a s nespravedlností, jež se na světě děje.**

Existenciální myšlenky a prožitky spojené se smrtí pak popisovala informantka Michaela, v níž má bolest tendenci evokovat pocit, jako by umírala či měla smrtelnou nemoc, a nutí ji nad smrtí přemýšlet. To vše v ní pak vyvolává depresivní prožívání: „*Mám takový současně s tím takový jakože depresivní prožitky, smutný, když to zažívám tyhle ty stavy s tou bolestí, tak vždycky to je pak takovej pocit, jako když umírám... přenese mě to vždycky do takovýho prožitku, jak když bys měla třeba už nějakou smrtelnou nemoc, jak když to má být tvůj konec, protože ty bolesti jsou tak veliký, že to v tobě vyvolává pocit jako kdyby smrti, smutku, utrpení, takový jako depresivní, člověk je z toho takovej smutnej, vydeptanej... donutí ho to nad tou smrtí jako přemýšlet v tu chvíli, vnímat to a že to jednou přijde a že člověk umře, a v tu chvíli si tak připadáš, protože to jsou hrozný bolesti*“ (Michaela).

## Emoční prožívání v důsledku bolesti jako spouštěče „sociálních stesků“

Ženy uváděly, že **depressivní prožívání** u nich probíhá taky díky tomu, že prožívaná bolest má tendenci vyvolávat různé „sociální stesky“ a **prohlubovat a vyvolávat prožitky osamocení a nedostatku sociální opory.**

Informantky v rámci této problematiky popisovaly, že díky bolesti zažívají intenzivněji a depresivněji svou momentální samotu, různé sociální ztráty a zrady, a dochází u nich k pesimistickému a depresivnímu prožívání vztahů, kdy v důsledku bolesti mají některé ženy také tendenci prověřovat, a případně zpochybňovat kvalitu svých vztahů, jak uvádí Kamélie: „*A ty depky většinou mívám jakože třeba, že i když mám spoustu přátel a rodinu a tak, tak já bydlím sama, tak občas tady tohle to, ... stejně jsi sama, stejně na vše a na své myšlenky sama, a do jaké míry jsou tvoji kamarádi opravdoví kamarádi... vzpomínám na rodiče, bývalýho přítele, co mě opustil nebo kamarádka, co mě podrazila.*“ a Michaela, ve které prožívaná bolest, kterou si musí procházet, na kterou je sama a s níž jí nikdo nedokáže pomoci, prohlubuje pocity existenciální samoty: „*Pocity samoty a opuštění,*

*co tam je, když jsem sama, a nemůže mi nikdo pomoci, to je hrozný, bolest, že když cítíš tu bolest, jsi na to sama, že ono aj, když ti někdo se snaží pomoci, tak to nepomáhá, tak máš pak i pocit té samoty, že nikdo ti nemůže skutečně pomoci a ulevit, že jsi na to všechno úplně sama.“*

### **Emoční prožívání v důsledku dysmenorey jako spouštěče obav o své zdraví**

V průběhu dysmenoretické menstruace dochází u žen velmi často k **úzkostnému prožívání** – obavám, **strachu**, **úzkosti** a **anticipační úzkosti** vznikajících na základě **obav o své zdraví**, a to ať už **aktuální**, tak i **budoucí zdraví**.

Prožitky intenzivní bolesti a negativních fyzických příznaků vyvolávají v ženách **obavy z přítomnosti vážné nemoci**, kdy se ženy strachují, zdali se u nich nevyskytuje například rakovina, endometrióza či jiné vážné onemocnění, jež jim tyto negativní fyzické stavy a bolest způsobuje, případně zažívají **strach z budoucích zdravotních problémů**, které by u nich hypoteticky mohly nastat, jelikož tyto fyzické stavy a projevy vnímají jako patologické. Strach, úzkost a anticipační úzkost je u žen také spojena s **obavami „abych mohla otěhotnět, mít děti“**, které jsou opět provázené pocity, že v jejich těle není něco v pořádku, a nejspíše se u nich vyskytuje nějaká dysfunkce: „*úzkost, strach, protože jako já si vždycky jako myslím, že když je mi takhle zle, tak to musí mít nějakou příčinu, a napadaj mě věci jako že mám nějakou hroznou diagnózu, že nebudu moct mít třeba děti, strach o vlastní tělo, co se mu děje, úzkost, abys mohla otěhotnět, abych prostě...mě napadaj věci, jako že mám rakovinu...*“ (Magdaléna). Ženy v průběhu dysmenoretické menstruace, jež u nich vyvolává mimo jiné také sklony k mdlobám, zažívají též „**strach, abych se nezranila**“ případně „**strach o život**“ spojený se **strachem ze ztráty vědomí/kontroly nad svým tělem**, především pak mimo bezpečné prostředí domova, což v informantkách generuje (anticipační) úzkosti: „*...když je mi blbě hodně, tak já mívám pocity mdlob až jako z té bolesti, že si vždycky říkám: tyjo, já jako omdlím a zapadne mi jazyk a co pak, viš jako, takovej strach, že se mi může stát něco*“ (Magdaléna).

## Emoční prožívání v důsledku omezení způsobených dysmenoreou

Informantky jako jednu z nejčastějších příčin negativního emočního prožívání uváděly omezení, která jim dysmenorea způsobuje. Konkrétně se pak jednalo o narušení kvality života a narušení výkonu, a to ať už v pracovní, tak mimopracovní oblasti (jako je například zpěv a sport). Ženy vnímají, že dysmenorea má v průběhu menstruačních dní silně negativní dopad na jejich **kvalitu života**, a to nejen na jejich **osobní život a volnočasové aktivity**, ale také na **pracovní život a výkon**, který je jimi prožíván též jako součást kvality jejich života a životní spokojenosti. V informantkách tato omezení v průběhu menstruace vyvolávají sklony k **úzkostnému, agresivnímu a depresivnímu prožívání**, které jimi bylo vyjádřené jako prožitky **frustrace, úzkosti, vzteku, smutku, zoufalství a stresu**.

V rámci omezení spojených s **Narušením pracovního života a výkonu** informantky uváděly, že z důvodu bolestivé menstruace a dalších nepříjemných příznaků, které ji provází, a díky kterým pociťují současně **sníženou schopnost koncentrace, kreativity a celkovou demotivaci**, u nich dochází k **nemožnosti podávat výkon a být produktivní**. Tyto změny, ať už v rámci kognitivních proměn, tak v rámci narušení výkonu jako takového vedou u žen k prožitkům **frustrace, smutku, vzteku a zoufalství**: „*Co cejtím je taky trochu jako zoufalství, že ty by si potřebovala něco dělat a chceš něco dělat, ale úplně tě to jako ochromuje ta bolest, paralyzuje*“ (Natálie). Ženy pak narušení vlastní výkonnosti prožívají negativně nejen z hlediska osobních preferencí, jelikož výkonnost a produktivita jim znemožňují **seberealizaci** v tom, co je baví: „*Mě třeba i práce většinou baví, takže mně je to třeba i líto, že nemůžu podávat ty výkony..., protože tě to i vlastně trochu zajímá a nechceš se nechat úplně vyřadit z těch denních aktivit, z toho, co tě baví a naplňuje*“ (Natálie), či jsou součástí jejich **životního stylu a sebepojetí**: „*...mám výrazně méně síly, což zároveň ovlivňuje i můj psychický stav, protože nemůžu podávat takové výkony jako obvykle*“ (Sára), ale též z hlediska vnímaných **norem, požadavků a očekávání v pracovní oblasti**. Narušení výkonu pak vyvolává v ženách silné prožitky **stresu**, jelikož často vede k velmi zásadní, či **úplné pracovní a školní neschopnosti**, a ony mají pocit, že si **nemohou dovolit** „*být na den prostě jen tak vypnutá*“ (Wendy), nic nedělat, nepodávat dostatečný, očekávaný výkon a chybět z důvodu menstruace v práci. Stres a úzkost pak u žen vzniká nejen z důvodu toho, že nemohou **naplňovat dostatečně, či vůbec požadovaný výkon**, který od sebe vyžadují ať už ony samy, nebo zaměstnavatel: „*ten stres je tam z toho, že máš pocit, že to nestihneš,*

že v tu chvíli máš pocit, jako že nebudeš natolik výkonněj, abys zvládl všechno, co potřebuješ díky tomuhle stavu... který tě paralyzuje... protože, většinou to, co nestihneš ten tejděn, tak už to pak nedoženeš“ (Natálie), či že musí nebo by musely uvést **bolestivou menstruaci jako důvod své absence**, ale současně i nutnost výkonu samotné **práce v průběhu bolestivé menstruace** apod. působí **jako silný stresor**: „...stres, že při těch bolestech musím něco dělat...“ (Viktorie), jelikož představuje další náročný a zátěžový faktor. Většina žen pak zmiňovala potřebu volna v průběhu těchto náročných a bolestivých dnů, ovšem vnímá, že v současné společnosti představuje bolestivá menstruace **neadekvátní důvod k absenci**: „... protože ve společnosti, i ženami není úplně jako adekvátní tenhle důvod k tomu, aby tys chyběla a nemohla si třeba přijít“ (Magdaléna). To je dle žen dáno, ať už tím, že je bolestivá menstruace obecně stále **bagatelizovaná**, ale také tím, že je společnost výkonově nastavená, a nechat se zastavit menstruací je zcela neakceptovatelné. Společenský tlak na výkon pak popisovala například informantka Natálie, u které zároveň tento vnímaný **pocit tlaku na výkon**, tedy nutnosti být neustále výkonná a produktivní (i v průběhu těchto náročných dní), vede k zvýšeným prožitkům úzkosti a stresu v průběhu bolestivé menstruace: „...furt ta společnost je jako nastavená na ty výkony jo, takže pokud nejsi žena v domácnosti, nebo nemáš prostě nějakou jinou možnost, tak všude se koukaj hlavně na ten výkon, a samozřejmě já se snažím držet s tím krok a ten výkon pořád nějak podávat, což může bejt právě taky stresující a je to stresující jako i tak běžně pro mě, protože ten výkon tam musí bejt a tohle je právě takový, že ti to do toho vleze a že je to vždycky horší to v tomhle tom ten výkon, na takový úrovni tam podat...“. Také v rámci **Narušení osobního života a volnočasových aktivit** zažívají informantky pocity **frustrace a vzteku**. Dysmenorea a její projevy v průběhu menstruace je totiž omezují v možnosti podnikat různé aktivity a setkání, o které by měly ženy zájem (s přáteli, partnerem apod.), a současně jim též znemožňuje se **seberealizovat a podávat výkon** v rámci různých volnočasových aktivit.



## 7.3 Vliv dysmenorey na sebepojetí žen

Ženy vnímají, že dysmenorea má na jejich sebepojetí ať už negativní vliv, tak dle některých z nich v dlouhodobém měřítku i pozitivní vliv. U informantek pak byl zaznamenán dopad dysmenorey na **Prožívání vlastního já, sebeobraz a sebehodnocení**, na jejich **Sebevědomí a sebedůvěru** a **Prožívání vlastního těla a vztah k němu**. V těchto oblastech byl identifikován negativní i pozitivní dopad dysmenorey. Negativní vliv byl pak specificky detekován též u **Prožívání ženství, ženského organismu a ženské identity** a **Locus of control**.

### 7.3.1 Negativní vliv dysmenorey na sebepojetí žen

Ženy uváděly, že dysmenorea negativně ovlivňuje jejich **Prožívání vlastního já, sebeobraz a sebehodnocení**, jejich **Sebevědomí a sebedůvěru** a jejich tělesné sebepojetí zahrnující **Prožívání vlastního těla a vztah k němu**. Specifickou kategorií pak tvořilo také **Prožívání ženství, ženského organismu a ženské identity**. V neposlední řadě byla dysmenorea spojována s negativním dopadem na vnitřní **Locus of control**.

#### 7.3.1.1 Prožívání vlastního já, sebeobraz a sebehodnocení

Tato kategorie definuje (informantkami vnímaný) negativní dopad dysmenorey na prožívání toho „**kdo jsem**“ (prožitky vlastního já), a na **hodnocení sebe sama** – afektivní aspekt sebepojetí. Velká část informantek z výzkumného souboru uvedla, že dysmenorea má negativní vliv na jejich sebehodnocení a prožívání sebe sama – svého já, a to ať už v přímém průběhu bolestivé menstruace, nazvané v této kategorii jako „**já během bolestivé menstruace**“ (dále uváděné v této práci jako „**BM já**“), tak na celkové prožívání a hodnocení sebe sama v dlouhodobém horizontu, tedy i mimo menstruační dny, označené v této kategorii jako „**celkové já**“. Specifické prožitky a formy působení dysmenorey na tyto oblasti pak budou popsány v následujícím textu.

#### **Prožívání a hodnocení „já během bolestivé menstruace“**

V průběhu a v důsledku bolestivé menstruace dochází u žen k negativnímu sebehodnocení a sebeprožívání. To je dle informantek způsobeno tím, že zažívají mnoho proměn sebe sama (afektivní, behaviorální, kognitivní, výkonové, „osobnostní“ - schopnost překonávat překážky a být silná), k nimž díky dysmenoree dochází, a které jsou mnohými

z nich velmi negativně hodnocené a vnímané (negativní sebeobraz). Některé ženy pak prožívají svoje Já během menstruace a Já mimo menstruaci jako dvě oddělené složky, kdy s verzi svého **Já v průběhu BM** (s proměnami svého já) nejsou spokojené, ba dokonce jej v některých případech odmítají a vnímají jej být **v rozporu či nesouladu s vlastní a požadovanou identitou** - se svým reálným já a ideálním já, tedy v rozporu a nesouladu s tím, „*jaká bys chtěla být a kým bys chtěla být*“ (**ideální já**), a v rozporu či nesouladu s tím, „*kým jsi a za koho se považuješ*“ (**reálné já**) – za silné, výkonné, optimistické, veselé a přívětivé osoby. Informantky pak v rámci těchto proměn a rozporů prožívají sebe sama „*Já jako úplně jiná osoba*“, vyjádřené také jako „*to nejsem já*“ a „*necítit se a být sama sebou*“, znázorňující, že obraz ženy mimo BM a v průběhu BM se liší a současně je negativně prožíván, jak uvádí například informantka Radka: „*... mám horší náladu, jsem nepříjemnější na to okoli, ... když jsem v pohodě, když to nemám, tak jsem taková furt usměvavá, taková furt pozitivní, extrovertní, milá, ale když mě to bolí, tak jsem taková jako chciplá, melancholická. Jakože i na takové to vnímání mě hrozně, ... to nejsem jako já, mi vždycky přijde, necítím se sama sebou v té době.*“ Některými ženami je pak BM já vnímána jako **nedobrovolná identita**, jako „*něco, co jsem si nevybrala*“, tedy něco, s čím žena není v souladu a **kým by si dobrovolně ne zvolila být**, pokud by mohla, ale bolestivá menstruace způsobuje to, že se takovým člověkem stává, jako je tomu například u informantek Yvonne a Liliany, které prožívají to, že jejich BM já je v rozporu s jejich identitou (a i image) silné ženy, která dokáže vše překonat, zvládnout, je nezlomná, silná a má život ve vlastních rukou: „*Jo a že mě to dává prostě do situací, který nechci a nepotřebuju zažívat (popisuje svou zkušenost s bolestí), protože jsem silná osoba, jsem silnej člověk a silná ženská a zvládnou vždycky, co chci, a vadí mi, že jako tohle nemám pod kontrolou... Já si to prostě nevybrala a taková bych nebyla, kdybych mohla.*“ (Yvonna), „*Já zvládám nějakou bolest vydržet, ale je to taková bolest, že mě to úplně dokáže zastavit, a to mě úplně ničí, že si vždycky říkám, vždyť já nejsem přece takový slabý kus... Moc to není v souladu s tím, jaká bych chtěla být, jakože neříkám, že bych chtěla být ta nejsilnější osobnost na světě, ... jakože bylo by fajn, aby to lidé na mně neviděli, že mi je prostě zle a že se necítím dobře a že trpím, že mě něco trápí, bolí*“ (Liliana).

BM já je pak celkově prožíváno negativně. To, jaká je žena v průběhu a v důsledku bolestivé menstruace, je vnímáno jako nežádoucí verze já, osobně nepřijatelná verze já a jako pouze dočasná verze já, kdy žena čeká opět na „já po skončení menstruace“, na to, kdy může být svou lepší, žádoucí a přijatelnější verzi. Ženy pak tedy projevovaly celkově **nespokojenost sama se sebou** v průběhu bolestivé menstruace (s BM Já), **problém**

s **přijetím sama sebe** taková, jaká jsem a kým jsem v průběhu BM (problém s přijetím BM já) a obecně **negativní sebeobraz, sebehodnocení a sebezprožívání** v průběhu bolestivé menstruace. Dysmenorea pro ženy představuje také určitého narušitele vlastního sebepojetí a sebeobrazu.

### **Prožívání a hodnocení „celkového já“**

Některé z informantek vyjadřovaly, že dysmenorea má negativní dopad na to, jak prožívají sebe samu z dlouhodobého hlediska i mimo dny menstruace, tedy že ovlivňuje prožívání a hodnocení jejich „celkového já“ (jejich celkové sebepojetí a sebehodnocení). Ženy konkrétně uvedly, že v důsledku dysmenorey u nich dochází k dlouhodobému **prožívání sebe sama (já) „Jako bezbranná a bezmocná osoba“**, kdy tyto prožitky sebe sama uváděly v kontextu s tím, že mají dlouhodobě pocit, že nejsou schopny ovládat vlastní tělo (absence kontroly nad svým tělem), nalézt zdroj problému, odstranit bolestivou menstruaci ze svého života a „vyléčit se“, a to i přes veškeré pokusy a snahy o „úzdavu“ a odhalení příčiny problému, ať už vlastními silami, tak i prostřednictvím pomoci druhých, což je u žen dlouhodobě provázeno hlubokými pocity bezmoci a bezbrannosti, spojených a gradujících u mnohých informantek do depresivního prožívání: *„...když tu pomoc a řešení pořád nenacházíš, tak je to takový bezmocný až depresivní. Že ty tím trpíš a nevíš proč a že nevíš, jak to máš zastavit“* (Natalie). Přetrvávající zkušenosti s dysmenoreou, nemožností změnit svou životní situaci a kontrolovat své tělo, vedly u jedné z informantek také k holistickým prožitkům sebe **„Jako někdo, kdo nemá kontrolu nad svým životem“**, kdo jej nemůže nijak ovlivnit, nemá nad ním moc: *„...nemáš vůbec kontrolu nad svým tělem, nad svým životem...“* (Michaela).

Současně také dochází v rámci výpovědí některých informantek k vnímání sebe sama – sebeobrazu **„Já jako viník svých problémů“**, které bylo provázené negativním emočním prožíváním sebe sama, v některých případech spojených s významnými výčitkami vůči sama sobě: *„dlouhodobě mám taky velký výčitky sama vůči sobě, protože věřím, že v tom může být i psychosomatika, a trápí mě fakt možný fakt, že tyhle fyzický věci si způsobuju sama tím, že je v tom moje pojebaná psychika, co nedokážu dostatečně ovládat... a že mu (tělu) musím dělat něco špatně já“* (Michaela). U některých žen docházelo k obracení viny za zdravotní stav a bolest vůči sobě a k hlubokým pocitům provinilosti vůči tělu.

Dále u žen dochází také k prožívání sama sebe **„Jako selhávající osoba“**, zahrnující ať už prožitky já **„Jako někdo, kdo konstantně selhává“**, jež je vyvolán dlouhodobým

neúspěchem ve vyřešení svého zdravotního problému (dysmenorey): „*a pořád pocit, že selhávám, když prostě ten problém stále mám, ...když jsem si prostě i přes veškerou snahu nedokázala pomoci...,... a pocit, jako že v něčem selhávám jako dlouhodobě jako člověk, že se o sebe nedokážu postarat a o to své tělo...*“ (Michaela), tak i já „**Jako někdo, kdo profesně a osobnostně selhává**“. Tento úhel pohledu na sebe sama se vyskytl u jedné informantky ve spojení s psychosomatickým vnímáním zdroje dysmenorey a s tím, že v rámci své profese, jenž se zaměřuje na tuto problematiku, si nedokáže pomoci, a současně také, že se jedná o úkaz psychického problému, tedy určitého osobnostního selhávání. Tento problém se pak u Michaely pojil také s prožíváním svého já „*Jako nedůvěryhodná osoba*“ pro své okolí a „*Jako nekompetentní osoba*“ v rámci svého povolání. V důsledku dysmenorey došlo u některých žen též k vnímání sebe sama „**Jako někdo, kdo selhává jako žena**“, dále informantkami vyjádřeného v mezích já „*Jako neatraktivní žena*“, „*Jako ne dost dobrá žena*“ a „*Jako nezralá žena*“. Určitou formu selhávání zažívala i informantka Zdenka, která díky své bolestivé menstruaci a v komparaci s ostatními ženami a dívkami ve svém okolí, jež si neprocházely takovým charakterem menstruačních problémů, nabývala pocitů já „**Jako slabá osoba, jako slaboch**“, která nezvládá bolest.

Informantky vyjadřovaly také prožívání sebe „**Jako nezdravá osoba**“ či nemocná osoba, které se u nich vynořuje v důsledku toho, že trpí na dysmenoreu, to má nejen vliv na jejich sebeobraz a sebehodnocení, ale hlouběji i dopad na sebevědomí a sebedůvěru.

Ženy také díky dysmenoree vnímají sebe „**Jako někdo, s kým je něco špatně**“. Tyto pocity informantky zmiňovaly ve spojení s tím, že je s nimi, s jejich *tělem* či s jejich *psychikou* a formou prožívání jistě něco v nepořádku. Ženy mnohdy zažívají intenzivní pocity patologie, nenormality a dysfunkčnosti pojící se nejen k tělu, ale i sama k sobě. Informantky pak nejčastěji zmiňovaly, že k takovému prožívání sebe sama jako někoho, s kým je něco špatně, dochází mimo jiné i díky *srovnávání s ostatními ženami*, jež nemají obdobné menstruační potíže, a zároveň, kromě srovnávání, i vlivem *negativních reakcí sociálního okolí*, které projevuje nedůvěru a nepochopení v závažnost jejich příznaků, bagatelizují jejich problémy a mají také tendenci ženy stigmatizovat, tedy dávat jim nálepku, *že je s nimi něco špatně*, když takovouto formu menstruačních bolestí trpí. Ženy pak zažívají takové formy negativní zpětné vazby, kdy jsou svým okolím vnímány a označovány jako „simulant“, „hysterka“, „citlivka“, „někdo, kdo není normální“, a současně také „někdo, kdo má problém“, a to ať už fyzický, kdy se žena setkává s názory okolí, že se nejedná o fyzickou normalitu, tak psychický, který souvisí ať již s prožíváním bolesti ženou (viz „hysterka“),

tak i s psychosomatickým vnímáním problému, který navazuje a vychází z aktuální inklinace společnosti a sociálního okolí informantek k (přísně) psychosomatickému pohledu na fyzické problémy ženy, prostřednictvím něhož dochází k vnímání primárního zdroje problému v ženě a její psychice. Informantky jsou pak konfrontovány s různými psychosomatickými teoriemi etiopatogeneze jako například, že nepřijímají své tělo, ženství, vnitřní dítě, samu sebe a že mají „nějaký problém“. Žena pak na základě všech těchto negativních reakcí, názorů, pochyb, bagatelizací a stigmat vycházejících z jejího sociálního okolí sama nabývá pocitu „že je se mnou špatně“: „*Jako rozhodně spousta stigma „prosím tě, to nemůže bolet, vždyť je to normální“, nebo „když tě to bolí, tak ty nejsi normální“, nebo když tě to bolí, tak máš fakt nějaký jiný problém, o kterém třeba nevíš, a víš, jako že lidi ti to cpou jako, že ten problém je v tobě... Takže ty se pak cítíš, že je s tebou něco špatně, ale to přímo dělají jen ty lidi, protože ve chvíli, kdy jim to řekneš, tak právě přicházejí takovýchle ty divný komentáře*“ (Natálie), a dochází u ní k přejímání úhlu pohledu na sebe – **Já jako „citlivka“, „hysterka“, „simulant“, „někdo, kdo není normální“, „někdo, kdo má problém“**: „*Já mám díky tomu pak vždycky taky pocit, že jsem simulant nebo hysterka*“ (Yvonna). Ženy současně uváděly, že tyto negativní reakce, které ovlivňují jejich sebezpožívání a sebeobraz, zažívají nejen ze strany mužů a partnerů, ale i ze strany samotných žen a zdravotníků, což je pro ně vysoce frustrující a zásadně je to ovlivňuje ve vnímání sebe sama, jak uvádí například informantka Magdaléna, jež zmiňovala opakované a „traumatické“ zkušenosti s bagatelizací a znevažováním jejích problémů ze strany gynekologů: „*A ve mně to třeba vyvolalo hodně i to okolí, protože třeba ty gynekoložky jsou hodně takový, že to hodně bagatelizují, což je zrovna u těch gynekologů nejhorší tohleto. Já si pak díky tomu říkám, tak já jako přeháním, nebo mám níže práh bolestivosti??? Víš, takový jako pochybnosti, jestli já si to vlastně v té hlavě nepřikrášluju, jestli objektivně to vlastně není tak hrozný, jestli jako já nejsem nějaká postižená.*“

V rámci výzkumného souboru se pak také ukázalo být jako velice významné vnímání **„Dysmenoretická menstruace jako část mě, za kterou bych se měla stydět a kterou bych měla skrývat“**, které bylo u informantek spojeno s prožitky studu za to, že mám bolestivou menstruaci, a to ať už z psychosomatického hlediska (že je se mnou něco špatně), profesního hlediska (že profesně selhávám), tak z důvodu selhávání si pomoci (já „*Jako někdo, s kým je něco špatně*“, „*Jako někdo, kdo profesně a osobnostně selhává*“, „*Jako někdo, kdo konstantně selhává*“). Ženy při tom zažívají stud nejen sama vůči sobě, ale tyto prožitky studu se váží také silně k sociálnímu kontextu, k obavám ze sociálního hodnocení a vnímání ženy sociálním okolím díky tomu, že disponuje dysmenoreu. Informantky pak uváděly,

že z důvodu vlastního studu a obav z negativního hodnocení jejím okolím mají tendenci tuto část sama sebe, to, že mají a trpí na dysmenoreu, **skrývat před svým okolím** a stydět se za ni, jak uvedla například informantka Michaela, která zažívá silnou míru studu spojenou s tím, že má dysmenoreu: „... *snažím se část svého já nějak jako schovávat, mi přijde, nějak se jakoby před lidma s tím tématem a obecně ukryvat a pořád pocít, že selhávám, když prostě ten problém stále mám, i když jsem se ho snažila už sto způsoby vyřešit... a taky mám pořád před těma lidma pocít, že selhávám...*“ Stud spojený s dysmenoreu je u žen propojen také s tím, že mají pocít, že jejich Dysmenoretické já – verze **já v průběhu dysmenorey** (BM já), je **společensky nepřijatelná a nepřijímaná**, což vede mnohdy k jejímu skrývání a utajování před okolím. U informantky Natálie je nepřijatelná a nepřijímaná verze mě spojená s vlastní **výkonností** v průběhu menstruačního cyklu a s pocitem, že v současné societě, jejím nastavení a zaměřením na výkon, je tato její verze neakceptovatelná, a že si nemůže dovolit projevit „slabost“ ve formě nevýkonnosti a vyžadování úlevy z důvodu bolestivé menstruaci. To u ní vede k zatajování svých fyzických problémů a tlaku na výkon i přes bolest: „...*styděla bych se říct, že teď to mám a že teď je mi blbě a bolí mě to a nemůžu se prostě soustředit a nemůžu vám udělat to, co po mně chcete, to už by mi přišlo jako blbý. To je hodně tou výkonovou dobou, kdy ty musíš být výkonnej.... stydím se říct, že něco nemůžeš, protože to máš.*“ U velkého množství informantek pak byly také v této spojitosti zmiňovány obavy a **stud za uvedení bolestivé menstruaci jako důvod absence**. Ženy se bojí uvádět jako důvod své absence v práci (ale i mimo ni) bolestivou menstruaci, a to nejen z hlediska toho, že menstruace stále představuje dle žen ve společnosti určité **tabu**, o kterém se otevřeně nemluví, ale také z důvodu toho, že vnímají, a to ať už na základě vlastní zkušenosti či domněnek, že menstruace, byť bolestivá, představuje v současné společnosti **neadekvátní důvod k absenci**, jak uvádí informantka Magdaléna, u které tento stud a obavy vedou k zatajování skutečného důvodu její pracovní disability: „*Takže já si vždycky musím takhle vymyslet – mám otravu jídlem, mám virozu a nemůžu říct ten pravej důvod, protože ve společnosti, i ženami není úplně jako adekvátní tenhle důvod k tomu, aby tys chyběla a nemohla si třeba přijít. Že se o tom nemůže mluvit. A i v té práci si dokážu představit, že to prostě neřeknu, že nemůžu do práce, protože mám měsíčky. Že za to sama vnímám nějakou ten stud, že to prostě nebude pochopený okolím a že tohlencto není v uvozovkách výmluva k tomu, aby ses vyhla nějakým aktivitám.*“

### 7.3.1.2 Sebevědomí a sebedůvěra

Informantky vnímají, že dysmenorea má negativní vliv na jejich sebevědomí a sebedůvěru, a to ať už v přímém průběhu bolestivé menstruace, tak i mimo ni. Ženy uváděly, že **Bolest sama o sobě**, jež prožívají, působí bezprostředně jako spouštěč nižšího sebevědomí v průběhu menstruace. Dále byl negativní dopad dysmenorey na sebevědomí a sebedůvěru žen spojován s **Narušením výkonu** v průběhu menstruace a s **Narušením atraktivity a požadované image**, a to nejen během menzes, ale i mimo něj. V neposlední řadě pak také **Vlastní negativní sebeobraz a negativní prožívání těla**, jež dysmenorea provokuje (vyvolává či umocňuje), bylo spojováno se snížením sebevědomí a sebedůvěry žen, jak bude dále uvedeno v následujícím textu.

#### **Bolest sama o sobě**

Už jen **Bolest sama o sobě**, jež provází bolestivou menstruaci, je faktorem narušujícím obecné pocity sebevědomí a sebedůvěry žen. Člověk se díky ní **ne cítí být v plné síle** a cítí se být automaticky **oslaben**: „*V tu chvíli, kdy člověk zažívá přímo tu bolest, tak se necítí, že by měl překonat Mount Everest*“ uvádí Kristýna a dále dodává: „*samozřejmě tam je nějaké narušení sebedůvěry, že člověk si tak nevěřil, což mi přijde takové logické, že to jde ruku v ruce s tou bolestí, že když člověka jako svírají ty bolesti a úplně se jako necítí být v plné síle.*“ Tato vyjádření **bezprostředního vlivu bolesti** na automatické prožitky nízkého sebevědomí osoby, která je bolestí postižená, také popisuje Michaela: „*Tak ono už jen to samo, že máš bolest v tu chvíli, kdy ji cítíš, tak se cítíš slabá, taková nesebevědomá díky tomu. To je prostě takovej obecněj pocit, kterej je vyvolanej bezprostředně a přichází automaticky s tou bolestí.*“

#### **Narušení výkonu**

V průběhu menstruace má **Bolest sama o sobě** tendenci u žen vyvolávat celkové pocity nižšího sebevědomí (self-esteem) a současně nižší sebedůvěry (self-efficacy) v rámci vlastní **důvěry v schopnosti podávat dostatečný a kvalitní výkon** a zvládat v tomto ohledu zátěžové úkoly, jelikož oslabuje jejich psychické a fyzické síly a kognitivní schopnosti: „*Další věc sebevědomí... určitě vím, že skrz tu bolest bych nemohla podávat dostatečně dobrej výkon – nebo obecně žádněj výkon – že bych nemohla prostě reálně jít třeba na státnice, na cokoliv takovýhohle těžkýho a nějak tam myslet nebo něco říct, rozhodně si nepřijdu sebevědomá a rozhodně bych to ani prakticky nezvládla skrz tu bolest*“ (Michaela), „*Sebevědomí...rozhodně bych v té době nechtěla vystupovat před lidmi nebo cokoliv*

podobného. Zároveň taky, že se cítím jako míň schopný lékař, protože vím, že mě bolest omezuje v klinickém myšlení při řešení pacienta“ (Viktorie). Současně pak ale také tato reálně **Snížená výkonnost**, (na které mají některé ženy postavené své sebepojetí a sebevědomí), vede u žen k negativnímu sebeprožívání a k „narušování“ jejich sebevědomí, jak zmínila například informantka Radka: „No u mě to má velký vliv určitě nějak i na moje sebevědomí a sebehodnotu...V ty dny, kdy jsem taková utlumená a fakt mě to bolí a jsem nevýkonná, neproduktivní a nemůžu sportovat a nemůžu být tak produktivní, jak bych chtěla, tak to má velký vliv na to moje sebevědomí.“

### Narušení atraktivity a požadované image

Dalším faktorem, který ženy zmiňovaly jako velmi klíčový v rámci negativního vlivu na jejich sebevědomí, bylo, že díky dysmenoree u nich dochází k narušování jejich **Požadované image a atraktivity**, a to ať už v přímém průběhu menstruace, tak mimo ni. Jednalo se jak o „**fyzickou image**“ a atraktivitu – tedy to, jaká jsem po fyzické stránce a jak se jevím ostatním po fyzické stránce (sebe prezentace), tak „**psychickou image**“, tedy jak se jevím ostatním po své stránce psychické (osobnostní a emoční stránce). Dysmenorea pak ovlivňuje to, jak se žena jeví lidem, a současně narušuje jejich **požadovanou image** – to, jak by se ženy chtěly jevit, jakými by chtěly před ostatními lidmi být (kolegové, přátelé, opačné pohlaví, široká veřejnost), jak by chtěly být svým okolím vnímány a prožívány. Dysmenorea pak má dopad na jejich reprezentativnost, atraktivitu a pozitivní vnímání jejich osoby okolím.

Po stránce „**fyzické image**“ se jednalo především o prožitky narušené **fyzické atraktivity**, a to nejen v přímém průběhu menstruace, ale i mimo ni. Za narušení fyzické image a prožitky snížené fyzické atraktivity v průběhu menstruace pak mohou dle informantek, ať už **negativní doprovodné fyzické příznaky** jako zvracení, průjem, upocenost, omdlávání aj., které dysmenoreu provází a jež mají vliv na jejich sebevědomí: „Má to vliv na mé sebevědomí – když mě někdo vidí ve stavu, kdy mi je zle...když vás kolegyně vidí úplně vysílenou, zpocenou“ (Marta), tak i **bolest samotná**, která automaticky snižuje ženám prožitky vlastní atraktivity: „nebudu se cítit ve své kůži už jenom z té bolesti, a tím pádem, že si ani nebudu připadat hezká...“ (Kristýna). Všechny tyto prvky pak mají dle informantek dopad na jejich sebevědomí spojené s **atraktivitou vůči druhému pohlaví**, kdy se ženy cítí neatraktivní, ať už v přímém průběhu menstruace (vlivem příznaků a bolesti), tak také i mimo ni, díky určité image „nezdravé ženy“, jak uvádí informantka Michaela, která popisuje **vliv prožitků fyzického zdraví** na prožívání **ženské atraktivity**



a **dlouhodobý dopad na její sebevědomí** i mimo dny menstruace: „*A taky, že určitě, když bych měla bolestivou menstruaci, tak bych se mnohem víc cítila jako zdravá ženská, a to, že jsem zdravá, to mi hrozně ovlivňuje pocit sebevědomí. Když jsem na střední bývala pořád nemocná a bývala jsem takový to „nemocný/nemocniční“ dítě místo mladá, atraktivní holka, tak to snižovalo moje sebevědomí... „marod“ místo „sexy kočka“... v mých očích je to tak, že zdravá rovná se atraktivní, nezdravá s problémy – to není moc sexy ani pro mě a dle mého ani pro okolí.*“

V rámci narušení **psychické image** zmiňovaly informantky negativní dopad dysmenorey na možnost **pozitivní a ideální osobnostní sebezprezentace**, tedy že žena se nemůže jevit psychicky a osobnostně tak, jak by chtěla – jako psychicky **zdravá, stabilní, vyrovnaná, silná a charismatická** žena. To je způsobeno, ať už „negativními“ emočními projevy ženy v důsledku bolestivé menstruace, tak jejím celkovým (psychickým) oslabením z důvodu bolesti, které jí znemožňuje najít v sobě určitou sílu k ideální sebezprezentaci. Žena tedy nemůže prezentovat svou ideální verzi sebe sama a současně její osobnost je či může být v kontextu dysmenorey negativně vnímaná okolím. Jak již bylo zmíněno, k jedné z hlavních příčin narušení psychické image (pozitivní sebezprezentace) dochází v důsledku **psychických a emočních projevů** ženy, které se spontánně v průběhu bolestivé menstruace objevují: „*Protože většinou brečím a jsem fakt hysterická a mi to snižuje sebevědomí ... že si lidi myslí, že jsem hysterická, že nadělám...nebo obecně trapně za to, jak to prožívám po té emoční stránce, jaká jsem v tu chvíli...protože takhle já se jakoby nechci těm lidem jevit... já taková před nima takhle jakože nechci vypadat*“ (Michaela). Z důvodu bolesti, kdy je žena viděna zranitelná prostřednictvím svých emočních projevů a nejen jich, dochází také k narušení její **image silné ženy** (a určité sociální masky s tím spojené), kterou si snaží ve společnosti udržet, což je obzvláště pro ty, které mají na této sebezprezentaci postavenou svou sebedůvěru těžké: „*Nerada ukazuju slabost před lidma, když mě vidí někdo, že jsem slabá... a když mám ty bolesti a křičím tady, tak si přijdu slabá... Nelíbí se mi, když mě někdo vidí, že jsem slabá. Ta menstruace nezapadá do té mé image být ta silná ženská, no a to mi bere totálně tu moji sebedůvěru*“ (Yvonna). Bolest také narušuje **pocit osobnostní atraktivity**. Žena má pocit, že nedokáže být v průběhu menstruace dostatečně působivá, charismatická, vydat to nejlepší ze sebe a prezentovat svou zvolenou image a ideální já: „*...a ani se nedokážu dobře prezentovat ve smyslu nějaké atraktivity mojí osobnosti – že prostě nedokážu být působivá a mít charisma – ta bolest a toto vše mi způsobí, že jsem nesebevědomá, taková slabá a stažená do sebe a to, že taková jsem a že mě tak vidí ostatní, jaká jsem, mi zas ještě prohloubí to moje nesebevědomí.. že si jakoby nemůžu hrát na toho, kým chci být, na takový*

to moje ideální já, co ráda prezentuju navenek, v jakým se cítím dobře, jak chci působit na lidi“ (Michaela). Na sebevědomí dle informantek však mají vliv i reakce druhých lidí a jejich názory vycházející z **psychosomatických teorií**, jež se v současné době ve společnosti intenzivně rozmohly a které jsou spojené s vnímáním zdroje problému v psychice ženy. Tyto teorie určitým způsobem poškozují image ženy a negativně ovlivňují jejich sebeprožívání a **sebedůvěru v sociálním kontextu**: „...ono jak se teď hrozně rozmohla ta psychosomatika a každý teď má pocit, že cokoliv, co máš, (a obzvláště cokoliv, co se ti nedaří fyzicky vyřešit), tak je způsobený psychicky, že ty máš nějaký problém, že jsi nevyrovnaná a tak, tak mám v tomto snížený sebevědomí – že už automaticky lidi na mě koukaj blbě, ale ono to není jen můj dojem, ono to tak je – reálně mi to říkají – to máš psychosomaticky, to máš něco nevyřešeného, nějaký problém v sobě“ (Yvonna).

### Vlastní negativní sebeobraz a negativní prožívání těla

Dalším faktorem, který ženy zmiňovaly jako velmi významný v narušování jejich sebevědomí a sebedůvěry, bylo, že díky dysmenoree u nich dochází dlouhodobě k **negativnímu sebeprožívání** – k celkovému **negativnímu sebeobrazu a negativnímu prožívání vlastního těla** i mimo dny menstruace.

Jako jeden z prvních klíčových problémů v důsledku dysmenorey, které se mezi ženami vyskytují a jež mají zásadní dopad na jejich sebevědomí, jsou dlouhodobé **Pocity selhávání**, které současně utváří jejich negativní sebeobraz (já „**Jako selhávající osoba**“). K narušení sebedůvěry a sebevědomí dochází u žen na základě prožitků toho, **že si nedokážu pomoci**, kdy nemohou úspěšně vyřešit a ovlivnit svůj zdravotní stav a vyléčit se z dysmenorey (já „*Jako někdo, kdo konstantně selhává*“). U informantky Michaely pak dokonce to, že trpí na dysmenoreu a nedokáže si pomoci, vyvolává pocity **profesního a osobnostního selhávání** (já „*Jako někdo, kdo profesně a osobnostně selhává*“), kdy pak prožívá současně s tím samu sebe jako nedůvěryhodnou osobu (já „*Jako nedůvěryhodná osoba*“) pro své okolí a nekompetentní v rámci svého povolání ( já „*Jako nekompetentní osoba*“): „*A tak mám pocit, jako že v něčem selhávám, jako dlouhodobě jako člověk, že se o sebe nedokážu postarat a o to své tělo... a ono já jsem psycholog a do toho jsem specialista na celostní medicínu a vždycky, když to někomu řeknu, tak mám pocit, že za prvé profesně selhávám, že vlastně i jako profesionál nejsem důvěryhodná pro ostatní, když si nedokážu poradit sama se sebou, a obecně se cítím nekompetentní třeba v té medicíně, že bych měla někomu radit, když si nevím rady sama se sebou*“ (Michaela).

Dysmenorea má dle informantek negativní vliv na jejich sebevědomí a sebedůvěru i v tom ohledu, že má dopad na jejich **Prožívání sebe jako ženy**. V důsledku dysmenorey dochází u některých informantek k **Pocitům selhávání mě jako ženy** (já „Jako někdo, kdo selhává jako žena“), kdy žena vnímá sebe samu vlivem dysmenorey jako **neatraktivní** (já „Jako neatraktivní žena“), jelikož se díky dysmenoree cítí být nemocná („Já jako nezdravá osoba“), což je v rozporu s vitální a sexy: „*marod*“ místo „*sexy kočka*“ ... *v mých očích je to tak, že zdravá = atraktivní, nezdravá s problémy = to není moc sexy*“ (Michaela), jako **ne dost dobrou ženu** („*Jako ne dost dobrá žena*“), protože dysmenorea představuje eventualitu určitého selhání/selhávání „mě“ jako ženy, kdy hypoteticky ohrožuje možnost naplnit biologickou roli matky, hlavní úkol, cíl a smysl ženy, na níž má postavené své sebepojetí a sebevědomí: „*u mě je to sebevědomí spojený i s tím, že bych nemusela mít děti a že bych tím jako selhala jako žena, že bych nebyla dost dobrá žena*“ (Magdaléna), a v neposlední řadě pak taktéž jako **nezralou ženu** (já „*Jako nezralá žena*“), kdy u informantky Michaely dochází vlivem dysmenorey k pocitům vlastní nezralosti a neplodnosti, což narušuje její sebevědomí: „*mám pocit, že když mám bolestivou menstruaci, že jako nejsem „zralá ženská“.. že jako silná, vyzralá žena je ta, co nemá bolestivý měsíčky...A asi je to spojený i s nějakým pocitem plodnosti... mám pocit, že máš problémy s menzes – tak nejsi plodná – takže nejsi zralá žena, co by měla být sebevědomá.*“

Jako dalším velice alarmujícím zdrojem, který má negativní dopad na sebevědomí u žen trpících dysmenoreou, je „**Pocit, že je se mnou něco špatně**“ („*Jako někdo, s kým je něco špatně*“), („**Já jako nezdravá osoba**“), kdy žena vnímá, že má nejspíše nějaký psychický či fyzický problém, když trpí dysmenoreou, a že s ní jistě není něco v pořádku: „*když má žena v hlavě zafixováno, že je s ní „něco špatně“, nějakým způsobem to má dopad i na její sebevědomí, na to, jak na sebe žena nahlíží*“ (Marta).

Jedna z informantek též uvedla, že dysmenorea u ní v mladším věku vyvolala prožitky nízkého sebevědomí, jelikož měla „**Pocit, že jsem slaboch**“, když v **porovnání s ostatními ženami** menstruaci „nezvládá“ a trpí bolestmi. Tento fakt se stal jejím měřítkem pro vlastní sebehodnocení a sebeprožívání (já *Jako slabá osoba, jako slaboch*): „*v období základky mi to tak přišlo, protože jsem si připadala slabá, když nezvládám menstruaci a ostatní holky jo, a neměla jsem moc představu, jestli mě to opravdu bolí víc, než je a tak*“ (Zdenka).

Dopad na sebedůvěru má také negativní vnímání svého těla, kdy žena zažívá **Nemožnost důvěřovat vlastnímu tělu** díky jeho „**dysfunkci**“ – tomu, že má dysmenoreu, že nefunguje, jak má, ve prospěch ženy, že se na něj nemůže spolehnout. Tento případ

se vyskytl u informantky Wendy: „*I v nějaké té sebedůvěře mám pocit, že to souvisí s tou bolestivou menstruací takové jako, že vlastně nemůžu ani věřit tomu svému tělu, že jo.*“ Tato informantka současně uvedla, že vnímá, že se u ní v poslední době, kdy u ní došlo k snížení její extrémní bolesti (po krátkém těhotenství (potratu)), sebedůvěra zvýšila: „*Tohle se tím, jak to přestalo tolik moc bolet, zlepšilo hodně, no. To je zvláštní, ale fakt ta sebedůvěra se mi od té doby, co se mi zlepšila i ta bolest, jako zvedla.*“ Některé ženy také zmiňovaly, že prožívání bezmoci a bezbrannosti, jež jsou spojené a vznikají na základě **absence kontroly nad svým tělem** (já „Jako bezbranná a bezmocná osoba“), má negativní dopad na jejich prožitky sebevědomí a sebedůvěry: „*Snížená kontrola nad svým tělem. Jako to, co se odehrává ještě tady (psychika) to ovlivnit nějak můžu, ale to, co se odehrává v tom těle, to jako ... ta nekompetence je pro mě jako těžká, že to nemám pod kontrolou (to tělo) ...v té mé sebedůvěře*“ (Wendy).

### 7.3.1.3 Prožívání vlastního těla a vztah k němu

V rámci sebepojetí se také ukázalo, že dysmenorea může u některých žen negativně ovlivňovat jejich tělesné sebepojetí, a to ať už ve smyslu **Vnímání funkčnosti těla**, emočního **Vztahu k tělu** (a ocenění), tak ve smyslu **Spokojenosti s vlastním tělem**.

Negativní tělesné sebepojetí je pak dle výpovědí informantek dysmenoreou ať už přímo vyvoláváno, tak prohlubováno. Ženy uvedly, že vlivem zkušenosti s dysmenoreou u nich dochází k **Negativnímu prožívání** a hodnocení vlastního těla zahrnující kognitivní i afektivní aspekt sebepojetí. V prvním případě vedou zážitky s bolestivou menstruací k určité formě vnímání vlastní **nefunkčnosti těla**: „*dlouhodobě takovej pocit, že tělo nefunguje tak jak má*“, a k prožívání jisté formy tělesné patologie (a nenormality) „*pocit, že je s ním něco špatně*“ (Zdenka). V dalším případě informantky uváděly **negativní vztah k tělu**, kdy v důsledku dysmenorey u nich dochází k negativnímu emočnímu prožívání těla, které je zdrojem jejich bolesti. Ženy pociťují vztek a naštvání na své tělo, prožitky nedůvěry vůči tělu a pociťují k němu nižší míru lásky (tělesné sebelásky). Jedním z hlavních důvodů negativního emočního prožívání a narušení vztahu vůči tělu, které bylo ženami uváděno, je, že tělo představuje **zdroj bolesti**, tedy něco, co žena nemá ráda, jelikož díky tomu vznikají její zkušenosti s bolestí: „*Mám ho míň ráda proto, že mám díky němu tu bolestivou menstruaci*“ (Natalie). Tělo je však současně vnímáno také jako subjekt, jenž jim tuto bolest určitým způsobem „*záměrně/vědomě*“ způsobuje („*TO tělo mi způsobuje*“). Ženy v důsledku toho zažívají **naštvání na tělo**, jelikož zažívanou bolest berou v tomto případě

jako „podraz od těla“, který je spojen s prožitky hluboké nespravedlnosti z jeho strany. Negativní prožívání těla, pocit zrazení a naštvání na tělo má současně u informantek několik motivů. Natálie a Viktorie zažívají naštvání na tělo a pocity nespravedlnosti ze strany těla z toho důvodu, že oproti druhým ženám musí (kvůli němu) zažívat bolest: „*jsem na něj naštvaná, proč zrovna já musím zažívat takový bolesti, když moje kamarádky je nezažívají.*“ Natálie také zažívá určitý „podraz od těla“ a **pocit nespravedlnosti** a nechápe, jak se vůči němu provinila, což u ní vede také k **nižší míře lásky vůči tělu**: „*A mám ho míň ráda – protože si říkám, proč zrovna já. A míň v tom smyslu, že nevím, proč mi to to tělo dělá.*“ Magdaléna pak jako „podraz“ vnímá to, že pro své tělo dělá jen to nejlepší, a i přes veškerou péči o něj a snahu vyvinutou ke zlepšení jeho stavu a odstranění dysmenorey, se jí neodvděčuje a bolest jí způsobuje i na dále: „*ale zároveň vlastně to tělo, jsem na něho zároveň někdy jako naštvaná už jo, protože já si vždycky říkám, panebože, vždyť já pro tebe dělám, co jen můžu, já jím zdravě, já sportuju, já se vždycky snažím hledat ty cesty a vlastně ty každé měsíc je to stejný...*“ Další informantky zažívají „podraz“ a negativně prožívají své tělo, jelikož jim způsobuje opakovaně různé zdravotní a tělesné problémy, včetně bolestivé menstruace, a ony se **nemohu spolehnout na jeho funkčnost**: „*...Obecně takový problém s tím vztahem k tomu tělu v tomto ohledu, já jsem totiž ještě měla i ty myomy, a to mi zase prostě přišlo – že zase další, jakože podraz od toho těla*“ (Viola), „*...že jako tak mě zrazuje to tělo ve vztahu ke mně tím, jak vypadá, a ještě v podstatě tím, jak trpí, pak takové to nespolehnutí se na něho. Ale takové to, že se nemohu spolehnout na tu jeho funkčnost nebo něco, jako nevím, no*“ (Wendy). Negativní prožívání těla spojeného s nemožností spolehnout se na své tělo a jeho funkčnost vede u Wendy také k prožitkům **nedůvěry vůči tělu**: „*takové, jakože vlastně nemůžu ani věřit tomu svému tělu.*“ Ženy také v důsledku dysmenorey zažívají **nespokojenost s vlastním tělem** - přály by si, aby jejich tělo bylo v tomto ohledu jiné, lepší, lépe fungovalo a zvládalo menstruaci, jak popisuje Viktorie: „*... a přála bych si, aby to moje tělo tu epizodu zvládalo líp.*“ a Michaela, u které dysmenorea vyvolává **problém s přijetím vlastního těla**: „*vede tě to k pocitu, že nejsi spokojená, že chceš, aby to tělo bylo jiný, ne takovýhle, aby to zvládalo líp, bylo silnější, zdravější, jakože nemělo takovýhle hrozný stavy.*“ Dysmenorea také vede u některých žen, které již mají problém s tělesným sebepojetím a tělesnou sebeláskou, k **prohloubení negativního prožívání těla** (mít ráda tělo o něco míň): „*Má to dopad na můj vztah k tělu. Obecně nevnímám své tělo nějak dobře a během menstruace, obzvláště té bolestivé, mám své tělo ráda zase o něco méně*“ (Denisa).

#### 7.3.1.4 Prožívání ženství, ženského organismu a ženské identity

Tato tematická kategorie představuje specifickou odnož prožívání sebe sama a prožívání svého těla ve spojení s ženskou identitou. U některých žen dochází k **negativnímu prožívání ženství, ženského organismu a ženské identity** v důsledku dysmenorey, a to ať v přímém průběhu menstruace, tak i mimo ni.

Vlivem dysmenorey, kdy si žena musí procházet všemi silně negativními fyzickými procesy, jako je bolest a případně další negativní fyzické projevy s ní spojené, dochází u některých informantek k „**Naštvaní na to, že jsem žena**“. Ženy v důsledku dysmenorey prožívají naštvaní, ať už na *ženskou identitu*, tedy na to, že jsou a musí být ženami (role ženy), tak i na *ženský organismus*, na to, že musí mít ženské pohlavní orgány, ženské tělo a ženský organismus: „*To vím naprosto přesně, protože to bylo fakt úplně vždycky pokaždé, když jsem to dostala, tak jsem byla naštvaná na to, že jsem žena, na sebe jsem byla naštvaná... i na ten organismus, na to tělo, že musím být žena*“ (Viola). Informantky pak zmiňovaly, že prožívají a vnímají svoje **Ženství** (ženský organismus) **jako znevýhodnění a handicap**, a to ať už v tom ohledu, že jsou *ovlivňované a ovládané menstruačním cyklem*, tedy různými hormonálními proměnami a vlivy představující pro ženu zátěž, s kterou se musí pravidelně vypořádávat: „*říkám si a řeknu si mnohokrát, že to máme fakt těžké my ženské a že nás to strašně ovlivňuje ten cyklus celkově, že tam máme takové vrcholy a pády a že to je hrozně těžké*“ (Radka), tak i že jsou *ovládané a znevýhodněné bolestí samotnou v průběhu periody*. Kdy bolest nejen že ženy ovládá (absence kontroly), limituje, ale i jen samotný fakt, že musí takovéto prožitky bolesti zažívat, je informantkami prožíváno jako znevýhodnění. Ženy pak v tomto ohledu také vnímají **pocit znevýhodnění, bezpráví a nespravedlnosti oproti mužům**, že musí oproti opačnému pohlaví zažívat dané bolesti, jak uvádí například informantka Viola popisující současně své naštvaní na to, že je žena: „*Takovej ten pocit té nespravedlnosti a naštvaní, že vlastně máš nějakou tu ženskou roli nebo že teda máš nějak ten ženskej organismus. Viš, že si vždycky říkám, hele ale tímhle tím si chlapi jako absolutně nemusí procházet a proč jako my.*“ V důsledku všech těchto prožitků a limitů, jež dysmenorea zapříčiňuje, vnímají informantky ženství obecně jako handicap. Dysmenorea tak celkově evokuje a podporuje v ženách **Problém s přijetím vlastní identity ženy a ženského těla**, jež byl u některých žen vyjádřen mírně, u některých o něco silněji, jako například u informantky Violy, u které problémy s dysmenoreou prohlubují její problém s přijetím ženské identity a těla: „*... naštvaní, že vlastně máš nějakou tu ženskou*

*roli nebo že teda máš nějak ten ženskej organismus ... - Ale já jsem to vždycky měla od děcka, že jsem byla ta, co vždycky tak chtěla být spíš kluk než holka a vždycky, když pak mám takhle tu bolestivou menstruaci, tak si vždycky říkám, hej tak, ale kdybys byla kluk, tak by to bylo úplně v pohodě.*“ Dvě informantky (Michaela a Viola) pak také v důsledku dysmenorey a toho, jak ukrutné bolesti jim způsobuje, zažívají „chut“ k provedení **kastrace**, kdy obě ženy uvedly skutečné uvažování o tomto zákroku, především však v momentech, kdy dochází k bezprostřednímu zažívání intenzivní bolesti.

### **7.3.1.5 Locus of control**

I přesto, že v rámci tohoto výzkumu není možno vnímat a predikovat skutečný vztah a případně dopad dlouhodobé zkušenosti ženy s dysmenoreou na locus of control, byla tato tematická kategorie vytvořená na základě toho, že se u velké většiny žen v rámci výzkumu opakovaně vyskytovaly vyjádření spojené se silnými prožitky absence kontroly a pocity označovanými jako snížení či absence interního ohniska kontroly a navýšení pocitu externího ohniska kontroly v důsledku dysmenorey, a to nejen v přímém průběhu menstruace, ale i mimo menstruační dny. Ženy velmi často a s velice intenzivním emočním nábojem vyjadřovaly, že dysmenorea negativně působí na jejich prožívání a sebepojetí, jelikož působí jako silný faktor narušení kontroly nad svým tělem a nad svým životem. Dysmenorea současně vyvolává v ženách pocity „nemít kontrolu a moc nad událostmi, jež se mi dějí“, a to opakovaně a dlouhodobě, díky své perzistenci v rámci jejich životů.

V informantkách jsou pak tyto prožitky hluboké absence kontroly v jejich životě (externího locus of control) evokovaných dysmenoreou vyjadřovány jako **Nekontrolovatelná a neovlivnitelná proměnná** v jejich životech, kdy mají pocit a zkušenost, že se svou bolestí nemohou nic dělat, že ji nemohou ovlivnit a nemohou zabránit tomu, aby se u nich nevyskytovala, a to ať už v přímém průběhu menstruace, tak obecně v rámci jejich života. Tyto prožitky absence kontroly ve svém životě vlivem dysmenorey pak zmiňuje například informantka Natálie: *„že je to taková nekontrolovatelná a neovlivnitelná proměnná v tom tvém životě, co ti hýbe s tím tvým životem, a ty s tím nemůžeš nic dělat...což je takový úzkostný až depresivní..., že ty s tím nemůžeš nic dělat...a že se to děje proti tvý vůli, že ty i kdyby si chtěl takovej nebejt, tak s tím stejně nic nenaděláš.“* V důsledku toho, že ženy nemohou kontrolovat (redukovat) a odstranit svou bolest a spol. ze svého života, u nich dochází, ať u v průběhu menstruace samotné, tak i mimo ni, k prožitkům **Absence kontroly nad svým tělem** – pocitům, že žena neovládá své tělo: *„v té bolesti, jo to, že neovládáš vlastní tělo... Nemáš možnost volby, nemáš možnost to ovládnout,*

*prostě tvoje tělo tě neposlouchá, přirovnala bych to k tomu, jako když člověk nemůže chodit“* (Yvonna) , ke globálnímu prožitku **Absence kontroly nad svým životem**: „*nemáš vůbec kontrolu nad svým tělem, nad svým životem ...*“ (Michaela) a k celkovému prožívání sebe sama jako „**Jako bezbranné a bezmocné osoby**“, které naznačují narušení vnitřního locus of control a prožívání externího locus of control v důsledku dysmenorey. Ženy pak často uváděly v rámci této nekontrolovatelnosti a neovlivnitelnosti pocity, že dysmenorea představuje něco, co nemůžou ovlivnit, že dysmenorea hýbe s jejich životem proti jejich vůli, a byly jimi vyjadřovány pocity jako „nemožnost volby“, „nemít vliv, moc a kontrolu“ ve svém životě.

### 7.3.2 Pozitivní vliv dysmenorey na sebepojetí žen

Zjistili jsme, že dysmenorea může mít potenciaálně nejen negativní, ale v některých případech i pozitivní vliv na sebepojetí určitých žen. Konkrétně byl identifikován pozitivní vliv dysmenorey na **Prožívání vlastního já, sebeobraz a sebehodnocení, na Sebevědomí a sebedůvěru a Prožívání vlastního těla a vztah k němu.**

#### 7.3.2.1 Prožívání vlastního já, sebeobraz a sebehodnocení

Tato kategorie měla definovat (informantkami vnímaný) pozitivní dopad dysmenorey na prožívání toho „**kdo jsem**“ (prožitky vlastního já), a na **hodnocení sebe sama** – afektivní aspekt sebepojetí. Ukázalo se, že dysmenorea může mít pozitivní dopad na prožívání a hodnocení „celkového já“, jak bude dále v textu popsáno.

##### **Prožívání a hodnocení „celkového já“**

V rámci výpovědí několika málo informantek se dysmenorea a její zkušenost s ní z dlouhodobého hlediska ukázala mít také pozitivní vliv na sebepojetí žen, specificky pak na **Prožívání a hodnocení** jejich „**celkového já**“, tedy na jejich vnímání a hodnocení sebe sama a vztah sama k sobě v dlouhodobém horizontu (i mimo menstruační dny). U těchto informantek dochází prostřednictvím dysmenorey k prožívání „**Já jako někdo, kdo je silný**“. Tyto ženy uvedly, že dysmenorea měla a má, jako zátěžový faktor, v jejich životě pozitivní dopad na jejich sebepojetí – na prožívání svého já, sebeobraz, sebehodnocení a vztah sama k sobě. Díky tomu, že jsou vystavovány dysmenoree, která představuje velice silnou zátěž, jež musí a musely pravidelně čelit a kterou byly a jsou schopny opakovaně



překonávat a zvládat, dochází u obou žen v tomto ohledu k pozitivnějšímu sebeobrazu a sebehodnocení, k ocenění sebe sama a současně u nich na základě těchto zkušeností dochází k prožitkům vyššího sebevědomí a sebedůvěry ve smyslu self-esteem, ale především self-efficacy, kdy u žen došlo k nabytí důvěry ve vlastní schopnost a dovednost vyrovnat se se zátěžovou situací a zvládnout ji, k pocitům „já jako silná osoba“ a prožitkům **osobní síly**. Informantka Kristýna uvedla, že k této formě pozitivního sebepojetí u ní dochází díky tomu, že pravidelně **dokázala překonat bolest**, která byla psychicky, fyzicky i prakticky náročná, a současně, že byla schopná **překonat samu sebe**, zapřít se a jít do výkonu i přes tyto překážky (přes bolest a *přes své tělesné limity*). Prokázala tak sama sobě, že je silná a nezdolná osoba, která dokáže pravidelně **zvládat náročné výzvy a zátěž**, což u ní vybuďovalo pocit sebedůvěry, že dokáže v budoucnu a celkově ve svém životě pak zvládnout i jiné věci (překážky). Současně se u ní vytvořil díky tomu i pozitivnější vztah sama k sobě, kdy si vlivem těchto faktorů sama sebe mnohem více váží: „*Zlepšuje to můj sebeobraz z dlouhodobého hlediska, že třeba vím, že jsem to přečkala, že jsem to zvládala to období a že to né vždycky bylo jednoduchý to naangažovat ty věci dohromady a že vím, že jsem to zvládla a že vím, že pak zvladnu i jiný věci. Že jsem to zvládla, jako že jsem zvládla tu bolest plus to, že jsem se dokázala zapřít a jít i do nějaké té aktivity i skrz tu bolest... že jsem schopná si tou bolestí projít a že to zvládnu*“ Informantka Kamélie pak též uváděla, že u ní k pocitům osobní síly vedou zkušenosti se schopností překonání sebe sama a svých hranic, díky čemuž si přijde jako silnější bytost.

### 7.3.2.2 Sebevědomí a sebedůvěra

Jak již bylo naznačeno v kategorii zaměřené na sebeobraz a příznivý vliv dysmenorey na Prožívání a hodnocení „celkového já“, dochází u žen v rámci dysmenorey také k vnímanému pozitivnímu dopadu na jejich sebevědomí a sebedůvěru, a to ať už v ohledu **self-esteem**, tak i **self-efficacy**. To je způsobeno dle informantek tím, že dysmenorea představuje **zdroj rozvoje a vnímání osobní resilience**. Informantky prožívají samu sebe jako silnou osobu, která je schopná překonat a zvládat takto silnou bolest a náročné situace, jakým je dysmenorea v průběhu menzes vystavuje. U žen díky tomu dochází k ocenění sebe sama, kdy si samy sebe mnohem více váží, a k nabývání vyššího sebevědomí a sebedůvěry v schopnost překonávat další překážky a jiné, nepříznivé a náročné situace v jejich životě. Dysmenorea tak představuje v životě žen určitý rozvojový prvek, zdroj růstu a resilience.

### 7.3.2.3 Prožívání vlastního těla a vztah k němu

Dlouhodobá zkušenost s dysmenoreou neskýtá pouze negativní prvky a dopady na tělesné sebepojetí, ale může také, na základě výpovědí některých informantek, představovat velice významný faktor v životě ženy, jež na jejich tělesné sebepojetí působí příznivě a pozitivně jej z dlouhodobého hlediska ovlivňuje, a to ať už v rámci **Vnímání těla**, **Vztahu k tělu** a jeho ocenění, tak i **Spokojenosti s vlastním tělem**.

Dle některých informantek jim zkušenost s bolestivou menstruací umožnila získat **pozitivní náhled na tělo** a evokovala u nich **lepší vztah k tělu**, a to ať už po afektivní (ocenění těla), tak behaviorální stránce (chování k tělu) vyjádřených jako větší soucit, citlivost a láska vůči tělu. Ženy uváděly, že na základě opakované zkušenosti s bolestivou menstruací u nich z dlouhodobého hlediska došlo k **pozitivnímu prožívání a hodnocení těla**, a to prostřednictvím **ocenění síly a statečnosti těla**, jež si musí pravidelně procházet náročnými tělesnými procesy (spojených s menstruací), a zvládat velkou míru bolesti v průběhu menzes. To vede u informantek k tomu vážit si, obdivovat a cítit **vděčnost vůči tělu**, jak popisuje například Kristýna: „...z dlouhodobého hlediska mi spíš přijde, že si díky tomu teď víc vážím svého těla, protože jsem si uvědomila, co musí všechno to tělo jako nějak snést, vydržet, s čím se musí vypořádat, vážím si toho, co všechno musí zvládnout a unést... takže jo, z dlouhodobého hlediska spíš jako pozitivnější efekt jsem si z toho díky dysmenoree vzala.“ Vděčnost je pak pocíťována vůči tělu nejen z hlediska toho, jakým způsobem dokáže zvládat bolest a co vše musí unést a zvládnout v průběhu menstruačních dní, ale též u některých informantek vzniká „**vděčnost za menstruaci**“ jako takovou, kdy díky dysmenoree přestávají tyto ženy vnímat menstruaci jako samozřejmost.

## 7.4 Faktory pomáhající zvládat a redukovat bolest a psychický diskomfort v průběhu menstruace

Tato otázka cílila na to pochopit coping dysmenorey v průběhu menstruace v nejširším slova smyslu, tedy získat co nejkomplesnější náhled na to, co pomáhá ženám k tomu zvládat bolest, a to ať už po fyzické stránce (eliminovat bolest), tak po psychické stránce, tedy eliminovat negativní psychické prožitky, které dysmenoreu provází a jež vyvolává, a stabilizovat psychickou pohodu.

Ženy pak v rámci svých výpovědí uvedly velkou řadu faktorů, které jim pomáhají toto náročné období zvládat, které zahrnovaly, ať už vlastní aktivní **strategie zvládání** bolesti, tak pasivní **zdroje zvládání**, tedy faktory a podmínky, které nevznikají primárně na základě vlastní iniciativy ženy, ale jsou jí poskytnuty v rámci jejího prostředí, a po všech stránkách jim velmi pomáhají. Mezi tento zdroj pak byla zařazena sociální opora, jež bude později v textu zmíněna.

Veškeré faktory, jež byly informantkami uvedené, mají v rámci výzkumného souboru, ať už pozitivní vliv na psychickou pohodu ženy, tak i na redukcí bolesti, přičemž některé ženy dané faktory uvedly pouze jako eliminující bolest, jiné stejný faktor popsaly jako mající efekt pouze na jejich psychickou pohodu, a druhé informantky pak zmiňovaly obousměrný efekt daného faktoru. V důsledku toho tedy nedošlo k jejich rozřídění na faktory eliminující bolest a faktory eliminující psychický diskomfort, jelikož by došlo pouze k jejich opakování. Hned na začátek je potřeba zmínit, že „psychické problémy“, jež u ženy v průběhu dysmenoretické menstruace vznikají, vznikají právě na základě dysmenorey, respektive bolesti, která byla uváděna ve většině případů jako primární zdroj negativního emočního prožívání. Proto pokud je možné u žen eliminovat jakoukoliv formou negativní fyzické příznaky, především bolest, dojde spontánně i k eliminaci psychického diskomfortu, což bylo také zmíněno samotnými informantkami: „*Tak psychicky se mi hrozně uleví už jen tím, že se mi povede zredukovat tu bolest*“ (Denisa). Jednotlivými faktory pak byla **Analgetika a termoterapie, Klidový režim a možnost uvolnění, Stahování se, Emočně fyzická katarze a autentické odžití bolesti, Odklon pozornosti, Pozitivní podněty a humor, Sociální opora a emoční opora a Další faktory.**

### **Analgetika a termoterapie – „první pomoc“**

Nejintenzivněji se v rámci výpovědí informantek vyskytovaly následující faktory, které jsou primárně fyziologického charakteru, a to silná **Analgetika a termoterapie,**

založená na využití jakékoliv formy tepla (horká koupel, termoform, teplé nápoje). Tyto strategie pak představují první sos pomoc, která ve většině případů ženám pomáhá eliminovat, alespoň částečně, jejich bolesti. Jako nejefektivnější se ukázala být silná analgetika a spasmolytika, jako jsou algifen, flamexin, spasmopan, analgetické injekce. Vzhledem k tomu, že ženy trpí na intenzivní bolest, běžná analgetika, jako je ibalgin, jsou v jejich případech neúčinná. Termoterapie pak byla některými informantkami zmíněná také jako prostředek k navození psychické pohody mající obecně relaxační účinky v průběhu jejich bolestivé periody.

### **Klidový režim a možnost uvolnění**

Jako další nejintenzivněji zmiňovaný tematický faktor, jež ženám pomáhá, ať už k psychické úlevě, tak k redukci bolesti, se ukázal být **Klidový režim a možnost uvolnění**, který zahrnoval *snížení pracovního tlaku a požadavků okolí (tlaku na výkon), eliminaci stresu, možnost odpočinku, spánku, pobytu doma, na lůžku, relaxace a komfort*: „Ale jinak mi pomáhá klid, potřebuju pocit úplný relaxace – za prvé, že tam není žádná povinnost, že nikam nemusím a nikde nemusím být, že mi dá každý pokoj a nic po mně nechce. A tma a spánek a hlavně úplný klid, žádný aktivity, povinnosti, požadavky, stres, výkon a žádný ruch“ (Michaela). Jako velice zajímavé a velmi často vyskytované u žen v rámci „klidu“ a možnosti uvolnění, bylo také maximální **snížení vnějších podnětů**, kdy ženy nejčastěji zmiňovaly, potřebu *ticha, tmy, ale i snížení sociálních podnětů*: „Musím mít jen ticho, tmu, hlavně to ticho a úplně se vypnout od okolí...“ (Liliana), tedy minimalizaci jakýchkoliv vnějších rušivých podnětů, které byly informantkou Natálií popsány jako přetěžující, kdy „už jen ta bolest samotná tě zahlcuje.“ Potřeba této formy „klidu“ (ticho, tma) byla u žen zaznamenána především v nejhroších a nejakutnějších fázích bolesti. Dále byly v návaznosti na možnost uvolnění zmiňovány také **psychorelaxační techniky a techniky uvolňování těla** zahrnující *relaxační hudbu, řízenou meditaci a sugesci, dechové techniky a jógu*, které se uplatnily, ať už v rámci bezprostředního účinku na snižování bolesti: „Jako úlevovou polohu jsem si našla pozici dítěte (z jógy), klubičko a prodýchávat břicho, to mi trochu ulevuje od té bolesti...“ (Marta), tak také v rámci toho, že umožňují ženám psychicky se uvolnit a snížit negativní emoční prožívání. Současně také tyto techniky slouží jako specifické uklidňující rituály, které má žena spojené s pozitivními pocity a jež jí dodávají v průběhu bolesti **pocit bezpečí**, jak uvedla informantka Magdaléna: „Někdy taky jógový asány, který jsou na tu bolestivou menstruaci přímo, když nejsem v tom nejhroším. Mně jako to pomáhá spíš psychicky toto, jak si říkám, že je to pozice na menstruaci, a i ta jógamatka

*mi dodává takovej pocit bezpečí, protože já mám tu jógu zasociovanou s takovým něčím jako krásný, co mi ulevuje, obecně. Třeba někdy taky takový dýchání jak rodička, nebo pak si pouštím řízenou meditaci na menstruaci, je to taková sugestivní forma, že si představuješ, jak ta bolest z tebe odchází... a je tam osoba, co má příjemnej hlas. Já rada medituju, a když se necítím, tak si dávám řízenou meditaci. Já si vizuálně představuju, že ta bolest odchází a pomáhá mi to.“ Ženy v rámci tohoto tematického faktoru nejčastěji uváděly obousměrný efekt, tedy že klidový režim a možnost uvolnění působí příznivě na jejich psychiku, a následně pak i díky tomu dochází k uvolnění bolesti atd.: „Pak mi neskutečně pomáhá v rámci té relaxace, když si pustím nějakou relaxační hudbu, do které se pohroužím úplně a naladím se na ni úplně, a to mi pak současně sníží hodně tu bolest“ (Michaela).*

### **Stahování se**

Další faktor, který zmiňovala velká část informantek, bylo **Stahování se**, zahrnující *možnost být sama, dál od lidí, být o samotě, v soukromí a „uzavřít se“ do sebe*, které se ukázaly být významné pro eliminaci vnějších podnětů (rušivých, zatěžujících), odpočinek a klidový režim, a především pak také pro možnost zpracování a odžití si bolesti: „*potřebuju se uzavřít do sebe, zpracovat si to v sobě...odžít si to“* (Magdaléna). Význam stahování se pak popisovaly například také informantky Liliana: „*důležité je být v ten moment sama, v tu dobu nechci s nikým komunikovat, ...postup je uzavřít se na nějakou dobu do sebe, odpojit se od okolí, to mi pomáhá.“* Obecně se pak v rámci stahování jednalo o snížení sociální komunikace a interakce a jistá inklinace k introverzi, a to ať už doma, ve škole, tak v práci: „*když jsem teda v práci, tak s nikým jako moc nemluvim, jsem taková uzavřená do sebe a snažím se to nějak překonat. .. Potřebuju fakt co nejmenší kontakt s těma lidma. Jako když bych si fakt měla jako představit ten svůj den ideální, kdy to dostanu a kdy mě to bolí, tak jako práce introvertní nějaká, protože přece jen na energii náročnější, když s těma lidma musíš jako nějak komunikovat nebo něco, takže spíš jako tak být v klidu.“* Tato strategie u žen přispívá k vyššímu psychickému komfortu v průběhu bolestivé menstruace, prostřednictvím něhož pak také dochází u některých z nich k redukování bolesti: „*když mám co nejmenší kontakt s lidma a když můžu být sama se sebou ..., tak je mi psychicky líp, a současně to pak snižuje i tu bolest“* (Radka).

### **Emočně fyzická katarze a autentické odžití bolesti**

Další strategií, která významně pomáhá ženám k uvolnění napětí (psychického i fyzického) a zpracování bolesti, je její **odžití v plné autenticitě** prostřednictvím **emočně fyzické katarze** zahrnující *emoční, vokální, pohybovou či fyziologickou* katarzi (zvracení).

Jednalo se o ventilační/reakční strategie formou *pláče, křiku, kvílení, skuhrání, kňučení, „volání o pomoc“*, *vyvztekání se a vybytí se do náhradního objektu*, současně také *pohybové stereotypy ve formě tělesného kývání*. Míra možnosti ventilování (katarze) a autenticity v prožívání a reagování na bolest se jevila být velice významným prvkem v duševní úlevě ženy a psychického komfortu. Čím více žena mohla bolest autenticky vyjádřit, prostřednictvím této emočně fyzické katarze, tím lépe. Některé ženy dokonce popisovaly, že pokud nedošlo k takovému to autentickému odžití a emoční katarzi a docházelo k potlačování jejích prožitků, expresí (vokální, pohybové) a přetvařování se, bolest byla o to horší a trvala delší dobu. Tato strategie se tedy projevila mít významný efekt na intenzitu a délku trvání bolesti. K emočnímu a celkovému psychickému a fyzickému uvolnění a snížení bolesti dochází u žen také při zvracení (respektive po vyvracení). Tento stav byl popisován tak, že k uvolnění dochází automaticky, a následují po něm fyziologické změny vedoucí k snížení bolesti a negativních příznaků a k celkovému tělesnému uvolnění. U jedné z informantek bylo zvracení vyvoláváno, jelikož bylo asociováno se zažitým pocitem úlevy (v rámci periody), což mohlo vést k umocněnému efektu uvolnění a zlepšení stavu. K plnému autentickému odžití bolesti pak potřebují ženy **být zcela samy** a v soukromí. A to ať už z hlediska možnosti plného projevu, tak ochrany jejich psychické a fyzické image.

### **Odklon pozornosti**

Odklon pozornosti se ukázal být jako velice významný a účinný faktor v redukci bolesti, v práci s psychikou a v navozování psychické pohody. Informantky uvedly, že jim k zvládnutí menstruační bolesti pomáhá odklon pozornosti od ní, a to jakoukoliv formou – **sociální komunikací a interakcí s druhými** (blízkými osobami): *„Přítomnost ostatních lidí v průběhu bolestivé menstruace ... člověk má možnost trochu se rozptýlit a přijít na jiné myšlenky než na aktuální bolest“* (Sára), **náhradními činnostmi** (sport aj.), soustředěním se na různé **příjemné a pozitivní podněty** (viz pozitivní podněty): *„nemyslet na tu bolest a na tu menstruaci a odpojit tu pozornost někam jinam, na to, z čeho mám ty pozitivní emoce, který odvedou pozornost od toho pozorování té bolesti v podstatě“* (Liliana). Všechny tyto strategie a zdroje odklonu pak pomáhají ženám, ať už redukovat bolest tím, že žena se na bolest nesoustředí, tak i cítit se mnohem lépe po psychické stránce v průběhu bolesti, eliminovat negativní emoční prožitky a přijít na jiné myšlenky. Současně se také jako účinné ukázalo být přeměrovávání pozornosti na jinou formu bolesti, kdy si žena vyvolá **náhradní bolest**, která je pro ni snesitelnější nežli bolest menstruační, jak uvedla Kamélie: *„jestli já kolikrát třeba jako si i kolikrát dělám jinou bolest, která mi to přebije, abych necítila*

*TOHLE. Takže já si prostě třeba vezmu vřelou vodu a opařím se, ono to jako zní, že jako bych si ubližovala, ale ta bolest je prostě větší a já ji vnímám, ale je pro mě snesitelnější, než ta bolest toho břicha.*“ Které v redukci bolesti a odklonu pozornosti pomáhá také akupunktura: *„akupunktura - dali mi určitý body, který si mám držet na ruce, a to musím říct, že mi pomáhá, protože ty body, co si mám tlačit, tak jsou tak v tu chvíli citlivý, že vnímám tu bolest na tý ruce primárně a že nevnímám v tu chvíli tolik to břicho, že tu pozornost odvádím spíš na tu ruku. Ale i po té stimulaci se mi uleví“.* Význam odklonu pozornosti v redukci bolesti pak vystihovala ve své výpovědi informantka Liliana, která popisuje vliv pozornosti na míru prožívané bolesti: *„A ještě mi přijde, že je to horší, protože když zůstanu doma, ruším všechny ty aktivity, tak na to pak víc myslím a prožívám to zbytečně a že když se na to nesusoustředím, nezaměřuju na to tolik tu svoji pozornost, tak je to lepší, když jdu a dělám dál něco a soustředím se na něco jiného.“* Velká část informantek, stejně tak jako Liliana, zmínila, že prostřednictvím **zaměřování pozornosti na bolest dochází k jejímu zhoršení.**

### **Pozitivní podněty a humor**

Pozitivní podněty a humor se ukázaly být jako efektivní při zvládnání bolesti a psychického diskomfortu. Vzhledem k tomu, že si ženy v důsledku bolesti aj. prochází negativním emočním laděním, vystavování se pozitivním podnětům jim velice prospívá k zvládnání a transformaci jejich prožitků a eliminaci tohoto problému. Ženy tímto postupem mohou nejen korigovat negativní emoční prožívání, ale samotné pozitivní prožívání jim také pomáhá lépe zvládat bolest jako takovou, a současně, jak bylo některými ženami zmíněno, redukovat bolest. Informantky pak konkrétně uváděly, že jejich funkční strategií je zaměřit se na *vyhledávání pozitivních podnětů, navozování pozitivních myšlenek a emocí, soustředění se na příjemné aktivity navozující pocit pohody a radosti a humor.* Pro pozitivní emoční ladění a současně i odklon pozornosti v průběhu bolestivé menstruace pak nejraději a nejčastěji využívají **hudbu a filmy** – uvolňující, odpočinkové, humorné, s příjemnou emotivitou a pozitivním laděním: *„Nebo si třeba pustím Přátele, což já úplně jako miluju, uklidňuje mě to, rozveseluje mě to. Jo, jako nepustila bych si nic, co je takového stresujícího, akčního, to ne, pustila bych si něco, co je takový na pohodu, uklidňující, nějaký jako holčičí film, kterej mám prostě ráda, Přátele“* (Magdaléna). Informantkou Violou byla také zmiňována **hra na hudební nástroj** ve fázích, kdy jí to bolest dovoluje: *„A zahrát si na klavír, podívat se na něco fajn veselého, romantickou komedii, taková ta klasika, čím si člověk běžně zpravuje náladu, né jenom v tomhleto období. Když vypnu, když na to nemusím myslet, třeba i na kytaru, ta pozornost jde úplně někam jinam, to pomáhá“* (Viola).

Pro zvládání a eliminaci negativního emočního prožívání vyvolané bolestivou menstruací zmiňovaly ženy seberegulaci ve formě **soustředěné orientace myslí na pozitivní věci**, nejčastěji pak právě pomocí vnějších pozitivních podnětů, jako jsou ona zmíněná media, a současně **vyhýbání se myšlení na negativní věci**, kdy se ženy především snaží **vyhýbat podnětům, jež by mohly provokovat melancholii a smutek**, jak bylo uvedeno například informantkou Lilianou, které tato cesta pomáhá primárně k duševní úlevě a zvládání emocí vyvolávaných bolestivou menstruací: „*Díky tomu, že jsem víc citlivější a smutnější, tak se snažím myslet na pozitivní věci a né na ty negativní, i když pro mě je to těžký, jelikož já jsem pesimista, ale snažím se. Konkrétně se snažím hudbu hodně pozitivně laděnou, a když už nespím, tak se snažím koukat se na nějaké vtipné filmy a seriály a komedie, a nemyslet na to negativno.*“ K zvládání bolesti, a to ať už po psychické, tak fyzické stránce, se projevila u žen být účinná také strategie **humor**, a to ať už jako vlastní strategie („vlastní humor“), kdy žena se snaží zachovat optimismus a **humorný postoj k menstruaci**: „*Z hlediska té pozitivní psychologie ... o tom mluvit, ale spíš v duchu jakože sranda... Jakože né že z toho dělat uplná tragédie, ale spíš, že ta moje strategie spíš je jako humor ... nechci to nikdy jako převádět do toho tónu jakože tragického*“ (Radka), tak i vlivem jejich okolí (vnější zdroj), které jim tento postoj umožňuje. V neposlední řadě pak také média (filmy aj.) umožňují dostat se ženě do humorného emočního módu a optimistického naladění myslí, jak již bylo zmíněno výše v textu.

### **Sociální opora a emoční opora**

Sociální a emoční opora představuje pro ženu významný zdroj při zvládání bolesti, jedná se o faktor, který opět pomáhá snižovat psychický diskomfort, zvyšuje psychickou pohodu a současně má dopad na snížení bolesti. Ženy uváděly, že jim velice pomáhá v průběhu bolestivé menstruace sociální opora, a to ať už v emoční, tak instrumentální podobě, ze strany rodičů a partnerů, či kolegů a spolužáků. Ženy pak nejčastěji zmiňovaly, že sociální opora je pro ně při zvládání významná proto, že jim zprostředkovává **pocit bezpečí a klidu**, umožňuje jim **odklon pozornosti** v průběhu bolestivé menstruace a současně se také jako velice podstatná projevila být možnost **emoční ventilace**, kdy si žena může svému partnerovi či nejbližšímu okolí, jako je rodina či přátelé, postěžovat, vyplakat se a obecně vyventilovat své negativní emoční prožitky, které v ní v průběhu bolestivé menstruace vznikají. Dále také ženy uváděly, že je pro ně sociální opora důležitá, jelikož jim pomáhá k **snížení pocitu samoty**, který v průběhu bolestivé menstruace může vyvstávat a prohlubovat se, a současně dodává pocit, toho „*že na to nejsem sám*“. Pro ženy je pak



velice významná v rámci jejího zvládnání **emoční opora** zahrnující *soucit, pochopení, ohleduplnost a péči*, jako například *pohlazení, obejmutí, utišení*. Vyskytl se i případ, kdy ženě ulevuje *hlazení břicha partnerem*, a to ať už psychicky, tak fyzicky. Péče ze strany okolí a blízkých je pak pro ženy důležitá jak po emoční, tak **instrumentální stránce**, kdy okolí zajišťuje ženám ve stavech akutního zachvácení přísun analgetik, tekutin, tepelnou terapii, odvoz domů či do nemocnice, atd. Okolí tedy ženě pomáhá zajistit její stav, a to současně i v pracovní nebo školní oblasti. Péče dělá ženám dobře a obecně jim pomáhá zvládat a překonat bolest po všech stránkách. Prožívaná přístupná sociální opora ve svém okolí současně umožňuje informantkám **pocit dostupné (instrumentální) pomoci** v případě, že by žena potřebovala, tedy, že je tu pro ni někdo, kdo by jí pomohl v případě nutnosti pomoci, což je podstatné pro její pocit bezpečí a klidu. Nejen sociální opora, ale i jiné objekty **Náhradní emoční opory**, jako například domácí mazlíček či „plyšák“, pomáhají ženám překonat bolest. Informantky pak i v rámci této formy emoční opory uvedly pozitivní efekt na psychickou pohodu a snížení bolesti.

#### **Další faktory**

Vyskytlo se i pár strategií mezi informantkami, které působí příznivě na psychiku (uvolnění) i na bolest, mezi tyto zmíněné strategie pak patřila **fyzická aktivita, sex, alkohol, marihuana, čokoláda a sladké**.

### **7.5 Shrnutí výsledků a odpovědí na jednotlivé výzkumné otázky**

#### **VO1: Jaké jsou subjektivně vnímané faktory ovlivňující výskyt a závažnost dysmenorey v dané periodě?**

V rámci této otázky byly získávány výpovědi informantek, u nichž dochází k proměnlivosti bolesti napříč menstruačními cykly. Na základě výpovědí těchto žen pak byly shromažďovány veškeré jimi vypořizované předmenstruační faktory a souvislosti, které mají vliv na to, zdali u nich v daném měsíci vznikne bolest, či nikoliv. A pokud ano, jak moc zásadní bude. Ženy uvedly, že zaznamenaly a zaznamenávají ve svém životě ať už faktory negativně ovlivňující výskyt a intenzitu dysmenorey (**rizikové faktory**), které podporují výskyt a závažnost dysmenorey v daném měsíci, či časovém období, tak i **protektivní faktory**, jež představují určitou prevenci výskytu a závažnosti dysmenorey v následující periodě či periodách. Celkově se ukázalo, že na dysmenoreu mají ve všech směrech vliv ať už psychické, tak fyziologické faktory, respektive faktory fyziologického

charakteru. Obecně se pak v rámci psychických faktorů ukázal být významný stav psychické kondice žen spojený mimo jiné s mírou prožívaného stresu, a to až u akutního či chronického. Extrémní stres pak může současně působit jako protektivní faktor, díky němuž dochází k absenci či redukci dysmenorey po určitou dobu. Také stav psychofyzické kondice se projevil jako významný v redukování dysmenorey v životě ženy, kdy pravidelné eliminování psychického a fyzického napětí pomocí různých technik psychorelaxace a uvolňování těla, vede ke zlepšení stavu ženy (body mind problem). V tomto ohledu se ukázala být zajímavá i emoční ventilace a fyzická zátěž. Konkrétně pak byly zmíněny tyto tematické faktory vztahující se k psychice ženy: **psychický stres, zátěž a nižší míra well-being** (rizikový faktor), **vyšší míra psychické a psychofyzické kondice a well-being** (protektivní faktor), **období extrémní psychické zátěže** (protektivní faktor) a **období po extrémní psychické zátěži** (rizikový faktor). V rámci **fyziologických faktorů** byl zmiňován vysoký fyzický stres a zátěž jako rizikový faktor, naopak jeho snížení a uvolňování těla, tedy určitá tělesná relaxace, se ukázaly být jako protektivní faktor. Strava, bylinná a hormonální léčba, akupunktura a akupresura aj. se ukázaly také jako významné faktory v rámci prevence výskytu a zmírňování dysmenorey. Současně také i těhotenství a porod, který naznačují možné hormonální či fyziologické změny v těle ženy.

## **VO2: Jak vnímají ženy, že dysmenorea ovlivňuje jejich emoce v přímém průběhu menstruace?**

V rámci emočního prožívání v průběhu dysmenoretické menstruace byla informantkami uváděna velká série mnoha různých emocí a emočních proměn, které však naplňovaly charakteristiky osmi hlavních dimenzí emočního prožívání, jež se napříč zkoumaným souborem opakovaně vyskytovaly a pod něž by jednotlivé prožívané emoce a proměny emočního prožívání mohly být zařazeny. Ženy nejčastěji uváděly, že vlivem zažívané bolesti (případně i dalších negativních fyzických příznaků) u nich v průběhu menstruace dochází k zvýšeně **úzkostnému, depresivnímu, agresivnímu a hostilnímu prožívání** a ke sklonům k **zvýšené labilitě a vulnerabilitě** oproti jejich běžnému emočnímu prožívání, které se u nich vyskytuje mimo dny menstruace. Některé informantky také uvedly, že u nich vlivem zažívané bolesti dochází k celkově **zvýšené emoční reaktivitě** na podněty ve svém okolí a k obecně **vyšší intenzitě emocí** (zvýšené emotivitě) a **snížené emoční seberegulaci**. Obecně se pak ukázalo, že veškeré prožitky jsou **o to silnější, o co silnější u žen bolest** a případně další negativní příznaky v průběhu menstruace jsou. Způsobů, jakými konkrétně dysmenorea může působit na prožívání žen, se ukázalo více.

Informantky v tomto ohledu uváděly, že k negativnímu dopadu na jejich prožívání dochází ať už bezprostředně, **v přímém důsledku bolesti** jako takové, tak téže v důsledku prožitků **absence kontroly**, kterou ona bolest vyvolává. Fyzická bolest také u žen působí jako jakýsi **spouštěč emoční bolesti a emočních zranění**, různých **existenciálních myšlenek a prožitků**, „sociálních stesků“ a **obav o své zdraví**, což v ženách provokuje depresivní a úzkostné prožitky. K negativnímu emočnímu prožívání dochází u žen také v důsledku různých **omezení způsobených dysmenoreou** v průběhu těchto náročných, menstruačních dní zahrnující narušení kvality život a výkonu.

### **VO3: Jaký má dysmenorea vliv na sebepojetí informantek?**

V rámci výzkumného šetření se ukázalo, že dysmenorea může mít nejen negativní, ale v některých případech dokonce i pozitivní dopad na sebepojetí ženy z dlouhodobého hlediska. Negativní vliv dysmenorey na sebepojetí byl zaznamenán v rámci **Prožívání vlastního já, sebeobrazu a sebehodnocení**, dále **Sebevědomí a sebedůvěry**, také však **Prožívání vlastního těla a vztahu k němu, Prožívání ženství, ženského organismu a ženské identity** a v neposlední řadě **Locus of control**. K negativnímu **sebeobrazu** dochází ať už v přímém průběhu menzes v důsledku emočních a fyzických proměn ženy, s kterými není v souladu a které vnímá negativně, tak i z dlouhodobého hlediska, kdy ženy díky dysmenoree pociťují, že je s nimi něco špatně (psychicky, fyzicky), že jsou nezdravé, že selhávají jako ženy, jelikož díky dysmenoree nejsou dostatečně atraktivní pro druhé pohlaví či by nemusely mít děti. Negativní sebeobraz je utvářen též na základě dlouhodobé nemožnosti odstranit dysmenoreu, kdy dochází k prožívání sebe sama jako bezmocné a selhávající osoby, atd. Dysmenorea má pak dle žen negativní vliv na jejich **sebevědomí a sebedůvěru**, a to ať už v přímém důsledku prožívané bolesti během menzes, tak i z důvodu narušení výkonu, atraktivity a požadované sociální image a negativní sebeobrazu a prožívání vlastního těla, které v nich dysmenorea provokuje. Informantky také, jak již bylo uvedeno, zmiňovaly negativní dopad na **prožívání vlastního těla a vztahu k němu** vlivem dysmenorey. To zahrnovalo pocity jeho nefunkčnosti, negativní emoční vztah k tělu a nespokojenost s tělem v kontextu dysmenorey. Specificky se pak projevilo negativní **prožívání ženského organismu a ženské identity** díky tomu, že jsou spojovány s dysmenoreou. Informantky tak spojují ženství s pocitem utrpení a znevýhodnění. Negativní dopad se pak v neposlední řadě projevil také u **LOC**, kdy u žen v důsledku dysmenorey dochází k pocitům absence kontroly nad svým tělem a životem. Dysmenorea se na základě výpovědí ovšem ukázala mít i pozitivní vliv na sebepojetí ženy z dlouhodobého

hlediska, které bylo spojováno se zlepšení sebeobrazu a díky tomu i sebevědomí a sebedůvěry (self-esteem a self-efficacy). Ženy prožívají samu sebe jako silnou osobu, která se dokázala pravidelně vypořádat s takovou zásadní mírou bolesti, která je psychicky, fyzicky i prakticky náročná, a současně i překonat samu sebe a své limity během takové menstruace. Díky tomu nabyly pocitu osobní síly a důvěry ve vlastní schopnost zvládat další takové překážky a výzvy ve svém životě. Některé ženy současně vnímají dysmenoreu jako pozitivní faktor na jejich prožívání a vztah k tělu. A to ať už po afektivní, tak behaviorální stránce. Ženy pak například oceňují sílu a statečnosti těla, které se musí vypořádávat s takovou náročnou bolestí a procesy během menzes (dysmenorey), a současně u nich dochází k vděčnosti za menstruaci.

#### **VO4: Jaké faktory pomáhají ženám v průběhu dysmenorey zvládat a redukovat bolest a psychický diskomfort?**

Ženy v rámci svých výpovědí uvedly velkou řadu faktorů, které jim pomáhají zvládat a redukovat bolest a psychický diskomfort. Tyto faktory pak zahrnovaly ať už vlastní aktivní **strategie zvládnání** bolesti, tak pasivní **zdroje zvládnání**, tedy faktory a podmínky, které nevznikají primárně na základě vlastní iniciativy ženy, ale jsou jí poskytnuty v rámci jejího prostředí. Veškeré faktory, které byly informantkami uvedené, mají ať už pozitivní vliv na psychickou pohodu ženy, tak na redukcii bolesti. Některé ženy pak dané faktory uvedly pouze jako redukující bolest, jiné stejný faktor popsaly jako mající efekt na jejich psychickou pohodu a další skupina pak zmiňovala obousměrný efekt daného faktoru. Jednotlivými faktory pak byla **Analgetika a termoterapie, Klidový režim a možnost uvolnění, Stahování se, Emočně fyzická katarze a autentické odžití bolesti, Odklon pozornosti, Pozitivní podněty a humor, Sociální opora a emoční opora** a **Další faktory** jako například sex, alkohol, marihuana aj.

## 8 DISKUZE

### 1. Faktory ovlivňující výskyt a intenzitu dysmenorey

Stejně tak jako v jiných výzkumech, i v našem výzkumu se ukázala souvislost mezi různými psychickými proměnnými a výskytem dysmenorey a bolesti v životě ženy. Zjistili jsme, že psychická/psychofyzická kondice ženy a kvalita jejího psychického života mohou představovat zásadní rizikové a protektivní faktory. Psychický stres, zátěž, frustrace, úzkost a nižší míra well-being (životní spokojenosti) byly zaznamenány jako rizikové faktory pro výskyt dysmenorey, intenzitu jejích příznaků a míru prožívané bolesti během menstruace. Tyto poznatky jsou ve shodě s výzkumy, které identifikovaly zvýšený výskyt menstruačních problémů a poruch menstruačního cyklu u žen s vyšší mírou psychické zátěže a psychických problémů (Gollenberg, 2010; Sigmon, 2000; Pinkerton, 2010; Hartlage, 2004; Coppen, 1963; Bahrami, 2017; Bettendorf (2008) a současně s poznatky výzkumů, které zaznamenaly vliv úzkosti, deprese a negativních emocí na výskyt a intenzitu prožívané bolesti. A to ať už v rámci dysmenorey (Balík et al., 2014), tak i jiných bolestivých stavů a onemocnění (Bahrami, 2017; Vincent et al., 1966; Balík et al., 2014; Latthe et al., 2006; Coppen & Kessel, 1963).

Kvalita psychického života se tedy ukazuje být jako jeden ze zásadních faktorů, které mohou hrát roli v samotné kvalitě menstruace a jejím průběhu. Menstruace tak slouží jako jakýsi identifikátor psychické a fyzické pohody ženy a současně mediátor psychických problémů (psychosomatický mediátor – body mind problem). Současně lze v tomto kontextu dysmenoreu, její výskyt a závažnost regulovat prostřednictvím práce na těle a psychice a snížením psychického a fyzického stresu a napětí, jak se v našem výzkumu ukázalo v rámci psychorelaxačních technik a technik práce s tělem. Ženami byl konkrétně zmiňován jako účinný autogenní trénink a různé formy meditace, například mindfulness. Vliv mindfulness a dalších technik práce s tělem a duší je ve shodě s jejich zaznamenávaným efektem, kdy jsou využívány při léčbě dysmenorey v běžné praxi (Honzák, 2005) a jejichž účinky byly prokázány současně i různými výzkumy (Heczey, 1980; O'Neill & Meszaros, 2020).

V rámci této problematiky je pak třeba zvažovat dvojí potencionální mechanismus působení psychických faktorů na dysmenoreu. Zaprvé, psychické faktory mohou vyvolávat samotný vznik dysmenorey (viz primární dysmenorea), tedy vznik psychogenně vyvolaného „onemocnění“/poruchy. Zadruhé, u sekundární dysmenorey vznikající primárně na základě fyzického podkladu (anatomické patologie apod.) může psychické rozpoložení ženy

v daném měsíci či určité časové periodě ovlivňovat (umocňovat) finální intenzitu prožívané bolesti.

Pozoruhodný vliv na výskyt a intenzitu dysmenorey byl identifikován i v rámci přítomnosti extrémního stresu, který byl u žen v našem výzkumu spojován se snížením jejich bolesti. Je možno předpokládat, že k tomuto jevu dochází na základě tzv.: „stresová analgezie“, která je přítomná v době akutní, extrémní zátěže, kdy jsou v takovýchto situacích zvýšeny hladiny endogenních opioidů, jež mají analgetický účinek a slouží k lepší koncentraci na zvládnutí ohrožující situace v životě jedince (Rokyta, 2018). Současně však také můžeme předpokládat neuropsychologické vlivy odklonu pozornosti na významné podněty (viz. vypořádávání se s náročnou situací), jež mohou vnímání bolesti blokovat či redukovat. V neposlední řadě je možné brát v potaz i další hormonální změny, ke kterým v důsledku extrémního stresu dochází a jež mohou dále ovlivňovat menstruační cyklus a projevy dysmenorey. Ženy současně zaznamenaly zhoršení příznaků po fázi této extrémní zátěže, tedy že bolest a spol. bývá v následující fázi mnohem horší, než je obvyklé. V tomto ohledu je možné zvažovat vliv nakumulovaných emocí, které byly v době extrémní zátěže suprimovány a nashromážděny v těle ženy, či následný dopad stresu a vyčerpání organismu.

Rozdílnost, která se ukazuje mezi vlivem jednotlivých stresorů, které ženy popisovaly, pak může být vysvětlena poznatky o dopadu středního a extrémního stresu, kdy vysoká míra (vnímaného) ohrožení vede k hyposenzitivitě a naopak nižší míra ohrožení vede k zvýšené citlivosti na bolest (Flor & Grusser, 1999; Martenson et al., 2009; Butler & Finn, 2009).

Jako velice zajímavé se pak v našem výzkumu ukázaly být v této kategorii faktorů majících vliv na dysmenoreu také potlačené emoce, sebepojetí a sebebřijetí, vztahové problémy, sexualita a sexuální život (sex), psychorelaxační techniky, akupresura a akupunktura.

V rámci potlačených emocí je možné předpokládat jejich konverzní charakter, tedy jejich sklon k somatizaci do problémů s dysmenoreou a bolestí, prostřednictvím níž se mají tendenci současně „realizovat“ a ventilovat. Zároveň mohou tyto suprimované emoce představovat určitý psychický stresor a zátěž, který, jak již bylo zmíněno, zvyšuje riziko výskytu a intenzity dysmenorey. Význam sebepojetí a sebebřijetí, který se dále u informantek vyskytl, by mohl být vysvětlen alternativními psychoanalytickými teoriemi, které předpokládají hluboké problémy s přijetím ženství, ženského těla a sebe sama u pacientek s dysmenoreou (Lewis et al., 1983; Menninger, 1939; Berry & McGuire, 1972; Denning, 1978). Současně zvýšená míra sebedůvěry, spojená se sebebřijetím, může příznivě

působit na psychickou pohodu ženy a snižovat stres, což opět může mít svůj efekt na tělesné procesy a dysmenoreu. V našem výzkumu se zároveň objevily vztahové problémy jako faktor mající vliv na dysmenoreu, což je v souladu s výzkumem Balika & Latheho, kteří prokázali, že narušení či ztráta sociálních podpůrných sítí a horší mezilidské vztahy mohou zhoršovat dysmenoreální příznaky a zvyšovat pocity menstruační bolesti (Balík et al., 2014; Latthe et al., 2006). Také sexualita a sexuální život jsou jedny z faktorů, které mohou mít na základě našich výsledků protektivní charakter. Lze předpokládat, že zvýšená sexualita a kvalita sexuálního života může působit na dysmenoreu několika mechanismy: zvýšení sebevědomí (a sebedůvěry), psychická pohoda a prožitky štěstí, hormonální a fyziologické působení sexu na organismus a dělohu ženy (Hodická et al., 2015) a zvýšená kvalita sociálního života (prožitky sociální opory díky přítomnosti partnerského vztahu). V neposlední řadě se objevily být protektivními faktory akupunktura a akupresura, což je v souladu s výzkumy (Karlachová, 2013; Wu, 2016; Marek, 2016). Jejich účinnost pak lze zvažovat až už na základě filosofie jejich efektu, či reálného mechanismu působení na nervový a hormonální systém ženy (a psychiku), tak i na základě možného placebo efektu.

Stejně tak u specifických faktorů fyziologického charakteru, identifikovaných ve výzkumu jako negativně působících na výskyt a intenzitu dysmenorey (rizikové faktory), je potřeba zvážit psychologickou stránku věci/problému. Nadváha, kofein, vyšší fyzická zátěž (cvičení) aj. totiž mohou signalizovat období životní nespokojenosti a vyššího psychologického stresu a zátěže ženy. Může se tak tedy jednat o sekundární faktory vycházející z primárně psychologických faktorů. Současně tyto faktory mohou působit na psychiku (body mind problem).

## **2. Dopad dysmenorey na emoční prožívání žen v průběhu menstruace**

Další částí zkoumání našeho výzkumného šetření byl vnímaný dopad dysmenorey na emoční prožívání žen. Stejně tak jako v jiných výzkumech, i v našem výzkumu byl identifikován značně negativní vliv dysmenorey na náladu a prožívání ženy v průběhu menstruace (Baker, 1999; Iacovides, 2009; Hachul, 2010). Jedním z limitů v rámci této části výzkumu vnímáme potencionální (přidružený) vliv hormonálních proměn v průběhu menstruace, které mohou být jednou z významných příčin negativního prožívání jako je emoční labilita, agrese, depresivní ladění, úzkost a spol., jež se v rámci našeho výzkumu vyskytovaly. Současně však je nezbytné brát na zřetel nepopiratelný a jednoznačný efekt bolesti na prožívání osob, který byl již v minulosti mnoha výzkumy prokázán, a zároveň výpovědi informantek, které explicitně vyjadřovaly, že k takovému prožívání dochází

specificky v periodách, kdy zažívají (intenzivní) bolest a spol. Také je třeba brát v potaz, že dysmenorea může být pouze umocňovatelem již dispozičního emočního prožívání, dochází tedy k intenzifikaci toho, jak je žena laděná i mimo dny menstruace a k jakému prožívání má obecně sklon. Pro obhájení potencionálního vlivu bolesti na negativní emoční ladění v rámci našeho výzkumu je fakt, že bolest dle informantek přirozeně narušuje možnost prožívání pozitivních emocí a libosti, což představuje jeden ze zásadních faktorů toho, jak dysmenorea může působit na psychiku každé ženy s touto diagnózou bez ohledu na její osobnostní charakteristiky. Jako zajímavé považujeme zjištění, že dysmenorea, respektive prožitky intenzivní bolesti, mohou působit jako spouštěč emoční bolesti a také prohlubovat různé sociální stesky spojené s depresivním prožíváním vztahů, pocity osamění a nedostatku sociální opory. Tento efekt na prožívání emoční bolesti by mohl být podpořen neurobiologickým výstupy zkoumání vlivu bolesti na emoční a sociální prožívání, kdy některé ze současných výzkumů identifikovaly vliv fyzické bolesti na „sociální bolest“ (pocity osamění, snížený pocit sounáležitosti), které jsou dle autorů způsobené tím, že fyzická a sociální bolest/zraněnost je zpracovávána stejnými mozgovými strukturami, díky čemuž může docházet k vzájemné provázanosti a indukci těchto prožitků (DeWall et al., 2010; Eisenberger et al., 2003,2007; Krill & Platek, 2009; Onoda et al., 2010). Tato zjištění nám zároveň poskytují náhled na to, jak významný faktor bolest v prožívání žen na potřebu sociální opory představuje a jak značný vliv může mít na depresivní prožívání a ladění. Poznatky z našeho výzkumu by pak mohly být užitečné i pro jinou oblast zdravotních problémů spojených s bolestivým stavem. Současně nám nastiňují, jak potřebná je terapeutická podpora, případně komunitní podpora osob trpících bolestí, kteří si pravidelně prochází takovými prožitky. Zaznamenali jsme také různé pocity spojené s existenciální problematikou, jako např. „prožitky smrti“, což naznačuje nejen, to, jak zásadní stresor intenzivní bolest může být, ale zároveň poukazuje na logoterapeutickou rovinu tohoto problému.

Zároveň pak, stejně jako ve výzkumu Bakera (1999), Iacovida (2009) a Hachuly (2010), i v našem výzkumu byl zjištěn vnímaný negativní dopad dysmenorey na prožívanou kvalitu života žen v průběhu menstruace zahrnující ať už osobní, tak pracovní život a volnočasové aktivity, které dysmenorea narušuje. Významným zjištěním v rámci našeho výzkumu je také vypořádaný dopad bolesti na kognitivní schopnosti ženy (kreativita, pozornost, myšlení) a celkový dopad na míru její psychické a fyzické energie. Tyto aspekty působení bolesti, které zapříčiňují mentální a energetické deficity v průběhu menzes,



současně představují v životech žen informantek jeden z prvků majících negativní vliv na jejich psychické prožívání v průběhu menstruace.

Také vnímáme jako významnost a přínosnost tohoto výzkumu náhled na to, jak dysmenorea, jakožto určitá forma fyzické dysfunkce, může ovlivňovat prožívání ženy na základě jejích specifických příznaků a charakteristik. Zjistili jsme, že dysmenorea, díky tomu že vyvolává omdlávání a sklony k němu, působí u žen jako silný stresor a generátor úzkosti v průběhu menstruace, jelikož reálně ohrožuje jejich zdraví a možnost zranění (které může být život ohrožující). Také jsme jako specifikum dysmenorey měli možnost zaznamenat fakt, že dysmenorea, díky jejím zásadním negativním fyzickým projevům, vyvolává v ženách intenzivní obavy spojené se zdravím a hypotetickou možností přítomnosti vážné nemoci zahrnující současně i obavy z nemožnosti otěhotnět. To je dáno mimo jiné tím, že u žen a obecně panuje nejasnost v rámci toho, proč u nich dysmenorea, a tak zásadní bolest v průběhu menzes vzniká (co je jejím zdrojem) a současně znalostí toho, že za těmito problémy může reálně stát některé ze závažných onemocnění (jako je například endometrióza či onkologické onemocnění). Obecně pak tyto abnormální bolestivé prožitky během menzes v ženách spontánně vyvolávají pocity úzkostného ohrožení zdraví, což je v rámci těchto intenzivních prožitků a jejich vyhodnocování ženou, či organismem jako takovým, zcela pochopitelné.

Jako podstatné a alarmující téma, které tento výzkum otevírá, je problematika bagatelizace, pracovní neschopnosti a zkušenosti žen s reakcemi okolí a lékařů (gynekologů) v kontextu jejich dysmenorey, které nám pomohl přinést tento kvalitativní výzkum a jeho hlubší náhled na problematiku prožívání ženy trpící dysmenoreou. Informantky zažívají ve svém okolí silnou bagatelizaci jejich problému (dysmenorey), jelikož se jedná v očích druhých osob „pouze o menstruaci“. Díky tomu, že menzes představuje určitý normální fyziologický proces, nikoliv zásadní nemoc, a současně i tomu, že určitá forma mírné bolesti během menstruace je považována za normalitu, jsou tyto zkušenosti žen, jež jsou nad rámec normy, bagatelizovány. A to nejen jejich blízkým okolím, ale i širším okolím a samotnými gynekology, což reflektuje nedostatečnou osvětu spojenou s touto problematikou a pochopením zásadnosti prožitků takovýchto žen. Problém spojený s bagatelizací lékaři se vyskytl i v rámci jiných, zahraničních studií (Snow & Johnson, 1977; Sobczyk et al., 1978; Sobczyk, 1980), což naznačuje obecný náhled a přístup k pacientkám s dysmenoreou nejen na území ČR, ale celkově ve světě. V našem výzkum tento přístup společnosti značně negativně ovlivňuje prožívání žen. Jako určitý společenský problém, který ženy prožívají (současně spojený s bagatelizací dysmenorey), je také spojen s pracovní

oblastí a nemožností oficiálně zůstat v průběhu menzes a zachvácení dysmenoreou doma a bez výčitek, studu a bez problémů, absentovat v práci. Tato oficiální nemožnost je jedním ze zásadních stresorů v průběhu menzes.

### **3. Vliv dysmenorey na sebepojetí žen**

Další částí, na kterou jsme se zaměřili bylo sebepojetí, kdy jsme zkoumali, jak ženy s dysmenoreou mohou prožívat samu sebe a své tělo v kontextu dysmenorey a jaký může být potencionální dopad tohoto fyzického problému. Z mnoha výzkumů zaměřujících se na vliv různých onemocnění a tělesných handicapů (provázených bolestí) na prožívání a sebepojetí víme, že každá takováto nemoc či postižení, může zásadně ovlivňovat prožívání a sebepojetí jedince. Proto i my jsme si pro tento výzkum zvolili prozkoumat, jak takováto forma fyzického problému, která se u žen chronicky vyskytuje a kterou zatím mnohdy shledáváme jako banální problém a přehlízíme jeho potencionální dopad, může na tuto oblast jedincovi psychiky a sebeprožívání působit. Velikou výzvou tohoto výzkumu tedy bylo zmapovat, zda něco takového jako „pouhá“ menstruace, jež je bolestivá, atd., může mít hypotetický dopad na sebepojetí žen a jejich prožívání i mimo dny menstruačních útrap. Jako limit shledáváme fakt, že možné sebepojetí, které ženy zmiňují v kontextu dysmenorey (přisuzující toto sebepojetí a tento dopad na něj dysmenoree) již existuje bez ohledu na dysmenoreu, tedy stejně tak jako u zmíněných emocí, ženy mohou mít problém se sebepojetím i mimo dysmenoreu (nezávisle na ní) a to, jaké je jejich sebepojetí, se pouze v rámci „onemocnění“ projevuje. Na druhou stranu víme, že sebepojetí se neustále utváří a je ovlivňováno různými situačními a kontextuálními proměnnými v životě jedince. Tyto dvě složky – stabilní a flexibilní sebepojetí jsou tedy neoddělitelné. Navíc předpokládáme, že sebepojetí, nehledě na jeho pevný a dispoziční základ, může být dysmenoreou buď „oslabováno“ či „posilováno“, potvrzováno či vyvraceno. Současně musíme zvážit, že u mnohých žen, podle našeho výzkumu, započaly samotné problémy s dysmenoreou již ve velmi raném věku – v časném dospívání (s příchodem menarché), které představuje klíčové období v životě ženy (a další roky po něm následující) při utváření jejího sebepojetí. Jak bychom tedy mohli odděleně vnímat tento prvek v životě žen (dysmenoreu), když stál při samotném započatí dospívání a zásadního (tělesného i psychického) vývoje – v době rozvoje identity, tělesného sebepojetí, v době, kdy se právě ono sebepojetí utváří ruku v ruce s tělesným a pohlavním aspektem? Tento výzkum tedy nedokáže, ať už svým kvalitativním charakterem, či z jiných důvodů, s naprostou jistotou deklarovat dopad dysmenorey na sebepojetí, ale je schopen poskytnout náhledy na jednotlivé možnosti působení

dysmenorey jako mediátora na sebezpečení žen. A to nehledě na jejich predispozice v oblasti prožívání a sebezpečení. Máme možnost tedy prostřednictvím tohoto výzkumu navnímat, jak může dysmenorea působit na jedince, byť je jeho sebezpečení pozitivně či negativně orientované.

V rámci našeho výzkumu jsme pak zjistili, že dysmenorea může mít dopad na několik oblastí sebezpečení ženy. Těmito oblastmi bylo: vnímání sebe sama a sebehodnocení ženy (prožívání vlastního já, sebeobraz); sebevědomí a sebedůvěra; prožívání vlastního těla a vztah k němu; prožívání ženství, ženského organismu a ženské identity a v neposlední řadě locus of control. Stejně tak jako v jiných výzkumech zaměřujících se na vliv či souvislost mezi bolestí či dysmenoreou a sebezpečím, i v našem výzkumu bylo zjištěno, že dysmenorea může mít negativní vliv na sebevědomí (self-esteem) a sebedůvěru (self-efficacy) žen v průběhu menstruace i mimo ni (Riva et al., 2011; Jackson et al., 2014; Fransen, 2002). Díky našemu kvalitativnímu výzkumu jsme navíc měli šanci identifikovat proč a jakým způsobem k tomuto jevu může docházet. Prvním faktorem je samotná bolest, jež zcela automaticky snižuje prožitky sebevědomí a současně i sebedůvěry spojené se self-efficacy, tedy schopností zdolávat během bolesti určité překážky (práce, výkon, ...), což je v souladu s výzkumem Rivy a kolegů (2011), jež identifikoval ve svém experimentálním výzkumu bezprostřední vliv vyvolané, akutní bolesti na tyto složky. Druhým faktorem snížení sebevědomí během menstruace jsou negativní fyzické a psychické projevy dysmenorey narušující atraktivitu žen a ideální sebezpečení a v neposlední řadě samotné fyzické a psychické oslabení a proměny reálně dopadající na možnost „fungování“ a seberealizace ženy během menstruace (její vlastní „neschopnost“/zneschopnění), což může negativně ovlivňovat její sebevědomí. Z dlouhodobého hlediska se pak ukázalo mít negativní dopad na sebedůvěru negativní sebeobraz ženy a vnímání vlastního těla spojovaný s dysmenoreou. Jako „gró“ tohoto výzkumu, jeho zajímavost a přínos sledujeme následující významné informace, nad kterými se současně pokusíme diskutovat.

V rámci našeho šetření jsme měli šanci nahlédnout do nejaktuálnější problematiky žen trpících dysmenoreou v společenském kontextu. Bolestivá menstruace, nejen že je společností bagatelizovaná a ženy zažívají stigmata, že jsou „hysterické“, atd., ale současně se jako významné téma ukázala aktuální problematika propagandy a určité míry dogmatické „mánie“ založené na psychosomatickém úhlu pohledu na fyzické problémy, včetně dysmenorey. Ženy jsou pak často konfrontovány s tím, že mají nějaký zásadní osobní (psychický) problém, když trpí dysmenoreou. Tento aktuální společenský trend pak sice může být v určitém úhlu pohledu přínosný, ale pro mnoho žen současně (bez odborného

vedení) významně poškozující. A to ať už z hlediska toho, jak na ně díky tomu nahlíží ostatní, či jak vnímají ony díky dané propagandě samu sebe. Současně nedostatečná osvěta této problematiky (dysmenorey) lékaři a dalšími odborníky umožňuje ženám tápat a tyto hypotetické problémy zvažovat, respektive přijímat. To se také ukázalo v našem výzkumu, kdy některé ženy mají díky psychosomatického pojetí tendenci vnímat v rámci svého sebeobrazu dlouhodobě osobní patologii i přesto, že se o žádnou psychosomatickou patologii jednat vůbec nemusí. Tuto problematiku rozhodně vnímáme jako podnět k jistému zaobírání a dalšímu řešení.

Jako další velice zajímavý výstup jsme zaznamenali ženami vnímaný negativní vliv dysmenorey na prožitky locus of control, a to ať už během menstruace, tak i mimo ni. Prožitky sníženého vnitřního locus of control, které u žen vyvstávají v přímém průběhu (intenzivně) bolestivé menstruace, podporuje experimentální výzkum Rivy et al. (2011), kteří vypožorovali, že (vyvolaná) bolest vede automaticky k sníženému pocitu kontroly a Wijmy (1989), který zjistil, že ženy trpící výraznou bolestivostí během menstruace vykazují zvýšené prožitky bezmoci (helplessness). Dlouhodobá zkušenost s dysmenoreou a její dopad na locus of control, který byl v našem případě vyjádřen jako „pocit, že díky dysmenoree nemám kontrolu nad svým životem“ pak je v jistém souladu s výzkumem Heczey (1978), který identifikoval, že ženy trpící dysmenoreou disponují nižším internal LOC, a naopak vyšším external LOC nežli ženy bez dysmenorey (zde však můžeme zvažovat obousměrný vliv, tedy i dopad dispozic na bolest) a Crissona (1988), který zjistil, že dlouhodobá bolest, již nejsou pacienti v rámci svého onemocnění schopni adekvátně korigovat, tedy snížit efektivně bolest, které jsou tak vydáni „na pospas“, je spojována se snížením vnitřního locus of control. \_Na základě specifických vyjádření informantů z našeho výzkumu a vlastních hypotéz pak předpokládáme, že dysmenorea hypoteticky vyvolává (způsobuje) či prohlubuje prožitky externího LOC a inhibuje prožitky interního LOC. Tedy, že opakované zkušenosti s pocitem bezmoci a absencí kontroly (těla a života), jež žena zažívá několik let, každý měsíc a po dobu několik dní, mohou ovlivňovat jejich sebepojetí z dlouhodobého a komplexnějšího hlediska. U žen, které mají primární ohnisko kontroly interní, by pak mohly tyto zkušenosti narušovat jejich sebepojetí a případně vést k postupnému oslabení interního LOC a podněcovat externí LOC v struktuře jejich sebepojetí. U žen, které již externím LOC v rámci své struktury sebepojetí přirozeně disponují, by pak mohly tyto opakované negativní zkušenosti s absencí kontroly její externí LOC prohlubovat a upevňovat.

Dále se v našem výzkumu ukázalo, že dysmenorea může představovat faktor negativně ovlivňující tělesné sebepojetí, a to ať už po kognitivní (vnímání jeho funkčnosti), tak afektivní stránce (vztah k tělu, prožívání těla). To je v souladu s vícero výzkumy (Bloom et al., 1978; Markey et al., 2020; Melis et al., 2015), které zkoumaly potenciaální vliv bolesti z různých druhů onemocnění a gynekologických problémů na body image, spokojenost s tělem (body satisfaction) a vztah k němu (attitude toward body). Co se ovšem zatím v žádných, námi vyhledávaných výzkumech neukázalo, je, že dysmenorea může mít i pozitivní vliv na prožívání těla a vztah k němu a zlepšovat jeho náhled na něj, což vnímáme jako přínos tohoto výzkumu. Je možné, že onemocnění a fyzické problémy, které se v životě jedinců odehrají, mohou působit jako určitá revize. Mohou člověka donutit zastavit se, přehodnotit své chování a postoje v životě a k vlastnímu tělu a vnímat význam zdraví, což se také prokázalo v našem výzkumu na tom, že ženy si díky dysmenoree začaly mnohem více vážit svého zdraví, respektive menstruace. Dále jsme prostřednictvím našeho šetření zjistili, že dysmenorea, jakožto „onemocnění“ spojené specificky s ženstvím, může potenciaálně vést k problémům s přijetím ženské identity a ženského organismu či minimálně k jejich negativnímu prožívání, tedy určité části sebe spojené s genderovým sebepojetím. To by mohlo být podstatné, ať už u dospívajících dívek v rámci vývoje jejich sebepojetí a prožívání ženství a těla, tak i u dospělých žen, u kterých tento problém může vést až k inklinaci ke kastročním zákrokům, což se také v našem výzkumu ukázalo. Tuto problematiku spojenou s dysmenoreou a ženstvím pak sledujeme jako podstatnou pro další zkoumání a řešení.

V neposlední řadě jsme identifikovali také možnost pozitivního dopadu dysmenorey na sebepojetí ženy – na její sebeobraz, sebedůvěru a sebevědomí (self-esteem a self-efficacy), což považujeme za přínosné specifikum našeho výzkumu. Zdá se, že dysmenorea může působit jako jistý nárok/překážka a životní výzva, kterou, když je žena schopna překonat, může si tím potvrdit svojí vlastní hodnotu a sebeúčinnost a tento „problém“ ji určitým způsobem posílí. Náročné výzvy v jejím životě pak mohou působit jako zdroj osobnostního rozvoje a resilience.

#### **4. Faktory zvládnutí a redukce bolesti a psychického diskomfortu v průběhu menstruace**

Poslední částí našeho výzkumu bylo zkoumání faktorů zahrnujících strategie a zdroje, jež ženám pomáhají zvládat a redukovat bolest a psychický diskomfort vyvolaný dysmenoreou v průběhu menstruace. Osobně sledujeme jako zajímavé pro diskusi

následující faktory: emočně fyzická katarze, odklon pozornosti, sociální opora, pozitivní podněty a humor. Tyto strategie a zdroje naznačují, jak moc psychický aspekt hraje roli v překonávání bolesti a že psychické faktory jako mindset a psychická pohoda mohou bolest významně ovlivnit.

Náš nález pak může být v souladu s výzkumem (Vincent et al., 1966), který prokázal, že negativní emoce a stres mohou zhoršovat citlivost na probíhající bolest a zintenzivňovat její prožívání, a s výzkumem Coppena & Kessela (1963), jež zjistili, že pozitivní emoce mohou bolest zmírňovat. To by osvětlovalo, proč jsou takové faktory jako klidový režim, psychorelaxace, pozitivní podněty, sociální opora a spol. během dysmenorey pro naše ženy významné a účinné. Vliv relaxačních technik (Heczey, 1980; Gorczyca et al., 2013) a sugesce (Rainville et al., 1997) na změnu ve vnímání nepříjemnosti bolesti pak byl také zaznamenán i v jiných výzkumech.

Stejně tak i odklon pozornosti je v souladu s výzkumy Magni et al., 1994; Carroll et al., 2004; Larson et al., 2004; Gureje, 2008), které identifikovaly, že tato strategie snižuje vnímání bolesti a zvyšuje toleranci vůči ní. Odpoutávání pozornosti je pak využíváno i v rámci KBT technik pro práci s bolestmi (Gorczyca et al., 2013).

V rámci sociální opory předpokládáme, že její účinnost a význam spočívá v tom, že zaprvé tvoří jeden z prioritních zdrojů a strategií zvládnání stresu, současně také, jak zjistil výzkum Lattheho et al. (2006), nedostatek vnímané sociální opory může obecně vést k horším dysmenorálním příznakům a bolesti. V neposlední řadě pak přítomnost vnímané sociální opory, může v ženách evokovat pozitivní emoce a zmírňovat tím příznaky a průběh dysmenorey.

Jako velice zajímavé pak v této oblasti našeho výzkumu shledáváme význam emočně fyzické katarze a autenticity prožívání bolesti. Zde je možné předpokládat, že zadržované emoce (a spol.) představují určitý přidaný stresor, který může zhoršovat stav ženy. Možnost jejich ventilace by tedy měla vést k emoční a fyzické úlevě.

Je třeba také bráti na zřetel, stejně tak jako u jiných onemocnění a spol., možný sekundární zisk z nemoci (v tomto případě dysmenorey), který může podporovat bolestivé chování a prožívání (Flor et al., 1987) za účelem získání sociální opory, případně jiných výhod (vyhnutí se povinností, práci). Výhodou dysmenorey by mohlo být také to, že působí jako prostředek a možnost emoční katarze, ke které v průběhu bolesti běžně dochází a jejíž motiv může být vědomý i nevědomý. To nastiňuje jiný úhel pohledu na potenciální významnost těchto strategií.

## 9 ZÁVĚR

Cílem této práce a výzkumného šetření bylo zmapovat problematiku dysmenorey a popsat její možné dopady na emoční prožívání a sebepojetí žen. Dále také zjistit, jaké faktory mohou ovlivňovat výskyt a závažnost dysmenorey a v neposlední řadě jaké faktory (strategie a zdroje) mohou být účinné při zvládnání a redukci negativních projevů dysmenorey v průběhu menzes. Zde v závěru pak shrnujeme hlavní výsledky tohoto výzkumu a pokoušíme se stanovovat hypotézy jako výstup našeho kvalitativního zkoumání.

Dysmenorea představuje v životech žen významný prvek působící na jejich prožívání, a to ať už v průběhu menstruačních dní, tak i mimo ně. Také je spojená s mnoha psychickými faktory.

V rámci našeho výzkumu jsme zjistili, že dysmenorea, zahrnující ať už bolest, tak další negativní fyzické příznaky, může velmi negativně ovlivňovat prožívání žen v průběhu menstruace. Čím vyšší je bolest a síla fyzických příznaků, tím vyšší dopad na emoční prožívání je ženami vnímán. V rámci emočního prožívání pak působí, ať už bolest samotná negativní emoční prožívání, také i další faktory (témata) k bolesti a dysmenoree se pojící a vznikající v jejím důsledku. V rámci negativního vlivu dysmenorey na emotivitu ženy pak registrujeme jako významná témata zdraví, obavy o něj a jeho reálné ohrožení v průběhu menzes, narušení kvality života během menstruačních dní a stres spojený s pracovní oblastí, konkrétně pak s absentismem či nutností výkonu práce během menzes, reflektující nastavení společenského a pracovního systému vůči ženám s tímto fyzickým problémem. Bolest také může působit jako katalyzátor/provokatér emoční bolesti a vyvolávač emočních traumat a psychických problémů skrytých uvnitř ženy, které mají opět dopad na její psychiku v průběhu menstruace.

V rámci sebepojetí jsme identifikovali možný negativní, ale i pozitivní dopad na tuto oblast. Dysmenorea může ovlivňovat, ať už osobní, tak tělesné sebepojetí, a to ať už v pozitivním, tak negativním směru, v přímém průběhu menstruace i mimo ni, zahrnující vnímání a prožívání sebe sama, vztah k tělu a náhled na něj a aktuální či komplexní sebevědomí (self-esteem) a sebedůvěru (self-efficacy). Současně také může negativně ovlivňovat prožívání vlastní identity spojené s ženstvím a narušovat vztah k ženskému organismu. Dysmenorea také může provokovat či prohlubovat prožitky externího LOC a inhibovat prožitky interního LOC, což bylo spojováno s hlubokými pocity bezmoci a absence kontroly nad svým tělem i nad životem.

Identifikaci a zmapování problematiky ženské identity, locus of control a pozitivního dopadu na sebepojetí v kontextu dysmenorey pak považujeme za zásadní přínosy tohoto výzkumu. Současně však spolu s tím také zaznamenanou problematiku bagatelizace dysmenorey, stigmatizace žen jí trpících a negativní vliv aktuálního „psychosomatického trendu“ ve společnosti na hodnocení a vnímání ženy s dysmenoreou, jež ovlivňují její prožívání.

Kvalita psychického života a psychické kondice se pak ukázala být významný faktor výskytu a závažnosti dysmenorey. Dysmenorea a její negativní příznaky mohou být současně pomocí celé řady různých strategií a zdrojů efektivně regulovány. I v tomto případě se však ukázaly býti významnými faktory psychické rozpoložení ženy a psychická modulace bolesti. Základní pilíř těchto faktorů pak tvoří odklon pozornosti, pozitivní prožívání a emočně fyzická katarze.



## 10 SOUHRN

Tento výzkum byl zaměřen na psychologickou problematiku žen trpících dysmenoreou.

### **Teoretické zázemí**

V teoretické části této práce jsme se stručně seznámili s problematikou menstruačního cyklu a jeho poruchami. V další části jsme se zaměřili na problematiku bolesti a popisování vzájemných souvislostí mezi psychikou, emočním prožíváním, bolestí a jejich oboustrannou provázaností. Představeny byly taky základní strategie zvládání bolesti a způsoby reagování na ní. V následující části teoretické složky výzkumu jsme se již soustředili na samotnou problematiku dysmenorey, kde jsme popsali základní úvod do problematiky dysmenorey, její symptomy a etiopatogenezi. Následně jsme prezentovali dosavadně shromážděné informace spojené s rizikovými faktory primární a sekundární dysmenorey. Dále jsme se zaměřili na problematiku bolesti a psychických problémů u dysmenorey, kde byly představené možné souvislosti mezi těmito komponenty stanovených specificky pro tuto oblast. Teoretická sekce výzkumu zaměřená na dysmenoreu pak obsahovala taktéž část zaměřenou na samotnou léčbu dysmenorey a možné potenciály jejího řešení zahrnující, ať už základní, tak i terapeutickou možnost léčby. Poslední oblast teoretické části se orientovala na problematiku sebepojetí v kontextu dysmenorey a bolesti, kde jsme se pokusili nastínit možné souvislosti mezi těmito komponenty.

### **Výzkumný problém a cíle**

Na základě dosavadních poznatků, které námi byly prezentovány v teoretické části práce, jsme zjistili, že bolest může nepříznivě působit na emoční prožívání a sebepojetí osob jí trpících a současně, že emoce mohou ovlivňovat výskyt a intenzitu bolesti (Riva et al., 2011; Balík et al., 2014). Současně jsme také zjistili, že dysmenorea bývá spojována a koreluje s jistými rizikovými faktory, které byly identifikovány řadou kvantitativních, zahraničních studií (Bahrami, 2017; Balík et al., 2014). Všechna tato zjištění týkající se vzájemné propojenosti psychiky a bolesti a současně rizikových faktorů dysmenorey pak utvářela základní podnět pro vznik této práce, kdy naším hlavním záměrem bylo prozkoumat hloubkově, oproti kvantitativním studiím, problematiku dysmenorey; zmapovat různé souvislosti a specifické faktory mající potencionální vliv na výskyt a intenzitu dysmenorey v životě ženy; poznat, jak konkrétně může dysmenorea působit na emoční prožívání žen v průběhu menzes a jejich sebepojetí a v neposlední řadě identifikovat, jaké faktory (strategie a zdroje) mohou být účinné při jejím zvládání v průběhu menstruace.

## **Metodika výzkumu**

Pro hloubkové zkoumání této problematiky byl využit kvalitativní výzkumný design. Metodou sběru výzkumných informací bylo polostrukturované interview. Pro následnou analýzu a vyhodnocování dat jsme aplikovali tematickou analýzu a kódování mapující společná témata mezi informantkami. Výzkumný soubor pak byl tvořen osmnácti ženami trpících dysmenoreu ve věku 20–31 let majících zkušenost s pravidelnou a intenzivní mírou bolesti během menzes. Strategií zisku informantek bylo využití kombinace záměrného výběru, samovýběru a techniky snowball.

## **Výsledky**

V rámci našeho výzkumu se ukázalo, že dysmenorea může mít negativní dopad na emoční prožívání žen a její sebepojetí. A to ať už v přímém průběhu bolestivé menstruace, tak i mimo ni, kam má tento problém přesah. Negativní emoční ladění a proměny emotivity během menzes jsou pak indukovány, ať už samotnou bolestí, jako fyziologickou zkušeností, tak i dalšími faktory (tématy), které v důsledku dysmenorey vznikají – jako například obavy o své zdraví, narušení kvality života a stres spojený s pracovní oblastí. Bolest v ženách současně také mimo jiné spouští prožitky emoční bolesti a vyvolává různé psychické problémy a „traumata“ skryté uvnitř ženy a prohlubuje různé sociální stesky a prožitky samoty. Čím vyšší je bolest a síla fyzických příznaků, tím vyšší dopad na emoční prožívání je ženami vnímán.

Dále jsme zjistili, že dysmenorea může, ať už negativně, tak pozitivně ovlivňovat osobní i tělesné sebepojetí v přímém průběhu menstruace i mimo ni (z dlouhodobého hlediska). Danými komponentami, u nichž byl zaznamenán vnímaný dopad, jsou sebeobraz, sebevědomí a sebedůvěra (self-esteem a self efficacy), locus of control a prožívání a vztah k vlastnímu tělu a ženské identitě (roli). Dysmenorea u některých žen může z dlouhodobého hlediska posilovat jejich sebevědomí, sebedůvěru a sebeobraz díky tomu, že působí jako zdroj potvrzení vlastní sebeúčinnosti a resilience, a současně zvyšovat kvalitu vztahu k vlastnímu tělu. Významnými tématy, které jsme v oblasti prožívání a sebepojetí ženy zaznamenali, jsou bagatelizace dysmenorey, stigmatizace žen jí trpících a současně negativní vliv aktuálního „psychosomatického trendu“ ve společnosti.

Kvalita psychického života a psychické kondice se pak ukázala být významnými faktory výskytu a závažnosti dysmenorey. Dysmenorea a její negativní psychické i fyzické příznaky v průběhu menzes mohou být zároveň pomocí celé řady faktorů (strategií a zdrojů) efektivně regulovány. I zde se ukázaly být zásadními faktory psychické rozpoložení ženy

a psychická modulace bolesti. Jako základní pilíř těchto účinných faktorů jsme zaznamenali odklon pozornosti, pozitivní prožívání a emočně fyzickou katarzi.

### **Specifické přínosy výzkumu**

Vnímáme, že specifickým přínosem této práce a významnými tématy, jež díky ní vyvstaly, jsou: pozitivní vliv dysmenorey na sebepojetí žen, bagatelizace a stigmatizace, ženské identity a locus of control v kontextu dysmenorey. Tato práce pak celkově umožnila hloubkové poznání života žen touto dysfunkcí trpících, pomohla zmapovat problematiku dysmenorey v neaktuálnějším společenském kontextu na území ČR a vytvořila potenciál pro další kvantitativní a kvalitativní zkoumání. Současně umožnila podpořit některé výstupy z dosavadních teorií a výzkumných šetření, které byly v této oblasti již provedeny.

### **Limity výzkumu**

Jako jedno z možných omezení tohoto výzkumu považujeme specifikaci charakteristik dysmenorey, kdy jsem se zaměřili pouze na ženy, které disponují primárně intenzivní formou bolesti během menzes, což nám poskytuje informace pouze o závažné formě dysmenorey. Současně vnímáme sílu subjektivity a nemožnost generalizovat získané poznatky v rámci výzkumu a vytvářet jednoznačné závěry, kdy s interpretací dat a prezentováním výzkumných výsledků jsme se pohybovali na tenkém ledě. Zároveň nám však vzniklé výstupy poskytují rozsáhlý materiál a podněty pro další výzkumné šetření a ověřování těchto závěrů/výsledků, což je také jedním z motivů této práce – prozkoumat terén problematiky a navázat na něj. Současně vnímáme jako omezení hormonální vlivy v průběhu menzes a emoční a osobnostní predispozice žen, které mohou ovlivňovat emoční prožívání a sebepojetí žen bez ohledu na dysmenoreu a jí přisuzované vlivy. Limitem výzkumu byly také rozdílnosti v rozsahu jednotlivých rozhovorů, které byly ovlivněny schopností sebereflexe žen v daném téma. Poslední vnímanou limitací je také způsob výběru informantů do výzkumu, který může oslovovat pouze motivované ženy, které „mají co říct“ a cítí urgenci k sdílení na základě intenzivních emočního prožívání daného problému. To může podávat zkreslené informace.

### **Aplikační potenciál a rozměr výzkumu**

Jako jeden ze zásadních přínosů tohoto výzkumu vnímáme možnost otevření téma bolestivé menstruace a menstruačních problémů a jejich detabuizace. Tento výzkum současně umožňuje evokovat osvětu a poskytnout cenné informace o dysmenoree pro veřejnost a klíčové subjekty v ní: lékaře, psychology, zaměstnavatele, kolegy, rodinu, partnery a cílovou skupinu (ženy s dysmenoreou). Konkrétními složkami přínosnosti pak

vnímáme: pochopení souvislostí vzniku a umocňování bolestivé menstruace (podnět pro další výzkum), vnímání dopadu bolestivé menstruace na prožívání a život žen, vnímání zásadnosti tohoto problému a snížení jeho bagatelizace. Na základě osvěty pro oblast personalistiky, medicíny a psychologie pak mohou být utvořena další opatření pro takto postižené ženy. Výzkum současně poskytuje shromážděné informace o pozitivních faktorech a potencionálně účinných strategiích zvládnání menstruačních problémů, kterými se ženy či specialisté mohou nechat inspirovat.

## LITERATURA

- 1) Abraido-Lanza, A. F. (1997). Latinas with arthritis: effects of illness, role identity, and competence on psychological well-being. *American Journal of Community Psychology*, 25, 601-27. doi: 10.1023/a:1024682800238
- 2) Adamírová, J. (1994). *Gynegymnastika*. Praha: Svojk a Vašut.
- 3) Al Absi, M., & Rokke, P.D. (1991). Can anxiety help us tolerate pain? *Pain*, 46, 43–51. doi: 10.1016/0304-3959(91)90032-S
- 4) Altherr, J. E., Bermond, J. L., & Chairopoulos, P. (2010). *Encyklopedie alternativní medicíny*. Praha: Copyright.
- 5) Arnstein, P., Caudill, M., Mandl, C. L., Norris, A., & Beasley, R. (1999). Self efficacy as a mediator of the relationship between pain intensity, disability and depression in chronic pain patients. *Pain*, 80, 483-91. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00220-6
- 6) Åsenlöf, P., Söderlund, A. (2010). A further investigation of the importance of pain cognition and behaviour in pain rehabilitation: longitudinal data suggest disability and fear of movement are most important. *Clinical Rehabilitation*, 24, 422-30. doi: 10.1177/0269215509353264
- 7) Asmundson, G. J., Coons, M. J., Taylor, S., & Katz, J. (2002). PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 930–937. doi: 10.1177/070674370204701004
- 8) Ayre, M., & Tyson, G. (2001). The role of self-efficacy and fear-avoidance beliefs in the prediction of disability. *Australian Psychologist*, 36, 250-53. doi: 10.1080/00050060108259663
- 9) Bahrami, A., Sadeghnia, H., Avan, A., Mirmousavi, S. J., Moslem, A., Eslami, S., ... & Ghayour-Mobarhan, M. (2017). Neuropsychological function in relation to dysmenorrhea in adolescents. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 215, 224-229. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.06.030
- 10) Bair, M. J., Robinson, R. L., & Katon, W. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163, 2433–2445. doi: 10.1001/archinte.163.20.2433
- 11) Bair, M. J., Robinson, R. L., Eckert, G. J., Stang, P. E., Croghan, T. W., & Kroenke, K. (2004). Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosomatic medicine*, 66(1), 17-22. doi: 10.1097/01.psy.0000106883.94059.c5

- 12) Bajalan, Z., Alimoradi, Z., & Moafi, F. (2019a). Nutrition as a potential factor of primary dysmenorrhea: a systematic review of observational studies. *Gynecologic and obstetric investigation*, 84(3), 209-224. doi: 10.1159/000495408
- 13) Bajalan, Z., Moafi, F., MoradiBaglooei, M., & Alimoradi, Z. (2019b). Mental health and primary dysmenorrhea: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(3), 185-194. doi: 10.1080/0167482X.2018.1470619
- 14) Baker, F. C., Driver, H. S., Rogers, G. G., Paiker, J., & Mitchell, D. (1999). High nocturnal body temperatures and disturbed sleep in women with primary dysmenorrhea. *American Journal of Physiology – Endocrinology and Metabolism*, 277(6). doi: 10.1152/ajpendo.1999.277.6.E1013
- 15) Balık, G., Üstüner, I., Kağıtçı, M., & Şahin, F. K. (2014). Is There a Relationship between Mood Disorders and Dysmenorrhea? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(6), 371–374. doi: 10.1016/j.jpag.2014.01.108
- 16) Bar, K. J., Brehm, S., Boettger, M. K., Boettger, S., Wagner, G., & Sauer, H. (2005). Pain perception in major depression depends on pain modality. *Pain*, 117, 97–103. doi: 10.1016/j.pain.2005.05.016
- 17) Bar, K. J., Brehm, S., Boettger, M. K., Wagner, G., Boettger, S., & Sauer, H. (2006). Decreased sensitivity to experimental pain in adjustment disorder. *European Journal of Pain*, 10, 467–471. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.07.001
- 18) Bar, K. J., Greiner, W., Letsch, A., Kobele, R., & Sauer, H. (2003). Influence of gender and hemispheric lateralization on heat pain perception in major depression. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 345–353. doi: 10.1016/s0022-3956(03)00051-7
- 19) Bar, K. J., Wagner, G., Koschke, M., Boettger, S., Boettger, M. K., Schlosser, R., & Sauer, H. (2007). Increased prefrontal activation during pain perception in major depression. *Biological Psychiatry*, 62, 1281–1287. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.02.011
- 20) Barlow, J., Cullen, L., & Rowe, I. (2002). Educational preferences, psychological well-being and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Patient Education Counseling*, 46, 11-19. doi: 10.1016/s0738-3991(01)00146-x
- 21) Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969–977. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721
- 22) Berry, C., & McGuire, F. L. (1972). Menstrual distress and acceptance of sexual role. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 114(1), 83-87. doi: 10.1016/0002-9378(72)90293-1

- 23) Bettendorf, B., Shay, S., & Tu, F. (2008). Dysmenorrhea: contemporary perspectives. *Journal of Obstetrics Gynecology Surv*, 63(9), 597–603. doi: 10.1097/OGX.0b013e31817f15ff
- 24) Blatný M. & Plhánková, A. (2003). *Temperament, IQ, sebepojetí*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd České republiky.
- 25) Bloom, L. J., Shelton, J. L., & Michaels, A. C. (1978). Dysmenorrhea and personality. *Journal of personality assessment*, 42(3), 272-276. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203\\_8](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_8)
- 26) Brekke, M., Hjortdahl, P., & Kvien, T. K. (2003). Changes in self-efficacy and health status over 5 years: a longitudinal observational study of 306 patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatism*, 49, 342-8. doi: 10.1002/art.11112
- 27) Brichtín, M. (1999). *Vůle a sebekontrola*. Praha: Karolinum.
- 28) Buckelew, S. P., Parker, J. C., Keefe, F. J., Deuser, W. E., Crews, T. M., Conway, R., ... & Hewett, J. E. (1994). Self-efficacy and pain behavior among subjects with fibromyalgia. *Pain*, 9, 377-84. doi: 10.1016/0304-3959(94)90024-8
- 29) Butler, R. K., & Finn, D. P. (2009). Stress-induced analgesia. *Prog. Neurobiology*, 88(3), 184-202. doi: 10.1016/j.pneurobio.2009.04.003
- 30) Carroll, L. J., Cassidy, J. D., & Côté, P. (2004). Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain*, 107(1-2), 134-139. doi: 10.1016/j.pain.2003.10.009
- 31) Cesta, C. E., Månsson, M., Palm, C., Lichtenstein, P., Iliadou, A. N., & Landén, M. (2016). Polycystic ovary syndrome and psychiatric disorders: co-morbidity and heritability in a nationwide Swedish cohort. *Psychoneuroendocrinology*, 73, 196–203. doi: 10.1016/j.psyneuen.2016.08.005
- 32) Clarke, A. E., & Ruble, D. N. (1978). Young adolescents' beliefs concerning menstruation. *Child Development*, 49(1), 231-234.
- 33) Coppen, A., & Kessel, N. (1963). MENSTRUATION AND PERSONALITY. *Britain Journal of Psychiatry*, 109, 711-21. doi: 10.1192/bjp.109.463.711
- 34) Cornwall, A., & Donderi, D. C. (1988). The effect of experimentally induced anxiety on the experience of pressure pain. *Pain*, 35, 105–113. doi: 10.1016/0304-3959(88)90282-5

- 35) Costa, L. C., Maher, C. G., McAuley, J. H., Hancock, M. J., & Smeets, R. J. (2011). Self-efficacy is more important than fear of movement in mediating the relationship between pain and disability in chronic low back pain. *European Journal of Pain, 15*, 213-9. doi: 10.1016/j.ejpain.2010.06.014
- 36) Council, J. R., Ahern, D. K., Follick, M. J., & Kline, C. L. (1988). Expectancies and functional impairment in chronic low back pain. *Pain, 33*(3), 323-331. doi: 10.1016/0304-3959(88)90291-6.
- 37) Crisson, J. E., & Keefe, F. J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain, 35*(2), 147-154. doi: 10.1016/0304-3959(88)90222-9
- 38) Crombez, G., Vlaeyen, J. W., Heuts, P. H., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain, 80*, 329–339. doi: 10.1016/s0304-3959(98)00229-2
- 39) Čech, E. (2006). *Porodnictví*. Praha: Grada.
- 40) Čihák, R. (2002). *Anatomie II*. Praha: Grada.
- 41) Dehghani, M., Sharpe, L., & Nicholas, M. K. (2010). Structural evaluation of the contemporary psychological models of chronic pain: does fear of pain work for all? *Cognitive Behavior Therapy, 39*, 214-24. doi: 10.1080/16506070903390134
- 42) DelleMijn, P. L., & Fields, H.L. (1994). Do benzodiazepines have a role in chronic pain management? *Pain, 57*, 137–152. doi: 10.1016/0304-3959(94)90217-8
- 43) Dening, F. C. (1978). Psychosomatic problems in gynaecology. *Nursing Mirror, 146*(5), 7-9.
- 44) Denney, D. R., & Gerrard, M. (1981). Behavioral treatments of primary dysmenorrhea: A review. *Behaviour research and therapy, 19*(4), 303-312. doi: 10.1016/0005-7967(81)90051-6
- 45) Deutsch, F. E. (1953). *The psychosomatic concept in psychoanalysis*. New York: International Universities.
- 46) DeWall, C. N., Macdonald G., Webster, G. D., Masten, C. L., Baumeister, R. F., Powell, C., ... & Eisenberg, N. I. (2010). Acetaminophen reduces social pain: Behavioral and neural evidence. *Psychological Science, 21*, 931–937. doi: 10.1177/0956797610374741
- 47) Dickens, C., McGowan, L., & Dale, S. (2003). Impact of depression on experimental pain perception: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 65*, 369–375. doi: 10.1097/01.psy.0000041622.69462.06



- 48) Dixon, D., Johnston, M., Elliott, A., & Hannaford, P. (2012). Testing integrated behavioural and biomedical models of activity and activity limitations in a population-based sample. *Disability Rehabilitation*, 34, 1157-66. doi: 10.3109/09638288.2011.635749
- 49) Dolejš, M., Zemanová, V., & Vavrysová, L. (2018). *Kdo a co řídí české adolescence?* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 50) Dorcus, R. M., & Kirkner, F. J. (1948). The use of hypnosis in the suppression of intractable pain. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 43(2), 237.
- 51) Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69(2), 153. doi: 10.1037/a0035747
- 52) Eisenberger, N. I., Gable, S. L., & Lieberman, M. D. (2007). fMRI responses relate to differences in real-world social experience. *Emotion*, 7, 745–754. doi: 10.1037/1528-3542.7.4.745
- 53) Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302, 290–292. doi: 10.1126/science.1089134
- 54) Eryilmaz, G., Ozdemir, F., & Pasinlioglu, T. (2010). Dysmenorrhea prevalence among adolescents in eastern Turkey: its effects on school performance and relationships with family and friends. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23(5), 267-272. doi: 10.1016/j.jpag.2010.02.009
- 55) Estlander, A. M., Takala, E. P., & Viikari-Juntura, E. (1998). Do psychological factors predict changes in musculoskeletal pain? A prospective, two-year follow-up study of a working population. *Journal of Occup Environ Med*, 40, 445-53. doi: 10.1097/00043764-199805000-00007
- 56) Fait, T., & Slíva, J. (2011). *Volně prodejné přípravky v gynekologii*. Praha: Maxdorf.
- 57) Ferjenčík, J. (2008). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- 58) Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L., & Jensen, M. P. (2011). Psychometric properties of the portuguese version of the Pain Self-Efficacy Questionnaire. *Acta Reumatol Port*, 36, 260-7.
- 59) Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla: zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum.

- 60) Fleischauer, M. L. (1977). A modified Lamaze approach in the treatment of primary dysmenorrhea. *Journal of the American and Canadian College Health & Association*, 25, 272-275.
- 61) Flor, H., & Grusser, S. M. (1999). Conditioned stress-induced analgesia in humans. *European Journal of Pain*, 3, 317–324. [https://doi.org/10.1016/S1090-3801\(99\)90013-7](https://doi.org/10.1016/S1090-3801(99)90013-7)
- 62) Flor, H., Krens, R. D., Turk, D. C. (1987). The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 251–259.
- 63) Fransen, M., Woodward, M., Norton, R., Coggan, C., Dawe, M., & Sheridan, N. (2002). Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine*, 27, 92-98. doi: 10.1097/00007632-200201010-00022
- 64) Gollenberg, A. L., Hediger, M. L., Mumford, S. L., Whitcomb, B. W., Hovey, K. M., & Wactawski-Wende, J. (2010). Perceived stress and severity of perimenstrual symptoms: the BioCycle Study. *Journal of Womens Health*, 19(5), 959–67. doi: 10.1089/jwh.2009.1717
- 65) Gorczyca, R., Filip, R., & Walczak, E. (2013). Psychological aspects of pain. *Annals Agricultural and Environmental Medicine*, 1(Special issue), 23-27.
- 66) Gracely, R. H., Geisser, M. E., Giesecke, T., Grant, M. A. B., Petzke, F., Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2004). Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Brain*, 127, 835–843. doi: 10.1093/brain/awh098
- 67) Grogan, S. (2000). *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.
- 68) Gureje, O. (2008). Comorbidity of pain and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 10, 318–322. doi: 10.1007/s11920-008-0051-0
- 69) Gustafsson, M., & Gaston-Johansson, F. (1996). Pain intensity and health locus of control: a comparison of patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Patient Edu. Couns*, 29, 179–88. doi: 10.1016/0738-3991(96)00864-6
- 70) Hachul, H., Andersen, M., Bittencourt, L., Santos-Silva, R., Conway, S., & Tufik, S. (2010). Does the reproductive cycle influence sleep patterns in women with sleep complaints? *Climacteric*, 13(6), 594–603. doi: 10.3109/13697130903450147

- 71) Hankin, B. L., Abramson, L. Y., & Siler, M. (2001). A prospective test of the hopelessness theory of depression in adolescence. *Cognit Ther Res*, 25(5), 607–32. doi: 10.1023/A:1005561616506
- 72) Harlow, S. D., & Matanoski, G. M. (1991). The association between weight, physical activity, and stress and variation in the length of the menstrual cycle. *American Journal of Epidemiol*, 133(1), 38–49. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a115800
- 73) Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 74) Hartlage, S. A., Brandenburg, D. L., & Kravitz, H. M. (2004). Premenstrual exacerbation of depressive disorders in a community-based sample in the United States. *Psychosomatics Medicine*, 66(5), 698–706. doi: 10.1097/01.psy.0000138131.92408.b9
- 75) Hayesová, N. (1998). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- 76) Heczey, M. (1980). Effects of biofeedback and autogenic training on dysmenorrhea. In A. J. Dan, E. A. Graham, & C. P. Beecher (Eds.), *The menstrual cycle: A synthesis of interdisciplinary research* (vol. 1). New York: Springer.
- 77) Heczey, M. D. (1978). *Effects of biofeedback and autogenic training on menstrual experiences: Relationships among anxiety, locus of control and dysmenorrhea* (Doctoral dissertation). City University of New York.
- 78) Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- 79) Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 80) Hodická, Z., Rejdová, I., & Kadlecová, M. J. (2015). Poruchy menstruačního cyklu u dospívajících dívek a jejich léčba. *Pediatric pro praxi*, 16(3), 227-230.
- 81) Hofbauer, R. K., Rainville, P., Duncan, G. H., & Bushnell, M. C. (2001). Cortical representation of the sensory dimension of pain. *Journal of Neurophysiology*, 86, 402–411. doi: 10.1152/jn.2001.86.1.402.
- 82) Horney, K. (1933). Psychogenic factors in functional female disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 25(5), 694-704.
- 83) House, J. M. (1969). Report on exercises for dysmenorrhea. *Occupational Health*, 21, 31-34.
- 84) Hrachovinová, T., & Chudobová, P. (2004). Body image a možnosti jeho měření (se zaměřením na neklinickou populaci). *Československá psychologie*, 48(6), 499-509.

- 85) Chang, P. J., Chen, P. C., Hsieh, C. J., & Chiu, L. T. (2016). Risk factors on the menstrual cycle of healthy Taiwanese college nursing students. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 49(6), 689–94. doi: 10.1111/j.1479-828X.2009.01097.x
- 86) Chovanec, M. J., & Dostálová, M. Z. (2009). Jak ulevit ženě při menstruačních bolestech? *Interní medicína*, 11, 92-93.
- 87) Chromý, K., & Honzák, R. (2005). *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada.
- 88) Iacovides, S., Avidon, I., & Baker, F.C. (2015). What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *HumReprod Update*, 21, 762–778. doi: 10.1093/humupd/dmv039
- 89) Iacovides, S., Avidon, I., Bentley, A., & Baker, F. C. (2009). Diclofenac potassium restores objective and subjective measures of sleep quality in women with primary dysmenorrhea. *Sleep*, 32(8), 1019–26. doi: 10.1093/sleep/32.8.1019.
- 90) Iacovides, S., Avidon, I., Bentley, A., & Baker, F. C. (2014). Reduced quality of life when experiencing menstrual pain in women with primary dysmenorrhea. *Acta Obstetrics Gynecology Scand*, 93(2), 213–7. doi: 10.1111/aogs.12287
- 91) Ibrahim, N. K., AlGhamdi, M. S., Al-Shaibani, A. N., AlAmri, F. A., Alharbi, H. A., Al-Jadani, A. K., & Alfaidi, R. A. (2015). Dysmenorrhea among female medical students in King Abdulaziz University: Prevalence, Predictors and outcome. *Pakistan journal of medical sciences*, 31(6), 1312. doi: 10.12669/pjms.316.8752
- 92) Imai, A., Matsunami, K., Takagi, H., & Ichigo, S. (2014). Levonorgestrel-releasing intrauterine device used for dysmenorrhea: five-year literature review. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, 41(5), 495-498.
- 93) Jackson, T., Wang, Y., Wang, Y., & Fan, H. (2014). Self-efficacy and chronic pain outcomes: a metaanalytic review. *The Journal of Pain*, 15(8), 800-814. doi: 10.1016/j.jpain.2014.05.002
- 94) Jensen, M. P., Turner, J. A., Joan, M., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249–283. doi: 10.1016/0304-3959(91)90216-K
- 95) Jung, H. M., & Kim, Y. S. (2004). Factors affecting dysmenorrhea among adolescents. *Korean Journal of Child Health Nurse*, 10(2), 196–204.
- 96) Kalapurakkel, S., A. Carpino, E., Lebel, A., & E. Simons, L. (2015). “Pain can’t stop me”: Examining pain self-efficacy and acceptance as resilience processes among youth with chronic headache. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(9), 926-933.

- 97) Kalisch, R., Wiech, K., Critchley, H. D., Seymour, B., O' Doherty, J. P., Oakley, D. A., ... & Dolan, R. J. (2005). Anxiety reduction through detachment: subjective, physiological, and neural effects. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *17*, 874–883. doi: 10.1162/0898929054021184
- 98) Kaplan, J. R., & Manuck, S. B. (2004). Ovarian dysfunction, stress, and disease: a primate continuum. *ILAR Journal*, *45*(2), 89–115. doi: 10.1093/ilar.45.2.89
- 99) Karhan, T. (2011). *Homeopatie a děti*. Praha: Grada.
- 100) Karlachová, L. (2013). *Klinická akupunktura podle institutů čínského lékařství v Nankingu a Pekingu*. Praha: Tradiční čínská medicína.
- 101) Keller, A., Brox, J. I., & Reikerås, O. (2008). Predictors of change in trunk muscle strength for patients with chronic low back pain randomized to lumbar fusion or cognitive intervention and exercises. *Pain Medicine*, *9*, 680-87. doi: 10.1111/j.1526-4637.2007.00333.x
- 102) Kenntner-Mabiala, R., & Pauli, P. (2005). Affective modulation of brain potentials to painful and nonpainful stimuli. *Psychophysiology*, *42*, 559–567. doi: 10.1111/j.1469-8986.2005.00310.x
- 103) Khazai, K. (2012). Correlation between body image and coping styles with severity of primary dysmenorrhea. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, *14*(56), 55-344.
- 104) Kolář, P., Bitnar, P., & Dyrhonová, O. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.
- 105) Kolářová, M. (2003). *Bolestivá menstruace I*. Praha: Triton.
- 106) Kratochvíl, S. (2009). *Klinická hypnóza*. Praha: Grada.
- 107) Krill, A., & Platek, S. M. (2009). In-group and out-group membership mediates anterior cingulate activation to social exclusion. *Front Evolutionary Neuroscience*, *1*, 1–7. doi: 10.3389/neuro.18.001.2009
- 108) Kroger, W. S., & Freed, S. C. (1943). The psychosomatic treatment of functional dysmenorrhea by hypnosis: A preliminary report. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *46*(6), 817-822.
- 109) Křepelka P. (2015). *Poruchy menstruačního cyklu*. Praha: Mladá fronta.
- 110) Křivánek, M. (2013). *Domácí receptář přírodní medicíny II*. Olomouc: Fontána.
- 111) Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- 112) Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- 113) Kučerová, H. (2018). *Bolest v psychiatrii*. Praha: Kosmas.

- 114) Larson, S. L., Clark, M. R., & Eaton, W. W. (2004). Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: a 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area sample. *Psychological Medicine*, *34*, 211–219. doi: 10.1017/s0033291703001041
- 115) Latthe, P., Mignini, L., Gray, R., Hills, R., & Khan, K. (2006). Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*, *332* (7544), 749-755. doi: 10.1136/bmj.38748.697465.55
- 116) Lautenbacher, S., Roscher, S., Strian, D., Fassbender, K., Krumrey, K., & Krieg, J.C. (1994). Pain perception in depression: relationships to symptomatology and naloxone-sensitive mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, *56*, 345–352. doi: 10.1097/00006842-199407000-00010
- 117) Leckie, F. H. (1964). Hypnotherapy in gynecological disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *12*(3), 121-146. doi: <https://doi.org/10.1080/00207146408409100>
- 118) Lewis, R. J., Wasserman, E., Denney, N. W., & Gerrard, M. (1983). The etiology and treatment of primary dysmenorrhea: A review. *Clinical Psychology Review*, *3*(3), 371-389.
- 119) Lim, H. S., Chen, P. P., Wong, T. C., Gin, T., Wong, E., Chan, I. S., & Chu, J. (2007). Validation of the Chinese version of pain self-efficacy questionnaire. *Anesthesia & Analgesia*, *104*, 918-23. doi: 10.1213/01.ane.0000255731.24092.a5
- 120) Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S., & Merskey, H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain*, *56*, 289–297. doi: 10.1016/0304-3959(94)90167-8
- 121) Marek, J. (2016). *Akupresura a přírodní prostředky v první pomoci některých náhlých stavů a onemocnění*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton.
- 122) Marek, J., & Miklánek, J. (2003). *Bolestivá menstruace II*. Praha: Triton.
- 123) Markey, C. H., Dunaev, J. L., & August, K. J. (2020). Body image experiences in the context of chronic pain: An examination of associations among perceptions of pain, body dissatisfaction, and positive body image. *Body image*, *32*, 103-110. doi: 10.1016/j.bodyim.2019.11.005
- 124) Maršálek, M. (2007). Komorbidita deprese a bolesti. *Psychiatrie pro praxi*, *8*(2), 77-80.
- 125) Martenson, M. E., Cetas, J. S., & Heinricher, M. M. (2009). A possible neural basis for stress-induced hyperalgesia. *Pain*, *142*, 236–244. doi: 10.1016/j.pain.2009.01.011

- 126) Meagher, M. W., Arnau, R. C., & Rhudy, J. L. (2001). Pain and emotion: effects of affective picture modulation. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 79–90. doi: 10.1016/j.pain.2009.01.011
- 127) Melis, I., Litta, P., Nappi, L., Agus, M., Melis, G. B., & Angioni, S. (2015). Sexual function in women with deep endometriosis: correlation with quality of life, intensity of pain, depression, anxiety, and body image. *International Journal of Sexual Health*, *27*(2), 175-185. <https://doi.org/10.1080/19317611.2014.952394>
- 128) Menninger, K. A. (1939). Somatic correlations with the unconscious repudiation of femininity in women. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *3*(4), 106. doi: 10.1097/00005053-193904000-00005
- 129) Meredith, P., Strong, J., & Feeney, J. A. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, *123*, 146-54. doi: 10.1016/j.pain.2006.02.025.
- 130) Merz, C. J., Tabbert, K., Schweckendiek, J., Klucken, T., Vaitl, D., & Stark, R. (2012). Oral contraceptive usage alters the effects of cortisol on implicit fear learning. *Horm Behav*, *62*(4), 531–8. doi: 10.1016/j.yhbeh.2012.09.001
- 131) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 132) Molton, R., Graham, C., Stoelb, B.L., & Jensen, M.P. (2007). Current psychological approaches to the management of chronic pain. *Current Opinion Anaesthesiology*, *20*, 485–489. doi: 10.1097/ACO.0b013e3282ef6b40
- 133) Mou, L., Lei, W., Chen, J., Zhang, R., Liu, K., & Liang, X. (2019). Mediating effect of interpersonal relations on negative emotions and dysmenorrhea in female adolescents. *General psychiatry*, *32*(1). doi: 10.1136/gpsych-2018-100008
- 134) Naghizadeh, S. (2019). Comparison the quality of life, self-efficacy and depression in female students with and without primary dysmenorrhea in tabriz, 2018. *Nurs Midwifery J*, *17*(4), 321-331.
- 135) Nakonečný, M. (1999). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- 136) Northrup, C., Bártová, V., & Kotábová, V. (2008). *Zdravá žena: od narození k prvnímu početí*. Praha: Columbus.
- 137) Ochsner, K. N., Ludlow, D. H., Knierim, K., Hanelin, J., Ramachandran, T., Glover, G. C., & Mackey, S. C. (2006). Neural correlates of individual differences in pain-related fear and anxiety. *Pain*, *120*, 69–77. doi: 10.1016/j.pain.2005.10.014

- 138) O'Neill, P. K., & Meszaros, J. (2020). Chronic Pain Releases Parabrachial Activity from Central Amygdala Inhibition. *Journal of Neuroscience*, *40*(42), 7996-7998. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1013-20.2020
- 139) Onoda, K., Okamoto, Y., Nakashima, K., Nittono, H., Yoshimura, S., Yamawaki, S., ... & Ura, M. (2010). Does low self-esteem enhance socialpain? The relationship between trait self-esteem and anterior cingulated cortex activation induced by ostracism. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *5*, 385-391. doi: 10.1093/scan/nsq002
- 140) Paolini, A., & Pavesi, M. (2015). *Čaje a přírodní léčivé prostředky*. Brno: CPress.
- 141) Pinkerton, J. V., Guico-Pabia, C. J., & Taylor, H. S. (2010). Menstrual cycle-related exacerbation of disease. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, *202*(3), 221-231. doi: 10.1016/j.ajog.2009.07.061
- 142) Pitman, R. K., van der Kolk, B. A., Orr, S. P., & Greenberg, M. S. (1990). Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 541-544. doi: 10.1001/archpsyc.1990.01810180041007
- 143) Price, D. D. (2000). Psychological and neural mechanisms of the affective dimension of pain. *Science*, *288*, 1769-1772. doi: 10.1126/science.288.5472.1769
- 144) Proctor, M., & Farquhar, C. (2006). Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *BMJ*, *332*(7550), 1134-8. doi: 10.1136/bmj.332.7550.1134
- 145) Rafal, G., Rafal, F., & Walaczak, E. (2013). Psychological Aspects of Pain. *Ann Agric Environ Med*, *20*(1), 23-27.
- 146) Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B., & Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, *277*, 968-971. doi: 10.1126/science.277.5328.968
- 147) Rhudy, J. L., & Meagher, M. W. (2000). Fear and anxiety: divergent effects on human pain thresholds. *Pain*, *84*, 65-75. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00183-9
- 148) Rhudy, J. L., & Meagher, M. W. (2003). Individual differences in the emotional reaction to shock determine whether hypoalgesia is observed. *Pain Medicine*, *4*, 244-256. doi: 10.1046/j.1526-4637.2003.03028.x
- 149) Rhudy, J. L., Bartley, E. J., & Williams, A. E. (2010). Habituation, sensitization, and emotional valence modulation of pain responses. *Pain*, *148*(2), 320-327. doi: 10.1016/j.pain.2009.11.018



- 150) Rhudy, J. L., Williams, A. E., McCabe, K. M., Russell, J. L., & Maynard, L.J. (2008). Emotional control of nociceptive reactions (ECON): do affective valence and arousal play a role? *Pain*, *136*, 250–261. doi: 10.1016/j.pain.2007.06.031
- 151) Riva, P., Wirth, J. H., & Williams, K. D. (2011). The consequences of pain: The social and physical pain overlap on psychological responses. *European Journal of Social Psychology*, *41*(6), 681-687. doi: 10.1002/EJSP.837
- 152) Rokyta, R. (2018). *Léčba bolesti v primární péči*. Praha: Grada.
- 153) Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., Lydiard, R. B., ... & Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen. Hosp. Psychiatry*, *30*, 208–225. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2007.12.006
- 154) Roztočil, A., & Bartoš, P. (2011). *Moderní gynekologie*. Praha: Grada.
- 155) Sardá, J., Nicholas, M. K., Pimenta, C. A. M., & Asghari, A. (2007). Pain-related self-efficacy beliefs in a Brazilian chronic pain patient sample: a psychometric analysis. *Stress Health*, *23*, 185-90. <https://doi.org/10.1002/smi.1135>
- 156) Sedlacek, K., & Heczey, M. (1977). A specific biofeedback treatment for dysmenorrhea. *Biofeedback and self-Regulation*, *2*(3), 294. doi: 10.1007/BF00998890
- 157) Schuth, W. (1991). Psychosomatic Aspects of Dysmenorrhea. In *Advanced Psychosomatic Research in Obstetrics and Gynecology* (204-209). Berlin: Springer, Heidelberg.
- 158) Sigmon, S. T., Dorhofer, D. M., Rohan, K. J., & Boulard, N. E. (2000). The impact of anxiety sensitivity, bodily expectations, and cultural beliefs on menstrual symptom reporting: a test of the menstrual reactivity hypothesis. *Journal of Anxiety Disorder*, *14*(6), 615–33. doi: 10.1016/s0887-6185(00)00054-2
- 159) Smékal, V. (2004a). *Dítě na prahu dospívání*. Brno: Barrister & Principal.
- 160) Smékal, V. (2004b). *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal.
- 161) Snow, L. F., & Johnson, S. M. (1977). Modern day menstrual folklore: some clinical implications, *JAMA*, *237*(25), 2736-2739.
- 162) Sobczyk, R. (1980). Dysmenorrhea: the neglected syndrome. *The Journal of reproductive medicine*, *25*(4), 198-201.
- 163) Sobczyk, R., Braunstein, M. L., Solberg, L., & Schuman, S. H. (1978). A case control survey and dysmenorrhea in a family practice population: a proposed disability index. *Journal of Family Practice*, *7*(2), 285-90.

- 164) Stackeová, D. (2007). Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění. *Psych@Som*, 2, 17-24.
- 165) Starke, T. (1974). *The relationship between dysmenorrhea and self-esteem* (Doctoral dissertation). Texas Woman's University.
- 166) Stein, R. (1996). Physical Self-Concept. In Brecken, B. A. (Ed.), *Handbook of self-concept: Development, Social and Clinical Considerations*. John Wiley & Sons.
- 167) Sullivan, M. J. L., Stanish, W., Waite, H., Sullivan, M., & Tripp, D. A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*, 77(3): 253–260. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00097-9
- 168) Švaříček, R. & Šed'ová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. Praha: Portál.
- 169) Švihovec, J. (2018). *Farmakologie*. Praha: Grada.
- 170) Thernstrom, M. (2010). The pain chronicles: Cures, myths, mysteries, prayers, diaries, brain scans, healing, and the science of suffering Melanie Thernstrom. *British Journal of General Practice*, 63(610), 264-265. doi: 10.3399/bjgp13X667295
- 171) Thorn, B. E., & Kuhajda, M. C. (2006). Group cognitive therapy for chronic pain. *Journal of clinical psychology*, 62(11), 1355-1366. doi: 10.1002/jclp.20315
- 172) Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
- 173) Váňová, H. (2016). *Praktická homeopatie: Využití dvanácti biochemických solí*. Praha: Grada.
- 174) Vaškovský, M. R. (2001). Problematika bolesti z psychiatrického hlediska a možnosti její léčby. *Psychiatrie pro praxi*, 2(4), 150-153.
- 175) Villemure, C., & Bushnell, M. C. (2002). Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing? *Pain*, 95, 195–199. doi: 10.1016/S0304-3959(02)00007-6
- 176) Villemure, C., & Bushnell, M. C. (2009). Mood influences supraspinal pain processing separately from attention. *Journal of Neuroscience*, 29, 705–715. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3822-08.2009
- 177) Villemure, C., Slotnick, B. M., & Bushnell, M. C. (2003). Effects of odors on pain perception: deciphering the roles of emotion and attention. *Pain*, 106, 101–108. doi: 10.1016/s0304-3959(03)00297-5

- 178) Vincent, K., Warnaby, C., Stagg, C. J., Moore, J., Kennedy, S., & Tracey, I. (2011). Dysmenorrhoea is associated with central changes in otherwise healthy women. *Pain*, *152*(9), 1966-1975. doi: 10.1016/j.pain.2011.03.029
- 179) Walters, J. (2000). *Vztah k vlastnímu tělu jako aspekt sebepojetí u drogově závislých*. (Nepublikovaná diplomová práce) MU: Brno
- 180) Wang, L., Wang, X., Wang, W., Chen, C., Ronnennberg, A., & Guang, W. (2004). Stress and dysmenorrhoea: a population based prospective study. *Occupational Environmental Medicine*, *61*(12), 1021–1026. doi: 10.1136/oem.2003.012302
- 181) Weinberger, N. M. (2007). Associative representational plasticity in the auditory cortex: a synthesis of two disciplines. *Learning & Memory*, *14*, 1–16. doi: 10.1101/lm.421807
- 182) Weisenberg, M., Aviram, O., Wolf, Y., & Raphaeli, N. (1984). Relevant and irrelevant anxiety in the reaction to pain. *Pain*, *20*, 371–383. doi: 10.1016/0304-3959(84)90114-3
- 183) Weisenberg, M., Raz, T., & Hener, T. (1998). The influence of film-induced mood on pain perception. *Pain*, *76*, 365–375. doi: 10.1016/S0304-3959(98)00069-4
- 184) Wiech, K., & Tracey, I. (2009). The influence of negative emotions on pain: behavioral effects and neural mechanism. *National Library of Medicine*, *47*(3), 978-94. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.05.059
- 185) Wiech, K., & Tracey, I. (2009). The influence of negative emotions on pain: Behavioral effects and neural mechanisms. *ScienceDirect*, *47*(3), 987-994. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.05.059
- 186) Wijma, K., Wijma, B., & Cullhed, S. (1989). Learning-Theoretical Aspects of Primary Dysmenorrhea. *Cognitive Behaviour Therapy*, *18*(3-4), 129-136.
- 187) Winterowd, C., Beck, A. T., & Gruener, D. (2003). *Cognitive therapy with chronic pain patients*. Springer publishing company.
- 188) Woolf, C. J. (2004). Pain: moving from symptom control to ward mechanism-specific pharmacologic management. *Annals of Internal Medicine*, *140*, 441–451. doi: 10.7326/0003-4819-140-8-200404200-00010
- 189) Wu, L. (2016). *Tradiční východní medicína: aktivace samoléčivých sil pomocí tradiční čínské medicíny, ájurvédy a čakrové terapie*. Praha: Euromedia.
- 190) Yamamoto, K., Okazaki, A., Sakamoto, Y., & Funatsu, M. (2009). The relationship between premenstrual symptoms, menstrual pain, irregular menstrual cycles, and

- psychosocial stress among Japanese college students. *Journal of Physiology Anthropology*, 28(3), 29–36. doi: 10.2114/jpa2.28.129
- 191) Yunus, M. B. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: the unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum*, 36, 339–356. doi: 10.1016/j.semarthrit.2006.12.009
- 192) Zelman, D. C., Howland, E. W., Nichols, S. N., & Cleeland, C. S. (1991). The effects of induced mood on laboratory pain. *Pain*, 46, 105–111. doi: 10.1016/0304-3959(91)90040-5
- 193) Zillmann, D., de Wied, M., King-Jablonski, C., & Jenzowsky, S. (1996). Drama-induced affect and pain sensitivity. *Psychosomatic Medicine*, 58, 333–341. doi: 10.1097/00006842-199607000-00006

# **PŘÍLOHY**

Příloha 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

Příloha 2: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

Příloha 3: Informovaný souhlas

## **„Příloha 1: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce“**

**Název práce:** Psychologická problematika žen trpících dysmenoreou

**Autor práce:** Bc. et Bc. Kateřina Staňková

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 128 stran, 267 870 znaků

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 193

**Abstrakt:** Tato práce se zabývá psychologickou problematikou žen trpících dysmenoreou, tedy žen s menstruačními bolestmi. Cílem bylo zjistit, jaké faktory mohou ovlivňovat výskyt a závažnost dysmenorey, jak může dysmenorea ovlivňovat emoce a sebepojetí žen a jaké mohou být účinné strategie a zdroje zvládnání dysmenorey během menzes. V této práci jsme vycházeli z teoretického rámce psychologie zdraví a poznatků o problematice bolesti a dysmenorey. Data byla zpracována pomocí tematické analýzy v rámci kvalitativního výzkumného designu.

Dysmenorea, její výskyt a závažnost může být ovlivněna řadou fyziologických i psychických faktorů, kde se hlavním představitelem ukázala být psychická kondice ženy. Dysmenorea současně může negativně ovlivňovat emoce žen v průběhu menzes, a to ať už z důvodu bolesti samotné, tak i dalších témat k ní se pojících jako jsou obavy o své zdraví. Dále jsme identifikovali negativní, ale i možný pozitivní vliv dysmenorey na sebepojetí žen. Oblastmi dopadu je vztah k tělu, sebeobraz, sebevědomí a sebedůvěra, LOC a ženská identita. Detekována byla řada účinných strategií a zdrojů zvládnání dysmenorey jako např.: pozitivní prožitky, odklon pozornosti, emočně fyzická katarze a sociální opora.

**Klíčová slova:** dysmenorea, psychologie zdraví, emoce, sebepojetí, coping bolesti

**„Příloha 2: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce“**

**Title:** Psychological problems of women suffering from dysmenorrhea

**Author:** Bc. et Bc. Kateřina Staňková

**Supervisor:** doc. PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 128 pages, 26 870 characters

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 193

**Abstract:** This diploma thesis deals with the psychological problems of women suffering from dysmenorrhea, ie women with menstrual pain. The aim was to investigate what factors may affect the incidence and severity of dysmenorrhea, how dysmenorrhea may affect women emotions and self-concept, and what effective strategies and resources can be utilized to manage dysmenorrhea during menses. In this diploma thesis, we focused on the theoretical framework of health psychology and knowledge about pain and dysmenorrhea. The data were processed using thematic analysis within a qualitative research design.

Dysmenorrhea, its incidence and severity can be affected by a number of physiological and psychological factors. One of the main representative of psychological factors was found the mental condition of a woman. At the same time, dysmenorrhea can negatively affect women emotions during menses, both because of the pain itself and other related topics such as health concerns. We also identified the negative but also possible positive effect of dysmenorrhea on women self-concept. Areas of impact are body relationship, self-image, self-confidence, trust in self, (self-efficacy, self-esteem,), LOC and female identity. A number of effective dysmenorrhea management strategies and resources have been identified, such as: positive experiences, diversion, emotional-physical catharsis, and social support.

**Key words:** dysmenorrhea, psychology of health, emotions, self-concept, pain coping

### **„Příloha 3: Informovaný souhlas“**

Prohlašuji, že jsem byla seznámena s podmínkami výzkumu, jeho cílem a tématem výzkumného zaměření, provedené Bc. et Bc. Kateřinou Staňkovou, studentkou FF Univerzity Palackého v Olomouci, navazujícího magisterského studia Psychologie. Byla jsem informována o pořízení audiozáznamu k nahrání společného rozhovoru, který slouží k zachycení dat, jež budou dále využity pro výzkumné účely tohoto projektu. Současně jsem také byla srozuměna s tím, že veškeré informace, jež poskytnu, budou uchovány v zabezpečeném úložišti, ke kterému nikdo jiný nebude mít přístup a samotným výzkumníkem bude zachována plná důvěrnost spojená s mou osobou a informacemi, jež v rámci výzkumného šetření budu sdělovat. Má identita bude chráněna během výzkumu i po jeho skončení. K tomuto účelu bude mé jméno ve výzkumu pozměněno a místo něj bude využita náhradní přezdívka, která zajistí mou anonymitu. Zároveň dávám souhlas s poskytnutím základních informací (věk, vzdělání, partnerský status, aj.) týkající se mé osoby a charakteristik dysmenorey. Současně jsem byla obeznámena s možností poskytnout pouze informace, které budu chtít, a to ať už v samotném průběhu rozhovoru, tak i po jeho skončení, kdy mohu požádat o případné odstranění informací, jež jsem sdělila. V neposlední řadě jsem byla informována o tom, že mohu kdykoliv odstoupit z výzkumu či ukončit rozhovor, a to bez nutnosti udání důvodu.

Jméno.....

Podpis.....

V..... Dne.....