

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

**ŽIVOTNÍ SMYSLUPLNOST, DEPRESIVITA, STRES,
KOGNITIVNÍ NEZDOLNOST A POZITIVITA U
PACIENTŮ S AUTOIMUNITNÍM ONEMOCNĚNÍM
GASTROINTESTINÁLNÍHO TRAKTU**



Diplomová práce

Autor: **Bc. Kateřina Cejzlarová**
Vedoucí práce: **Mgr. Martin Kupka Ph.D.**

Olomouc

2014

Prohlášení

Ochrana informací v souladu s ustanovením §47b Zákona o vysokých školách, Autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a způsob jejich zveřejnění.

Student zodpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod má být pouze přílohou k tištěné verzi závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Životní smysluplnost, depresivita, stres, kognitivní nezdolnost a pozitivita u pacientů s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu“ zpracovala samostatně a k jejímu vypracování jsem použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Náchod, 18.11.2014

.....

Bc. Kateřina Cejzlarová

*Tuto práci věnuji Věře, ženě, která se o mě čtyři roky starala jako o svoji vlastní dceru,
přestože nemusela, až dokud jí nevzala život rakovina.*

Odpočívej v pokoji.

Poděkování

Děkuji Mgr. Martinu Kupkovi Ph.D. za příjemnou spolupráci, vstřícný přístup a odbornou pomoc, kterou mi věnoval v průběhu zpracování této diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala svým nejbližším: rodině, přátelům i kolegům z práce za pomoc, podporu a hlavně trpělivost, kterou mi poskytovali a poskytují i nadále. Děkuji za to, že jste tu se mnou.

A nakonec děkuji všem, kteří mi v rámci výzkumu poskytli informace o svých životech a soukromí. Děkuji jim nejen za tyto informace, ale hlavně za jejich důvěru, se kterou se mnou sdíleli, byť jen na chvíli, své životy.

Obsah

I. Úvod.....	8
II. Teoretická část.....	9
1. Nemoc.....	9
1.1. Vyrovnání se s chronickým onemocněním.....	9
1.2. Nemoc z pohledu psychosomatiky.....	10
2. Autoimunitní onemocnění.....	12
2.1. Autoimunitní onemocnění gastrointestinálního traktu.....	12
2.1.1. Crohnova choroba.....	14
2.1.1.1. Crohnova choroba z pohledu psychosomatiky.....	14
2.1.2. Ulcerózní kolitida.....	15
2.1.2.1. Ulcerózní kolitida z pohledu psychosomatiky.....	16
2.1.3. Celiakie.....	17
2.1.3.1. Celiakie z pohledu psychosomatiky.....	17
4. Psychosociální aspekty ovlivňující průběh onemocnění.....	19
4.1. Životní smysl, smysluplnost.....	19
4.1.1. Existencionální analýza a logoterapie.....	19
4.1.2. Další psychologové zabývající se smyslem života.....	21
4.1.3. Smysluplnost a její vliv na zdraví.....	22
4. 2. Stres.....	22
4.2.1. Nejvýznamnější koncepce stresu.....	23
4.2.1.1. Cannonova teorie stresu.....	23
4.2.1.2. Obecný adaptační syndrom.....	23

4.2.1.3. Teorie R.S. Lazaruse.....	24
4.2.2. Copingové strategie.....	24
4.2.3. Vliv stresu na imunitní systém.....	24
4.2.4. Stres a jeho vliv na zdraví.....	25
4.3. Depresivita.....	26
4.3.1. Druhy deprese.....	26
4.3.2. Etiologie vzniku deprese.....	27
4.3.2.1. Neuropsychologické příčiny.....	27
4.3.2.2. Dědičné faktory.....	28
4.3.2.3. Výchova a vliv prostředí.....	28
4.3.2.4. Vliv životních událostí.....	28
4.3.2.5. Psychologické vlivy.....	28
4.3.2.6. Životní styl a zneužívání návykových látek.....	29
4.3.3. Depresivita a její vliv na zdraví.....	30
4.4. Kognitivní nezdolnost.....	31
4.4.1. Vybrané teorie nezdolnosti.....	31
4.4.1.1. Locus of control.....	31
4.4.1.2. Resilience.....	31
4.4.1.3. Koherence.....	32
4.4.1.4. Hardiness.....	33
4.4.1.5. Osobní zdatnost.....	33
4.4.2. Postraumatický rozvoj.....	34
4.4.2.1. Základní pojmy.....	34

4.4.2.2. Model posttraumatického rozvoje.....	35
4.4.2.3. Druhy posttraumatického rozvoje.....	36
4.4.3. Nezdolnost a její vliv na zdraví.....	36
4.5. Pozitivita.....	37
4.5.1. Základní popis kladných emocí.....	37
4.5.2. Význam prožívání emocí – koncept alexithymie.....	38
4.5.3. Vliv positivity na zdravotní stav.....	39
III. Empirická část.....	40
5. Výzkumný problém a cíle práce.....	40
6. Výzkumné hypotézy.....	41
7. Popis zvoleného metodologického rámce a metod.....	43
7.1. Kvantitativní výzkum.....	43
7.2. Posuzovací škály a dotazníky.....	43
7.2.1. Beckova škála depresivity.....	44
7.2.2. Existenciální škála.....	44
7.2.3. Dotazník stres-profile.....	46
7.3. Metody zpracování a analýzy dat.....	47
7.3.1. Etické problémy a způsob jejich řešení.....	47
8. Soubor.....	49
9. Průběh výzkumu.....	51
10. Výsledky a jejich interpretace.....	53
10.1. Výsledky Existenciální škály.....	53
10.2. Výsledky dotazníku BDI-II.....	54

10.3. Výsledky dotazníku Stress-profile.....	55
11. Diskuze.....	58
12. Závěry výzkumu.....	62
Souhrn.....	64
Literatura.....	65
Přílohy.....	70

Úvod

„Já se nevzdávám, jenom znovu začínám“

Úvodní motto, které jsem v této práci použila, naleznete hned na první stránce, když si otevřete web svépomocné skupiny lidí s Crohnovou chorobou na facebooku. Domnívám se, že je dosti vystižné, neboť diagnóza závažného chronického onemocnění často bývá opravdu o tom, zda se vzdáte, či začnete svůj život žít, sice možná jinak, obtížněji, ale snad o to plněji. Lidé s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu musí o svůj život, tak aby byl v normě bojovat, musí brát léky, podstoupit nepříjemné zákroky, dodržovat diety, ale přesto je mezi nimi mnoho lidí, kteří se nevzdávají. Často je to s nimi jako na houpačce, chvíli je některým dobře, mohou žít „normální“ život jako ostatní, pak přijde těžší období, jejich zdravotní stav se zhorší, u těch méně šťastných zlepšení ani nepřichází. Tito lidé musí často čelit nepochopení svého okolí, díky svému onemocnění mohou ztratit zaměstnání, přátele a musí třeba i omezit své koníčky, které dosud vykonávali.

Dáte-li si tu práci a přečtete si jejich příspěvky na zdi, zjistíte, co tyto lidi trápí. Ptají se nejen na vedlejší účinky léků, průběh různých zákroků, možnost invalidních důchodů a na dietní recepty, ale i na celkem osobní témata. Naleznete zde obavy z toho, zda vůbec budou moci mít děti, zda je jejich nemoc dědičná, jak vysvětlit svému novému partnerovi, že pokud s nimi zůstane, že se mohou objevit nebo již se objevily příznaky, které mohou ovlivnit jejich vztah (například při sexu) a další podobná témata. Ale tito lidé zde nesdílejí pouze své starosti, můžeme se zde setkat i s jejich příběhy plnými úspěchů, fotkami právě narozených miminek, z dovolené, dokonce i jídla, která v době, kdy jim bylo špatně, jíst nemohli a nyní mohou. Najdeme zde sportovce, kteří kvůli své nemoci museli se svým hobby přestat a nyní už zase sportují, studenty, kteří dostudovali, i když třeba s odkladem svoji vysněnou školu. Tyto a další podobné příběhy pak dávají ostatním sílu a naději, že pokud vytrvají, možná i oni budou schopni žít běžným a úspěšným životem.

Tato práce má za cíl přiblížit alespoň částečně život a prožívání pacientů s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu, tak aby získané poznatky byly pokud možno využitelné v praxi.

1. Nemoc

Mohapl (1991) chápe nemoc jako ztrátu schopnosti dokonalé adaptace na prostředí, jako poruchu jednoty organismu a prostředí a poruchu homeostázy organismu. Na tomto místě je třeba zdůraznit, že není zcela správné považovat nemoc za pouhé opozitum zdraví, což nám konec konců říká ve své definici i světová zdravotnická organizace, která definuje zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, který nespočívá pouze v nepřítomnosti nemoci či tělesné vady.

Křivohlavý (2006) pojímá nemoc jako zdravotní nepohodu, která svým působením zasahuje do celého života pacienta a nejen do fyziologické roviny, ale i do sociální, pracovní, do psychologické, ovlivňuje sebepojetí nemocného, jeho motivační a emoční složku i smysluplnost. Je tedy důležité kromě zabývání se případným organickým poškozením, brát zřetel na další složky nemoci, jako je její vnímání pacientem, jeho okolím, omezeními, které mu nemoc způsobuje a taky způsoby, kterými se pacient s nemocí vyrovnává. Vyrovnávání je důležité hlavně u nemocných s chronickým či terminálním onemocněním, tento proces může ovlivnit i spolupráci pacienta s lékařem, dodržování medikace a tím i průběh samotného onemocnění.

1. 1. Vyrovnání se s chronickým onemocněním

Nejčastěji uváděná stádia vyrovnávání s chronickým onemocněním jsou inspirována prací psychiatricky Elizabeth Kubler-Rossovové, která pracovala s lidmi v terminálním stádiu nemoci. Díky své praxi zjistila, že její pacienti prožívají podobné pocity, které se vyskytují v relativně ustáleném pořadí od zjištění diagnózy terminálního onemocnění až, v ideálním případě, po smíření s koncem života. Na základě těchto poznatků stanovila pět fází. Zde si je jen stručně vymežeme. První fáze se nazývá fáze šoku a nastává po té, co pacientům lékař sdělí jejich diagnózu. Často se zde objevuje popření. Pacient nevěří lékaři, často se obrací na jiné odborníky s žádostí, aby mu jeho diagnózu vyvrátili. Ve druhém stádiu nemocný propadá zlosti, závidí zdraví ostatním a netají se tím. Nadává osudu i lidem, kteří mu chtějí pomoci. Ve třetím stádiu už si nemocný uvědomuje, že jeho stav je opravdu vážný, snaží se smlouvat s nemocí, životem či s Bohem. Když zjistí, že vlastně není s kým vyjednávat, že jeho stav se nemění, tak se dostává se do stádia deprese. Poslední páté stádium je stádium smíření, které se

projevuje navozením psychické rovnováhy a touhou aktivně žít i přes nemoci způsobená omezení, avšak s ohledem na své fyzické i psychické možnosti (Kubler-Rossová, 1992).

Verena Kastová (2000) popsala fáze truchlení při život ohrožující nemoci. První fáze popření, neboli také šoku, která poměrně přesně koresponduje se stádiem Kubler- Rossové. Druhá fáze s názvem propukající chaotické emoce obsahuje kromě zlosti i pocity viny, strach ze smrti, ale i z života či zármutek nad ztrátou budoucnosti. Ve třetí fázi, kterou pojmenovala hledání, nalézání a odpoutání, nemocný rekapituluje svůj minulý, dosavadní i budoucí život ve vztahu k sobě i blízkým. V podstatě je toto stádium podobné jako stádium smíření (viz. výše). V posledním stádiu nalézá pacient nový vztah k sobě a ke světu. Toto stádium je totožné s posttraumatickým rozvojem, který si popíšeme dále.

1.2. Nemoc z pohledu psychosomatiky

Pojem psychosomatika pochází z řečtiny a jedná se o složeninu dvou slov, psýché znamenající duši a soma, jímž Řekové označovali tělo. Velmi zjednodušeně bychom tento pojem mohli definovat jako vzájemné ovlivňování složky duševní a fyzické (Baštecká, 2009).

V minulosti, zejména pod vlivem Osvícenství a Reného Descarta, se v medicíně na vliv psychiky na tělesný stav pacienta nebral zřetel. René Descartes rozdělil ve svých pojednáních člověka na dvě složky, ducha (lat. res cogitas), jehož základní vlastností je myšlení a tělo (lat. res.extensa) jehož vlastností je rozprostřenost. Tyto složky jsou na sobě vzájemně nezávislé a oddělené jednotky. Descartes definoval tělo člověka, stejně tak zvířata, jako pouhý stroj. Zatímco duch je nehmotný, tělo je hmotnou substancí a tudíž na sebe podle Descartese nemohou vzájemně působit (Plhánková, 2006). Tento metodologický dualismus v podstatě podpořil vznik přírodovědné medicíny, která byla zaměřená na nemoc či symptom a nikoli na pacienta v jeho celosti. Tento přístup, bohužel, zaujímá významné místo i v dnešní medicíně (Tress, Krusse & Ott, 2008).

V současné době však do tohoto čistě biologické modelu medicíny začíná pozvolna pronikat celostní či komplexní přístup. Pro lékaře zabývajících se tímto přístupem to znamená, že již neléčí nemoc, ale svůj zájem soustředí na pacienta v jeho bio-psycho-sociálně-spirituálním kontextu. To je nejen náročné na čas, ale i na vědomosti těchto lékařů (Orel & Facová, 2009). V tomto pojetí je lidský organismus aktivní systém, skládající se ze

složky tělesné (biologické), duševní (psychické), společenské (sociální) a duchovní (spirituální). Definice a obsah prvních tří složek je nám blízký, většina z nás si dokáže představit, co si pod těmito pojmy asi tak představit, čtvrtá složka je však složitější, proto se jí zde pokusíme definovat. Spiritualita totiž neznamená pouze náboženskou složku, tento pojem je mnohem širší a může se manifestovat různými způsoby. Jedním z nich je přirozená spiritualita, která je běžnou součástí našeho života a projevuje se ve schopnosti reflektovat sebe i okolní svět, angažovat se ve vztazích s druhými lidmi, realizovat a hledat smysl života, jak našeho, tak povšechného. Tato složka nebývá často reflektována, její význam si uvědomíme často až v těžkých situacích například v období nemoci či ztráty někoho blízkého (Bartůšková, 2013). K tomu aby člověk mohl optimálně a tedy zdravě fungovat, je třeba, aby celý systém zachovával rovnováhu. Je-li funkce některé ze složek dlouhodobě oslabena či ohrožena, může vychýlit rovnováhu ostatních komponentů systému. Díky systémovému pojetí si uvědomujeme, že tělesná nemoc se může odrážet i v oblasti psychické či sociální. Funguje to i naopak a trápení psychické nebo například ztráta smyslu (oblast spirituální) se nakonec mohou projevit vznikem tělesného symptomu.

Tento mechanismus popsal svého času již Sigmund Freud, který termínem potlačení označil pokus člověka nevnímat některé pro něj subjektivně nepřijatelné události a danosti našeho života. Tyto události, jsou-li dlouhodobě potlačené, se mohou projevit v somatické rovině. V okamžiku, kdy je tento tělesný symptom „vyléčen“ pomocí medikace dochází k „přesunu symptomů“ (= symptom se projeví vznikem jiného onemocnění) (Danzer, 2010).

2. Autoimunitní onemocnění

Autoimunitní nebo také autoagresivní onemocnění jsou determinována patologickým fungováním imunitního systému, při kterém je narušena imunitní tolerance, což znamená, že organismus napadá své vlastní zdravé buňky. Většinou se jedná o napadání určitého orgánu či konkrétních typů buněk. Tento proces doprovází zánětlivá reakce (Mačák & Mačáková, 2004). Autoimunitní onemocnění jsou většinou chronického charakteru, často však fluktuují v průběhu času, není však dosud zcela známo, zda průběh onemocnění mohou nějakým způsobem ovlivnit události v životě nemocného (Faleide, Lilleba & Faleide, 2010). Základní klasifikace autoimunitních onemocnění se provádí podle mechanismů poškození a dělí se na poškození převážně buněčnými složkami imunity (lymfocyty T) nebo převážně humorálními složkami (Lymfocyty B a protilátkami). Dále se dělí dle rozsahu poškození tkáně na orgánově specifické, systémové a na choroby způsobené částečnou nebo předpokládanou autoimunitní podstatou. Autoimunitních onemocnění je nepřehledné množství. Mezi tato onemocnění patří například: Crohnova choroba, Celiakie, ulcerózní kolitida, revmatoidní artritida, Hashimotova tyreoiditida, diabetes, roztrušená skleróza, systémový lupus, sarkoidóza a další. Celkově tyto choroby postihují asi 5-7% obyvatel, častěji jsou to ženy. V současné době se zvažuje spojitost poruchy autoimunity i s takovými onemocněními jako je schizofrenie nebo autismus (Bartůňková, Fučíková & Shoenfeld, 2007).

2.1. Autoimunitní onemocnění gastrointestinálního traktu

Mezi tato onemocnění řadíme Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu a celiakii. Tato onemocnění si konkrétně popíšeme v následujících kapitolách. V této části si stručně popíšeme gastrointestinální trakt a jeho funkce.

Funkcí gastrointestinálního traktu, nebo také trávicího traktu, je trávení a vstřebávání základních živin, vitamínů, minerálů a stopových prvků. Kromě těchto funkcí se také podílí na humorálních a imunitních akcích (Novotný a kol., 2010).

Gastrointestinální trakt se skládá z dutiny ústní, jícnu, žaludku, tenkého střeva a tlustého střeva.

Dutina ústní- dochází zde k přípravě potravy pro zpracování v dalších oblastech trávicího traktu. Její funkcí je rozmělnění stravy, trávení škrobů, tvorba sousta, zprostředkování počitků, obrana organismu před mikroorganismy pomocí lysozymu vylučovaného do slin.

Jícen – jedná se o 25-28 cm dlouhou trubici, která zajišťuje peristaltickými pohyby posun sousta do žaludku.

Žaludek – je vakovitý útvar navazující na jícen. V žaludku dochází ke skladování a k následnému trávení přijaté potravy.

Tenké střevo – je nejdelším úsekem trávicí trubice, měří 3-5 metrů a dochází v něm ke konečnému rozložení většiny živin do vstřebatelné podoby a k převážné části resorpce.

Tlusté střevo – je posledním úsekem trávicí trubice, měří kolem 1,5 metrů a probíhá zde vstřebávání vody, minerálů, některých vitaminů a zároveň se zde skladuje a tvoří stolice (Šmarda & kol., 2004).

Z pohledu psychosomatiky se zabývá onemocněními gastrointestinálního traktu například Dethlefsen a Dahlke (2002). Podle těchto autorů se trávení podobá v jistém smyslu dýchání, kterým přijímáme okolní svět a to co neasimilujeme, vracíme zpět. Zatím, co dýchání je ovlivňováno vzdušným živlem, je trávení ovlivňováno zemí, je tedy materiálnější. Při trávení podle těchto autorů dochází ke čtyřem základním procesům:

- 1) k přijímání vnějšího světa v podobně hmotných vjemů
- 2) k rozlišování mezi „nestravitelným“ a „stravitelným“
- 3) k asimilaci stravitelných látek
- 4) k vylučování nestravitelných látek

Autoři se dále zabývají jednotlivými úseky gastrointestinálního traktu a jejich významem v rámci pochopení nemoci či symptomu. My zde zmíníme pouze oblast tenkého a tlustého střeva, která jsou autoimunitními onemocněními gastrointestinálního traktu zasažena nejčastěji.

Tenké střevo- je autory dáváno do souvislosti s činností mozku, který analyzuje a asimiluje poznatky, zatímco tenké střevo dělá to samé s potravou. Proto se domnívají, že lidé s problémy v oblasti tenkého střeva možná až příliš vše analyzují. Za tímto analyzováním se

pravděpodobně skrývá existenciální strach, že svůj život dostatečně plodně neprožijí, který je tak silný, že nedokážou nechat některé věci a situace jen tak plynout.

Tlusté střevo – zatímco tenké střevo nám symbolizuje vědomí, tlusté střevo je nevědomí. Stejně tak jako v nevědomí se i zde shromažďují nestravitelné zbytky, o kterých vědomě nevíme, dokud jich není dostatek a neopustí najednou naše tělo. Přesto tyto zbytky nás i naše vědomí ovlivňují. Za potížení s tlustým střevem může stát nedostatek lásky, či strach z intimity, projevující se nadměrnou závislostí či naopak obavy z navazování vztahů a sdílení.

2.1.1. Crohnova choroba

Jedná se o chronický nespecifický zánět s možným postižením celého trávicího traktu, nejčastěji však tlustého a tenkého střeva. Crohnova choroba zasahuje na rozdíl od kolitidy všechny vrstvy střevní stěny. Obraz onemocnění se liší podle velikosti zánětu a jeho umístění (Morschitzky, 2007). Prevalence onemocnění je v České republice 18-22 (Lukáš & Žák, 2007). Asi dvacet procent všech pacientů je diagnostikováno před dosažením dvacátého roku. Nejvyšší výskyt prvních příznaků onemocnění je ve věkovém rozmezí šestnácti až dvaceti let. Avšak onemocnění se může projevit v kterémkoli věku (Kovatsová & Heretik, 2004). Nemoc se projevuje horečkami, průjmy s příměsí krve a hlenu (pacienti jsou v případě těžkého průběhu onemocnění nuceni docházet 20-30 krát denně na stolicí), dále ztrátou hmotnosti, nechutenstvím a bolestmi břicha (Long, 2005). U některých pacientů se nejčastěji v oblasti rekta, ale i na jiných místech těla objevují píštěle. Etiologie je stejně jako u ulcerózní kolitidy prozatím neznámá, existují opět dva přístupy, vysvětlující vznik Crohnovy choroby. Psychosomatickým se zabýváme dále. Druhým v současnosti uznávanějším je multifaktoriální koncepce, která mezi činitele způsobující Crohnovu chorobu zahrnuje například: genetické faktory, mikrobiologické faktory, imunologické abnormality a psychologické činitele především stres (Heretik, Heretik & kol, 2007).

2.1.1.1. Crohnova choroba z pohledu psychosomatiky

U nemocných s Crohnovou chorobou nalezneme podobné osobnostní charakteristiky jako u pacientů s ulcerózní kolitidou. Bývají však depresivnější, úzkostnější, ale na druhou stranu nejsou tolik závislí na jedné vztahné osobě a jsou schopni lépe projevovat agresivní emoce (Tress, Krusse & Ott, 2008). Naopak Poněšický (2002, s. 91.) uvádí, že nemocní

s Crohnovou chorobou jsou na vztažné osobě závislejší, podle něj se jedná o „závislé, nevýrazné, téměř bez emoční osobnosti se slabým já, s nedostatečnou schopností klást odpor a řešit problémy.“

První příznaky onemocnění se objevují po nějaké obtížné životní situaci, na kterou jedinec reaguje somatizací. Spouštěcí události mohou být stejné či podobné jako u ulcerózní kolitidy (Heretik, Heretik & kol, 2007).

V rodinách nemocných trpících Crohnovou chorobou se můžeme setkat s přespříliš silnými vazbami a s nedostatečně vyvinutými hranicemi mezi jednotlivými členy. Rodina se často izoluje od okolí. Nemocní Crohnovou chorobou se pak vyznačují nadměrnou závislostí na své matce a až neurotickým monitorováním svého zdravotního stavu (Poněšický, 2002).

2.1.2. Ulcerózní kolitida

Ulcerózní kolitida je chronická vředová choroba tlustého střeva. Jedná se o zánět sliznice, který obvykle začíná v konečniku a pokračuje dále do tlustého střeva. Onemocnění se může objevit v jakémkoli věku. Nejčastěji se první příznaky objevují mezi dvacátým a třicátým rokem života (Heretik, Heretik & kol, 2007). Nemoc se projevuje v různých časových intervalech, kdy je její průběh mírný a stabilizovaný až po velmi vážný průběh, který se projevuje krvavými a hnisavými průjmy, krvácením z řitního otvoru, bolestmi břicha, horečkou, anemií, únavou a nechutenstvím (Morschitzky, 2007). Při lehkém průběhu onemocnění se vyskytuje rektální syndrom, což je nutkavý pocit bolesti vyskytující se v průběhu stolice. Stolica je většinou pouze malé množství s příměsí krve. Při středně těžkém průběhu se objevují průjmy s příměsí krve a hlenu, bolesti břicha, nechutenství a slabost. Tento syndrom se nazývá kolitický. Při těžkém průběhu se objevují vodnaté průjmy, nemocný může během dne navštívit toaletu i dvacetkrát denně, kromě teplot a vyčerpanosti je zde možný výskyt masivního krvácení nebo karcinomu střeva. Etiologie není v současnosti zcela známá. Existují však dva základní směry, které se etiologií ulcerózní kolitidy zabývají. Prvním je koncept psychosomatický, který měl velké množství zastánců spíše v dobách minulých (viz. níže). Druhý přístup je spíše vlastní dnešní medicíně, která považuje kolitidu za geneticky determinovanou imunitní reakci na nějaké zatím neznámé bakterie, viry či jiné škodlivé vlivy z prostředí (Heretik, Heretik & kol, 2007).

2.1.2.1. Ulcerózní kolitida z pohledu psychosomatiky

Z hlediska psychosomatiky se jedná o velmi významné onemocnění, kterému se dostalo značné pozornosti (Heretik, Heretik & kol, 2007). Existují teorie, které se pokoušejí popsat typické osobnostní charakteristiky, které ovlivňují vznik ulcerózní kolitidy. U pacientů s kolitidou byly některé tyto charakteristiky objeveny, není však zcela jisté, zda jsou tyto rysy skutečně příčinou nemoci nebo spíše jejím následkem. Jedním z psychologů, kteří zkoumali vznik nemoci na základě vlastností osobnosti, byl Franz Alexander. Alexander předpokládal, že za vznik ulcerózní kolitidy mohou některé psychické vlastnosti nemocného, mezi které patří například sebenenávistné tendence, nadměrná závislost na jedné vztahné osobě (zejména na matce). Malá schopnost navazovat hluboké vztahy s ostatními lidmi (Alexander & Benedek, 1992). Dále sem můžeme zařadit vlastnosti jako zdrženlivost, ostýchavost, sklony k perfekcionismu, citová labilita a infantilní projevy v chování. Podle Poněšického (2002) se u nemocných ulcerózní kolitidou můžeme setkat s vývojovými deficity, se slabým nedostatečně vyvinutým já, které v sobě potlačuje agresivní tendence a tímto způsobem se vyhýbá konfliktům. Danzer (2010) zase udává jako hlavní osobnostní rys, který se podílí na vzniku tohoto onemocnění afekt životní úzkosti, který svou přítomností ovlivňuje všechny sféry života člověka. Tato úzkost spolu se sklony k neurotickému reagování a depresivní symptomatologií byla u lidí s nespecifickými střevními záněty také prokázána například ve studii Heretika, Korbašové a kol. (1994). Podobné výsledky vyšly i ve studii Obereigneru a Kollárové (2008), kdy výzkumníci zkoumali psychologické aspekty nespecifických střevních zánětů u dětí. U těchto dětí byla zjištěna zvýšená závislost na druhých, stejně tak se zde, oproti kontrolní skupině, vyskytovala signifikantní depresivní symptomatologie. I v této studii byla potvrzena u nemocných dětí akcentovaná anxienta. Přes tyto nalezené podobnosti v osobnostních charakteristikách nebyl nikdy jednoznačně stanoven typ osobnosti, který by vedl právě ke vzniku tohoto onemocnění, jako je tomu v případě kardiovaskulárního onemocnění a typu chování A.

Počátkem onemocnění bývá často vyvolávající situace, která přesahuje možnosti adaptace jedince na zátěžovou situaci. Ten pak místo projevení a uvědomění si svých emocí začne svůj problém somatizovat. Může se jednat o ztrátu osoby, na níž byl nemocný závislý, ztráta sociálního zázemí, zaměstnání, materiálních či duchovních hodnot (Poněšický, 2002).

Faleide a Lian ve své knize o soudobé psychosomatice (2010) uvádí, že u dětí a dospívajících s Crohnovou chorobou se často objevuje podobná rodinná situace, kdy téměř

absentuje otcovská postava, která zde buď zcela chybí, nebo se na rodinném životě podílí jen minimálně. Naopak matka je zde popisována jako dominantní a nadměrně vyžadující poslušnost a pořádek. Tato matka potom požaduje od svých dětí takové chování, které u nich potlačuje agresivní tendence. Tato nahromaděná potlačená agresivita může být, podle autorů, spouštěcím mechanismem tohoto onemocnění.

2.1.3. Celiakie

Celiakie je chronické autoimunitní onemocnění se silnou genetickou vazbou, které se projevuje zánětlivými změnami různého stupně na sliznici tenkého střeva. Tyto změny jsou vyvolané alergickou reakcí na gluten (bílkovinný komplex zrn z obilí). Celiakie se dělí na klasickou, atypickou a latentní. Klasická celiakie způsobuje: chronický průjem, nadýmání, váhový úbytek. Při rozvinuté nemoci pacienti trpí také výrazným úbytkem svalové hmoty a otoky. U atypicky probíhajícího onemocnění se již nemusíme setkat se střevními problémy (i proto bývá tato choroba diagnostikovaná buď pozdě či diagnostikovaná vůbec není) avšak i tato forma způsobuje problémy jako je anémie, avitaminóza, u dětí zpomalený růst. Latentní celiakie zahrnuje pacienty, kterým se buď celiakie teprve vyvine, nebo už ji mají, ale jejich tělo dobře reaguje na bezlepkovou dietu. U těchto pacientů se změny zaznamenají pouze histologickým rozbořením- neměli by pozorovat žádné subjektivní symptomy související s Celiakií (Latta, 2012).

Celiakie je celoživotní chronické onemocnění, hlavní podmínkou a zároveň metodou léčby je bezlepková dieta. Toto onemocnění je zatěžující psychicky, sociálně, ale i finančně. Nemocný si musí kupovat potraviny neobsahující lepek, které jsou až třikrát dražší než běžné potraviny. Pokud si chce koupit jiné potraviny, než ty které jsou určeny pro bezlepkovou dietu, tak si musí přečíst důkladně složení, neboť mouku obsahují i potraviny do kterých bychom to neřekli, například kečup nebo párky (Frič & Dvořáková, 2013).

2.1.3.1. Celiakie z pohledu psychosomatiky

Celiakie není brána jako typické psychosomatické onemocnění jako je Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida. Celiakie je s největší pravděpodobností dědičné onemocnění, výskyt u příbuzných 1. stupně 8- 18% u jednovaječných dvojčat až 70% (Frič & Dvořáková, 2013). Jako jeden z mála se o celiakii z pohledu psychosomatiky vyjadřuje Dahlke (1996) ve své knize *Nemoc jak symbol*, který považuje alergii na lepek za následek odmítání ženského

principu a potlačování agrese. Pacienti s tímto onemocněním se dle jeho názoru obávají tělesnosti a sexuality, v podobném duchu autor pojímá i ostatní alergie na potraviny.

4. Psychosociální aspekty ovlivňující průběh onemocnění

Na člověka během jeho života působí mnoho faktorů, které ovlivňují jeho fyzický a psychický stav. Některé tyto faktory člověka oslabují a ten je potom náchylnější k získání duševního či somatického onemocnění. Této zranitelnosti se říká vulnerabilita. Vulnerabilita se skládá ze tří složek. První složkou je vulnerabilita obecná biologická, kterou můžeme popsat jako geneticky získaný podíl na vzniku onemocnění. Druhá složka se nazývá obecná psychologická vulnerabilita, která se projevuje snížením či absencí pocitu kontroly nad životními událostmi a negativním atribučním stylem. Třetí částí je specifická psychologická vulnerabilita, která vzniká díky interakci s rodiči, kteří nevhodným způsobem komunikace ukazují dítěti, že jejich posuzování druhých je velice neefektivní a okolí jim proto připadá potencionálně ohrožující (Kebza, 2005). Faktory, které nám pomáhají překonávat překážky, nazýváme projektivní, některé z nich si popíšeme dále.

4.1. Životní smysl, smysluplnost

V této kapitole se budeme věnovat životnímu smyslu či jinak také smysluplnosti. Křivohlavý (2006) definuje smysluplnost takto: „*Tam, kde je lidské vědomé jednání a rozhodování o něm zaměřeno k určitému, pro daného člověka hodnotnému cíli, tj. tam, kde je toto jednání z úmyslu a vůle daného člověka cílevědomé, tam je možné hovořit o účelné a smysluplné činnosti.*“

4.1.1. Existencionální analýza a logoterapie

Logoterapie je psychoterapeutický směr, který založil po druhé světové válce Viktor Emanuel Frankl. Frankl byl lékař židovského původu, který byl za druhé světové války nacisty vězněn v koncentračním táboře. Zde si uvědomil, že to byl právě smysl, který jemu i jiným vězňům pomohl tuto extrémní situaci přežít. Jak píše ve svém díle „A přesto říci životu ano“ (Frankl, 1996) jeho smyslem bylo, zachovat svůj rukopis knihy na který se upnul, jež tajně dopisoval a který mu poskytl sílu přežít věznění. Hlavním předmětem zájmu logoterapie je právě vůle ke smyslu (Hartl & Hartlová, 2004). Vůle ke smyslu je základním motivem člověka, podobně jako Maslow mluvil o sebeaktualizaci, mluvil Frankl o vůli ke smyslu (Frankl, 1994). Základním cílem logoterapie je přivést pacienta k vědomí odpovědnosti za svůj život- dovést jej ke smyslu (Frankl, 2006). Frankl obohatil psychologii o mnoho

zajímavých zjištění a pojmů. My se zde budeme hlavně zabývat jeho popisem existencionální frustrace a pojmem nedělní neuróza. Existencionální frustrace je stav člověka, jemuž v životě chybí smysl. Takový stav se vyznačuje vnitřní prázdnotou a může vyústit v depresi či v jiné onemocnění. Nedělní neuróza je pojem pro popis situace, který v dnešní době prožívá relativně velký počet lidí. Jedná se o stav, kdy člověk svůj stav existencionální frustrace řeší tím, že se naplno věnuje svému povolání na úkor dalších sfér svého života. To, že mu něco chybí, si pak často uvědomí až ve chvílích, kdy má volno, proto také název nedělní neuróza. Takoví lidé často prožijí svůj život honbou za ne-smyslem. Dalo by se říct, že jsou jako běžec, běžící celý život rovnou za nosem krajinou bez cíle, bez toho, aby se byť jen na chvíli podíval na krajinu kolem sebe (Frankl, 2006).

Frankl se domníval, že ke smyslu se může dostat přes tři hodnoty: zážitkovou, tvůrčí, postojovou.

Zážitková hodnota znamená, že jedinec dokáže žít svůj život v jeho pestrosti a mnohotvárnosti, že jej vnímá jako něco krásného a cenného. Tyto zážitky nemusíme čerpat jen z přírody (např. východ slunce nad krásnou krajinou), ale i z lidských výtvorů (stavby, umění) a hlavně ze styku s ostatními lidmi (komu z nás se nestalo, že jej rozhovor s druhým člověkem pohltit na tolik, že zapomněl na čas, či mu neposkočilo srdce radostí, když viděl malé dítě, jak s plamínky v očích rozbaluje dárek pod vánočním stromkem). Možná se mohou někomu takovéto zážitky zdát malicherné, ale jsou to právě ony, které nám obohacují život, rozvíjejí naši osobnost a motivují nás k tomu rozvíjet svůj život i v jiných oblastech.

Tvůrčí hodnoty si vytváříme naší činností. Je jedno, zda se jedná o lék na rakovinu, umělecké dílo či péči o druhé. Hlavní je, že se jedná o něco pro nás důležitého a zároveň tím nějakým způsobem obohacujeme své blízké i zbytek světa. Nejde tedy o velikost díla, ale o angažovanost jeho tvůrce. Mezi jedny z nejdůležitějších tvůrčích hodnot můžeme zařadit péči o druhé, soucit, lásku a odpuštění.

Postojové hodnoty nám pomáhají čelit nepřízni osudu. Vstříc vážné nemoci, smrti či ztráty někoho blízkého se můžeme cítit bezmocní a nicotní. Můžeme mít pocit, že nemáme nic, čím bychom mohli tuto situaci zvrátit. Právě v této situaci nabývají významu postojové hodnoty. Pokud se nám podaří v takto zátěžových chvílích zaujmout správný postoj k našemu utrpení, může to obohatit nejen nás, ale i naše blízké (Lángle, 2002).

Frankl považoval již situaci, kdy člověk přemýšlí o smyslu svého života za patologickou. Člověka, jehož život smysl má ani nenapadne se myšlenkou na smysluplnost jeho života zabývat.

4.1.2. Další psychologové zabývající se smyslem života

Nejvíce svou prací o smyslu života ovlivnil psychologii V. E. Frankl, nebyl však jediným, který se touto problematikou zabýval. Zde si ve stručnosti uvedeme alespoň některé další psychology, kteří se problematikou smyslu života zabývali.

Alfred Adler se také věnoval smyslu života, dokonce napsal o této problematice knihu se stejným názvem, kde zdůrazňuje, že smyslem každé živé bytosti včetně člověka je sebezdokonalování, jako důkaz pro tuto teorii uvádí evoluci. Zdrojem neuróz a psychóz jsou podle Adlera nereálné a zkreslené životní cíle. K realizaci těchto cílů nám dopomáhá životní styl, což je cesta, kterou jsme si zvolili a obsahuje naše postoje, vztahy a zájmy (Adler, 1995).

Carl Gustav Jung zakladatel analytické psychologie se domníval, že se člověk rodí do světa, který nechápe a jeho hlavním úkolem je mu dát smysl a řád. V jeho koncepci je životní smysl vztažen k osobnímu světonázoru a v jeho objevování jsou nám nápomocny archetypy v kolektivním nevědomí, které jsou zdrojem lidské moudrosti a zkušenosti. Jung také vymezil ve své teorii archetyp smyslu, který nám pomáhá v kritických životních situacích, kdy všechny ostatní způsoby zvládnání již selhaly (Halama, 2007).

Erich Fromm ve své teorii kombinoval celkem odlišná hlediska S. Freuda a K. Marxe. Fromm se domnívá, že každý člověk žije ve dvou hlediskách, která se vzájemně ovlivňují a částečně i vylučují. Konkrétně se jedná o to, že každý z nás jsme dítětem přírody a máme své biologické potřeby a na druhé straně jsme ovlivňováni a socializováni lidskou společností a máme své psychologické potřeby. Tento přirozený konflikt mezi potřebami Fromm nazývá existenciální dilema (Hall & Lindzey, 1997). Jelikož tento konflikt je pro člověka velmi matoucím, musí si vytvářet orientační rámec, který se řadí k základním existenciálním potřebám. Tento rámec slouží jako mapa, která nám pomáhá zorientovat se ve světě a realizovat stanovené cíle. S tímto rámcem také úzce souvisí potřeba oddanosti, která nám dává a konkretizuje cíl, za kterým se máme vydat. Tento cíl bývá velmi silně spjat s našimi hodnotami a normami. Pokud jedinci takovýto cíl schází, mluvíme zde o mravní osamělosti, která může v krajních situacích vést až k fanatizmu (Halama, 2007).

Abraham H. Maslow je jedním ze zakladatelů humanistické psychologie a jeho neznámějším počinem je teorie potřeb. V této teorii jsou potřeby rozděleny na deficitní a růstové. Deficitní potřeby jsou tyto: fyziologické, bezpečí, spolupatříčnosti (lásky) a ocenění. Do růstových potřeb zařadil sebeaktualizaci a metapotřeby, tyto hodnoty může jedinec začít naplňovat až v případě, že jsou jeho deficitní potřeby, alespoň částečně saturovány. Životnímu smyslu je pak právě v Maslowově hierarchické teorii potřeb nejbližší potřeba sebeaktualizace (Hall & Lindzey, 1997).

Irvin D. Yalom ve své knize Existenciální psychoterapie (2006) rozlišuje dva základní smysly života. Prvním je kosmický smysl, který se může u každého člověka poněkud lišit, například s ohledem na náboženské vyznání. Zjednodušeně by se dal tento smysl popsat jako osud, životní cesta, úkol či účel, který máme v životě a jenž si nezadáme sami, ale je nám určen nějakou třetí vnější a vyšší silou (bohem, sudičkami, matkou přírodou apd). Často je nám tento úkol neznámý. Druhým je sekulární osobní smysl, který není univerzální, každý si jej musí zvolit sám. Mezi aktivity, jež mohou lidem navozovat pocit smyslu, Yalom řadí: altruismus, zapálení pro věc, tvořivost, seberealizaci a sebetranscendenci. Yalom se domnívá, že neexistence smyslu stojí v dnešní době za velkou částí neurotických onemocnění. Navíc upozorňuje na to, že je tato problematika v klinické praxi často zanedbávána.

4.1.3. Smysluplnost a její vliv na zdraví

Halama (2007) se ve své monografii zabývá vlivem smysluplnosti či životního smyslu na zdravotní stav a na základě analýzy již provedených studií shrnuje, že zatím nebyl prokázán její vztah ke vzniku somatického onemocnění, naopak se však našly důkazy o tom, že tento faktor významně ovlivňuje a podílí se na vzniku některých psychických onemocnění, jako je deprese či jiná neurotická onemocnění.

4.2. Stres

Stres je v dnešní době velmi často používané slovo. Užívají jej jak profesionálové, tak laici a to často, bohužel, v nesprávném významu. Abychom porozuměli tomu, jaký má stres vliv na somatický stav a zdraví člověka, je třeba si nejdříve tento pojem a pojmy s ním související definovat. Stres nalezneme tam, kde se člověk dostává do zátěžové situace, kterou hodnotí jako pro něj potencionálně nezvladatelnou. Stresory jsou jednotlivé faktory, které

negativně působí na člověka tak, že se nakonec dostane do stavu stresu. Salutory jsou naopak pozitivní faktory, které pomáhají jedinci vytrvat a efektivně zvládat i takové situace, které se mu původně zdály nad jeho síly (Křivohlavý, 2003). V literatuře se také můžeme setkat s pojmy eustres a distres. Eustres je přiměřená hladina stresu, která pomáhá lidem k většímu výkonu a k rozvoji jejich potenciálu, zatímco distres je většinou chronická traumatická situace, která může vést až k poškození psychického či fyzického zdraví jedince (Večeřová-Procházková & Honzák, 2008).

4.2.1. Nejvýznamnější koncepce stresu

V rámci této práce představíme tři nejvýznamnější koncepce stresu: Cannonovu teorie stresu, obecný adaptační syndrom H. Selyeho a Lazarusovu teorii.

4.2.1.1. Cannonova teorie stresu

Walter B. Cannon vymežil dva základní evolucí dané způsoby obrany proti možným nebezpečím a těmi jsou boj a útěk. Podle Cannona se v organismu při nebezpečí aktivují vrozené vzorce, které tělo jedince připraví na vyšší zátěž, která z ohrožení vyplývá. To má za následek zvýšení krevního tlaku, stažení sleziny, díky kterému dochází k ovlivnění imunitní reakce, a snížení citlivosti k bolesti. Tuto koncepci nazval poplachovou reakcí (Baštecká & Goldmann, 2001). Tato reakce organismu byla u našich předků velmi účinná. V dnešní době, kdy člověka ohrožují spíše sociální faktory než divoká zvířata, je tento mechanismus spíše na škodu. Při prožívání stresu totiž dříve docházelo k uvolnění nahromaděné energie právě tím, že ohrožený jedinec jí uvolnil prostřednictvím boje či útěkem. V současnosti se však musíme vyrovnávat se stresory konstruktivnějším způsobem, například vyjednáváním. Při těchto způsobech však nedochází k potřebnému uvolnění energie a je-li jedinec vystavován stresorům častěji, může nahromaděnou a nevybitou energií dojít až k funkčnímu poškození některých orgánů.

4.1.1.2. Obecný adaptační syndrom

Další významnou koncepcí je Obecný adaptační syndrom, který popsal H. Selye. Podstatný pro tuto teorii je způsob reakce organismu na stresovou situaci. Reakce organismu probíhá ve třech fázích. První fáze se nazývá také fází poplachovou. V této fázi nejdříve dochází v organismu člověka k šoku. Po tomto počátečním šoku se organismus postupně začne adaptovat na nově vzniklou situaci a začne produkovat biochemické látky, jako je například adrenalin a glukóza, které umožňují v případě potřeby uvolňovat pohotově velké

množství energie. Ve druhé fázi rezistence dochází k relativnímu uklidnění organismu. V této době by se tělo mělo starat hlavně o další základní funkce, které jsou nutné k přežití organismu (například trávení). Pokud však i v této situaci přítomnost stresoru přetrvává, nemá tělo dostatek času ani energie k obnovení homeostázy a tělo zůstává v trvalém napětí. Je-li působení stresoru příliš dlouhé a organismus nemá potřebné prostředky, aby obnovoval svoji energii, dostává se do fáze třetí, nazývané též vyčerpání. V tomto stádiu může dojít k funkčnímu poškození některého orgánu, nebo dokonce ke smrti (Paulík, 2010).

4.2.1.3. Teorie. R. S. Lazaruse

Třetí koncepce stresu, kterou vytvořil Richard S. Lazarus, nám tvrdí, že člověk reaguje na působící podnět jako na ohrožení pouze tehdy, vyhodnotí-li jej jako pro něj potencionálně ohrožující (Baštecká & Goldmann, 2001).

4.2.2. Copingové strategie

Mezi základní strategie zvládnání obtížných životních situací patří obranné mechanismy a copingové strategie. Obranné mechanismy popsal již Sigmund Freud a slouží především k obraně sebepojetí.

Copingové strategie, nebo jinak také strategie zvládnání, jsou způsoby, kterými se jedinec více či méně efektivně snaží překonávat stres. Na rozdíl od obranných mechanismů jsou tyto způsoby vědomé. Existují dva základní obecné typy copingu a to coping zaměřený na problém (problem-focused coping) a coping zaměřený na emoce (emoced-focused coping) (Paulík, 2010). Strategie zaměřená na řešení problému spočívá v aktivním působení na stresor s cílem zabránit jeho dalšímu působení. Zatímco budeme-li používat strategii zaměřenou na vyrovnání se s emocemi, pak se budeme spíše než na řešení konkrétního problému soustředit na regulaci nepříjemných emocí, které s ním přímo souvisí (např. regulace obav). Tyto strategie mohou být v dané situaci buď adaptivní, nebo maladaptivní (Křivohlavý, 2003).

4.2.3. Vliv stresu na imunitní systém

Zdravé fungování našeho organismu má na starosti imunitní systém. Hlavní úkoly tohoto systému jsou dva. Prvním je odlišit cizí složky od vlastních a zničit je. Druhým je vytvářet obranyschopnost proti mikroorganismům (virům a bakteriím). Každá buňka našeho těla s výjimkou červených krvinek má na sobě antigen HLA. Tento antigen si můžeme

představit jako jakýsi „občanský průkaz“, který pomáhá imunitnímu systému rozlišit vlastní buňky od cizích. Imunitu lze dělit na přirozenou a získanou. Přirozená imunita je vrozená schopnost organismu ničit jakoukoli cizorodou látku. Tuto ochrannou funkci zajišťují bílé krvinky, mezi které patří neutrofilní granulocyty, monocyty a NK- buňky. NK buňky mají pro nás významnou funkci, ničí totiž buňky napadené virem a nádorové buňky. Získaná imunita se vyvíjí v průběhu života proti konkrétní cizorodé složce, většinou po prvotním styku s touto složkou (př. neštovice). Tuto imunitní reakci zajišťují T-lymfocyty (Merkurová & Orel, 2008).

Imunitní systém však nefunguje sám o sobě. Je dokázáno, že je úzce propojen s činností mozku a tím pádem i s naší psychikou. Tato zjištění vedla ke zrodu oboru, jenž se nazývá psychoneuroimunologie. Tento obor se zabývá vlivem psychické činnosti na obranyschopnost organismu. V rámci výzkumů, které byly prováděny jak na zvířatech, tak na lidech, byl zjištěn signifikantní vztah mezi expozicí stresoru a účinností imunitního systému. Zároveň však bylo zjištěno, že je rozdíl mezi působením stresu chronického a akutního. Akutní stres nastává v situaci, kdy se najednou na naší cestě životem objeví překážka, kterou je třeba překonat. Může se například jednat o stres ze složité zkoušky, která je pro nás zároveň hrozbou i výzvou a po jejímž překonání náš pocit ohrožení ustává. Tento druh stresu není za běžných podmínek pro náš imunitní systém ohrožující, ba naopak, podobné situace napomáhají lepšímu psychickému zpracování akutních stresových situací v budoucnosti, což má opět pozitivní vliv na naše zdraví. Opačný efekt má však na náš organismus stres chronický. Chronický stres se vyskytuje tam, kde jsme dlouhodobě vystaveni působení stresoru či více stresorům. Tento stav má vliv na sekreci ACTH a kortizolu, které ovlivňují činnost imunitního systému. Imunitní systém poté nefunguje, tak jak má, což může mít za následek nejen častější nemocnost, ale v některých případech i funkční postižení organismu (Křivohlavý, 2003).

4.2.4. Stres a jeho vliv na zdraví

Jakým způsobem působí stres na imunitní systém, jsme si pověděli výše, nyní se pokusíme podívat na tuto problematiku konkrétněji. Stres je spouštěčem mnoha chorob a nemocí od psychických po somatické či psychosomatické. Jakým způsobem působí při vzniku psychického onemocnění, například při vzniku depresivní poruchy, se můžete dočíst v další kapitole. Kromě toho, že nás stres činí náchylnějšími k běžným infekčním chorobám, jako je chřipka, způsobuje i různé civilizační choroby například autoimunitní onemocnění (viz. výše), cukrovku, kardiovaskulární onemocnění, zažívací obtíže (například žaludeční vředy),

rakovinu, neplodnost a další. Výčet by byl pravděpodobně nekonečný, navíc v posledních letech lidí, kteří trpí nějakou nemocí způsobenou stresem, neustále přibývá. Filozofická otázka je tedy nasnadě- nebylo by lepší zpomalit?! (Joshi, 2007).

4.3. Depresivita

Deprese se řadí mezi afektivní poruchy a lze ji definovat jako stav patologicky smutné nálady, která se od všeobecně známého smutku zapříčiněného nějakou nepříznivou situací liší intenzitou, délkou trvání a převažujícími pocity marnosti a zbytečnosti. Deprese je v současnosti nejčastějším psychickým onemocněním, uvádí se, že až 25% lidí, ji prožije během života alespoň jednou. Deprese stejně jako jiná onemocnění také zasahuje do života nemocného v celém jeho somato-psycho- sociálně-spiritálním kontextu. V dnešní době se na depresi pohlíží jako na chronické onemocnění, které může mít až fatální následky (asi 15% nemocných spáchá suicidium) (Rabouch, Zvolský et. al, 2001). Mnoho lidí používá slova deprese jako popis situace, kdy jsou smutní, jenže smutek patří k životu, je to zcela normální stav, bez něj bychom si nevážili štěstí či radosti. Je zcela normální ba i dokonce zdravé, truchlit nějakou dobu po tom, co přijdeme o někoho blízkého, nebo nás postihne něco, co otřese naším životem a základními jistotami, našimi sny a přáními. Pokud se tak stane, je potřeba dát si pár dní či týdnů na zotavení, dovolit si být smutný, abychom sesbírali zbývající síly a mohli se dát do dalšího boje se životem. Deprese však taková není, je to nemoc a nelze ovlivnit naši vůli. Může se vyvinout z nějaké pro nás těžké či stresující situace, může se však objevit i bez zjevného důvodu. Bez kompetentní léčby se může vléct i měsíce či roky (Praško, Bulíková & Sigmundová, 2012).

4.3.1. Druhy deprese

Depresi lze podle symptomatologie a intenzity rozdělit na lehkou depresivní epizodu (pacient je schopen docházet do práce a mírně se sociálně angažovat), středně těžkou depresivní epizodu (nemocný obtížně zvládá pracovní, domácí i sociální aktivity), těžkou depresivní epizodu bez psychotických příznaků (nemocný není schopen nebo jen v omezené míře naplňovat své sociální role, objevuje se velký psychomotorický útlum nebo naopak agitovanost a velká stísněnost, nastupují myšlenky na sebevraždu), těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky (objevují se stejné příznaky jako u předchozí epizody, ale zároveň

s nimi se objevují bludy a halucinace), jiné depresivní epizody (zbytková kategorie) (Malá & Pavlovský, 2002).

Bouček a kol. (2006) dále dělí depresi podle převládajících příznaků na útlumovou (objevuje se zde psychomotorický útlum, zpomalené myšlení a řeč, pomalé reakce), úzkostnou (u jedince je v popředí úzkost, neklid, vnitřní napětí až zoufalství), atypickou (určitá odklonitelnost vnějšími podněty, opačné vegetativní příznaky) a larvovanou (projevuje se spíše tělesnými příznaky, jako je únava, nechutenství, svírání na hrudi, zácpa a nespavost, je častá u dětí).

4.3.2. Etiologie vzniku deprese

Dříve se deprese dělila na exogenní (což je nepřiměřeně dlouhá reakce na existující skličující situaci, například: úmrtí blízkého člověka) a endogenní (není vysvětlitelná jako následek situace, kterou člověk právě prožívá). V současné době se od tohoto rozdělení opouští, je to způsobeno nejasnostmi ve vzniku deprese (Hartl, & Hartlová, 2004). Dosud není zcela jasné, zda je příčinou vzniku tohoto stavu změna funkce neuroprěnašečů v mozku, či zda je tato jejich nedostatečná činnost naopak způsobena vnějšími vlivy a psychikou nemocného. V současné době se předpokládá, že tyto poruchy nejsou způsobeny jedinou příčinou, ale spíše působením mnoha dílčích příčin (Praško, Buliková & Sigmundová, 2012). Existuje, tedy mnoho různých teorií příčin vzniku deprese, zde si uvedeme alespoň některé z nich.

4.3.2.1. Neuropsychologické příčiny

Při zkoumání lidí s afektivní poruchou se ukázalo, že je malá oblast levé mozkové hemisféry menší než u lidí zdravých, to však není způsobeno nižším počtem nervových buněk, jak bychom se mohli domnívat, ale buněk gliových. Další změny u lidí trpících depresivní poruchou byly zaznamenány v přední části gyrus cinguli, což odpovídá snížené míře činnosti a zároveň také ovlivňuje pozornost i řídicí funkci čelních laloků. Poškození těchto závitů zároveň vede k adhedonii. Další studie naznačují, že u depresivních pacientů mohou být také poškozeny další struktury mozku jako amygdala, hipokampus, hypotalamus či dokonce některé oblasti mozkového kmene. Zajímavým zjištěním je, že u depresivního onemocnění starších lidí se objevují změny bílé hmoty mozku, zejména v oblasti čelních laloků, což mohlo být způsobené cévním poškozením mozku (Koukolík, 2008). Dále bylo zjištěno, že při depresi jsou změněny i biochemické pochody v mozku. Depresivní porucha je

spojena s nízkou hladinou neurotransmiterů, konkrétně se jedná o serotonin, noradrenalin a dopamin (Praško, Buliková & Sigmundová, 2012).

4.3.2.2. Dědičné faktory

Bylo prokázáno, že některé typy depresí se častěji objevují v určitých rodinách, což může znamenat, že je zde přítomná určitá vrozená zranitelnost, což však neznamená, že u každého takto zranitelného člověka se tato porucha objeví. Častým startujícím faktorem bývají stresující zážitky a prostředí. Studie jednovaječných dvojčat dokazují, že pokud jedno z dvojčat trpí depresí, je pravděpodobnost 70%, že jí bude trpět i druhé, u příbuzných prvního stupně je tato pravděpodobnost 15%. Musíme však poznamenat, že depresí trpí i lidé bez rodinného zatížení (Praško, Buliková & Sigmundová, 2012).

4.3.2.3. Výchova a vliv prostředí

Výchova a vlivy prostředí se významným způsobem podílejí na vzniku depresivní poruchy a pesimismu. Některé tyto proměnné jsme zmínili v kapitole o psychologických vlivech, které způsobují vznik této poruchy (viz dále).

4.3.2.4. Vliv životních událostí

Životní události se mohou významným způsobem podílet na vzniku deprese. Příliš mnoho změn v životě (pozitivních i negativních), které se objeví ve velmi krátkém období za sebou, se může projevit právě touto poruchou. Deprese se nemusí objevit hned či v průběhu těchto událostí, ale dokonce až v odstupu šesti měsíců od náročných životních událostí, kdy už si myslíme, že jsme toto hektické období dávno překonali. Existují určité indexy závažnosti, kde se tyto události sčítají a pokud jedinec dosáhne 250 bodů za rok, pak je pravděpodobné, že se u takového člověka objeví deprese či jiné psychické nebo somatické selhání. Ale jak to v psychologii bývá, situace není tak jednoznačná, důležité jsou kromě těchto událostí také jejich okolnosti, existují totiž salutoprotektivní faktory, které pomáhají dopad stresujících událostí snížit, o některých z nich se dozvíte dále (Praško, Buliková & Sigmundová, 2012).

4.3.2.5. Psychologické vlivy

V rámci psychologických vlivů se můžeme setkat hned s několika modely vzniku deprese. Analytický model přikládá velký význam ztrátě či odloučení od pečující osoby v raném dětství, touto problematikou se zabýval např. Spitz nebo Blowby.

Behavioristé se zase domnívají, že deprese je zapříčiněna nedostatkem pozitivního zpevnování. Hlavní roli zde může sehrávat nízká podpora a odmítání jedince v psychosociálním kontextu (Hort et. al. 2008).

Selingman přispěl k našemu poznání zase teorií naučené bezmocnosti. Tuto teorii vědecky ověřoval jak na zvířatech (známé jsou jeho pokusy se psy), tak na lidech. Zde si popíšeme pokusy na lidech, které jsou u nás méně známé. Selingman vystavoval probandy hluku, první skupina mohla tento hluk zastavit stisknutím páčky, druhá byla vystavena hluku také, ale účastníci neměli k dispozici žádný způsob, jak jej zastavit (hluk byl regulován výzkumníky stejně jako u první skupiny, takže všichni účastníci výzkumu byli vystaveni hluku po stejně dlouhou dobu), třetí skupina byla kontrolní (žádnému hluku vystavena nebyla). Výsledky byly následující: probandi z druhé skupiny byli po konci pokusu v takovém stavu, že na ně padala depresivní nálada. Tito probandi také měli po pokusu horší výsledky v úkolech, kde měli něco nového zvládnout a za svou nižší výkonnost obviňovali hlavně sebe (argumentovali svojí neschopností a bezcenností) (Křivohlavý, 2012).

Kognitivní model vzniku deprese vysvětluje práce Arona Becka a Alberta Ellise. Beck vysvětluje depresi jako strategii negace, negativního pohledu na sebe, svět i na budoucnost. Tuto situaci způsobují negativní automatické myšlenky a dysfunkční schémata (Hort et. al. 2008). Podobně se na situaci deprese dívá i Albert Ellis, který je zakladatelem Racionálně emoční behaviorální terapie, a předpokládá, že za jejím vznikem jsou iracionální přesvědčení lidí o sobě samých a věcech, které se jim dějí (Ellis & MacLaren, 2005).

Pravděpodobně by se nám podařilo nalézt i další neméně zajímavé psychologické teorie vzniku deprese, bohužel se však z důvodu rozsahu a tématu práce musíme omezit na výše uvedené.

4.3.2.6. Životní styl a zneužívání návykových látek

Jak jsme již poznamenali výše, člověk nelze rozdělit na jednotlivé složky, ale on a jeho zdraví či nemoc jsou závislé na celém psycho-somato- sociálně-spirituálním systému, o který bychom měli pečovat, proto jsme se rozhodli v této kapitole věnovat tomu, jaký vliv má náš životní styl (jídlo, které jíme, pohyb apd.) a zneužívání návykových látek na vznik depresivní poruchy.

Terapeutický efekt zdravé výživy u somatických onemocnění byl prokázán v mnohých výzkumných pracích. Tento vliv však není jednostranný, jelikož je, jak jsme si

uvedli již výše, člověk somato-psycho-sociálně-spirituální jednotou, odráží se efekt zdravé výživy včetně pohybu i v ostatních složkách osobnosti. Tudíž je nasnadě doporučovat zdraví životní styl i jako prevenci psychických chorob včetně deprese. Problematikou působení zdravého životního stylu (tím myslíme, zdravé stravování, pravidelný režim, dostatečný odpočinek a tělesnou aktivitu) se zabývá obor psychologie výživy, která zkoumá vliv výživy na činnost mozku, prožívání a další mentální procesy. Jakým způsobem ovlivňuje výživa centrální nervový systém, se zabývá neurogastroenterologie. Bylo prokázáno, že mezi gastrointestinálním traktem a centrální nervovou soustavou je mnohem těsnější vztah než se dříve předpokládalo. Výzkumně bylo zjištěno, že serotonin, jehož nerovnováha má vliv na mnohá psychická onemocnění včetně deprese, je z 95% tvořen a uchováván ve střevě. Při každé kontrakci gastrointestinálního traktu dochází k uvolnění neuropřenašečů a aktivaci imunitních buněk. Tyto údaje jsou pak převedeny prostřednictvím bloudivého nervu do mozku, kde je na základě těchto informací ovlivněna naše nálada a aktivita (Čablová, 2010).

Komorbidita zneužívání návykových látek a deprese je velice častá. Jelikož je návykových látek nespočetné množství rozhodli, jsme se zde v kontextu naší problematiky věnovat nejzákeřnější a jedné z nejčastějších závislostí, a to na alkoholu. Až u čtvrtiny pacientů s depresivní poruchou dochází také ke škodlivému užívání alkoholu a u 15,4% se již objevuje syndrom závislosti. Otázka, která by nás v tuto chvíli měla napadnout je „zda bylo dříve vejce či slepice“, tedy zda se vyvinula ze závislosti na alkoholu depresivní porucha, nebo naopak či obě poruchy vzájemně prostě jen koexistují. Bylo provedeno mnoho studií, které se touto problematikou zabývaly, bohužel výsledky nejsou zcela jednoznačné. Jediné, co můžeme jednoznačně říci, je že pacienti s depresí zneužívající alkohol mají vyšší riziko sebevraždy, hůře spolupracují s lékaři a jejich riziko relapsu je vyšší (Racková & Janů, 2008).

4.3.3. Depresivita a její vliv na zdraví

Deprese se vyskytují společně s velkým množstvím psychických i somatických onemocnění. Z psychických si zde můžeme jmenovat například: závislost na návykových látkách (viz. výše), poruchy příjmu potravy a různé úzkostné poruchy. U somatických se pak jedná například o onkologická onemocnění, kardiovaskulární onemocnění a autoimunitní onemocnění. Bohužel však nebylo dosud jednoznačně prokázáno, zda předchází depresivní porucha onemocnění, či je spíše reaktivní povahy.

4.4. Kognitivní nezdolnost

Kognitivní nezdolnost jako taková kromě jiného souvisí i se způsobem zvládnání stresových, nebo jinak také s copingovými strategiemi, které jsme si popsali již výše a také obranné mechanismy, které slouží k zachování integrity. O obranných mechanismech by se zkráceně dalo říci to samé, co o ohni: „*Jsou pro nás dobrými sluhy, ale špatnými pány*“. Tyto obrany lze definovat jako reakce osoby, jejichž cílem je snížit nebo odvrátit úzkost. Sigmund Freud, který koncepci obranných mechanismů navrhl pro svůj strukturální model psychiky, považoval tyto mechanismy pouze za negativní. Na jejich pozitivní vliv v životě člověka upozornila až jeho dcera Anna Freudová ve své knize „*Já a obranné mechanismy*“. Mezi obranné mechanismy patří: vytěsnění, regrese, reaktivní výtvar, projekce, racionalizace, přesun a sublimace (Čakirpaloglu, 2012).

4.4.1. Vybrané teorie nezdolnosti

Neboť je tato problematika velice rozsáhlá, musíme selektivně omezit, kterých oblastí se v rámci této práce dotkneme, proto se v této kapitole zaměříme na osobnostní charakteristiky, které hrají roli při zvládnání stresu. Konkrétně se jedná o místo kontroly, resilienci, koherenci, hardiness a osobní zdatnost.

4.4.1.1. Locus of control

Místo kontroly nebo také locus of control lze zjednodušeně popsat jako rozdílné vnímání a postoj lidí k problémům a obtížím. Autorem této koncepce je Julian Rotter, který experimentálně rozlišil dva diametrálně rozdílné přístupy k životní nepřízni. Nejedná se však o dvě různé kategorie, ale o kontinuum. Na jedné straně jsou lidé s interním locus of control nebo také jinak internalisté. Tito jedinci věří, že mohou věci, které se jim dějí ovlivňovat a aktivně s problémy bojují. Na druhé straně se můžeme setkat s externalisty (s lidmi s externím locus of control), kteří se domnívají, že nad tím, co se jim děje nemají žádnou moc, při setkání se s problémy pouze pasivně čekají, až pominou a doufají, že se vše vyřeší samo (Křivohlavý, 2003).

4.4.1.2. Resilience

Dalším důležitým pojmem je resilience, neboli nezdolnost, který lze definovat jako „*osobnostní rys, charakteristiku či způsob, kterým se člověk efektivně vypořádává se stresem a nepřízní*“ (Šolcová, 2009). Tato charakteristika odlišuje lidi, kteří zvládají nepříznivé

situace a odcházejí z nich většinou posílení od těch, jež nároky situace nezvládnou a podlehnou fyzické, psychické či psychosomatické nemoci. V našich podmínkách se výzkumem resilience zabýval kromě jiných Zdeněk Matějček, který tak činil na dětech umístěných v dětských domovech, SOS vesničkách a u dětí v pěstounské péči. Zjistil, že existují ve vývoji dětí určité záchytné body či faktory, které jim i přes potencionálně nepříznivé prostředí umožní vyrůst ve „zdravé“ osobnosti, které jsou schopny plnit veškeré požadavky společnosti. Těmito záchytnými body jsou podle Matějčka ve školním věku radost ze školní práce, uplatnění schopností a dovedností fyzických i psychických, v dětském kolektivu. V dospívání jsou to hlavně pozitivní zkušenosti s prvními láskami. V dospělosti je to vytvoření kvalitního partnerského vztahu a hlavně zážitek rodičovství. Ovšem základem všech těchto sociálních faktorů je převážně vlastní osobnost dítěte, jeho temperament a další vrozené vlastnosti, které určují, jak se lidé budou vůči dítěti projevovat a jaké bude mít sociální zkušenosti (Matějček, 2005).

4.4.1.3. Koherence

Teorii koherence navrhl sociolog Antonovsky, který zkoumal zdravotní stav lidí, kteří přežili věznění v koncentračních táborech za druhé světové války. Antonovsky zjistil, že přibližně čtvrtina těchto lidí neutrpěla i přes extrémní zátěž, které byla dlouhodobě vystavena, žádnou zdravotní újmu (ve smyslu psychickém i fyzickém). U této skupiny potom zjistil společný osobnostní rys, který jim pravděpodobně pomohl tyto zátěžové situace bez újmy překonat, tento rys nazval Sence of Coherence (zkráceně SOC), jež do češtiny můžeme volně přeložit jako vědomí souvztažnosti. Tento osobnostní rys má tři komponenty, kterými jsou srozumitelnost (comprehensibility), zvládatelnost (manageability) a smysluplnost (meaningfulness) (Hošek, 1999). Každý z těchto rysů má dva póly (kladný a negativní) a jsou navrženy jako kontinuum. Dále si je stručně popíšeme.

Srozumitelnost je kognitivní sféra, jedná se o způsob chápání světa a toho, zda je pro nás logicky uchopitelný. V případě, že osoba dosahuje kladného pólu kontinuity, dokáže vidět celkový obraz světa, rozumí jeho pravidlům a řádu. Díky tomu vnímá svět jako určitým způsobem předvídatelný a dokáže se v něm bez větších problémů orientovat. Jedinci dosahující negativního pólu naopak vidí svět jako mozaiku nesourodých střípků, což jim znemožňuje efektivně se ve světě orientovat a zároveň je to znejišťuje.

Zvládnutelnost je činnostní složkou, jedná se o percepci možností, které má jedinec k zvládnutí každodenních situací. Kladný pól kontinua nám charakterizuje jedinec, který si je

vědom svých sil a možností a umí je adekvátně využívat. Na druhé straně kontinua se nacházejí lidé, jejichž postojem je bezradnost, nevěří sobě ani svým schopnostem a tudíž se velmi snadno vzdávají (pokud se tedy o něco vůbec pokusí) (Křivohlavý, 2003).

Smysluplnost v pojetí Antonovského je motivační zaměření osobnosti k určitému zvolenému cíli. Na kladném pólu se nachází člověk, jehož postoj k situaci, do které se dostal, je takový, že řešení problémové situace má smysl a stojí mu za to, aby do ní investoval určitou energii. Negativní pól se definuje jako odcizení. Jde o určitou neangažovanost na obtížné situaci, ve které se člověk ocitl. U lidí na této straně kontinua se můžeme často setkat se sociální izolací (Křivohlavý, 2006). Více o smyslu života a smysluplnosti naleznete výše.

4.4.1.4. Hardiness

Hardiness jako nezdolnost v pojetí Kobasové znamená tuhost, pevnost, zdatnost či zocelenost, vytrvale a usilovně bojovat s životními těžkostmi. Složkami hardiness je přesvědčení o vlastních možnostech ovládat dění (control), výzva (challenge) a osobní zaujetí (commitment). Opět se nejedná o jednotlivé kategorie, ale o spektrum na jehož konci je v případě složky control – kontrola x bezmocnost, challenge výzva x hrozba a commitment zaujetí x odcizení. Při optimálně rozvinutém hardiness, vnímá jedinec sám sebe jako kompetentní osobu, která je schopná aktivně žít ve světě a ovlivňovat a zvládat jej a to i v případě budoucího dění. Takovýto člověk je aktivní a životní těžkosti bere jako výzvy. Naopak při nedostatečně rozvinuté hardiness, je pro jedince typický pocit beznaděje a marnosti. Pro takového člověka je pak příznačná pasivita, deprese a odcizení (Paulík, 2010).

4.4.1.5. Osobní zdatnost

Osobní zdatnost je definována jako přesvědčení, že jedinec je schopen kontrolovat a určovat své vnitřní psychické stavy a své jednání, ovlivňovat své okolí a dosahovat tak žádoucích výsledků. Lidé, kteří jsou přesvědčení, že zvládnou kontrolovat chod dění, lépe kontrolují své emoce a také se aktivně staví čelem k ohrožujícím nepříznivým životním událostem (Křivohlavý, 2003).

Kromě již výše zmíněných typů osobnostní nezdolnosti Křivohlavý (2003) zmiňuje i další, patří sem například optimismus, smysluplnost života, kladné sebehodnocení, sebedůvěra, svědomitost a naučené zdroje síly (o některých jsme již psali výše a o jiných se ještě dále zmíníme).

4.4.2. Posttraumatický rozvoj

Postrumatický rozvoj a jeho problematiku nelze ještě úplně jednoznačně zařadit, není zcela jasné, jak přesně souvisí s kognitivní nezdolností, smysluplností a dalšími salutoprotektivními proměnnými, kterými se tato práce zabývá. Dovolili jsme si však tuto problematiku zařadit do podkapitoly kognitivní nezdolnosti, neboť se domníváme, že je jednou z důležitých složek, která k rozvoji nezdolnosti napomáhá.

4.4.2.1. Základní pojmy

Abychom tuto problematiku lépe pochopili, tak si nejdříve vysvětlíme, co vůbec rozumíme pod pojmy krize, trauma a deprivace.

Krizi lze definovat jako reakci na situace, kdy se něco dramaticky mění a tato změna je mnohdy doprovázena negativními emocemi. V podstatě se jedná o křižovatku, kdy pokračovat v započaté cestě již není možné, a musíme se rozhodnout, kudy půjdeme. Pokud se nerozhodneme, začíná stagnace, při které je ohrožen další vývoj osobnosti jedince. Krize znamená nebezpečí, ale i novou příležitost, což výstižně znázorňuje čínský znak pro krizi, který v sobě zahrnuje obě tato slova. Krize jsou neoddělitelnou součástí lidského života, jedná se například o krize vývojové, které ve své práci precizně popsal Erikson. Dále existují krize epizodické, které vznikají v důsledku neočekávaných vnějších situací (např. ztráta zaměstnání) a krize traumatické, které ohrožují integritu člověka a jeho pocit bezpečí (např. smrt blízkého člověka) (Baštecká a ed, 2009).

Psychologické trauma se někdy zaměňuje s krizí či přesněji řečeno s traumatickou krizí. Dle Vágnerové (2008) jej lze definovat jako: *náhle vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození či ztrátě*. Trauma se projevuje v oblasti emoční, kognitivní i v konativní. V emoční oblasti převažuje pocit ztráty jistoty, úzkost z budoucnosti a smutek nad ztrátou něčeho důležitého. V kognitivní oblasti se můžeme setkat se zkresleným vnímáním a uvažováním postiženého jedince. Konativní oblast zahrnuje chování a motivaci jedince, která je též prožitým traumatem negativně ovlivněna. Špatně zpracované trauma může vést až k posttraumatické stresové poruše.

Dalším pojmem, který zde považujeme za důležité zmínit, je deprivace. Deprivace je na rozdíl od traumatu či krize dlouhodobějšího rázu. Někteří by mohli namítnout, že právě proto se do konceptu posttraumatického rozvoje nehodí, já se však domnívám o opaku. Psychická deprivace nejen zásadním způsobem deformuje osobnost a psychiku osoby, která je

jí vystavená, ale naopak, pokud se jí jedinci podaří překonat či se nějakým způsobem podaří podmínky života takového člověka změnit v pozitivním smyslu, dochází pak často k rozvoji deprivované osobnosti. Deprivace většinou sensorická či sociální byla používána k rozvoji osobnosti již v minulosti (například u mnichů, kteří trávili celé dny v izolaci a v modlitbách či meditaci), v současné době se používá k léčbě neurotických příznaků terapie tmou (Kupka & Malůš, nedatováno).

Deprivaci můžeme zažívat v jakémkoli věku, mezi nejzávažnější patří psychická deprivace v dětství, v období nemoci či ve stáří, ty na rozdíl od výše zmíněné terapie tmou či jiných podobných technik nejsou však dobrovolné, tudíž bývají její následky spíše negativního rázu. Deprivací v dětství se u nás zabýval Josef Langmeier a Zdeněk Matějček (2011), podle nich lze tento jev definovat jako *psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k uspokojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostatečné míře a po dosti dlouhou dobu.*

Postrauematický rozvoj lze definovat jako významnou pozitivní změnu v kognitivním a emočním životě jedince, která může mít i své vnější projevy a vyústit tak ve změnu chování. Tento děj je procesem, který je dlouhodobý, tudíž se může projevit až po mnoha měsících či dokonce letech od události. Tento rozvoj se objevuje v pěti oblastech: v sebepercepci, uvědomění si nových možností, v mezilidských vztazích, v úctě k životu a ve spiritualitě (Kupka, 2014).

4.4.2.2. Model posttraumatického rozvoje

Existuje mnoho různých modelů posttraumatického rozvoje, my jsme si vybrali pro přiblížení problematiky model Tedeschiho a Calhouna. Tento model obsahuje mnoho proměnných, avšak nejdůležitější jsou tyto: osobnost jedince před traumatem, trauma, kterému je vystaven, kognitivní restrukturační vlivy, posttraumatický rozvoj, pohoda a životní spokojenost. Autoři tohoto modelu předpokládají, že rozvoj probíhá v těchto pěti oblastech:

- 1) jedinec objevuje ve své osobnosti nové stránky
- 2) mění se vnímání svého já
- 3) mění se jeho vztahy k druhým – většinou v pozitivním smyslu
- 4) objevuje se nové chápání života a jeho smyslu

5) nastávají změny ve směru ke spiritualitě

V tomto modelu je posttraumatický rozvoj chápán jako dosažení nové lepší kvality bytí (Mareš, 2012).

4.4.2.3. Druhy posttraumatického rozvoje

Mareš (2012) rozlišuje tři druhy rozvoje při vystavení jedince traumatizující situaci:

1) Postraumatický rozvoj- jedná se o velmi vzácný jev. Jeho výsledkem je radikální a skutečná změna v oblastech, jak sebepojetí, hodnot, vztahu k životu i k druhým lidem. Většinou se jedná o změnu trvalou.

2) Stresem navozený rozvoj- jedná se velmi častý jev, objevuje se ve většině studií, které se zabývají pozitivními změnami v životě lidí. Na rozdíl od posttraumatického rozvoje se nejedná o transformaci osobnosti, ale pouze o nějakou její dílčí část (např. změna postoje ke zdravému životnímu stylu). Jedná se o relativně stálou změnu, ale může dojít i k regresi na původní úroveň.

3) Subjektivně vnímaný, ale nikoli skutečný rozvoj- jedná se o velmi běžný jev, při kterém jedinec deklaruje pozitivní změnu a růst osobnosti, ale jeho okolí tyto změny nevnímá. Často se jedná o obranný mechanismus či o kognitivní zkreslení skutečnosti. Změny pokud jsou nějaké zaznamenatelné, jsou pouze dočasné.

4.4.3. Nezdolnost a její vliv na zdraví

Již z výše zmíněných poznatků vyplývá, jak je nezdolnost pro naše zdraví důležitá. Vždyť právě většina těchto teorií byla inspirována otázkou, jak je možné, že lidé, kteří zažili podobné trauma či negativní události a mají podobné socioekonomické či jiné podmínky reagují na tyto události zcela odlišně. Jedni onemocní či svůj boj vzdají a druzí se adaptují na vzniklé podmínky a jsou zdraví. Příkladem nám může být například teorie A. Antonovského, o které jsme se zmiňovali již výše, a jenž zkoumal osobnostní charakteristiky lidí, kteří byli za druhé světové války uvězněni v koncentračních táborech. Jejich podmínky byly ve skutečnosti stejné- byli odloučeni od svých blízkých, hladoví, žili ve strachu a bídě, přesto někteří z nich v táborech smrti přežili celé roky, zatímco někteří umírali po pár týdnech. Proč někteří přežili tak dlouho ? - protože byli nezdolní.

4.5. Pozitivita

Pozitivita je hlubší fenomén, který zasahuje do všech sfér života. Postihuje nejen myšlení a emoční naladění člověka, ale i sociální začlenění, smysl života, zvládání obtížných situací a dokonce i zdravotní stav člověka. Pozitivní myšlení však neznamená ignorování či popírání negativních životních situací. Prožívání negativních emocí je důležité a nelze jej ze života zcela odstranit. Jako ideální poměr mezi pozitivitou a prožíváním negativních myšlenek je podle Losady a Fredericksonové 3:1, horní mez se pak pohybuje 11:1, vyšší míra lze považovat za patologickou (Slezáčková, 2012).

4.5.1. Základní popis kladných emocí

Dle Slezáčkové (2012) mezi pozitivní emoce patří: radost, vděčnost, vyrovnanost a klid, zájem, naděje, hrdost, pobavení, inspirace, úžas a úcta, láska.

Radost je ústřední v našem životě, většina lidí se snaží v životě dosáhnout právě tohoto stavu. Je to cit pozitivní a často se dostavuje při dosažení nějakého cíle. Trvalejší a intenzivní pocity radosti označujeme jako štěstí, mají-li nižší intenzitu, mluvíme o pohodě (Plháková, 2003). Karel Nešpor upozornil na léčivou sílu smíchu a humoru vůbec. Humor je také považován za konstruktivní obranný mechanismus vyskytující se u zralých osobností.

Vděčnost je osobní postoj, který má nejen kognitivní, myšlenkovou, ale i emocionální a citovou stránku. Jeho projevem je poděkování a to nejen formální (např. za poskytnutý dárek), ale i hlubší smysl vděčnosti za život, za druhé lidi apd. Lidé, kteří prožívají vděčnost v tomto významu, bývají šťastnější, prožívají smysluplnější život a jsou celkově zdravější (Křivohlavý, 2007).

Vyrovnanosti a klidu dnešní hektická doba příliš nenahrává. Bohužel pak náš život tak nějak rychle ubíhá, aniž bychom si všimli toho, co je opravdu důležité. Klid a vyrovnanost napomáhají tomu, aby žil jedinec autenticky a v přítomnosti, pomáhají nám lépe odolávat stresu a to nejen tomu pracovnímu (Slezáčková, 2012).

Zájem lze dle Hartla a Hartlové (2004) definovat jako trvalejší zaměření či soustředění se na určitou činnost, kterou doprovází významný emoční doprovod. Lidé se ve svých zájmech navzájem liší a to jak kvalitativně, tak kvantitativně, věnujeme-li se něčemu se zájmem, tak to zvyšuje naše schopnosti (myšlení, paměť a motivaci).

Naděje je emoční postoj charakteristický očekáváním něčeho příznivého (Hartl & Hartlová, 2004). Naděje nám pomáhá přežívat i situace velice obtížné, a když nás opustí, nezbyvá již nic, pro co bychom se snažili dál žít, člověk pak už jen přežívá a stává se divákem vlastního života.

Hrdost je pocit zaslouženého uspokojení z dosaženého cíle, pro jehož dosažení jedinec využil svých nejlepších schopností a dovedností. Hrdí můžeme být na různé věci, na své pracovní úspěchy, ale i na své děti či životní partnery.

Pobavení je pocit radosti, který dokáže odlehčit nepříjemnou atmosféru, v sociálním kontaktu boří mezi lidmi hranice a sblížuje je. Humor a smích jsou lékem na nejednu nepříjemnou životní situaci.

Inspirace je sebezpřesahující emoce, která povzbuzuje jedince k většímu úsilí plně rozvinout a využít své schopnosti ve službě něčemu vyššímu, než je uspokojení pouze našich potřeb. Krásná krajina inspiruje malíře k namalování obrazu či básníka k napsání básně, známá osoba inspiruje lidi k tomu, aby se zapojili do nějaké charitativní sbírky. Jen si připomeňte, jaký rozruch způsobila herečka Angelina Jolie přiznáním svého poněkud radikálního (leč nutného) preventivního opatření před rakovinou, domnívám se, že tím že svůj příběh zveřejnila, pravděpodobně zachránila několika ženám v podobné situaci život.

Úžas a úcta jsou velmi silným prožitkem nad něčím, před čím si připadáme malí a nepatrní, nejde však o pocit nedostačivosti, ale spíše o pokoru, kterou cítíme k něčemu i přesto, že jsme toho součástí (Slezáčková, 2012).

Lásku lze vysvětlit jako emoci, při které si vážíme těsných osobních vztahů s jinými lidmi, většinou s lidmi, kteří nám tuto emoci opětuji a rozvíjejí ji. Pro většinu lidí se jedná o jednu z nejdůležitějších kladných emocí (Mareš, 2012).

4.5.2. Význam prožívání emocí pro člověka- koncept alexithymie

Pojem zavedl v roce 1972 P. F. Sifneos, který jej popsal na základě sledování psychosomatických pacientů. U těchto pacientů se setkal se zvláštními jevy, kdy nemocní nebyli schopni verbalizovat svůj emoční stav, místo toho měli nápadné tendence podrobně popisovat situaci či reagovat somatickými příznaky (Chromý, 2006). Alexithymii lze se značným zjednodušením nazvat také „emoční slepotou“. Osobnost alexithymických pacientů se vyznačuje některými výraznými odlišnostmi od běžné populace. Kromě neschopnosti

popsat své emoční prožívání se u těchto pacientů objevuje nápadně snížená schopnost fantazie, pocity prázdnoty a nudy, nepříjemné pocity napětí, jejichž původ nejsou schopni identifikovat, špatné interpersonální vztahy a nadměrná závislost na jedné nejbližší osobě či osobách (Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993).

Mezi nejznámější teorie alexithymie patří například psychoanalytická teorie, která dává alexithymii do souvislosti s poruchou vazby, kterou se zabýval Bowlby. Sociologický model, který poukazuje na to, že by „emoční slepota“ mohla být adaptací na dnešní dobu, která si žádá časté potlačení emocí (v případě vystavení stresové situaci nás biologické nastavení pohání k útěku, útoku či ustrnutí. Nedokážu si představit, jak by asi reagoval můj nadřízený, kdybych v případě konfliktu s ním, jej praštila či dělala mrtvou). Další významnou koncepcí vzniku alexithymie je neuropsychologická a neurochemická koncepce, které se na základě výzkumu snaží zjistit její vztah a etiologii z funkcí mozku (patří sem například dopaminová teorie nebo teorie o vlivu corpus callosum na vznik této patologie) (Procházka, 2009).

4.5.3. Vliv positivity na zdravotní stav

M. Seligman (in Slezáčková, 2012) rozlišuje tři úrovně zdraví, které také nazývá pozitivním zdravím:

- I. úroveň- subjektivní- jedná se o pocíťovanou kvalitu zdravotního a tělesného stavu jedince.
- II. úroveň – biologická – lze potvrdit biologickými ukazateli. Např. hladina hormonů v krvi.
- III. úroveň – funkcionální – zahrnuje proměnné, které Adler jednoduše shrnuje pod pojem životní styl (mezilidské vztahy, postoj k práci, trávení volného času).

Cohen se svými spolupracovníky nakazil ve svém experimentu probandy virem rýmy a zjistil, že při stejných podmínkách se u pozitivně naladěných probandů vyskytují mírnější příznaky onemocnění a to jak na subjektivní, tak i na biologické úrovni. Při následných zkoumání tohoto jevu bylo zjištěno, že lidé s vyšší úrovní pozitivního myšlení mají silnější imunitní systém. Dále bylo zjištěno, že pozitivita úzce koreluje s množstvím stresových hormonů v krvi, snižuje zánětlivé reakce na stres, souvisí s nižším krevním tlakem a lepším spánkovým režimem (Slezáčková, 2012). Podobné pokusy také prováděl Seligman, který jako probandy použil řádové sestry. Zjistil, že jeptišky, které vykazovaly větší míru positivity, byly v průběhu života méně nemocné a žily déle (Seligman, 2003).

5. Výzkumný problém a cíle práce

Tato diplomová práce se zabývá životní smysluplností, depresivitou, stresem, kognitivní nezdolností a pozitivitou pacientů s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu. Konkrétně se jedná o Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu a celiakii. Autoimunitní onemocnění jsou velice závažná onemocnění, která významným způsobem ovlivňují nejen kvalitu života nemocných, ale často i jejich život ohrožují. Tato onemocnění velice často vznikají po expozici nadměrného stresu, přičemž jejich průběh je výskytem stresu rovněž ovlivněn (Cejzlarová, 2011). V rámci kvantitativního výzkumu zkoumáme rozdíly ve výše zmíněných proměnných nejen mezi nemocnými a normální populací, ale zároveň mezi sebou porovnáваме výsledky mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými. Cílem práce je zjistit jakým způsobem pacienti prožívají své onemocnění a zda existují nějaké psychosociální faktory, které mohou přispívat ke zmírnění symptomů. Tyto poznatky by pak mohly pomoci při pochopení průběhu onemocnění a při případné podpoře těchto nemocných při psychoterapii.

6. Výzkumné hypotézy

H1: Existuje statisticky významný rozdíl mezi prožívanou životní smysluplností, měřenou na škále ESK, mezi pacienty s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu a kontrolní skupinou.

H2: Existuje statisticky významný rozdíl ve stupni prožívané deprese měřené BDI-II mezi pacienty s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu a kontrolní skupinou.

H3: Existuje statisticky významný rozdíl v míře kvantity prožívaného životního stresu, měřeného dotazníkem Stress-profile, mezi pacienty s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu a kontrolní skupinou.

H4: Existuje statisticky významný rozdíl v míře nezdolnosti mezi pacienty s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu a kontrolní skupinou, měřené na škále kognitivní nezdolnosti dotazníkem Stress-profile.

H5: Existuje statisticky významný rozdíl v míře pozitivivity mezi pacienty s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu a kontrolní skupinou, měřené na škále pozitivního pohledu dotazníkem Stress-profile.

H6: Mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými existuje statisticky významný rozdíl v prožívané životní smysluplnosti, měřený na škále ESK.

H7: Existuje statisticky významný rozdíl mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými ve stupni prožívané deprese, měřeném BDI-II.

H8: Existuje statisticky významný rozdíl mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými v míře kvantity prožívaného stresu, měřeného na škále dotazníku Stress-profile.

H9: Existuje statisticky významný rozdíl mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými v nezdolnosti, měřený škálou kognitivní nezdolnosti dotazníku Stress- profile.

H10: Existuje statisticky významný rozdíl mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými v míře positivity, měřené na škále pozitivního pohledu dotazníkem Stress-profile.

7. Popis zvoleného metodologického rámce a metod

Věda pomáhá lidem porozumět světu, bez ní by nebyla naše společnost taková, jaká je dnes. Již v dávných dobách se lidé zajímali o to, jak věci fungují a jaký mají smysl. Ale jelikož neexistovaly jednotně dané metodologické rámce a metody, výsledky těchto pokusů dostat se k jádru problému, vyšly často na prázdno. V současném psychologickém výzkumu existují ustálená pravidla, jakým způsobem jej lze provádět. Zároveň zde však vedle sebe existují dva různé metodologické rámce (kvalitativní a kvantitativní), které se od sebe výrazně liší a celá řada metod, které může výzkumník při výzkumu použít. O metodologickém rámci a metodách, které byly využity v tomto projektu, se dozvíte dále.

7.1. Kvantitativní výzkum

Kvantitativní, nebo také nomotetický přístup, můžeme charakterizovat jako způsob hledání a formulace obecných zákonitostí či pravidel. Při tomto přístupu se uplatňují analytické principy dedukce a indukce (Miovský, 2009). Jedněmi z nejčastěji využívaných metod kvantitativních výzkumů v sociálních vědách jsou dotazníky a škály (viz. dále).

7.2. Posuzovací škály a dotazníky

Posuzovací škály jsou metody, které umožňují posuzovat sledovaný jev z hlediska jeho intenzity či četnosti. Svě odpovědi zkoumaná osoba znázorňuje na číselné škále podle svého subjektivního odhadu intenzity, nebo četnosti daného jevu vyskytujícího se v jejím životě (Říčan & Krejčířová, 2009).

Dotazníky jsou psychodiagnostická metoda sloužící ke zjišťování velkého množství dat. Jejich principem je, že proband v nich subjektivně vypovídá o tom, jak se chová v určitých situacích. Dotazníky se dají formálně rozlišit na dotazníky (zde odpovídá proband na položené otázky: ano, ne, nevím) a na inventáře (vyšetřovaná osoba buď s daným tvrzením souhlasí, nebo nesouhlasí). Výhodou dotazníků i škál je rychlá administrace i snadný způsob vyhodnocení získaných dat. Nevýhodou je subjektivita získaných dat a dále omezenost takto získaných informací (Svoboda, 2010).

7.2.1. Beckova škála depresivity

V této studii byla použita Beckova škála BDI-II, která slouží jako diagnostický nástroj na zjišťování hloubky deprese u pacientů s tímto onemocněním a zároveň jako indikátor možné deprese u běžné populace. BDI-II vznikla v roce 1996 a navazuje, na předchozí škálu BDI, která byla používána již od roku 1961. Škála obsahuje celkem 21 položek. Za všechny zde uvedeme například smutek, pesimismus, plačtivost, ztráta energie či ztráta zájmu o sex. Administrace zkoušky trvá pět až deset minut. Škálu lze použít u dospělých a adolescentů starších třinácti let. Každá položka je hodnocena na škále v rozmezí 0-4. Podle celkového skóru pak můžeme depresi diagnostikovat do čtyř kategorií (minimální, mírná, střední a těžká) (Beck, 1999).

Celkový skór	Rozsah
0-13	Minimální
14-19	Mírná
20-28	Střední
29-63	Těžká

7.2.2. Existenciální škála

Existenciální škála vychází z logoterapie V. E. Frankla a jejím cílem je změřit kompetenci osoby zacházet se sebou a se světem. Což zjednodušeně znamená, že se člověk má naučit být sám sebou ve své vlastní skutečnosti, která se skládá z tělesné, duševní a historické části, avšak umět se adaptovat na podmínky vnějšího prostředí. Metoda má celkem 46 otázek a probandi výsledek zaznamenávají na šesti bodové škále (naprosto platí – naprosto neplatí). Na základě hrubých skóru můžeme díky této metodě zjistit 4 základní stupnice (sebeodstup, sebepřesah, svoboda, odpovědnost), dva faktory vyššího řádu (personalita, extenzionalita) a celkový hrubý skór (osobní smysluplná existence).

Škála, která měří sebeodstup zjišťuje schopnost jedince nakolik je schopný odpoutat se od svých přání, představ, citů a cílů. Tento odstup by mu měl pomoci vnímat svět nezkresleně, přesně vnímat situaci a jasně uvažovat o přítomné situaci a to nejen v „běžných“ situacích, ale i v době, kterou nelze pro jeho život a vývoj považovat za příznivou. Dosáhne-li jedinec na škále nízkého skóru (pod 26) je jeho schopnost odstupu vůči sobě nedostatečná.

Může se buď jednat o nezralost dotyčné osoby či o nějakém patologickém obsazení (např. konfliktu či traumatu). Velmi vysoký skór (nad 43) dosahují ti, kteří si od sebe tvoří odstup velmi dobře. Často se však jedná o osoby, které popírají svá vlastní přání a potřeby - bývají perfekcionisté, působí v kontaktu velice chladně a strnule.

Sebepřesah lze charakterizovat jako schopnost přiblížit se k druhým, soucítit s nimi a citově se jim vydat. Nízký skór (pod 58) získaný na této škále znamená emoční plochost a vztahovou chudost. Takový to jedinec je slepý či bezradný vůči svým vlastním citům. Velmi vysokého skóre (nad 81) dosahují jedinci, kteří se nechávají ovlivňovat vlastními city a nedokážou se dostatečně ovládat.

Svoboda měří schopnost jedince nacházet v běžném životě různé reálné možnosti jednání v dané situaci, uspořádat je podle hodnoty a tak dospět k osobnímu rozhodnutí. Nízký skór (pod 37) nám ukazuje na osobu, která je nejistá v rozhodování. Může se zde objevovat i úzkostná, depresivní či vývojově utlumená reaktivita. Další možností je nerozvinutá existencialita pro níž je příznačný pasivní až fatalistický přístup k životu. Takový jedinec je přesvědčený, že není schopen sám nic ovlivnit, tudíž nemá smysl, aby se nějakým způsobem sám rozhodoval. Při příliš vysokém skóru (nad 58) se u jedince objevuje sklon k přehnanému kritizování a panovačnému chování. Tito lidé se málo osobně angažují a často ani nenavazují bližší osobní vztahy, neboť se obávají, že by mohli být zraněni.

Škála odpovědnosti nám určuje schopnost a ochotu se odhodlat, a svědomitost pro osobní úkoly a hodnoty. Nízká hodnota získaná na této škále (pod 41) znamená útlum angažovanosti a jen nepatrnou odpovědnost za sebe. U jedince pak převládá pasivita, život se mu jen „děje“, nemívá jasně dané cíle. Stejně jako u škály, jež měří svobodu, se i zde můžeme setkat s výskytem úzkostné a depresivní reaktivity. Příliš vysokého skóru na této škále (nad 70) dosahují lidé se silným vědomím odpovědnosti, které však může být ovlivněné úzkostí či nízkou svobodou.

Personalita, nebo také osobní faktor, měří stupeň rozvoje osobní stránky člověka, která se projevuje otevřeností vůči světu a jasným vnímání sebe sama. Příliš nízký skór svědčí o nadměrné uzavřenosti jedince, což může být způsobeno buď přílišným zabýváním se sebou samým (např. v důsledku nějaké duševní choroby), osobnostní nezralostí (jedinec si ještě cestu sám k sobě nenašel), nebo deteriorací osobnosti s kognitivním či emočním defektem (např. u psychózy).

Existencialita měří schopnost jedince aktivně se rozhodovat a angažovat se ve světě. Pokud je dosaženo v této škále nízkého skóru (pod 81) svědčí to o pasivním způsobu vedení života, o nejistotě o svém existencionálním místě ve světě (o tom, kam člověk patří) a o nízké vnitřní odolnosti. Při vysokém skóru (nad 127) žije jedinec angažovaným životním stylem. Žije autentickým a plným způsobem života.

Celkový hrubý skór, nebo také osobní smysluplná existence vypovídá o schopnosti člověka dobře vycházet sám se sebou a se světem a o aktivitě s vypořádáváním vnitřními i vnějšími nároky života a s hodnotami, které nabízí. Nízký hrubý skór (pod 169) svědčí o uzavřenosti člověka a o jeho nenaplněné existenci. Při velmi vysokém skóru (nad 249) se jedinec vnímá jako otevřený, rozhodný, přijímající, angažující se a odpovědný, na druhou stranu je u těchto lidí malý prostor pro jakoukoli spontánní aktivitu.

Administrace diagnostické metody trvá 7-15 minut. K dispozici jsou Rakouské normy (Länge, Orglerová & Kundi, 2001).

7.2.3. Dotazník Stres-profile

Dotazník Stres - profile obsahuje celkem 123 položek, které posuzují různé psychosociální faktory, které mohou ovlivňovat zdraví člověka. Celkem získáme při vyhodnocení skóru v patnácti oblastech, kterými jsou: stres, zdravotní návyky, cvičení, odpočinek/ spánek, prevence, sociální podpora okolí, chování typu A, kognitivní nezdolnost, zvládací strategie, pozitivní pohled, negativní pohled, minimalizace hrozeb, zaměřenost na problém, psychická pohoda, užívání návykových látek. V rámci výzkumu byly vyhodnoceny tyto škály: stres, kognitivní nezdolnost a pozitivní pohled.

Stres je v rámci tohoto dotazníku definován jako každodenní prožívání větších či menších podráždění, mrzutostí a frustrací. Stres je měřen v šesti oblastech: zdraví, práce, finanční situace, rodina, společenské povinnosti a životní prostředí. Vysoké skóry vypovídají o větší míře prožívaného stresu, nízké naopak. Je ovšem nutné podotknout, že tato škála není schopná zjistit kvalitativní složku stresové situace, tudíž může jedinec i při dosažení nízkého skóre zažívat opravdu silný stres v jedné oblasti (např. při úmrtí blízké osoby, nebo při propuštění z pracovního poměru).

Kognitivní nezdolnost se ve třiceti položkách dotazuje na probandovy životní a pracovní atributy, postoje a přesvědčení. Ti, kteří na této škále dosahují výsledného skóru 60 a víc, jsou vysoce angažovaní a oddaní ve svém sociálním životě (rodina, zaměstnání) i sobě

samým. Na nepříznivé životní situace pohlíží jako na výzvy. Naopak jedinci, kteří dosahují skóru nižšího než 40, jsou náchylní k odcizenému vnímání nejen sama sebe, ale i dalších aspektů svého života. Je pravděpodobné, že budou změny ve svém životě vnímat jako ohrožení.

V pěti položkách škály pozitivního pohledu můžeme zjistit, zda jedinec využívá podpurných a autostimulačních výroků, které lze použít v případě vystavení nepříznivé stresové situaci. Tuto vlastnost lze jedním slovem charakterizovat jako pozitivitu a popsali jsme ji výše.

Administrace dotazníku trvá 20-25 minut. Test je standardizován na populaci České republiky (Nowack, 2006).

7.3. Metody zpracování a analýzy dat

Dotazníky byly distribuovány ve dvou podobách v papírové (pro příležitostný výběr) a v elektronické. Elektronická verze byla prezentována na webovém portálu. Údaje z takto získaných dotazníků byly přepsány do tabulek MS Word 2007, v této aplikaci byly zároveň zpracovány i grafy a tabulky, které v této práci prezentujeme.

Ověření zda získané údaje kopírují rozložení normální populace (Gaussova křivka) bylo provedeno na internetovém portálu www.shodor.org.

Pro porovnání populace (kontrolní skupiny) s výzkumným vzorkem byl použit Studentův T- test (Single sample T-test) na webovém portálu www.socstatistics.com, na stejném portálu pak bylo provedeno Studentovým T-testem pro dva výběry porovnání kompenzovaných a dekompenzovaných probandů. Průměry jednotlivých skupin byly vypočítány pomocí internetového portálu www.easycalculation.com.

7.3.1. Etické problémy a způsob jejich řešení

Výzkumník je zodpovědný za informování a zajištění anonymity účastníků výzkumu. Toto bylo ošetřeno následovně:

1) Před vyplněním dotazníku byli potenciální účastníci informováni o tom, k jakým účelům výzkum slouží, kdo jej vede a o právu z výzkumu odstoupit (viz. Příloha č.IV.)

2) Ke každému dotazníku byl přiložen kontakt na výzkumníka pro zodpovězení dotazů potenciálních účastníků (e-mail a telefonní číslo), nebo případné odstoupení od výzkumu a vyřazení dotazníku z databáze.

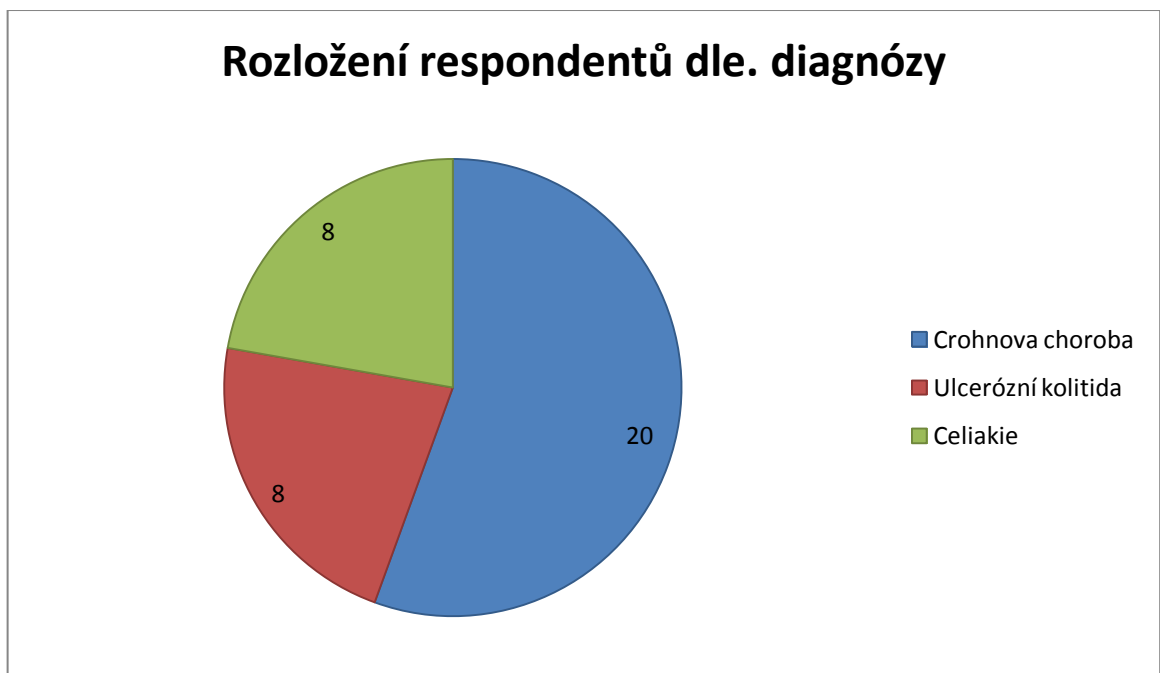
3) Zajištění anonymity bylo ošetřeno tím, že účastníci výzkumu nemuseli v dotazníku uvádět jméno ani žádné kontaktní údaje (v případě, že by chtěli z výzkumu dodatečně odstoupit, tak šlo dotazník dohledat podle data vyplnění a dalších údajů, které dotazník obsahuje např. věk, pohlaví, vzdělání).

4) Výzkum probíhal na webovém portálu www.vyplnto.cz a k jeho výsledkům měl přístup pouze výzkumník.

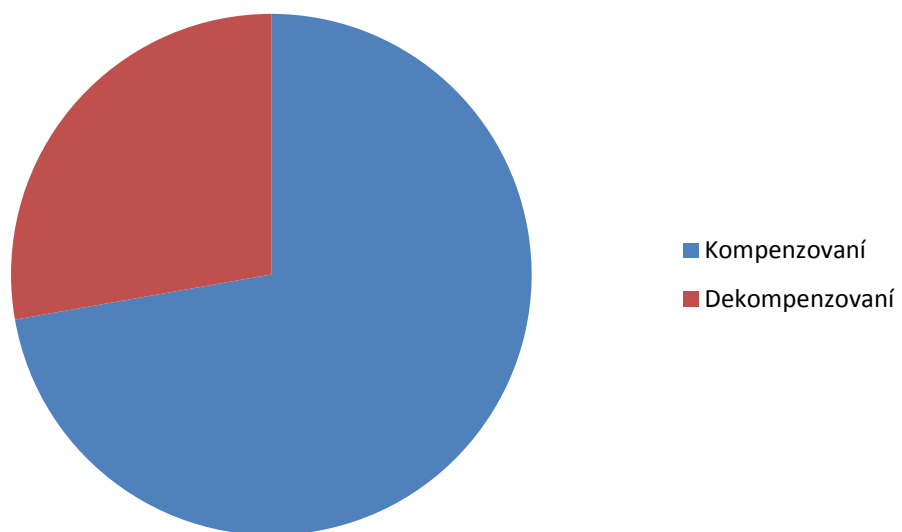
8. Soubor

Prevalence onemocnění nespecifickými střevními záněty v populaci je 40-100:100 000 obyvatel (Obereignerů & Kollárová, 2008). Asi u dvaceti procent pacientů s ulcerózní kolitidou je tato nemoc diagnostikována před dvacátým rokem věku, u Crohnovy choroby je to až třicet procent. Nejvyšší prevalence výskytu je zaznamenána mezi šestnáctým a dvacátým rokem. Jsou však známy i případy kojenců trpících tímto onemocněním (Kováčová; Heretik & Kovács, 2004). Frič a Dvořáková (2013) uvádí, že se celiakie v populaci České republiky vyskytuje 1:200 až 1:250. Celiakie může být diagnostikována v jakémkoli věku, i v dětském, její diagnostika je však často nedostatečná a tudíž se na ni přichází pozdě.

Potencionální účastníci výzkumu byli osloveni prostřednictvím inzerátu na svépomocných skupinách na facebooku pro lidi s Crohnovou chorobou, ulcerózní kolitidou a celiakií (metoda samovýběru) a dále přes známé výzkumníka (metoda příležitostného výběru). Jako neefektivnější se nakonec ukázala inzerce přes svépomocné skupiny na facebooku. Nakonec se výzkumu zúčastnilo celkem 36 probandů ve věku od 19ti do 62ti let. Celkem se zúčastnilo 20 nemocných s diagnózou Crohnovi choroby a po 8 s celiakií a ulcerózní kolitidou. 26 účastníků výzkumu bylo v remisi onemocnění (kompenzováni), zbytek byl dekompenzován.



Rozdělení dle. průběhu onemocnění



9. Průběh výzkumu

Výzkum byl sestaven na základě stanovených hypotéz (viz. výše) a na základě prostudované literatury o autoimunitních onemocněních a psychosociálních faktorech, které ovlivňují vznik a průběh autoimunitních onemocnění. Navíc, tato práce částečně navazuje na předchozí zjištění z mé bakalářské práce a dále ji rozšiřují (viz. Psychosociální faktory ovlivňující vznik a průběh nespecifických střevních zánětů, Cejzlarová, 2011). Pro zodpovězení hypotéz byly použity tyto dotazníky:

- Existenciální škála ESK, pro zjištění životní smysluplnosti a dalších aspektů s ní souvisejících.
- Beckova sebesuzovací škála pro dospělé BDI-II, pro zjištění stupně deprese.
- Dotazník Stress profile, konkrétně se jednalo o škálu Stres, Pozitivní pohled a Kognitivní nezdolnost pro zjištění kvantitativní míry stresu, pozitivitu a nezdolnosti.

V listopadu 2013 byla vyrobena úvodní strana dotazníků (viz. Příloha č.IV.), a byly rozdány první dotazníky v písemné podobě pro probandy z příležitostného výběru. V únoru 2014 pak byly vyhotoveny dotazníky v elektronické podobě, které byly inzerovány k vyplnění členům svépomocných skupin na facebooku. Tyto dotazníky vyplnilo celkem 26 probandů, což byla cca ¼ z lidí, kteří na výzvu zareagovali a na odkaz k vyplnění klikli. Takto malý počet probandů, kteří byli ochotni dotazník celý vyplnit, přičítáme délce trvání vyplnění, která byla půl hodiny a více. Dotazníky byly k dispozici k vyplnění na webovém portálu www.vyplnto.cz. Celkem vyplnilo dotazníky 36 probandů.

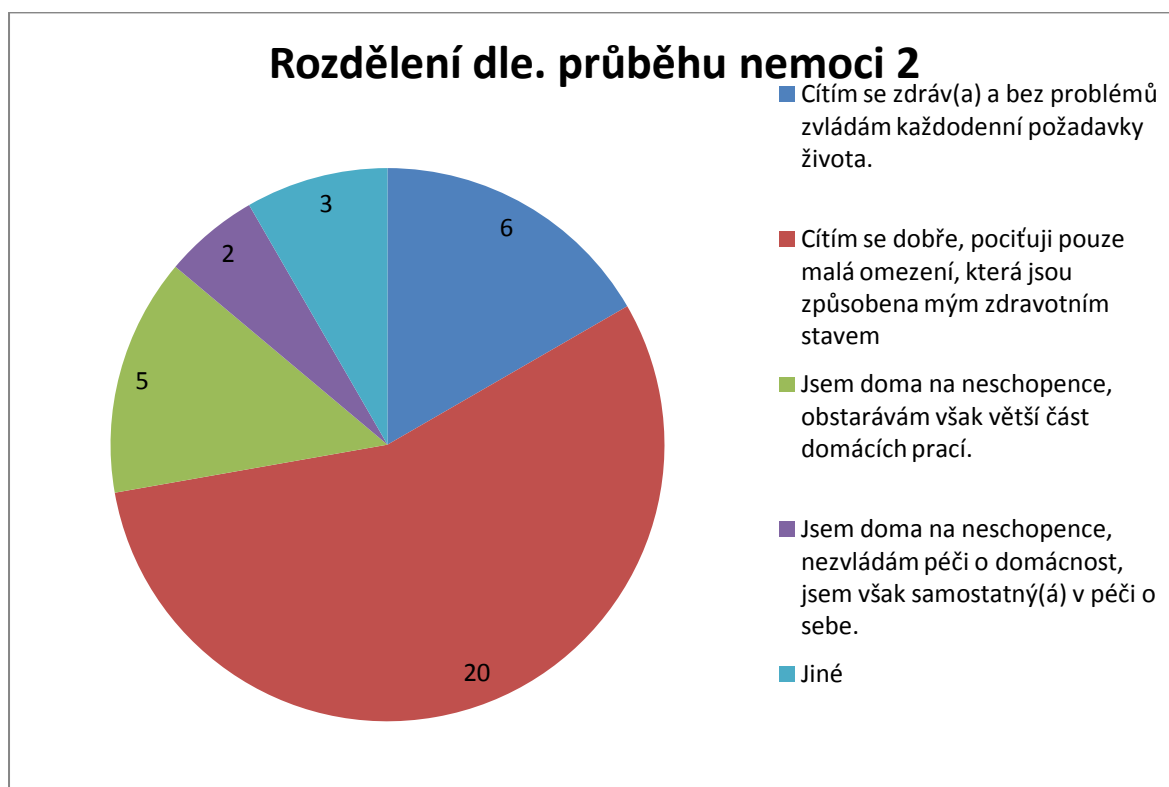
V rámci výzkumu byli probandi porovnáváni s normami běžné populace a dále byly analyzovány a porovnávány výsledky testových metod podle aktuálního průběhu onemocnění (porovnání kompenzovaných a dekompenzovaných účastníků). Na dekompenzované a kompenzované byli probandi rozděleni dle následujícího klíče:

- Probandi, kteří zaškrtnuli na první straně výzkumu (viz. Příloha č.V.) v položce č. 6 Současný průběh onemocnění možnost a) (cítím se zdrav(a) a bez problémů zvládám každodenní požadavky života) nebo b) (cítím se dobře, pociťuji pouze malá omezení, která jsou způsobena mým zdravotním stavem), byli zařazeni do skupiny kompenzovaných. Celkem se jednalo o 26 probandů.
- Probandi, kteří na výše zmíněnou položku odpověděli možnost c) (jsem doma na neschopence, obstarávám však větší část domácích prací), d) (jsem doma na

neschopence, nezvládám péči o domácnost, jsem však samostatný/á v péči o sebe), e) (jsem v domácím léčení, potřebuji částečnou či plnou asistenci/péči) nebo f) (v současné době jsem hospitalizován v nemocnici) byli vyhodnoceni jako dekompenzovaní. Celkem se jednalo o 7 probandů.

- Probandi, kteří zaškrtnuli položku g) (jiné.....) byli zařazeni podle jejich následné odpovědi. Celkem se jednalo o tři účastníky výzkumu. (Rozložení jednotlivých odpovědí naleznete pro větší přehlednost v grafech na konci této kapitoly)

Výsledky dotazníků pak byly interpretovány dle příruček k testovým metodám. V průběhu celého výzkumu byla dále studována relevantní literatura k problematice. Výsledky byly analyzovány a zpracovány pomocí počítačových programů (viz. dále).



10. Výsledky a jejich interpretace

K získání potřebných dat jsme zvolili následující testové metody: Existenciální škálu ESK, Beckův dotazník deprese BDI-II a vybrané škály z dotazníku Stress-profile. V následujících kapitolách budou prezentovány výsledky z jednotlivých diagnostických metod a zároveň budou tato data interpretována podle stanovených hypotéz.

10.1. Výsledky Existenciální škály

Tabulka č.1.

Škála	Průměr výzkumného vzorku	Populační průměr	T	P
Sebeodstup	34,94	35,31	-3211,690263	<0,00001
Sebepřesah	66,33	71,22	-3562,411914	<0,00001
Svoboda	47,22	50,59	-3275,289657	<0,00001
Odpovědnost	55,25	57,09	-4030,932351	<0,00001
Personalita	101,61	106,53	-3770,614382	<0,00001
Existencialita	102,47	107,65	-3921,522093	<0,00001
Celkový skór	203,94	214,18	-4067,141401	<0,00001

H1: Existuje statisticky významný rozdíl mezi prožívanou životní smysluplností, měřenou na škále ESK, mezi pacienty s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu a kontrolní skupinou.

Výsledek je signifikantní výzkumný vzorek, který se od normální populace lišil nejen v získaném celkovém skóru, ale i ve všech ostatních škálách dotazníku ESK. **Hypotézu přijímáme.** Výsledky ukazují, že pacienti s autoimunitním onemocněním prožívají menší smysluplnost než normální populace.

Tabulka č.2

Škála	Kompenzovaní průměr	Dekompenzovaní průměr	T	P
Sebeodstup	35,04	34,7	0,138471	0,890685
Sebepřesah	67,62	63	1,05832	0,297371
Svoboda	48,65	43,6	1,537736	0,133371
Odpovědnost	56,04	53,2	0,740162	0,464436
Personalita	103,12	88,8	0,926088	0,360928
Existencialita	104,69	96,7	1,331025	0,192038
Celkový skór	207,62	194,4	0,705097	0,485552

H6: Mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými existuje statisticky významný rozdíl v prožívané životní smysluplnosti, měřený na škále ESK.

Výsledek není signifikantní. **Hypotézu zamítáme.** Nebyl nalezen žádný rozdíl v prožívané smysluplnosti mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými.

10.2. Výsledky dotazníku BDI-II

Tabulka č.3

	Průměr výzkumného vzorku	Populační průměr	T	P
BDI-II	13,97	10,26	-553,065082	<0,0001

H2: Existuje statisticky významný rozdíl ve stupni prožívané deprese, měřené BDI-II, mezi pacienty s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu a kontrolní skupinou.

Výsledek je signifikantní. **Hypotézu přijímáme.** Pacienti s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu prožívají větší míru deprese, než lidé z normální populace.

Tabulka č. 4

	kompenzovaní	dekompenzovaní	T	P
BDI-II	11,85	22,4	2,83302	0,007699

H7: Existuje statisticky významný rozdíl mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými ve stupni prožívané deprese, měřeném BDI-II.

Výsledek je signifikantní. **Hypotézu přijímáme.** Pacienti v dekompenzovaném stádiu nemoci vykazují větší míru deprese, měřenou dotazníkem BDI-II, než pacienti kompenzovaní.

10.3. Výsledky dotazníku Stress-profile

Tabulka č. 5.

Škála	Průměr výzkumného vzorku	Populační průměr	T	P
Stres	16,78	11,52	-1970,437227	<0,00001
Kognitivní nezdolnost	89,25	107,84	-7456,352497	<0,00001
Pozitivní pohled	16,78	16,75	-2844,4179	<0,00001

H3: Existuje statisticky významný rozdíl v míře kvantity prožívaného životního stresu, měřeného dotazníkem Stress-profile, mezi pacienty s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu a kontrolní skupinou.

Výsledek je signifikantní. **Hypotézu přijímáme.** Pacienti s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu vykazují vyšší míru stresu, měřenou dotazníkem Stress-profile, než průměrná populace.

H4: Existuje statisticky významný rozdíl v míře nezdolnosti mezi pacienty s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu a kontrolní skupinou, měřené na škále kognitivní nezdolnosti dotazníkem Stress-profile.

Výsledek je signifikantní. **Hypotézu přijímáme.** Pacienti s autoimunitním onemocněním vykazují nižší míru kognitivní nezdolnosti, měřenou dotazníkem Stress-profile, než normální populace.

H5: Existuje statisticky významný rozdíl v míře positivity mezi pacienty s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu a kontrolní skupinou, měřené na škále pozitivního pohledu dotazníkem Stress-profile.

Výsledek je signifikantní. **Hypotézu přijímáme.** Pacienti s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu dosahují vyšší míry positivity, měřené na škále Pozitivní pohled dotazníku Stress-profile, než běžná populace.

Tabulka č. 6.

Škála	Kompenzovaní průměr	Dekompenzovaní průměr	T	P
Stres	15,96	18,9	2,526996	0,016821
Kognitivní nezdolnost	89,69	88,1	0,480159	0,634189
Pozitivní pohled	16,96	16,3	0,50281	0,618339

H8: Existuje statisticky významný rozdíl mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými v míře kvantity prožívaného stresu, měřeného na škále dotazníku Stress-profile.

Výsledek není signifikantní. **Hypotézu zamítáme.** Neexistuje rozdíl mezi mírou prožívaného stresu u kompenzovaných a dekompenzovaných pacientů.

H9: Existuje statisticky významný rozdíl mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými v nezdolnosti, měřený škálou kognitivní nezdolnosti dotazníku Stress-profile.

Výsledek není signifikantní. **Hypotézu zamítáme.** Neexistuje rozdíl mezi kompenzovanými a dekompenzovanými pacienty v míře kognitivní nezdolnosti, měřené dotazníkem Stress-profile.

H10: Existuje statisticky významný rozdíl mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými v míře positivity, měřené na škále pozitivního pohledu dotazníkem Stress-profile.

Výsledek není signifikantní. **Hypotézu zamítáme.** Neexistuje rozdíl mezi kompenzovanými a dekompenzovanými pacienty v míře positivity, měřené na škále Pozitivního pohledu dotazníkem Stress-profile.

11. Diskuze

V rámci našeho výzkumu jsme se zajímali o prožívání a zvládání pacientů s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu. Na základě prostudované literatury jsme se rozhodli jako proměnné použít tyto psychosociální faktory: životní smysl, stres, depresivita, kognitivní nezdolnost a pozitivitu. Pro ověření stanovených hypotéz jsme si zvolili následující psychodiagnostické metody: Existenciální škálu ESK, Beckův dotazník deprese BDI-II a dotazník Stress - profile. Z dotazníku Stress – profile byly použity subškály Stres, Kognitivní nezdolnost a Pozitivní pohled. Srovnání našich získaných výsledků podle jednotlivých námi zvolených proměnných uvádíme dále v této kapitole.

Jako výzkumný soubor byli zvoleni pacienti s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu, konkrétně se jedná o Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu a celiakii. V rámci výzkumu byl použit příležitostný výběr (celkem tak bylo získáno 10 probandů) a metoda samosběru přes inzerát na facebookových stránkách svépomocných skupin (tímto způsobem bylo získáno 26 probandů). Za významný nedostatek výzkumu považujeme skutečnost, že z přibližně 100 nemocných, kteří reagovali na výzvu na facebookových stránkách jich nakonec dotazník vyplnila cca 1/4, to může být způsobeno i délkou vyplňování dotazníku, neboť jeho vyplnění trvalo v průměru 30 minut. Tato skutečnost je třeba reflektovat, neboť tak mohou být zkresleny výsledky dotazníků ve prospěch některých osobnostních charakteristik probandů. Celkem se výzkumu zúčastnilo 36 probandů, 26 z nich bylo kompenzovaných a 10 se nacházelo v dekompenzované fázi onemocnění.

Smysluplnost byla zkoumána prostřednictvím Existenciální škály ESK, která byla inspirována prací V. E. Frankla a existenciální analýzou. Jako hypotéza H1 byl stanoven předpoklad, že se výzkumný vzorek pacientů s autoimunitním onemocněním bude lišit od běžné populace mírou životního smyslu. Tato hypotéza byla přijata, pacienti s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu skutečně vykazovali nižší míru životního smyslu. Od běžné populace se signifikantně lišili nejen v celkovém skóru, ale i ve všech ostatních subškálách, kterými jsou: Sebeodstup, Sebepřesah, Svoboda, Odpovědnost, Personalita a Existencialita. Ve všech těchto subškálách dosahovali nižšího skóru než běžná populace. Subškála sebeodstupu nám ukázala, že se výzkumný vzorek na rozdíl od běžné populace více pozoruje, hůře se odpoutává od svých emocí a potřeb, přestože byl výsledek nemocných nižší než u běžné populace neklesl pod hranici 26ti bodů, která je považována podle kvalitativní

analýzy v manuálu k testu za patologickou. Na škále sebespřesahu dosahují nemocní s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu signifikantně nižšího skóru než běžná populace, z čehož vyplývá, že mohou mít problémy s navazováním a udržováním blízkých vztahů, přičemž průměr, kterého tyto jedinci dosahují, není opět na hranici patologie. Výsledek subškály svobody nám ukazuje, že jedinci s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu sice dosahují nižšího skóru než běžná populace, ale není opět pod hranicí patologie, podobných výsledků dosahují tyto pacienti i na zbývajících subškálách Existenciální škály ESK. Mezi kompenzovanými a dekompenzovanými pacienty nebyl nalezen signifikantní rozdíl v celkovém průměrném skóru ani v jednotlivých subškálách. Pro větší podrobnosti o jednotlivých subškálách Existenciální škály ESK odkazují zájemce na kapitulu 7.2.3.2 v této práci nebo na manuál k dotazníku.

Depresivita není v tomto výzkumu pojímána jako osobnostní charakteristika, ale spíše jako aktuální stav prožívání, tudíž by se více hodilo používat pouze pojem deprese. Tato proměnná byla měřena klinickou metodou používanou v hojně v praxi- Beckovým dotazníkem deprese BDI-II. Na základě prostudované literatury byla stanovena hypotéza, která tvrdila, že pacienti s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu se budou lišit v míře deprese měřenou dotazníkem BDI-II. Tato hypotéza byla potvrzena, jelikož se ukázalo, že tyto pacienti dosahují vyšší míry deprese než běžná populace. Jejich průměrná hodnota dosahuje 13,6, což je rozmezí mezi minimální a mírnou depresí. Při porovnání dekompenzovaných a kompenzovaných pacientů byl však rozdíl ještě větší, zatímco kompenzovaní měli průměrný skór 11,85, což odpovídá minimální depresi, dekompenzovaní průměrně skórovali ve výši 22,4, což odpovídá depresi střední. Je pravděpodobné, že se v tomto případě jedná o depresi reaktivní, která je způsobena omezeními a nepříjemnostmi, které floridní příznaky těchto onemocnění do života nemocných přinášejí.

Kvantitativní míra prožívaného stresu byla měřena subškálou Stres dotazníku Stres-profile. Její nevýhodou je právě zaměření na množství prožívaného stresu nikoli na jeho kvalitu, toto omezení je třeba brát při interpretaci výsledků v potaz. V rámci našeho výzkumu bylo zjištěno, že pacienti s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu prožívají ve svém životě signifikantně vyšší míru stresových situací než běžná populace, což může mít více vysvětlení. Jedním z nich je, že zažívají více stresu z důvodu omezení a obav, které jim přináší jejich onemocnění a druhým může být, že mají určité osobnostní charakteristiky, které jim hůře pomáhají zvládat stres, který se v konečném důsledku může projevit právě rozvojem těchto onemocnění. V rámci výzkumu jsme se také domnívali, že pacienti dekompenzovaní

budou vykazovat vyšší míru stresu než kompenzovaní a to nejen z důvodu vyššího omezení úkonu v běžném životě, ale předpokládali jsme i určitou kauzalitu. To znamená, že jsme se domnívali, že vyšší míra stresu bude ovlivňovat průběh onemocnění v negativním smyslu. Toto ovšem nebylo prokázáno a obě skupiny se od sebe při porovnání nelišily, otázkou však zůstává, zda to nebylo způsobeno nízkým počtem dekompenzovaných probandů (více se o tomto omezení rozepisují v závěrečné části této kapitoly).

Kognitivní nezdolnost byla opět zjišťována, prostřednictvím dotazníku Stres-profile, tentokrát subškálou Kognitivní nezdolnost. Na základě prostudované literatury jsme předpokládali, že budou nemocní s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu vykazovat nižší míru nezdolnosti, což bylo potvrzeno. Toto zjištění by souhlasilo i s vyšší mírou subjektivně prožívaného stresu a deprese (viz. výše). Nebylo však potvrzeno, že by se lišili v míře nezdolnosti kompenzovaní a dekompenzovaní pacienti, což mohlo být opět způsobeno nízkým počtem dekompenzovaných pacientů pro porovnání.

Největším překvapením pro nás byla proměnná pozitivita, kterou jsme měřili prostřednictvím dotazníku Stress-profile a jeho subškály Pozitivního pohledu. Podle našeho předpokladu byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi výzkumným vzorkem a běžnou populací, ovšem bylo zjištěn obrácený vztah, než jsme původně předpokládali. U pacientů s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu byla zjištěna vyšší míra positivity než u běžné populace. Vysvětlení nás napadá hned několik, ale nejsme si zcela jistí, jejich pravdivostí. Mohlo by se jednat o obranných mechanismus potlačení či racionalizace, díky kterému se drží nějaké určité naděje, proto aby zvládly tuto nepříznivou životní situaci a zachovali si své sebepojetí. Mohlo by se také jednat o posttraumaický růst, díky kterému si tito lidé dokážou vážit i běžných každodenních okamžiků a snaží se ze všeho vytěžit to nejlepší, otázka však je zda by se neměl tento růst objevit i v dalších oblastech, které tento výzkum zahrnuje například v kognitivní nezdolnosti nebo v dotazníku ESK, který měří životní smysl. Mohlo by se také jednat o určitý druh copingové strategie, která by byla zaměřená na zvládání emocí. Musíme přiznat, že tento výsledek v nás zanechal více otázek než odpovědí. Mezi kompenzovanými a dekompenzovanými pacienty nebyl nalezen rozdíl v této proměnné.

Jak jsme se zmínili již výše jednou z problematických oblastí, byl nízký poměr návratnosti vyplněných dotazníků, který byl pravděpodobně způsoben délkou vyplňování, aby se tento faktor pro příště eliminoval, doporučila bych buď zkoumat menší počet proměnných,

nebo dotazníky uveřejňovat na stránkách svépomocných skupin postupně. Což by znamenalo, že by nebyly dotazníky prezentovány najednou, ale byly by rozděleny do dvou či tří odkazů, které by pak byly potencionálním účastníkům výzkumu nabízeny.

Dalším nedostatkem tohoto výzkumu je nízký počet dotazníků, který byl vyplněn dekompenzovanými pacienty. Pro přesnější zjištění by bylo přínosné mít větší vzorek takto nemocných, nejlépe podobné velikosti jako je vzorek kompenzovaných pacientů.

Pro další výzkumné šetření by bylo jistě zajímavé porovnávat tyto proměnné nejen, co se týče průběhu autoimunitních onemocnění gastrointestinálního traktu, ale i vzájemně mezi jednotlivými diagnózami či také podle pohlaví. Neboť muži a ženy prožívají zátěžové životní situace odlišně a také používají různé copingové a zvládací strategie (Paulík, 2012). Zajímavá je také otázka positivity, která vyšla zcela obráceně, než jsme předpokládali, pro její ověření bych doporučila nějaký z komplexnějších dotazníků, které doporučuje například Jaro Křivohlavý ve své knize *Optimismus, pesimismus a prevence deprese* nebo Slezáčková v *Průvodci pozitivní psychologií*.

12. Závěry výzkumu

V rámci našeho výzkumu se snažíme zodpovědět otázku, jak prožívají lidé s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu (konkrétně se jedná o Crohnovu chorobu, celiakii a ulcerózní kolitidu) své onemocnění a jakým způsobem se od sebe vzájemně ve vybraných psychosociálních faktorech liší pacienti kompenzovaní a dekompenzovaní. Mezi námi zvolené faktory patří: smysluplnost, depresivita, stres, kognitivní nezdolnost a pozitivita. K zodpovězení těchto otázek jsme použili následující metody: Existenciální škálu ESK, Beckův dotazník deprese BDI-II a dotazník Stress-profile, z nějž jsme použili škálu stresu, kognitivní nezdolnosti a pozitivního pohledu.

Celkem se našeho kvantitativního šetření zúčastnilo 36 probandů, z kterých bylo 26 kompenzovaných a 10 dekompenzovaných.

Na základě získaných dat jsme došli k následujícím zjištěním:

- Pacienti s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu vykazují vyšší míru deprese, než běžná populace.
- Pacienti s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu vykazují vyšší míru stresu, než běžná populace.
- Lidé s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu vykazují nižší kognitivní nezdolnost, než běžná populace
- Lidé s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu vykazují vyšší pozitivitu, než běžná populace.
- Není rozdíl v prožívání životní smysluplnosti mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými.
- Dekompenzovaní pacienti vykazují vyšší míru deprese, než pacienti kompenzovaní.

- Není rozdíl v míře prožívaného stresu mezi kompenzovanými a dekompenzovanými pacienty.
- Nebyl nalezen rozdíl v míře kognitivní nezdolnosti mezi pacienty kompenzovanými a dekompenzovanými.
- Není rozdíl v míře positivity mezi kompenzovanými a dekompenzovanými pacienty.

Souhrn

Tato diplomová práce zkoumá prožívání a zvládání nemocných, trpících autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu (konkrétně se jedná o tato onemocnění: Crohnova choroba, celiakie a ulcerózní kolitida) a porovnává vybrané psychosociální faktory mezi pacienty v kompenzovaném a dekompenzovaném zdravotním stavu. Mezi vybrané psychosociální aspekty patří: životní smysluplnost, depresivita, stres, kognitivní nezdolnost a pozitivita. V rámci kvantitativního výzkumu byly použity následující metody: Existenciální škála ESK, Beckův dotazník deprese BDI-II a dotazník Stress- profile. Z dotazníku Stress -profile byly vybrány následující škály: Stres, Kognitivní nezdolnost a Pozitivní pohled.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 36 probandů ve věku od 19ti do 62ti let, 10 probandů bylo v dekompenzované fázi onemocnění a 26 v kompenzované.

Empirická část práce obsahuje výsledky ze všech použitých dotazníků, které jsou pro větší přehlednost zpracované do tabulek. Na ně pak navazuje analýza a interpretace na základě stanovených hypotéz.

Literatura

1. Adler, A. (1995). *Smysl života*. Praha: Práh.
2. Alexander, F. & Benedek, T. (1992). *Psychosomatic medicine: Its principles and Applications* (A. Polák, Trans.). New York: Norton & Company. (Original work Publisher 1987).
3. Bartůňková, J., Fučíková, T. & Shoenfeld, Y.(2007). *Autoimunita vnitřní nepřítel*. Praha: Grada.
4. Bartůšková, L. (2013). Spirituální dimenze nemoci. *Psychosom*; 11 (1), s. 25. -32.
- Baštecká, B. (Eds.)(2009). *Psychologická encyklopedie: Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál.
5. Baštecká, B. & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
6. Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Avicenum.
7. Beck, A. T. (1999). *Beckova sebesuzovací škála depresivity pro dospělé BDI-II: Příručka*. Brno: Psychodiagnostika.
8. Bouček, J. & kol. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
9. Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
10. Cejzlarová, K. (2011). *Psychosociální faktory a jejich vliv na vznik a průběh nespecifických střevních zánětů*. Bakalářská práce.
11. Čablová, L. (2010). Psychologické souvislosti výživy a zvládnání stresu. *E-psychologie*. 4 (4), s. 1.- 9.
12. Dahlke, R. (1996). *Nemoc jako symbol: Výklad významů a příznaků psychosomatických chorob od slavného psychoterapeuta*. Praha: Pragma.
13. Dethlefsen, T. & Dahlke, R. (2002). *Nemoc jako cesta*. Praha: Aquamarin.
14. Danzer, G. (2010). *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál.
15. Ellis, A. & MacLaren, C. (2005). *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál.

16. Falaide, O. A., Lian, L. B. & Falaide K. E. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada
17. Frankl, V. E. (1994). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
18. Frankl, V. E. (1996). *A přesto říci životu ano*. Praha: Karmelitánské nakladatelství.
19. Frankl, V. E. (2006). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
20. Frič, P. & Dvořáková, T. (2013). Celiakie- úskalí diagnostiky a terapie. *Příloha-Lékařské listy*, (1).
21. Hall, C.& Lindzey, G.(1997). *Psychológia osobnosti*. Bratislava
22. Halama, P. (2007). *Zmysel života z pořadu psychologie*. Bratislava: Slovak Academic Press.
23. Hartl, P. & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
24. Heretik, A., Heretik, A. jr. Et. Al.(2007). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.
25. Hort, V. Et. al. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
26. Hošek, V. (1999). *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolínium.
27. Joshi, V. (2007). *Stres a zdraví*. Praha: Portál.
28. Chromý, K. (2006). Alexitymie- vývoj a současný význam konceptu. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 102 (7), s. 363. -37
29. Kastová, V. (2000). *Krize a tvořivý přístup k ní: typy krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Praha: Portál.
30. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
31. Koukolík, F. (2008). *Mozek a jeho duše*. Praha: Galen.
32. Kovatsová, K., Heretik, A. & Kovács, L. (2004). Psychosomatické pohledy na problematiku chronických zápalových ochorení čreva detského a adolescentného veku. *Psychiatria*, 11 (3. -4.), 124. -129.
33. Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

34. Křivohlavý J. (2006). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
35. Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada.
36. Křivohlavý, J. (2007). *Psychologie vděčnosti a nevděčnosti*. Praha: Grada.
37. Křivohlavý, J. (2012). *Optimismus, pesimismus a prevence deprese*. Praha: Grada.
38. Kubler-Rossová, E. (1992). *Hovory s umírajícími*. Nové Město nad Metují: Signum unitatis.
39. Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada.
40. Kupka, M. & Malůš, M. (nedatováno). Terapeutické a růstové možnosti sociální izolace z pohledu existencionální analýzy.
41. Langmeier, J. & Matějček, Z.(2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.
42. Lángle, A. (2002). *Smysluplně žít: Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.
43. Lángle, A., Orglerová, Ch. & Kundi, M. (2001). *ESK – Existenciální škála*. Praha: Testcentrum.
44. Latta, J. (2012). Celiakie od screeningu k diagnóze. *Interní medicína*. 14 (5), 221-223.
45. Long, M. (2005). *Rodinná encyklopedie medicíny a zdraví*. Čestlice: Rebo.
46. Lukáš, K. & Žák, A. (Eds.). (2007). *Gastroenterologie a hepatologie: Učebnice*. Praha: Grada.
47. Mačák, J. & Mačáková J. (2004). *Patologie*. Praha: Grada.
48. Malá, E. & Pavlovský, P. (2002) *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Grada.
49. Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
50. Matějček, Z. (2005). Resilience aneb co nás chrání před zlým osudem. *Vesmír*, 84 (1), s. 46. - 50.

51. Merkurová, A. & Orel, M. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada.
52. Miovský, M. (2009). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
53. Mohapl, P. (2001). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie II*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc.
54. Morschitzky, H. (2007). *Když duše mluví řečí těla*. Praha: Portál.
55. Novotný, A. a kol. (2010). Crohnova choroba a ulcerózní kolitida. *Pracovní skupina pro nespecifické střevní záněty*.
56. Nowack, K. M. (2006). *Stress profile: příručka*. Praha: Testcentrum-Hogrefe
57. Obereignerů, R. & Kollárová, K. (2008). Psychologické aspekty nespecifických střevních zánětů u dětí. *Psychiatrie pro Praxi*, 9 (1), s. 25. -29.
58. Orel, M. & Facová, V. (Eds.).(2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada.
59. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
60. Paulík, K. (2012). *Psychologické zvládání zátěže muži a ženami*. Ostrava: Ostravská univerzita.
61. Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
62. Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada.
63. Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
64. Praško, J, Buliková, B. & Sigmundová, S. (2012). *Depresivní porucha a jak jí překonat*. Praha: Galén.
65. Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E-psychologie*. 3, (3), 34. -45.
66. Rabouch, J., Zvolský, P. (Eds.).(2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
67. Racková, S. & Janů, L. (2008). Antidepresiva, deprese a závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi*, 9 (3), s.130-134.

68. Říčan, P. & Krejčířová, D. (Eds.). (2009). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
69. Seligman, M. (2003). *Opravdové štěstí: Pozitivní psychologie v praxi*. Praha: Ikar.
70. Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada.
71. Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
72. Šmarda, J. & kol. (2004). *Biologie pro psychology a pedagogy*. Praha: Portál.
73. Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada.
74. Tress, W., Krusse, J. & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
75. Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
76. Večeřová- Procházková, A. & Honzák, R. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní medicína*. 10 (4); 188.-192.
77. Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.

Seznam příloh

Příloha č. I.: Formulář zadání diplomové práce

Příloha č. II.: Abstrakt v českém jazyce

Příloha č. III.: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha č. IV.: Úvodní strana dotazníků

Příloha č. V.: Záznamový arch

Příloha č. II.

Vysoká škola: Palackého univerzita Olomouc
Katedra: psychologie

Fakulta: filozofická
Akademický rok: 2014/2015

ABSTRAKT

Jméno a příjmení: Bc. Kateřina Cejzlarová

Obor: psychologie – kombinované navazující magisterské studium

Rok imatrikulace: 2011

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran: 75

Název diplomové práce: **Životní smysluplnost, depresivita, stres, kognitivní nezdolnost a pozitivita u pacientů s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu**

Abstrakt diplomové práce:

Tato diplomová práce zkoumá prožívání a zvládání nemoci pacientů s autoimunitním onemocněním gastrointestinálního traktu ve vybraných psychosociálních faktorech a zároveň porovnává v těchto proměnných pacienty kompenzované a dekompenzované. Jedná se o kvantitativní výzkum, kterého se zúčastnilo celkem 36 probandů. 10 probandů bylo v dekompenzovaném stádiu onemocnění a 26 v kompenzovaném. Data byla získána pomocí Existenciální škály ESK, Beckova dotazníku depresivity BDI-II a dotazníku Stress-profile.

Výsledky výzkumu potvrdily rozdíl v prožívání životní smysluplnosti, míry deprese, kognitivní nezdolnosti, stresu a positivity u pacientů s onemocněním gastrointestinálního traktu a běžnou populací. Dále potvrdili rozdílnou míru deprese u pacientů kompenzovaných a dekompenzovaných, naopak rozdíl v prožívání smysluplnosti, v míře stresu, kognitivní nezdolnosti a positivity potvrzen nebyl.

Klíčová slova: psychosomatika, autoimunitní onemocnění, životní smysluplnost, depresivita, stres, kognitivní nezdolnost, pozitivita

Příloha č. III.

University: Palacky University in Olomouc

Faculty: Philosophical

Department: Psychology

Academic Year: 2014/2015

ABSTRACT

Name: Bc. Kateřina Cejzlarová

Field of study: Psychology – master's degree program combined

Matriculation: 2011

Supervisor: Mgr. Martin Kupka Ph.D.

Pages: 75

Title: Meaningfulness of life, depressive, anxiety, cognitive resilience and positivity in patients with autoimmune diseases of the gastrointestinal tract

Abstract:

This thesis explores the experiences and disease management of patients with autoimmune diseases of the gastrointestinal tract in selected psychosocial factors and also compares these variables compensated and decompensated patients. This is a quantitative research, which was attended by a total of 36 probands. 10 probands were the decompensated stage disease and 26 in the compensated. Data were obtained using the existential scale ESK, Beck questionnaire depressivity BDI -II questionnaire and Stress -profile.

The results confirm the difference in experiencing life meaningfulness, rates of depression, cognitive resilience, stress and positivity in patients with diseases of the gastrointestinal tract and the general population. Further confirmed the different degrees of depression in compensated and decompensated patients, while the difference in the experience of meaningfulness, the extent of stress, cognitive resilience and positivity was not confirmed .

Keywords: psychosomatic, autoimmune disease, the meaningfulness of life, depressive, anxiety, cognitive resilience, positivity

Příloha č. IV.

Dotazníky, které budete dále vyplňovat, se týkají problematiky zvládání a prožívání autoimunitního onemocnění, se zaměřením na osoby s diagnózou Crohnovy choroby, ulcerózní kolitidy a celiakie. Tyto dotazníky se stanou součástí diplomové práce sl. Kateřiny Cejzlarové, která je také zodpovědná za dodržení všech etických zásad při výzkumu, včetně zachování anonymity účastníků. Hlavním cílem výzkumu je zjistit strategie zvládání těchto onemocnění psychologickými prostředky, tak aby mohla být získaná data použita pro praxi. Vedoucím diplomové práce je Mgr. Martin Kupka PhD., člen sekce vývojové a klinické psychologie a odborný asistent na Katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci.

Doba vyplňování dotazníků je asi 30 minut, prosím Vás tedy o trpělivost. Dále Vás prosím, o vyplnění všech otázek, bez nich dotazníky nepůjdou vyhodnotit. V dotaznících neexistuje žádná správná odpověď, kromě té pravdivé ☺, proto Vás prosím o upřímnost. Pokud se rozhodnete věnovat svůj čas této poněkud nudné činnosti, nejsem schopná se Vám odměnit jinak, než příslibem pečlivého vyhodnocení a interpretace získaných výsledků, tak aby byly skutečně aplikovatelné v praxi a pomohly tak při léčbě lidí se stejnou diagnózou jako máte Vy.

Děkuji Vám za Váš čas a důvěru

Bc. Cejzlarová Kateřina

V případě, že jste již dotazník vyplnili a chcete z jakéhokoli důvodu z výzkumu odstoupit či v případě jiných dotazů, napište na dabda@centrum.cz nebo zavolejte na tel. X XX XXX XXX.

Příloha č. V.

1) Pohlaví

- a) žena b) muž

2) Rok narození:

3) Vzdělání:

- a) základní b) vyučen c) středoškolské d) vysokoškolské

4) V současné době:

- a) studuji b) pracuji c) jsem na rodičovské dovolené d) jsem evidován(a) na úřadu práce
e) jsem v částečném invalidním důchodu f) jsem v plném invalidním důchodu g) pobírám starobní důchod h) jiné....

5) Diagnóza:

- a) Crohnova choroba b) celiakie d) ulcerózní kolitida

6) Současný průběh onemocnění:

- a) cítím se zdrav(a) a bez problémů zvládám každodenní požadavky života
b) cítím se dobře, pociťuji pouze malá omezení, která jsou způsobena mým zdravotním stavem
c) jsem doma na neschopence, obstarávám však větší část domácích prací
d) jsem doma na neschopence, nezvládám péči o domácnost, jsem však samostatný/á v péči o sebe
e) v současné době jsem hospitalizován(a) v nemocnici
g) jiné.....

V případě, že byste byli ochotni zúčastnit se rozhovoru, pro účel diplomové práce, zanechte zde, prosím, svojí emailovou adresu nebo telefonní číslo.....

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci

Bc. Kateřina Cejzlarová