

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**VYBRANÉ OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY A COPINGOVÉ
STRATEGIE U PACIENTŮ S NEUROGENNÍM TETANICKÝM
SYNDROMEM**

SELECTED PERSONALITY CHARACTERISTICS AND COPING
STRATEGIES OF PATIENTS WITH NEUROGENIC TETANY SYNDROME



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Beata Gottwaldová

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

Olomouc 2018

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat PhDr. Mgr. Roman Procházka, Ph.D. za jeho odborné vedení, vstřícný a laskavý přístup a také za cenné rady a připomínky, které mi během práce ochotně poskytoval. Můj obrovský dík patří všem osobám, jež se ochotně a aktivně podílely na realizaci výzkumu. Děkuji rodině za podporu nejen při psaní této práce, ale i během mého studia. Obzvláště pak děkuji mému partnerovi za jeho bezmeznou trpělivost a podporu.

Čestné prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Vybrané osobnostní charakteristiky a copingové strategie u pacientů s neurogenním tetanickým syndromem* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V..... dne

Podpis

OBSAH

ÚVOD	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	6
1 OSOBNOST	7
1.1 Vymezení pojmu osobnost a její definice.....	7
1.2 Struktura osobnosti	8
1.2.1 Popis struktury osobnosti.....	9
1.3 Osobnostní rysy	10
1.4 Pětifaktorový model osobnosti	11
1.4.1 Lexikální přístup	12
1.4.2 Dispoziční přístup	12
1.4.2.1 NEO inventáře	13
1.4.3 Popis dimenzí pětifaktorového modelu osobnosti.....	13
2 ÚVOD DO PROBLEMATIKY STRESU	17
2.1 Stres	17
2.1.1 Teorie stresu.....	18
2.1.1.1 Biologické pojetí stresu	18
2.1.1.2 Psychologické pojetí stresu.....	20
2.1.2 Důsledky stresu.....	22
2.2 Zvládání stresu.....	24
2.2.1 Obranné mechanismy	25
2.2.2 Copingové strategie	29
2.3 Dosavadní výzkumy	32
2.3.1 Souvislosti mezi copingovými strategiemi a vybranými osobnostními charakteristikami v pojetí Big Five.....	33
3 NEUROGENNÍ TETANICKÝ SYNDROM	37
3.1 Vymezení neurogenního tetanického syndromu.....	37
3.2 Klinický obraz neurogenního tetanického syndromu	37
3.3 Etiologie a epidemiologie neurogenního tetanického syndromu.....	39
3.4 Diagnostika neurogenního tetanického syndromu.....	40
3.5 Diferenciální diagnóza neurogenního tetanického syndromu	42

3.6	Léčba neurogenního tetanického syndromu	43
3.7	Dosavadní výzkumy o neurogenním tetanickém syndromu	45
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST	46
4	PŘEDMĚT VÝZKUMU	47
4.1	Výzkumný problém	47
4.2	Cíl výzkumu.....	47
4.3	Výzkumné otázky a hypotézy.....	48
5	METODIKA VÝZKUMU.....	51
5.1	Metody sběru dat	51
5.1.1	NEO Five-Faktor Inventory.....	51
5.1.2	Strategie zvládnání stresu 78	52
5.1.3	Defense Style Ouestionnaire 40.....	55
5.2	Metodický postup	55
5.3	Výzkumný soubor.....	56
5.3.1	Popis výzkumného souboru	57
5.4	Etická úskalí výzkumu.....	60
6	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE.....	61
6.1	Zpracování dat	61
6.1.1	Základní popisné statistiky	61
6.1.2	Reliabilita jednotlivých dotazníků.....	62
6.1.3	Otázka normálního rozložení.....	64
6.2	Výsledky matematicko-statistické analýzy.....	65
7	DISKUZE	77
7.1	Limity výzkumu.....	83
8	ZÁVĚR	85
	SOUHRN	87
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	90
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ	
	SEZNAM GRAFŮ	
	SEZNAM TABULEK	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Neurogení tetanický syndrom zahrnuje širokou škálu symptomů znepríjemňující život lidem s touto diagnózou, která jim ubírá na jejich kvalitě. Vzhledem k tomu, že se nejedná o život ohrožující diagnózu, tak této problematice není věnována dostatečná pozornost ze stran lékařů ani jiných zdravotnických specialistů, a to i přes její stále častější výskyt. Proto jsme usoudili, že by bylo zajímavé se na tuto problematiku podívat z jiného úhlu pohledu, než jak na tento syndrom pohlíží lékaři. Svou pozornost jsme proto věnovali především osobnosti pacientů s neurogení tetanií, tedy konkrétněji jsme se zaměřili na jejich osobnostní charakteristiky v pojetí pětifaktorového modelu osobnosti („Big Five“). A vezmeme-li v potaz, že tetanie může být vyvolána stresovými situacemi, tak jsme se soustředili také na typy copingových strategií, které se u těchto jedinců vyskytují ve stresových situacích. Navíc nás zajímalo, zda se tyto osobnostními rysy a copingové strategie liší v závislosti na pohlaví. Dodatečně jsme se zaměřili také na obranné mechanismy a pokusili jsme se zjistit, jaké typy obranných reakcí jsou pro ně typické. Výsledky srovnáváme s kontrolní skupinou, kterou tvoří jedinci bez neurogení tetanie, popřípadě s normami. Kromě již zmíněného je práce vedena také snahou rozšířit povědomí a poznatky o tomto syndromu. Za důležitou součást práce rovněž považujeme využití získaných poznatků v praxi a podporu sledované cílové skupiny.

Práce se dělí na teoretickou a výzkumnou část. Teoretickou členíme na tři hlavní kapitoly vztahující se k problematice osobnosti, zvládnání stresu a neurogeního tetanického syndromu. První kapitola zahrnuje vymezení pojmu osobnost, její definici, osobnostní rysy a pětifaktorový model osobnosti. Druhá kapitola se věnuje problematice zvládnání stresových situací (copingu). V úvodu této kapitoly se zaměřujeme na pojem stres, na některé jeho teorie a možné dopady stresu na zdraví člověka. Další části se zabírají již zmíněnou problematikou zvládnání zátěže, jeho dvěma typy (obránnými mechanismy a copingovými strategiemi) a studii zaměřujícími se na zvládnání stresu a problematiku Big Five. Poslední kapitola se soustřeďuje na neurogení tetanický syndrom. Nejprve se zmiňujeme o jeho klinickém obrazu, příčinách vzniku a jeho výskytu. A v neposlední řadě si uvádíme diagnostiku a léčbu tohoto syndromu. Ve výzkumné části analyzujeme výsledky našeho výzkumu a srovnáváme je s kontrolní skupinou, kterou tvoří osoby bez zmíněného syndromu, ale také s normami zastupující běžnou populaci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OSOBNOST

Následující podkapitoly zachycují psychologický pohled na osobnost. Obsahují informace týkající se vymezení pojmu osobnost a její definice, dále se věnují struktuře osobnosti a jejím popisům, ale především se v této kapitole zaměřujeme na osobnostní rysy a pětifaktorový model osobnosti, který je pro náš výzkum stěžejní.

1.1 Vymezení pojmu osobnost a její definice

Pojem osobnost vychází z latinského termínu *persona* označující masku, jež dávala herci představujícímu určitou postavu konkrétní a jasně vymezený, i když poněkud zjednodušený charakter. Patrný soulad s obsahem tohoto termínu můžeme najít i u vymezení pojmu osobnost od Vágnerové (2010, str. 12), která uvádí, že „*termín osobnost slouží k zachycení specifčnosti charakteristik vymezujících jedinečnost každého člověka.*“ S pojmem osobnost se však setkáváme i v běžném hovoru, kde za osobnost považujeme někoho výjimečného, popřípadě pozoruhodného či zajímavého. V tomto případě je pojem osobnost používán jako klasifikační kritérium označující celkovou kvalitu nějakého člověka a z ní vyplývající sociální prestiž (Vágnerová, 2010). Tento způsob pojetí vnímá Ryckman (2000) jako nevhodný, neboť nebere v úvahu osobnost jako celek a tvrdí, že lidé, kterým nepřísluší označení osobnost, by tedy podle tohoto způsobu vnímání měli být označeni jako „*bez osobnosti*“. Což je z vědeckého hlediska a definice pojmu nesprávné. Jedná se tedy o laický význam tohoto pojmu. Tyto dva významy slova osobnost Říčan (2007) doplňuje ještě o jeden, který nahlíží na osobnost jako na architekturu či strukturu celku psychiky. Z psychologického hlediska je pro nás důležitý první a poslední zmíněný význam, který Balcar (1991, str. 13) shrnuje ve svém pojetí osobnosti: „*Psychologický pojem osobnosti vyjadřuje vnitřní jednotu a strukturovanost obsahu duševního života lidského jedince, a to v daném okamžiku i v průběhu času, kdy jde o totožnost jedince po duševní stránce se sebou samým v různých obdobích a za různých okolností jeho života. Dalším znakem osobnosti je její individuální svéráz, psychologická odlišnost jedince od ostatních příslušníků svého rodu.*“

Uvedená definice osobnosti je jedna z mnoha, kterou můžeme najít v psychologii, neexistuje tedy jednotné pojetí tohoto termínu. A není se čemu divit, vzhledem k širokosti a obsáhlosti tohoto pojmu, jakým je osobnost (Blatný, 2010). Co však mají všechny definice společné, je jejich výčet nejpodstatnějších znaků, které slouží k vyjádření určitých teoretických východisek a programů výzkumu (Balcar, 1991). Jak píše Blatný a kol. (2010,

str. 12) „nelze tedy říci, že by existovaly lepší nebo horší definice osobnosti, jejich hodnocení se spíše odvíjí od jejich užitečnosti pro teorii a výzkum osobnosti.“ Vzhledem k obsáhlosti tohoto pojmu, který přesahuje rozsah a zaměření naší diplomové práce, považují za vhodné uvést pouze dvě definice osobnosti a v dalších podkapitolách se zaměřit na strukturu osobnosti a její popis, ale také na rysy osobnosti a pojetí pětifaktorového modelu osobnosti „Big Five“, neboť tyto témata souvisí s předmětem našeho výzkumu.

Pro ilustraci si tedy uvedeme dvě definice osobnosti. První z nich je definice hlavního průkopníka psychologie osobnosti Allporta (1961, in Smékal, 2002, str. 25), který popisuje osobnost jako „*dynamickou organizaci psychofyzických systémů uvnitř individua, jež determinují jeho jedinečné přizpůsobení k prostředí.*“ Druhá definice osobnosti je od amerického autora Pervina (1996, in Blatný a kol., 2010, str. 12), který ji definuje jako „*ty charakteristiky člověka, které slouží jako podklad pro konzistentní vzorce chování, přičemž zmíněnými charakteristikami rozumí myšlenky, city a pozorovatelné, tedy navenek vyjádřené chování.*“

1.2 Struktura osobnosti

Panuje shoda, že každá osobnost se skládá ze soustavy individuálních psychologických předpokladů, dispozic a typických charakteristik uchovávajících příznačnou skladbu duševního života jedince (Balcar, 1991). Tuto skladbu můžeme nazvat strukturou osobnosti, jež vyjadřuje vnitřní uspořádání a stabilitu vlastností a rysů jednotlivce (Bedrnová & Nový, 2002). Nakonečný (1995) souhlasí, že struktura osobnosti poukazuje na určitý trvalejší stav a na relativně stálé uspořádání (organizaci), ale také zdůrazňuje, že současně poukazuje i na chování tohoto uspořádaného celku. V tomto smyslu pak autor strukturu, jakožto relativně statistické uspořádání celku, a jeho chování, nazývá systémem. Dále podotýká, že někdy mohou být tyto pojmy, tedy osobnost a systém, zaměňovány nebo naopak odlišovány jiným způsobem. Podle zmíněných pojetí je pak osobnost dána konkrétními znaky, jimiž jsou zejména jedinečnost, tedy odlišnost od ostatních, relativní stálost, která umožňuje předvídat reakce jedince v dané situaci, souhrn psychologických prvků tvořících jednotu a neustálým přizpůsobováním na změny v okolí a tedy i vývoj osobnosti (Bedrnová & Nový, 2002).

Podle Balcara (1991) se struktura osobnosti uplatňuje v konkrétním, proměnlivém a právě uskutečňovaném dění, které je spoluurčované vnějšími podmínkami zahrnujícími podněty a příležitosti v okolí, avšak také vnitřními podmínkami, jenž představují stav

organismu a struktura osobnosti. Autor dále podotýká, že „*struktura osobnostních vlastností se nejen projevuje v dějové dynamice, nýbrž se též sama během života jedince utváří a proměňuje. Zatímco dynamika osobnosti sestává z rozmanitých, opakovaně vznikajících a zanikajících dějů a stavů, vývojové změny struktury jsou pomalé a postupné, ale především ontogeneticky neopakovatelné a nevratné. Tato celoživotní proměna probíhá v zákonitém sledu změn, vázaném na plynutí věku a na výskyt určitých životně závažných okolností*“ (Balcar, 1991, str. 21).

1.2.1 Popis struktury osobnosti

Popis osobnosti vyžaduje kromě vystižení obsahu jednotlivých prvků i zachycení jejich úlohy v celku duševního života, přičemž v současnosti se v psychologii uplatňují tři různé vzorce pro popis struktury osobnosti (Balcar, 1991, str. 68-75):

- 1. Vrstvy osobnosti** - uplatňuje se vertikální pohled na strukturu osobnosti, která je popisována za pomoci vrstev, kdy platí, že později ustavovaná vyšší vrstva je založena na dříve ustavené nižší vrstvě, ze které vyrůstá a přitom jí svou činností v nějaké míře nahrazuje nebo překrývá. A zároveň vždy jedna ze sousedních vrstev řídí do jisté míry činnost jiné vrstvy. S tímto pojetím se ztotožňoval Klages, Freud, popřípadě i Pavlov.
- 2. Typy osobnosti** - vychází ze zkušenosti, že lidé jsou si po duševní stránce velmi podobní, ale zároveň se těmito společnými znaky výrazně liší od ostatních. Z toho lze vyvodit, že jedince můžeme rozdělit do rozdílných skupin, kdy každou skupinu vystihuje určitý vzorec osobnostních vlastností, který je nazýván osobnostním typem. Jedná se o klasické typologie S. Freuda, C. G. Junga apod.
- 3. Faktory osobnosti** - jde o horizontální pohled na strukturu osobnosti. Typická je snaha o identifikaci jednotlivých rysů osobnostní struktury a také uplatnění metodologického požadavku objektivního měření a objektivně kontrolovaného vyvozování pojmů na vyšší úrovni abstrakce cestou výpočtu z přímo měřených údajů. Prostředkem k výstavbě pojmové struktury osobnosti se stala korelace mezi jejími projevy a nástrojem pro jejich zjištění se stala metoda faktorové analýzy. Představiteli faktorového pojetí byl např. Cattell, Allport atd.

Vzhledem k tématu naší práce se ještě v nadcházejících kapitolách vrátíme k poslednímu jmenovanému popisu struktury osobnosti a rozebereme si jej podrobněji. Nyní nás však čekají osobnostní rysy, které nemůžeme v naší práci opomenout, neboť jsou důležitými popisnými prvky struktury osobnosti.

1.3 Osobnostní rysy

V literatuře se můžeme setkat s několika ekvivalenty pojmu osobnostní rys, kupř. psychická vlastnost, psychická charakteristika či dispozice osobnosti (Hřebíčková, 2011). Mezi nimi jsou menší rozdíly, nicméně pro účely naší práce však není nutné, abychom mezi nimi striktně rozlišovali. Naší snahou je jen poukázat na jejich existenci.

Podle Vágnerové (2010, str. 84) jsou „*osobnostní vlastnosti, respektive rysy, zobecňující charakteristiky, které umožňují vyjádřit specifičnost osobnosti jedince, a tím i jeho rozdílnost od ostatních lidí.*“ Jinými slovy můžeme říci, že základní osobnostní rysy mohou představovat jakýsi obecný rámeček, jenž může přispět k lepšímu pochopení lidské osobnosti jak z obecného hlediska, tak ve vztahu k jednotlivcům, neboť je lze charakterizovat pro ně typickou kombinací osobnostních rysů (Vágnerová, 2010). Tato autorka dále popisuje, že osobnostní rysy tvoří hierarchickou strukturu, jejíž uspořádání je založeno na rozdílné míře obecnosti jednotlivých dimenzí, kdy na nejvyšší úrovni jsou obecnější a široce pojaté rysy (např. extraverte) zahrnující různé dílčí vlastnosti (součástí extraverte je kupř. sociabilita a míra aktivity). Dále tvrdí, že „*jednotlivé rysy osobnosti jsou velmi často určitým způsobem zkombinovány, ale vždycky tomu tak nemusí být, přičemž variabilita jejich kombinací může být relativně velká*“ (Vágnerová, 2010, str. 84)

Osobnostní rysy lze definovat v několika bodech:

- Jedná se o **popisné kategorie** sloužící k charakteristice lidské osobnosti. Balcar (1991, str. 61) tvrdí, že „*popíšeme-li jejich prostřednictvím osobnost určitého jedince, umožní nám to předpovědět v nějaké míře jeho chování a prožitky v různých situacích; a to tím přesněji, čím více víme o tom, jak se v každé dané situaci určité vlastnosti uplatňují.*“ Můžeme je tedy chápat jako **předpoklady k určitému způsobu reagování**, které ovlivňují prožívání, uvažování i chování. Vyplývá z nich tendence k určitému hodnocení situace, ať už na emoční nebo kognitivní úrovni, a k určitému reagování (Vágnerová, 2010).
- Jsou to **relativně trvalé a stabilní vlastnosti**, což znamená, že se projevují podobně i za různých okolností a zásadním způsobem se nemění ani v závislosti na čase (Vágnerová, 2010; Říčan, 2007).
- Osobnostní rysy jsou obvykle **vymezeny v bipolárních dimenzích** zahrnujících dva opačné krajní póly (extraverte - introverte), přičemž každého jedince lze umístit na kontinuu mezi tyto dva póly (Hřebíčková, 2010).

Vágnerová (2010) uvádí, že vlastnosti většiny lidí se obvykle pohybují v pásmu průměru, takže je nejvíce průměrných, nevyhraněných lidí, zatímco extrémní míru dané vlastnosti lze přičíst jen málokomu.

- Základní osobnostní rysy jsou vzájemně relativně nezávislé charakteristiky, jejichž soubor vytváří pro daného jedince **typický osobnostní profil**. Lidské chování však nebývá závislé jen na jednom osobnostním rysu, ale obvykle je ovlivní větší počet těchto dispozic. Jednotlivé složky se mohou uplatnit v různé míře, různým způsobem a mohou se i všelijak vzájemně ovlivňovat (Vágnerová, 2010).
- Stabilní osobnostní rysy ovlivňují **rozvoj proměnlivých aspektů osobnosti**: názorů, postojů, hodnot a ambicí, ale i způsob naplnění sociálních rolí a charakter mezilidských vztahů (Vágnerová, 2010). Autorka tvrdí, že v tomto směru jsou komplexem, na němž závisí i dynamika osobnosti, nejsou jen popisnými charakteristikami, za něž je někteří psychologové považují. Např. extravert bude mít větší zájem o různé společenské aktivity, bude k nim více motivován než třeba ke čtení či kutilství.

Zastánci rysového přístupu se dosud neshodli na tom, co rysy vyjadřují, zda jsou to charakteristiky popisující vlastnosti osobnosti, nebo vysvětlují příčiny chování, jednání a prožívání. Diskuze se vedli také o počtu a významu vlastností nejvýstižněji charakterizujících osobnost člověka. Přelom nastal až v 90. letech 20. století, kdy se početná skupina badatelů shodla v tom, že osobnost člověka nejlépe vystihuje pět vlastností obsažených v pětifaktorovém modelu osobnosti, zkráceně nazývaný také jako „*Big Five*“ (Hřebíčková, 2011). Tento model osobnosti je pro naši práci klíčový, proto si jej podrobně rozebereme v další kapitole.

1.4 Pětifaktorový model osobnosti

Tento model osobnosti je založený na principech rysových teorií, podle nichž může být jedinec charakterizován na základě relativně trvalých způsobů chování a prožívání. Zahrnuje dva výklady rysů. Tím první je výklad Allporta (1937), který rozlišuje dva druhy rysů: vnější (behaviorální rysy) a vnitřní (emoční a kognitivní rysy), které jsou z vnějších projevů odvozovány. Oproti tomu Meehl (1956) používá termíny fenotypické (vnější) a genotypické (vnitřní) rysy. Fenotypické jsou zachyceny v běžném jazyce a zahrnují pozorovatelné charakteristiky, pomocí nichž můžeme popsat individuální odlišnosti (různé způsoby chování, prožívání a jednání). Genotypické pak mají vysvětlovat fenotypické rysy

a příčiny naše chování. John a Srivastava (1999) proto v rámci studia pěti faktorů osobnosti rozlišují lexikální a dotazníkový přístup. Wiggins (1997) pak mluví o lexikálně-taxonomickém a dispozičním přístupu (Hřebíčková, 2011). V dalších dvou podkapitolách se zmíníme o výše uvedených přístupech. Uvedeme si, na jakých principech fungují a v čem se od sebe liší.

1.4.1 Lexikální přístup

Podstata lexikálního (lexikálně-taxonomického) přístupu ke zkoumání vlastností osobnosti spočívá v odvozování struktury vlastností osobnosti na základě analýzy slov, která jsou vhodná k jejímu popisu. V roce 1884 Galton zformuloval obecnou lexikální hypotézu: „*Čím jsou jednotlivé rozdíly významnější, tím častěji se uplatňují v každodenní komunikaci a jsou zachyceny jako jednotlivá slova.*“ (Hřebíčková, 2010, in Blatný a kol., 2010, str. 44). Při formulaci této hypotézy vycházel z předpokladu, že nejpodstatnější individuální rozdíly jsou uchovány v jazyce. Proto cílem lexikálních studií je nejprve vybrat ze slovníku ta slova (především přídavná jména), která se používají k popisu osobnosti (chování a prožívání), pak je redukovat a pomocí faktorové analýzy vlastnosti uspořádat. Nejdůležitější vlastnosti, jež byly tímto způsobem odvozeny, vytváří pětifaktorovou strukturu popisu osobnosti. V češtině jsou tyto faktory popsány jako *neuroticismus, extraverte, otevřenost vůči zkušenostem, přívětivost a svědomitost* (Hřebíčková, 1997), blíže si je popíšeme v kapitole 1.4.2 Popis dimenzí pětifaktorového modelu osobnosti. Goldberg zavedl pro zmíněných pět faktorů pojmenování „*Big Five*“ čili „*Velká Pětka*“ (Mikšík, 2007). Hřebíčková (2004) se domnívá, že nebylo Goldbergovým záměrem poukázat na to, že všechny individuální rozdíly mohou být redukovány pouze na pět dimenzí, ale zdůraznit, že tyto dimenze popisují osobnost na nejvyšší úrovni abstrakce, přičemž každá dimenze obsahuje množství dalších specifických charakteristik. Autorka dále uvádí, že existence pěti obecných dimenzí osobnosti je ověřena v kontextu různých kultur a existuje i v dalších jazycích včetně češtiny.

1.4.2 Dispoziční přístup

Podle dispozičního (dotazníkového) přístupu lze rysy osobnosti nejen popsat, ale také vysvětlit. Zatímco lexikální výzkumy usilují o vytvoření taxonomie, hierarchického systému a zmapování osobnostních charakteristik, cílem dispozičního přístupu je vytvoření rysově teorie, která by vysvětlila vnitřní dynamiku, motivy a fungování osobnosti jako celku. Lexikální přístup využívá slova, kdežto dispoziční přístup, reprezentovaný

především pracemi dvojice amerických autorů Costy a McCrae, je založen na analýze dotazníkových položek (Hřebíčková, 2008).

1.4.2.1 NEO inventáře

Costa a McCrae analyzovali data z Cattellova šestnáctifaktorového dotazníku a identifikovali tři skupiny škál, označené *neuroticismus*, *extraverze* a *otevřenost vůči zkušenosti*. Tyto škály se pak staly základem pro sestavení NEO inventáře, nazvaného podle prvních písmen názvů škál N(euroticism), E(xtraversion), O(peness) = NEO-PI (*Personality Inventory*). Když se tito autoři seznámili s Goldbergovými lexikálními výzkumy, v nichž se objevovala pětifaktorovou strukturu popisu osobnosti, doplnili svůj původní NEO model o další dvě dimenze obsažené v pětifaktorovém modelu popisu osobnosti. Těmito dimenzemi byly *přívětivost* (Agreeableness) a *svědomitost* (Conscientiousness).

V současnosti existují tři verze NEO inventářů: NEO Personality Inventory - NEO-PI (Costa & McCrae, 1985), revidovaná verze - Revised NEO Personality Inventory - NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992) a nejnovější verzí je NEO-PI-3 (McCrae, Costa & Martin, 2005), v níž byly položky nejasné adolescentům nahrazeny novými položkami (Hřebíčková, 2008). Pro potřeby některých výzkumů byl inventář NEO-PI poměrně dlouhý, proto Costa a McCrae vytvořili zkrácenou verzi NEO-FFI (Five-Factor Inventory), jenž je součástí NEO-PI-R. Tuto verzi používáme v rámci našeho výzkumu i my a podrobněji si ji popíšeme v empirické části této práce.

1.4.3 Popis dimenzí pětifaktorového modelu osobnosti

Pětifaktorový model osobnosti se svými základními osobnostními rysy slouží jako přijatelný rámec k výkladu osobnosti. Její dimenze představují základní tendence, které se projevují v převažujícím způsobu prožívání, uvažování a chování (Vágnerová, 2010). Podle ní tyto dimenze ovlivní i to, jak lidé vnímají a hodnotí dění kolem sebe, jaký je jejich postoj ke světu a k sobě samým. Dále uvádí, že je lze chápat jako adaptační dispozice, jako předpoklady k určité strategii zvládnání požadavků různých situací. Jak už jsme se zmínili v kapitole o lexikálním přístupu, tak tyto dimenze (faktory) jsou v češtině popsány jako *neuroticismus*, *extraverze*, *otevřenost vůči zkušenostem*, *přívětivost* a *svědomitost*, které se ještě člení do šesti dílčích charakteristik určených faktorovou analýzou. Neuroticismus zahrnuje charakteristiky: *úzkostnost*, *hněvivost až hostilita*, *depresivnost*, *rozpačitost*, *impulzivnost* a *zranitelnost*. Extraverze se dále člení na *vřelost*, *družnost*, *asertivita*, *aktivnost*, *vyhledávání vzrušení* a *pozitivní emoce*. V případě

otevřenosti vůči zkušenosti se odlišují dílčí charakteristiky jako *fantazie, estetické prožívání, novátorství, ideje a hodnoty*. Přívětivost zase v sobě obsahuje složky jako *důvěru, upřímnost, altruismus, poddajnost, skromnost a jemnocit*. A poslední svědomitost zahrnuje *způsobilost, pořádkumilovnost, odpovědnost, cílevědomost, disciplinovanost a rozvážnost* (Paulík, 2010a). Nyní si jednotlivé dimenze podrobněji popíšeme:

Neuroticismus (Neuroticism)

Neuroticismus se zaměřuje na individuální rozdíly v emocionální stabilitě a labilitě. Tato dimenze vypovídá o dispozicích k negativním emočním stavům (úzkosti, hněvu, vině, depresi) a ovlivňuje prožívání stresových situací a vyrovnání se s nimi. Jedinci s vysokým skóre neuroticismu jsou psychicky nestabilní a náchylní k psychickému vyčerpání. Charakteristické pro ně jsou pocity napjatosti, neklidu, nejistoty, ale také nervozity a úzkostnosti. Prožívají také intenzivněji strach, obavy a smutek. Jejich představy nekorespondují s realitou, proto mají omezenou možnost kontrolovat se a zvládat stresové situace. Emocionálně stabilní jedinci jsou naopak klidní, vyrovnaní, sebejistí, bezstarostní a více odolní vůči psychickému vyčerpání (Hřebíčková & Urbánek, 2001, str. 43).

Extraverze (Extraversion)

Tato dimenze zjišťuje kvalitu a kvantitu interpersonálních reakcí, úroveň aktivace a potřebu stimulace. Costa, McCrae a Holland (1984) popisují extraverty jako osoby, kteří mají rádi ostatní lidi, rádi se sdružují do skupin a jsou součástí společenských událostí. Vyhledávají vzrušení, jsou hovorní, sebejistí, aktivní a energičtí. Udržují si veselou mysl, jsou optimističtí a zábavní. Na introverzi není nahlíženo jako na protiklad extraverze, ale spíše jako na její absenci, protože introverti často nejsou vyloženě nepřátelští, ale mohou být spíše zdrženliví, nezávislí a samostatní (Costa & McCrae, 1992, in Hřebíčková & Urbánek, 2001, str. 43-44).

Otevřenost vůči zkušenosti (Openness to experience)

Otevřenost vůči zkušenosti je chápána jako živá představivost, vnímavost k vnitřním pocitům, citlivost k estetickým podnětům, upřednostňování rozmanitosti, zvědavost a nezávislý úsudek. Jedinci, vysoce skórující v této dimenzi, disponují bohatou fantazií a jsou vnímavější k prožitkům pozitivních i negativních emocí více, než je tomu u uzavřených jedinců. Jsou ochotni experimentovat a zajímají se o umění. Často se chovají nekonvenčně, nebojí se zkoušet nové způsoby jednání a inklinují ke změně. Naopak osoby dosahující nízkých skóre mají tendenci chovat se konvenčně a zastávat konzervativní

postoje. Takoví lidé upřednostňují známé, osvědčené a jejich emoční reakce jsou často utlumeny (Hřebíčková & Urbánek, 2001, str. 44).

Přívětivost (Agreeableness)

Tato dimenze postihuje vztahy k druhým lidem. Charakteristické jsou pro ni přídavná jména jako dobrosrdečný, přívětivý a snášenlivý vs. panovačný, necitelný, egocentrický nebo pomstychtivý (Hřebíčková, 2010, in Blatný a kol., 2010). Typickou charakteristikou jedinců vysoce skórujících na této škále je altruismus. Takoví jedinci mají pro ostatní pochopení a porozumění, dokáží jim projevit přízeň a chovat se k nim laskavě a vlídně. Navíc mají sklon pomáhat a důvěřovat druhým lidem a upřednostňují spolupráci. Nízce skórující osoby projevují tendence znevažovat záměry druhých, spíše s nimi soupeří. Jsou nepřátelští a egocentričtí (Hřebíčková & Urbánek, 2001, str. 44).

Svědomitost (Conscientiousness)

Posledním faktorem Velké Pětky je svědomitost, která postihuje vztah k práci. Zahrnuje vlastnosti jako je pečlivost, spolehlivost, ctizádostivost, cílevědomost a zásadovost na jedné straně a vlastnosti popisující malý zájem o práci a lhostejnost k jejich cílům, ale také nedbalost, nestálost a nepořádnost na straně druhé (Hřebíčková, 2010, in Blatný a kol., 2010, str. 49; Hřebíčková & Urbánek, 2001, str. 44).

Po lepší přehlednost jednotlivých dimenzí si uvádíme *tabulku 1* (viz následující strana), která zachycuje charakteristiky jednotlivých osobnostních dimenzí zjišťovaných NEO pětifaktorovým osobnostním inventářem (Pervin, 1993, in Hřebíčková & Urbánek, 2001).

Lidé s vysokým skórem	Škála	Lidé s nízkým skórem
Napjatý neklidný nejistý nervózní labilní hypochondrický	N: Neuroticismus Zjišťuje míru přizpůsobení nebo emocionální nestabilitu, neuroticismus. Rozlišuje jedince náchylné k psychickému vyčerpání a nereálným ideálům od jedinců vyrovnaných a vůči psychickému vyčerpání odolných.	klidný relaxovaný vyrovnaný stabilní sebejistý spokojený uvolněný
Sociabilní aktivní povídací optimistický zábavný orientovaný na lidi	E: Extraverze Zjišťuje kvalitu a kvantitu interpersonálních interakcí, úroveň aktivace, potřebu stimulace.	uzavřený vážný mlčenlivý orientovaný na úkol tichý
Zvědavý všestranné zájmy originální imaginativní tvůrčí pokrokový	O: Otevřenost Zjišťuje aktivní vyhledávání nových zážitků; toleranci k neznámému a jeho objevování.	konvenční přízemní úzké zájmy neanalytický neumělecký
Konzervativní dobrosrdečný laskavý důvěryhodný pomáhající upřímný důvěřivý	P: Přívětivost Zjišťuje kvalitu interpersonální orientace na kontinuu od soucítění po nepřátelskost v myšlenkách, pocitech i činech.	cynický surový podezřivý nespolupracující pomstychtivý bezcitný
Spolehlivý pracovitý disciplinovaný přesný puntičkářský pořádkumilovný náročný na sebe	S: Svědomitost Zjišťuje individuální úroveň při organizaci, motivaci a vytrvalosti na cíl zaměřeného chování. Odlišuje spolehlivé, na sebe náročné lidi od těch, kteří jsou lhostejní a nedbalí.	nespolehlivý líný bezcílný nedbalý lhostejný bez vůle požitkářský

Tab. 1: Charakteristiky jednotlivých osobnostních dimenzí zjišťovaných NEO pětifaktorovým osobnostním inventářem

Kromě osobnostních charakteristik se v našem výzkumu zaměřujeme na copingové strategie, proto se také v další kapitole podíváme na problematiku zvládnutí stresových situací, ale také na další témata, která s tím souvisí.

2 ÚVOD DO PROBLEMATIKY STRESU

Jak již bylo naznačeno, tak tato kapitola se věnuje především zvládnání stresových situací, které spolu s osobnostními charakteristikami představují předmět zkoumání našeho výzkumu. Nejprve se však v této části zaměříme na pojem stres a na některé jeho teorie (biologické a psychologické pojetí), které je možno využít jako obecnější základny, z níž lze vycházet i při uvažování o zvládnání zátěže. Nastíníme si také, jaké mohou být dopady stresu na zdraví člověka. Poté si rozebereme již zmíněnou problematiku zvládnání zátěže, podíváme se na dva typy zvládnání stresových situací, na obranné mechanismy a copingové strategie. A na závěr si uvedeme několik studií zaměřujících se na zvládnání stresu a problematiku Big Five.

2.1 Stres

Termín stres má své kořeny v latinském slovesu „*stringo, stringere*,“ což je překládáno jako *utahovati, stahovati* či *zadrhovati* (Křivohlavý, 1994). Do češtiny byl tento pojem přeložen z anglického „*stress*“ označující *tíseň, nesnáž, tlak, pnutí* či *obtíž* (Kliment, 2014). V přeneseném smyslu slova lze zjednodušeně říci, že být ve stresu znamená, „*býti v tísní či vystavený nejrůznějším tlakům, které jedince ohrožují*“ (Křivohlavý, 1994). Vymezení tohoto pojmu však není snadné, neboť neexistuje jednotná definice, která by byla všeobecně přijata. Důvodem jsou rozdílné názory jednotlivých autorů zabývajících se touto problematikou. Nicméně Paulík (1995) podotýká, že pojetí stresu lze rozdělit do tří skupin. První tvoří pojetí spojující stres s intenzivním vnějším tlakem na organismus (důsledky tohoto tlaku se označují jako *strain*). Druhá skupina je tvořena názory, které ve stresových situacích kladou důraz na systém vztahu v interakci člověka a prostředí. Hladký a kol. (1993, in Paulík, 1995, str. 41) tvrdí, že v takovém pohledu lze stres chápat jako zvláštní případ obecněji pojaté zátěže. „*Jde tedy o stav, v němž míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu za daných podmínek.*“ Tato míra je podle zmíněných autorů určena podílem expozičních a dispozičních faktorů. Přičemž expozicí se míní všechny požadavky, jimž je jedinec vystaven a kterým musí dostát. Dispozice jsou pak vnímány jako osobnostní předpoklady pro zvládnání kladených nároků. Jinými slovy pro míru zátěže jsou tedy určující na jedné straně nároky kladené na jedince, které představují určitý tlak k jejich splnění, a na straně druhé odolnost jakožto souhrn předpokladů, adaptivních dispozic osobnosti či pracovní kapacita organismu (Hladký a kol, 1993, in Paulík, 1995). A do poslední skupiny lze zařadit chápání stresu jako odezvy na nadměrně zatěžující podněty neboli také stresory.

K nejznámějším představitelům tohoto přístupu k pojmu stres patří např. Selye, který spojuje stres s narušením homeostázy díky působení stresorů různého druhu. Tento autor definoval stres jako „stav projevující se ve formě specifického syndromu, který představuje souhrn všech nespecificky vyvolaných změn v rámci daného biologického systému“ (Selye, 1966, str. 82). Stres tedy nechápal jako zátěž, ale spíše jako způsob, jakým organismus na různé zátěže reaguje. Podobně jako Selye i Šolcová (1995) chápe stres jako proces, jenž vzniká jako reakce na nadměrné požadavky kladené na fyzické i psychické rezervy jedince. Tvrdí, že rozpor mezi těmito požadavky a našimi schopnostmi tyto požadavky splnit, organismus prožívá jako ohrožení vlastní rovnováhy a je připraven na toto ohrožení reagovat.

Jak už jsme si uvedli na začátku této podkapitoly, tak existuje nepřeberné množství definic a pojetí stresu. V rámci naší práce si však neklademe za cíl všechny je zmínit. Všechna uvedená si však můžeme shrnout definicí Křivohlavého (1994, str. 10), podle něhož je „*stresem obvykle myšlen vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.*“

V další podkapitole se podíváme na některé známější teorie stresu, neboť je možno je využít jako obecnější základny, ze které lze vycházet i při uvažování o zvládnání zátěže, na niž v práci cílíme.

2.1.1 Teorie stresu

Teorie stresu lze dělit na teorie biologické a psychologické (Paulík, 2010a). Nejprve se podíváme na biologický výklad stresu, který je výkladem původnějším.

2.1.1.1 Biologické pojetí stresu

Biologický výklad stresu se zaměřuje na převážně neurofyzilogickou a biochemickou odezvu organismu při působení vlivů narušujících jeho rovnováhu. Stres je zde chápán především jako následek vlivů působících na člověka během jejich života z jeho okolí. Přičemž vzájemná interakce proměnných prostředí a osobnosti (včetně individuálních zvláštností odezvy) není popírána, ale zůstává v pozadí (Paulík, 2010a).

Nejvýznamnějším představitelem tohoto pojetí je již zmíněný Selye, který je považován za autora prvního systematické teorie stresu zahrnující problematiku adaptace. Tento autor navazuje na W. B. Canona a jeho poplachovou reakci, při níž se organismus připravuje na boj či útěk (fight or flight). Selye (1983, in Cooper, 1983) stres popisuje jako globální a nespecifickou odpověď organismu na podněty narušující homeostázu. Aby bylo

možno dosáhnout homeostázy, jakožto stavu relativní rovnováhy, musí jedinec neustále reagovat a zvládat měnící se fyzikální, psychické i sociální stránky životního prostředí (Paulík, 2010a). Na tyto požadavky jedince podle Selyeho reaguje tzv. Generálním (obecným) adaptivním syndromem (GAS - *General Adaptation Syndrome*). Termín generální vyjadřuje předpoklad, že jedincovy odpovědi jsou nespecifické, tedy obecné povahy - nemění se typ odpovědi organismu, ale mění se jeho intenzita odpovědi, jež je závislá na intenzitě působícího požadavku (Kliment, 2014). GAS se skládá ze tří fází:

- 1. Poplachová (alarmová) reakce:** V této fázi organismus reaguje na situaci stresu prvotním šokem s neorganizovanými až chaotickými vnějšími projevy a utlumením obranných funkcí. Postupně dochází k určité adaptaci na vzniklou situaci, zvýšení aktivační úrovně organismu díky aktivaci sympatického nervového systému a nadledvin a následné mobilizaci energetických zásob nutných k reakci na ohrožující podnět. Dochází tak k vylučování glukózy, adrenalinu a dalších látek včetně hormonů do krevního řečiště (Selye, 1983). Na úrovni jednání se objevují reakce typu útok nebo útek a na emocionální úrovni je doprovázen hněvem či strachem, popřípadě úzkostí. Taková reakce se někdy označuje jako Cannonův stres (Paulík, 2010a).
- 2. Stadium rezistence:** Dochází zde k relativnímu zklidnění, k doplňování energetických zdrojů pro mobilizaci energie. Přitom je hormonální cestou zajištěna zpětnovazební informace pro centrum s cílem zastavit impulzy k udržování stresové reakce, pokud již není potřebná. Pokud působení stresorů přetrvává a energetické zdroje nestačí na obnovení homeostázy a adaptace není dostatečně účinná, zůstává organismus v pohotovosti a trvalém vypětí (Paulík, 2010a).
- 3. Stadium vyčerpání:** Nastává v případě, kdy je působení zraňujícího stresoru příliš dlouhé a organismus již nemá prostředky na to, aby se adaptoval. Uvedené s sebou může přinášet výrazně negativní důsledky pro organismus, které mohou být fatální. V chování se tento typ reakce projevuje ústupem, rezignací, poddáním se doprovázeným apatií, smutkem a depresí (Selye, 1983).

Kliment (2014) upozorňuje, že jedinec při vystavení působícímu požadavku nemusí nutně projít všemi uvedenými fázemi. Pokud dojde k vyhovění již ve fázi poplachové nebo ve fázi rezistence, tak se GAS nerozvine do své komplexní podoby.

Přestože je Selyeho generální adaptační syndrom stále všeobecně přijímán, současné výzkumy poukazují na skutečnost, že odpověď organismu není na typu podnětu nezávislá, jak soudil Selye, nýbrž je specifická (Paulík, 2010a). Mason (1975) tvrdí, že diferenciaci

stresové odpovědi souvisí s psychickou odezvou, zejména s její kognitivní a emocionální stránkou. V dnešní době výsledky výzkumů poukazují na skutečnost, že k silnějším fyziologickým reakcím dochází v situacích nových nebo neočekávaných. Negativněji působí také zátěžové situace, které jedinec nemůže tak dobře kontrolovat (Ayers & Visser, 2015).

Ačkoliv je Selyeho přístup řazen k biologickým, také on již částečně zohledňoval intervenující dopady psychiky na rozvoj stresové reakce. Předpokládal, že se v situaci stresu uplatňuje vnímání a hodnocení člověka, což určuje, jak vhodným způsobem reagovat na existující podmínky. Psychika se tak podílí na konkrétní odpovědi jedince v nastalé situaci (Kebza, 2011). Tím se dostáváme k druhému pojetí stresu, tedy psychologickému.

2.1.1.2 Psychologické pojetí stresu

Psychologický přístup ke studiu stresu se kromě neurohumorálních dějů zaměřuje na činitele rozvoje či inhibice stresových dějů s důrazem na řídicí a integrující roli mozkové kůry a centrálního nervového systému, které lze jen obtížně, případně vůbec vysvětlit pomocí neurohumorálních mechanismů. Z tohoto hlediska je podstatné, že stres může vzniknout nejen tlakem objektivních nároků a ohrožení organismu, ale i na základě interpretace významu situace a hodnocení míry ohrožení (Paulík, 2010a). Autor dále uvádí, že hodnocení nebezpečí nemusí vycházet pouze z reálného aktuálního stavu věcí, ale jedinec může reagovat stresem i kvůli zkreslení a chybám v hodnocení situace (výrazné podcenění či přecenění nebezpečí) nebo kvůli anticipaci (obavy z ohrožení v budoucnu). Navíc jsou reakce člověka na stresory mnohem různorodější a proměnlivější než samotná endokrinologická odezva.

K nejznámějším koncepcím stresu obsahující tyto poznatky patří koncepce R. S. Lazaruse, který rozlišoval mezi fyziologickým stresem, projevujícím se změnami v organismu, a stresem psychologickým, jenž se projevuje změnami chování a prožívání (Paulík, 2010a). Lazarus (1966) kladl důraz na kognitivní, specificky lidskou charakteristiku zvládání těžkostí lidmi. Zabýval se tím, co se děje v psychice člověka, který se dostává do těžké životní situace. Soustavně studoval specificky lidskou činnost, konkrétněji snahu poznat smysl toho, co se děje; vystihnout, odkud nebezpečí přichází, jakou má povahu, jak moc by mohlo člověka ohrozit a co by se dalo v tomto nebezpečí dělat (Křivohlavý, 2009). Výsledky pozorování formuloval do modelu *kognitivního zhodnocení* (cognitive appraisal) nebo také *dvojitého zhodnocení* (double appraisal), které

dělí na primární a sekundární. *Primární zhodnocení situace* (primary appraisal) se týká zvážení situace z hlediska právě probíhajícího ohrožení (např. vlastní existence, zdraví, sebehodnocení atd.), ale také bral v potaz to, co by se v důsledku dané situace v další fázi děje mohlo stát. V úvahu je potřeba brát, jak objektivní stav světa, tak subjektivní faktory jedince, tedy to, co se odehrává v jeho psychice. V *sekundárním zhodnocení* (secondary appraisal) jde pak o zhodnocení možností daného jedince, jak daný typ ohrožení zvládnout. Jsou zvažovány jednotlivé vlastnosti jedince a stejně tak i jeho zkušenosti se zažívaným ohrožením. I zde lze sledovat jak objektivní, tak subjektivní stránku daného kognitivního procesu (Lazarus & Folkman, 1984, in Křivohlavý, 2009). Kliment (2014) dodává, že pokud dojde ke zhodnocení stresové situace, tak toto zhodnocení není definitivní, ale neustále se mění. Na základě nových informací a zkušeností dochází ke změně vnímání situace a tedy k *přehodnocování* (reappraisal). Pro lepší znázornění uvádíme schéma transakčního modelu psychologického stresu podle Lazaruse (1980, 1981, in Švancara, 2003, str. 6), který naleznete v *příloze 3*. Podle Binarové (1994) subjektivní stránka primárního a sekundárního zhodnocení vysvětluje skutečnost, proč jednotlivci vnímají jednotlivé situace odlišně. Přičemž autorka tvrdí, že subjekt se pak stává stěžejním měřítkem stresujícího účinku nastalé situace. Při percepci, reakcích i zvládnání situací z hlediska subjektu náročných můžeme najít interindividuální, jakožto i intraindividuální rozdíly. Jedincovy stresové reakce tak mohou být různé, neboť došlo k odlišnému zhodnocení nastalé situace.

Lazarus vnesl do našeho poznání toho, jak se člověk chová v situaci ohrožení, důležitý prvek, kterým je respektování kognitivních, emocionálních a konativních (volních) aspektů, a tím doplnil obraz, který načrtl Selye a jeho kolegové fyziologové (Křivohlavý, 2009).

Je zřejmé, že v rámci stresu se jako odpovědi na působící stresor uplatňují souběžně jak odpovědi na úrovni organismu, tak odpovědi na úrovni psychického prožitku. Ve stresu je tak uplatnitelná biologická i psychologická perspektiva. Toho si byl vědom Alexander (1950, in Bartůňková), který si všiml, že při vývoji onemocnění se objeví vnitřní predispozice (zahrnující typ osobnosti, minulé prožitky i vnitřní konflikty), vnější noxy (události, stresory) a zprostředkující mechanismy (autonomní nervstvo a hormony), a vytvořil tak teorii integrující biologické a psychologické pojetí stresu. On byl také první, kdo stanovil sedm prvních psychosomatických onemocnění (bronchiální astma, esenciální hypertenze, neurodermatitida, revmatoidní artritida, ulcerózní kolitida, tyreotoxikóza a duodenální peptický vřed).

V návaznosti na Alexandra a jeho holistické pojetí stresu se v další podkapitole podíváme, jaké možné důsledky stres může mít na zdraví člověka.

2.1.2 Důsledky stresu

Jedním z důvodů, proč se odborníci zajímají o stres, je i ten, jaký dopad má na náš zdravotní stav. Podle toho se rozlišuje pozitivní a negativní působení stresu. Chronický traumatický stres, nazývaný také jako *distres*, je potenciálně neobvykle destruktivní a poškozuje psychické a tělesné zdraví a může ohrozit samotný život. Naproti tomu kladně pojímaný stres neboli také *eustres* je považován za optimální hladinu stresu působící jako tvůrčí a motivační síla, která zvyšuje výkonnost jedince (Večeřová - Procházková & Honzák, 2008). Jak můžeme vidět, tak vliv stresu na osobní pohodu a zdraví člověka nemusí být vždy záporný, i když obecná očekávání především široké veřejnosti takto orientována většinou jsou (Kebza, 2005). A i my se v této práci zaměříme na negativní vliv stresu na zdraví, který je považován za jeden z možných příčin vzniku neurogenního tetanického syndromu. Nicméně je důležité rozlišovat ještě mezi stresem *krátkodobým* a *dlouhodobým*. Krátkodobý stres trvá jen velmi krátkou dobu a následně buď stresový podnět zmizí, nebo se jedinec na daný stresor adaptuje. Většinou není vnímán jako výrazně škodlivý. Za dlouhodobý stres považujeme takový, který přetrvává po delší dobu, a jeho vlivem vznikají dlouhodobější dopady na organismus jak fyzické, tak i ty psychické (Fink, 2016). Z metaanalýzy více než 300 studií publikované v *Psychological Bulletin* vyšlo najevo, že stres způsobuje různé změny v imunitním systému. Některé z nich mohou být prospěšné pro naše zdraví, některé už méně. Záleží na tom, jak dlouho stres trvá a jestli vidíme jeho možné ukončení, vyřešení situace v dohledné době (Song, 2004, in Humpolíček, 2014). Podle Paulíka (2010a, str. 70) lze z časového hlediska určit:

- *bezprostřední projevy zátěže a stresu*, které se člení na psychické reakce a krátkodobé stavy (emoční rozlada, emoční reakce a nálady, únavu a únavě podobné stavy - např. snížená bdělost a ospalost, mentální přesycení, pocit monotonie, ztráta motivace, zřetelný pokles výkonnosti, výpadky koncentrace a krátkodobé paměti), somatické (různé nepříjemné pocity jako bolest hlavy, břicha, svalové spazmy, dále objektivně měřitelné změny funkcí organismu, tepová a dechová frekvence, změny peristaltiky střev) a krátkodobé behaviorální reakce (agresivní a hostilní projevy, stažení se, pasivita atd.);
- *účinky trvalejšího rázu* rozdělené na psychologické symptomy (nespokojenost, únava, vyčerpání apod.), somatické symptomy onemocnění (respirační a oběhové

problémy, potíže motorického aparátu, dlouhodobé bolesti hlavy, přetrvávající sexuální problémy, trvalejší, výrazné a nápadné negativní změny chování atd.), zvýšení nespecifické nemocnosti, poruch duševního zdraví (adaptační poruchy, posttraumatická stresová porucha, krátká reaktivní psychóza apod.).

Křivohlavý (2009) tvrdí, že stres může působit negativně na zdravotní stav jedince buď *přímo*, nebo *nepřímo*. Nepřímým vlivem stresu na zdravotní stav se rozumí vliv stresu na chování člověka (např. na změnu životního stylu - na jeho zdravotně důležité formy a způsoby života). Naopak přímým účinkem stresu na onemocnění autor rozumí obvykle jeho vliv na imunitní, endokrinní nebo nervový systém.

Při zkoumání dopadů stresové zátěže na zdraví organismu se objevují dva přístupy. První z nich propojenost psychiky a somatiky člověka vylučuje. Zastánci druhého, pro nás zásadního, tyto dvě oblasti týkající se člověka spojují do psychosomatiky, respektive somatopsychologie a uvědomují si, že společným činitelem v etiopatogenezi některých nemocí se objevuje stres (Humpolíček, 2014). Tento přístup tedy vychází z toho, že celkový účinek stresových situací na zdraví je výsledkem koincidence řady vlivů objektivní a i subjektivní povahy (zvýšená vnímavost, k nociceptivním vlivům, určité „vyladění osoby s vyšší zranitelností, sníženou imunitou atd.). Mezi nemocí, v jejichž etiopatogenezi se objevuje stres (někdy označovány jako „*nemoci ze stresu*“, případně civilizační choroby), jsou často řazeny ischemická choroba srdeční, vysoký krevní tlak, vředová onemocnění dvanáctníku a žaludku, migréna či astma a další (Paulík, 2010a).

Tab. 2 ukazuje, jaký vliv můžeme mít stres na jednotlivé tělesné systémy (volně Beech, 1987, in Křivohlavý, 1994).

Systém	Účinek
Kardiovaskulární	hypertenze, koronární choroba srdce
Nervový	migréna, poruchy spánku, svalový spasmus
Dýchací	astma, hyperventilace, psychogenní kašel
Dermatologický	ekzémy a jiné druhy kožních onemocnění
Genitourinální	impotence, organismická dysfunkce aj.
Imunologický	snížená rezistence k nemocem, únava a letargie
Endokrinní	hypo/hyperkalcémie, hypotyreóza aj.
Trávicí	žaludeční vředy, obezita, mentální anorexie aj.

Tab. 2: Vliv stresu na jednotlivé tělesné systémy

2.2 Zvládání stresu

Problematiku zvládání stresu, plynoucího z životních těžkostí a překážek, můžeme v psychologické literatuře najít také pod pojmem *coping*. Tento termín má své kořeny v řeckém slově *colaphos*, což v zápasnické terminologii znamená „přímý úder na ucho“. Jinak řečeno to znamená s někým bojovat, poprat se, snažit se ho přemoci, a tak se s ním vypořádat, zvládnout ho, popřípadě podrobit ho vlastní vůli a v tomto smyslu pak i zvládnout životní krizi, konfliktní napětí či jiné překážky. V české literatuře pak můžeme najít i termín *koupink*, tedy počeštěné anglické slovo *coping*, vyjadřující vypořádání se s mimořádně obtížnou, téměř nezvládnutelnou situací nebo stačit na neobvykle těžký úkol (Křivohlavý, 1994). Jako u většiny psychologických termínů ani v tomto případě nepanuje shoda při definování pojmu *coping*. Můžeme si však uvést definici Lazaruse, která se v psychologii zdraví traduje již více než dvacet let a z níž v naší práci vycházíme: „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších a vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje“ (Lazarus, 1966, in Křivohlavý, 2009, str. 69). Podle něj *coping* zahrnuje aktivity, reakce či odpovědi jedince, které mají snížit dopad působícího stresu na jedince. Cílem je vyrovnat se s nastalou situací, aby byla ve vztahu k jedinci únosná, a tedy i zvládnutelná. Zvládací odpovědi mají jedinci napomoci uchovat si pozitivní sebeobraz, mají vést k udržení emocionální rovnováhy a připravit jedinci podmínky k tomu, aby zregeneroval poté, až zátěž opadne (Cohen & Lazarus, 1979). Folkmanová, Lazarus, Gruen a DeLongis (1986, str. 572) navazují na předešlou definici *copingu* a charakterizují ho jako „*behaviorální a kognitivní odpovědi související s úsilím osoby eliminovat, zvládat či tolerovat vnitřní nebo vnější tlaky a tenze pocházející z interakce osobnosti a prostředí.*“ Šolcová, Lukavský a Greenglass (2006, str. 149) tvrdí, že pokud je *coping* chápán jako kognitivní a behaviorální úsilí, pak se z toho vymezení vytrácejí afektivní duševní děje, jež jsou jednotlivými kognitivními a behaviorálními procesy vyvolány a zpětně ovlivňují jejich průběh. Z tohoto důvodu autoři uvádí, že „*zvládání představuje průběžně se odehrávající kognitivní, behaviorální a emoční snahy či úsilí člověka zvládnout vnější či vnitřní nároky, se kterými se střetává v rámci svého života v obklopujícím prostředí.*“ Podle nich emoční odezvy však ve sledovaných procesech nevystupují anonymně, jsou totiž vázány na zmiňované kognitivní a behaviorální snahy. Lazarus (1991a) tvrdí, že na úrovni emočního prožitku jedince, který se nachází v situaci stresu, se mohou vyskytovat velmi ambivalentní emoce, což má vliv i na průběh souvisejících kognitivních procesů, jakož i podob jednání jedince.

Domnívá se, že myšlení i jednání jedince v této situaci bude do jisté míry katatymně zkresleno, což se projeví jistou nekonzistencí a nepředvídatelností. Rozlišil celkem 16 základních emocí, které vystupují ve stresových situacích během zvládací reakce. Negativními emocemi jsou hněv, úzkost, znechucení, závist, strach, pocity viny, žárlivost, smutek a stud. K pozitivním emocím řadí štěstí, lásku, hrdost a úlevu. A konečně smíšenými emocemi jsou naděje, soucit a vděčnost. Zmíněné emoce jsou podle Lazaruse (1991b), s ohledem na vyvolávající situaci, vymezovány způsobem, který znázorňuje *tab. 3a*.

Hněv	Byl vystaven ponižujícímu činu.
Úzkost	Čelil nejistotě, existenciální hrozbě.
Zděšení	Čelil bezprostřední, konkrétní a zdrcující fyzické hrozbě.
Pocit viny	Porušil morální příkaz.
Hanby	Nezachoval se v souladu se svým ideálním Já.
Smutek	Prožil situaci nezvratné ztráty.
Závist	Chtěl by to, co má někdo jiný.
Žárlivost	Nesnášel někoho třetího, který ho ohrozil či zbavil lásky a přízně někoho druhého.
Znechucení	Přijal odpor vyvolávající objekt nebo ideu, popřípadě jim byl velmi blízko.
Štěstí	Nastal přiměřený pokrok ve směru k vytyčenému cíli.
Láska	Toužil nebo sdílel lásku s druhou osobou.
Hrdost	Posílil vlastní identitu tím, že buď dosáhl cenného cíle či úspěchu, nebo toho dosáhl někdo blízký, s nímž se identifikoval.
Úleva	Stresová situace se zlepšila nebo úplně odezněla.
Naděje	Bál se nejhoršího, ale věřil v pozitivní obrat.
Soucit	Obrátil se k trpícím, kteří potřebovali pomoc.
Vděčnost	Ocenil altruistický čin určený vlastní osobě, který mu prospěl.

Tab. 3: Šestnáct základních emocí objevujících se během zvládnání stresové situace

V rámci definice zvládnání bývá zdůrazňována skutečnost, že probíhající aktivita v podobě odpovědi na působící stres má být jedincem v jisté míře uvědomována (copingové strategie), což ji odlišuje od jiného typu reakcí, kterými jsou obranné mechanismy (Paulík, 2010a). V dalších podkapitolách se zaměříme na oba uvedené typy reakcí na stres. Začneme těmi nevědomými, které představují již zmíněné obranné mechanismy, a poté si podrobněji rozvedeme problematiku copingových strategií.

2.2.1 Obranné mechanismy

Jak už jsme si naznačili, tak obranné mechanismy jsou více či méně neuvědomované „*vnitřní strategie, jimiž řešíme rozpory a vyrovnáváme se se zkušenostmi neslučitelnými s naším sebepojetím*“ (Vymětal, 2003, str. 63). Samy o sobě nemění stresovou situaci,

ale mění (mnohdy zkresleně) hodnocení a prožívání vnímané reality (Paulík, 2010a). Vašina (2002, str. 63) smysl obranných mechanismů popisuje jako „*ochrannou neboli nárazníkovou zónu, která nás má ochránit před stresory tak, abychom měli čas aktivovat své síly proti psychické bolesti, utrpění, strádání, úzkosti a dalším. Umožňují nám odstup a dostatečný čas pro nalezení a použití vhodné strategie řešení.*“

Podrobně se obrannými mechanismy zabýval Freud (1926, in Křivohlavý, 1994), který popsal devět obranných mechanismů: 1. vytěsnění obtížných situací a nepříjemných zážitků z vědomí (*represe*); 2. ústup do vývojově mladšího stadia (*regrese*); 3. sebeobviňující chování (*turning against self*); 4. chování, které je v protikladu k tomu, co by daná osoba ve skutečnosti sama nejraději dělala (*reaktivní výtvor*); 5. odčinění chyby opravou původního jednání; 6. promítání vlastních záměrů do volní sféry druhých lidí (*projekce*); 7. promítání údajů zvenčí do vlastního nitra (*introjekce*); 8. vyhýbání se styku a jednání s druhými lidmi (*sociální izolace*) a 9. formování opačných postojů, než daná osoba ve skutečnosti zaujímá (*reversal*). K tomuto souboru obranných mechanismů Freudová (2006) ještě přidala čtyři další: *identifikaci s agresorem, altruistické sebepodání* (ukazující jedince v rádobý dobrém světle), *popírání a intelektualizaci*. V současné psychologické literatuře máme zhruba 40 různých druhů obranných mechanismů, neklademe si však za cíl je zde všechny zmínit. Pro nás jsou důležité ty, které jsou součástí dotazníku *Defense Style Questionnaire* (DSQ 40), který jsme použili v rámci našeho výzkumu. Konkrétně se jedná o dvacet obranných mechanismů:

1. Agování (*Acting out*) - spočívá v přímém vyjádření nějakého nevědomého přání nebo impulsu prostřednictvím chování za účelem vyhnutí se emocionálnímu prožitku (Plháková, 2003).

2. Anticipace (*Anticipation*) - jedinec předvídá nějaký možný problém a připravuje se na jeho řešení a zvládnutí (Plháková, 2003).

3. Autistická fantazie (*Autistic fantasy*) - má podobu nadměrného denního snění, které nahrazuje mezilidské vztahy, efektivnější konání nebo za řešení problému (DSM-IV, 1994).

4. Devalvace (*Devaluation*) - připisování sobě nebo druhým přehnaně negativní vlastnosti (Grambal, Praško & Kasalová, 2017).

5. Disociace (*Disociation*) - jedinec se vyrovnává se stresovou událostí odtržením obvykle integrovaných funkcí vědomí, paměti, vnímání sebe nebo okolí (DSM-IV, 1994).

- 6. Humor** (*Humor*) - jedinec se vyrovnává se zátěžovou situací prostřednictvím zábavného či ironického aspektu dané situace. Za obranný mechanismus ho považujeme pouze v případě, kdy ho jedinec uplatňuje na sobě samém (DSM-IV, 1994).
- 7. Idealizace** (*Idealization*) - připisování sobě nebo druhým přehnaně dobré vlastnosti (Grambal, Praško & Kasalová, 2017).
- 8. Izolace** (*Isolation*) - při této obraně jsou určité zážitky, respektive vzpomínky na ně, zbaveny svého afektivního náboje, vytrženy z asociativních vztahů (Plháková, 2003).
- 9. Odčinění** (*Undoing*) - jedinec vykonává nepříjemné nebo jinak náročné úkony, aby „napravil“ své nevhodné chování či myšlenky (Křivohlavý, 1994).
- 10. Pasivní Agrese** (*Passive aggression*) - snaha vyrovnat se s danou zátěží nepřímým a nekonfliktním vyjadřováním agrese vůči druhým. Pod povrchem se ukrývá vzdor, hněv a hostilita (DSM-IV, 1994).
- 11. Popření** (*Denial*) - jedinec se brání tím, že přijímá jen takové informace, které pro něho nejsou ohrožující, resp. nepříjemné. Skutečnost, která by pro něj byla traumatická, neakceptuje (Vágnerová, 2008).
- 12. Projekce** (*Projection*) - tendence promítat své vlastní potřeby a motivy do jednání jiných osob. Často jde o připisování vlastních chyb druhým, resp. očekávání takového chování, k němuž jedinec sám má sklony (Paulík, 2010a).
- 13. Přesun** (*Displacement*) - spočívá v přesměrování intenzivních citů vůči určitému objektu či situaci na jiný předmět, na němž člověku příliš nezáleží a který není tak výrazně emocionálně „obsazen“ jako původní objekt (Plháková, 2003).
- 14. Pseudoaltruismus** (*Pseudoaltruism*) - jedinec pomáhá ostatním nebo předstírá, že jim pomáhá, avšak nevědomě sleduje své cíle, maskuje tak svou vůli nevědomě manipulovat a kontrolovat druhé (Freudová, 2006).
- 15. Racionalizace** (*Rationalization*) - pokus o zvládnutí zátěžové situace jejím zdánlivě logickým přehodnocením. Umožňuje zastření tíživých problémů jejich přijatelnějším, i když ne zcela přesným a správným způsobem výkladu (Vágnerová, 2008).
- 16. Reaktivní Formace** (*Reaction formation*) - jedinec utváří a projevuje opačné postoje, než ve skutečnosti zaujímá a chová se protikladně k tomu, než jak by se ve skutečnosti choval (Paulík, 2010a).
- 17. Somatizace** (*Somatization*) - přenos psychického napětí do tělesné oblasti (DSM-VI, 1994).

18. Sublimace (*Sublimation*) - transformace nedostupného způsobu uspokojení v jiný, který je dostupný a přijatelný, např. neuspokojená sexuální potřeba se uvolňuje pomocí jiné aktivity - umělecké, sportovní atd. (Vágnerová, 2008).

19. Suprese (*Suppression*) - také nazýváno jako potlačení. Spočívá v odsunutí nepříjemností či problémů na okraj vědomí s tím, že se jejím řešením budeme zabývat později, až na to bude vhodná doba (Plháková, 2003).

20. Štěpení (*Splitting*) - jedinec vnímá sebe i druhé lidi buď jako úplně dobré, nebo úplně špatné. Nedaří se mu integrace a současné přijetí kladných i záporných lidských vlastností (Plháková, 2003).

Autoři zmíněného dotazníku (Andrews, Singh & Bond, 1993) rozdělují tyto obranné mechanismy na **zralé** (*sublimace, humor, anticipace a suprese*), **neurotické** (*odčínění, pseudoaltruismus, idealizace a reaktivní formace*) a **nezralé** (*projekce, pasivní agrese, agování, izolace, devalvace, autistická fantazie, popření, přesunutí, disociace, štěpení, racionalizace a somatizace*). Podrobněji se na dotazník DSQ 40 ještě podíváme v empirické části.

Podobně i Vaillant (1977, in Paulík, 2010a) rozlišuje obranné mechanismy na **nezralé**, které lze označit také jako „**nezdravé**“ (obranu neurotické, psychotické, obrany vycházející z poruch osobnosti). Kromě nich podle něj existují i **zralé**, případně „**zdravé**“ obrany, jako jsou např. odreagování pomocí jiných pozitivně zaměřených aktivit (sport apod.), humorného nadhledu, altruistického chování atd. Někteří autoři (např. Balcar, 1991) však obranné mechanismy nepovažuje za zralé či adaptivní způsoby vyrovnávání se se stresovou situací, ale spíše za náhradní a neplnohodnotné způsoby podléhající různým subjektivním zkreslení a klamům. Také Křivohlavý (1994) v souvislosti s obrannými mechanismy hovoří o riskantních a nebezpečných způsobech zvládnání stresu. Přesto však tvrdí, že za určitých okolností jejich dopad na jedince může být i adaptivní (např. ztráta velmi blízké osoby, kdy popření skutečnosti může být z krátkodobého hlediska ve vztahu k truchlícímu úlevné a pro daný moment i prospěšné). Na druhé straně za adaptivnější způsoby zvládnání stresu jsou považovány copingové strategie. Společným znakem obranných mechanismů a copingových strategií je to, že ovlivňují emoce a snižují nežádoucí stres, jsou dynamické a potenciálně vratné, navíc se rozvíjejí věkem a je u nich možno rozlišit dílčí složky (Paulík, 2010a). Odlišné charakteristiky těchto dvou typů reakcí na stresové situace zachycuje *tab. 4* na následující straně (podle Ericksonové, Feldmana & Steinera, 1997, in Paulík, 2010a, str. 78-79).

Obranné mechanismy	Copingové strategie
Obsahují implicitní operace.	Obsahují explicitní operace.
Aktivovány intrapsychicky.	Aktivovány prostředím, okolnostmi.
Obtížněji pozorovatelné	Snadněji pozorovatelné.
Jedinec si je neuvědomuje.	Jedinec je ovládá vůlí.
Determinovány osobnostními rysy.	Determinovány jak osobnostně, tak situačně.
Základem je instinktivní chování.	Základem jsou kognitivní procesy.
Nepředchází zhodnocení situace.	Předchází zhodnocení situace i vlastních možností.
Výsledkem je automatické chování.	Výsledkem je promyšlené chování.

Tab. 4: Odlišné charakteristiky obranných a zvládacích reakcí

2.2.2 Copingové strategie

V rámci zvládnání zátěže někteří autoři ještě od sebe rozlišují pojmy copingové (zvládací) strategie a copingové styly. Copingové styly lze chápat jako obecnější, stabilnější charakteristiky chování v zátěžové situaci více osobnostně zakotvené a podložené i vrozenými činiteli. Oproti tomu copingové strategie jsou pojímány jako volby postupů více situačně ovlivněné a přihlížející k daným podmínkám. Strategie jsou méně obecné než styly. Jsou také více podmíněné učením konkrétních úkonů než styl zvládnání (Paulík, 2010a). Ten dále tvrdí, že určitý styl se projevuje v preferenci jistých strategických postupů. Můžeme tedy říci, že ve vztahu ke stylu lze zvládací strategie chápat jako prostředek realizace přihlížející v jeho rámci k aktuálnímu psychosomatickému stavu jedince a k vnějším situačním podmínkám. Lazarus (1993) rozdělil zvládací strategie podle jejich *zaměření na problém (problem-focused coping)* a *na emoce (emotion-focused coping)*. Tyto typy se prosazují podle výsledku hodnocení. Pokud subjekt usoudí, že dokáže tento problém zvládnout, zvolí si coping zaměřený na problém, který je založený na přímé akci, v úsilí získat a využít potřebné informace a uplatnit je při změnách vlastního chování nebo při aktivních zásazích do prostředí, ale i ve vyhledávání pomoci od druhých lidí. Pokud však subjekt při hodnocení dané situace dojde k závěru, že se nic dělat nedá, převládne coping zaměřený na emoce, který spočívá ve snaze o regulaci emočního doprovodu stresových situací přinášejících škody nebo jejich riziko. Jedinec se zpravidla snaží vyhnout myšlenkám na ohrožení, mění názor na to, co se děje nebo co se bude dít, dává událostem a jevům jiný význam apod. (Paulík, 2010a).

Atkinsonová (in Koukola, 1999) strategie zaměřené na zvládání emocí dělí na tři kategorie:

1. **Ruminační strategie** jsou charakteristické potřebou neustále přemítat o svém negativním emocionálním stavu a o důsledcích stresových událostí.
2. **Vyhýbavé strategie** představují činnosti, které jedince sice mohou vytrhnout z nepříjemného rozpoložení, ale jsou zároveň potenciálně nebezpečné. Jde o požívání alkoholu, drog a jiných omamných látek, hazard atd.
3. **Rozptylující strategie** zahrnují provádění příjemných činností (sportovní aktivity), které vedou k posílení jedince a zvýšení jeho pocitu kontroly nad situací.

Křivohlavý (2009) uvádí, že se se strategií řešení problému setkáváme již u malých dětí, kdežto strategie zaměřené na emoce se objevují až u adolescentů. Folkmanová a Lazarus (1980) tvrdí, že tyto dvě strategie se obvykle vyskytují u dospělých současně. Strategie zaměřené na problém se objevují častěji např. v pracovních konfliktech. Oproti tomu strategie zaměřené na emoce jsou častější v rodinných rozepřích. Kromě těchto dvou typů strategií zvládání stresu Carver, Scheier a Weintraub (1989) rozlišují ještě třetí skupinu *dysfunkčních způsobů zvládání*, které charakterizují jako projevy negativních emocí, mentální a behaviorální oddálení (snaha odpoutat se od problému zaměřením na jiné aktivity, projevy pasivity, bezmoci rezignace na cíle) a snahu uniknout z obtížné situace a vyhnout se nutnosti jejího řešení pomocí drog.

Podobně i Amirkhan (1990) zahrnuje mezi základní způsoby zvládání strategie řešení problému, vyhýbání, ale také hledání sociální opory. V literatuře však lze najít i mnohem rozsáhlejší přehledy způsobů zvládání např. od Folkmanové, Lazaruse, Dunkel-Schettera, DeLongise a Gruena (1986), kteří sledovali celkem 85 manželských párů a zaznamenávali v průběhu šesti měsíců stresové situace a jejich způsoby zvládání. V této studii byly diagnostikovány následující strategie zvládání stresu:

1. Konfrontační způsob zvládání stresu.
2. Hledání sociální opory.
3. Plánované hledání řešení problému.
4. Sebeovládání (uklidnění emocionálního vzrušení).
5. Distancování se od dění.
6. Hledání pozitivních stránek dění.
7. Přijetí osobní odpovědnosti za řešení situace.
8. Snaha vyhnout se stresové situaci a utéct z ní.

Na základě tohoto výzkumu byl sestaven diagnostický nástroj Dotazník způsobů zvládnání stresu (WCO - Ways of Coping). Není to jediný dotazník zaměřený na zjišťování strategií zvládnání stresu. Známý je např. i dotazník zvaný Míra zvládnání (Cope Measure, CP), který vytvořila již zmíněná autorská trojice Carver, Scheier a Weintraub (1989). Pro náš výzkum jsme však použili dotazník Strategie zvládnání stresu (SVF 78 - Stressverarbeitungsfragebogen), jehož autoři jsou Janke a Erdmannová (1997). Tento dotazník je zkrácenou verzí SVF 120 a do češtiny byl poprvé přeložen Švancarou (2003). Blíže si jej popíšeme až v empirické části. Nicméně je důležité zmínit, že Janke s Erdmannovou (2003, in Švancara, 2003) dělí strategie zvládnání stresu z hlediska *druhu, zaměření, funkce* a jejich *účinnosti*. Podle druhu rozlišili *strategie na akční* (směřující k jednání) a *intrapsychické*. K základním akčním strategiím se řadí *útok, útek, nečinnost, navázání sociálního kontaktu, sociální uzavřenost*, jakož i mnohé *komplexní činnosti a řetězce jednání*, které směřují ke změně nebo odstranění zátěžové situace anebo reakce na zátěž. Kdežto intrapsychické strategie zvládnání stresu se vztahují ke kognitivním procesům, jako je vnímání, představy, myšlení i emočně motivační stavy. Mezi intrapsychické strategie zvládnání stresu tato dvojice autorů řadí *odklon, podceňování, popírání a přehodnocení stresoru* a stresové reakce, jakož i *zdůraznění a nadhodnocení vlastních zdrojů* vzhledem k možnosti překonat stresor či stres. Další dělení je podle *cílenosti jednání a funkce*, kdy tvrdí, že diferencovat lze především na podkladě zjištění, zda se způsoby vztahují spíše na reakci při zátěži (stres) nebo na zátěžovou situaci (stresor), čímž se vztahují na reakci při zátěži nepřímo. V tomto případě se pak všechny uvedené akční a intrapsychické způsoby zpracování dělí na *situačně orientované* (zaměřené na stresor) nebo na *reakci orientované* (zaměřené na stres). Posledním dělením těchto autorů je podle posouzení účinnosti různých způsobů zvládnání stresu. Uvádí, že „*akční a intrapsychické způsoby, zaměřené na stres či na stresovou reakci, mohou mít rozdílnou účinnost*“ (Janke & Erdmann, 2003, in Švancara, 2003, str. 7). Ovlivňují tedy různou mírou stav stresu nebo jeho důsledky. Podle směru působení pak lze rozlišit způsoby stres *snižující* nebo *zvyšující*. Přičemž *směr a intenzita efektivity* určitého způsobu zpracování jsou dále závislé na *situačních souvislostech*, na *druhu a intenzitě stresorů* a na *charakteristikách osob* (Janke & Erdmann, 2003, in Švancara, 2003). Tito dva autoři jsou zastánci *interakčního přístupu* při zvládnání stresových situací, který kombinuje *situační* (zdůrazňující vliv situace jako určující příčinu chování) a *dispoziční přístup* (zvládnání stresu je stabilní predispozice reagovat na stres určitým způsobem) a usiluje o překonání jejich jednostrannosti. Jak už vyplývá z názvu, tak tento přístup zdůrazňuje interakci

mezi jedincem a prostředím, do níž na jedné straně osobnosti vstupují kognitivní, motivační a emoční faktory a na straně druhé psychologický význam situace. Chování je určováno situačním kontextem. Výběr konkrétní copingové strategie tedy není závislý pouze na situaci, ale na environmentálních omezeních a zdrojích, a na osobnosti, jejích potřebách a schopnostech. Při hodnocení situace zde nastupuje subjektivní vnímání reality v závislosti na osobnostních vlastnostech, jako je např. extraverte, neuroticismus a další (Výrost & Slaměník, 2003).

Jak jsme si nastínili, tak osobnostní charakteristiky hrají také významnou roli v problematice zvládnání stresových situací. V další podkapitole se proto podíváme na studie zaměřené jednak na interakční přístup v chápání copingových strategií, ale také na studie hledající souvislosti mezi copingovými strategiemi a vybranými osobnostními charakteristiky v pojetí Big Five, které jsou pro náš výzkum zásadní.

2.3 Dosavadní výzkumy

Při zkoumání copingových strategií u některých autorů (např. Houston, 1978; Houston & Holmes, 1974; Averill & Rosenn, 1972; Monat, Averill & Lazarus, 1972; Plollack, 1971, in Švancara, 2003) převládá již zmíněný dispoziční přístup. Tito autoři chápou způsoby zvládnání zátěžových situací jako habituální rysy osobnosti, které jsou relativně stabilní v čase (hovoříme o jakési *časové konstantě*). Podle Švancary (2003) předpoklad této časové konstanty předpokládá dostačující spolehlivost, že se tyto způsoby reagování budou opakovat v delším časovém horizontu. Přičemž způsoby, jež jedinec při zpracování stresu využívá, jsou relativně nezávislé na druhu zátěžové situace, což představuje tzv. *situační konstanta*. Dále uvádí, že „*předpoklad nezávislosti na druhu zátěžové situace implikuje, že určité způsoby zpracování stresu nejsou specificky užívány pouze v určitých zátěžových situacích*“ (Švancara, 2003, str. 8). Dle jeho slov se tento předpoklad může jevit jako neoprávněný, protože zase jiné studie se přiklánějí k situační specifičnosti způsobů zpracování stresu (kupř. Dohrendwend & Martin, 1979; Ilfeld, 1980; Lazarus & Longo, 1953; Rösler & Kühl, 1981, in Švancara, 2003). Celkový přehled o stavu diskuse k otázce situační specifičnosti a všeobecnosti strategií zpracování stresu poskytli zejména autoři Moos a Billings, ale i Haan v *Handbook of Stress* (Goldberger & Breznitz, 1982, in Švancara, 2003) a rovněž přehledová studie Lauxe (1983, in Švancara, 2003). Z této diskuse vyplývá, že na otázku, nakolik je třeba brát v úvahu situačně specifické či individuálně konstantní reakce, lze odpovědět pouze s přihlédnutím na vymezení výzkumného problému (Švancara, 2003). (Janoff-Bulman, 1989; Moos

& Schaefer, 1986, in Tůma, 2006) také tvrdí, že i když jsou osobnostní rysy považovány za vysoce stabilní, tak i zde může docházet ke změně či vývoji, a to zejména právě v situacích zvládání náročných životních událostí. Jedním z předpokladů interakčního přístupu je důraz na možnost ovlivnění osobnosti člověka stresem, zejména pak rané setkání jedince se stresem může ovlivnit jeho budoucí copingové snažení.

Současné výzkumy zabývající se interakčním přístupem při zvládání stresových situací se již nesnaží vysvětlit, zda se na copingovém chování či stylu podílí výrazněji osobnost nebo situace, ale do jaké míry se obě proměnné v copingu účastní a případně jaká je jejich interakce Kohoutek (2003, in Tůma, 2006). Můžeme tak nacházet rozdílnou úroveň uplatnění obou komponent u jednotlivých strategií zvládání zátěže (např. Blatný, Kohoutek, Janušova, 2002 in Tůma, 2006), stejně jako můžeme předpokládat i rozdíly v interakci jednotlivých složek na základě úrovně měřeného rysu osobnosti, a ostatně nelze vyloučit ani složitěji zprostředkované vazby (Tůma, 2006).

V další podkapitole se podíváme, zda existují nějaké souvislosti mezi copingovými strategiemi a vybranými osobnostními charakteristikami v pojetí Big Five, na něž ve výzkumu také cílíme.

2.3.1 Souvislosti mezi copingovými strategiemi a vybranými osobnostními charakteristikami v pojetí Big Five

Studiem vztahu mezi copingovými strategiemi a vybranými osobnostními charakteristikami se zabývalo mnoho autorů, např. Afshar, Roohafza, Keshteli, Mazaheri, Feizi et al. (2015), Bolger (1990), Boyes & French (2010), Carver & Connor-Smith (2010), El-Shenawy (2008), McCormick, Dowd, Quirk a Zegarra (1998), Szrajda, Tudorowska, Kujawski, Weber-Rajek, Sygit-Kowalkowska, Kobos et al. (2017) a další. Tito autoři svými výzkumy potvrdili předpoklad, že osobnostní charakteristiky sehrávají určitou roli ve zhodnocení zátěžové situace, ale i při hledání možností ji zvládnout. K tomuto názoru se přiklání i Bolger a Schilling (1991), kteří dále tvrdí, že osobnostní dispozice mohou vysvětlit také to, proč se někteří lidé dostávají do stresogenních situací a jiní ne. Navíc podle nich osobnost může ovlivnit způsob, jakým lidé reagují ve stresových situacích, což je dáno tím, že jednotlivé osobnostní charakteristiky se spojují s preferencí určitých vzorců chování (stylů, strategií zvládání) v různých zátěžových situacích. To potvrzuje kupř. současná studie od Szrajdy et al. (2017), jenž zkoumá úroveň korelace mezi osobnostními charakteristikami (v pojetí Big Five) a zjevnými copingovými styly u 68 důstojníků hasičských sborů. Tito jedinci vykazovali relativně vysoké hodnoty

v dimenzi extraverze a svědomitosti, které pozitivně korelovaly se zvládacím stylem orientovaným na úkol a negativně s neuroticismem, v němž tato výzkumná skupina dosahovala nízkých hodnot. Kromě toho zjistili, že neuroticismus pozitivně koreluje se zvládacími styly zaměřenými na emoce.

Bolger (1990) tvrdí, že právě míra neuroticismu jedince nejvíce ovlivňuje při výběru copingových strategií pro zvládnutí stresové zátěže. Podle Paulíka (2012) je neuroticismus spojován se strategií *vyhýbání se problému* (fantazijní únik či sebeobviňování) a se strategiemi *zaměřené na emoce*. Toto tvrzení potvrzuje i Boyes s Frenchem (2010), kteří ve své studii zjistili, že osoby vysoce skórující v dimenzi *neuroticismu* využívají ve stresující situaci častěji strategie *zaměřené na emoce* či strategii *vyhýbání se problémům*. Navíc tito jedinci pociťovali situaci za více stresující než ostatní. Podobně i Afshar et al. (2015), kteří se ve své průřezové studii zaměřovali na vztah mezi osobnostními charakteristikami Big Five, copingovými strategiemi a úrovní prožívaného stresu, zjistili, že *neuroticismus* je ze všech pěti dimenzí nejvíce rizikovým faktorem pro vyšší výskyt stresu. Paulík (2012) uvádí, že nízké skóre *neuroticismu* (představující emoční stabilitu) se pojí s pozitivními emocemi, optimistickým pohledem na svět a s nízkou mírou úzkostnosti, obav či smutku. V souvislosti se zátěží je pak emoční stabilita příznačná svým přístupem k problémům se snahou je řešit. Naopak nedostatek stability lze dít podle tohoto autora do souvislosti např. s tendencemi k volbě copingu zaměřeného na vlastní emoce a snaze vyhýbat se ohrožení. Uvádí, že pouhá přítomnost emocionálního rozrušení může narušovat snahy o plánovité zvládnutí zátěže. V jiném jeho výzkumu (Paulík, 2010b) se navíc projevila tendence s rostoucí emoční stabilitou vnímat a posuzovat vlastní zátěž jako nižší. Emočně stabilní jedinci této studie častěji ve stresových situacích volili *pozitivní reformulování situace* (přeznačení) a méně často vyhledávali *emoční sociální oporu, únik do drog* ve snaze redukovat emoční negativní tenzi či *sebeobviňování*.

Paulík (2012) ve své publikaci o psychologických aspektech zvládnutí zátěže muži a ženami popisuje i zbývající osobnostní charakteristiky „*Velké Pětky*“ v souvislosti s copingovými strategiemi, tou další je extraverze, která je v obecném smyslu spojena se sociabilitou, živostí, energičností, pozitivní afektivitou, sebejistotou, citlivostí vůči odměnám, zálibou ve změně a vzrušením. To se může projevovat v aktivním přístupu k problémům, v ochotě zkoušet nová řešení či v odvaze přijmout rozhodnutí (Paulík, 2012). Na druhou stranu autor v této dimenzi osobnosti vidí riziko spojené s tendencemi k povrchnímu hodnocení situace, lehkomyšlnosti až ukvapenosti v jednání. Dalším výzkumem zabývajícím se vlivem extraverze na volbu copingových strategií je např. studie

Balaščíkové a Blatného (2003), kteří referují o souvislosti extraverze se strategií vyjadřování emocí. Naopak introverze je spojována se sociální izolací.

Otevřenost vůči zkušenostem může být podle Paulíka (2012) výhodná pro úspěšné zvládnání zátěže i prevenci stresu díky svým charakteristikám (intelekt, kultivovanost, zvědavost a tvořivost s bohatou fantazií, vnímavost k vnitřním pocitům, zaujetí novými zkušenostmi a dojmy), které se mohou uplatnit při zpracování potřebných informací a volbě vhodných copingových strategií i při kritickém přehodnocování stávajících pravidel, zvyklostí či již osvědčených postupů. Carver a Connor-Smith (2010) tvrdí, že tyto tendence mohou být spojeny s příklonovými copingovými strategiemi jako je řešení problému a kognitivní restrukturační, ale mohou podporovat také odklonové strategie založené na snaze o fantazijní únik.

Přívětivost jako proměnná z oblasti interpersonálních vztahů a chování vůči druhým lidem se vyznačuje zejména afiliací a altruismem (Paulík, 2012). Jedinci s vysoce skórující v této dimenzi vystupují v interpersonálních vztazích jako osoby laskavé, chápající a pomáhající, což může příznivě ovlivnit jejich sociální atraktivitu i možnost získání sociální opory (Balaščíková & Blatný, 2003). Tito autoři také zjistili blízký vztah přívětivosti s kognitivní restrukturační. Naopak nízké skóre přívětivosti je spojováno s egoismem, nedostatkem respektu k ostatním a upřednostňování soutěživosti před spoluprací, což v tomto případě pravděpodobnost nalezení sociální opory snižuje (Paulík, 2012).

Svědomitost je založena na aktivní sebekontroli (plánování, organizaci a realizaci cílů) Jedinci mající vysoký skóre v této proměnné jsou cílevědomí, vytrvalí, systematictí, disciplinovaní, spolehliví a přesní (Paulík, 2012). Carver a Connor-Smith (2010) tvrdí, že zodpovědnost a disciplinovanost pravděpodobně podporuje tendence řešit problémy s využitím kognitivní restrukturační a snižuje příklon k negativním myšlenkám a emocím. Na druhé straně upozorňují, že přehnaná svědomitost může mít i negativní důsledky pro interpersonální vztahy, kde může vadit přílišné lpění na pořádku, případně workoholismus. U takto přehnaně svědomitého jedince by se pak mohla častěji objevovat copingová strategie sociální izolace (Balaščíková & Blatný, 2003).

El-Shenawy (2008) v rámci svého výzkumu také zkoumal roli zmíněných pěti faktorů osobnosti při volbě strategií zvládnání stresu, ale tentokrát z hlediska rozdílů mezi pohlavími. Kromě toho, že potvrdil vliv Big Five na volbu copingových strategií, tak se také zmiňuje o rozdílech mezi muži a ženami při výběru strategií zvládnání stresu. Muži při zvládnání stresových situací více volí *humor* než ženy, u kterých převládají

strategie zvládání zaměřené na emoce, především ventilace emocí. Rozdíl mezi copingovými strategiemi u mužů a žen potvrzuje také Janke a Erdmannová (2002), kteří uvádí, že muži vykazují vyšší hodnoty v subtestech *podhodnocení a odmítání viny*. Oproti tomu ženy dosahují vyšších hodnot v subtestech *sociální opory, únikové tendenci, perseveraci, rezignaci a sebeobviňování*. Navíc byly zjištěny tendence žen k vyšším hodnotám subtestů Náhradní uspokojení a Vyhýbání se. A na úrovni subtestových oblastí se úměrně signifikantním subtestovým rozdílem u mužů objevují vyšší hodnoty u *POZ 1 (podhodnocení/odmítání viny)* a u žen vyšší hodnoty v oblasti negativních strategií.

Další část naší práce představuje poslední kapitolu v rámci teorie. Tato kapitola se zaměřuje na problematiku neurogenního tetanického syndromu, jenž se objevuje u našeho výzkumného vzorku, a proto se na ni blíže podíváme.

3 NEUROGENNÍ TETANICKÝ SYNDROM

Tato kapitola se věnuje problematice neurogenního tetanického syndromu. Zaměřuje se na klinické projevy tohoto syndromu, na jeho etiologii a epidemiologii, ale také na způsoby diagnostiky zahrnující i diferenciální diagnostiku a v neposlední řadě také jeho léčbu.

3.1 Vymezení neurogenního tetanického syndromu

Neurogenní tetanický syndrom (nebo též tetanie) je považován za syndrom zahrnující rozmanité množství příznaků, které sice neohrožují život jedince, ale subjektivně jej velmi zatěžují, což se také odráží v jejich kvalitě života. Typické pro neurogenní tetanii jsou známky zvýšené dráždivosti nervového a svalového systému (Kurdziel, Skowronek-Bała & Gergont, 2016). V Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize tetanii můžeme najít v 18. kapitole zaměřující se na příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00-99), konkrétněji spadá do kapitoly *Jiné příznaky a znaky týkající se nervové, svalové a kosterní soustavy* (R29.0), kde je označována také jako *Karpopedální spasmus* (MKN-10, 2009). Existuje však mnoho synonym, které byly dříve používány, např. *neurastenie*, *neurovegetativní* či *vegetativní labilita*, popřípadě *vegetativní dystonie*, dále také *neurocirkulační astenie*, *anxiózní neuróza* nebo *larvovaná deprese*. V lékařské praxi se můžeme setkat i s dalšími označeními jako *kryptogenní*, *latentní* či *chronická*, dále *normokalcemická tetanie*, *spasmofilie* nebo *spasmofilní neuropatie*. Vzhledem k velkému počtu pojmenování není divu, že si lékaři zcela oprávněně stěžují na nesrozumitelnou diagnostickou terminologii, čímž se problematika diagnostiky překládá do neužitečných sémantických problémů a odvrací se tak pozornost od důležitějších aspektů této diagnózy (Kříž, 2002, in Steidl, 2002). Naším cílem není se zaměřit na tyto sémantické problémy, ale nastínit si problematiku neurogenního tetanického syndromu, abychom si mohli udělat obrázek o jeho klinických projevech, příčinách, výskytu, ale také o jeho léčbě. Proto se v další kapitole podíváme na klinický obraz tetanie.

3.2 Klinický obraz neurogenního tetanického syndromu

Tetanie má dva klinické projevy. Může se projevit buď jako akutní tetanický záchvat (paroxysmus) nebo jako celá řada rozmanitých nespecifických klinických symptomů, jež dlouhodobě provázejí nemocné (Steidl, 2002). Akutní tetanický záchvat subjektivně začíná pocitem nevolnosti a úzkosti. V další fázi se objevuje mravenčení na končetinách spojené s pocitem tuhnutí a napínání svalů, které se může rozvinout až do pocitu omezení pohybu

a snížené citlivosti (Turčánová-Koprušáková, 2011). Vyvrcholením tetanického paroxysmu jsou typické flekční tonické kontraktury horních končetin v lokti a zápěstí, ale také extenze a addukce prstů, které nesou označení tzv. *porodnické ruky* (nebo také *špetkového postavení ruky* - prsty jsou křečovitě natažené, palec a malíček jsou pod prostředními třemi prsty, čímž ruka tvoří „špetku“) (Steidl, 2002). Porodnická ruka (viz obrázek z přílohy 4) se objevuje spontánně nebo může být vyvolána jako *Trousseauův příznak*¹, který napomáhá diagnostikovat tetanii (Vokurka, Hugo a kol., 2015; Fukumoto, 2007). Extenzní tonické křeče se objevují i na dolních končetinách, zvláště v oblasti kolen a kotníků (*karpopedální spazmy*), ale také v oblasti mimických svalů (Steidl, 2002). V případě tohoto obrazu generalizovaných křečí končetin mluvíme o **manifestní tetanii**, která se v současné době objevuje zřídka. Častěji se můžeme setkat s **latentní tetanií**, u níž se objevují jen náznaky zmíněných křečí a různé druhy nespecifických symptomů (Fukumoto, 2007). Většinou jde o bolestivé tonické křeče v lýtkách objevující se obzvláště v noci (krampy). Méně často vzniká křeč v oblasti úst (tzv. *rybí ústa*) nebo křeč ve žvýkacích svalech, což může zapříčinit potíže při mluvení či žvýkání potravy. Křeče mohou postihnout i buňky hladkého svalstva cév srdečních, mozkových, ale také gastrointestinálního traktu (Steidl, 2002). Tento autor udává další nespecifické klinické symptomy latentní tetanie, které třídí dle jednotlivých lékařských oborů:

- 1. Interní lékařství a kardiologie:** stenokardie (palčivá bolest na hrudi), tlak na hrudi nezávisle na námaze, palpitace, pseudoanginózní potíže, vynechávání srdce (extrasystoly, tachykardie), sklon k trombózám, prolaps mitrální chlopně (Hradec, 2001, in Steidl, 2002), křeče v maseterech (žvýkacích svalech), dysfagie, potíže při polykání, sucho v ústech, globus hystericus (pocit knedlíku v krku), dyspnoe, neschopnost koncentrace, nadměrná únava až vyčerpání, ztráta energie, mdloby (lipothymie), přecitlivělost na hluk, kolapsové stavy, poruchy spánku aj. (Steidl, 2002).
- 2. Neurologické, cerebrální příznaky:** neurastenie, deprese, úzkost, fobie, neurotické i migrenózní bolesti hlavy, závratě, tranzientní ischemické ataky mozkové (Ehler, 2001, in Steidl, 2002), tenzní bolesti hlavy z kontraktur šíjových svalů, vertiginozita, přecitlivělost na hluk, hyperventilace aj. (Ambler & Jeřábek, 2001, in Steidl, 2002).

¹ Trousseauův příznak představuje křečovitě postavení ruky vyvolané omezením přítoku krve do horní končetiny, kdy se na paži přiloží manžeta tonometru a do několika sekund se objeví porodnická ruka, která je známkou tetanie (Vokurka, Hugo a kol., 2015).

3. **Periferní tetanická forma:** parestázie na horních i dolních končetinách, oboustranná i jednostranná tuhost prstů, mravenčení v oblasti končetin i kolem úst, bolestivé krampy v lýtkách, křeče v rukou, karpopedální spasmus, vertebrogenní potíže, syndrom neklidných nohou (Šonka & Serratová, 2001), křeče svěračů (laryngospasmus, kardiospasmus, pylorospasmus - křečovitě sevření žaludku), potíže se žlučníkem, bolesti břicha u dětí, bolestivé křeče ve střevech a žaludku (Steidl, 2002).
4. **Gynekologické potíže:** bolestivá menstruace a jiné potíže s ní spojené, premenstruální syndrom, tromboembolické příhody při užívání antikoncepce, zvýšený výskyt spontánních potratů, eklampsie (klonicko-tonické křeče s následným kómatem), potíže s laktací (Steidl, 2002).

Jak je patrné, tak zmíněné příznaky doprovázející pacienty s tetanií jsou velmi rozmanité, což také ztěžuje jejich diagnostiku. Tito pacienti hledající etiologii těchto symptomů se pak velmi často obracejí na své praktické lékaře, ale také na jiné specialisty - internisty, kardiology, neurology, gynekology či psychiatry (Steidl, 2002). Možné příčiny si rozebereme v následující podkapitole, která o nich pojednává.

3.3 Etiologie a epidemiologie neurogenního tetanického syndromu

V současné době je patogeneze neurogenního tetanického syndromu nejčastěji vyvolána zvýšenou nervosvalovou dráždivostí, která je způsobena změnou koncentrace minerálů v mezibuněčné tekutině. Jednou z těchto změn je snížená hladina vápníku (*hypokalcemie*), zapříčiněná např. jeho nedostatkem v potravě nebo jeho malabsorcí, střevními potížemi (zvracení, průjem), nedostatečností příštítných tělísek (hypoparatyreóze), popřípadě hypovitaminózou D (Turčánová-Koprušáková, 2011). Z hlediska etiopatogeneze lze pak tetanii rozdělit na **neurogenní** a **metabolickou**, která se dále dělí na zmíněnou formu **hypokalcemickou** (*hypokalcemie*) a **normokalcemickou** (*normokalcemie*). U normokalcemie je hladina vápníku v normě, ale tetanie se u ní může projevit např. při *respirační alkalóze* (vznikající při hyperventilaci) nebo nedostatku hořčíku v těle (*hypomagnezémii*), jenž je považován za jeden z nejčastějších příčin vzniku tetanie (Seelig & Rosanoff, 2003, Steidl, 2002). Nízká hladina magnezia v těle může být způsobena např. některými léky, které nepříznivě ovlivňují metabolismus magnezia (diuretika - zároveň s nedostatkem kalia, srdeční glykosidy, kortikosteroidy, sulfonamidy

aj.), a to zejména při jejich dlouhodobém používání. Ale také to mohou být redukční diety či hladovění, jež může způsobit jeho nedostatek v těle jedince (Steidl, 2002).

Neurogenní tetanie se může vyskytovat u organických či funkčních postižení mozku. Jde o pacienty s výraznou afektivitou a vegetativní labilitou na neurotickém pozadí (Turčánová-Koprušáková, 2011). Tato autorka také popisuje, že tetanický záchvat je většinou vyvolán silnou emocí, stresovou situací či dlouhodobou nadměrnou zátěží. Také Steidl (2002) se zmiňuje o podílu psychogenních příčin při tetanickém záchvatu. Podle něj jsou toho důkazem studie, které tvrdí, že při zvláště chronické stresové situaci uvolněním katecholaminů dochází ke zvýšenému vylučování magnezia močí, k následné hypomagnezémii, jenž vede k projevům tetanické ataky. Tímto způsobem se mohou psychogenní příčiny přeměnit na biochemické.

Co se týče výskytu tetanie, tak jsou nejčastěji postiženy ženy než muži. Většinou jde o mladé jedince nejčastěji ve věku 20 až 30 let (Steidl, 2002; Mumenthaler, Bassetti & Daetwyler, 2005).

V další podkapitole se podíváme, jaké typy vyšetření napomáhají při diagnostice neurogenního tetanického syndromu.

3.4 Diagnostika neurogenního tetanického syndromu

Při standartním postupu pro určení diagnózy neurogenního tetanického syndromu se v současné době provádí cílená anamnéza, klinické, elektromyografické (EMG) a biochemické vyšetření. Při klinickém vyšetření se musí nejdříve vyloučit organické onemocnění jednotlivých orgánů podle anamnézy nemocného (Steidl, 2002). Dále se zjišťují příznaky zvýšené nervosvalové dráždivosti pomocí pozitivního výskytu Chvostkova příznaku - kontrakce ipsilaterálních svalů tváře vyvolána poklepem faciálního nervu před ušním boltcem (Kukumberg & Kothaj, 2006; Tesař, Viklický a kol., 2015) a pozitivního fenoménu Troemnerova na ruce (lusknutí do prostředníku vyvolávající flexi ostatních prstů). Podle Steidla (2002) je méně používaný a méně často pozitivní Lustův příznak (poklep na nervus peroneus communis - odtažení nohy). Naopak velmi často jsou podle něj přítomné velmi živé šlachosvalové reflexy na končetinách (poklep na šlachu bicepsu na paži vyvolá rychlou flexi předloktí či poklep na čéškový vaz se zase projeví živou extenzi bérce). Použit se může také klinický provokační test (*Trousseauova klinická zkouška*), při kterém se zaškrtní paže tonometrem zapříčiňující ischemii, která vyvolává typickou křeč ruky. V případě negativních výsledků pomocných vyšetření jednotlivých orgánů lze uvažovat nad funkčními orgánovými poruchami při zvýšené nervosvalové

excitabilitě v rámci tetanického syndromu. Další metodou, kterou můžeme potvrdit tetanii, je EMG (elektromyograf), a to prostřednictvím dvou EMG testů - *ischemický* a *hyperventilační test*. Ischemický test představuje zjemnělý klinický test Trousseauův, kterým se ověřuje manifestní tetanie při klinickém vyšetření a latentní tetanie při EMG vyšetření (Steidl, 2002). Při klinickém vyšetření Trousseauova testu dochází k zaškrcení jedincovy paže manžetou tonometru nad systolický tlak na 10 minut. Pokud se objeví křeč v podobě porodnické ruky, jde o manifestní tetanii. K tomuto projevu však dojít nemusí, což by mohlo znamenat, že se jedná o latentní stav zvýšené nervosvalové dráždivosti, který lze také odhalit pomocí EMG vyšetření, které probíhá takovým způsobem, že „*když jehla zapíchnutá do musculus interosseus dorsalis I. na ruce nebo povrchová elektroda zachytí v ischemické, ale mnohem častěji v postischemické fázi výskyt spontánních repetitivních výbojů svalových motorických jednotek, nazývajících se duplety, triplety či multipty (v závislosti na počtu svalových potenciálů ve skupinovém výboji), tak jde o spontánní kontrakce svalových vláken, což lze považovat za určitý ekvivalent svalové křeče,*“ jak popisuje Steidl (2002, str. 115). Ten dále tvrdí, že tyto výboje nelze vyvolat volným pohybem, a proto se mohou považovat za velmi přesvědčivé a objektivní známky nadměrné svalové dráždivosti se zřetelným sklonem ke spontánní kontrakci svalových buněk. Druhým testem je hyperventilační test, který se svou metodikou podobá předešlému. Zde se jako provokačního fenoménu nepoužívá ischemie ale hyperventilace po dobu 5 minut. V pozitivním případě se během hyperventilace registrují multipty v uvedeném svalu. Přičemž oba tyto testy mohou být zároveň pozitivní. Určité známky tetanie lze najít i nepravidelností při elektroencefalografickém (EEG) vyšetření. Posledním způsobem vyšetření zvýšené nervosvalové hyperexcitability je biochemické vyšetření hladiny magnezia v těle. Jak jsme již uvedli, tak jeho nedostatek je jeden z hlavních příčin tetanického syndromu, a proto je zkoumán právě tento minerál. Za nejspolehlivější metodu vyšetření hořčíku je považována *atomová absorpční spektrofotometrie - ASS* (Steidl, 2002). Jde o spektrometrickou analytickou metodu, jež slouží ke stanovení obsahu stopových a významných koncentrací jednotlivých prvků v analyzovaném vzorku (Tesař, Viklický a kol., 2015). Kromě toho lze magnezium vyšetřovat také v erytrocytech, trombocytech či ve vlasech. Stále se také provádí vyšetření magnezia v séru, ale tato metoda se považuje za nejméně spolehlivou (Steidl, 2002).

Pro správné stanovení diagnózy je nutné eliminovat všechna ostatní možná onemocnění, jež zahrnují podobné příznaky. Proto si v další podkapitole uvedeme ta, která jsou s tetanií nejčastěji zaměňována.

3.5 Diferenciální diagnóza neurogenního tetanického syndromu

Mnoho ze zmíněných příznaků popisovaných nemocným může mít příčinu v organické poruše daného orgánu. Z tohoto důvod je v rámci diferenciální diagnostiky nutné vyloučit tělesnou poruchu, nejčastěji kardiální, gastrointestinální, neurologickou, pneumologickou a další. Z neurologických poruch se musí vyloučit epileptické záchvaty, pro které je typické bezvědomí s tonicko-klonickými křečemi či poruchou kontaktu s okolím, zmatenost, záchvatovité poruchy chování a výpadky paměti. Žádné z těchto symptomů se u tetanického záchvatu neprojevuje, takže je lze díky tomu od sebe rozeznat poměrně jednoduše. Nutné je však také udělat EEG vyšetření, případně CT (*Computerized tomography* - počítačovou tomografií) či MRI (*magnetic resonance image* - magnetickou rezonanci mozku) (Turčánová-Koprušáková, 2011). Bolest hlavy je dalším ze symptomů neurogenního tetanického syndromu, který bývá často zaměňován za migrénu, což Steidl (2002, str. 116) popisuje jako „*chronické onemocnění projevující se záchvatovitými pulzujícími bolestmi hlavy v jedné polovině (hemikranie), ale i bifrontálně s vegetativními příznaky zvracení na vrcholu záchvatu. V jejím průběhu jsou úvodní poruchy zraku, světloplachost, brnění, na konci záchvatu polyurie.*“ Ten dále tvrdí, že neurolog poté musí vyloučit cévní malformace v mozku či onemocnění krční páteře. Poukazuje také na fakt, že migréna reaguje velmi příznivě na léčbu magnezia, čímž se diagnostika ztěžuje. Také závrativé stavy mohou být velmi nápadnou součástí tetanického syndromu (Ambler & Jeřábek, 2001, in Steidl, 2002). Jsou doprovázeny vegetativními příznaky, zvracením, pocity nevolnosti, slabostí. Lze je vyvolat Menierovou chorobou, která je charakterizována záchvaty s klasickou triádou příznaků: závratí, kolísající percepční nedoslýchavostí a šelestí v uších (Jeřábek, 2007), dále mohou být vyvolány poruchami krční páteře, popřípadě nízkým či vysokým krevním tlakem. Příčinu těchto potíží upřesňuje neurologické, interní a ušní vyšetření (Steidl, 2002).

Bolestivé pocity na hrudi objevující se u tetanie mohou mít řadu jiných interních a neurologických příčin, které je nutno vyloučit. Těmi nejčastějšími příčinami jsou především poruchy štítné žlázy, infarkt myokardu či jiné kardiální onemocnění, onemocnění gastrointestinálního traktu, jícnu, žaludku, slinivky aj. (Steidl, 2002). Podle něj je třeba také vyřadit kardiologické a oběhové poruchy vědomí, poruchy srdečního rytmu, výkyvy v krevním tlaku atd. Turčánová-Koprušáková (2011) se také zmiňuje, že tetanie může paresteziemi a únavou imitovat roztroušenou sklerózu

(autoimunitně podmíněné diseminované demyelinizační onemocnění CNS) v případě mladých lidí a lateralizované hemiparestézie u starších lidí zase ischemii CNS.

Deprese, anxieta, bolesti hlavy a na hrudi, problémy se spánkem, sklon k hyperventilaci, ztráta energie, parestézie a další příznaky vytváří komplex symptomů, jenž v sobě obsahuje tři blízké diagnózy: *neurogenní tetanii*, *hyperventilační tetanie* a *panickou poruchu*. Tyto tři stavy Steidl (2002) shrnuje do „obalové diagnózy“ neurogenního tetanického syndromu. Tvrdí, že v řadě případů mají společné symptomy a v jednotlivých případech se mohou hranice mezi nimi stírat. Dokonce jejich samostatnost je některými odborníky zpochybňována (Kukumberg, 1998). Steidl (2002) podotýká, že u hyperventilační tetanie se mohou vyskytovat častěji symptomy centrálního nervového systému, ale jsou možné i jiné mechanismy, vyplývající z poruchy prokrvení mozku v závislosti na záchvatu hyperventilace s následnou hypokapnií². Podle něj hyperventilace jako provokační faktor bývá vyvolána nějakou zátěžovou situací či silnou emocí. Přičemž subjektivním podkladem pro vznik hlubokého a zrychleného dýchání je pocit dušení z nedostatku vzduchu. Kukumberg (2007) tvrdí, že u hyperventilačního syndromu dominuje explorativní nutková hyperventilace s příznaky respirační alkalózy a dočasné cerebrální vazokonstrikce (zúžení cév v mozku), jež jsou podobné panickému ataku. Dále uvádí, že u panické ataky zase nedochází k tetanickým konvulzím, ale některé příznaky se prolínají jako např. parestézie či sklon k hyperventilaci. Převažují zde psychické příznaky (úzkosti, fobie), dostavující se v atakách bez zjevné vnější příčiny. Psychický obraz však nemusí být tak výrazný a může splývat se symptomy neurogenního tetanického syndromu, neboť i u tohoto syndromu je vždy přítomna složka anxiety a deprese (Steidl, 2002).

Podle stanovené diagnózy lze následně zvolit vhodný způsob léčby. V následující podkapitole se podíváme, jaké existují způsoby při léčbě neurogenního tetanického syndromu.

3.6 Léčba neurogenního tetanického syndromu

Vzhledem k tomu, že je tetanie nejčastěji vyvolána deficitem magnézia v těle, tak léčba spočívá právě v jeho doplňování, a to buď z přírodních zdrojů, nebo medikamentózní léčbou (Steidl, 2002). Za přírodní zdroje považuje půdu, vodu (minerální voda) a potraviny bohaté na hořčík (krevety, garnáti, ovesné vločky, naklíčená pšenice, otruby, čokoláda,

² Při hypokapnii jde o snížení parciálního tlaku oxidu uhličitého v arteriální krvi v důsledku hyperventilace. Způsobuje úbytek kyselých látek v krvi (respirační alkalózu), projevující se tetanií (Vokurka, Hugo a kol., 2015).

fazole, hrách, ořechy aj.). Rychlý a příznivý účinek má podle něj i medikamentózní léčba, kterou označuje jako umělý zdroj přívodu magnezia a rozlišuje dvě základní metody jeho použití: *parenterální* a *perorální*. Při parenterálním podání se aplikuje hořčík *intravenózně* nebo *intramuskulárně*. Intravenózní cesta umožní okamžité zvýšení hladiny sérového hořčíku, což je vhodné u akutních stavů jako tetanické křečové stavy, akutní kardiální funkční potíže či migréna (Thiele, Protze, Winnefeld et al., 2000, in Steidl, 2001). Nevýhodou tohoto způsobu podání je podle nich jen velmi krátkodobý účinek magnezia. Tvrdí, že zvýšená sérová hladina se rychle normalizuje. Sérovou hladinu mají na starost ledviny, které při jejím zvýšení ihned odvádějí hořčík do moče, a to i při jejím nedostatku v těle. Steidl (2001) zdůrazňuje, že abychom zamezili tomuto vylučování, je nutné podávat magnezium v infuzích (nejčastěji jako MgSO₄ - síran hořečnatý) rychlostí nejvíce půl gramu za hodinu. Intramuskulární podání je podle Steidla (2002) nutné tam, kde chceme obejít možné nedostatečné vstřebání gastrointestinálním traktem. Jako zajímavost uvádí, že dříve lékaři tento způsob aplikace odmítali, protože způsoboval značné bolesti pacientům. V tomto ohledu došlo v posledních dvaceti letech k velmi podstatné změně. Navíc bylo zjištěno, že se bolesti nevyskytovaly u pacientů se zřetelným nedostatkem magnezia (Mg), u nichž převažovaly symptomy hlavně z periferních orgánů (pocit tlaku na hrudi, parestezie, krampy, celkové křeče atd.). Boolestivost se pak objevovala, ale ne vždy, hlavně u centrálních příznaků (únava, závratě, bolesti hlavy, poruchy spánku aj.). Tyto bolesti však nikdy nebyly takového rázu, že by nemocný odmítal tuto léčbu, která jim i v těchto případech pomáhala. V rámci perorálního podání se používá celá řada solí (Mg laktát, citrát, nikotinát, levulinát, orotát, askorbát). Přičemž Mg orotát má příznivý vliv na nervovou soustavu (Steidl, 2001). Ten dále tvrdí, že délka tohoto způsobu léčby musí být vždy dlouhodobá (několikaměsíční), jinak ji nemá ani smysl zahajovat. Pokud je to nutné, tak se magnézium kombinuje i s vápníkem (Ca). Bylo však zjištěno, že ve střevě se nejdříve vstřebává Ca, který inhibuje vstřebávání Mg. Vzhledem k tomuto kompetitivnímu vztahu je lékaři doporučeno užívat je odděleně - ráno Mg a večer Ca (Peerenboom, 1982). Turčánová-Koprušáková (2011) se zmiňuje, že při neúspěšné léčbě magnéziem se mohou podávat symptomatické preparáty: karbamazepiny (po dobu 2 až 3 měsíců), benzodiazepiny (přítomnost rizika závislosti při dlouhodobém podávání) či antidepressiva zejména ze skupiny SSRI. Tento způsob léčby však neléčí příčiny, nýbrž jen příznaky onemocnění. Vzhledem k možným psychogenním příčinám se doporučuje také změna životního stylu a stravování, relaxační cvičení, popřípadě i psychoterapie.

3.7 Dosavadní výzkumy o neurogenním tetanickém syndromu

Studie zaměřené na tuto problematiku se ve většině případů soustřeďují pouze na biologické hledisko a opomíjí její duševní rovinu, což se také odráží v počtu psychologicky orientovaných výzkumů na toto téma, který je zanedbatelný. Z těchto důvodů je zde ani neuvádíme. Nicméně tento nedostatečný výzkumný zájem o neurogenní tetanii byl jedním z impulzů, proč jsme si ono téma vybrali pro naši diplomovou práci. Navíc se stal podnětem pro jeden z našich výzkumných cílů, tedy snahou rozšířit poznatky o neurogenní tetanii z psychologického pohledu. A tím se dostáváme k empirické části naší práce.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

4 PŘEDMĚT VÝZKUMU

Empirická část této práce je věnována popisu výzkumného problému, cílům výzkumu, jeho výzkumným otázkám a hypotézám, ale také jeho metodologii a popisu výzkumného souboru. Dále jsou v této kapitole prezentovány výsledky výzkumu, jejich interpretace, diskuze a závěr.

4.1 Výzkumný problém

Při definování výzkumného problému vycházíme jednak z teoretické části naší práce, která se věnuje vybraným osobnostním charakteristikám (v pojetí Big Five) a copingovým strategiím u pacientů s neurogenním tetanickým syndromem, a jednak ze zmíněných studií.

V současných výzkumech a jiných odborných zdrojích lze najít mnohé studie zaměřené na problematiku vybraných osobnostních charakteristik (v pojetí Big Five) a copingových strategií zvlášť, ale i společně, a to v souvislosti s různými poruchami, prováděné na nejrůznějším vzorku populace, avšak ne na té naší, kterou představují pacienti s neurogenním tetanickým syndromem. Jak už jsme uvedli v teoretické části naší práce, tak studie zaměřené na tuto problematiku se ve většině případů soustřeďují pouze na biologické hledisko a opomíjí duševní rovinu. Proto jsme usoudili, že by bylo zajímavé se na tuto problematiku podívat z jiného úhlu pohledu, než jak na tento syndrom pohlíží lékaři, což vedlo ke vzniku tohoto výzkumného problému, jehož cíle si popíšeme v následující podkapitole.

4.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaké osobnostní charakteristiky se vyskytují u pacientů s neurogenní tetanií a jaké typy copingových strategií využívají. Dále nás zajímalo, zda existují rozdíly mezi muži a ženami v rámci osobnostních charakteristik a copingových strategií. Dodatečně jsme se zaměřili také na obranné mechanismy a pokusili jsme se zjistit, jaké typy obranných reakcí jsou pro naši výzkumnou skupinu typické. Naše výsledky porovnáme s kontrolní skupinou respondentů, kterou tvoří jedinci bez neurogenního tetanického syndromu, popřípadě s normami.

Kromě již zmíněného je práce vedena také snahou rozšířit povědomí a poznatky o tomto syndromu. Za důležitou součást práce rovněž považujeme využití získaných poznatků v praxi a podporu sledované cílové skupiny.

4.3 Výzkumné otázky a hypotézy

Vzhledem k zaměření této diplomové práce a zmíněným výzkumným cílům bylo stanoveno 6 výzkumných otázek (VO), jež byly koncipovány tak, abychom jejich prostřednictvím získali bližší informace o specifické skupině, kterou představují pacienti s neurogenním tetanickým syndromem. Tyto výzkumné otázky odrážejí také charakter našeho výzkumu, který je spíše explorativního typu. Jak už jsme se zmínili, tak o této problematice existuje jen zanedbatelné množství psychologicky orientovaných studií, o které bychom se mohli opřít při formulaci našich výzkumných hypotéz (H). I přesto jsme celkem definovali 3 výzkumné hypotézy (H1-H3), které si pokusíme v naší práci ověřit a které si ještě blíže okomentujeme.

Nejprve jsme se tedy pokusili zjistit, jaký osobnostní profil, copingové strategie a obranné mechanismy se vyskytují u naší výzkumné skupiny. Abychom získali srovnání, porovnáme tyto výsledky s respondenty bez neurogenní tetanie, kteří tvoří naši kontrolní skupinu. Za tímto účelem jsme zformulovali tyto výzkumné otázky:

VO1: Jaké osobnostní charakteristiky se vyskytují u pacientů s neurogenní tetanií v porovnání s kontrolní skupinou?

VO2: Jaké copingové strategie se vyskytují u pacientů s neurogenní tetanií v porovnání s kontrolní skupinou?

VO3: Jaké obranné mechanismy se vyskytují u pacientů s neurogenní tetanií v porovnání s kontrolní skupinou?

Dále nás zajímalo, zda se osobnostní profil, copingové strategie a obranné mechanismy pacientů s neurogenní tetanií odlišují od běžné populace, představující normy, které jsme získali z příruček jednotlivých dotazníků. Vzhledem k nedostatečnému počtu studií a psychologických poznatků o této skupině respondentů jsme ani zde nemohli stanovit výzkumné hypotézy, které by se opíraly o jiné výzkumy a s nimiž bychom naše výsledky mohli porovnat. Z tohoto důvodu jsme si stanovili pouze tyto výzkumné otázky:

VO4: Odlišuje se osobnostní profil pacientů s neurogenní tetanií od běžné populace?

VO5: Odlišují se copingové strategie pacientů s neurogenní tetanií od běžné populace?

VO6: Odlišují se obranné mechanismy pacientů s neurogenní tetanií od běžné populace?

Kromě již zmíněného nás také zajímalo, zda se osobnostní profil, copingové strategie a obranné mechanismy pacientů s neurogení tetanií liší v závislosti na pohlaví. V tomto případě jsme si ke každé výzkumné otázce definovali i výzkumné hypotézy, jež vycházejí ze studií, potvrzující intersexuální rozdíly u zmíněných proměnných, kupř. Costa, Terraciano a McCrae (2001 in Blatný a kol., 2010) ve své studii srovnávali sebeuposouzení mužů a žen podle NEO-PI-R a zaznamenali, že ženy skórují výše v dimenzi *neuroticismu*, *přívětivosti*, *vřelosti* (subškála *extraverze*) a *prožívání* (subškála *otevřenosti vůči zkušenosti*) ve srovnání s muži. Muži oproti tomu dosahovali vyšších skóru v *asertivitě* (subškála *extraverze*) a *otevřenosti idejím* (subškála *otevřenosti vůči zkušenosti*). Přičemž v rámci dílčích charakteristik *svědomitosti* se neukázaly rodové odlišnosti. Hřebíčková (2011) se také zmiňuje o rozdílech osobnostních charakteristik mezi muži a ženami a uvádí řadu studií na toto téma (např. Lyn & Martin, 1997; Feingold, 1994), které potvrzují rodové odlišnosti osobnostních charakteristik. V těchto studiích byla např. opakovaně zaznamenána vyšší míra emocionální lability u žen než u mužů. Naopak údaje o rozdílech v *extraverzi* mužů a žen se v různých studiích liší. Feingold (1994) zjistil vyšší míru této charakteristiky u žen, Lyn a Martinová (1997) zaznamenali u žen nižší míru *extraverze* apod. Rozdíl v osobnostním profilu a copingových strategiích mezi muži a ženami potvrzuje i El-Shenawy (2008), který v rámci svého výzkumu zkoumal roli „Big Five“ při volbě strategií zvládání stresu z hlediska rozdílů mezi pohlavími. A přišel na to, že muži při zvládání stresových situací více volí *humor* než ženy, u kterých převládají *strategie zvládání zaměřené na emoce*, především *ventilace emocí*. Také Janke a Erdmannová (2002) tvrdí, že copingové strategie u mužů a žen se liší. V jejich výzkumu muži vykazovali vyšší hodnoty u *POZ 1 (podhodnocení/odmítání viny)* a u žen se objevovaly vyšší hodnoty v oblasti *negativních copingových strategií*. Podobně i výzkumy zabývající se obrannými mechanismy u žen a mužů (např. Watson & Sinha, 1998; Petraglia, Thygesen, Lecours & Drapeau, 2009; Červená, 2006) ukázaly intersexuální rozdíly v jejich obranných stylech. Také Cramer (1991) hovoří o odlišnostech mezi pohlavími v rámci obranných mechanismů. Z jeho výsledků je patrné, že muži využívají více *projekci* než ženy. Studie Červené (2006) zkoumající obranné mechanismy u klientů se závislostí na alkoholu taktéž ukázali statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami. U žen se více vyskytovaly obranné mechanismy *pseudoaltruismus* a *somatizace* než u mužů, u kterých se naopak více objevovala *izolace*.

Na základě uvedených poznatků předpokládáme, že se osobnostní profil, copingové strategie i obranné mechanismy u výzkumné skupiny budou lišit v závislosti na pohlaví a vytvořili jsme tyto výzkumné hypotézy:

H1: Osobnostní profil mužů a žen s neurogenní tetanií se od sebe statisticky významně liší.

H2: Copingové strategie mužů a žen s neurogenní tetanií se od sebe statisticky významně liší.

H3: Obranné mechanismy mužů a žen s neurogenní tetanií se od sebe statisticky významně liší.

5 METODIKA VÝZKUMU

V návaznosti na zvolené cíle tohoto výzkumu byl vybrán kvantitativní design, konkrétně jde o explorativní studii, jež proběhla na základě dotazníkového šetření. Jednotlivé metody sběru dat, které jsme v našem výzkumu použili, si popíšeme v následující podkapitole.

5.1 Metody sběru dat

Míra individuálních odlišností u pacientů s neurogenním tetanickým syndromem byla zjišťována prostřednictvím inventáře NEO-FFI (*NEO Five-Faktor Inventory*). Pro zachycení variability způsobů, které jedinec rozvíjí a uplatňuje při zpracování a zvládání stresových situací, jsme sáhli po dotazníku SVF 78 (*Strategie zvládání stresu 78*) a poslední metoda, která byla v této diplomové práci použita, byl dotazník obranných stylů DSQ 40 (*Defense Style Ouestionnaire 40*). Na začátku této sady dotazníků byli respondenti požádáni, aby uvedli i některá sociodemografická data (pohlaví, věk, rodinný stav a dosažené vzdělání), dále aby potvrdili (či vyvrátili), zda jim byla diagnostikována tetanie (což byla jedna z hlavních podmínek pro účast v tomto výzkumu), ale také aby uvedli, zda se u nich vyskytuje nějaké další onemocnění, ať už to psychického či tělesného rázu.

5.1.1 NEO Five-Faktor Inventory

NEO-FFI od autorů Paula T. Costy a Roberta R. McCrae (pro české podmínky upraven Hřebíčkovou a Urbánkem) je vícerozměrný inventář postavený na pětifaktorovém modelu osobnosti, jenž vychází z faktorové analýzy přídavných jmen sloužících k popisu osobnosti. Tato metoda zjišťuje míru individuálních odlišností a poskytuje údaje o pěti obecných dimenzích osobnosti (*neuroticismus, extraverte, otevřenost vůči zkušenostem, přívětivost a svědomitost* - podrobně popsány v kapitole 4.3.2). Jde o zkrácenou³ verzi NEO Personality Inventory - NEO-PI (Costa & McCrae, 1985), která obsahuje celkem 60 položek, 12 pro každou škálu (Hřebíčková & Urbánek, 2001). Položky jsou hodnoceny na škále od 0 (*vůbec nevystihuje*) do 4 (*úplně vystihuje*) tedy dle toho, do jaké míry daný výrok respondenta vystihuje, respektive nevystihuje. Čím vyššího skóre respondent dosáhne, tím více se u něj daný rys projevuje (Hřebíčková & Urbánek, 2001).

³ Důvodem, proč jsme zvolili tuto zkrácenou verzi, byla především obava, že respondenti nebudou příliš ochotni vyplnit tak dlouhý dotazník, navíc v kombinaci ještě s dalšími dvěma metodami.

5.1.2 Strategie zvládání stresu 78

SVF 78 (Stressverarbeitungsfragebogen 78) je dotazník umožňující zachytit variabilitu způsobů, jež jedinec rozvíjí a využívá při zpracování a zvládání zátěžových situací. Přičemž vychází z předpokladu, že daný jedinec si při zpracování stresu tyto strategie natolik uvědomuje, že se na ně lze dotázat pomocí verbálních technik. Jeho autory jsou Wilhelm Janke a Gisela Erdmannová (1997, 2002). Do češtiny byl přeložen a přepracován Josefem Švancarou (2003). Tato dotazníková metoda obsahuje 78 položek rozdělených do 13 škál (*podhodnocení, odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakcí, pozitivní sebeinstrukce, potřeba sociální opory, vyhýbání se, únik, přemítání, rezignace a sebeobviňování*). Bližší popis těchto subtestů znázorňuje tab. 5 (viz níže). Položky jsou hodnoceny na škále od 0 (*vůbec ne*) do 4 (*velmi pravděpodobně*) tedy dle toho, do jaké míry daný výrok respondenta vystihuje, respektive nevystihuje.

Číslo subtestu	Název subtestu	Charakteristika
1	Podhodnocení	Ve srovnání s ostatními si přisuzovat menší míru stresu.
2	Odmítání viny	Zdůraznit, že nejde o vlastní odpovědnost.
3	Odklon	Odklon od zátěžových aktivit/situací, případně příklon k situacím inkompatibilním se stresem.
4	Náhradní uspokojení	Obrátit se k pozitivním aktivitám/situacím.
5	Kontrola situace	Analyzovat situaci, plánovat a uskutečnit jednání za účelem kontroly a řešení problému.
6	Kontrola reakcí	Zjistit nebo udržet kontrolu vlastních reakcí.
7	Pozitivní sebeinstrukce	Přisuzovat sobě kompetenci a schopnost kontroly.
8	Potřeba sociální opory	Přání zajistit si pohovor, sociální oporu a pomoc.
9	Vyhýbání se	Předsevzetí zamezit zátěžím nebo se jim vyhnout.
10	Únik	Tendence (rezignační) vyváznout ze zátěžové situace.
11	Perseverace	Nedokázat se myšlenkově odpoutat, dlouho přemítat.
12	Rezignace	Vzdávat se s pocitem bezmocnosti, beznaděje.
13	Sebeobviňování	Připisovat zátěže vlastnímu chybnému jednání.

Tab. 5: Popis subtestů dotazníku SVF 78 (Švancara, 2003, str. 10)

Zpracování výsledků z SVF 78 nám umožní analýzu strategií směřujících k redukci stresu (*pozitivní strategie zvládání stresu*) nebo vedoucích k zesílení stresu (*negativní strategie zvládání stresu*). Pozitivní strategie zahrnují prvních 7 subtestů (*podhodnocení,*

odmítání viny, odklon, náhradní uspokojení, kontrola situace, kontrola reakce a pozitivní sebeinstrukce), které se dělí ještě na další 3 dílčí strategie (Švancara, 2003):

- 1. Strategie podhodnocení a devalvace viny** vyjadřují snahu přehodnotit nebo redukovat závažnost stresoru, prožívání stresu či stresové reakce, oblast reprezentují dva subtesty:

Podhodnocení zachycuje sklon podhodnocovat vlastní reakce v porovnání s druhými nebo je hodnotit příznivěji.

Odmítání viny vyjadřuje, že chybí vlastní odpovědnost za zátěž. Vyznačuje se defenzivní strategií.

- 2. Strategie odklonu** zahrnují tendence jednání orientovaného na odklon od stresující události nebo na příklon k alternativním situacím, stavům či aktivitám. Zahrnují dva subtesty:

Odklon obsahuje dvě složky. Tou první je odvrácení zátěže a tou druhou je tendence vyvolat psychické stavy zmírňující stres, které mohou zahrnovat emoce a city s pozitivní valencí, čímž se stávají inkompatibilními s existujícími city s negativní valencí.

Náhradní uspokojení vyjadřuje sklon k jednání orientovaného na kladné city, jež nejsou kompatibilní se stresem a vztahují se k sebeposílení zevními odměnami (kupř. zakoupit si něco, sníst něco dobrého apod.).

- 3. Strategie kontroly** představují konstruktivní snahy po zvládnání/kontrolu a kompetenci. Oblast reprezentují tři subtesty:

Kontrola situace zahrnuje tendence získat kontrolu nad stresovými situacemi tvořena třemi komponentami: analýzou aktuální situace a jejího vzniku, plánováním opatření ke zlepšení situace/stavu a aktivním zásahem do situace.

Kontrola reakcí vyjadřuje tendenci mít kontrolu nad vlastními reakcemi při zátěži. Tento subtest je tvořen dvěma aspekty: jednak nedovolit, aby došlo k vzrušení, popřípadě nic na sobě nedat znát (kupř. zachovat klid a nenechat se vyvést z míry) a jednak již vzniklému vzrušení čelit.

Pozitivní sebeinstrukce představuje obraz toho, v jaké míře mají jedinci tendenci přisuzovat kompetence sobě a dodávat si odvalu ve stresových situacích. Subtest má dvě komponenty: kladné postoje a myšlenky zvyšující sebedůvěru, což je často označováno za subjektivní kompetenci, a apely vydržet (případně sugesci nevzdat se), jež představují protipól rezignace. Subtest také zahrnuje představy o předpokládané efektivitě jednání.

Negativní strategie zahrnují tendence k nasazení nepříznivých, spíše stres zesilujících způsobů zpracování. Rovněž se přitom zachycuje chybějící kompetence zvládnání s únikovými tendencemi, s reakcemi rezignace a neschopnost uvolnit se. Řadíme zde 4 subtesty:

Úniková tendence vyjadřuje rezignační sklon vyváznout ze zátěžové situace. Tento rezignační ráz spočívá v tom, že jak potřeba uniknout ze situace, tak její realizace jsou spojeny se sníženou pohotovostí či schopností čelit zátěžové situaci. Tato strategie zvládnání stres je považována za výrazný maladaptivní způsob zpracování, jenž přinejmenším dlouhodobě stres zvětšuje.

Perseverace (prodloužené přemítání) představuje neschopnost se myšlenkově odpoutat od prožívaných zátěží. Negativní představy a myšlenky o zátěžové situaci se neustále vtírají a zabírají kapacitu myšlení jedince ve značné míře a po dlouhou dobu, čímž se prodlužuje zátěžová situace a s ní spojené rozrušení, ale především se tím také oddaluje doba návratu do výchozího stavu.

Rezignace zahrnuje více aspektů, v nichž je vyjádřen subjektivní nedostatek možností zvládat stresové situace. Řadí se zde pocity bezmocnosti a beznaděje ve vztahu k určité zátěžové situaci a k vlastním možnostem ji zvládnout, což vede k tomu, že se jedinec vzdává dalšího snažení o překonání situace.

Sebeobviňování vyjadřuje tendenci ke sklíčenosti a přisuzování chyb vlastnímu jednání v souvislosti se zátěžemi. V některých položkách jsou naznačeny kognitivní rozpory a možnost vlastní viny na vzniku situace, v jiných je zdůrazněn apriorní sklon zaměřovat výčitku vůči sobě.

Důležité je také zmínit, že subtesty *potřeba sociální opory* a *vyhýbání se* (popis viz níže) se nevztahují k žádné z uvedených strategií. A jako singulární strategie vyžadují samostatnou interpretaci. Je však účelné, aby byly zvažovány v kontextu ostatních strategií (Švancara, 2003). Nyní si uvedeme jejich popis:

Potřeba sociální opory zachycuje tendenci jedince, který si při stresu přeje navázat kontakt s druhými, aby získal podporu při zpracování nebo řešení problému. Může jít buď o podporu v podobě rozhovoru, rady, nebo konkrétní pomoci při řešení. Sklon hledat sociální oporu může být výrazem spíše pasivně rezignačních (bezmocných postojů), jednak může naznačovat aktivní hledání konkrétní podpory při zvládnání problému. Interpretace tohoto subtestu by se tedy měla provádět v kontextu celého profilu.

Vyhýbání se představuje sklon vyhnout se zátěži a zahrnuje záměr a snahu zamezit další konfrontaci s podobnou situací. Na tuto strategii zvládnání stresu lze nahlížet jako na pozitivní způsob zpracování, pokud nelze zátěži jako takové zamezit na základě regulačních možností jedince. Ale také může jít o negativní způsob zpracování, jestliže jde pouze o snahu vyhnout se zátěži. Z hlediska druhu zátěžové situace a v závislosti na jiných způsobech zpracování může tendence vyhnout se vést (krátkodobě nebo dlouhodobě) ke kladným či záporným důsledkům stresu. Při interpretaci je důležitá věková závislost tendence vyhýbat se, přičemž s přibývajícím věkem se častěji užívá možnosti vyhnout se zátěži, což může v každém případě znamenat adaptační facilitaci.

5.1.3 Defense Style Questionnaire 40

DSQ 40 je sebesupozovací dotazník zaměřený na zjišťování vědomých derivátů obranných mechanismů vytvořený Michaelem Bondem, Michelle Singhovou a Gavinem Andrewsem (1993). Obsahuje celkem 40 položek, respektive výroků, kdy úkolem respondenta je vyjádřit na škále od 1 (*velmi souhlasím*) do 9 (*velmi nesouhlasím*), do jaké míry je pro něho daný výrok platný. Tento dotazník zahrnuje 20 obranných mechanismů (*sublimace, humor, anticipace, suprese, odčinění, pseudoaltruismus, idealizace, reaktivní formace, projekce, pasivní agrese, agování, izolace afektu, devalvace, autistická fantazie, popření, přesunutí, disociace, štěpení, racionalizace a somatizace* - blíže popsány již v *podkapitole 2.2.1*), které byly na základě faktorové analýzy rozděleny do tří obranných stylů z hlediska jejich zralosti:

1. **zralé:** sublimace, humor, anticipace a suprese,
2. **neurotické:** odčinění, pseudoaltruismus, idealizace a reaktivní formace,
3. **nezralé:** projekce, pasivní agrese, agování, izolace, devalvace, autistická fantazie, popření, přesunutí, disociace, štěpení, racionalizace a somatizace.

5.2 Metodický postup

Respondenti našeho výzkumu byli získáváni na základě spolupráce s vedením neurologických oddělení nemocnic (Fakultní nemocnice Ostrava, Městská nemocnice Ostrava, Nemocnice ve Frýdku-Místku a Nemocnice s poliklinikou Havířov aj.). Kontakt s těmito institucemi proběhl pomocí elektronické pošty, prostřednictvím které jsme jim zaslali oslovovací dopis (viz *příloha 5*). Po uzavření spolupráce následovala osobní schůzka, při níž byl předán internetový odkaz na sadu našich online dotazníků (přes webovou stránku *Click 4 survey*) s příslušnými instrukcemi pro jejich distribuci.

Lékaři pak předali tento odkaz svým pacientům splňujícím podmínky této studie, tedy pouze pacientům s neurogenní tetanií, a informovali je o našem výzkumu. Kromě toho tito pacienti byli také osloveni skrze oslovovací dopis (viz *příloha 6*) nacházející se v úvodní části testové baterie, kde našli i jasné instrukce pro vyplnění jednotlivých dotazníků. Dále zde byli obeznámeni o dobrovolnosti jejich účasti na tomto výzkumu a ubezpečeni o anonymitě a použití sdělených dat jen pro potřeby výzkumu v rámci této diplomové práce. Mimo to byli také požádáni o pečlivé a pravdivé vyplnění dotazníků. Kontakt s těmito institucemi byl sice navázán, avšak spolupráce nám byla přislíbena pouze v případě Fakultní nemocnice v Ostravě. Zbývající nemocnice buď odmítly s omluvou, že nemají dostatečný časový prostor a personál, nebo nám vůbec neodpověděly. Také bylo osloveno několik osob, u kterých jsme věděli, že splňují podmínky pro náš výzkum. Tyto osoby oslovily další jedince s touto diagnózou a tímto způsobem to pokračovalo dál. Povědomí o naší studii jsme se snažili rozšířit také prostřednictvím sociálních sítí (Facebook, Twitter), kde jsme získali další respondenty.

5.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je tvořen výzkumnou a kontrolní skupinou respondentů. Výzkumná skupina má 51 respondentů, jež představují osoby mající lékařem diagnostikovanou neurogenní tetanii. Dalším zásadním kritériem pro zařazení osob do tohoto souboru byla skutečnost, že se u nich nebude vyskytovat žádná duševní nemoc (především pak poruchy neurotické, stresové a somatoformní) a ani nemoci štítné žlázy, u nichž se vyskytují podobné symptomy jako u neurogenního tetanického syndromu, čímž by se naše výsledky mohly zkreslit. Poslední dvě zmíněná kritéria platí i pro kontrolní skupinu, která byla vytvořena párovým vyrovnáváním z hlediska věku a pohlaví a zahrnuje také 51 respondentů (původní počet 116 respondentů), ale tentokrát bez neurogenní tetanie. Tito respondenti byli získáni za pomoci především sociálních sítí (Facebook, Twitter).

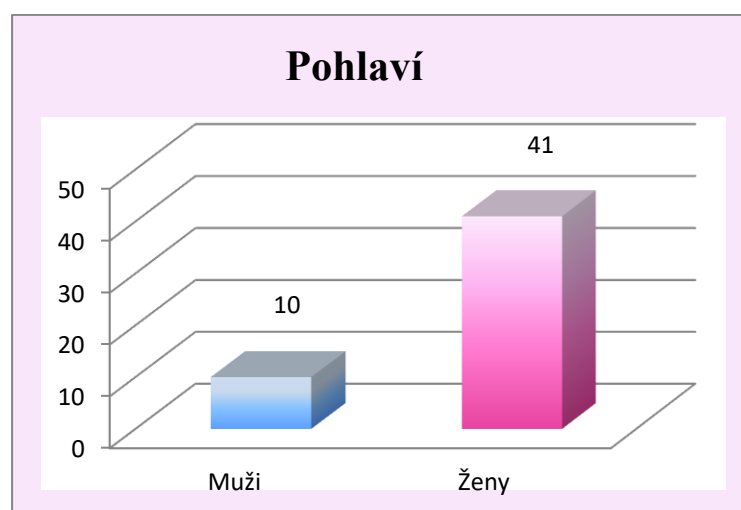
Respondenti výzkumné skupiny byli vybíráni záměrným výběrem, jenž zahrnuje cílené vyhledávání respondentů podle jejich určitých vlastností, tedy takové jedince, kteří splňují předem dané kritérium (v našem případě již zmínění pacienti s neurogenní tetanií) a zároveň musí souhlasit s účastí ve výzkumu. Konkrétně jsme zvolili typ záměrného výběru prostřednictvím institucí. Šlo o nemocnice (viz *podkapitola 5.2*) v rámci Moravskoslezského a Olomouckého kraje, jejichž neurologická oddělení byly kontaktovány za účelem spolupráce. Volba této metody se odvíjela kvůli omezené dostupnosti dané populace. Mioviský (2006) tvrdí, že tento typ výběru může být

v některých případech zkreslen skutečností, že na dané instituce je navázána jen určitá část osob z dané cílové skupiny. Z toho plyne menší možnost zobecnění výsledků vzhledem k dané metodě výběru výzkumného vzorku, čehož jsme si vědomi. Co se týče výběru lokalit daných nemocnic, byly zvoleny na základě lepší dostupnosti a především kvůli omezeným financím. Druhou metodu, kterou jsme použili pro výběr probandů výzkumné skupiny, byla metoda *sněhové koule*, při níž se výběr odvíjí od jedinců, u kterých byla identifikována žádoucí vlastnost (v našem případě diagnóza neurogenní tetanie). Tito jedinci pak odkazují na další jedince stejných vlastností či znaků, které znají (Surynek, Komárková & Kašparová, 2001).

Tyto metody nám umožnily nasbírat uspokojivý výzkumný vzorek, který si v následující podkapitole podrobněji popíšeme.

5.3.1 Popis výzkumného souboru

Naše výzkumná skupina zahrnuje 51 respondentů, z toho je 41 žen (80,4 %) a 10 mužů (19,6 %), stejně tak i kontrolní skupina má 51 respondentů ve stejném složení. Jak se zmiňujeme v teoretické části, tak neurogenní tetanie se více vyskytuje u žen než u mužů (Steidl, 2002; Mumenthaler, Bassetti & Daetwyler, 2005), proto jsme očekávali jejich vyšší zastoupení i v našem výzkumu, což se také potvrdilo. Naše očekávání bylo spojeno také s faktem, že jsme distribuci dotazníků prováděli hlavně prostřednictvím sociálních sítí (převážně Facebook), kde jsou častějšími uživateli a přispěvateli právě ženy. Poměr žen vůči mužům je na Facebooku 1,15 : 1 (Duggan & Smith, 2014 in Kraydlová, 2017).



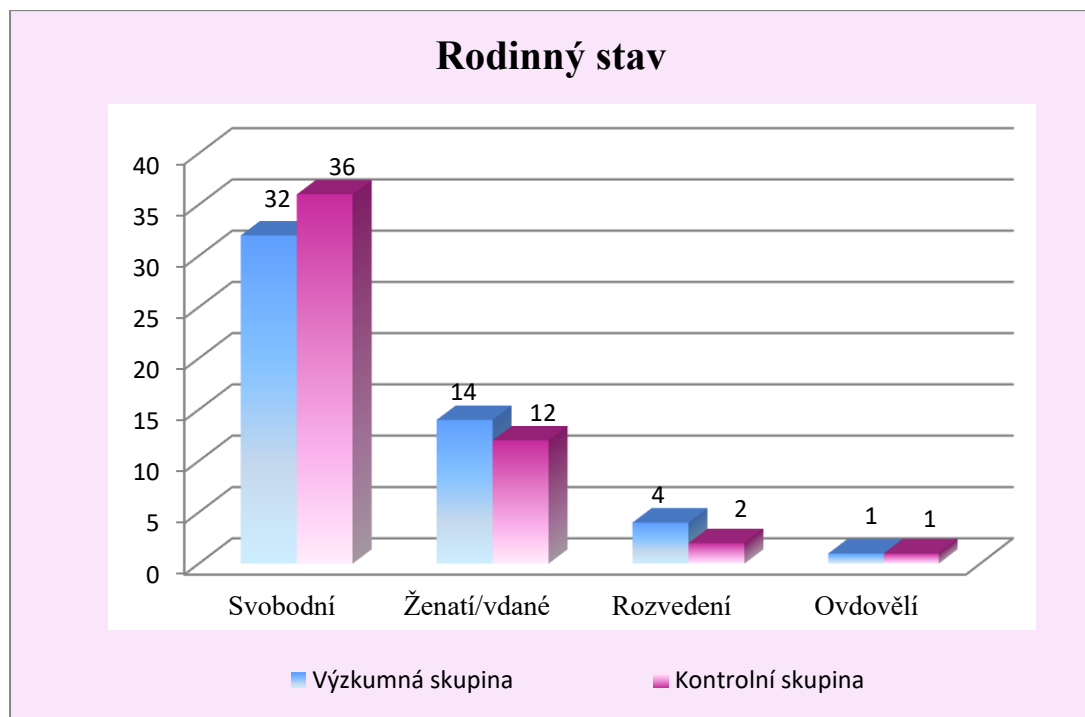
Graf 1: Rozložení výzkumného souboru dle pohlaví

Z hlediska věku jsme respondenty rozdělili do 5 kategorií po 10 letech. Toto rozdělení je spíše statistického charakteru a nemá hlubší význam (viz *tab. 6*). Z výzkumů (Steidl, 2002; Mumenthaler, Bassetti & Daetwyler, 2005) vyplývá, že nejčastěji se neurogení tetanie objevuje u jedinců ve věku 21-30 let, proto jsme také předpokládali, že tento věkový interval bude mít nejvyšší zastoupení, což se také potvrdilo, činí celkem 28 respondentů (54,9 %). V pořadí druhou nejvíce zastoupenou kategorií je věková skupina mezi 18-20 lety se svými 9 jedinci (17,6 %) a hned po ní se nachází věkový interval 41-50 let, který sčítá 8 respondentů (15,7 %). Když nepočítáme věkovou kategorii mezi 51 a více lety, jenž je zastoupena jen 1 probandem (2 %), tak s nejmenším počtem respondentů je věková kategorie od 31 do 40 let, kterou představuje 5 respondentů (9,8 %). Totéž platí i pro kontrolní skupinu, neboť jsme při výběru respondentů použili metodu párového vyrovnávání dle pohlaví a věku jedinců (viz *podkapitola 5.3*).

Věk	Počet	Procenta
18-20	9	17,6
21-30	28	54,9
31-40	5	9,8
41-50	8	15,7
51 a více	1	2,0
Celkem	51	100

Tab. 6: Věkové rozložení výzkumného souboru

Z hlediska rodinného stavu je 32 (62,7 %) našich probandů z výzkumné skupiny svobodných, 14 (27,5 %) ve svazku manželském, 4 (7,8 %) rozvedeni a 1 (2,0 %) ovdovělý. Co se týče kontrolní skupiny, tak svobodných respondentů je 36 (70,6 %), ženatých/vdaných 12 (23,5 %), rozvedení 2 (3,9 %) a stejně jako u výzkumné skupiny je 1 (2,0 %) ovdovělý.



Graf 2: Rozložení výzkumného souboru dle rodinného stavu

Z 51 respondentů výzkumné skupiny 1 (2,0 %) dosáhl základního vzdělání, 10 (19,6 %) středoškolského vzdělání bez maturity a 17 (33,3 %) respondentů středoškolského vzdělání s maturitou. Další 4 (7,8 %) probandů vystudovali vyšší odbornou školu a 19 (37,3 %) jich má vysokou školu. V případě probandů z kontrolní skupiny mělo vysokoškolské vzdělání 23 (45,1 %) respondentů, vyššího odborného vzdělání dosáhli 2 (3,9 %) jedinci, středoškolského vzdělání zakončeného maturitní zkouškou mělo 17 (33,3 %) respondentů a středoškolského vzdělání bez maturity pak získalo 9 (17,6 %) probandů. Ani jeden z respondentů této skupiny nezůstal pouze u základního vzdělání, jako tomu bylo u výzkumné skupiny.

Vzdělání	Výzkumná skupina		Kontrolní skupina	
	Počet	Procenta	Počet	Procenta
Základní	1	2,0	0	0
Středoškolské bez maturity	10	33,3	9	17,6
Středoškolské s maturitou	17	17,6	17	17,6
Vyšší odborné	4	7,8	2	3,9
Vysokoškolské	19	37,3	23	45,1
Celkem	51	100	51	100

Tab. 7: Rozložení výzkumného souboru dle dosaženého vzdělání

5.4 Etická úskalí výzkumu

Všichni účastníci výzkumu byli informováni o smyslu a cílech výzkumu prostřednictvím oslovovacího dopisu nacházejícího se na začátku testové baterie (viz příloha 6), kde našli i jasné instrukce pro vyplnění jednotlivých dotazníků. Také zde byli obeznámeni o dobrovolnosti jejich účasti na tomto výzkumu a ubezpečeni o anonymitě a použití sdělených dat jen pro potřeby výzkumu v rámci této diplomové práce. Po účastnících výzkumu byly vyžadovány pouze informace, které žádným způsobem neohrožovaly jejich anonymitu, a bylo s nimi nakládáno v souladu s Etickým kodexem psychologické profese (ČMPS, 2017) a Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (ČR, 2009). V případě zájmu o své výsledky obsahoval oslovovací dopis také kontakt na realizátorku výzkumu, se kterou se mohli respondenti kdykoliv spojit a klást jí i doplňující otázky.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE

6.1 Zpracování dat

Zpracování a analýza dat byla provedena pomocí programů Microsoft Office Excel 2010 a Statistica 2012 od společnosti Statsoft. Realizovány byly výpočty základních popisných statistik (aritmetický průměr, medián, minimum, maximum a směrodatná odchylka). Dále byla zjišťována vnitřní konzistence škál pomocí analýzy spolehlivosti Cronbachovo alfa a normální rozložení u jednotlivých dotazníků prostřednictvím Shapiro-Wilkova testu. Při volbě jednotlivých metod bylo zohledněno, že se jedná o relativně malý a specifický vzorek, ale také jsme vzali v potaz typ rozložení základního souboru.

6.1.1 Základní popisné statistiky

Výpočty základních popisných statistik všech tří dotazníků a jejich subškál u výzkumné a kontrolní skupiny nám zachycuje *tab. 8a, 8b a 9* (viz níže a další strana). Jak můžeme vidět tak sloupec „N“ nám představuje počet hodnot výběru, který činí 51 respondentů. Dále z ní lze vyčíst průměry (M), mediány, minimální a maximální naměřené hodnoty i směrodatné odchylky (SD) jak celkových skóre dotazníků, tak i jejich jednotlivých subškál.

NEO-FFI	N	M	Medián	Min	Max	SD
Neuroticismus	51	2,4	2,3	1,2	3,5	0,5
Extraverze	51	2,3	2,5	0,8	3,9	0,7
Otevřenost	51	2,2	2,3	1,1	3,2	0,5
Přívětivost	51	2,6	2,7	0,9	3,3	0,5
Svědomitost	51	2,7	2,7	1,3	4,0	0,6
SVF 78	N	M	Medián	Min	Max	SD
NEG	51	14,0	12,8	4,5	23,2	4,9
POZ	51	13,0	13,6	3,6	18,3	3,3
POZ 1	51	9,8	10,5	0,0	18,5	4,3
POZ 2	51	11,7	12,5	3,0	21,5	4,9
POZ 3	51	15,9	15,0	6,3	22,7	3,3

Tab. 8a: Základní popisné statistiky jednotlivých dotazníků a jejich subškál u výzkumné skupiny

DSQ 40	N	M	Medián	Min	Max	SD
Zralé	51	5,5	5,8	1,5	7,5	1,2
Neurotické	51	4,9	4,8	2,9	7,0	1,1
Nezralé	51	4,2	4,1	2,1	6,5	0,9

Tab. 8b: Základní popisné statistiky jednotlivých dotazníků a jejich subškál u výzkumné skupiny

NEO-FFI	N	M	Medián	Min	Max	SD
Neuroticismus	51	2,0	1,8	0,8	5,6	1,0
Extraverze	51	2,7	2,8	0,2	3,8	0,7
Otevřenost	51	2,2	2,1	1,4	3,6	0,5
Prívěťivost	51	2,6	2,8	1,4	3,6	0,5
Svědomitost	51	2,6	2,7	1,8	3,6	0,5
SVF 78	N	M	Medián	Min	Max	SD
POZ	51	13,7	14,3	6,6	17,6	2,3
POZ 1	51	10,3	10,0	3,0	18,5	3,2
POZ 2	51	12,8	13,0	5,5	18,0	3,0
POZ 3	51	16,6	16,7	9,7	20,7	2,8
NEG	51	11,7	11,0	3,2	23,0	4,1
DSQ 40	N	M	Medián	Min	Max	SD
Zralé	51	6,1	6,4	3,5	8,1	1,0
Neurotické	51	5,6	5,8	1,8	9,1	1,8
Nezralé	51	4,0	3,8	2,3	5,6	0,9

Tab. 9: Základní popisné statistiky jednotlivých dotazníků a jejich subškál u kontrolní skupiny

6.1.2 Reliabilita jednotlivých dotazníků

Reliabilita škály ve smyslu vnitřní konzistence dotazníků byla vyjádřena pomocí koeficientu Cronbachovo alfa. Tato metoda očekává, že položky měřící onu stejnou vlastnost či jev by mezi sebou měly dostatečně silně korelovat, pokud tedy dosahují hodnot alespoň 0,7 a více (Chráška, 2006). Jak lze vyčíst z *tab. 10* (viz další stránka), tak v případě celkového skóre dotazníku NEO FFI je hodnota Cronbachovo alfa = 0,85, což poukazuje na vysokou míru vnitřní konzistence. Subškály *otevřenost vůči zkušenosti* a *prívěťivost* vykazují menší míru vnitřní konzistence 0,64 a 0,67, což může být dáno tím, že obsahují méně položek měřících onu stejnou vlastnost. Největší míru vnitřní konzistence dosáhla subškála *neuroticismu*, jejíž hodnota Cronbachovo alfa je 0,90.

	Cronbach α
NEO FFI	0,85
Neuroticismus	0,90
Extraverze	0,85
Otevřenost	0,64
Přívětivost	0,67
Svědomitost	0,83

Tab. 10: Vnitřní konzistence dotazníku NEO FFI

V případě měření všech položek dotazníku SVF 78 je hodnota Cronbachovo alfa = 0,87, což lze považovat z hlediska vnitřní konzistence dotazníku za vysokou míru vnitřní konzistence jednotlivých položek. Hodnoty jednotlivých subškál tohoto dotazníku můžeme najít v tab. 11.

	Cronbach α
SVF 78	0,87
POZ	0,83
POZ 1	0,77
POZ 2	0,84
POZ 3	0,77
NEG	0,87

Tab. 11: Vnitřní konzistence dotazníku SVF 78

Co se týče třetího dotazníku DSQ 40 a vnitřní konzistence jeho položek, tak tento dotazník nabývá hodnoty Cronbachovo alfa = 0,65, což je bráno jako uspokojivá vnitřní konzistence. Největší míru vnitřní konzistence dosáhla subškála *zralé obranné reakce*, jejíž hodnota Cronbachovo alfa je 0,80. Zbylé subškály DSQ 40 znázorňuje tab. 12.

	Cronbach α
DSQ 40	0,65
Zralé	0,80
Neurotické	0,78
Nezralé	0,67

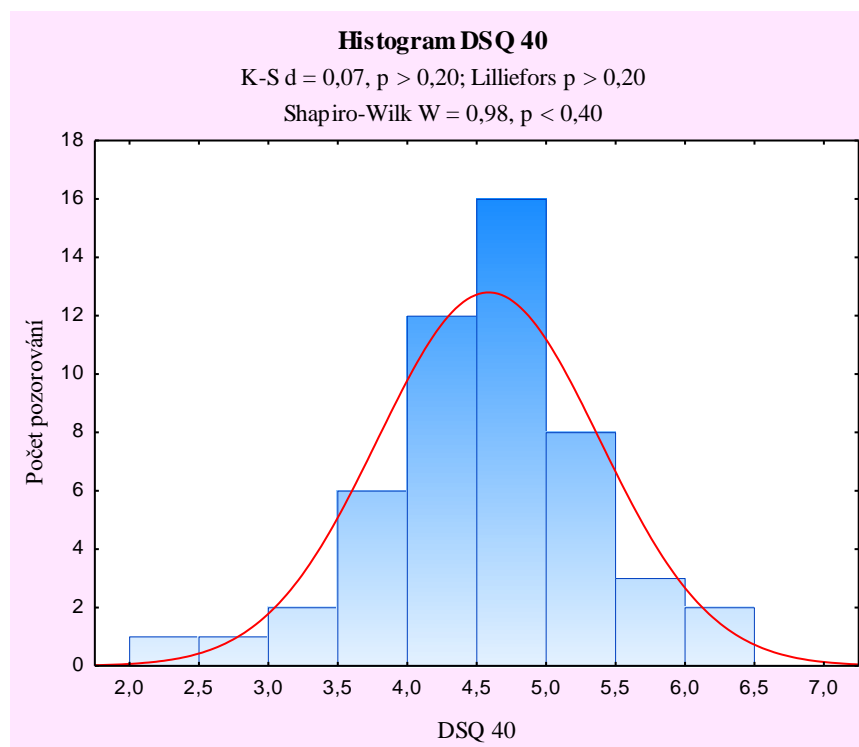
Tab. 12: Vnitřní konzistence dotazníku DSQ 40

6.1.3 Otázka normálního rozložení

Jak už jsme nastínili, tak pro zjištění normálního rozložení jsme uskutečnili Shapiro-Wilkův test pro každý použitý dotazník zvlášť. Výsledky znázorněné v *tab. 13* ukázaly normální rozložení u všech zmíněných dotazníků.

	Shapiro-Wilk W	p > 0.05
NEO FFI	0,97	0,19
SVF 78	0,97	0,26
DSQ 40	0,98	0,40

Tab. 13: Výsledky Shapiro-Wilkova testu



Graf 3: Histogram normálního rozložení obraných reakcí podle DSQ 40

6.2 Výsledky matematicko-statistické analýzy

V této podkapitole se zaměříme na výsledky statistické analýzy, pomocí nichž se pokusíme najít odpovědi na všechny výzkumné otázky, které jsme si v rámci našeho výzkumu stanovili.

VO1: Jaké osobnostní charakteristiky se vyskytují u pacientů s neurogenní tetanií v porovnání s kontrolní skupinou?

Odpověď na první výzkumnou otázku můžeme najít v *tab. 14*, která nám udává pořadí jednotlivých dimenzí NEO FFI podle jejich míry výskytu u pacientů s neurogenní tetanií. Tyto výsledky porovnáváme s výsledky kontrolní skupiny. Jak lze vidět z této tabulky, tak se výsledky obou skupin od sebe příliš neliší. Pacienti s neurogenní tetanií dosahují nejvyššího skóru v dimenzi *přívětivosti* ($M = 2,7$; $SD = 0,6$), což je o 0,1 směrodatné odchylky vyšší hodnota, než se objevuje u kontrolní skupiny ($M = 2,6$; $SD = 0,5$). Oproti tomu výzkumná skupina nejméně skóruje v dimenzi *otevřenosti vůči zkušenosti* ($M = 2,2$; $SD = 0,6$) a v porovnání s kontrolní skupinou ($M = 2,2$; $SD = 0,5$) dosáhla stejného skóru. Nicméně kontrolní skupina v této škále nedosáhla nejmenšího zastoupení, to se projevilo v dimenzi *neuroticismu* ($M = 2,0$; $SD = 1,0$).

Škály NEO FFI	Výzkumná skupina				Kontrolní skupina			
	N	M	SD	Pořadí škál	N	M	SD	Pořadí škál
Neuroticismus	51	2,4	0,5	3	51	2,0	1,0	5
Extraverze	51	2,3	0,7	4	51	2,7	0,7	1
Otevřenost	51	2,2	0,6	5	51	2,2	0,5	4
Svědomitost	51	2,6	0,5	2	51	2,6	0,5	2-3
Přívětivost	51	2,7	0,6	1	51	2,6	0,5	2-3

Tab. 14: Pořadí jednotlivých škál NEO FFI podle jejich míry výskytu u pacientů s neurogenní tetanií v porovnání s kontrolní skupinou

VO2: Jaké copingové strategie se vyskytují u pacientů s neurogenní tetanií v porovnání s kontrolní skupinou?

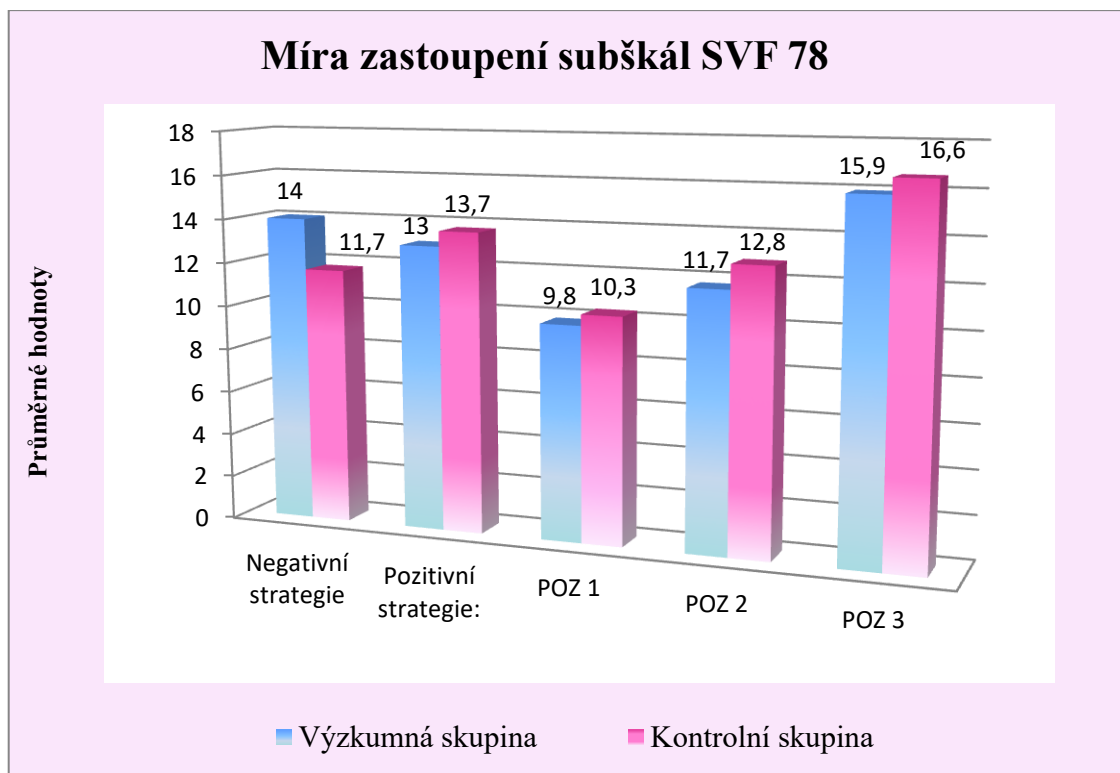
Co se týče výskytu copingových strategií u pacientů s neurogenní tetanií, tak se ukázalo, že se u nich častěji objevují *negativní copingové strategie* ($M = 14,0$; $SD = 4,9$) vedoucí k zesílení stresu, než ty *pozitivní* ($M = 13,0$; $SD = 3,3$) redukující stres, avšak tento rozdíl není příliš velký (viz *tab. 15*). Z těch *negativních copingových strategií* se u nich nejčastěji vyskytuje *perseverace* ($M = 17,9$; $SD = 5,0$). Oproti tomu z *pozitivních strategií* *zvládání stresu* se u výzkumné skupiny nejvíce objevuje *kontrola situace* ($M = 16,7$; $SD = 3,4$), která zahrnuje tendence získat kontrolu nad zátěžovými situacemi.

Copingové strategie SVF 78	Výzkumná skupina				Kontrolní skupina			
	N	M	SD	Pořadí dle výskytu	N	M	SD	Pořadí dle výskytu
Negativní strategie	51	14,0	4,9	1	51	11,7	4,1	2
Pozitivní strategie:	51	13,0	3,3	2	51	13,7	2,3	1
POZ 1	51	9,8	4,3		51	10,3	3,2	
POZ 2	51	11,7	4,9		51	12,8	3,0	
POZ 3	51	15,9	3,3		51	16,6	2,8	

Tab. 15: Pořadí jednotlivých subškál copingových strategií dotazníku SVF 78 dle jejich výskytu u pacientů s neurogenní tetanií v porovnání s kontrolní skupinou

Ze všech copingových strategií v rámci dotazníku SVF 78 (viz *tab. 16* následující strana) se u pacientů s neurogenní tetanií nejvíce objevuje, již zmíněná *perseverace* ($M = 17,9$; $SD = 5,0$), a nejméně pak *podhodnocení* ($M = 8,6$; $SD = 5,4$).

Porovnáme-li výskyt copingových strategií u výzkumné skupiny s kontrolní skupinou, dostáváme zajímavé srovnání, které zachycuje *tab. 15* a *16* (viz další strana). Jak vyplývá z těchto tabulek, tak se u respondentů z kontrolní skupiny ve stresových situacích častěji objevují *pozitivní copingové strategie* ($M = 13,7$; $SD = 2,3$) než ty *negativní*, v čemž se rozchází s výzkumnou skupinou, i když ani zde nepanuje příliš velký rozdíl (viz *graf 4* následující strana).



Graf 4: Míra zastoupení subškál SVF 78

Z pozitivních strategií zvládnání stresu se u této skupiny respondentů nejvíce vyskytuje kontrola reakcí ($M = 16,8$; $SD = 2,6$) a z těch negativních je podle našich výsledků také perseverace ($M = 15,7$; $SD = 5,1$), stejně jako u výzkumné skupiny. V tomto případě se tedy obě skupiny shodují. Nicméně respondenti z výzkumné skupiny dosahují v této subškále o něco málo vyššího skóru, než je tomu u kontrolní skupiny (viz tab. 16 následující strana).

Ze všech copingových strategií v rámci dotazníku SVF 78 se u kontrolní skupiny oproti té výzkumné nejvíce vyskytuje kontrolu reakcí ($M = 16,8$; $SD = 2,6$) a nejméně pak rezignace ($M = 8,9$; $SD = 4,3$).

	Copingové strategie SVF 78	Výzkumná skupina				Kontrolní skupina		
		N	M	SD	Pořadí dle výskytu	M	SD	Pořadí dle výskytu
Pozitivní st.	Podhodnocení	51	8,6	5,4	13	9,7	4,2	12
	Odmítání viny	51	11,1	4,0	10-11	10,8	3,2	11
	Odklon	51	12,3	5,0	9	12,7	3,3	8
	Náhradní uspokojení	51	11,1	5,6	10-11	12,9	4,1	7
	Kontrola situace	51	16,7	3,4	3-4	16,6	3,2	3
	Kontrola reakcí	51	15,8	4,1	5	16,8	2,6	1
	Pozitivní sebeinstrukce	51	15,1	4,3	6	16,3	4,0	4
	Potřeba sociální opory	51	16,7	4,6	3-4	16,1	4,5	5
	Vyhýbání se	51	17,5	4,6	2	16,7	3,9	2
Negativní st.	Úniková tendence	51	13,0	5,8	7-8	11,7	4,1	10
	Perseverace	51	17,9	5,0	1	15,7	5,1	6
	Rezignace	51	10,1	5,2	12	8,9	4,3	13
	Sebeobviňování	51	13,0	5,8	7-8	11,8	5,3	9

Tab. 16: Pořadí jednotlivých copingových strategií SVF 78 dle jejich míry zastoupení u pacientů s neurogení tetanií v porovnání s kontrolní skupinou

VO3: Jaké obranné mechanismy se vyskytují u pacientů s neurogení tetanií v porovnání s kontrolní skupinou?

U pacientů s neurogení tetanií se nejčastěji objevují především *zralé obranné reakce* (M = 5,5; SD = 1,2), což platí i pro kontrolní skupinu (M = 6,1; SD = 0,9), jak můžeme vidět v tab. 17.

Obranné reakce DSQ 40	Výzkumná skupina				Kontrolní skupina			
	N	M	SD	Pořadí dle výskytu	N	M	SD	Pořadí dle výskytu
Zralé	51	5,5	1,2	1	51	6,1	0,9	1
Neurotické	51	4,9	1,1	2	51	5,6	1,8	2
Nezralé	51	4,2	1,0	3	51	1,8	1,0	3

Tab. 17: Pořadí jednotlivých subškál dotazníku DSQ 40 dle jejich míry zastoupení u pacientů s neurogení tetanií v porovnání s kontrolní skupinou

Ze *zralých obranných reakcí* u této skupiny respondentů je nejvíce zastoupen *humor* (M = 6,3; SD = 1,7), z *neurotických obranných reakcí* pak *pseudoaltruismus* (M = 5,4;

SD = 1,8) a *idealizace* (M = 5,4; SD = 2,2) a z těch *nezralých* se u pacientů s neurogenní tetanií nejčastěji vyskytuje *štěpení* (M = 5,9; SD = 1,9) a *somatizace* (M = 5,9; SD = 1,9). Porovnáme-li tyto výsledky (viz *tab. 18*) s výsledky kontrolní skupiny, tak zjistíme, že i u respondentů kontrolní skupiny se nejčastěji vyskytuje v rámci *zralých obranných mechanismů humor* (M = 7,4; SD = 1,4), z hlediska *neurotických reaktivní formace* (M = 8,9; SD = 4,1) a z *nezralých* pak *racionalizace* (M = 5,5; SD = 1,6).

Obranné reakce DSQ 40		N	Výzkumná skupina			Kontrolní skupina		
			M	SD	Pořadí dle výskytu	M	SD	Pořadí dle výskytu
Zralé	Sublimace	51	5,4	2,2	5-8	5,8	1,6	3-4
	Humor	51	6,3	1,7	1	7,4	1,4	2
	Anticipace	51	5,4	1,5	5-8	5,6	1,5	5
	Suprese	51	4,9	2,2	10	5,8	1,6	3-4
Neurotické	Odčínění	51	4,7	1,8	11	4,1	1,8	14
	Pseudoaltruismus	51	5,4	1,8	5-8	5,0	1,6	9
	Idealizace	51	5,4	2,2	5-8	4,6	2,2	11
	Reaktivní formace	51	4,4	1,9	13	8,9	4,1	1
Nezralé	Projekce	51	3,6	2,2	16-17	3,2	1,7	18
	Pasivní agrese	51	3,6	1,7	16-17	3,6	1,5	15-16
	Agování	51	5,1	2,1	9	4,5	2,2	12
	Izolace	51	2,9	2,2	19	3,5	2,0	17
	Devalvace	51	4,2	1,5	14	4,2	1,6	13
	Autistická fantazie	51	3,8	2,3	15	3,6	2,1	15-16
	Popření	51	2,7	1,9	20	3,0	1,4	20
	Přesunutí	51	4,5	2,3	12	4,8	2,0	10
	Disociace	51	3,1	1,7	18	3,1	1,5	19
	Štěpení	51	5,9	1,9	2-3	5,1	2,0	7-8
	Racionalizace	51	5,6	1,9	4	5,5	1,6	6
	Somatizace	51	5,9	1,9	2-3	5,1	2,0	7-8

Tab. 18: Pořadí jednotlivých obranných reakcí DSQ 40 dle jejich výskytu u pacientů s neurogenní tetanií v porovnání s kontrolní skupinou

Ze všech obranných reakcí obsažených v dotazníku DSQ 40 je tím nejtypičtějším pro pacienty s neurogenní tetanií, již zmíněný *humor* (M = 6,3; SD = 1,7). Co se týče jeho míry zastoupení u kontrolní skupiny, tak se nachází až na druhém místě. Ještě před ním

se objevuje obranná reakce *reaktivní formace* ($M = 8,9$; $SD = 4,1$). Na druhé straně nejméně zastoupenou obrannou reakcí u obou těchto skupin se stalo *popření*, v případě výzkumné skupiny jsou hodnoty o něco málo nižší ($M = 2,7$; $SD = 1,9$), než u respondentů kontrolní skupiny ($M = 3,0$; $SD = 1,4$).

VO4: Odlišuje se osobnostní profil pacienta s neurogenní tetanií od běžné populace?

Pro zodpovězení této otázky jsme učinili jednovýběrový Hotellingův test, který je zkonstruovaný pro takovéto složené otázky. Ještě před testováním jsme však museli převést hrubé skóry jednotlivých škál na T-skóry, k čemuž jsme použili příručku NEO FFI. Až poté jsme provedli již zmíněný test. Výsledky (Hotelling $T^2 = 219,89$; $F_{(5, 46)} = 40,46$; $p > 0,00$) ukázaly (viz *tab. 19*), že existuje statisticky významný rozdíl mezi osobnostním profilem pacienta s neurogenní tetanií a normami dotazníku NEO FFI, konkrétně v dimenzích *neuroticismu* ($p > 0,00$) a *extraverzi* ($p > 0,01$).

	Hotelling $T^2 = 219,89$; $F_{(5, 46)} = 40,46$; $p > 0,00$				
	M	SD	t-hodnota	p	Referenční konstanta
Neuroticismus	22,69	17,51	-11,14	0,00	50
Extraverze	39,11	27,53	-2,82	0,01	50
Otevřenost	49,37	33,78	-0,13	0,89	50
Přívětivost	42,07	29,00	-1,95	0,06	50
Svědomitost	52,63	33,59	0,56	0,58	50

Tab. 19: Dimenze dotazníku NEO FFI u pacientů s neurogenní tetanií ve srovnání s normou

Legenda: Hotelling T^2 = hodnota Hotellingova testu, $F_{(5,46)}$ = testová statistika a stupně volnosti, M = průměr, SD = směrodatná odchylka, t -hodnota = testova hodnota, p = statistická významnost

VO5: Odlišují se copingové strategie pacienta s neurogenní tetanií od běžné populace?

Tuto výzkumnou otázku jsme řešili podobně jako v případě VO4, a to pomocí jednovýběrového Hotellingova testu. Opět jsme převedli hrubé skóry jednotlivých škál na T-skóry, k čemuž jsme použili příručku SVF 78. Až poté jsme provedli již zmíněný test. Výsledky (Hotelling $T^2 = 56,16$; $F_{(2, 49)} = 27,52$; $p > 0,00$) ukázaly, že existuje statisticky významný rozdíl mezi copingovými strategiemi, které se vyskytují u pacienta s neurogenní

tetanií, a normami dotazníku SVF 78, konkrétně v subškále *negativních copingových strategií* ($p > 0,00$).

Hotelling $T^2 = 56,16$; $F_{(2, 49)} = 27,52$; $p > 0,00$					
	M	SD	t-hodnota	p	Referenční konstanta
Negativní	59,63	11,55	5,95	0,00	50
Pozitivní	53,13	13,30	1,68	0,10	50

Tab. 20: Dimenze dotazníku NEO FFI u pacientů s neurogení tetanií ve srovnání s normou

VO6: Odlišují se obranné mechanismy pacienta s neurogení tetanií od běžné populace?

I v tomto případě jsme provedli jednovýběrový Hotellingův test, tentokrát zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy. Učinili jsme tak kvůli normám dotazníku DSQ 40, které jsou rozlišeny dle pohlaví. Jak můžeme vidět z *tab. 21* (viz následující strana), tak se ukázalo, že statisticky významný rozdíl existuje pouze mezi obrannými mechanismy u žen s neurogení tetanií (Hotelling $T^2 = 58,23$; $F_{(3, 38)} = 18,44$; $p > 0,00$) ve srovnání s normální populací, konkrétně ve *zralých* ($p > 0,01$) a *neurotických* ($p > 0,00$) *obranných stylech*. Jinými slovy u žen s neurogení tetanií se častěji vyskytují *neurotické obranné styly*, než je tomu u žen zastupující normativ. Oproti tomu *zralé obranné styly* se u nich objevují méně než u žen z běžné populace. Rozdíl je však velmi malý, činí přibližně 0,1 směrodatné odchylky.

Hotelling $T^2 = 0,44$; $F_{(3, 7)} = 0,11$; $p < 0,95$							Hotelling $T^2 = 58,23$; $F_{(3, 38)} = 18,44$; $p > 0,00$						
Muži	České normy		Výzkumná skupina		t-test		Ženy	České normy		Výzkumná skupina		t-test	
	M	SD	M	SD	T	p		M	SD	M	SD	T	p
Zralé	5,89	1,10	5,84	1,39	-0,12	0,91	Zralé	5,92	1,15	5,41	1,20	-2,72	0,01
Neurotické	4,0	1,17	4,13	0,80	0,49	0,69	Neurotické	4,33	1,26	5,08	1,12	4,29	0,00
Nezralé	4,51	0,70	4,51	0,78	0,01	0,99	Nezralé	4,31	0,67	4,07	0,95	-1,61	0,12

Tab. 21: Srovnání výsledků výzkumné skupiny mužů a žen pro jednotlivé obranné styly

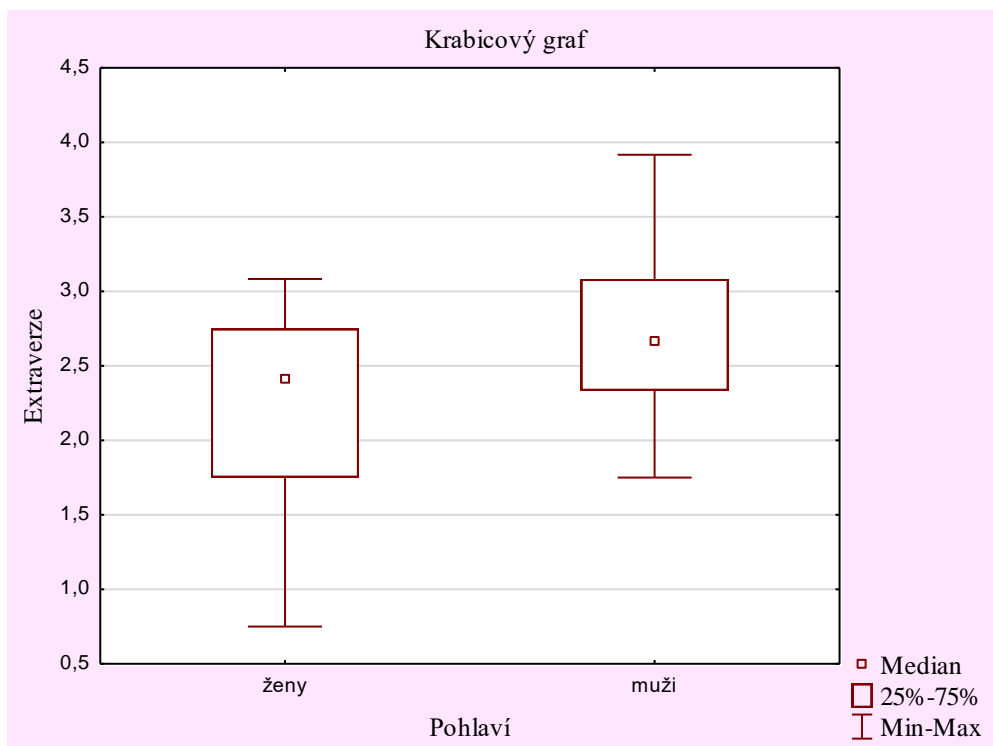
H1: Osobnostní profil mužů a žen s neurogení tetanií se od sebe statisticky významně liší.

Pro ověření této hypotézy jsme učinili taktéž Hotellingův test, ale tentokrát pro dva nezávislé výběry. Výsledky tohoto souhrnného testu (Hotellingovo $T^2 = 9,72$; $F_{(5, 45)} = 1,79$; $p < 0,14$) ukázaly, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi osobnostním profilem mužů a žen s neurogení tetanií. A to i přesto, že p hodnoty u dimenzí *extraverze* ($p > 0,02$) a *otevřenosti vůči zkušenosti* ($p > 0,04$) byly nižší než 5% hladina významnosti. Z tohoto důvodu nemůžeme naši **hypotézu H1 přijmout**.

Přehled výsledků a porovnání s kontrolní skupinou zachycuje *tab. 22*. Míru zastoupení *extraverze* u pacientů s neurogení tetanií v závislosti na pohlaví znázorňuje *graf 5* (viz následující strana).

	Hotelling $T^2 = 9,72$; $F_{(5, 45)} = 1,79$; $p < 0,14$						Hotelling $T^2 = 6,98$; $F_{(5, 45)} = 1,28$; $p < 0,29$					
	Výzkumná skupina						Kontrolní skupina					
	M		SD		t-test		M		SD		t-test	
	muži	Ženy	Muži	ženy	t	P	Muži	Ženy	muži	ženy	T	p
Neuroticismus	2,1	2,5	0,66	0,43	-1,91	0,06	1,79	2,01	0,61	1,01	0,66	0,66
Extraverze	2,8	2,2	0,71	0,67	2,33	0,02	2,68	2,71	0,64	0,71	2,68	0,17
Otevřenost	1,9	2,3	0,41	0,54	-2,14	0,04	1,97	2,23	0,41	0,53	1,97	1,49
Přívětivost	2,5	2,6	0,51	0,50	-0,70	0,49	2,54	2,72	0,48	0,44	2,54	1,18
Svědomitost	2,7	2,7	0,49	0,67	-0,14	0,89	2,43	2,60	0,40	0,47	2,43	1,08

Tab. 22: Srovnání dimenzí dotazníku NEO FFI u pacientů s neurogení tetanií v závislosti na pohlaví s kontrolní skupinou



Graf 5: Dimenze Extraverze u pacientů s neurogení tetanií v závislosti na pohlaví

H2: Copingové strategie mužů a žen s neurogení tetanií se od sebe statisticky významně liší.

U této výzkumné hypotézy jsme použili stejný test, tedy Hotellingův test pro dva nezávislé výběry, a zjistili jsme, že ani v tomto případě neexistuje statisticky významný rozdíl mezi copingovými strategiemi u mužů a žen s neurogení tetanií (Hotelling $T^2 = 6,22$; $F_{(5,45)} = 1,14$; $p < 0,35$), a to i přesto, že se u subškály *negativní copingové strategie* ($p > 0,02$) objevuje hodnota p nižší, než je 5% hladina významnosti. Ani v tomto případě se tedy nepotvrdila **naše hypotéza H2**, předpokládající, že se budou copingové strategie pacientů s neurogení tetanií statisticky významně lišit v závislosti na pohlaví, a proto ji **nemůžeme přijmout**.

Ostatní hodnoty a porovnání s kontrolní skupinou, u níž jsme také provedli Hotellingův test, zachycuje *tab. 23* (viz následující strana). Hodnoty jednotlivých copingových strategií naleznete v *příloze 7*.

	Hotelling $T^2 = 6,22$; $F_{(5,45)} = 1,14$; $p < 0,35$						Hotelling $T^2 = 40,68$; $F_{(18,32)} = 1,48$ $p < 0,16$					
	Výzkumná skupina						Kontrolní skupina					
	M		SD		t-test		M		SD		t-test	
	muži	ženy	muži	ženy	T	P	Muži	ženy	muži	ženy	t	P
NEG	10,7	14,7	4,34	4,71	2,45	0,02	9,15	12,36	2,60	4,23	2,29	0,03
POZ	14,1	12,7	2,30	3,43	-1,20	0,24	14,33	13,52	0,94	2,47	-1,01	0,32
POZ 1	11,8	9,4	3,55	4,36	-1,64	0,11	11,65	9,90	1,11	3,41	-1,59	0,12
POZ 2	12,5	11,5	2,56	5,33	-0,55	0,59	12,45	12,85	1,67	3,23	0,38	0,71
POZ 3	16,6	15,7	3,21	3,29	-0,82	0,42	17,37	16,37	2,17	2,88	-1,02	0,31

Tab. 23: Srovnání dimenzí dotazníku SVF 78 u pacientů s neurogení tetanií v závislosti na pohlaví s kontrolní skupinou

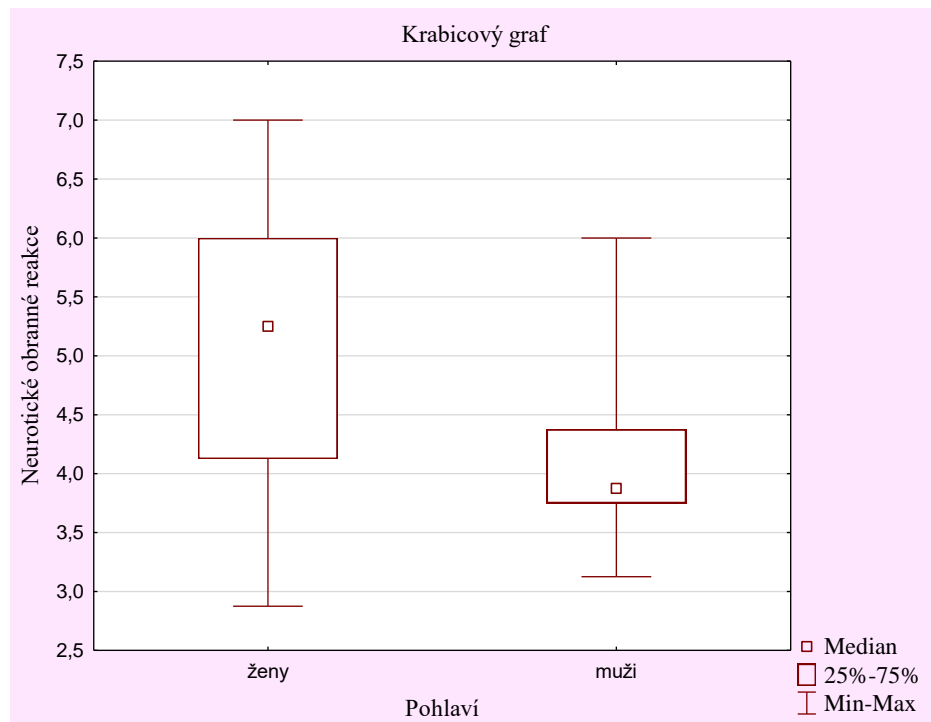
H3: Obranné mechanismy mužů a žen s neurogení tetanií se od sebe statisticky významně liší.

I poslední výzkumnou hypotézu jsme řešili pomocí Hotellingova testu pro dva nezávislé výběry a ukázalo se, že v tomto případě existuje statisticky významný rozdíl mezi obrannými mechanismy u mužů a žen s neurogení tetanií (Hotelling $T^2 = 121,27$; $F_{(23,27)} = 3,05$; $p > 0,00$). U žen s neurogení tetanií se častěji vyskytují *neurotické obranné reakce* ($p > 0,01$) než u mužů s neurogení tetanií. Rozdíl není však příliš velký, přibližně 0,3 směrodatné odchylky. Tento vztah nám pěkně znázorňuje *graf 6* (viz str. 77). V případě jednotlivých obranných reakcí se ukázal také rozdíl u *reaktivní formace* ($p > 0,00$), v níž ženy dosahují vyššího skóru než muži a dále pak u *pasivní agrese* ($p > 0,01$) a *somatizace* ($p > 0,03$), kde je tomu naopak, zde muži dosahují vyšších skóru. Jak vyplývá z těchto výsledků, tak v tomto případě můžeme **potvrdit hypotézu H3**, která předpokládá, že se obranné mechanismy pacientů s neurogení tetanií budou statisticky významně lišit u mužů a žen.

V *tab. 24* (viz další strana) můžeme srovnat výzkumnou skupinu s kontrolní skupinou, u které jsme ze zvědavosti taktéž učinili Hotellingův test, a zjistili jsme, že i v tomto případě byl zaznamenán statisticky významný rozdíl, konkrétně u *sublimace* ($p > 0,03$), *pseudoaltruismus* ($p > 0,00$) a *somatizace* ($p > 0,03$), ve kterých vyššího skóru dosahují ženy než muži. Poslední zmíněná obranná reakce se projevila jako statisticky významná také u výzkumné skupiny, avšak v jejím případě ženy skórují méně než muži.

	Hotelling $T^2 = 121,27$; $F_{(23, 27)} = 2,91$; $p > 0,00$						Hotelling $T^2 = 127,20$; $F_{(23, 27)} = 3,05$; $p > 0,00$					
	Výzkumná skupina						Kontrolní skupina					
	M		SD		t-test		M		SD		t-test	
	muži	ženy	muži	ženy	t	p	muži	ženy	Muži	ženy	T	p
Zralé	5,84	5,41	1,39	1,20	-0,98	0,33	5,96	6,19	1,27	0,89	0,65	0,52
Neurotické	4,13	5,08	0,80	1,12	2,53	0,01	5,14	5,74	1,32	1,89	0,96	0,34
Nezralé	4,51	4,07	0,78	0,95	-1,36	0,18	3,86	4,04	0,81	0,92	0,58	0,57
Sublimace	5,30	5,37	2,44	2,12	0,09	0,93	4,80	6,07	1,74	1,53	2,30	0,03
Humor	7,10	6,16	1,63	1,70	-1,58	0,12	7,25	7,43	1,25	1,48	0,37	0,71
Anticipace	5,70	5,33	0,79	1,62	-0,70	0,49	6,05	5,49	1,59	1,45	-1,08	0,29
Suprese	5,25	4,80	2,07	2,24	-0,59	0,56	5,75	5,74	2,02	1,53	-0,01	0,99
Odčinění	3,85	5,00	1,23	1,90	1,74	0,09	3,25	4,28	1,11	1,90	1,64	0,11
Pseudoaltruismus	4,45	5,60	1,79	1,72	1,86	0,07	3,50	5,34	0,97	1,53	3,61	0,00
Idealizace	5,75	5,00	1,50	2,29	-1,05	0,30	4,40	4,62	2,65	2,09	0,29	0,78
Reaktivní formace	2,45	4,83	1,28	1,71	4,11	0,00	9,40	8,73	3,63	4,18	-0,46	0,64
Projekce	2,50	3,87	2,59	2,06	1,78	0,08	3,05	3,17	1,34	1,76	0,20	0,84
Pasivní agrese	4,75	3,27	1,51	1,66	-2,57	0,01	3,55	3,55	1,96	1,45	-0,00	0,99
Agování	6,15	4,80	1,87	2,11	-1,85	0,07	3,85	4,71	2,32	2,19	1,10	0,28
Izolace	3,50	2,72	2,17	2,21	-1,01	0,31	3,50	3,54	1,84	2,02	0,05	0,96
Devalvace	4,05	4,20	1,42	1,56	0,27	0,79	3,70	4,30	2,06	1,45	1,08	0,28
Autistická fantazie	2,75	4,04	2,47	2,24	1,60	0,12	4,45	3,34	2,15	1,99	-1,56	0,13
Popření	3,70	2,49	2,61	1,67	-1,83	0,07	3,15	2,99	1,23	1,45	-0,33	0,75
Přesunutí	4,20	4,56	1,92	2,42	0,44	0,66	5,20	4,67	1,57	2,10	-0,74	0,46
Disociace	3,80	2,90	2,12	1,61	-1,48	0,15	3,00	3,09	1,68	1,47	0,16	0,87
Štěpení	5,65	4,84	0,94	2,16	-1,15	0,26	4,25	4,11	1,78	2,04	-0,20	0,84
Racionalizace	6,00	5,12	1,41	1,96	-0,74	0,46	4,80	5,67	1,21	1,61	1,59	0,12
Somatizace	7,10	5,65	1,17	1,96	-2,24	0,03	3,80	5,37	1,32	2,08	2,26	0,03

Tab. 24: Srovnání obranných reakcí u pacientů s neurogenní tetanií v závislosti na pohlaví s kontrolní skupinou



Graf 6: Neurotické obranné reakce u pacientů s neurogení tetanií v závislosti na pohlaví

7 DISKUZE

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, jaké osobnostní charakteristiky a copingové strategie se vyskytují u pacientů s neurogenním tetanickým syndromem. Dále nás zajímalo, zda existují rozdíly mezi muži a ženami v rámci osobnostních charakteristik a copingových strategií. Dodatečně jsme se také zaměřili na obranné mechanismy a pokusili jsme se zjistit, jaké reakce se u nich objevují nejčastěji. Výsledky jsme poté porovnávali s kontrolní skupinou, představující jedince bez lékařem diagnostikované neurogenní tetanie, popřípadě s normami.

Pro náš výzkum se nám podařilo získat celkem 167 respondentů, z toho 51 tvoří výzkumnou skupinu, u níž se objevuje neurogenní tetanie. Ze zbývajících 116 respondentů jsme na základě párového vyrovnávání dle pohlaví a věku k výzkumné skupině vybrali taktéž 51 respondentů, kteří představovali kontrolní skupinu. Finálně jsme tedy v rámci našeho výzkumu pracovali se 102 respondenty různého věku (19-58 let), rodinného stavu a vzdělání. Dle našeho očekávání, jež bylo v souladu se studiemi (Steidl, 2002; Mumenthaler, Bassetti & Dyaetwyler, 2005) o častějším výskytu neurogenní tetanie u žen, ve výzkumné skupině převažovaly ženy. Celkem výzkumnou skupinu představovalo 41 žen (80,4 %) a 10 mužů (19,6 %). Naše očekávání bylo spojeno také s faktem, že jsme distribuci dotazníků prováděli hlavně prostřednictvím sociálních sítí (převážně Facebook), kde jsou častějšími uživateli a přispěvateli právě ženy. Poměr žen vůči mužům je na Facebooku 1,15 : 1 (Duggan & Smith, 2014 in Kraydlová, 2017). Ve shodě s výše uvedenými výzkumy o výskytu neurogenní tetanie, jsme taktéž předpokládali, že náš výzkumný vzorek bude tvořen nejvíce respondenty ve věkovém intervalu od 20 do 30 let, což se také potvrdilo. Z 51 respondentů výzkumné skupiny se jich 28 (54,9 %) pohybuje ve zmíněném věkovém intervalu.

Vzhledem k zaměření této diplomové práce a zmíněným výzkumným cílům bylo stanoveno 6 výzkumných otázek, jež byly koncipovány tak, abychom jejich prostřednictvím získali bližší informace o specifické skupině, kterou představují pacienti s neurogenním tetanickým syndromem. Tyto výzkumné otázky odráží také charakter našeho výzkumu, jenž je spíše explorativního typu. Jak už jsme se několikrát zmínili, tak o této problematice existuje jen zanedbatelné množství psychologicky orientovaných studií, o které bychom se mohli opřít při formulaci našich výzkumných hypotéz. I přesto jsme celkem definovali 3 výzkumné hypotézy, které jsme se pokoušeli v naší práci ověřit.

Nejprve jsme se však pokusili zjistit, jaký osobnostní profil, copingové strategie a obranné mechanismy se vyskytují u naší výzkumné skupiny a abychom získali srovnání, porovnáme tyto výsledky s kontrolní skupinou. V případě porovnání osobnostního profilu pacientů s neurogenní tetanií s kontrolní skupinou výsledky ukázaly, že se od sebe tyto dvě skupiny příliš neliší. Pacienti s neurogenní tetanií dosahovali nejvyššího skóru v dimenzi *přívětivosti* ($M = 2,7$; $SD = 0,6$), což bylo o 0,1 směrodatné odchylky více, než se objevovalo u kontrolní skupiny ($M = 2,6$; $SD = 0,5$). Hřebíčková a Urbánek (2001) uvádí, že pro jedince dosahující vysokého skóru na této škále je nejtýpější charakteristikou altruismus. Takoví jedinci mají pro druhé pochopení a porozumění, dokáží jim projevit přízeň a chovat se k nim laskavě a vlídně. Navíc mají sklon pomáhat a důvěřovat druhým lidem a upřednostňují spolupráci. Oproti tomu výzkumná skupina nejméně skórovala v dimenzi *otevřenosti vůči zkušenosti* ($M = 2,2$; $SD = 0,6$) a v porovnání s kontrolní skupinou ($M = 2,2$; $SD = 0,5$) dosáhla stejného skóru. Nicméně kontrolní skupina v této škále nedosáhla nejmenšího zastoupení, to se projevilo v dimenzi *neuroticismu* ($M = 2,0$; $SD = 1,0$). Můžeme říci, že jedinci kontrolní skupiny jsou emočně stabilnější a dokáží tak lépe ovlivňovat své prožívání stresových situací a vyrovnávat se s nimi (Hřebíčková & Urbánek, 2001), než pacienti s neurogenním tetanickým syndromem, kteří v této dimenzi ($M = 2,4$; $SD = 0,5$) dosáhli vyššího skóru. Podle Paulíka (2012) se nízké skóre neuroticismu pojí s pozitivními emocemi, optimistickým pohledem na svět a s nízkou mírou úzkostnosti, obav či smutku. Přičemž v souvislosti se zátěží je pak emoční stabilita příznačná svým přístupem k problémům se snahou je řešit. Naopak v případě nedostatku stability může pouhá přítomnost emocionálního rozrušení narušovat snahy o plánovité zvládnutí zátěže, což může vést k méně efektivním copingovým strategiím (snaha vyhýbat se ohrožení).

Co se týče copingových strategií pacientů s neurogenním tetanickým syndromem, tak se u těchto jedinců vyskytují častěji *negativní copingové strategie* ($M = 14,0$; $SD = 4,9$), které vedou k zesílení stresu, než ty *pozitivní* ($M = 13,0$; $SD = 3,3$), redukující stres. Avšak ten rozdíl není příliš velký. Oproti tomu se u respondentů z kontrolní skupiny ve stresových situacích častěji objevují *pozitivní copingové strategie* ($M = 13,7$; $SD = 2,3$) než ty *negativní* ($M = 11,7$; $SD = 4,1$), v čemž se rozchází s výzkumnou skupinou, i když ani zde nepanuje příliš velký rozdíl. Z negativních copingových strategií se u jedinců s neurogenní tetanií nejvíce vyskytuje *perseverace* ($M = 17,9$; $SD = 5,0$). V tomto případě spatřujeme shodu u obou skupin, neboť i u kontrolní skupiny se také nejvíce vyskytuje *perseverace* ($M = 15,7$; $SD = 5,1$) ze všech *negativních copingových strategií* dotazníku SVF 78. Nicméně respondenti z výzkumné skupiny dosahují v této subškále o něco málo

vyššího skóru, než je tomu u kontrolní skupiny. Lze tedy říci, že tito jedinci mají větší sklon k neschopnosti se myšlenkově odpoutat od prožívaných zátěží. Negativní představy a myšlenky o zátěžové situaci se neustále vtírají a zabírají kapacitu myšlení jedince ve značné míře a po dlouhou dobu, čímž se prodlužuje zátěžová situace a s ní spojené rozrušení, ale především se tím také oddaluje doba návratu do výchozího stavu (Švancara, 2003). V případě výzkumné skupiny tak může častější výskyt této copingové strategie vést až k tetanickému záchvatu, který je podle Turčánové-Koprušákové (2011) většinou vyvolán silnou emocí, dlouhodobou stresovou situací či nadměrnou zátěží. Z *pozitivních strategií zvládnutí stresu* se u výzkumné skupiny nejvíce objevuje *kontrola situace* ($M = 16,7$; $SD = 3,4$), která představuje tendence získat kontrolu nad zátěžovými situacemi, u kontrolní skupiny je to pak *kontrola reakcí* ($M = 16,8$; $SD = 2,6$). Můžeme tedy říci, že se u nich projevuje větší tendence kontrolovat vlastní reakce při zátěžové situaci než u výzkumné skupiny respondentů ($M = 15,8$; $SD = 4,1$). Ze všech copingových strategií v rámci dotazníku SVF 78 se pak u pacientů s neurogenní tetanií nejvíce objevuje, již zmíněná *perseverace* ($M = 17,9$; $SD = 5,0$), a nejméně pak *podhodnocení* ($M = 8,6$; $SD = 5,4$). Z toho lze usoudit, že tito jedinci nemají tendenci podhodnocovat vlastní reakce ve srovnání s jinými osobami nebo je hodnotit příznivěji. Nýbrž naopak v návaznosti na ulpívavé negativní představy a myšlenky tito jedinci mohou mít sklon hodnotit dané situace ještě hůře, než ve skutečnosti jsou, což může vést k posílení stresové situace a k projevům tetanie. Naproti tomu u kontrolní skupiny se nejvíce vyskytuje *kontrola reakcí* ($M = 16,8$; $SD = 2,6$) a nejméně *rezignace* ($M = 8,9$; $SD = 4,3$), přeneseně lze říci, že tito probandi mají větší tendence kontrolovat vlastní reakce při zátěžové situaci a nevzdávat se v nich.

Naši pozornost jsme také soustředili na obranné mechanismy objevující se u pacientů s neurogenní tetanií v porovnání s kontrolní skupinou a ukázalo se, že u výzkumné skupiny se nejčastěji vyskytují především *zralé obranné reakce* ($M = 5,5$; $SD = 1,2$), což platí i pro kontrolní skupinu ($M = 6,1$; $SD = 0,9$). Ze *zralých obranných reakcí* u této skupiny respondentů je nejvíce zastoupen *humor* ($M = 6,3$; $SD = 1,7$), z *neurotických obranných reakcí* pak *pseudoaltruismus* ($M = 5,4$; $SD = 1,8$) a *idealizace* ($M = 5,4$; $SD = 2,2$) a z *těch nezralých* se u pacientů s neurogenní tetanií nejčastěji vyskytuje *štěpení* ($M = 5,9$; $SD = 1,9$) a *somatizace* ($M = 5,9$; $SD = 1,9$). Porovnáme-li tyto výsledky s výsledky kontrolní skupiny, tak zjistíme, že i u respondentů kontrolní skupiny se nejčastěji vyskytuje v rámci *zralých obranných mechanismů* *humor* ($M = 7,4$; $SD = 1,4$), z hlediska *neurotických* pak *reaktivní formace* ($M = 8,9$; $SD = 4,1$) a z *nezralých obranných*

mechanismů racionalizace ($M = 5,5$; $SD = 1,6$). Ze všech obranných reakcí obsažených v dotazníku DSQ 40 je tím nejtypičtějším pro pacienty s neurogení tetanií, již zmíněný *humor* ($M = 6,3$; $SD = 1,7$). Co se týče jeho míry zastoupení u kontrolní skupiny, tak se nachází až na druhém místě. Ještě před ním se objevuje obranná reakce *reaktivní formace* ($M = 8,9$; $SD = 4,1$). Nicméně lze říci, že jedinci obou skupin mají větší sklon vyrovnávat se se zátěžovou situací prostřednictvím zábavného či ironického aspektu dané situace uplatňujícím ho na sobě samém. Tato obranná reakce se řadí mezi *zralé obranné mechanismy*. Na druhé straně nejméně zastoupenou obrannou reakcí u obou těchto skupin se stalo *popření*, v případě výzkumné skupiny jsou hodnoty o něco málo nižší ($M = 2,7$; $SD = 1,9$), než u respondentů kontrolní skupiny ($M = 3,0$; $SD = 1,4$). Zde bychom mohli poznamenat, že pro respondenty z obou skupin není zcela typické popírat informace, které jsou nepříjemné, traumatické či jinak ohrožující jejich ego.

Dále nás v naší práci zajímalo, zda se osobnostní profil, copingové strategie a obranné mechanismy pacientů s neurogení tetanií odlišují od běžné populace. Vzhledem ke skutečnosti, že doposud nebyla provedena žádná podobná studie s touto skupinou respondentů, tak ani v těchto případech jsme nemohli stanovit výzkumné hypotézy, které by se opíraly o jiné studie. Z tohoto důvodu jsme zformulovali pouze výzkumné otázky. Pro zjištění, zda se osobnostní profil pacientů s neurogení tetanií liší od normativu, jsme použili jednovýběrový Hotellingův test, který je koncipován pro takovéto případy. A ukázalo se, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl (Hotellingovo $T^2 = 219,89$; $F_{(5, 46)} = 40,46$; $p > 0,00$) mezi osobnostním profilem pacientů s neurogení tetanií a normami dotazníku NEO FFI, konkrétně v dimenzích *neuroticismu* ($p > 0,00$) a *extraverzi* ($p > 0,01$). U copingových strategií naší výzkumné skupiny se taktéž ukázal statisticky významný rozdíl na 5% hladině významnosti (Hotellingovo $T^2 = 56,16$; $F_{(2, 49)} = 27,52$; $p > 0,00$), tedy lze říci, že copingové strategie pacientů s neurogení tetanií se liší od běžné populace, konkrétně v subškále *negativních copingových strategií* ($p > 0,00$). Co se týče obranných mechanismů pacientů s neurogení tetanií a jejich porovnání s normami dotazníku DSQ 40, tak výsledky Hotellingova testu (Hotellingovo $T^2 = 58,23$; $F_{(3, 38)} = 18,44$; $p > 0,00$) ukázaly, že na 5% hladině významnosti taktéž existuje statisticky významný rozdíl mezi obrannými mechanismy naší výzkumné skupiny a běžnou populací.

Kromě již zmíněného nás také zajímalo, zda se osobnostní profil, copingové strategie a obranné mechanismy pacientů s neurogení tetanií statisticky významně liší v závislosti na pohlaví. Na základě studií (Cramer, 1991; Lyn & Martinová, 1997; Janke & Erdmann,

2002; Hřebíčková, 2011aj.) potvrzující intersexuální rozdíly ve zmíněných proměnných, i když ne přímo u skupiny osob s neurogenním tetanickým syndromem (což při srovnávání bereme v potaz) jsme si stanovili 3 výzkumné hypotézy (H1-H3), které jsme ověřovali opět pomocí Hotellingova testu, tentokrát pro dva nezávislé výběry. A naše výsledky ukázaly (Hotellingovo $T^2 = 9,72$; $F_{(5, 45)} = 1,79$; $p < 0,14$), že u osobnostního profilu mužů a žen naší skupiny se neobjevil statisticky významný rozdíl. A to i přesto, že p hodnoty u dimenzí *extraverze* ($p > 0,02$) a *otevřenosti vůči zkušenosti* ($p > 0,04$) byly nižší než 5% hladina významnosti. Z tohoto důvodu jsme nemohli přijmout naši hypotézu H1, předpokládající, že se bude osobnostní profil pacientů s neurogenní tetanií statisticky významně lišit v závislosti na pohlaví. V tomto případě bychom doporučili další zkoumání s použitím většího vzorku respondentů a s rovnoměrnějším zastoupením mužů a žen.

I když se rozdíly neukázaly na hladině významnosti jako významné, tak jsme zaznamenali rodové odlišnosti v jednotlivých charakteristikách. Muži dosahovali vyššího skóru v dimenzi *extraverze* než ženy, což potvrzují i některé výzkumy, například Lyn a Martinová (1997) zaznamenali u žen nižší míru extraverze než u mužů. V opozici tomu stojí např. Feingold (1994), jenž ve své studii zjistil vyšší míru této charakteristiky u žen. Tyto rozporuplné výsledky mohou pravděpodobně mimo jiného souviset s konkrétním vymezením extraverze v jednotlivých metodách, jak uvádí Hřebíčková (2011). Dalším srovnáním může být studie Costy, Terraciana a McCrae (2001 in Blatný a kol., 2010), kteří ve své studii také srovnávali sebeposouzení mužů a žen podle NEO-PI-R a zaznamenali, že ženy skórují výše v *neuroticismu*, *přívětivosti*, *vřelosti* (subškála *extraverze*) a *prožívání* (subškála *otevřenosti vůči zkušenosti*) ve srovnání s muži. Muži oproti tomu dosahovali vyšších skóru v *asertivitě* (subškála *extraverze*) a *otevřenosti idejím* (subškála *otevřenosti vůči zkušenosti*). Přičemž v rámci charakteristiky *svědomitosti* se neukázaly rodové odlišnosti, k čemuž došlo i u našeho vzorku. Ženy i muži v této dimenzi skórovali stejně. Odlišnosti se projevíly i na škále *neuroticismu*, v němž vyšších hodnot dosahují ženy, což se shoduje s výše uvedenými výsledky Costy, Terraciana a McCrae (2001 in Blatný a kol., 2010).

Podobně jako u osobnostního profilu jsme předpokládali, že se objeví statisticky významný rozdíl mezi copingovými strategiemi mužů a žen s neurogenní tetanií. I tento předpoklad jsme testovali pomocí Hotellingova testu pro dva nezávislé výběry (Hotellingovo $T^2 = 6,22$; $F_{(5, 45)} = 1,14$; $p < 0,35$) a ani zde se nenašel statisticky významný rozdíl mezi copingovými strategiemi mužů a žen s neurogenní tetanií, a to i přesto, že se u subškály *negativních copingových strategií* ($p > 0,02$) objevuje p -hodnota nižší, než

je 5% hladina významnosti. Tudíž i zde se naše hypotéza H2 nepotvrdila. Nicméně i v tomto případě bychom doporučili další zkoumání s použitím většího vzorku respondentů a s rovnoměrnějším zastoupením mužů a žen, neboť se domníváme, že právě malý vzorek a nerovnoměrné zastoupení obou pohlaví mohly zkreslit výsledky. Přestože se odlišnosti neprojevily na 5% hladině významnosti jako významné, tak jsme v našich výsledcích zaznamenali rodové odlišnosti v copingových strategiích pacientů s neurogení tetanií. Ukázalo se, že u žen se častěji vyskytují *negativní copingové strategie* než u mužů, kteří na rozdíl od nich skórují výše v *pozitivních copingových strategiích*, a to i v jejich subškálách (*POZ 1*, *POZ 2* a *POZ 3*), což také potvrzují výsledky Jankeho a Erdmannové (2002). Tito autoři tvrdí, že copingové strategie u mužů a žen se liší. V jejich výzkumu muži vykazovali vyšší hodnoty u *POZ 1 (podhodnocení/odmítání viny)* a u žen se objevovaly vyšší hodnoty v oblasti *negativních copingových strategií*.

Poslední naše hypotéza H3 se týkala taktéž rozdílu mezi muži a ženami, ale tentokrát u obranných mechanismů naší výzkumné skupiny. V případě této výzkumné hypotézy jsme vycházeli z výzkumů potvrzující intersexuální diference (Cramer, 1991; Watson & Sinha, 1998; Petraglia et al., 2009 aj.). I zde jsme požili Hotellingův test pro dva nezávislé výběry (Hotellingovo $T^2 = 15,67$; $F_{(3, 47)} = 5,01$; $p > 0,00$) a ten ukázal, že existuje statisticky významný rozdíl na 5% hladině významnosti mezi obrannými mechanismy mužů a žen s neurogení tetanií. V případě jednotlivých obranných stylů se tento signifikantní rozdíl projevil u *neurotických obranných reakcí* ($p > 0,01$), které se častěji objevují u žen než u mužů. U konkrétních obranných reakcí jsme poté zaznamenali rozdíl u *reaktivní formace* ($p > 0,00$), v níž ženy dosahují vyššího skóru než muži, dále pak u *pasivní agrese* ($p > 0,01$) a *somatizace* ($p > 0,03$), kde je tomu přesně naopak, zde muži dosahují vyšších skóru. Na základě těchto výsledků jsme přijali naši hypotézu H3, předpokládající statisticky významný rozdíl mezi obrannými mechanismy pacientů s neurogení tetanií s ohledem na pohlaví. Naše výsledky se příliš neshodují s výsledky studie od Červené (2006), která se taktéž zabývala rozdíly mezi obrannými mechanismy u žen a mužů, ale u závislých na alkoholu. V rámci jejího výzkumu se u žen více vyskytují obranné mechanismy *pseudoaltruismus* a *somatizace* než u mužů, u kterých se naopak více objevuje *izolace*. Domníváme se, že v tomto případě může hrát důležitou roli zmíněná závislost na alkoholu, z tohoto důvodu také k uvedenému srovnání přistupujeme s jistou obezřetností. Z nedostatku českých studií o obranných mechanismech jsme však nenašli vhodnější výzkumy, s nimiž bychom naše výsledky mohli porovnat. Nicméně zajímavé může být srovnání s naší kontrolní skupinou, u níž jsme taktéž učinili

Hottellingův test pro dva nezávislé výběry (Hotellingovo $T^2 = 127,20$; $F_{(23, 27)} = 3,05$; $p > 0,00$) a i zde se objevil statisticky významný rozdíl, konkrétně u *sublimace* ($p > 0,03$), *pseudoaltruismus* ($p > 0,00$) a *somatizace* ($p > 0,03$). U všech těchto obranných reakcí dosahují vyššího skóru ženy, což je sice v rozporu s našimi výsledky, ale do jisté míry se shodují s výsledky od Červené (2006).

7.1 Limity výzkumu

Pokládáme za žádoucí uvést také nedostatky a omezení, na které jsme v průběhu vypracovávání naší práce narazili. Úvodem naší reflexe bychom však rádi zdůraznili, že si uvědomujeme určitého vědeckého omezení našeho výzkumu, související s typem našeho výzkumu, který je explorativního zaměření. Ačkoliv uvedené výsledky poskytly množství zajímavých psychologických zjištění, nelze hovořit o kauzálních souvislostech. Na základě našich výsledků však můžeme formulovat nové otázky a předpoklady, které mohou být nadále zpřesňovány na základě budoucích výzkumů.

Podstatným omezením našeho výzkumu je nepříliš velký a málo variabilní vzorek, což se může odvíjet od jeho specifčnosti a odráží se to i v interpretaci výsledků. Jsme si vědomi nerovnoměrnosti výzkumného vzorku, v němž jsou více zastoupeny některé kategorie (více žen, respondenti ve věku od 20-30 let). S největší pravděpodobností však toto rozložení odpovídá dané zkoumané populaci, u níž se vyskytuje neurogenní tetanie. Bereme však v potaz, že tyto skutečnosti mohly zkreslit naše měření, což se také mohlo odrazit v celkových výsledcích, ale především ve výsledcích vztahujících se k intersexuálním diferencím.

Se specifčností výzkumného souboru souvisí i ztížený způsob sběru dat. Oslovit takto speciální populaci není jednoduché z několika důvodů. Jak se ukázalo, tak je obtížné navázat spolupráci s nemocnicemi, díky kterým bychom mohli získat potenciální respondenty s diagnózou neurogenní tetanie. Také záleží na ochotě samotných respondentů zapojit se do podobných výzkumů. Ve většině případů je však ochota nízká, což může být způsobené přirozenou snahou chránit si své soukromí či neochotou sdílet s cizími lidmi informace úzce spjaté s jejich osobou. Jak jsme výše naznačili, tak jsme respondenty vybírali na základě záměrného výběru prostřednictvím institucí. Volba této metody se odvíjela právě kvůli omezené dostupnosti dané populace. Miovský (2006) tvrdí, že tento typ výběru může být v některých případech zkreslen skutečností, že na dané instituce je navázána jen určitá část osob z dané cílové skupiny. Z toho plyne menší možnost zobecnění výsledků vzhledem k dané metodě výběru výzkumného vzorku, čehož jsme

si vědomi. Co se týče výběru lokalit (Moravskoslezský a Olomoucký kraj) daných nemocnic, byly zvoleny na základě lepší dostupnosti a především kvůli omezeným financím. Další metodou pro výběr respondentů byla metoda sněhové koule probíhající přes sociální sítě (Facebook, Twitter), kdy absence osobního kontaktu s probandy mohla vést k jejich ledabylosti či lehkomyšlnosti při vyplňování jednotlivých dotazníků, k čemuž mohla přispět také časová náročnost spojená s vyplňováním celé baterie testů.

Uvedené skutečnosti pro nás představují vědecké poučení pro další realizaci připravovaných šetření. Přičemž v dalších výzkumech považujeme za vhodné zabývat se i jinými demografickými proměnnými než jen pohlavím (např. věkem, rodinným stavem, dosaženým vzděláním atd.), ale také hledat bližší souvislosti či kauzální vztahy mezi jednotlivými proměnnými, které by mohli přinést nové poznatky o této problematice. Kromě toho by bylo zajímavé připojit do výzkumu i jiné osobnostní dispozice (self-efficacy, sense of coherence apod.) a hledat případné vztahy mezi nimi a copingovými strategiemi.

8 ZÁVĚR

Neurogení tetanický syndrom zahrnuje širokou škálu symptomů znepríjemňující život lidem s touto diagnózou, která jim může ubírat na jejich kvalitě. Vzhledem k tomu, že se nejedná o život ohrožující diagnózu, tak této problematice není věnována dostatečná pozornost ze stran lékařů ani jiných zdravotnických specialistů, a to i přes její stále častější výskyt. Naší snahou bylo podívat se na tuto problematiku z psychologického hlediska a dozvědět se něco více o těchto osobách, především o jejich copingových strategiích, pomocí níž se vypořádávají se stresovými situacemi, které mohou být i spouštěči tohoto syndromu nebo tyto příznaky doprovázet, ale také o osobnostních rysech v pojetí pětifaktorového modelu osobnosti („Big Five“), které mohou ovlivnit způsob, jakým lidé reagují ve stresových situacích, což je podle mnoha autorů (např. Bolger, 1990; Carver & Connor-Smith, 2010; Szrajdy et al., 2017 aj.) dáno tím, že jednotlivé osobnostní charakteristiky se spojují s preferencí určitých vzorců chování (stylů, strategií zvládnání) v různých zátěžových situacích. Domníváme se, že schopnost zvládat stres by mohla být pro pacienty s neurogení tetanií zásadní, což byl jeden z důvodů, proč jsme se zabírali copingovými strategiemi u této skupiny jedinců. Dodatečně jsme se také v této práci zaměřili na obranné mechanismy této skupiny osob a na intersexuální rozdíly u jednotlivých proměnných. Výsledky jsme srovnávali s normativem či s kontrolní skupinou, kterou tvoří jedinci bez neurogení tetanie.

Na základě získaných dat byly ustanoveny následující závěry:

- pacienti s neurogení tetanií skórovali v dotazníku NEO-FFI výše v dimenzích *neuroticismu* a *přívětivosti*, méně v *extraverzi* a stejně na škále *otevřenosti vůči zkušenosti* a *svědomitosti* než kontrolní skupina;
- u pacientů s neurogení tetanií se v porovnání s kontrolní skupinou častěji vyskytují *negativní copingové strategie* (konkrétněji *perseverace*), které vedou k zesílení stresu, než *pozitivní copingové strategie*;
- u pacientů s neurogení tetanií se častěji objevují *zralé obranné reakce (humor)*, v čemž se shodují s kontrolní skupinou;
- osobnostní profil, copingové strategie i obranné mechanismy pacientů s neurogení tetanií se statisticky významně liší od běžné populace;
- osobnostní profil a copingové strategie pacientů s neurogení tetanií se statisticky významně neliší v závislosti na pohlaví;

- obranné mechanismy pacientů s neurogenní tetanií se statisticky významně liší v závislosti na pohlaví (u žen s neurogenní tetanií se častěji vyskytují *neurotické obranné reakce* než u mužů).

SOUHRN

Tato diplomová práce se zaměřuje na vybrané osobnostní charakteristiky a copingové strategie u pacientů s neurogenním tetanickým syndromem. Naším primárním cílem bylo popsat tyto osobnostní rysy a strategie zvládnání stresu objevující se v zátěžových situacích, a tím obohatit psychologické poznatky o této specifické skupině osob. Také nás zajímalo, zda se pacienti s neurogenní tetanií liší ve zmíněných proměnných od normativu či kontrolní skupiny, kterou představují jedinci bez této diagnózy, ale také zda se liší v závislosti na pohlaví. Dodatkově jsme se zajímali také o obranné mechanismy a pokusili jsme se zjistit, jaké typy obranných reakcí jsou pro naši výzkumnou skupinu typické. Kromě již zmíněného byla práce vedena také snahou rozšířit povědomí a poznatky o tomto syndromu. Za důležitou součást práce rovněž považujeme využití získaných poznatků v praxi a podporu sledované cílové skupiny.

Uvedená práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretickou členíme na tři hlavní kapitoly, vztahující se k problematice osobnosti, zvládnání stresu a neurogenního tetanického syndromu. První kapitola zahrnuje vymezení pojmu osobnost, její definici, osobnostní rysy a pětifaktorový model osobnosti. Druhá kapitola se věnuje problematice zvládnání stresových situací (copingu). V úvodu této kapitoly se zaměřujeme na pojem stres, na některé jeho teorie a možné dopady stresu na zdraví člověka. Další části se zabývají již zmíněnou problematikou zvládnání zátěže, jeho dvěma typy (obrannými mechanismy a copingovými strategiemi) a studii zaměřujícími se na zvládnání stresu a problematiku Big Five. Poslední kapitola se soustřeďuje na neurogenní tetanický syndrom. Nejprve se zmiňujeme o jeho klinickém obrazu, příčinách vzniku a jeho výskytu. A v neposlední řadě si uvádíme diagnostiku a léčbu tohoto syndromu.

Na teoretickou část navazuje praktická část, v níž si definujeme výzkumný problém a výše zmíněné cíle výzkumu. Na jejich základě poté stanovujeme výzkumné otázky a hypotézy. Vzhledem k nedostatečnému počtu psychologicky orientovaných studií a poznatků o neurogenní tetanii, v naší práci převažují výzkumné otázky nad hypotézami. Tyto výzkumné otázky byly formulovány tak, abychom jejich prostřednictvím získali bližší informace o specifické skupině, kterou představují pacienti s neurogenním tetanickým syndromem. Celkem jsme si tedy stanovili 6 výzkumných otázek a pouze 3 výzkumné hypotézy, u nichž jsme se mohli opřít o podobné výzkumy.

Další kapitolu praktické části věnujeme metodice výzkumu, kde popisujeme design našeho výzkumu, použité metody a postup sběru dat, ale také uvádíme popis našeho

výzkumného souboru. Pro náš výzkum byl zvolen kvantitativní design, konkrétně jde o explorativní studii, jež proběhla na základě dotazníkového šetření. K získání dat byly použity celkem tři testové metody. Míru individuálních odlišností u pacientů s neurogenním tetanickým syndromem jsme zjišťovali prostřednictvím inventáře NEO-FFI (*NEO Five-Faktor Inventory*). Pro zachycení variability způsobů, které jedinec rozvíjí a uplatňuje při zpracování a zvládání zátěžových situací, jsme sáhli po dotazníku SVF 78 (*Strategie zvládání stresu 78*) a poslední metoda, která byla v této práci použita, byl dotazník obranných stylů DSQ 40 (*Defense Style Ouestionnaire 40*). Pomocí těchto dotazníků jsme získali 102 respondentů, kteří tvořili náš výzkumný soubor, rozdělený na výzkumnou a kontrolní skupinu. Výzkumná skupina, sčítající 51 respondentů, představuje osoby mající lékařem diagnostikovanou neurogenní tetanii. K ní byla na základě párového vyrovnávání dle pohlaví a věku vytvořena kontrolní skupina, taktéž zahrnující 51 respondentů, u nichž se tato diagnóza nevyskytuje.

Po této kapitole následuje stěžejní část našeho výzkumu obsahující odpovědi na naše výzkumné otázky a hlavně výsledky z testování našich hypotéz. Výsledky deskriptivní statistiky ukázaly, že pacienti s neurogenní tetanií skórovali v dotazníku NEO-FFI výše v dimenzích *neuroticismu* a *přívětivosti*, méně v *extraverzi* a stejně pak na škále *otevřenosti vůči zkušenosti* a *svědomitosti* než kontrolní skupina. V případě copingových strategií jsme zjistili, že se u výzkumné skupiny častěji vyskytují *negativní copingové strategie*, které vedou k zesílení stresu. Konkrétně u nich převažuje *perseverace*, lze tedy říci, že tito jedinci mají větší sklon k neschopnosti se myšlenkově odpoutat od prožívaných stresových situací. Negativní představy a myšlenky o zátěžové situaci se neustále vtírají a zabírají kapacitu myšlení jedince ve značné míře a po dlouhou dobu, čímž se prodlužuje zátěžová situace a s ní spojené rozrušení, ale především se tím také oddaluje doba návratu do výchozího stavu (Švancara, 2003). V případě výzkumné skupiny tak může častější výskyt této copingové strategie vést až k tetanickému záchvatu, který je podle Turčánové-Koprušákové (2011) většinou vyvolán silnou emocí, dlouhodobou stresovou situací či nadměrnou zátěží. Zajímavé zjištění je také, že u těchto jedinců se objevují častěji *zralé obranné reakce* (např. *humor*), v čemž se shodují s kontrolní skupinou.

V naší práci nás také zajímalo, zda se osobnostní profil, copingové strategie a obranné mechanismy pacientů s neurogenní tetanií statisticky významně liší od běžné populace. Pro zodpovězení této otázky jsme použili jednovýběrový Hotellingův test, který ukázal, že mezi pacienty s neurogenní tetanií a běžnou populací existuje statisticky významný

rozdíl v těchto proměnných. Taktéž jsme se zaměřili na intersexuální rozdíly u zmíněných proměnných naší výzkumné skupiny. V těchto případech jsme si stanovili i výzkumné hypotézy, neboť jsme se mohli opřít o jiné výzkumy při jejich formulování. Jejich ověření proběhlo prostřednictvím Hotellingova testu, tentokrát však pro dva nezávislé výběry, z něhož jsme zjistili, že osobnostní profil a copingové strategie pacientů s neurogenní tetanií se statisticky významně neliší v závislosti na pohlaví, což se neshoduje se studii (Watson & Sinha, 1998; Costa, Terracian & McCrae, 2001, in Blatný a kol., 2010; El-Shenawy, 2008; Petraglia et al., 2009; Hřebíčková, 2011aj.) tvrdícími opak, ze kterých jsme vycházeli. Proto tyto hypotézy nebyly potvrzeny. V případě obranných mechanismů pacientů s neurogenní tetanií jsme také předpokládali, že se u nich budou vyskytovat intersexuální rozdíly. U této hypotézy jsme vycházeli ze studií (Watson & Sinha, 1998; Petraglia et al., 2009, Cramer, 1991 aj.) potvrzující tyto rozdíly v obranných mechanismech mezi muži a ženami. Výsledky Hotellingova testu ukázaly, že na 5% hladině významnosti existuje statisticky významný rozdíl, konkrétně u *neurotických obranných reakcí*, které se častěji vyskytují u žen s neurogenní tetanií než u mužů. Tudíž naše třetí a taky poslední hypotéza byla přijata.

Předposlední část naší práce je věnovaná diskusi, kde se snažíme naše výsledky interpretovat a srovnat s jinými dostupnými studii, ale také rozebíráme omezení naší práce. A konečně v závěru stručně shrnujeme získané výsledky tohoto výzkumu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Ambler, Z., & Jeřábek, J. (2001). Diferenciální diagnóza závratí. In Steidl, L. (2002). Tetanický syndrom v interní praxi, jeho obsah, diagnóza a léčba z hlediska metabolismu magnezia. *Interní medicína pro praxi*, 4 (3), 113-118.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amirkhan, J. H. (1990). A Faktor Analytically Derive Measure of Coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (5), 1066-1074. doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.1066.
- Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (4), 246-256. doi.org/10.1097/00005053-199304000-00006.
- Allport, G. V. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Allport, G. (1961). Pattern and Growth in Personality. In Smékal, V. (2002). *Pozvání do psychologie osobnosti: Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal.
- Afshar, H., Roohafza, H. R., Keshteli, A. H., Mazaheri, M., Feizi, A., & Peyman, A. (2015). The Association of Personality Traits and Coping Styles According to Stress Level. *Journal of Research in Medical Sciences*, 20 (4), 353-358.
- Ayers, S., & Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada.
- Balcar, K. (1991). *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: MACH.
- Balaščíková, V., & Blatný, M. (2003). *Determinanty výběru strategií zvládnání*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR.
- Bartůňková, S. (2010). *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum.
- Bedrnová, E., & Nový, J. (2002). *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press.
- Blatný, M., Kohoutek, T., & Janušová, P. (2002). Situačně kognitivní a osobnostní determinanty chování v zátěžové situaci. *Československá psychologie*, 46 (2), 97-108.
- Blatný, M. a kol. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- Bolger, N. (1990). Coping as a Personality Process: A Prospective Study. *Journal of Personality & Social Psychology*, 59 (3), 525-537. doi.org/10.1037/0022-3514.59.3.525.
- Bolger, N., & Schilling, E. A. (1991). Personality and the Problems of Everyday Life: The Role of Neuroticism in Exposure and Reactivity to Daily Stressors. *Journal of Personality*, 59 (3), 355-386. doi.org/10.1111/j.1467-6494.1991.tb00253.x.

- Boyes, M., & French, D. (2010). Neuroticism, Stress and Coping in the Context of an Anagram-solving Task. *Personality and Individual Differences*, 49 (5), 380-385. doi:10.1016/j.paid.2010.04.001.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. K. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283. doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267.
- Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the Stresses of Illness. In Stone, C. G., Cohen, F., & Adler, N. E., (Eds.). *Health Psychology: A Handbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Holland, J. L. (1984). Personality and Vocational Interests in an Adult Sample. *Journal of Applied Psychology*, 69 (3), 390-400. doi.org/10.1037/0021-9010.69.3.390.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory. Manual Form S and Form R*. Odessa, Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *NEO PI-R. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R)*. Odessa, Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Martin, T. A. (2005). The NEO-PI-3: A More Readable Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 84 (3), 261-270. doi.org/10.1207/s15327752jpa8403_05.
- Costa, P. T., Teraciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender Differences in Personality Traits Across Cultures: Robust and Surprising Findings. In Blatný, M. a kol. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- Cramer, P. (1991). Anger and the Use of Defense Mechanisms in College Students. *Journal of Personality*, 59 (1), 39-55. doi.org/10.1111/j.1467-6494.1991.tb00767.x.
- Českomoravská psychologická společnost. *Etický kodex psychologické profese*. [Online] ČMPS, 15. 6. 2017 [cit. 2017-02-12]. Dostupný z <https://cmps.ecn.cz/EK/Eticky-kodex-psychologicke-profese-12-2017.pdf>.
- ČR. *Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů*, ve znění účinném od 1. července 2017. In *Sbírka zákonů*, 3. 1. 2009, Dostupný z <https://www.uouu.cz/zakon-c-101-2000-sb-o-ochrane-osobnich-udaju-a-o-zmene-nektery-ch-zakonu-ve-zneni-ucinnem-od-1-cervence-2017/ds-3109/p1=3109>.
- Ehler, E. (2001). Cévní mozkové příhody - neuroprotektivní léčba. *Neurologie pro Praxi*, 4, 173-177.
- El-Shenawy, O. E. (2008). Coping Strategies in Relation with Big Five Factors of Personality and Gender Among Egyptian University Students. *Journal of the Social Sciences*, 36 (3), 11-36. doi:10.11648/j.ajap.s.2015040301.16.

- Erickson, S., Feldman, S. S., & Steiner, H. (1997). Defense Reactions and Coping Strategies in Normal Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 28 (1), 45-46. doi:10.7759/cureus.337.
- Feingold, A. (1994). Gender Differences in Personality: A Meta-analysis. In Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada.
- Fink, G. (2016). *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress Series Volume 1*. Cambridge: Academic Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3), 219-239. doi.org/10.2307/2136617.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003. doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 571-579. doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571.
- Freudová, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál.
- Fukumoto, S. (2007). Symptoms and Management of Tetany. *Clinical Calcium*, 17 (8), 1234-1239. doi:ClCa070812341239.
- Galton, D. F. (1884). Measurement of Character. *Fornightly Review*, 36, 179-185.
- Grambal, A., Praško, J., & Kasalová, P. (2017). *Hraniční porucha osobnosti a její léčba*. Praha: Grada.
- Hladký, A. a kol. (1993). Zdravotní aspekty zátěže a stresu. In Paulík, K. (1995). *Pracovní zátěž vysokoškolských učitelů*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity.
- Hradec, J. (2001). Prolaps mitrální chlopně. *Interní medicína pro praxi*, 11, 498-502.
- Hřebíčková, M. (1997). *Jazyk a osobnost. Pětifaktorová struktura popisu osobnosti*. Brno: Vydavatelství Masarykovy Univerzity a Psychologický ústav AV ČR.
- Hřebíčková, M. (1999). Obecné dimenze popisu osobnosti: Big Five v češtině. *Československá psychologie*, 43 (1), 1-12.
- Hřebíčková, M., & Urbánek, T. (2001). *Big five. NEO pětifaktorový osobnostní inventář* (podle NEO Five-Factor Inventory P. T. Costy & R. R. McCrae). Praha: Testcentrum.
- Hřebíčková, M. (2004). *NEO osobnostní inventář* (podle NEO-PI-R P. T. Costy a R. R. McCrae). Praha: Testcentrum.
- Hřebíčková, M. (2008). *Lexikální a dispoziční přístup k pětifaktorovému modelu osobnosti*. Disertační práce, Psychologický ústav AV ČR, Praha.

- Hřebíčková, M. (2010). Nové přístupy ke zkoumání rysů: Pětifaktorový model osobnosti. In Blatný, M. a kol. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada.
- Humpolíček, P. *Stres a jeho zvládání v kontextu psychosomatiky a metabolických poruch*. [Online]. Psychologon, 2. 6. 2014 [cit. 2017-28-11]. Dostupný z <http://www.psychologon.cz/component/content/article/270-stres-a-jeho-zvladani-v-kontextu-psychosomatiky-a-metabolicky-poruch>.
- Janke, W., Erdmann, G., & Ising, M. (1997). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF120)* nach W. Janke, G. Erdmann, K. W. Kallus & W. Boucsein. Kurzbeschreibung und Grundlegende Kennwerte. Göttingen: Hogrefe.
- Janke, W., & Erdmannová, G. (2003). Strategie zvládání stresu - SVF 78. Praha: Testcentrum.
- Jeřábek, J. (2007). Diagnostika a terapie závrativých stavů. *Neurologie pro praxi*, 8 (4), 231-234.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives. *Handbook of Personality: Theory and Research*, 2, 102-138.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V. (2011). *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: PEF ČZU.
- Kliment, P. (2014). *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.
- Koukola, B. (1999). *Psychologie zdraví*. (Nepublikovaná habilitační práce). Slezská univerzita v Opavě.
- Duggan, M., & Smith, A. (2014). Social Media Update 2013. In Kraydlová, D. (2017). *Copingové strategie lidí s diagnózou roztroušené sklerózy*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita, Brno.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kříž, V. (2002). Quo vadis, medicinal? *Tempus medicorum*, 19 (1), 7-8.
- Kukumberg, P. (1998). *Neurologicko-psychiatrické záchvatové stavy*. Bratislava: Herba.
- Kukumberg, P., & Kothaj, J. (2006). Chvostekov fenomén a jeho atribúty v neselektovanom súbore neurologických pacientov. *Neurológia pre prax*, 7 (6), 345-348.
- Kukumberg, P. (2007). Panická porucha - Neuropsychiatrický profil. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 70/103 (1), 6-15.

- Kurdziel, K., Skowronek-Bała, B., & Gergont, A. (2016). Latent Tetany in Child, Electrophysiologico-clinical Study. *Przegląd Lekarski*, 73 (3), 194-196.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: Mc Graw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991a). Progress on a Cognitive-Motivational-Relational Theory of Emotion. *American Psychology*, 46 (8), 819-834.
doi.org/10.1037/0003-066X.46.8.819.
- Lazarus, R. S. (1991b). *Emotion and Adaptation*. London: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44 (1), 1-21.
doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. In Krivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender Differences in Extraversion, Neuroticism, and Psychoticism in 37 Countries. In Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada.
- Mason, J. W. (1975). An Historical View of the Stress Field. Part II. *Journal of Human Strees*, 1 (1), 22-36. doi:10.1080/0097840X.1975.9940399.
- McCormick, R. A., Dowd, E. T., Quirk, S., & Zegarra J. H. (1998). The Relationship of NEO-PI Performance to Coping Styles, Patterns of Use, and Triggers for Use Among Substance Abusers. *Addictive Behaviors*, 23 (4), 497-507.
doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00005-7.
- Meehl, P. E. (1956). Problems in the Actuarial Characterization of a Person. In Hřebíčková, M. (2011). *Pětifaktorový model v psychologii osobnosti: Přístupy, diagnostika, uplatnění*. Praha: Grada.
- MKN-10. (2009). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: Desátá Revize: Aktualizovaná Druhá Verze K 1. 1. 2009* (1. vyd., roč. 2012). Praha: Bomton Agency.
- Mikšík, O. (2007). *Psychologické teorie osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mlčoch, Z. *Tetanie a latentní tetanie - léčba, příznaky, příčiny, vyšetření, pojem porodnická ruka*. [Online]. Zbyněk Mlčoch, 27. 5. 2008 [cit. 2017-28-11]. Dostupný z <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/neurologie-nemoci-vysetreni/latentni-tetanie-lecba-priznaky-priciny-vysetreni-pojem-porodnicka-ruka>.
- Mumenthaler, M., Bassetti, C., & Daetwyler, Ch. (2005). *Neurologická diferenciální diagnostika*. Praha: Grada.
- Nakonečný, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.

- Paulík, K. (1995). *Pracovní zátěž vysokoškolských učitelů*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity.
- Paulík, K. (2010a). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Paulík, K. (2010b). Osobnost a percepce zátěže muži a ženami. *Psychologie a její kontexty*, 1 (1), 71-84.
- Paulík, K. a kol. (2012). *Psychologické aspekty zvládnání zátěže muži a ženami*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě.
- Peerenboom, H. (1982). *Intestinale Absorption von Calcium und Magnesium*. Stuttgart: Thieme.
- Pervin, L. A. (1996). The Science of Personality. In Blatný, M. a kol. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- Petraglia, J., Thygesen, K. L., Lecours, S., & Drapeau, M. (2009). Gender Differences in Self-Reported Defense Mechanisms: A Study Using the New Defense Style Questionnaire-60. *American Journal of Psychotherapy*, 63 (1), 87-99.
- Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Ryckman, R. M. (2000). *Theories of personality*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Říčan, P. (2007) *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada.
- Seelig, M. S., & Rosanoff, A. (2003). *The Magnesium Factor: How One Simple Nutrient Can Prevent, Treat, and Reverse High Blood Pressure, Heart Disease, Diabetes, and Other Chronic Conditions*. New York: Penguin Group.
- Selye, H. (1966). *Život a stres*. 1. vyd. Bratislava: Obzor.
- Selye, H. (1983). The Stress Concept. Past, Present and Future. In Cooper, C. L. (1983). *Stress Research*. New York: J. Wiley & Sons.
- Smékal, V. (2002). *Pozvání do psychologie osobnosti: Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal.
- Song, S. (2004). The price of pressure. In Humpolíček, P. *Stres a jeho zvládnání v kontextu psychosomatiky a metabolických poruch*. [Online]. Psychologon, 2. 6. 2014 [cit. 2017-28-11]. Dostupný z <http://www.psychologon.cz/component/content/article/270-stres-a-jeho-zvladani-v-kontextu-psychosomatiky-a-metabolicky-poruch>.
- Steidl, L. (2002). Tetanický syndrom v interní praxi, jeho obsah, diagnóza a léčba z hlediska metabolismu magnezia. *Interní medicína pro praxi*, 4 (3), 113-118.
- Surynek, A., Komárková, R., & Kašparová, E. (2001). *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press.

- Szrajda, J., Tudorowska, M., Kujawski, S., Weber-Rajek, M., Sygit-Kowalkowska, E., Kobos, Z., Słomko, J., Tafil-Klawe, M., & Zalewski, P. (2017). The Big Five Personality and Temperamental Traits and Its Correlation with Styles of Coping with Stress in the Fire Brigade Officers. *Journal of Education Culture and Society*, 7 (2), 163-173. doi.org/https://doi.org/10.15503/jecs20172.163.173.
- Šolcová, I. (1995). *Umíte si poradit se stresem?* Praha: Národní centrum podpory zdraví.
- Šolcová, I., Lukavský, J., & Greenglass, E. (2006). Dotazník proaktivního zvládnání životních nároků. *Československá psychologie*, 50 (2), 149-161.
- Šonka, K., & Serratová, T. (2001). Syndrom neklidných nohou a periodické pohyby končetinami. *Praktický lékař*, 5, 265-268.
- Švancara, J. (2003). *Strategie zvládnání stresu - SVF 78* (podle Stressverarbeitungsfragebogen, SVF 78 W. Janke & G. Erdmann). Praha: Testcentrum.
- Tesař, V., Viklický, O., a kol. (2015). *Klinická nefrologie*. Praha: Grada.
- Thiele, R., Protze, F., Winnefeld, K., et al. (2000). Effect of Intravenous Magnesium on Ventricular Tachyarrhythmias Associated with Acute Myocardial Infarction Mg Rerearch. In Steidl, L. (2002). Tetanický syndrom v interní praxi, jeho obsah, diagnóza a léčba z hlediska metabolismu magnezia. *Interní medicína pro praxi*, 4 (3), 113-118.
- Tůma, P. (2006). *Specifika zvládnání životní zátěže u neurotických pacientů - pohled inspirovaný narativní psychologií*. (Nepublikovaná diplomová práce). Masarykova univerzita, Brno.
- Turčánová - Koprůšáková, M. (2011). Tetánia. *Bedeker zdravia*, 4, 68-69.
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2010). *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Vašina, L. (2002). *Klinická psychologie a somatická psychoterapie*. Brno: Neptun.
- Večeřová - Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní Medicína*, 10 (4), 188-192.
- Vokurka, M., Hugo, J., a kol. (2015). *Velký lékařský slovník - 10. vydání*. Praha: Maxdorf.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Výrost, J., & Slaměnik I. (2003). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada
- Watson, D. C., & Sinha, B. K. (1998). Gender, Age, and Cultural Differences in the Defense Style Questionnaire-40. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (1), 67-75. doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199801)54:1<67::AID-JCLP8>3.0.CO;2-R.
- Wiggins, J. S. (1997). In Defense of Traits. In Hogan, R., Johnson, J., & Briggs, S. *Handbook of Personality Psychology*. San Diego: Academic Press.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ

apod.	a podobně
aj.	a jiné
atd.	a tak dále
Big Five	Velká pětka - pětifaktorový model osobnosti
Ca	calcium
kupř.	kupříkladu
např.	například
Mg	magnezium
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10 revize

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Rozložení výzkumného souboru dle pohlaví

Graf 2 Rozložení výzkumného souboru dle rodinného stavu

Graf 3 Histogram normálního rozložení obraných reakcí podle DSQ 40

Graf 4 Míra zastoupení subškál SVF 78

Graf 5 Dimenze Extraverze u pacientů s neurogenní tetanií v závislosti na pohlaví

Graf 6 Neurotické obranné reakce u pacientů s neurogenní tetanií v závislosti na pohlaví

SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1** Charakteristiky jednotlivých osobnostních dimenzí zjišťovaných NEO pětifaktorovým osobnostním inventářem
- Tabulka 2** Vliv stresu na jednotlivé tělesné systémy
- Tabulka 3** Šestnáct základních emocí objevujících se během zvládnání stresové situace podle Lazaruse (1991b)
- Tabulka 4** Odlišné charakteristiky obranných a zvládacích reakcí
- Tabulka 5** Popis subtestů dotazníku SVF 78 (Švancara, 2003, str. 10)
- Tabulka 6** Věkové rozložení výzkumného souboru
- Tabulka 7** Rozložení výzkumného souboru dle dosaženého vzdělání
- Tabulka 8a, b** Základní popisné statistiky jednotlivých dotazníků a jejich subškál u výzkumné skupiny
- Tabulka 9** Základní popisné statistiky jednotlivých dotazníků a jejich subškál u kontrolní skupiny
- Tabulka 10** Vnitřní konzistence dotazníku NEO FFI
- Tabulka 11** Vnitřní konzistence dotazníku SVF 78
- Tabulka 12** Vnitřní konzistence dotazníku DSQ 40
- Tabulka 13** Výsledky Shapiro-Wilkova testu
- Tabulka 14** Pořadí jednotlivých škál NEO FFI podle jejich míry výskytu u pacientů s neurogení tetanií v porovnání s kontrolní skupinou
- Tabulka 15** Pořadí jednotlivých subškál copingových strategií dotazníku SVF 78 dle jejich výskytu u pacientů s neurogení tetanií v porovnání s kontrolní skupinou
- Tabulka 16** Pořadí jednotlivých copingových strategií SVF 78 dle jejich míry zastoupení u pacientů s neurogení tetanií v porovnání s kontrolní skupinou
- Tabulka 17** Pořadí jednotlivých subškál dotazníku DSQ 40 dle jejich míry zastoupení u pacientů s neurogení tetanií v porovnání s kontrolní skupinou
- Tabulka 18** Pořadí jednotlivých obranných reakcí DSQ 40 dle jejich výskytu u pacientů s neurogení tetanií v porovnání s kontrolní skupinou
- Tabulka 19** Srovnání dimenzí dotazníku NEO FFI u pacientů s neurogení tetanií vzhledem k pohlaví
- Tabulka 20** Dimenze dotazníku NEO FFI u pacientů s neurogení tetanií ve srovnání s normou
- Tabulka 21** Srovnání dimenzí dotazníku SVF 78 u pacientů s neurogení tetanií vzhledem k pohlaví
- Tabulka 22** Dimenze dotazníku NEO FFI u pacientů s neurogení tetanií ve srovnání s normou
- Tabulka 23** Srovnání dimenzí dotazníku DSQ 40 u pacientů s neurogení tetanií v závislosti na pohlaví s kontrolní skupinou
- Tabulka 24** Srovnání výsledků výzkumné skupiny mužů a žen pro jednotlivé obranné styly s kontrolní skupinou

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Český abstrakt diplomové práce

Příloha 2 Anglický abstrakt diplomové práce

Příloha 3 Transakční model psychologického stresu podle Lazaruse (1980, 1981)

Příloha 4 Porodnická ruka (Mlčoch, 2008)

Příloha 5 Oslovovací dopis pro instituce

Příloha 6 Oslovovací dopis pro respondenty

Příloha 7 Srovnání jednotlivých copingových strategií pacientů s neurogenní tetanií v závislosti na pohlaví s kontrolní skupinou

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vybrané osobnostní charakteristiky a copingové strategie u pacientů s neurogenním tetanickým syndromem

Autor práce: Bc. Beata Gottwaldová

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

Počet stran a znaků: 96 a 30 115

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 116

Abstrakt:

Diplomová práce se zaměřuje na vybrané osobnostní charakteristiky a copingové strategie u pacientů s neurogenním tetanickým syndromem. Primárním cílem bylo popsat tyto osobnostní rysy a strategie zvládání stresu, objevující se v zátěžových situacích. Také nás zajímalo, zda se pacienti s neurogenní tetanií liší ve zmíněných proměnných od normativu či kontrolní skupiny, kterou představují jedinci bez této diagnózy, ale také zda se liší v závislosti na pohlaví. Dodatečně jsme se zajímali také o obranné mechanismy a pokusili jsme se zjistit, jaké typy obranných reakcí jsou pro naši výzkumnou skupinu typické. Pro zkoumání uvedených proměnných jsme zvolili kvantitativní přístup s využitím testové baterie obsahující 3 dotazníkové metody (NEO-FFI, SVF 78 a DSQ 40), pomocí kterých jsme získali celkem 102 respondentů. Výsledky našeho výzkumu ukázaly statisticky významné rozdíly mezi osobnostním profilem, copingovými strategiemi a obrannými mechanismy pacientů s neurogenní tetanií a normativem. Potvrdila se také naše hypotéza, předpokládající intersexuální rozdíly u obranných mechanismů pacientů s neurogenní tetanií, konkrétně u neurotických obranných reakcí, které se častěji vyskytují u žen s neurogenní tetanií než u mužů s touto diagnózou. V případě osobnostního profilu a copingových strategií pacientů s neurogenní tetanií se tyto intersexuální rozdíly nepotvrdily.

Klíčová slova: osobnostní charakteristiky, copingové strategie, obranné mechanismy, neurogenní tetanie

ABSTRACT OF THESIS

Title: Selected personality characteristics and coping strategies of patients with neurogenic tetany syndrome

Author: Bc. Beata Gottwaldová

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

Number of pages and characters: 96 a 30 115

Number of appendices: 7

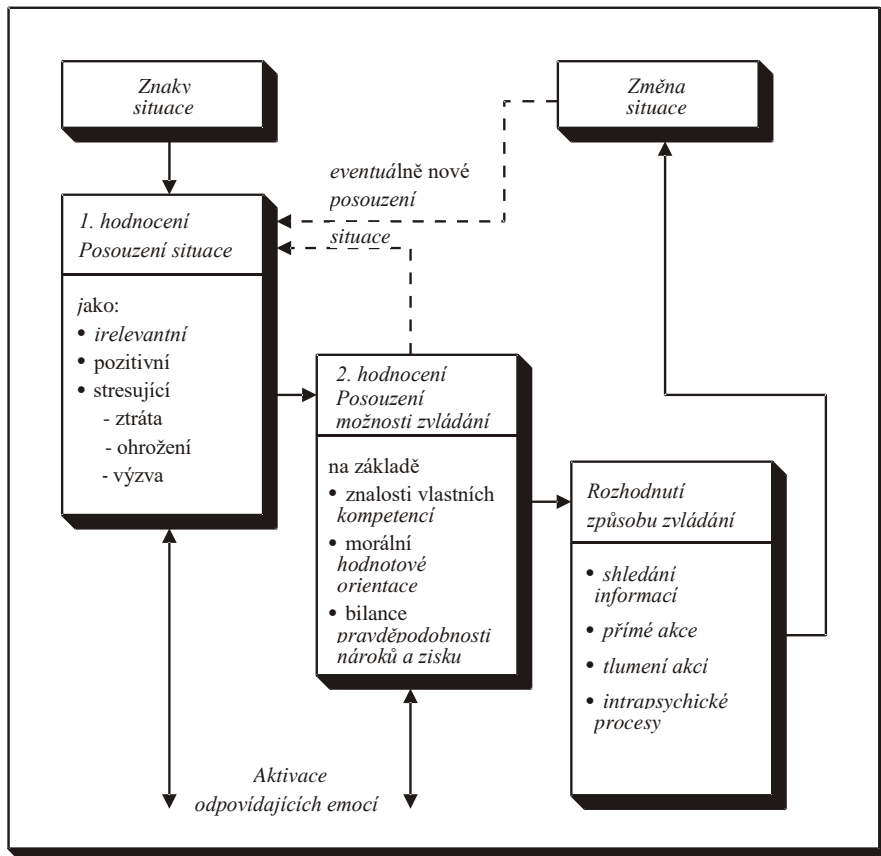
Number of references: 116

Abstract:

The thesis was focused on selected personality characteristics and coping strategies of patients with neurogenic tetany syndrome. The primary aim of this thesis was to describe those personality traits and coping strategies occurring in stressful situations. The potential difference between patients with neurogenic tetany and the normative or control group (subjects without the diagnosis of the syndrome) with regards to those variables was also investigated. Moreover, gender differences were also explored. In addition, defense mechanisms and types of defense reactions typical for the experimental group were also explored. A quantitative approach was chosen for the analysis of the aforementioned variables. The set of questionnaires contained three methods (NEO-FFI, SVF 78 and DSQ 40), through which responses from a total of 102 respondents were obtained. The results of our research showed statistically significant differences among personality profiles, coping strategies and defensive mechanisms demonstrated by patients with neurogenic tetany compared to the normative group. The hypothesis, which suggested intersexual differences in defense mechanisms of patients with neurogenic tetany, specifically neurotic defense responses, was confirmed as the results showed that neurotic defense responses were more prevalent in women with neurogenic tetany rather than in men with this diagnosis. Nevertheless, these intersexual differences were not confirmed in relation to the personality profile and coping strategies of patients with neurogenic tetany.

Key words: personality characteristics, coping strategies, defense mechanisms, neurogenic tetany

Příloha 3



Příloha 4



Příloha 5

Oslovovací dopis pro instituce

Vážená paní primářko, vážený pane primáři,

mé jméno je Beata Gottwaldová a jsem studentkou Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji obor psychologie.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o spolupráci na výzkumu, jež vzniká v rámci diplomové práce s názvem **Vybrané osobnostních charakteristiky a copingové strategie u pacientů s neurogenním tetanickým syndromem**. Jak již vyplývá z názvu, tak se soustřeďuji na problematiku tetanie, které doposud nebylo věnováno dostatek pozornosti, tedy alespoň ne z psychologického hlediska, což je jeden z důvodů, proč jsem se na toto téma zaměřila. Především mne zajímá, zda se u těchto pacientů vyskytují podobné osobnostní charakteristiky a vezmeme-li v potaz, že tetanie může být vyvolána stresovými situacemi, tak se chci soustředit také na typy copingových strategií, které tito jedinci používají.

Pokud budete otevřeni spolupráci na výzkumu, můžete tím napomoci k získání nových informací vztahujících se k tetanii. Ráda bych Vás tedy požádala, zda byste byl/a ochoten/ochotna předat internetový odkaz na sadu našich online dotazníků (přes webovou stránku *Click 4 survey*) svým pacientům s diagnostikovanou neurogenní tetanií (bez duševních poruch a nemocí štítné žlázy). Mohu Vás ujistit, že všechny údaje, získané z dotazníků, budou zpracovávány **anonymně** v souladu se **Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů** a budou použity výhradně pro **vědecké účely**, konkrétně pro mou diplomovou práci.

V případě zájmu o jakékoliv další informace mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese: **beata.gottwaldova@centrum.cz**.

Velmi děkuji za Váš čas a ochotu spolupracovat!

Beata Gottwaldová
(realizátorka výzkumu)

Příloha 6

Oslovovací dopis pro respondenty

Vážená paní, vážený pane,

mé jméno je Beata Gottwaldová a jsem studentkou Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji obor psychologie.

Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění 3 dotazníků pro mou diplomovou práci, která se zaměřuje na vybrané osobnostní charakteristiky a copingové strategie (strategie pro zvládnání stresových situací) u pacientů s neurogenním tetanickým syndromem.

Vyplnění dotazníku Vám zabere přibližně 50 minut a údaje z něj pro nás budou nesmírně cenné. Všechny údaje, které poskytnete, budou zpracovány **anonymně** v souladu se **Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů** a budou použity výhradně pro **vědecké účely**, konkrétně pro diplomovou práci na téma **Vybrané osobnostní charakteristiky a copingové strategie u pacientů s neurogenním tetanickým syndromem**.

Prosím na všechny otázky odpovídejte pravdivě. Na žádnou otázku v tomto dotazníku neexistují „správné“ či „nesprávné“ odpovědi. Prosím označte vždy tu odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru.

V případě zájmu o Vaše výsledky nebo o jakékoliv další informace mě můžete kontaktovat na e-mailové adrese **beata.gottwaldova@centrum.cz**.

Srdečně Vám děkuji za vyplnění dotazníků!

Beata Gottwaldová
(realizátorka výzkumu)

Příloha 7

	Hotelling $T^2 = 121,27$; $F_{(23, 27)} = 2,91$; $p > 0,00$						Hotelling $T^2 = 127,20$; $F_{(23, 27)} = 3,05$; $p > 0,00$					
	Výzkumná skupina						Kontrolní skupina					
	M		SD		t-test		M		SD		t-test	
	muži	ženy	muži	ženy	t	p	muži	ženy	muži	ženy	t	p
Podhodnocení	10,40	8,15	4,27	5,60	-1,19	0,24	12,20	9,1	2,25	4,30	-2,20	0,03
Odmítání viny	13,20	10,56	3,01	4,10	-1,91	0,06	11,10	10,70	2,02	3,47	-0,34	0,73
Odklon	13,10	12,15	2,33	5,48	-0,54	0,59	11,80	12,90	1,69	3,58	0,94	0,35
Náhradní uspokojení	11,90	10,95	3,57	5,96	-0,48	0,63	13,10	12,80	2,28	4,46	-0,20	0,84
Kontrola situace	17,00	16,66	3,89	3,35	-0,28	0,78	17,10	16,49	2,28	3,44	-0,53	0,60
Kontrola reakcí	16,30	15,68	3,43	4,28	-0,42	0,67	16,80	16,85	2,74	2,61	0,06	0,95
Pozitivní sebeinstrukce	16,60	14,73	2,99	4,48	-1,25	0,22	18,20	15,78	2,66	4,08	-1,78	0,08
Potřeba sociální opory	13,20	17,56	4,76	4,23	2,86	0,01	12,70	16,88	3,09	4,45	2,80	0,01
Vyhýbání se	18,70	17,24	5,19	4,50	-0,89	0,38	16,30	16,98	3,20	4,03	0,49	0,62
Úniková tendence	11,00	14,78	4,62	6,42	1,75	0,09	8,10	11,24	2,69	4,28	2,21	0,03
Perseverace	13,00	19,10	5,73	4,04	3,93	0,00	12,00	16,54	3,43	5,04	2,69	0,00
Rezignace	8,60	11,44	3,98	5,39	1,56	0,12	7,00	9,34	3,02	4,49	1,56	0,13
Sebeobviňování	10,30	13,63	4,06	5,98	1,67	0,10	9,50	12,32	3,92	5,49	1,52	0,13