

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Znalosti vybraných studentů Univerzity Karlovy o posttraumatické
stresové poruše

Knowledge of selected students of the Charles University of posttraumatic
stress disorder

Martina Brodská

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph.D.

Studijní program: Učitelství všeobecně vzdělávacích předmětů pro základní školy
a střední školy

Studijní obor: N PG – VZ

2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Znalosti vybraných studentů Univerzity Karlovy o posttraumatické stresové poruše vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 31. 3. 2016

.....

podpis

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Jaroslavě Hanušové, Ph.D. za její ochotu ke konzultacím k vybranému tématu, za cenné rady při zpracování práce a trpělivost při vedení.

Dále bych ráda vyjádřila poděkování doc. MUDr. Lubomíru Kuklovi, CSc. za umožnění výzkumu na lékařské fakultě a jeho podporu smysluplnosti zabývat se tematikou psychosomatiky. Taktéž děkuji i dalším vyučujícím za umožnění výzkumného šetření.

Děkuji své rodině za trpělivost, časové omezení aktivit při zpracovávání diplomové práce, technické rady při softwarovém zpracování a revizi textů.

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na posttraumatickou stresovou poruchu a související psychosomatiku, která zkoumá somatickou odpověď a odlišnosti reakcí těla na působící stresové faktory či traumatickou událost. Podrobněji je na začátku teoretické části popsán mechanismus zpracování a objektivní změny na mozku po nezpracovaném traumatickém zážitku. Následující kapitoly pojednávají o možnostech zpracování posttraumatické stresové poruchy, přijetí traumatizujícího zážitku jako vyřešené součásti osobní minulosti a benefitu v podobě zvýšené odolnosti. Poslední část teorie je věnována psychosomatice.

Praktická část zkoumá a porovnává znalosti o posttraumatické stresové poruše studentů pedagogické a lékařské fakulty. Ve výsledcích výzkumu se objevují nečekané rezervy v profesionální přípravě budoucích lékařů a učitelů. Komparací souvisejících dat dochází k zajímavému zjištění, které vede k doporučení uspokojit a doplnit vědomostní potřeby studentů.

KLÍČOVÁ SLOVA

trauma, posttraumatická stresová porucha, psychosomatika

ABSTRACT

This diploma thesis focuses on posttraumatic stress disorder and the related psychosomatic conditions looking into the diversity of somatic responses to stress factors or a traumatic event. In the opening part, trauma processing mechanism is described as well as clinical changes in the brain after an unprocessed traumatic event. The following chapters describe therapy options in case of an existing posttraumatic stress disorder, accepting the traumatic event as part of a closed personal history and creating an added value in the form of higher resistance. The closing theoretic part deals with psychosomatic medicine.

The practical part inquires into knowledge of students of the teaching and medical study programmes regarding posttraumatic stress disorder and compares the individual groups. The survey results discover surprising gaps in the professional knowledge of future physicians and teachers. By comparing the related data, a recommendation is being made that students' knowledge has to be broadened in this respect.

KEYWORDS

psychic traumatic, posttraumatic stress disorder, psychosomatic medicine

Obsah

1	Úvod	6
2	Základní vymezení pojmů	8
2.1	Posttraumatická stresová porucha.....	8
2.1.1	Fáze reakce na traumatickou událost.....	9
2.1.2	Příčiny posttraumatické stresové poruchy	10
2.1.3	Diagnostika a léčba posttraumatické stresové poruchy	12
2.1.4	Následky posttraumatické stresové poruchy	14
2.1.5	Možnosti prevence posttraumatické stresové poruchy	20
2.2	Souvislost psychosomatiky s posttraumatickou stresovou poruchou.....	20
2.2.1	Vybraná psychosomatická onemocnění.....	25
2.2.2	Psychosomatické poruchy dětí a dospívajících	29
2.2.3	Místo psychosomatiky ve vzdělávacím procesu	30
3	Praktická část	33
3.1	Cíle, výzkumné otázky a předpoklady	33
3.2	Metodika výzkumu.....	34
3.2.1	Dotazníkové šetření	34
3.2.2	Charakteristika zkoumaného vzorku	34
3.3	Výsledky výzkumu.....	35
3.3.1	Vyhodnocení dotazníků	35
3.3.2	Komparace dat, diskuze a doporučení	53
4	Závěr.....	67
5	Seznam použitých informačních zdrojů	69
6	Seznam příloh	72

1 Úvod

Pojem posttraumatická stresová porucha je známý spíše úzce specializovaným odborníkům. V povědomí veřejnosti je vnímán jako „zhroucení se“ po těžké životní události, tedy navazuje na předchozí traumatizující zážitek. Tělo následně reaguje na změnu v psychice člověka, a to svým způsobem. Následky mohou být u každého jedince odlišné dle jeho odolnosti a dřívějším zkušenostem. Porucha tedy může mít těžké následky v podobě zhoršených orgánových funkcí, přetrvávající změně psychických vlastností. Může být také příčinou sociálního vyčlenění.

Vzájemným ovlivňováním duševního stavu a orgánového fungování těla se zabývá obor zvaný psychosomatika. Z definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace plyne, že pokud není v rovnováze psychika, tělo a sociální potřeby, nemůže být člověk zdravý. Komplexním přístupem k potížím pacienta se zabývá celostní medicína. Dosud však nemá v běžných ordinacích své místo. Taková péče o pacienty není hrazená ze zdravotního pojištění. V praxi se obvykle léčí jen tělesné obtíže na základě objektivního posouzení výsledků klasických lékařských vyšetřovacích metod. V případě přesahu odbornosti lékaře je pacient odeslán k dalšímu vyšetření do odborné poradny, případně na psychiatrii, což není v mnohých případech opodstatněné. Nemocní se dostávají do bludného kruhu nepochopení okolím, uzavření do svých obtíží. Vývoj celostního přístupu nastiňuje tato práce. Odhaluje, jak se mladá lékařská generace staví k problematice.

Cílem této práce je zjistit úroveň znalostí vybraných studentů Lékařské a Pedagogické fakulty UK o posttraumatické stresové poruše. V teoretické části je za použití odborné literatury uvedeno, co je posttraumatická stresová porucha a jak se liší od akutní stresové reakce. Podrobněji jsou popsány fáze reakce na trauma a mechanismus zpracování. Oddíl „následky posttraumatické stresové poruchy“ se zabývá diagnostikou, prevencí a pozitivními vlivy události. V dalších kapitolách je uveden historický vývoj psychosomatiky a některá psychosomatická onemocnění. Cílem teoretické části je objasnit, jak dalece souvisí stres se somatickými obtížemi. Téma je vzhledem ke své závažnosti nutné zpracovat jazykem srozumitelným všem lidem, proto jsou odborné výrazy použity omezeně nebo ihned vysvětleny.

Praktická část představuje metodu výzkumu. Je využita dotazníková forma výzkumu k porovnání znalostí studentů Pedagogické a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze o posttraumatické stresové poruše a mínění o související psychosomatice. Výsledky jsou zpracovány slovně a graficky. Od původního záměru provést širší výzkum povědomí veřejnosti bylo z organizačních a časových důvodů upuštěno.

V závěru práce jsou dle výsledků výzkumu uvedena doporučení pro další vzdělávání studentů obou fakult s ohledem na jejich profesní zaměření.

2 Vymezení základních pojmů

Trauma je složitá událost, či řada událostí, které člověka ohrožují na zdraví, nebo dokonce i na životě. Závažnost situace je taková, že se s ní osvědčenými způsoby nedokáže vyrovnat nejčastěji proto, že se s ní dosud nesešel. Trauma neboli zranění zažívají lidé na celém světě každodenně. Závažná událost nestandardního charakteru obvykle zastihne člověka nečekaně. Nemívá však podobu výhradně somatickou, tedy nebývá postiženo jen tělo, ale v jisté posloupnosti je zasažena v nabývajícím rozsahu i psychika, na kterou opět odpovídají tělesné orgány. Mění se dosavadní pojetí života a v základech se otřesou jistoty, na které člověk spoléhal. Reakce na takové životní otřesy přichází vždy, neboť dochází k omezení zdrojů v různé podobě, tedy ke stresové reakci. Zde je nutno rozlišit, zda se jedná o akutní stresovou reakci, nebo posttraumatickou stresovou poruchu:

Posttraumatická stresová porucha se od akutní stresové reakce liší tím, že se dostavuje s odstupem času. Postižený mívá depresivní až sebevražedné stavy, trpí úzkostí a útržkovitými vzpomínkami na traumatizující událost. V Mezinárodní klasifikaci nemocí je označena kódem F 43.1 (Mareš, 2012).

Při **akutní stresové reakci** dochází z biologického pohledu k produkci hormonu adrenalinu, který je vylučován dřením nadledvinek. V důsledku toho se zrychlí srdeční frekvence, svaly jsou více prokrveny, zvýší se hladina glukózy v krvi a člověk je připraven k podání okamžitého velkého fyzického výkonu (Hanušová, 2014).

Mechanismus působení traumatu, v jehož důsledku dochází k posttraumatické stresové poruše, může mít dvojí charakter. Buď se jedná o jednorázovou expozici, označovanou jako typ I, nebo opakované traumatické zážitky, které postižený v krátkém čase nedokáže zpracovat, typ II (Hašto, 2012).

2.1 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha může postihnout všechny věkové kategorie. Není pravidlem, že se týká jen jednotlivců. Podle původu vzniku zasáhne nejen osobu, které se bezprostředně týká, ale také blízké, pečující a lidi v komunitě. Při živelných pohromách postihne celou skupinu osob. Může mít řadu rozličných příčin, například nemoc, postižení,

napadení, znásilnění, týrání, ztráta blízké osoby, stěhování, emigrace, živelná pohroma, válka, dlouhodobé pracovní vypětí pracovníků v záchranných profesích a mnoho dalších. Poruchu je možné diagnostikovat a léčit. Osoby s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSP), které nevyhledaly pomoc odborníků za účelem léčby, se mohly vyrovnat se zážitkem vlastními silami či svěřením se blízké osobě. Nedostatečné vyrovnání se s traumatizující událostí však může postiženého dlouhou dobu trápit v podobě navrácení se bleskových vzpomínek a zhoršením tělesného zdravotního stavu. Následky a projevy PTSP jsou u jednotlivých osob rozdílné podle odolnosti zvládat zátěžové situace a dřívějšímu vyrovnání se s traumatickým zážitkem. Vhodnou prevencí popsanou lze zvýšit odolnost, a tím snížit riziko nevratných následků (např. zhroucení se, operace, smrt). Vyrovnání se s událostí může přinést výhodu pro další život v podobě houževnatosti při zvládání náročných úkolů, v posílení sociálních vazeb a jiného náhledu na život (Mareš, 2012).

2.1.1 Fáze reakce na traumatickou událost

Rizikovými faktory pro rozvinutí příznaků posttraumatické stresové poruchy je subjektivně vnímaná ztráta kontroly nad traumatickou událostí, dále nedostatečná sociální opora, chatrné zdraví a z hlediska pohlaví ženy (Hašto, 2012).

Vyrovnávání se s událostí má svůj obecný průběh, přesto u jedinců se může lišit délkou a prolínáním těchto pěti fází:

- Fáze šoku má kratší trvání, nastupuje bezprostředně po události a trvá maximálně 36 hodin.
- Fáze otázek, co se vlastně stalo, vede buďto k neschopnosti něco konat, nebo naopak ke zvýšené aktivitě. Délka trvání je do 3 dnů od události.
- Fáze otázek, proč se to stalo, pátrání po smyslu události trvá přibližně od 3 do 14 dnů.
- Fáze popírání události a opětovné prožívání nastává po 2 týdnech a může trvat až dva měsíce.
- Poslední fáze je již posttraumatická, tedy s jistým časovým odstupem. Nastává jeden až tři měsíce po události. Tato fáze se může projevit u řady osob, ale také nemusí. Záleží na odolnosti jednotlivce „ustát“ zátěž (Mareš, 2012).

Mechanismus zpracování traumatu je poněkud složitější. Výsledkem následných biochemických reakcí probíhajících v mozku je objektivní nález. Bezprostředně po události se člověk ocitá v úzkostném znehybnění, které je provázeno zrychleným srdečním rytmem a dýcháním, slabostí a třesem. Vnímání afektovaně, tedy jeho emoční odezva je velmi silná se ztrátou sebeovládání. Důsledkem obranných reflexů a neuspořádaného zpracování zážitku je roztržité uložení vjemu do mozkového jádra amygdaly. Silným vzrušením je znemožněno potřebné zpracování v hipokampu, centra vzpomínek přijatých za životní historii člověka. To dále vyvolává stres s nadprodukcí adrenalinu, noradrenalinu a kortizolu. Mozek zároveň produkuje opiáty, endorfin a enkefalin, které paradoxně vedou, především oběti násilí, k nevědomému opětovnému vyhledávání traumatu. Opakovaně se aktivuje limbický systém (uskupení části koncového mozku, mezimozku a středního mozku), který je zodpovědný za emoce, chování a dlouhodobou paměť. Zvýšeně se aktivuje osa hypotalamus-hypofýza-nadledvinky s produkcí kortizolu. Následkem toho se zvýší hladina glukokortikoidů, což zapříčiní poruchu vedení vzruchu na synapsích neuronů. Dochází k vyčerpání a snížení metabolismu (látkové výměny) mozku. To vše vede k objektivnímu nálezu, tedy zániku buněk hipokampu a jeho zmenšení, atrofii (Poněšický, 2004).

2.1.2 Příčiny posttraumatické stresové poruchy

Příčin vzniku posttraumatické stresové poruchy může být mnoho. Nemusí se přitom jednat o přímý zásah osoby, ale také o zprostředkovaný přes jinou osobu. Velmi těžké trauma zažívají rodiče, kteří přivedou na svět dítě s postižením, nebo jejich zdravý potomek v průběhu dětství vážně onemocní (Mareš, 2012).

Nejen mladí lidé jsou vystaveni nebezpečí skličujících zážitků. Další nečekané traumatické události přichází ve stáří. Osoby se musí vyrovnávat se spoustou ztrát, přičemž nejtěžší je ztráta partnera a milovaných osob. V množství degenerativních a onkologických onemocnění je zřejmě nejzávažnější z hlediska nečekanosti mozková příhoda, která navíc bezprostředně ohrožuje postiženého na životě (Mareš, 2012).

V každém věku jsou lidé ohroženi úrazem, operacemi, akutními i chronickými nemocemi, onkologickými a infekčními. Všechny tyto události mění dosavadní průběh života a sebehodnocení. Nutno podotknout, že lidé se také sami ohrožují tím, že zneužívají

návykové látky, přičemž rizika znají. V některých případech však dopad drogy pocítí až při jejím vysazení (Mareš, 2012).

K posttraumatické reakci může dojít také v důsledku změny okolností v průběhu života. Příkladem jsou emigranti a vystěhovalci. Tito lidé musí v krátké době řešit množství stresových situací, ať už při opouštění rodného místa, během cesty do cílové země bez dokladů, přežívání v utečeneckém táboře v provizorních podmínkách v době čekání na povolení k pobytu, potíže s komunikací, s porozuměním jinému jazyku, při hledání práce a nepřijetí společností v nové zemi (Mareš, 2012).

Další příčinou posttraumatické stresové poruchy bývají přírodní katastrofy. Zasahují různá území různým druhem pohromy. Například Česko bylo v roce 1997 a 2002 postiženo povodněmi. Tehdy obyvatelé Moravy zažívali evakuaci, boj o život, ztrátu blízkých osob, zvířat a majetku. Dlouhodobě pak byli touto událostí poznamenáni. Přímořské oblasti čelí vlnám tsunami, jinde řadí hurikány a zemětřesení. Další katastrofou jsou rozsáhlé požáry, výbuchy sopek a jiné (Mareš, 2012).

Odlišnou stresovou situací s následky posttraumatické stresové poruchy jsou mezistátní konflikty a války. Během boje jsou vojáci i nevinní lidé vystaveni přímému ohrožení života, dokonce na vlastní oči vidí těžká zranění, zabíjení a zohavená mrtvá těla (Mareš, 2012).

Vojáci ve válečných konfliktech, ale i profesionálové pomáhajících profesí v míru absolvovali psychologický výcvik a vědí, že mohou denně zažívat traumatizující obrazy různých situací, kdy budou mít povinnost navzdory pocitům odborně pomáhat. Jedná se o záchranáře, zdravotníky, výše zmíněné vojáky, hasiče a další osoby. Je nutné si uvědomit, že i profesionálové, ač připraveni, jsou lidé, kteří vnímají, cítí a sami jsou traumatizováni. „Jednak je to distres z událostí, do kterých se v rámci pomáhání dostávají: hořící budovy při požárech, hroutící se objekty při tornádech a zemětřeseních, řádění vodních živlů při povodních, agresivní jednání opilých, zdrogovaných a zfanatizovaných lidí, výbuchy a střelba při teroristických útocích. Jednak je to distres při přímé péči poskytované lidem, u nichž je ohroženo zdraví a život, a často je to boj o vteřiny.“ (Mareš, 2012, s. 160).

Traumatizující zážitky nemusí být způsobeny jen přirozeným vývojem události. Bohužel bývají také dílem plánovaného ohrožování jinou osobou. Posttraumatickou stresovou poruchou jsou taktéž postiženy i oběti znásilnění, z nichž nejpočetnější skupinu tvoří ženy. Následky se projevují v mnoha podobách, například pláčem, izolovaností, mnohými somatickými problémy, nechutí k dalšímu životu, znechucením z vlastního těla či odmítáním dalších intimností. Podobně trpí i oběti sexuálního týrání, mučení. Tyto osoby mívají navíc pocit provinění či znečištění, ačkoliv v průběhu traumatické události si tato žena nemohla vybírat, a nemůže být tudíž nijak odsouzena. Sexuální týrání je vždy ponižující. Kromě klasického styku bývají agresorem vynucovány neobvyklé praktiky, jako například vkládání předmětů do tělních otvorů, sex s více partnery najednou a další. Oběti si následně stěžují na bolesti páteře ve spodní oblasti a obou otvorech. Obvykle svou agresi vůči mučiteli obrací nakonec proti sobě. Proces uzdravování pak bývá celoživotní (Vizinová, 1999).

2.1.3 Diagnostika a léčba posttraumatické stresové poruchy

V současnosti se používá řada metod, které je možno rozčlenit na psychologické a vyšetření za využití techniky. Níže popsané jsou metody dotazníkové, neurologické vyšetření aktivity mozkové činnosti, slovní metody (vyprávění, interview, psaní o zážitcích) a skupinová terapie (Mareš, 2012).

Mezi další metody uvedené v této části patří vybavení vzpomínek metodou EMDR, zvuková stimulace a autogenní trénink (Hašto, 2012).

Prvním diagnostickým typem je kvantitativní přístup v podobě baterie dotazníků. Nejčastěji užívanými dotazníky jsou:

- Posttraumatic Growth Inventory (PTGI)
- Stress-Related Growth Scale (SRGS)
- Benefit Finding Scale (BFS)
- Change in Outlook Questionnaire (CiOQ)
- Perceived Benefit Scale (PBS).

Všechny tyto umožňují rychlou orientaci v traumatickém zážitku osob a jeho prožívání (Mareš, 2012).

Za použití dotazníkové diagnostiky však vyvstává řada problémů včetně přenositelnosti do jiných podmínek (jiné kultury, klimatu atd.). Dotazovaní by měli před vyplněním být schopni posoudit svůj aktuální stav a porovnat jej s výchozím, posoudit rozdíl a zvážit, zdali a do jaké míry je traumatický zážitek příčinou změny v jejich životě (Mareš, 2012).

Objevily se i pokusy o objektivnější diagnostiku na neurologickém základě. Mozek funguje asymetricky, z čehož lze vyvodit, že větší aktivita levé strany odpovídá spíše subjektivnímu vnímání. Souvisí také s chápáním nových možností a změn (Mareš, 2012).

Z kvalitativních přístupů je nejčastěji využívanou metodou interview. Tato metoda je nejpřirozenější a umožňuje zabývat se problémem do hloubky. Za účelem výzkumu, při němž není snadné získat dostatek materiálu, se používá metoda sněhové koule. Počet dotazovaných se nabaluje tak, že lidé se stejným traumatickým zážitkem přivedou další osoby. Z kvalitativních metod lze uvést také diskusi v ohniskové skupině. Sestává z 5 až 7 osob, které komentují výpovědi druhých. Zřejmě neúčinnější metodou diagnostiky a zároveň léčby je vyprávění člověka postiženého traumatickou událostí. Tím se jeho zážitky zcelí do útvaru jednotných (nikoliv útržkovitých) vzpomínek. Ty se pak mají šanci přesunout do paměti, kde se ukládají jako součást životní historie, a tím se usnadní vyrovnání člověka s těžkou událostí (Mareš, 2012).

K upevnění biopsychosociálního zdraví poslouží taktéž psaní o zážitcích. Osoba po traumatizujícím zážitku takto ze sebe dostane své trápení v ucelené podobě. Úleva se dostavuje přibližně po dvou týdnech. Někdy se psaní kombinuje s vyprávěním (Mareš, 2012).

V klinické praxi se využívá grafické znázornění, nazvané metodou životní křivky. Umožňuje zachytit krizové momenty a průběh zvládnutí. Každý zlomový bod je osobou s traumatickým zážitkem okomentován. Další metodou je výhodné využití smíšeného přístupu, kvantitativního s kvalitativním. Dochází k výraznějšímu pochopení života. „Tito lidé přeskupili svůj žebříček hodnot a zjistili, co je pro jejich život podstatné. Na druhém místě se objevila kategorie silné stránky jedince. Těžká životní situace jim odhalila, co sami dokážou, když museli usilovat o stabilizaci svého somatického i psychického stavu, a poté se snažili svůj stav postupně zlepšovat. Třetí v pořadí byla kategorie nové možnosti a cesty života.“ (Mareš, 2012, s. 70).

Vývoj psychotraumatologie se v poslední době velmi zrychlil. Využívá se nových metod. Jednou z nich je EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), která slouží ke zvládnutí příznaků posttraumatické stresové poruchy. Dále následuje autogenní trénink (AT) k posílení odolnosti vůči stresu. Při metodě EMDR terapeut pomáhá pacientovi vybavit si veškeré vzpomínky na událost. Ve chvíli aktivace vzpomínky v rytmu 1Hz pohybuje prsty před pacientem ve výšce očí, čímž dochází k pohybu očí jako ve spánku, kdy se zdají sny (REM fáze). Tato technika umožňuje přepis traumatické události. Z útržkovitých vzpomínek se stává jednotný celek. Jinou variantou je zvuková stimulace. Na uši pacienta jsou nasazena sluchátka a vycházející zvuk střídavě stimuluje pravou a levou stranu (Hašto, 2012).

Autogenní trénink je další metodou léčby posttraumatické stresové poruchy. Slouží k úplnému fyzickému a psychickému uvolnění. Pracuje se s autosugescí, při níž pacient opakuje formulky za účelem zklidnění (Hašto, 2012).

2.1.4 Následky posttraumatické stresové poruchy

Na tom, jak se bude člověk s traumatickým zážitkem vyrovnávat, závisí jeho předcházející osobnostní rysy. Jedním z nich je odolnost (resilience), nebo také nezdolnost (Mareš, 2012).

Z medicínského hlediska můžou úzkostné, depresivní až suicidiální (sebevražedné) stavy přejít do chronicity, kdy se trvale změní osobnost. Nové vědecké poznatky však přinesly optimističtější vyhlídky. Lidé po traumatizující události mohou dozrát, změnit svůj pohled na svět. To znamená, že negativní událost přináší i pozitivní změny. Odborníky byl tento prospěch (vzkvétání) označen jako posttraumatický rozvoj (Mareš, 2012).

Výsledkem traumatu mohou být tyto čtyři stupně:

- rezignace - jedinec se vzdává a nefunguje
- přežívání - funguje omezeně
- navrácení do normálu, stavu před traumatem
- prospívání - jedinec se úspěšně s traumatem vyrovnal a dozrál na vyšší úroveň (Mareš, 2012).

Z předchozího výčtu následků by mohlo jednoznačně vyplynout, že posttraumatická stresová porucha se týká výhradně psychiky člověka. Bývá představena jako zhoršený duševní stav. Ovšem člověk reaguje vždy celostně, a tudíž obtíže přerůstají do onemocnění těla, zvláště tehdy, pokud v sobě nosí nezpracované zážitky (fragmentované – útržkovitě uložené v amygdale). Nelze oddělit vzájemné ovlivňování těla a duševního stavu pohody či nepohody. „Naše tělo tedy na různé, zvláště zátěžové či neobvyklé situace reaguje, odpovídá, nese známky přetížení či utrpení, krvácí a pláče, reaguje napětím či uvolněním, uzavřením, přijímá do sebe postoje utrpení či nemoci ostatních, jejich očekávání i vztah k sobě samému, naše tělo komunikuje s okolím, s ostatními, komunikuje svým výrazem, postojem, volá o pomoc či rezignuje. Někdy je toho na naše tělo moc, není na to všechno stavěno a onemocní.“ (Poněšický, 2002, s. 32).

Sebedestrukčním následkem traumatu je zneužívání léků, alkoholu a drog. Považuje se za naprosto nejzoufalejší vyhýbavou reakci na konflikt nebo problém. Člověk ve své beznaději je totiž přesvědčen, že nemá cenu cokoli řešit, poněvadž by se situace jen zhoršila. Nakonec dochází k psychosomatickému onemocnění (Poněšický, 2002).

Traumatická událost nemusí mít na člověka jen vliv negativní, ale může jej i pozvednout. O tom pojednává následující text, kde bude popsán:

- a) posttraumatický rozvoj,
- b) vliv traumatizující události na člověka,
- c) vliv traumatizující události na děti a jejich posttraumatický rozvoj,
- d) vliv traumatizující události na rodiče dětí a jejich posttraumatický rozvoj,
- e) vliv traumatizující události na staré lidi a jejich posttraumatický rozvoj,
- f) vliv traumatizující události na oběti přírodních katastrof a jejich rozvoj,
- g) vliv traumatizující události na účastníky vojenských konfliktů a jejich rozvoj,
- h) vliv traumatizující události na pracovníky v pomáhajících profesích a jejich rozvoj (Mareš, 2012).

a) posttraumatický rozvoj

Pojem posttraumatický rozvoj shrnuje ve dvou slovech pozitivní změnu po prožití traumatizující události, kdy se člověk dostává nad dřívější úroveň chápání světa. Znamená

to také pokus o psychologické přežití. Tím se ovšem zcela neztrácí bolest ze zážitku. To, že se dostaví třeba až po měsících nebo letech něco příznivého z původně bolestného, je právě tím kladným efektem, což je pojmenováno jako posttraumatický rozvoj (Mareš, 2012).

V poznávacím zpracování traumatu probíhají dva procesy, které lze chápat jako pozitivní změnu v následcích. Je to hledání smyslu události, tedy člověk pátrá po smyslu a hledá přínos. Tím může být přehodnocení dosavadního způsobu života, změna v chování, podnět k sebezdokonalování a posílená sebedůvěra (Mareš, 2012).

b) vliv traumatizující události na člověka

Po proběhlém traumatickém zážitku se člověk v myšlenkách stále k prožitku vrací. Znovuprožívá nepříjemné pocity. Tyto vtíravé myšlenky jsou pro něj nevědomou snahou o nalezení naděje a uzdravení (Mareš, 2012).

Existují proměnné, které velice významně ovlivní následky traumatu a možnosti rozvoje. Patří mezi ně věk, vzdělání, pohlaví, víra v Boha (religiozita). Výzkumy ukázaly, že mladší lidé mají větší tendenci k posttraumatickému rozvoji. Překvapivě ekonomická situace a společenské postavení nemá zdaleka na rozvoj tak významný vliv, jaký by se dal předpokládat (Mareš, 2012).

Mezi další proměnné se řadí osobní charakteristika a zvláštnosti jedince, jako například otevřenost, nezdolnost, sebedůvěra, dále pozitivismus či negativismus, umístění vlivu a kontroly nad situací, způsob zvládnání zátěže, sociální opora a míra úzkostnosti (Mareš, 2012).

Mezi významné kladné stránky charakteru vedoucích k rozvoji, patří ctnosti (moudrost, statečnost, mírnost), silné stránky určující ctnosti (otevřenost mysli, tvořivost, láska k učení) a situační zvyky, které vedou k projevu silných stránek (Mareš, 2012).

Nejčastějším zdrojem sociální opory bývá pro člověka jeho rodina. Právě její spoluúčast na přemýšlení o události a reakce na rozvoj postiženého traumatem bývá nejzásadnější a nejpřínosnější. Někdy se však stane, že zdroj pomoci od blízkých lidí se vyčerpá a že oni sami budou potřebovat něčí oporu (Mareš, 2012).

Širší pohled na zdroj opory nabízí ještě zcela jiný náhled na událost. Oporou se může stát například osoba, která prožila obdobný traumatický zážitek a vyšla z něj posílena a vnitřně obohacena (Mareš, 2012).

c) vliv traumatizující události na děti a jejich posttraumatický rozvoj

Traumatický zážitek v dětství může mít dvě podoby. Buďto děti měli obtížné dětství díky stresujícím vztahům v rodině, anebo pro své tělesné postižení. Odlišným zážitkem je ztráta blízkého člověka v dětském věku (Mareš, 2012).

Děti mohou pochopitelně zažít i další události, jež poznamenají jejich další vývoj. Traumatem může být vážná nemoc, úraz, šikana, dopravní nehoda, násilný čin, přírodní katastrofa, citové problémy, rozvod rodičů, konflikty s vrstevníky či dospělými a mnohé další. Z výzkumů vyplynulo, že v dospělosti děti po traumatizující události dosáhly mimořádných výsledků. Jako vysvětlení se nabízí možnost, že se tímto způsobem snažily vyrovnat své znevýhodnění. Pro inteligentní děti bývá únikem ponoření se do vědeckého bádání. Pro nadané děti sociální izolace dává příležitost vyhodnocovat situace samostatně. Jiný typ dětí se dívá na stres a neúspěch jiným pohledem, snadněji se navrací do normálu a obvykle vynikají v uměleckých činnostech nebo ve vědě (Mareš, 2012).

Příkladem rozvoje dívky po ztrátě milovaného otce, je postupné vyrovnávání se s jeho smrtí, které vedlo k pozitivnímu ovlivnění jejího budoucího života. Otec, který byl dceři vždy velkou oporou, zemřel po těžké nemoci, ovšem ve chvíli, kdy se jeho stav prudce zlepšil, tedy náhle a nečekaně. Nikdo z lidí jí nedokázal účinně utěšit, a tak se chodila k jeho hrobu modlit a povídat si s ním. Byla věřící a posilovala se v naději, že se s ním jednou setká. Cítila, že by byl z jejího smutku nešťastný. Začala tedy žít naplno, rozhodla se ke studiu medicíny a stala se lékařkou, aby mohla pomáhat jiným lidem. Našla si nový způsob a smysl života, jehož byl účasten jistým způsobem i její otec (Mareš, 2012).

d) vliv traumatizující události na rodiče dětí a jejich posttraumatický rozvoj

Rodiče postižených či vážně nemocných dětí se musí vyrovnávat s velice těžkou zátěžovou situací. Jejich dítě je v ohrožení zdraví a života. Potomek pro každého člověka znamená jeho budoucnost, pokračování rodu, jistým způsobem i nesmrtelnost. Dokonce se stává, že

rodiče pocítují vinu za to, že nedokáží své dítě s postižením dost milovat. S touto situací jsou rodiče nemocného dítěte nuceni jednak se sami vyrovnat, při tom všem dále udržet rodinu ve fungujícím stavu, být oporou svému dítěti a zajistit jeho budoucnost zvláště, pokud je dítě znevýhodněno. Oni sami nejsou přímou obětí, ačkoliv sdílí denně s dítětem jeho trápení. U nich je proto možný zprostředkovaný posttraumatický rozvoj (Mareš, 2012).

U rodičů pečující o dítě nemocné či s postižením neprobíhá posttraumatický rozvoj plynule. Křivka rozvoje u těchto osob bývá zlomová. Někdy se stav dítěte velmi zlepší, ale pak opět nastává období těžkých propadů. Trvá mnoho měsíců, dokonce několik let, než se dá hovořit o rozvoji. Významným příspěvkem je opora v rodině, vyhledání profesionální pomoci, nevyhýbání se problémům, pozitivní myšlení a přijetí skutečnosti (Mareš, 2012).

e) vliv traumatizující události na staré lidi a jejich posttraumatický rozvoj

S přibývajícím věkem se lidé vyrovnávají s větším počtem ztrát. To je učí radovat se z maličkostí. Uvědomují si krátkosti zbývajícího času, kterého si váží mnohem více, než tomu bývalo dříve. Během života si nasbírali množství zkušeností, které vedou ke zmoudření a nadhledu. Mění se jejich životní priority, usilují o těsnější vztahy s lidmi, na kterých jim záleží (Mareš, 2012).

Výzkumy prokázaly negativní vliv deprese na rozvoj starých osob. Naopak velice účinná se ukázala spiritualita či náboženská víra. Po ztrátě partnera byla zjištěna rekonstrukce života a osobnosti. „Nová situace na ni naložila pocit odpovědnosti za další běh událostí a za další život bez partnera. Nové úkoly si vynucují, aby se pozůstalá osoba naučila novým dovednostem, a pokud se to začne dařit, stoupá její sebedůvěra i vnitřní motivace. Pozůstalá osoba začíná věřit, že když už zvládla toto, může zvládnout i další životní výzvy.“ (Mareš, 2012, s. 128).

f) vliv traumatizující události na oběti přírodních katastrof a jejich rozvoj

Osoby zasažené povodněmi s odstupem času hodnotí událost stále negativně. Dokonce až 75 % z nich považuje tuto velkou změnu v životě za přínos k horšímu. Nejhuře snášejí události dospělí. Ti musí být navíc svým dětem oporou ve víře, že se tato událost dá

překonat. Výzkum obětí přírodních katastrof odhalil, že pouze 32 % dotázaných uvedlo průměrný rozvoj v kategorii mezilidských vztahů a 37 % rozvoj osobní, z čehož vyplývá, že minimálně prevence povodní je v tomto případě nutná. Naopak staří lidé si trauma zařadí do série těžkých životních událostí, hledají a nalézají smysl události a obrací se v myšlenkách do minulosti (Mareš, 2012).

g) vliv traumatizující události na účastníky vojenských konfliktů a jejich rozvoj

Existují výzkumy, které se soustředily na veterány a civilisty, kteří měli osobní zážitek s vietnamskou válkou. Ti, kteří měli jen minimální zkušenosti v přímém boji, dosáhli většího posttraumatického rozvoje. To znamená, že větší traumatické zážitky tyto lidi poznamenaly již navždy. Výzkum obětí vojenských konfliktů prokázal posttraumatický rozvoj u válečných zajatců. U těchto osob došlo také ke zlepšení mezilidských vztahů a ocenění života (Mareš, 2012).

Obecně lépe zvládali zážitky z války zdravotníci, neboť s každou další misí se posilovala jejich sebedůvěra pramenící ze zvládnání náročných a ještě náročnějších situací. Naučili se události brát s nadhledem a zjistili, že vydrží víc, než si vůbec mysleli (Mareš, 2012).

h) vliv traumatizující události na pracovníky v pomáhajících profesích a jejich rozvoj

Pomáhající profese se řadí mezi velmi náročná povolání. Lidé mají různé důvody pro vstup do těchto profesí. Obvykle mají dobrý úmysl a chtějí druhým pomáhat. Jiní si například dokazují, že zvládnou náročnou situaci. Jsou i takoví, kteří vyhledávají nebezpečné a extrémní situace (Mareš, 2012).

Zdaleka ne všichni jsou na vypjaté situace při výkonu povolání v pomáhající profesi připraveni. Pracovníci se často dostávají do situací, které je vyvádějí z jejich obvyklého způsobu jednání a uvažování, a tak jsou vykolejeni ze svých navykých postupů. Zažívají traumatizující události, jsou svědky boje o život nebo těžkého poškození zdraví. Po těchto zážitcích, které se jich zprostředkovane dotýkají v důsledku poškození jiných osob, o které pečují, musí hledat zpět svou ztracenou rovnováhu. Výsledkem tohoto procesu je buď posttraumatický rozvoj, nebo trvalé poškození (Mareš, 2012).

U zdravotnických záchranářů bylo výzkumem jejich profesních traumatizujících zážitků zjištěno, že je zde vztah mezi charakterovými vlastnostmi, jako například přívětivostí, svědomitostí, otevřeností, a rozvojem. Jejich rozvoj je však mírněn tím, na jaké úrovni jsou schopni zvládat zátěž (Mareš, 2012).

2.1.5 Možnosti prevence posttraumatické stresové poruchy

Možností zabránění PTSP není mnoho, neboť událost přichází náhle bez varování, je mimořádná, nedá se nijak ovlivnit, hrozí újma na zdraví a dlouhotrvající nevratné problémy. Člověk se stává zranitelnější. Vhodnou prevencí je zvyšování odolnosti (resilience) a psychologické připravenosti ještě před setkáním s dalším traumatem. Tato strategie se nazývá proaktivní zvládání zátěže a zahrnuje:

- vytváření rezerv všeho druhu (časových, finančních a dalších),
- včasné rozpoznání stresoru,
- dokáže vyhodnotit nebezpečnost,
- předem vyvíjí aktivitu ke zvládnutí situace,
- dostává zpětnou vazbu o efektivitě svého úsilí (Mareš, 2012).

Po absolvované traumatické události s úspěšným zpracováním prožitku nejlépe pomocí psychoterapie člověk dokáže lépe vyhodnotit nebezpečnost situace. Kognitivní teorii rozpracoval již Piaget a nazval ji asimilací. Člověk je v podstatě obohacen novou zkušeností. Akomodace pak znamená v tomto případě změnu názoru na vlastní nezranitelnost. Člověk se po zkušenosti stává opatrnějším (Mareš, 2012).

Člověk někdy bývá uvězněn do svého vidění světa a problémů. Opakuje při tom stejné chyby. Avšak jiná osoba, například psychoterapeut, umožní vidět totéž jiným způsobem. Postačí někdy jen pár správných otázek a dostaví se velká změna, která v zaběhaném dosavadním způsobu života přispěje ke štěstí a naplnění (Caby, 2014).

2.2 Souvislost psychosomatiky s posttraumatickou stresovou poruchou

Pojem psychosomatika je odvozen ze dvou slov, a to psyche, označuje duševno, a soma, což je z řečtiny přeloženo jako tělo. Zabývá se tedy vztahem mezi duševnem a tělesnem.

Tělo reaguje na jakékoliv změny v duševním stavu a posttraumatická stresová porucha je velmi silným podnětem pro tělesnou odpověď (Poněšický, 2002).

Psychosomatika je lékařský obor, který se zabývá propojeností duševních prožitků s odpovědí těla a naopak. K těmto dvěma dimenzím pohledu na člověka jako celostní bytost patří neodmyslitelně vliv sociálního prostředí (Baštecký, 1993).

Citové stavy mají přímý vliv na orgány těla. „Současná psychosomatika vyvozuje, že emoce mohou zásadním způsobem ovlivnit fungování jednotlivých orgánů. Emoce vždy provázejí fyziologické procesy. Neexistuje emoce bez paralelních důsledků.“ (Kučírek, 2006, s. 8).

Zvláštním typem extrémně silných emocí jsou ty, které je člověk chopen vytvořit pouze ve svých představách. Psychosomatická onemocnění jsou následkem časté aktivace fyziologického systému, která reaguje okamžitě na tíseň. Nejedná se však o krátké okamžiky, které by neměly ničivý charakter, ale o dlouhotrvající podněty v řádu měsíců až let (Joshi, 2007).

Za okolností, jež jsou pro člověka hrozbou, začne srdce bít rychleji. Je to reflexní reakce, kdy mozek vyhodnotí situaci, a následně tělo musí emoci prožít. Na základě dřívější zkušenosti se pak u člověka projeví v jeho chování. Při tom všem nelze podcenit vyhodnocovací schopnosti společenského mozku, který je zdrojem sociální inteligence (Challoner, 2007).

„Můžeme rozlišit dvě skupiny psychosomatických poruch:

- První skupina se týká funkčních poruch (orgánové neurózy), tj. poruch jednotlivých orgánů, kdy orgán jako celek je neporušen (například překyselený žaludek).
- Druhou skupinou jsou psychosomatické nemoci v užším slova smyslu, kdy již dochází k poškození orgánů (organické neurózy), jako například projevené žaludeční vředy.“ (Kučírek, 2006, s. 8).

Kromě těchto zjevných projevů těla, které jsou odpovědí na působení stresu, může nastat ještě jiná, skrytá reakce, když stres neblaze působí na imunitní systém. Vyplavením hormonů glukokortikoidů dochází k potlačení imunity. Jedná se o případ, kdy je tělo vystaveno stresu déle než 60 minut. Sledem reakcí se lymfocyty (buňky bílé krevní řady)

stanou méně citlivé k infekci. Vlivem stresu se dokonce zastavují energeticky náročné funkce, jako například ovulace nebo trávení (Joshi, 2007).

V některých primitivnějších kulturách či oblastech je možné hlasitě naříkat nad zemřelým. Tento rituál umožňuje ventilovat smutek a bolest. Oproti tichému smutku v krematoriu či u hrobu umožňuje rychlejší a účinnější vyrovnání se se ztrátou (Poněšický, 2002).

Dalším příkladem příčiny psychosomatického onemocnění je nechuť či lenost řešit problémy v oblasti sexuálního života na úrovni intelektu. Pak musí zástupně promluvit tělo kupříkladu stažením, bolestí či křečemi (Poněšický, 2002).

Již před více než 100 lety se v souvislosti tělesných obtíží s psychikou vyjádřil Sigmund Freud. Vysvětloval tak neurotické příznaky usilováním o slast a vyhýbání se konfliktům. Posléze studium psychosomatiky objasnilo další provázanost, a to s životním stylem člověka a jeho neochotou zradit své přesvědčení, a tak si zachovat sebeúctu i za cenu psychosomatického onemocnění (Poněšický, 2002).

První zmínky o celistvém pojetí člověka se však datují do dob lékaře starověku Hippokrata. Ve 20. století byla psychosomatika dále rozvíjena na základě Freudovy psychoanalýzy, kterou dále rozpracovali jeho žáci. Východisky pro koncepci psychosomatické medicíny ve 40. a 50. letech 20. století byla tedy psychoanalýza, dále behaviorální směry a kortikoviscerální koncepce (Baštecký, 1993).

Behaviorální přístup užívá vzorec R – S (R = reakce, S = stimul). Zkoumá, jakou reakci vyvolá určitý stimul, a jakým stimulem je způsobená reakce. Každý jedinec reaguje na emoční zátěž svou fyziologickou odpovědí (Baštecký, 1993).

Kortikoviscerální koncepci (vztah mozkové kůry a útrobu) rozpracovali v 60. letech 20. století Bykov a Kurcin na podkladě výzkumů fyziologa Pavlova o podmíněných reflexech. „Představitelé kortikoviscerální školy experimentálně prokázali těsné vzájemné vztahy mezi vyšší nervovou činností (VNČ) a somatickými a vegetativními funkcemi organismu a dále i tu skutečnost, že činnost vnitřních orgánů a řady fyziologických funkcí (včetně imunitních odpovědí) lze podmínit rozličnými vnějšími a vnitřními podněty a že činnost vnitřních orgánů je řízena mozkovou kůrou.“ (Baštecký, 1993, s. 39).

V letech 1951 – 1965 se v Chicagu klinický pracovník jménem Alexander snažil o objektivní průkaz své teorie. Zajímal se o celkem sedm onemocnění, jež mají psychosomatický podklad, mezi nimi byla například uvedena hypertenze (vysoký krevní tlak), dvanáctníkový vřed a ulcerózní kolitida, což znamená zánětlivé vředovité onemocnění tlustého střeva. Tehdy byla jeho studie spíše zklamáním, protože bylo zvykem každé chorobě přiřadit objektivní příčinu. Výzkum byl doceněn až později (konec 20. století) po vypracování multifaktorové patogeneze chorob, což znamená, že jedno onemocnění může mít více různých příčin (Baštecký, 1993).

V současnosti je psychosomatická medicína pojata celostně, chápe jevy komplexně v širších souvislostech. Bio-psycho-sociální model nemoci je tedy pojat systémově. Zdraví nebo nemoc člověka závisí i na dalším rozměru, a to společenské síti člověka, lidí, kteří ho obklopují. (Baštecký, 1993).

Mezi nejvýznamněji zdraví ovlivňující činitele patří životní styl, tedy způsob, jak lidé žijí. Je vázán na sociální prostředí a je dán určitými regulativy (směrnicemi) ke vzájemnému soužití. „K nejvýznamnějším regulativům patří obecně kultura (zahrnující i další, už konkrétnější faktory), sociální normy (skupinové i společenské), morálka, hodnoty, potřeby, ideje.“ (Duffková, 2008, s. 64).

Pro udržení duševní zdraví jsou velice důležité sociální vztahy. Při selhávání v této oblasti dochází ke konfliktům, které jsou zdrojem psychických problémů od úzkosti, rozladěnosti s uzavíráním se do sebe až po vážné poruchy. Ze sociálních vztahů tudíž plynou sociální stresory ovlivňující psychické zdraví. Individuální reakce na stres je odrazem míry sociální podpory (Nakonečný, 1999).

Mezi posttraumatickou stresovou poruchou a **psychosomatikou** existuje přímá souvislost. Po traumatické události spojené s negativními pocity se s odstupem času objevují u postižené osoby konkrétní klinické příznaky ovlivnění funkčnosti těla (Mareš, 2012).

Kromě typických psychosomatických diagnóz (hypertenze, vředová choroba zažívacího traktu, astma aj.), o kterých je více v následujících kapitolách, můžou být především negativní emoce příčinou až velmi závažných zhoubných onemocnění (Baštecký, 1993).

Důsledky posttraumatické stresové poruchy, které mohou postihnout člověka v jakémkoliv věku, mohou být tak silné, že se u některých osob projeví až třeba s odstupem let. Patří mezi ně úlekové reakce, podrážděnost, nespavost a další. „Organickou duševní poruchu mohou připomínat potíže s pamětí, soustředěním, emoční labilita, bolesti hlavy a závratě. Postižení může být buď mírné, nebo natolik závažné, že ovlivňuje téměř všechny oblasti života. Symptomy se mohou objevit bezprostředně po traumatu. Není však neobvyklý začátek symptomů s latencí měsíců až let po traumatu.“ (Vizinová, 1999, s. 27).

Souvislost vypjatých psychických stavů s následným onemocněním těla zaujala některé lékaře. Zrodila se psychosomatická medicína, která byla prvním oborem, studujícím vliv psychického stavu na zdraví člověka. Pokusy bylo zjištěno, že emoce evokují fyzické změny, jejichž následkem může dojít k propuknutí nemoci. Zvláštní pozornost byla věnována stresu, kupříkladu vznikajícího v časové tísní. Díky tomuto výzkumu se biomedicínský pohled na nemoc změnil v multifaktoriální (nemoc může mít více příčin). Po dlouhém období, trvajícím déle než 150 let, kdy se psychosomatické nevěnovala patřičná pozornost, se takto zrodila biopsychosociální představa nemoci (Křivohlavý, 2001).

Příklady z praxe dokládají, že skutečně významný podíl na vzniku nemoci mají obtížné životní situace a stres s nimi spojený (Divecká, 2015).

V současné době jsou pořádány konference, na kterých se podílí Společnost psychosomatické medicíny ČLS J. E. P. Psychosomatická medicína byla taktéž zavedena do novely Vládní vyhlášky 185/2009 Sb., o vzdělávání ve zdravotnictví. Tímto se otevřel prostor pro zcela nový přístup pohledu lékařů i laické veřejnosti. Mimo jiné se zde řeší také otázka spolupráce mezi psychosomatickou medicínou a klinickou psychoterapií, a dále pojetí výuky mediků a lékařů, přičemž vzdělávání je dosud pojato příliš biologicky (Chvála, 2015).

V současnosti Společnost psychosomatické medicíny ČLS na webu kompletuje síť psychosomatických pracovišť v celé České republice. Informace k akreditaci pracoviště je možno získat na stránkách Ministerstva zdravotnictví. Lékaři mají příležitost nástavbovým vzděláním ukončeným atestací získat certifikát, opravňující provozovat psychosomatickou praxi (Společnost psychosomatické medicíny ČSL, 2015).

Vyšetření a další úkony však dosud nejsou součástí péče hrazené zdravotní pojišťovnou (Leichtová, 2015).

2.2.1 Vybraná psychosomatická onemocnění

Níže jsou popsána tato psychosomatická onemocnění: esenciální hypertenze, bronchiální astma, globus syndrom, Crohnova nemoc (regionální enteritida), syndrom dráždivého tračníku, poruchy příjmu potravy, sexuální poruchy u žen, sexuální dysfunkce u mužů, revmatoidní artritida, psychosomatické nemoci kůže, bolesti v zádech a nádorové onemocnění.

Esenciální hypertenze

Hypertenzi podle WHO (Světové zdravotnické organizace) se rozumí naměřená hodnota krevního tlaku nad 140/90 mmHg (systolický/diastolický tlak udán v milimetrech rtuťového sloupce). Pokud se hovoří o esenciálním typu, je nutné jej odlišit od hypertenze, která je způsobena například onemocněním ledvin. Podle Alexandera (1968) takto nemocný člověk bojuje s vnitřním konfliktem. Zápasí proti vyjádření svého nepřátelského postoje (hostility), neboť se bojí ztráty lásky ostatních. Má vlastně problém s prosazením své osoby (Baštecký, 1993).

Nemocní s vysokým krevním tlakem se také vyznačují velkou zodpovědností a houževnatostí v překonávání velkých překážek s tím, že vše musí přece zvládnout, což vede k neustálému napětí. Léčba medikamenty v počáteční fázi je nutná, protože bez ní by mohlo dojít k vážnému poškození orgánů až k srdečnímu selhání. Následně se zde nabízí psychologické techniky, například psychoanalýza nebo skupinová terapie, která patrně odkryje nezralou osobnost. Po dozrání dochází ke zmírnění nepřátelských postojů. Jako terapie je zde doporučen autogenní trénink (relaxační technika) pod odborným vedením (Baštecký, 1993).

Bronchiální astma

Nemocný astmatem nemá problém v nádechu, ale ve výdechu, kdy se křečovitě stáhnou průdušky. Nabízí se zde úvaha s problémem odevzdávání se, především v souvislosti s poruchami spánku (Danzer, 2001).

Při diagnostice astmatu se přednostně pátrá po specifickém alergenu, který například sezónně stěžuje dýchání, příčinou však bývá i emoční reakce (Danzer, 2001).

Psychoanalytický přístup však odhalil problém ve vazbě na matku. Tato vazba není vyřešená. Matka na sebe své dítě sice váže, ale na druhou stranu odmítá, což dítě nese těžce. Záchvat se připodobňuje k volání matky (Danzer, 2001).

Podle daseinanalýzy má astmatik velkou potřebu lásky a potřebuje matku nebo alespoň jinou osobu jako náhradu. Stává se, že se uzdraví, pokud pocítí blízký vztah k terapeutovi. Dýchání je základní lidskou potřebou. V tomto případě je ohroženo stejně tak jako bytí na tomto světě. Pacienti mohou mít až sebevražedné sklony. Někdy se stávají schizofrenními, pak lze vyzorovat zmizení astmatu. „Astmatici ... Manipulují s rodiči, přáteli, učiteli a později lidmi, s nimiž naváží intimní vztah. Nepředpojatý a rovnocenný vztah je jim cizí. Většinou usilují o dominanci, od níž mají sotva nějaký vnitřní odstup. Když totiž někdo o této manipulaci a dominanci promluví, jsou velice překvapeni a vše popřou, přičemž se cítí naprosto nevinní.“ (Danzer, 2001, s. 91).

Zde je vhodná psychoterapie zaměřená na dýchání, relaxační techniky a analýza konfliktu (Poněšický, 2002).

Globus syndrom

Jedná se pocit překážky s nemožností polknout. V horním jícnovém svěrači je zvýšený tlak, jehož příčinou jsou emoce, jako například úzkost či deprese. Postižený se dostává do konfliktní situace, kdy si sám přeje polknout, ale nevědomí, které bojuje proti polknutí, mu to neumožní. První pomoci jsou anxiolytika (léky proti úzkosti), následně pak například hypnóza s odhalením příčiny. Tento stav může být však velmi zdlouhavý a vytrvalý (Baštecký, 1993).

Potíže s polykáním také mohou znamenat, že člověk nemůže něco, co se mu stalo, obrazně řečeno „spolknout“ (Kučírek, 2006).

Crohnova nemoc (regionální enteritida)

Jedná se o chronický zánět tenkého nebo tlustého střeva. U nemocných je z psychosociálního pohledu typická dětinskost, závislost, potlačená útočnost, někdy také

velká čistotnost a strach z reality. Z psychoterapeutických metod je doporučována relaxace v hypnóze (Baštecký, 1993).

Syndrom dráždivého tračníku

Potíže spojené s pohybem ve střevech jsou pozorovány i u zdravých lidí, zvláště školáků. Může se jednat o průjem, křečovitou (spastickou) zácpu, bolesti, plynatost a nutkavé defekace. Výzkumy prokázaly, že střevní motilitu (pohyb ve střevech), prokrvení sliznice a zvýšený tlak ve svalovině střevní stěny významně ovlivňují psychologické podněty nemocných syndromem dráždivého tračníku. V 86 % případů se tyto potíže objevily po traumatizující události. Terapie spočívá ve zklidnění léky a relaxačních technikách (Baštecký, 1993).

Poruchy příjmu potravy

Mentální anorexie se vyznačuje úzkostlivým hlídáním váhy. Na pozadí této poruchy s extrémní vyhublostí bývá snaha o vlastní regulaci, zdůraznění schopnosti ovládat svůj život (autonomii), případně na sebe upozornit. Dalším důvodem je zabránit vývoji a potlačit vlastní sexualitu (Danzer, 2001).

Během psychoterapie se u anorektických dívek často vynoří traumatické vzpomínky na sexuální zneužívání otcem (Poněšický, 2004).

Nemocní s mentální bulimií netrpí podváhou, ale záchvaty přejídání. Potom zvrací ze strachu ze ztloustnutí. Nemají dost pevnou vůli přejídání zastavit, trpí depresemi. „Na etiopatogenezi mentální anorexie a bulimia nervosa se podílejí faktory psychické i somatické. Bývají rozlišovány činitele individuální, rodinné a sociokulturní. Z individuálních se uvádějí vlivy autonomní, jako jsou poruchy Ego, strach z dospělosti, časná puberta, špatná adaptace na věk a pohlaví.“ (Baštecký, 1993, s. 241).

Sexuální poruchy u žen

Jednou ze sexuálních poruch u žen je neschopnost dosáhnout orgasmu (anorgasmie). Příčinou může být traumatizující zážitek v dětském věku, přísná výchova nebo nespokojenost ve vztahu. Další poruchou je sexuální chladnost (frigidita). Mívá

psychologické i jiné příčiny. Častěji touto poruchou trpí ženy, které nepoužívají spolehlivou antikoncepci. Mohou zde pomoci i lubrikanty. Bolest při styku (dyspareunie) z hlediska psychosomatiky může být způsobena netrpělivostí nebo nezkušeností partnera. Křeč svalstva pánevního dna (vaginismus) bývá následkem bolestivého styku nebo špatnou sexuální výchovou či zážitkem z dětství (Baštecký, 1993).

Sexuální dysfunkce u mužů

Chladnost (frigidita) u mužů bývá spojena s odporem (averzí) na určité praktiky. Příčinou bývá traumatický zážitek. Vyskytuje se taktéž s vyčerpáním a depresí. Hypersexualita (zvýšená chuť na sex) může skrývat zábrany v sexu, nebo také krýt strach z deprese (Baštecký, 1993).

Revmatoidní artritida

Toto autoimunitní onemocnění, které se projeví zánětem pojivové tkáně, je klasickým psychosomatickým onemocněním, jemuž předchází stresová situace nejrůznějšího charakteru (Baštecký, 1993).

Psychosomatické nemoci kůže

Kůže ohraničuje zevní a vnitřní prostředí člověka. Reaguje na vnější vlivy, ale také dokáže prozradit emoce například změnou barvy. Mezi nejčastější onemocnění patří ekzémy. Atopický ekzém (neurodermitis) bývá projevem silné vazby na matku, což v případě dítěte není zas tak nápadné. Jde však o matky, které pečují o své dítě přehnaně starostlivě. „Děti často vnímají úzkostnost svých maminek, a tak dochází i k převrácení rolí tím, že děti převezmou starost o to, aby maminky o ně neměly moc obav.“ (Poněšický, 2002, s. 78).

Bolesti v zádech

Obtíže s bolestí bývají často příčinou pracovní neschopnosti. Z psychosomatického pohledu se jedná o potlačování reakce na stres, snaha vyhnout se konfliktu. Výsledkem je špatné držení těla ve smyslu nést si svůj úděl na zádech, nevzpřímený postoj. Pro člověka má neúspěch, neschopnost se bránit a vyřešit problém dalekosáhlejší následky, jako je ztráta autority v rodině a sebevědomí v partnerském soužití (Poněšický, 2002).

Nádorové onemocnění

Nádorové bujení je závažné psychosomatické onemocnění. Výzkumy prokázaly, že bývá následkem deprese vzniklé ztrátou. Dokonce je možné, že emocionální stres v těhotenství může vážně ohrozit plod rakovinou (Faleide, 2010).

Rakovina je nazývána ventilem napětí psychiky. Jedinec postižený rakovinou je obvykle disciplinovaný a své vnitřní úzkosti nedává okolí příliš najevo. „Protože nádorové onemocnění vede často ke smrti, naskytá se i domněnka, že se jedná o naprosté zabránění agresivním hnutím projevit se navenek, ta se pak obrátí směrem dovnitř a vedou autoagresivně směrem k destrukci. Na citové rovině si to lze představit jako výčitky svědomí a trestání se za agresivní pohnutky u velmi konkrétních a na harmonii závislých lidí“ (Poněšický, 2002, s. 100, 101).

2.2.2 Psychosomatické poruchy dětí a dospívajících

V každém vývojovém období se výrazně jeví úzký vztah mezi psychikou a tělesnou reakcí. Počátky toho vývoje sahají až do prenatálního věku (před narozením). Psychosomatické poruchy jsou tak v dětském věku poměrně časté. Velice důležitou složkou ovlivňující zvláštnosti dětské psychosomatiky je tzv. ekosystém, charakterizován vztahy v rodině, strukturou a komunikací mezi jejími členy (Baštecký, 1993).

„Shrneme-li zvláštnosti psychosomatiky v dětství, pak pro psychosomatické poruchy platí:

1. vznikají v dětství snadno,
2. jsou globálnější a méně diferencované, čím je dítě mladší,
3. jsou závažnější a těžší, čím dříve v životě jedince vznikají,
4. mezi počátkem poruchy a její manifestací je víceméně dlouhý časový interval,
5. ekosystémové hledisko se u nich velmi výrazně uplatňuje a je reprezentováno vlastnostmi rodinného systému.“ (Baštecký, 1993, s. 290).

Mezi nejčastější psychosomatické poruchy v dětství a dospívání patří:

- Záchvaty a kolapsy s částečnou nebo úplnou ztrátou vědomí, častěji se vyskytující u adolescentů. Zvláštností je situační výskyt, tedy vyskytují se třeba jen ve škole nebo na jiném konkrétním místě. Mívá svůj podtext s uplatňováním se v kolektivu,

nebo jsou následkem problémů v rodinném uspořádání či mezi partnery, kteří o dítě pečují.

- Bronchiální astma je často způsobeno závislostí dítěte na matce.
- Záchvaty dušnosti bývají způsobeny traumatickou událostí (první setkání dítěte se smrtí v rodině), anebo potíží při osamostatňování.
- Záchvatovitý dráždivý kašel (psychogenní) bez vykašlávání bývá způsoben nadměrnými požadavky rodičů na dítě.
- Bolesti břicha, někdy i křečovitě, nechutenství a zvracení bez zjevné příčiny jsou velmi časté. Do trávicího ústrojí se promítají útočné a obranné postoje. Z chirurgického hlediska však není vhodné akutní a chronické bolesti potlačovat či přehlížet, neboť poměrně často vedou k operačnímu výkonu.
- Zvýšená teplota nebo horečka spojená s častou školní absencí se vyskytuje častěji u chlapců a bývá spojena buďto s nedolčenou nemocí, nebo s vysokými nároky rodiny na úspěch, kde role otce je spíše druhořadá.
- Mentální anorexie popsaná již výše se vyskytuje častěji u sportujících dívek. Bývá spojena s požadavky trenérů na váhu (Baštecký, 1993).

Opakované bolesti břicha školních dětí bez tělesných příznaků je doporučeno řešit za pomoci psychoterapeuta, který vhodnými otázkami dokáže vypátrat pravou příčinu. Mezi diagnostické metody patří otázky na výjimky, práce s panenkou, pozorovací úkoly, nakreslení obrazu bolesti a jiné (Caby, 2014).

2.2.3 Místo psychosomatiky ve vzdělávacím procesu

Učitelé, stejně jako lékař (pediatr nebo specialista v jiném oboru s péčí o děti), rodiče a další osoby tvořící sociální okruh žáka, hrají významnou roli ve vývoji a zdraví žáka. „Je chybou, že v případě pojmenování nemoci (medicínské diagnostikování) většinou pedagogové, sociologové, sociální pracovníci „vyklízejí“ pole, místo aby se snažili hledat další souvislosti a své kompetence.“ (Kučírek, 2006, s. 8).

Jednou z poruch zaměřenosti osobnosti, s níž se učitelé setkávají velmi často, je frustrace. Znamená to zmaření, nebo také strádání následkem nedosaženého cíle. S touto poruchou se velice úzce pojí prudká citová reakce v součinnosti s fyziologickými projevy. Pokud žák či

student nedokáže frustraci vyřešit, reaguje různým způsobem. Jedním z mechanismů je projekce, což znamená svalování viny za neúspěch na ostatní, například učitele nebo spolužáka (Helus, 1995).

Školní děti velice intenzivně prožívají události v souvislosti se školním prostředím. Tento faktor ovlivňuje školní úspěšnost až ze 45 %. Z výzkumů vyplývá, že až třetina žáků a studentů trpí školní úzkostí, což může negativně ovlivnit vývoj jejich osobnosti. Vytváří se tak bariéra ve vztahu k pedagogům i vzdělání obecně. Na tyto úzkosti odpovídá tělo svými reakcemi. Celkově se tím zhoršuje výkon žáků (Helus, 2004).

S úzkostí častěji bojují žáci, kteří mají potřebu vyhnout se neúspěchu. Jakýkoliv úspěch přičítají náhodě. Jejich motivací je strach ze špatných výsledků, které jsou dány především špatným odhadem vlastních schopností. Tyto děti se uchylují k podvádění, nebo volí cestu školní absence (Hrabal, 2010).

„Citlivější nebo ctižádostivý žák si velmi zakládá na tom, že dosahuje ve škole výsledků určité úrovně; z opakovaných nezdarů (např. v období přechodu na druhý stupeň základní školy nebo na školu střední) vyvozuje závěr, že neumí být jiný než špatný, daleko horší, než jaký by měl být, aby si mohl sám sebe vážít. Tento závěr, k němuž jej může dovést i psychologická necitlivost a nevšímavost učitele, mívá mnohdy katastrofální důsledky učební, ale i kázeňské a psychohygienické.“ (Helus, 2007, s. 58).

V mladším školním věku si dítě vytváří citovou vazbu na učitele. Později od něj spíše požaduje spravedlnost, kterou chápe jako rovnost požadavků ke všem spolužákům a vůči své osobě. Stejně tak svůj postoj uplatňuje vůči rodičům. Ti by měli být spravedliví a mít stejné nároky na něj, jakož i na jeho sourozence. Dítě tohoto věku se obvykle velmi snaží být ve škole úspěšné. Pokud však přichází série neúspěchů, těžce se vyrovnává s pocitem méněcennosti (Skorunková, 2013).

Úzkou souvislost s psychosomatikou má ve školním prostředí zkoušení. U žáků vyvolává velmi silné pocity trémy, strachu a úzkosti. Tyto projevy jsou zesíleny nejasnými požadavky učitele. Ještě více než písemné je z hlediska psychiky a následných tělesných projevů zatěžující ústní zkoušení. Neblahým následkům na žáky ze strany učitele se dá

předejít tím, že oznámí termín zkoušek, důkladně opakuje učivo a objektivně hodnotí výsledky (Urbanovská, 2012).

„Strach ze zkoušky ... Má složku kognitivní (pochybnosti, nedůvěra ve vlastní síly, pochybnosti o objektivitě učitele a zkoušky), emocionální (nelibé pocity, pocity možného ohrožení, obavy ze selhání), fyziologickou (zrychlený dech, tep, zvýšený krevní tlak, chvění, zblednutí či zčervenání, někdy zvracení, průjem), složku chování (neklid, nemožnost se soustředit, snížení výkonnosti).“ (Průcha, 2009, s. 287).

Novější výzkumy prokázaly jeden z důvodů relativní školní neúspěšnosti. Byl zjištěn vztah mezi psychosociálním klimatem třídy a mezi žákem. Další podíl na tomto jevu má také rozrůzněnost třídy, to znamená zvláštnosti žáků, které jsou dány rozdílným sociálním zázemím, kulturou či etnickou příslušností (Mareš, 2013).

Relativní neúspěšností je míněno dosahování nižšího výkonu, než jakého je žák schopen. Je spokojen s průměrnými výsledky, stanovuje si nízké cíle. Ve školním vzdělávání nevidí přínos či souvislost pro budoucí profesní uplatnění (Mareš, 2013).

Děti se v období dospívání chovají velmi zvláště. Za nenadálé výbuchy smíchu či stavy smutku způsobené maličkostí stojí emoční vývoj. Dokonce je možné u jednoho a téhož dospívajícího pozorovat přecitlivělost i hrubost zároveň. Necitelnost v kontrastu s přecitlivělostí může být maskováním skutečného citového rozpoložení. Pro vychovatele je to velice náročné období (Šimíčková-Čížková, 2008).

Škola by měla být pro dítě bezpečným prostředím. Přesto se nezdá, že objevují případy násilí, šikanování a trýznění dětí spolužáky. Následky traumatizujících událostí ve školním prostředí se na obětech vždy podepíší. Obvyklým terčem útoků bývá slabší dítě, kterému trýznitel opakovaně ubližuje. Způsoby jsou různé. Může to být fyzické násilí, ponižování, dožadování se služeb, ohrožování nebo znervózňování. Výzkumem byl odhalen velice zvláštní způsob šikanování s rasovým podtextem a opakovaným sexuálním zneužíváním. Podle výsledků výzkumu šikany bylo až 50 % dětí ochotno přiznat, že jim někdo opakovaně ubližoval (Výrost, 2001).

3 Praktická část

V praktické části práce byla zvolena kvantitativní forma výzkumu, jejímž nástrojem byl dotazník. Výsledky jsou zpracovány statisticky ve formě tabulek a grafů.

3.1 Cíle, výzkumné otázky a předpoklady

Hlavním cílem výzkumné části je zjistit úroveň znalostí o posttraumatické stresové poruše u studentů vybraných fakult Univerzity Karlovy, a to Pedagogické a 1. Lékařské fakulty.

Dílejší cíle obsahují tyto body:

1. Zjistit úroveň znalostí vybraných studentů posledních ročníků Lékařské a Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy o PTSP.
2. Zjistit, kolik procent studentů zná PTSP z vlastní zkušenosti.
3. Zjistit, kolik procent studentů pedagogické fakulty znají PTSP ze svého okolí.
4. Zjistit názor studentů na to, zda informovanost veřejnosti je dostačující.
5. Zjistit názor studentů na to, zda informace získané studiem jsou dostačující.

Otázka č. 1: Jaká je úroveň znalostí vybraných studentů posledních ročníků Lékařské a Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy o PTSP?

Otázka č. 2: Kolik procent studentů zná PTSP z vlastní zkušenosti?

Otázka č. 3: Kolik procent studentů zná PTSP ze svého okolí?

Otázka č. 4: Jaký je názor studentů na informovanost veřejnosti o PTSP?

Otázka č. 5: Považují studenti vybraných fakult informace o PTSP získané studiem za dostačující?

Stanovení předpokladů

Předpoklad č. 1: Rozdíl znalostí studentů o PTSP bude minimálně o 30 % ve prospěch Lékařské fakulty UK v Praze.

Předpoklad č. 2: Minimálně 1 % studentů z každé fakulty PTSP prožilo osobně.

Předpoklad č. 3: Maximálně 20 % studentů zná PTSP ze svého okolí.

Předpoklad č. 4: Maximálně 75 % studentů se domnívá, že informovanost veřejnosti o PTSP je dostačující (má základní povědomí o existenci PTSP).

Předpoklad č. 5: Maximálně 30 % studentů považuje informace o PTSP získané studiem za dostačující (umí pojem definovat a identifikovat).

3.2 Metodika výzkumu

Před zahájením výzkumu byla vymezena výzkumná skupina a určena minimální velikost zkoumaného vzorku (celkem 100 respondentů, minimálně 50 z každé fakulty). Dále byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda.

3.2.1 Dotazníkové šetření

Výzkumným nástrojem byl dotazník v písemné formě, který byl předán respondentům osobně v rámci přednášek nebo cvičení s laskavým svolením vyučujících na začátku výuky. Nevznikly tedy nadlimitní časové, organizační ani finanční nároky k získání dat.

Dotazník byl sestaven ze dvou identifikačních otázek, nutných k rozřazení respondentů do základních výzkumných skupin a genderovému rozřazení z důvodu blízkosti k tématu práce. Dalšíh osmnáct otázek již bylo zaměřeno na cíl a dílčí cíle výzkumu.

Několik otázek bylo dichotomických, většina však s výběrem jedné či více odpovědí, nejčastěji s možností doplnění své vlastní. V dotazníku bylo několikrát využito i číselné hodnotící škály pro udání míry vzhledem ke konkrétní otázce.

V závěru dotazníku byl vyhrazen prostor pro respondentovy náměty a komentáře.

3.2.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Cílovou skupinou byli studenti Univerzity Karlovy. Konkrétně se jednalo o studenty a studentky posledních ročníků Pedagogické fakulty (PedF) a 1. lékařské fakulty (1. LF) UK v Praze.

Studující byli osloveni na začátku přednášek nebo cvičení a vyplnění dotazníku trvalo přibližně 10 až 15 minut. Oslovení respondenti věnovali dotazníkům velkou pozornost a tématem byli zaujati, o čemž svědčí i písemné doplnění odpovědí na některé otázky. Ke zdárnému průběhu výzkumu přispěl taktéž zájem vyučujících, především na 1. LF.

Studenti 1. lékařské fakulty byli studující v prezenční formě studia, všichni v posledním 6. ročníku oboru všeobecného lékařství. Studenti pedagogické fakulty byli studující v kombinované formě navazujícího magisterského studia v posledním, tedy 2. ročníku, kromě jedné studentky, která studovala v prezenční formě. Byli tedy i smíšených věkových kategorií. Věk se však ve výzkumu nezohledňoval. Oslovení studenti pedagogické fakulty byli z různých oborů, a to speciální pedagogiky, oborů výchova ke zdraví a chemie, pedagogika a výchova ke zdraví, navazujícího magisterského oboru biologie a současně oborů pedagogika a výchova ke zdraví.

Dotazníky byly studentům rozdány v říjnu 2015. Na 1. lékařské fakultě (1. LF) bylo osloveno celkem 75 studentů ve třech skupinách, z nichž 71 vyplnilo dotazník. Čtyři studenti medicíny se omluvili za odmítnutí vyplnit dotazník z důvodu pozdního příchodu na cvičení. Oslovených studentů pedagogické fakulty bylo 65, taktéž ve třech skupinách. Všichni tito dotazník vyplnili.

3.3 Výsledky výzkumu

Výsledky dotazníku jsou zpracovány v tabulkách a grafech. V případě volných odpovědí jsou tyto vyhodnoceny podle shodného vyjádření. Jsou doplněním odpovědí a neovlivňují hlavní cíl práce.

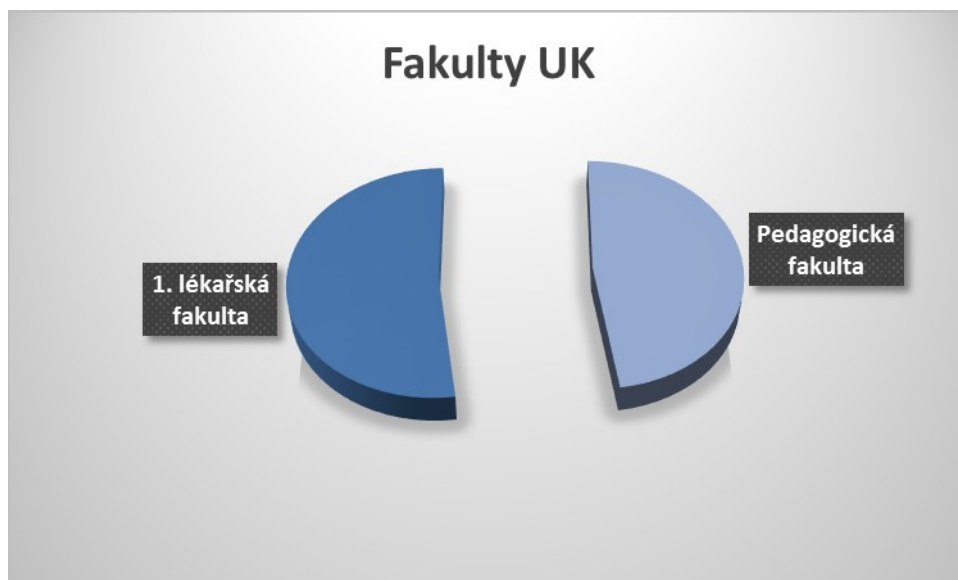
3.3.1 Vyhodnocení dotazníků

Ze 140 oslovených respondentů vyplnilo dotazník 136 osob. Zbylé 4 osoby jej nevyplnili z důvodu časové tísně, neboť se dostavili na semináře těsně před začátkem. Jednalo se o studenty medicíny. Návratnost dotazníků tedy byla 97 %.

Otázka č. 1: Jsem studentem/studentkou: pedagogické fakulty, obor, ročník – lékařské fakulty, obor, ročník.

Graf č. 1: Podíl respondentů fakult UK

N = 136



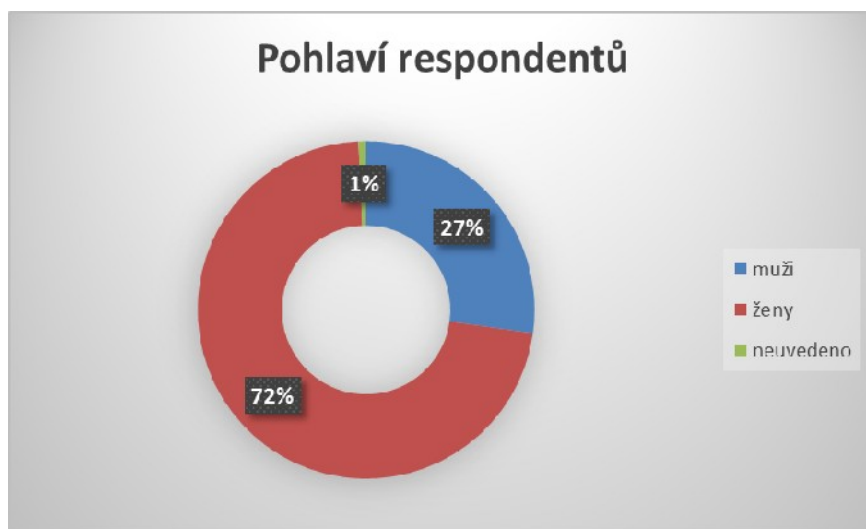
Výzkumu se zúčastnilo celkem 136 respondentů ze dvou fakult UK. Dotázaných studentů 1. lékařské fakulty bylo 52 % (71 osob), všichni byli studenty posledního, tedy 6. ročníku. Studenti pedagogické fakulty studovali taktéž poslední, tedy 2. ročník navazujícího magisterského studia. Dotázaných bylo 48 % (65 osob). Všichni kromě jedné osoby (studující v prezenční formě studia) byli studenty kombinovaného studia.

Studenti 1. LF s výjimkou jednoho, který tuto položku nevyplnil, uvedli obor všeobecné lékařství. Oborů PedF bylo více. Z celkového počtu 65 respondentů pedagogické fakulty (100 %) byli studenti oborů SPPG (speciální pedagogika) - 19 studentů (29 %), VZ – CH (výchova ke zdraví – chemie) – jen 1 studentka, PG – VZ (pedagogika – výchova ke zdraví) - 42 studentů (65 %), PG – VZ a současně studující navíc v navazujícím magisterském studiu jednooborovou biologii - 2 studentky (3 %). Jedna studentka obor nevedla.

Otázka č. 2: Pohlaví

Graf č. 2: Pohlaví respondentů

N = 136



Z celkového počtu respondentů bylo 27 % (37) mužů a žen 72 % (99). Jedna osoba studující 1. LF neuvedla pohlaví.

Poměr mužů a žen studujících 1. LF byl vyrovnaný. Studentů PedF bylo pouhých 5 (8 %) z 65 dotazovaných a studentek tedy 60 (92 %).

Otázka č. 3: Pojem posttraumatická stresová porucha znamená:

Tabulka č. 1: Pojem PTSP

N = 136

Odpověď	PedF UK		1. LF UK		UK celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Správná	47	72	55	77	102	75
Nepřesná	12	18	8	11	20	15
Nesprávná/neví	4	6	3	4	7	5
Žádná	2	3	5	7	7	5

Počet správných odpovědí byl ve srovnání obou fakult vyrovnaný. O pouhých 5 % správných odpovědí studenti lékařské fakulty (77 %) překonali definice studentů pedagogické fakulty (72 %). V celkovém součtu bylo uvedeno 102 správných odpovědí, což činí 75 %.

Respondenti pedagogické fakulty uvedli 18 % nepřesných odpovědí (12 odpovědí) a respondenti lékařské fakulty 11 % (8 odpovědí). Celkově bylo uvedeno 20 nepřesných odpovědí (15 %).

Nesprávných odpovědí z PedF UK bylo uvedeno 6 % a z 1. LF UK 4 %. V sumárním hodnocení nesprávné odpovědi činí 5 % (7 odpovědí).

Žádnou odpověď neuvodily 3 % studentů PedF UK a překvapivě 7 % studentů 1. LF UK. Celkově tento počet činí 5 % (7 odpovědí).

Do kategorie povědomí studentů o posttraumatické stresové poruše jsou započteny jen odpovědi správné a nepřesné. Nesprávné se značně liší od odborného pojetí PTSP a očekávané definice studentů obou fakult. Jsou tedy z kategorie povědomí o PTSP vyřazeny současně s žádnou odpovědí. Konkrétní přepis všech odpovědí je uveden v příloze č. 4 v tabulce č. 1.

Graf č. 3: Odpovědi na definování pojmu PTSP celkem

N = 136



V celkovém počtu respondentů pojem PTSP definovalo správně 75 %, nepřesně 15 % a bez uspokojivé odpovědi nebo vůbec 10 %. Studenti lékařské fakulty se snažili definovat pojem odborně vzhledem ke svému oboru studia. Nicméně studenti pedagogické fakulty se nad pojmem zamysleli spíše prakticky, a tudíž definice byly konkrétnější.

V podobném počtu 9 z lékařské a 8 z pedagogické fakulty byly zaznamenány odpovědi zcela vyčerpávající (v tabulce doslova přepsaných odpovědí uvedeny jako nejlepší), kdy byla zmíněna nejen psychická porucha, ale také i následky posttraumatické poruchy somatického charakteru. Z celkového počtu dotazovaných je však tento výsledek nedostatečný, neboť je to pouhých 12,5 % respondentů, kteří jsou schopni komplexně pojmenovat PTSP. Přesněji je to 12 % studentů PedF UK a 13 % studentů 1. LF UK.

Otázka č. 4: Znáte posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP) z vlastní zkušenosti?

Tabulka č. 2: Vlastní zkušenost

N = 136

	celkem		PedF		1.LF	
odpověď	počet odpovědí	%	počet	%	počet	%
ano	20	15	14	22	6	8
ne	116	85	51	78	65	92
celkem	136	100	65	100	71	100

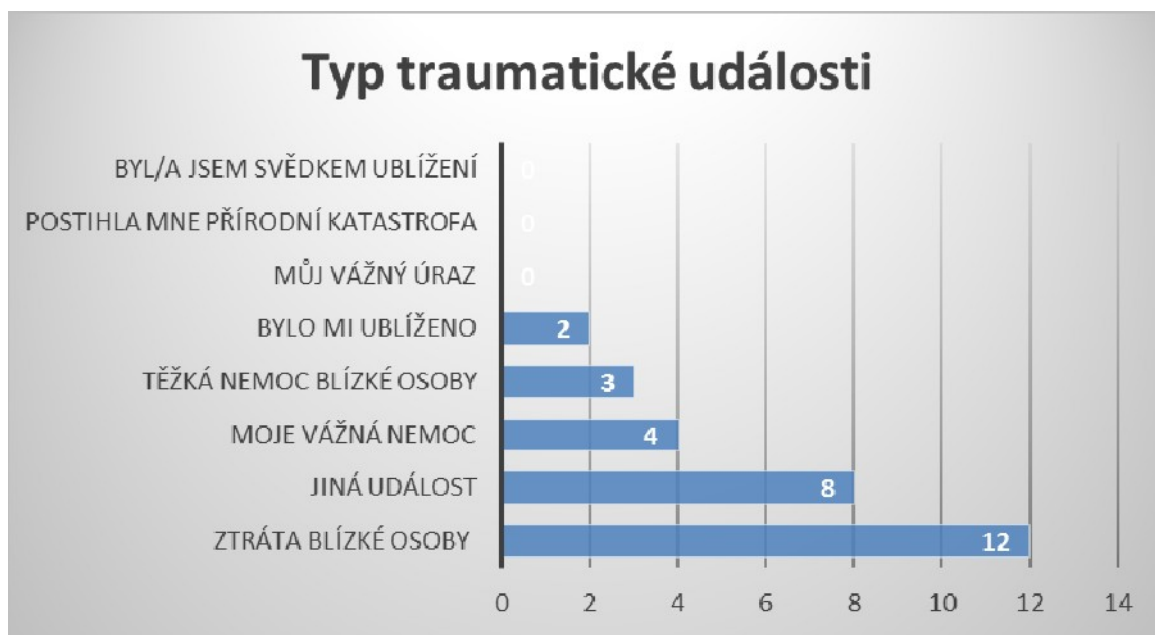
Z celkového počtu 136 respondentů má osobní zkušenost s PTSP 15 % (20 osob). Z pedagogické fakulty zažilo PTSP 22 % (14) osob z počtu 65 respondentů a z 1. lékařské fakulty je to 8 % (6).

V případě odpovědi záporné (zatržení ne) byla připojena instrukce pokračovat otázkou č. 9. Tím se v následujícím vyhodnocení otázek č. 5, 6, 7 a 8 snížil počet respondentů na 20 osob, kdy byly tyto dotazovány na konkrétní okolnosti traumatického zážitku.

Otázka č. 5: O jakou traumatickou událost šlo?

Graf č. 4: Typ traumatické události

N = 29



Na tuto otázku bylo k dispozici více odpovědí, které mohli respondenti označit. Tedy někdo mohl zažít více traumatických událostí. Z počtu 29 odpovědí (z 20 dotazníků) byla označena ztráta blízké odpovědi dvanáctkrát, což je 41 % z celkového počtu označených odpovědí. Následovala jiná událost v počtu 8 odpovědí. Detailní přepis je uveden v tabulce č. 3. Odpověď „moje vážná nemoc“ byla označena celkem 4 x a „těžká nemoc blízké osoby 3 x. Odpověď „bylo mi ublíženo“ byla označena 2 x, kde bylo doplněno i jak se to stalo. V prvním případě respondentka napsala „sourozenec mě okradl“ a ve druhém „smrt otce“. Další varianty odpovědí nikdo neoznačil.

Tabulka č. 3: Jiná traumatická událost

N = 8

počet odpovědí	odpověď
1	Byla jsem svědkem PTSP u pacientů ať již po traumatu (vážné úrazy), tak vážných onem.-onkolog.on., či u pacientů zasažených smrtí blízkých osob
1	ztráta bydlení aj.přidružené
1	zažité tragické události (autohavárie) na vlastní oči své kamarádky
1	genetický nález v plodové vodě
1	velká životní změna (negativní)
1	ztráta kamaráda blízkého
1	stres v pozici ošetřovatele na dětském letním táboře s průjmovou epidemií
1	smrt otce

Otázka č. 6: Po jaké době se projeví následky události?

Tabulka č. 4: Uplynulá doba po traumatické události

N = 20

Odpověď	počet odpovědí	%
po 1 měsíci	10	50
po 2 měsících	2	10
po 3 měsících	3	15
jiná odpověď	5	25
celkem	20	100

Polovina respondentů (10 odpovědí) uvedla, že se následky dostavily po 1 měsíci od události, 10 % (2 odpovědi) uvedlo dobu po dvou měsících a 15 % (3 odpovědi) po 3 měsících. Čtvrtina dotázaných uvedla jinou odpověď. Konkrétní přepis je v následující tabulce č. 5.

Tabulka č. 5: Doba následku po traumatické události

N = 5

počet	odpověď
1	je to variabilní, někdy i dříve v rámci dnů/týdnů
1	po vyšetření
1	až po několika letech (po 3)
1	vzápětí
1	po porodu 4,5 měsíců

V jedné odpovědi bylo uvedeno „vzápětí“, což neodpovídá PTSP.

Otázka č. 7: K čemu došlo následkem události?

Tabulka č. 6: Následek traumatické události

N = 38

odpověď	počet odpovědí	%
k omezenému fungování	9	24
k neustálému navracení vzpomínek na událost	7	18
k onemocnění	6	16
k apatii	5	13
k úplnému zhroucení	4	11
k pracovní neschopnosti	3	8
k hospitalizaci	2	5
jiná odpověď	2	5
celkem	38	100

Jako odpověď na tuto otázku bylo možno označit více odpovědí. Z celkového počtu 38 respondentů byla jimi nejčastěji označena odpověď na otázku, k čemu došlo následkem traumatické události, „k omezenému fungování“, a to v počtu 9 odpovědí (24 %). Následovala odpověď „k neustálému navracení vzpomínek na událost“ 7 x, „k onemocnění“ 6 x, „k apatii“ 5 x, „k úplnému zhroucení“ 4 x, „k pracovní neschopnosti“ 3 x, „k hospitalizaci“ 2 x a dále byly uvedeny 2 jiné odpovědi, konkrétně „lze dojít k různým projevům psych. i fyzických“ a „stres, vracení události, pocit *nečitelné*“. U odpovědi „k onemocnění“ všech 6 respondentů doplnilo i k jakému došlo. Detailní přepis je uveden v tabulce č. 7.

Tabulka č. 7: Onemocnění po traumatické události

N = 6

počet	odpověď
1	narušení osobnosti či jiné psychiatrické diagnózy
1	zánět mozku
1	opakované virózy
1	psychickému
2	deprese

Otázka č. 8: Využil/a jste pomoc odborníka?

Graf č. 5: Využití pomoci odborníka

N = 20



Přesně polovina dotázaných (10 odpovědí) využila pomoci odborníka. Konkrétně kterého odborníka bylo využito, uvedlo 9 z 10 dotázaných v detailním přepisu odpovědí v tabulce č. 8. Druhá polovina takovou pomoc nevyužila a zdůvodnění 6 z 10 respondentů je opět detailně přepsáno v tabulce č. 9. Jedno zdůvodnění, které není do přepisu zařazeno, zní: „Nemám přímo osobní zkušenost, znám pouze z hlediska „odborníka“ – lékaře.“ Nicméně se tato respondentka v dotazníku hlásila k osobní zkušenosti.

Studentů pedagogické fakulty, kteří využili pomoc odborníka, bylo 9. Na odborníka se obrátil jen jeden student lékařské fakulty. Těch, kteří nevyužili pomoci odborníka, bylo 6 osob z 1. LF a 4 osoby z PedF.

Tabulka č. 8: Využití odborníka z důvodu PTSP

N = 9

Počet	Odpověď
3	psycholog
1	psychoterapeuta
1	duchovního, psycholog
1	psych'atra
1	praktický lékař, psycholog
1	psych'atr, klinický psycholog
1	lékaře - neurolog

Tabulka č. 9: Důvod nevyužití odborné pomoci

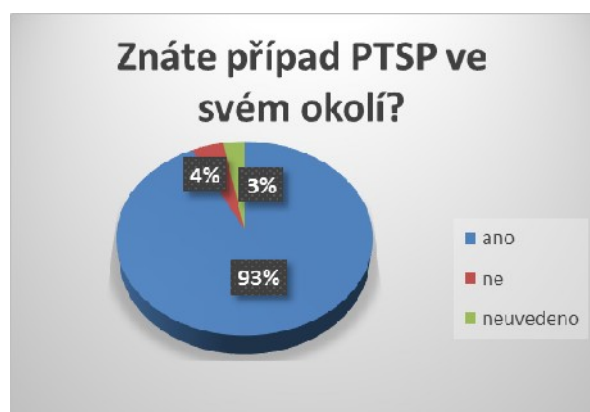
N = 6

Počet	Odpověď
1	pokouším se to zvládat vlastním' silám'
1	nechci odpovídat
1	zvádru to
1	zvádal jsem sám, obtíže nebyly velké
1	pomoc rodiny
1	zvádru sám

Otázka č. 9: Znáte PTSP ze svého okolí?

Graf č. 6: Znáte případ PTSP ve svém okolí?

N = 136



Z celkového počtu 136 dotázaných zná PTSP ze svého okolí 22 % (30 odpovědí kladných), 76 % nezná (104 odpovědi) a 2 nevyplnili.

30 kladných odpovědí bylo uvedeno přesně z 50 % (15 odpovědí) studenty 1. LF a z 50 % studenty PedF.

Z počtu 30 kladných odpovědí sice jedna respondentka nezatrhla odpověď, nicméně byla zařazena mezi kladné, neboť dle instrukcí další otázky vyplnila. Respondenti měli v případě záporné odpovědi pokračovat otázkou č. 13.

Otázka č. 10: Kolik případů znáte?

Graf č. 7: Počet případů z okolí s PTSP

N = 30



Dotazovaní, kteří znají případy PTSP, zde uvedli následující počet odpovědí. Těch, kteří znají jen jeden případ, je nadpoloviční většina, tj. 53 % (16 odpovědí). 2 případy označilo 6 % dotázaných (6 odpovědí) a 27 % (8 odpovědí) respondentů zná dokonce 3 případy ze svého okolí.

Podle počtu případů s PTSP známých z okolí a odpovědí studentů jednotlivých fakult bylo zjištěno následující: 1 případ zná 10 studentů 1. LF a 6 studentů PedF, 2 případy znají 2 studenti 1. LF a 4 studenti PedF, 3 případy znají 3 studenti 1. LF a 5 studentů PedF.

Otázka č. 11: O koho šlo?

Tabulka č. 10: O koho z okolí s PTSP šlo

N = 43

Odpověď	Počet	%
Rodinný příslušník	13	30
Kolega/kolegyně	10	23
Známý/á	7	16
Kamarád/ka	7	16
Jiná osoba	4	9
Partner/ka	2	5
Celkem	43	100

Na tuto otázku bylo označeno celkem 43 odpovědí. Nejčastější odpověď se týkala rodinného příslušníka, kde respondenti uvedli 13 odpovědí, tj. 30 %. Následovala odpověď kolega či kolegyně v počtu 10 (23 %). Na třetím místě se umístila odpověď „známý/á“ a „kamarád/ka“, obojí označeno 7 x. Nejméně, jen 2 x, bylo označeno, že se PTSP týkala partnera. Jinou osobu uvedli 4 respondenti a 3 z nich uvedli, o koho šlo. První komentář zněl „Kolegyně z patientské org., které měly stejný problém (rakovina prsu)“, druhý „Pacienti“ a třetí „v ambulanci PTSP :)“. Poslední respondent v následující odpovědi na otázku č. 12 uvedl, že se jednalo o osobu, jíž bylo ublíženo a svědka tohoto ublížení.

Otázka č. 12: O jaký problém šlo?

Tabulka č. 11: Problém osob z okolí s PTSP

N = 39

Odpověď	Počet	%
Ztráta blízké osoby (smrt)	14	36
Těžká nemoc blízké osoby	10	26
Přírodní katastrofa	5	13
Jiná událost	5	13
Ublížení	4	10
Svědka ublížení	1	3
Celkem	39	100

Nejčastější příčinou PTSP v okruhu známých, tedy z okolí, kterou uvedli respondenti na prvním místě, je ztráta blízké osoby, uvedena 14 x (36 %). Následuje těžká nemoc blízké osoby, uvedeno 10 x a tvoří 24 % odpovědí.

Ve stejném počtu 5 byla označena přírodní katastrofa a jiná událost. Z těchto 5 pak 4 respondenti konkretizovali svou odpověď. První zněla „alkoholismus partnera, dluhy“, druhá „maturita“ (míněno kamarádky), třetí „svědkem rozvodové hádky rodičů“ a čtvrtá „Dopravní nehoda“.

Z 10 % (4 odpovědi) byla označena příčina PTSP v okolí následkem ublížení a 1 odpověď zněla „svědek ublížení“, což je popsáno v komentáři na otázku č. 11.

Otázka č. 13: Znáte pojem psychosomatika?

Graf č. 8: Znáte pojem psychosomatika?

N = 136



Z celkového počtu dotázaných (136) pojem psychosomatika zná 126 respondentů (93 %). Odpověď „ne“ označilo 6 osob a 4 osoby nevedly žádnou možnost.

Souhrnem z těchto 10 osob, které neoznačily kladnou odpověď, je 9 studentů pedagogické fakulty a 1 student 1. lékařské fakulty (neoznačil odpověď). Celkem 6 žen a 4 muži.

K odpovědi na tuto otázku byla připojena instrukce, že v případě odpovědi „ne“ mají pokračovat otázkou č. 16.

Otázka č. 14: Souvisí PTSP s psychosomatikou?

Tabulka č. 12: Souvisí PTSP s psychosomatikou?

N = 126

Odpověď	Počet odpovědí celkem	PedF	1. LF
ano	112	52	60
nevím	11	4	7
ne	2	0	2
neuveдена	1	0	1
Celkem	126	56	70

Celkem 90% (112 odpovědí) respondentů uvedlo, že PTSP souvisí s psychosomatikou, z toho 52 studentů PedF a 60 studentů 1. LF. 11 osob neví, z toho překvapivě 7 studentů 1. LF a 4 studenti PedF. 2 studenti 1. LF označili odpověď „ne“ a 1 student 1. LF neoznačil žádnou možnost, nic neuvedl.

Otázka č. 15: Pokud se domníváte, že PTSP souvisí s psychosomatikou, do jaké míry?

N = 112

Odpověď na tuto otázku poskytovala škála od 5 do 1, kde maximální souvislost udávala hodnota 5 a minimální 1. Číselnou škálu označilo zakroužkováním čísla celkem 112 studentů takto: číslo 1 a 2 nebylo označeno žádným respondentem, číslo 3 bylo označeno 32 x, číslo 3 i 4 současně (započítáno jako 3,5) bylo označeno 1 x, číslo 4 označeno nejvíce respondenty, celkem 47 x a číslo 5 vyjadřující maximální souvislost PTSP s psychosomatikou bylo označeno 32 x.

Průměrná hodnota byla 4. Míru souvislosti v průměru studenti hodnotí jako velmi vysokou, ale zároveň ne jako maximální.

Otázka č. 16: Do jaké míry hodnotíte znalosti veřejnosti o PTSP?

Tabulka č. 13: Oznámkování znalostí veřejnosti o PTSP

Studenti zde měli ohodnotit znalosti veřejnosti týkající se PTSP. Hodnotili opět jako ve škole známkou 1 = výborně až 5 = nedostatečně.

N = 136

Známka	Počet odpovědí celkem	Studenti PedF	Studenti 1. LF	Celkový počet komentářů
1	2	0	2	1
2	10	3	7	8
3	54	27	27	42
4	47	21	26	33
5	15	9	6	8
neuvedena	8	5	3	2
Celkem	136	65	71	94

Průměrná známka 128 studentů, kteří označili odpověď, je 3,4, což je po zaokrouhlení rovno známce 3. Znamená to, že dle mínění studentů jsou znalosti veřejnosti průměrné. Veřejnost byla hodnocena známkou 3 54 x. Další nejčastější známkou byla 4 (47 x). Znalosti výborné předpokládají 2 studenti. 8 studentů neuvedlo žádnou odpověď.

Ke každé kategorii (známce) měli respondenti možnost připsat zdůvodnění svého hodnocení. Ke svému hodnocení připojilo komentář celkem 94 studentů obou fakult.

Konkrétní počet studentů dle fakult, kteří se vyjádřili v komentáři k jednotlivým známkám, byl následující: známku 1 okomentoval 1 student 1. LF, známku 2 zdůvodnilo 5 studentů 1. LF a 3 studenti PedF, známku 3 okomentovalo nejvíce respondentů, a to konkrétně 18 studentů 1. LF a 24 studentů PedF, známku 4 zdůvodnilo 18 studentů 1. LF a 15 studentů PedF a nejhorší hodnocení, tedy známku 5 pak 4 studenti 1. LF a 4 studenti PedF. Jeden

student 1. LF a jeden student PedF se vyjádřili k této otázce v komentáři, ačkoliv žádnou známkou znalost PTSP veřejnosti neohodnotili.

Detailní přepis 94 komentářů k jednotlivým známkám je uveden v příloze č. 4 v tabulce č. 2.

Otázka č. 17: Do jaké míry PTSP může ohrozit život člověka?

N = 130

Odpověď na tuto otázku poskytovala škála od 5 do 1, kde maximální souvislost udávala hodnota 5 a minimální 1. Číselnou škálu označilo zakroužkováním čísla celkem 130 studentů. 6 respondentů neoznačilo žádnou hodnotu, tudíž nebyli do vyhodnocení započítáni. Průměrná hodnota 130 známek byla 3,95. Míra ohrožení je dle názoru studentů vysoká.

Otázka č. 18: Do jaké míry hodnotíte své znalosti o PTSP?

Tabulka č. 14: Oznámkování vlastních znalostí o PTSP

Studenti měli ohodnotit své znalosti o PTSP jako ve škole známkou 1 = výborně až 5 = nedostatečně.

N = 130

Známka	Počet známek celkem	Studenti PedF	Studenti 1. LF	Počet komentářů
1	4	4	0	3
2	31	9	22	10
3	61	29	32	21
4	28	14	14	13
5	6	5	1	2
Celkem	130	61	69	49

Průměrná známka 130 studentů, kteří označili odpověď, je 3,01. Slovní vyjádření této známky je dobře. Necelá polovina studentů své znalosti o PTSP ohodnotila známkou 3 (61 x), tedy domnívá se, že znalosti o PTSP jsou průměrné. Další nejčastější známkou byla 2 (31 x), následuje hodnocení za 4 (28 x). Za nedostatečné považuje své znalosti 6 studentů a za výborné je považují 4 studenti.

6 studentů nevedlo žádnou odpověď, a nebyli tedy do vyhodnocení započítáni.

Ke každé kategorii (známce) měli respondenti opět možnost připsat zdůvodnění svého hodnocení. K hodnocení se vyjádřilo celkem 49 studentů.

Počet studentů dle fakult, kteří se vyjádřili v komentáři k jednotlivým kategoriím následujícímu hodnocení: známku 1 zdůvodnili 3 studenti PedF, známka 2 pak 5 studentů 1. LF a 5 studentů PedF, známka 3 okomentovalo 7 studentů 1. LF a 14 studentů PedF, známka 4 byla zdůvodněna 5 studenty 1. LF a 8 studenty PedF, k nejhoršímu ohodnocení svých znalostí o PTSP (známce 5) se vyjádřil 1 student 1. LF a 1 student PedF.

Doslovný přepis 49 zdůvodnění k jednotlivým známkám je uveden v příloze č. 4 v tabulce č. 3.

Otázka č. 19: Domníváte se, že jste současným studiem získali dostatek informací o PTSP?

Tabulka č. 15: Dostatek znalostí o PTSP získaných studiem

N = 136

Odpověď	Počet celkem	Studenti PedF	Studenti 1. LF	Celkem %	% studentů PedF	% studentů 1. LF
ne	90	55	35	66	85	49
ano	31	4	27	23	6	38
jiná	10	2	8	7	3	11
žádná	5	4	1	4	6	1
Celkem	136	65	71	100	100	100

66 % studentů (90 osob) z obou fakult se domnívá, že studiem nezískali dostatek znalostí o PTSP. Z toho 85 % (55 respondentů) PedF a 49 % (35 respondentů) 1. LF. Naopak celkem 23 % (31 osob) je se získanými znalostmi spokojeno. Z tohoto počtu je to 6 % studentů PedF (4 osoby) a 38 % studentů 1. LF (27 osob).

Jinou odpověď označilo 10 studentů. Celkový počet komentářů k hodnocení byl v počtu 13.

Studenti se v komentářích vyjádřili k dostatečnosti znalostí získaných studiem. Počet studentů dle fakult, kteří se vyjádřili ke kategorii „ano“, „ne“ a „jiná odpověď“, byl následující: ke kategorii „ne“ se vyjádřil 1 student PedF, kategorii „ano“ zdůvodnili 2 studenti 1. LF a ke kategorii „jiná odpověď“ připsali svůj komentář 2 studenti PedF a 8 studentů 1. LF.

Doslovný přepis 13 zdůvodnění k jednotlivým hodnocením je uveden v příloze č. 4 v tabulce č. 4.

Otázka č. 20: Domníváte se, že téma PTSP je důležité pro Vaši profesi?

Tabulka č. 16: Důležitost tématu PTSP pro profesi

N = 136

Odpověď	Počet	%
ano	104	76
ne	19	14
jiná	8	6
žádná	5	4
Celkem	136	100

Celkem 104 dotazovaných (76 %) se domnívá, že téma PTSP je důležité pro jejich profesi. Z tohoto počtu se souhlasně vyjádřilo 63 mediků a 41 studentů pedagogické fakulty. K souhlasnému vyjádření připsali dva studenti svůj komentář, a to 1 student PedF a 1 student 1. LF. Za profesně nedůležité téma naopak považuje PTSP 6 mediků a 13 studentů PedF, jeden student PedF připsal zdůvodnění. Jinou odpověď uvedlo celkem 8 studentů, a to konkrétně 7 studentů PedF a 1 student 1. LF. Pět studentů neoznačilo žádnou možnost, ani neuvedlo jinou odpověď.

Doslovný přepis 11 komentářů z kategorie „ano“, „ne“ a „jiná odpověď“ je uveden v příloze č. 4 v tabulce č. 5.

Prostor pro náměty a komentáře využilo 5 respondentů.

Vyjádření 2 studentů PedF:

- „konkrétně jsme se o PTSP ve výuce nebavili, ale díky ost. informacím si student může utvořit představu o co jde“
- „O tomto problému by se mělo více mluvit.“

Vyjádření 3 studentů 1. LF:

- „complex PTSP“
- „(nečitelné) Kladení za cíl lék. šíření povědomosti laické populaci o této nemoci“
- „Hezký nápad a téma pro diplomku. Hodně štěstí!“

3.3.2 Komparace dat, diskuze a doporučení

Dílčí výzkumný cíl č. 1: Zjistit úroveň znalostí vybraných studentů posledních ročníků Lékařské a Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy o PTSP.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je úroveň znalostí vybraných studentů posledních ročníků Lékařské a Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy o PTSP?

Předpoklad č. 1: Rozdíl znalostí studentů o PTSP bude minimálně o 30 % ve prospěch Lékařské fakulty UK.

K vyhodnocení prvního předpokladu byly porovnány odpovědi na otázku č. 1 („Jsem studentem/studentkou pedagogické fakulty/1. lékařské fakulty“) a č. 3 („Pojem posttraumatická stresová porucha znamená“). Celkem správných odpovědí na definování posttraumatické stresové poruchy je 75 %. Studenti pedagogické fakulty úspěšně pojmenovali PTSP ze 72 % a studenti 1. LF ze 77 %. Rozdíl úrovně znalostí je pouhých 5 % ve prospěch mediků.

Pokud by se snížila úroveň hodnocení na povědomí, tedy do vyhodnocení by se sečetly odpovědi správné i nepřesné, pak by studenti PedF byli úspěšní z 90 % a studenti 1. LF jen z 88 %.

Tento dílčí výzkumný cíl, tato výzkumná otázka byla ověřena, tento předpoklad se nepotvrdil.

Předpoklad byl stanoven na základě oboru studia. Tématika posttraumatické stresové poruchy je v první řadě zařaditelná do oblasti medicíny. Předpoklad byl tedy v tomto smyslu zohledněn. Studenti pedagogické fakulty jsou však od počátku studia vzdělávání v biologii člověka a v oboru psychologie. Tyto dva vědní obory, ačkoliv nejsou ve studijním plánu dosud propojeny v předmět psychosomatika, si zřejmě na základě zkušenosti a vyššího věkového průměru tito studenti propojili, a tudíž dokázali srovnatelně s mediky definovat pojem.

Dále se zde nabízí jako vysvětlení nepotvrzeného předpokladu to, že medicí jsou vzdělávání k léčbě nemoci buďto somatických nebo psychických a ve studijním plánu toto propojení dosud není prioritou. Vyplývá to také z vyjádření mediků. Nespecializují se na psychiatrii, tedy nechtějí se potažmo věnovat duševním stavům člověka. Celostní medicína ani tuto novou generaci primárně nezajímá, ač to odporuje definici zdraví.

Dílčí výzkumný cíl č. 2: Zjistit, kolik procent studentů zná PTSP z vlastní zkušenosti.

Výzkumná otázka č. 2: Kolik procent studentů zná PTSP z vlastní zkušenosti?

Předpoklad č. 2: Minimálně 1 % studentů z každé fakulty PTSP prožilo osobně.

K vyhodnocení druhého předpokladu byly využity odpovědi na otázku č. 1 („Jsem studentem/studentkou pedagogické fakulty/1. lékařské fakulty“) a č. 4 („Znáte

posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP) z vlastní zkušenosti?"). Celkově má osobní zkušenost s posttraumatickou stresovou poruchou 15 % respondentů. Z pedagogické fakulty je pak podíl studentů 22 % a z 1. LF 8 %. Předpokládaný počet respondentů s touto zkušeností byl překročen mnohonásobně oproti stanovenému předpokladu.

Tento dílčí výzkumný cíl, tato výzkumná otázka byla ověřena, tento předpoklad se potvrdil.

Dílčí výzkumný cíl č. 3: Zjistit, kolik procent studentů pedagogické fakulty znají PTSP ze svého okolí.

Výzkumná otázka č. 3: Kolik procent studentů zná PTSP ze svého okolí?

Předpoklad č. 3: Maximálně 20 % studentů zná PTSP ze svého okolí.

Tento předpoklad ověřovala otázka č. 9 „Znáte PTSP ze svého okolí?“. Celkově studenti znají případy posttraumatické stresové poruchy ze svého okolí dokonce z 22 %, čím nepatrně přesáhli stanovenou míru pro záporné vyhodnocení.

Počet kladných odpovědí na tuto otázku byl zjištěn z 50 % od studentů PedF a z 50 % od studentů 1. LF.

Tento dílčí výzkumný cíl, tato výzkumná otázka byla ověřena, tento předpoklad se nepotvrdil.

Oproti předpokladu byl výsledek rozdílný jen o 2 %. Svou roli v překročení stanoveného limitu předpokladu mohla sehrát náhodnost známých lidí zasažených PTSP s dotazovanými studenty. Druhou variantou by mohla být široká sociální síť dotazovaných studentů.

Dílčí výzkumný cíl č. 4: Zjistit názor studentů na to, zda informovanost veřejnosti je dostačující.

Výzkumná otázka č. 4: Jaký je názor studentů na informovanost veřejnosti o PTSP?

Předpoklad č. 4: Maximálně 75 % studentů se domnívá, že informovanost veřejnosti o PTSP je dostačující (má základní povědomí o existenci PTSP).

Otázka č. 16 „Do jaké míry hodnotíte znalosti veřejnosti o PTSP? Ohodnot'te jako ve škole a zdůvodněte své hodnocení. 1 = výborně, 5 = nedostatečně“ v odpovědích poskytla informace o hodnocení znalostí veřejnosti očima studentů UK. 15 studentů ohodnotilo znalosti známkou 5 (nedostatečná), což činí jen 11 %. Tedy 89 % studentů považuje informovanost veřejnosti za dostačující. Nejčastější známkou byla 3, která podle školního slovního hodnocení označuje znalosti dobré. Stupeň 3 podle klasifikačního řádu pro základní vzdělání udává, že v definování pojmů a ucelenosti vědomostí jsou nepodstatné mezery, což lze u laické veřejnosti tolerovat. V komentářích se studenti zmiňují o nedostatečné informovanosti ohledně PTSP a zájmu spíše individuálním. O polovinu přísněji znalosti veřejnosti v klasifikačním stupni 5 hodnotili studenti pedagogické fakulty.

Tento dílčí výzkumný cíl, tato výzkumná otázka byla ověřena, tento předpoklad se nepotvrdil.

Oproti předpokladu výsledek po zhodnocení překročil o 14 % stanovený limit. Za nedostatečnou informovanost veřejnosti byla ve vyhodnocení považovaná známka 5, což by znamenalo absolutní neinformovanost. Byla zde tedy nastavena opravdu značná míra tolerance informovanosti, proto se s nejvyšší pravděpodobností tento předpoklad nepotvrdil. V komentářích byla zmínka o informovanosti laické veřejnosti prostřednictvím seriálů s lidskými příběhy a traumatizujícími zážitky. Nicméně otázkou zůstává, zda by si tento pojem (PTSP) dokázal někdo z laiků spojit s konkrétním případem, případně, jak dalece by rozlišil akutní stresovou reakci od posttraumatické stresové poruchy. V tomto rozlišení chybovali i vzdělání studenti.

Dílčí výzkumný cíl č. 5: Zjistit názor studentů na to, zda informace získané studiem jsou dostačující.

Otázka č. 5: Považují studenti vybraných fakult informace o PTSP získané studiem za dostačující?

Předpoklad č. 5: Maximálně 30 % studentů považuje informace o PTSP získané studiem za dostačující (umí pojem definovat a identifikovat).

Pro zhodnocení posledního předpokladu byly vyhodnoceny odpovědi na tyto otázky:

č. 1 („Jsem studentem/studentkou pedagogické fakulty/1. lékařské fakulty“),

č. 18 („Do jaké míry hodnotíte své znalosti o PTSP? Ohodnoťte se jako ve škole a zdůvodněte své hodnocení. 1 = výborně, 5 = nedostatečně“),

č. 19 („Domníváte se, že jste současným studiem získali dostatek informací o PTSP?“),

č. 20 („Domníváte se, že téma PTSP je důležité pro Vaši profesi?“).

Pořadí posledních tří otázek v dotazníku mělo gradující charakter. V odpovědích na otázku hodnocení svých znalostí (č. 18) ještě pouhé 4 % z celkového počtu 130 odpovědí (5x známka 5) studentů PedF a zanedbatelné procento (1x známka 5) studentů 1. LF ohodnotilo své znalosti jako nedostatečné. Nejčastější známka byla 3.

Na přímý dotaz otázkou č. 19 odpovědělo celkem 23 % studentů (sečteno z obou fakult), že informace získané studiem považuje za dostačující. Lze předpokládat, že medicí se touto problematikou zabývají více. V komentáři se jeden z e studentů medicíny zmínil o tom, že o tomto tématu měli jednu přednášku za celé studium. Po rozboru odpovědí z jednotlivých fakult vyplývá, že mediků, kteří získali dostatek informací díky studiu, je jen 38 % a studentů pedagogické fakulty pouhých 6 %, čímž se celkově snížil průměr obou fakult.

Po vyplnění otázky č. 20, která studentům předkládá možnost posouzení důležitosti tématu pro jejich profesi, si zřejmě řada studentů spojila fakta a jejich poslání. Z výsledků lze zjistit, že celkově 76 % respondentů považuje toto téma za profesně důležité. Z jednotlivých fakult je v tomto smyslu zastoupení studentů 63 % z PedF a 89 % studentů 1. LF. V komentářích se častěji studenti pedagogické fakulty zmiňují o tom, že při práci

s žáky by se s touto problematikou reálně mohli setkat, a proto považují za důležité mít dostatek informací k poskytnutí rady či pomoci.

V případě hodnocení znalostí laiků by takový výstup mohl být očekávaný, ale budoucí lékaři a učitelé patří k odborné veřejnosti, a tudíž nelze výsledek považovat za uspokojivý. Sami studenti nejsou s výsledky spokojeni, což vyplývá z jejich komentářů uvedených v příloze č. 4 v tabulce č. 3.

Tento dílčí výzkumný cíl, tato výzkumná otázka byla ověřena, tento předpoklad se potvrdil.

Všech pěti dílčích cílů bylo dosaženo, všechny související výzkumné otázky byly ověřeny. Z pěti stanovených předpokladů se potvrdily jen dva (druhý a pátý), které očekávaly vlastní zkušenost studentů s PTSP a maximálně 30 % informace o PTSP získané studiem. Nepotvrzené předpoklady (první, třetí a čtvrtý) jsou přínosnou informací o tom, že znalosti studentů medicíny a učitelství o PTSP jsou srovnatelné. Dále bylo zjištěno, že studenti znají více případů osob s PTSP oproti předpokladu, a že dle názoru dotazovaných je informovanost veřejnosti o PTSP dostačující. Výzkumné šetření však umožnilo i komparaci doplňujících otázek, a tak poskytlo další přínosné informace. Z vybraných správných odpovědí byly vybrány nejpřesnější (v příloze č. 4 v tabulce č. 1). Z celkového počtu 71 osob jen 9 studentů (z toho 4 muži) 1. lékařské fakulty dokázalo PTSP definovat vyčerpávajícím způsobem, což činí 13 % ve prospěch této fakulty. Z počtu 65 studentů PedF dokázalo výstižně definovat PTSP 8 studentek, což je 12 %. Tento fakt nepotvrdil očekávání, že studenti medicíny by tento pojem měli lépe znát už z profesního hlediska. Je taktéž možné, že učitelé či budoucí učitelé jsou lépe trénováni v definování pojmů a vysvětlování. Pro komparaci definice a počtu studentů z jednotlivých fakult byly využity odpovědi na otázku studia fakulty (otázka č. 1) a definice pojmu PTSP (otázka č. 3).

K následující komparaci byly využity odpovědi na otázku příslušnosti k fakultě (otázka č. 1), pohlaví (otázka č. 2), definice pojmu PTSP (otázka č. 3) a znalosti PTSP z vlastní zkušenosti (otázka č. 4). Vlastní zkušenost s PTSP z počtu 47 studentů, kteří správně definovali posttraumatickou stresovou poruchu, uvedlo 13 osob studujících PedF. Obdobně

jen šest studentů 1. LF z počtu 55 správných odpovědí uvedli osobní zkušenost. Častěji se s posttraumatickou stresovou poruchou setkaly ženy. Konkrétně to bylo 12 studentek pedagogické fakulty z 13 osob a 5 studentek 1. lékařské fakulty z 6 dotázaných.

Další komparací bylo zjištěno, že studenti, kteří mají zkušenost s PTSP osobně a zároveň se s ní setkali ve svém okolí, ji dokázali až na jednu výjimku správně definovat. Z tohoto počtu dva ji definovali nejlépe. Celkem těchto osob je 13, z toho 4 jsou muži a 9 žen, 4 studenti 1. LF a 9 studentů PedF. K tomuto zjištění posloužily odpovědi na příslušnost k fakultě (otázka č. 1), pohlaví (otázka č. 2), definice pojmu PTSP (otázka č. 3), vlastní zkušenost s PTSP (otázka č. 4) a zkušenost s PTSP z okolí (otázka č. 9).

Studentů, kteří správně definovali PTSP bylo celkem 102. Ovšem jen 17 z nich popsalo PTSP nejlépe, z toho 9 mediků. Z těchto 17 studentů, kteří uvedli nejvýstižnější odpověď (zahrnuli do definice i zdravotní obtíže následkem stresové události), bylo z obou fakult 15 respondentů. Tito uvedli, že také znají pojem psychosomatika (z nich 8 mediků). Velmi často se ve správných odpovědích studentů PedF objevovalo slovo „stres“. Studenti učitelství vnímali v PTSP spíše psychickou stránku potíží. Medici se zase častěji domnívali, že PTSP patří do oboru psychiatrie, a tudíž to není „jejich záležitost“. Pro komparaci těchto výsledků byly využity odpovědi na otázku fakulty (otázka č. 1), definice pojmu PTSP (otázka č. 3), dále na otázku vlastní zkušenosti s PTSP (otázka č. 4) a znalosti psychosomatiky (otázka č. 13).

Pro následující komparaci byly využity odpovědi na otázku znalosti psychosomatiky (otázka č. 13), její souvislost s PTSP (otázka č. 14) a míru souvislosti (otázka č. 15). Znalost pojmu psychosomatika uvedlo 126 respondentů, ale souvislost s PTSP vidí jen 112 dotazovaných osob. Z těchto 112 osob pak pouze 32 označilo maximální míru souvislosti. Pouhých 11 (16 %) mediků ze 71 dotazovaných vidí souvislost mezi psychickým poškozením po traumatické události s typickými následnými projevy (PTSP) a ovlivněním funkce těla.

Následná komparace přinesla další zajímavé zjištění. Byly využity odpovědi na otázku hodnocení svých znalostí o PTSP (otázka č. 18) a fakulty (otázka č. 1) a definice PTSP (otázka č. 3).

Známka	Celkem studentů	Studenti se správnou definicí	Studenti s nesprávnou definicí
1	4	4 (PedF)	
2	31		8 (5 mediků)
3	61	47 (26 mediků)	
4	28		9 (4 medici)
5	6	1 (PedF)	

Všichni studenti v počtu 4, kteří se ohodnotili na výbornou, byli studenty PedF. PTSP definovali správně, dokonce 1 odpověď byla z kategorie nejlepších. Známkou 2 se ohodnotilo 31 studentů, z nichž 8 nedefinovali PTSP správně. Z těchto 8 respondentů to bylo dokonce 5 studentů medicíny. Známkou 3 (znalosti dobré) si dalo 61 studentů, z nichž jen 47 dokázalo popsat PTSP. Z tohoto počtu 26 mediků. Za dostatečné (známka 4) považuje své znalosti 28 respondentů, z nichž 9 nedefinovalo správně PTSP, mezi nimi byli 4 medici. Známkou 5 si dalo celkem 6 osob, z toho 5 studentů PedF. Z těchto 6 dotázaných však byla překvapivě 1 studentka PedF, která definovala PTSP vyčerpávajícím způsobem. Kumulativním součtem známek od výborné do dobré (známky 1 + 2 + 3) bylo zjištěno, že 96 studentů své znalosti hodnotí uspokojivě, bohužel však jen 74 z nich skutečně znalost má. Jen 12 studentů z 25, kteří byli k sobě přísnější (známka 4 a 5), se ohodnotilo reálně. Z nich pak správný odhad mělo 7 studentů PedF a 5 mediků.

Komparací otázky příslušnosti k fakultě (otázka č. 1), otázky dostatku informací o PTSP studiem (otázka č. 19) a důležitosti pro profesi (otázka č. 20) byly zjištěny následující fakta. Pouhých 26 studentů se domnívá, že získalo dostatek informací studiem, přičemž považuje téma PTSP za profesně důležité. Takto se vyjádřilo 22 mediků ze 71 a 4 studenti PedF z 65.

U mediků je tento zjištěný fakt alarmující, neboť je to pouhých 31 % studentů, kteří získali dostatek informací o problematice PTSP díky studiu. Za profesně důležitou probíranou tematiku považuje 41 z 65 dotázaných studentů PedF, což je překvapivé

zjištění. Je to až 63 % pedagogických pracovníků, kteří taktéž pracují s lidmi a uvědomují si, že by měli být taktéž odborně vzděláni z hlediska psychiky člověka a biologických funkcí těla v souvislostech. Pouze však 4 studenti z těchto 41 (10 %) načerpali studiem dostatek informací.

Z výsledků šetření vyplývá, že ve studijních plánech není nasycena poptávka studentů vzhledem problematice PTSP a psychosomatiky. Vzhledem k těmto zjištěným skutečnostem a k naplnění profesních požadavků studentů učitelství by mohla být do studijního plánu přijato doporučení chybějících kurzů.

Pro PedF UK

Následující doporučení předkládá návrh níže specifikovaných 3 kurzů, které dosud nejsou ve studijních plánech:

1) Holistický přístup ke zdraví

Jednosemestrální volitelný kurz pro studenty bakalářského nebo neděleného magisterského studijního programu s prekvizitou předmětu Biologie člověka (podle oboru studia odpovídá 1. ročníku a 2. semestru) nebo Somatologie I. A II. (podle oboru odpovídá 2. ročníku a 1. semestru).

Rozsah v prezenčním studiu: 2 přednášky (2 hodiny) 1 x za 14 dní.

Rozsah v kombinovaném studiu: 8 hodin za semestr.

Anotace: Předmět přináší návod na celostní náhled na zdraví člověka. Zastřešuje základní znalosti z biologie člověka, somatologie a základů psychologie. Objasňuje pojem holistického přístupu, psychosomatiky a posttraumatické stresové poruchy.

Cíl předmětu: Cílem předmětu je seznámit studenty s těmito pojmy s cílem rozpoznat rizikové faktory ohrožující zdraví člověka v praxi.

Literatura:

1. DUFFKOVÁ, Jana, URBAN, Lukáš a DUBSKÝ, Josef. 2008. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o. 237 s. Vysokoškolské učebnice. ISBN 978-80-7380-123-6.
2. FALEIDE, Asbjørn O, LIAN Lilleba B a FALEIDE, Klæboe Eyolf. 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.
3. HANUŠOVÁ, Jaroslava. 2014. *Kapitoly z biologie člověka*. Praha: Nakladatelství Karolinum. 104 s. ISBN 978-80-7290-654-3.
4. JOSHI, Vinay. 2007. *Stres a zdraví*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-211-9.
5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

Požadavky ke zkoušce: aktivní účast na seminářích (minimálně 80 %), odevzdání zápočtové seminární práce do požadovaného termínu.

Sylabus:

1. Holistický přístup a definice WHO
2. Základní psychické a biologické funkce člověka
3. Vliv stresu na biologické funkce
4. Posttraumatická stresová porucha (PTSP), její příčiny, diagnostika, léčba a vliv na další život člověka
5. Souvislost psychosomatiky a PTSP
6. Význam psychosomatiky
7. Psychosomatická medicína
8. Vybraná psychosomatická onemocnění

2) Psychosomatika I.

Dvousemestrální povinně volitelný kurz pro studenty navazujícího magisterského studijního programu v 1. ročníku a 1. semestru. Psychosomatika I. je prerekvizitou pro kurz Psychosomatika II.

Rozsah v prezenčním studiu: 2 přednášky (2 hodiny) 1 x za 14 dní.

Rozsah v kombinovaném studiu: 8 hodin za semestr.

Anotace: Předmět přináší návod na celostní náhled na zdraví člověka. Zastřešuje základní znalosti z biologie člověka, somatologie a základů psychologie. Zdůrazňuje pojem holistického přístupu jako nutného předpokladu ke zdraví člověka. Hluběji objasňuje pojem psychosomatika a posttraumatické stresové porucha. Tyto pojmy aplikuje do teoretické roviny přístupu učitelů k žákům.

Cíl předmětu: Cílem předmětu je seznámit studenty především s pojmem psychosomatiky s cílem rozpoznat rizikové faktory ohrožující zdraví člověka a optimalizovat zátěž žáků ve vzdělávacím procesu.

Literatura:

1. BAŠTECKÝ, Jaroslav et al. 1993. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-7169-031-7.
2. CABY, Filip a CABY, Andrea. 2014. *Příručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-262-0710-8.
3. DANZER, Gerhard. *Psychosomatika*. 2001. Praha: Portál. 244 s. ISBN 80-7178-456-7.
4. FALEIDE, Asbjørn O, LIAN Lilleba B a FALEIDE, Klæboe Eyolf. 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.
5. HAŠTO, Jozef a VOJTOVÁ, Hana. 2012. *Posttraumatická stresová porucha, bio-psychosociální aspekty EMDR a autogénny trénink při pretrvávajúcim ohrození, případová štúdia*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 185 s. ISBN 978-80-244-2944-1.

6. HELUS, Zdeněk. 2004. *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 80-7178-838-0.
7. KUČÍREK, Jiří. 2006. *Psychosomatika a děti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 19 s. ISBN 80-86991-80-6.
8. MAREŠ, Jiří. 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-3007-3.
9. PONĚŠICKÝ, Jan. 2002. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton. 113 s. ISBN 80-7254-216-8.
10. PONĚŠICKÝ, Jan. 2004. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Vyd. 2. Praha: Triton. 215 s. ISBN 80-7254-459-4.

Požadavky ke zkoušce: Úspěšné absolvování zápočtového testu minimálně na 75 %.

Sylabus:

1. Holistický přístup a definice WHO
2. Vliv stresu na biologické funkce
3. Význam psychosomatiky
4. Psychosomatická medicína
5. Vybraná psychosomatická onemocnění
6. Posttraumatická stresová porucha (PTSP), její příčiny, diagnostika, léčba a vliv na další život
7. Souvislost psychosomatiky a PTSP
8. Psychosomatika ve vzdělávacím procesu
9. Vliv stresu a PTSP na školní výkonnost žáků a jejich zdravotní stav
10. Učitel a jeho možnosti ke snížení stresu žáka při ověřování osvojení poznatků

3) Psychosomatika II.

Rozsah v prezenčním studiu: 2 přednášky (2 hodiny) 1 x za semestr na začátku semestru 4 hodiny cvičení na konci). Navazuje na kurz Psychosomatika I., který je prerekvizitou.

Rozsah v kombinovaném studiu: 4 hodiny cvičení na konci semestru.

Anotace: Předmět poskytuje náhled na psychosomatické faktory ovlivňující vzdělávací proces.

Cíl předmětu: Cílem předmětu je pomoci studentům učitelství vnímat psychickou a současně somatickou složku žákovy osobnosti. Pozorováním vzdělávacího procesu za současné kontroly osvojení poznatků (ústní zkoušení, písemné, jiné učitelské metody kontroly) má student zjistit, co je přínosné a co není efektivní metodou v práci učitele.

Literatura:

1. HAJD-MOUSSOVÁ, Z., *Pedagogická psychologie pro vychovatele*. Praha: Pedagogická fakulta UK. ISBN 80-7290-118-4.
2. HELUS, Zdeněk. 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3.
3. HRABAL, Vladimír a PAVELKOVÁ, Isabella. 2010. *Jaký jsem učitel*. Praha: Portál. 240 s. ISBN: 978-80-7367-755-8.
4. Klasifikační řád libovolných webových stránek ZŠ a SŠ.
5. MAREŠ, Jiří. 2013. *Pedagogická psychologie*. Praha: Portál. 704 s. ISBN 978-80-262-0174-8.
6. PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. 2009. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-7367-647-6.
7. VALENTOVÁ, L., *Školní třída jako sociální skupina*. Distanční text PedF UK.

Požadavky ke zkoušce: 100 % účast na stážích ve školách, odevzdání zápočtové práce do požadovaného termínu a závěrečná reflexe na cvičení.

Sylabus:

1. Seznámení s koncepcí a organizací kurzu.
2. Výběr škol (základní a střední). Možno vykonat i v rámci oborové praxe.

3. Pozorování metod učitele a současně psychosomatické projevy žáků při kontrole osvojení poznatků (zkoušení ústní, písemné, jiné metody). Následně mají proběhnout rozhovory s vyučujícími a se žáky, a to odděleně. Podrobný zápis pozorování a rozhovorů.

4. Vyhodnocení a reflektivní rozборы hodin s vyučujícím a studenty na fakultě na závěrečném cvičení. Podrobný rozbor pozorovaných reakcí učitele a žáka s ohledem na psychosomatickou stránku.

Doporučení pro vyučující na 1. LF:

1. Zahrnout do pregraduálního studijního plánu více přednášek zaměřených na psychosomatickou medicínu s cílem předejít zastaralým způsobům léčby důsledků bez nalezení prvotní příčiny nemoci.
2. V zájmu priorit WHO podpořit studenty medicíny v holistickém pohledu na pacienty.
3. Navrhnout společně se studenty psychosomatické diagnózy do MKN 10 k možnosti proplacení psychosomatického lékařského ošetření zdravotními pojišťovnami.

4 Závěr

Předložená práce byla zaměřena na posttraumatickou stresovou poruchu a její znalosti studenty pedagogické a lékařské fakulty. Téma PTSP je všeobecně vnímáno jako individuální a spojováno spíše psychickou nepohodou. Stejně se k tomu staví i současná dostupná a hrazená lékařská péče. Nelze však oddělovat reakce těla od psychických vlivů. Stejně platí i opačný směr, tedy tělesný stav má přímou souvislost s tím, jak se člověk cítí duševně. Tímto se zabývá obor psychosomatika.

Práce byla sestavena ze dvou částí. Teoretická rozebírala základní pojmy, jako je stres, posttraumatická stresová porucha, následně byly podrobněji uvedeny příčiny, diagnostika a léčba. Kapitola následky posttraumatické stresové poruchy pojednávala o negativním působení traumatického zážitku na psychiku a tělo člověka. Součástí článku byl následně uveden i výčet pozitivních aspektů na proběhlou událost a vliv traumatizující události na další život člověka. Článek „posttraumatický rozvoj“ popisuje pozitivní stránky traumatizujícího prožitku. Příkladně byly popsány různé skupiny lidí zasažené traumatizující událostí. Dřívější výzkumy umožnily taktéž uvést, jak dalece je událost zasáhla a jaké změny u těchto osob bylo vlivem události dosaženo. Kapitola „možnosti prevence“ nastínila některé možnosti k předcházení posttraumatické stresové poruchy. Následující text byl věnován psychosomatice a její souvislosti s PTSP. Byl zde také popsán historický vývoj přístupu a výzkumu v této oblasti. V kapitole „místo psychosomatiky v medicíně“ bylo uvedeno, jak se české zdravotnictví v současnosti staví k problematice holistického přístupu lékaře k pacientovi. Dále zde bylo uvedeno, jaké možnosti vyšetření má nyní občan v České republice, kde může psychosomatické ordinace nalézt a jak je vyšetření hrazeno. Příkladně byla v textu uvedena častá psychosomatická onemocnění, jako například esenciální hypertenze, bronchiální astma, poruchy příjmu potravy, nádorové onemocnění a další. Tato práce byla zaměřena na znalosti PTSP studentů medicíny a učitelství. Související současné postavení psychosomatiky má přímou souvislost s budoucím profesním působením respondentů obou fakult. Proto byl v posledních kapitolách teoretické části věnován text problematice psychosomatických poruch u dětí a dospívajících, a následně, s jakými psychosomatickými projevy se mohou učitelé setkat ve vzdělávacím procesu.

Praktická část byla zaměřena na výzkum znalostí o PTSP studentů Pedagogické a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Dílčími výzkumnými cíli bylo také zjistit, kolik procent studentů má vlastní zkušenost s posttraumatickou stresovou poruchou nebo se s ní setkalo ve svém okolí. Dále bylo zjišťováno, jaký mají studenti názor na informovanost veřejnosti o PTSP. Posledním dílčím výzkumným cílem bylo zjistit, jestli studenti dle svého názoru získali studiem dostatek informací o PTSP. Cíle práce se podařilo naplnit. Překvapivě se tři stanovené předpoklady nepotvrdily, což jen potvrzuje smysl tohoto výzkumu.

Praktická část odhalila postoje studentů k tématu z osobního a profesního hlediska. Přinesla řadu zajímavých zjištění. Obecně známé oddělování psychické a somatické léčby pacientů, s výjimkou psychosomatických ordinací, se potvrdilo již v přístupu a fakultní přípravě mediků. Výsledky výzkumu jasně dokládají, že navzdory definici zdraví dle WHO z roku 1948 přetrvává podceňování celostního přístupu v pregraduální přípravě mediků na lékařskou profesi. Celostní medicína je dosud úzkou specializací, kterou si smí lékař dostudovat až po absolvování lékařské fakulty. Téma PTSP je dle výsledků probíráno okrajově a spíše jako součást psychiatrie. Sami studenti si však přejí změnu. Překvapivě studenti učitelství, ač nezdravotníci, vyjádřili potřebu důkladnějších znalostí PTSP. Tím dali najevo svůj zodpovědný přístup k žákům a učitelskému poslání. Proto byl v doporučení návrh na kurzy, které by měly studentům přinést propojení mezi biologii či somatologií, která je součástí studijního plánu jako povinný předmět, a mezi psychologií. Kurzy by měly pomoci studentům jak na teoretické, tak i praktické rovině odhalit opomíjenou problematiku psychosomatiky školních dětí a mládeže.

Posttraumatická stresová porucha nepřináší jen negativa, ale také ohlédnutí se za minulostí, způsobem života a uvědomění si důležitosti sociální sítě a opory. Může znamenat obrat k lepšímu, k zamyšlení se a zastavení v současném uspěchaném pojetí života. Včasným rozpoznáním příznaků posttraumatické stresové poruchy a její léčbou lze předejít nevratným změnám na zdraví a kvalitě lidského života. Vyžaduje to však citlivý, celostní a profesionální přístup lékařů a ve vzdělávacím procesu profesionální přístup komplexně vzdělaných učitelů.

5 Seznam použitých informačních zdrojů

1. BAŠTECKÝ, Jaroslav et al. 1993. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-7169-031-7.
2. CABY, Filip a CABY, Andrea. 2014. *Průručka psychoterapeutických technik pro práci s dětmi a rodinou*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-262-0710-8.
3. DANZER, Gerhard. *Psychosomatika*. 2001. Praha: Portál. 244 s. ISBN 80-7178-456-7.
4. DIVECKÁ, Elena. E15.cz: *Ošetrovatelská péče o psychosomatického pacienta* [online]. 2015 [cit. 2015-08-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/osetrovatelska-pece-o-psychosomatickeho-pacienta-474165>
5. DUFFKOVÁ, Jana, URBAN, Lukáš a DUBSKÝ, Josef. 2008. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o. 237 s. Vysokoškolské učebnice. ISBN 978-80-7380-123-6.
6. FALEIDE, Asbjørn O, LIAN Lilleba B a FALEIDE, Klæboe Eyolf. 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada. 240 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.
7. HANUŠOVÁ, Jaroslava. 2014. *Kapitoly z biologie člověka*. Praha: Nakladatelství Karolinum. 104 s. ISBN 978-80-7290-654-3.
8. HAŠTO, Jozef a VOJTOVÁ, Hana. 2012. *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning při pretrvávajúcim ohrození, prípadová štúdia*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 185 s. ISBN 978-80-244-2944-1.
9. HELUS, Zdeněk. 1995. *Psychologie*. Praha: Fortuna. 119 s. ISBN 80-7168-245-4.
10. HELUS, Zdeněk. 2004. *Dítě v osobnostním pojetí: obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele i rodiče*. Praha: Portál. 232 s. ISBN 80-7178-838-0.

11. HELUS, Zdeněk. 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3.
12. HRABAL, Vladimír a PAVELKOVÁ, Isabella. 2010. *Jaký jsem učitel*. Praha: Portál. 240 s. ISBN: 978-80-7367-755-8.
13. CHALLONER, Jack. 2007. *Mozek*. Praha: Triton. 157 s. ISBN 978-80-7254-986-3.
14. CHVÁLA, Vladislav. 15. psychosomatická konference: *Identita psychosomatické medicíny*. [online]. 2015 [cit. 2015-08-05].
Dostupné z: <http://konference.psychosomatika.cz>
15. JOSHI, Vinay. 2007. *Stres a zdraví*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-7367-211-9.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
17. KUČÍREK, Jiří. 2006. *Psychosomatika a děti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 19 s. ISBN 80-86991-80-6.
18. LEICHTOVÁ, Irena. *Ceník* [online]. [cit. 2015-08-05]. Dostupné z:
<http://www.psychosomatic.cz/cz/irena-leichtova>
19. MAREŠ, Jiří. 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-3007-3.
20. MAREŠ, Jiří. 2013. *Pedagogická psychologie*. Praha: Portál. 704 s. ISBN 978-80-262-0174-8.
21. NAKONEČNÝ, Milan. 1999. *Sociální psychologie*. Praha: Academia. 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
22. PONĚŠICKÝ, Jan. 2002. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton. 113 s. ISBN 80-7254-216-8.

23. PONĚŠICKÝ, Jan. 2004. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Vyd. 2. Praha: Triton. 215 s. ISBN 80-7254-459-4.
24. PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. 2009. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-7367-647-6.
25. SKORUNKOVÁ, Radka. 2013. *Základy vývojové psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. 155 s. ISBN 978-80-7435-253-9.
26. SPOLEČNOST PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS. *Sít' pracovišť* [online]. 2015 [cit. 2015-08-05]. Dostupné z: www.psychosomatika-cls.cz
27. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol. 2008. *Přehled vývojové psychologie*. Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 175 s. ISBN 978-80-244-2141-4.
28. URBANOVSKÁ, Eva a ŠKOBRTAL, Pavel. 2012. *Sociální a pedagogická psychologie pro speciální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 135 s. ISBN 978-80-244-3066-9.
29. VIZINOVÁ, Daniela a PREISS, Marek. 1999. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Potrál. 160 s. ISBN 80-7178-284-X.
30. VÝROST, Jozef a SLAMĚNÍK, Ivan. 2001. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing. 260 s. ISBN 80-247-0042-5.

6 Seznam příloh

Příloha č. 1: Vzor nevyplněného dotazníku

Příloha č. 2: Ukázka vyplněného dotazníku studentem PedF UK

Příloha č. 3: Ukázka vyplněného dotazníku studentem 1. LF UK

Příloha č. 4: Tabulky k vyhodnocení dotazníku

Příloha č. 1: Vzor nevyplněného dotazníku

Dotazník pro vybrané studenty Pedagogické a Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Jmenuji se Martina Brodská. Tento dotazník slouží k výzkumu pro diplomovou práci a je anonymní. Děkuji za jeho laskavé vyplnění.

1. Jsem studentem/studentkou
 Pedagogické fakulty, obor ročník.....
 Lékařské fakulty, obor ročník.....
2. Pohlaví: žena muž
3. Pojem posttraumatická stresová porucha znamená:
.....
.....
4. Znáte posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP) z vlastní zkušenosti? Ano Ne
Pokud ne, pokračujte otázkou č. 9.
5. O jakou traumatickou událost šlo? Ztráta blízké osoby (smrt)
 Těžká nemoc blízké osoby Můj vážný úraz Moje vážná nemoc
 Postihla mne přírodní katastrofa, jaká?

6. Po jaké době se projevily následky události?
 Po 1 měsíci Po 2 měsících Po 3 měsících
 Jiná odpověď:
7. K čemu došlo následkem události? (Je možné označit více odpovědí.)
 K onemocnění, jakému?
- K hospitalizaci K apatii
- K neustálému navracení vzpomínek na událost
- K úplnému zhroutení
- K pracovní neschopnosti
- K omezenému fungování
- Jiná odpověď:
8. Využila jste pomoc odborníků? Ano, kterého?
- Ne, proč?
9. Znáte PTSP ze svého okolí? Ano Ne
Pokud ne, pokračujte otázkou č. 13.
10. Kolik případů znáte? 1 2 3 a více
11. O koho šlo? (Možno označit více odpovědí.)
 Rodinný příslušník Znaný/á Partner/ka Kamarád/ka Kolega/kolegyně
 Jiná osoba, která?

12. O jaký problém šlo? (Možno označit více odpovědí.)

Ztrata blízké osoby (smrt) Těžká nemoc blízké osoby Přírodní katastrofa

Ublížení Svědek ublížení

Jiná událost, jaká?

13. Znalé pojem psychosomatika? Ano Ne

Pokud ne, pokračujte otázkou č. 16.

14. Souvisí PTSP s psychosomatikou? Ano Ne Nevím

15. Pokud se domníváte, že PTSP souvisí s psychosomatikou, do jaké míry? Zakroužkujte na číselné škále. Maximální souvislost je 5, minimální udává hodnota 1.

5 4 3 2 1

16. Do jaké míry hodnotíte znalosti veřejnosti o PTSP? Ohodnoťte jako ve škole a zdůvodněte své hodnocení. 1 = výborně, 5 = nedostatečně

1

2

3

4

5

17. Do jaké míry PTSP může ohrozit život člověka? Zakroužkujte na číselné škále. Maximální ohrožení udává hodnota 5, minimální 1.

5 4 3 2 1

18. Do jaké míry hodnotíte své znalosti o PTSP? Ohodnoťte se jako ve škole a zdůvodněte své hodnocení. 1 = výborně, 5 = nedostatečně

1 2 3 4 5

19. Domníváte se, že jste současným studentem získali dostatek informací o PTSP?

Ano Ne

Jiná odpověď:

20. Domníváte se, že téma PTSP je důležité pro Vaši profesi?

Ano Ne

Jiná odpověď:

Prostor pro Vaše náměty a komentáře:

Děkují Vám za vyplnění

Příloha č. 2: Ukázka vyplněného dotazníku studentem PedF UK

**Dotazník pro vybrané studenty Pedagogické a Lékařské fakulty Univerzity
Karlovy v Praze**

Jmenuji se Martina Brodská. Tento dotazník slouží k výzkumu pro diplomovou práci a je
anonymní. Děkuji za jeho lazkavé vyplnění.

1. Jsem studentem/studentkou
 Pedagogické fakulty, obor *pe - 11kz* ročník: *2. semestr*
 Lékařské fakulty, obor ročník:

2. Pohlaví: Žena muž

3. Pojem posttraumatická stresová porucha znamená:
*→ nemoc, omezení, špatná
 příjma, úzkost*

4. Znáte posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP) z vlastní zkušenosti? Ano Ne
 Pokud ne, pokračujte otázkou č. 9.

5. O jakou traumatickou událost šlo? Ztráta blízké osoby (smrt)
 Těžká nemoc blízké osoby Můj vážný úraz Moje vážná nemoc
 Postihla mne přírodní katastrofa, jaká?
 Bylo mi ublíženo, jak?
 Byl/a jsem svědkem ublížení, jakého?
 Jiná událost, jaká?

6. Po jaké době se projevil/a následky události?
 Po 1 měsíci Po 2 měsících Po 3 měsících
 Jiná odpověď:

7. K čemu došlo následkem události? (Je možné označit více odpovědí.)
 K onemocnění, jakému?
 K hospitalizaci K úmrtí
 K neustálemu navracení vzpomínek na událost
 K úplnému zhroutení
 K pracovní neschopnosti
 K omezenému fungování
 Jiná odpověď:

8. Využila jste pomoc odborníka? Ano, kterého?
 Ne, proč?

9. Znáte PTSP ze svého okolí? Ano Ne Pokud ne, pokračujte otázkou č. 13.

10. Kolik případů znáte? 1 2 3 a více

11. O koho šlo? (Možno označit více odpovědí.)
 Rodinný příslušník Znamý/á Partner/ka Kamarád/ka Kolega/kolegyně
 Jiná osoba, která?

12. O jaký problém šlo? (Možno označit více odpovědí.)

Ztráta blízké osoby (smrt) Těžká nemoc blízké osoby Přírodní katastrofá

Ublížení Svědek ublížení

Jiná událost, jaká?

13. Znáte pojem psychosomatika? Ano Ne

Pokud ne, pokračujte otázkou č. 16.

14. Souvisí PTSP s psychosomatikou? Ano Ne Nevím

15. Pokud se domníváte, že PTSP souvisí s psychosomatikou, do jaké míry? Zakroužkujte na číselné škále. Maximální souvislost je 5, minimální udává hodnota 1.

4 3 2 1

16. Do jaké míry hodnotíte znalosti veřejnosti o PTSP? Ohodnoťte jako ve škole a zdůvodněte své hodnocení. 1 = vyborně, 5 = nedostatečně

1

2

3

4

..... *Blázně se o PTSP domnívá většina lidí, protože se mluví o něčem, když je pravda, že většina lidí o něm vůbec neví. Je to důležitá informace, která by měla být šířena všude.*

17. Do jaké míry PTSP může ohrozit život člověka? Zakroužkujte na číselné škále. Maximální ohrožení udává hodnota 5, minimální 1.

4 3 2 1

18. Do jaké míry hodnotíte své znalosti o PTSP? Ohodnoťte se jako ve škole a zdůvodněte své hodnocení. 1 = vyborně, 5 = nedostatečně

1 2 3 4 5

19. Domníváte se, že jste současným studentem získali dostatek informací o PTSP?

Ano Ne

Jiná odpověď:

20. Domníváte se, že téma PTSP je důležité pro Vaši profesi?

Ano Ne

Jiná odpověď:

.....

Prostor pro Vaše náměty a komentáře:

.....

.....

Děkují Vám za vyplnění!

Příloha č. 3: Ukázka vyplněného dotazníku studentem 1. LF UK

Dotazník pro vybrané studenty Pedagogické a Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Jmenuji se Martina Brodská. Tento dotazník slouží k výzkumu pro diplomovou práci a je anonymní. Děkuji za jeho laskavé vyplnění.

1. Jsem studentem/studentkou

Pedagogické fakulty, obor ročník:

Lékařské fakulty, obor ÚSTAV ÚSK ročník: 6.

2. Pohlaví: žena muž

3. Pojem posttraumatická stresová porucha znamená:
psychická porucha vzniklá v
reakci na nadměrný stres (smrt, hejbnutí)

4. Znáte posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP) z vlastní zkušenosti? Ano Ne
 Pokud ne, pokračujte otázkou č. 9.

5. O jakou traumatickou událost šlo? Ztráta blízké osoby (smrt)

Těžká nemoc blízké osoby Můj vážný úraz Moje vážná nemoc

Postihla mne přírodní katastrofa, jaká?

Bylo mi ublíženo, jak?

Byl/a jsem svědkem ublížení, jakého?

Jiná událost, jaká?

6. Po jaké době se projevil/a následky události?
 Po 1 měsíci Po 2 měsících Po 3 měsících

Jiná odpověď:

7. K čemu došlo následkem události? (Je možné označit více odpovědí.)
 K onemocnění, jakému?

K hospitalizaci K apatii

K nestálému navracení vzpomínek na událost

K úplnému zhroutení

K pracovní neschopnosti

K omezenému fungování

Jiná odpověď:

8. Využili/a jste pomoc odborníka? Ano, kterého?

Ne, proč?

9. Znáte PTSP ze svého okolí? Ano Ne Pokud ne, pokračujte otázkou č. 13.

10. Kolik případů znáte? 1 2 3 a více

11. O koho šlo? (Možno označit více odpovědí.)
 Rodinný příslušník Znamý/á Partner/ka Kamarád/ka Kolega/kolegyně

Jiná osoba, která?

12. O jaký problém šlo? (Možno označit více odpovědí.)

Ztráta blízké osoby (smrt) Těžká nemoc blízké osoby Přírodní katastrofa

Úbilzení Svédek úbilzení

Jiná událost, jaká?

13. Znáte pojem psychosomatika? Ano Ne

Pokud ne, pokračujte otázkou č. 16.

14. Souvisí PTSP s psychosomatikou? Ano Ne Nevím

15. Pokud se domníváte, že PTSP souvisí s psychosomatikou, do jaké míry? Zakroužkujte na číselné škále. Maximální souvislost je 5, minimální udává hodnota 1.

5 4 3 2 1

16. Do jaké míry hodnotíte znalosti veřejnosti o PTSP? Ohodnořte jako ve škole a zdůvodněte své hodnocení. 1 = vyborně, 5 = nedostatečně

1

2

3

4

*X5 jsou studenti 6. ročníku medicíny
a oni jim si nepřipodávají žádné
informace*

17. Do jaké míry PTSP může ohrozit život člověka? Zakroužkujte na číselné škále. Maximální ohrožení udává hodnota 5, minimální 1.

5 4 3 2 1

18. Do jaké míry hodnotíte své znalosti o PTSP? Ohodnořte se jako ve škole a zdůvodněte své hodnocení. 1 = vyborně, 5 = nedostatečně

1 2 3 4 5 *neví, jsou věrným přítelem*

19. Domníváte se, že jste současným studentem získali dostatek informací o PTSP?

Ano Ne

Jiná odpověď:

20. Domníváte se, že téma PTSP je důležité pro Vaši profesi?

Ano Ne

Jiná odpověď:

Prostor pro Vaše náměty a komentáře:

Děkují Vám za vyplnění!

Příloha č. 4: Tabulky k vyhodnocení dotazníku

Tabulka č. 1: Definice PTSP

N = 129

Kategorie odpovědi	Počet odpovědí	Doslovný přepis
správná (nejlepší)	17	fyzické a psychické problémy po traumatickém zážitku- náhla smrt blízkého, přírodní katastrofa...
		psychosomatická reakce organismu na traumatizující událost
		stresová odpověď organismu po prodělaném stresu traumatické etiologie
		Špatný zdravotní psychický stav vyvolaný traumatem (válka, diskriminace.....) v minulosti
		psychiatrická porucha způsobená psychickým nebo fyzickým traumatem, např. nehoda, příznaky: deprese, anxieta, palpitace, nevolnost, neschopnost vrátit se např. do práce
		stav při kterém dochází po prožití silného emočního nebo jiného stresu, projevuje se labilitou, nespavostí, změnou chování
		následek silného traumat.prožitku - ať už psychic.nebo fyzic.rázu
		onemocnění psychické nebo somatické v souvislosti s předcházejícím traumatem (šokem...)
		"narušení" psychického i fyzického stavu následkem traumatu, smrti blízkého, zjištění infausní diagnózy atd.
		"vyrovnání se" s něj. náročnou živ. situací po delším čas. odstupu - následky této události (psychické, zdravotní...)
		vzniká jako následek nepříjemné životní události, vliv na psychiku i zdraví
		syndrom/onemocnění vyvinuté po nezvládnutém traumatu/ stresové události
		po vyřešení (pominutí) situace dochází k fyzické či (a) psychické reakci organismu
psychické a fyzické problémy následkem silného šoku, napadení = stresové situace, projeví se s časovým odstupem		
po hlubokém stresu (voják - válka) má problém se začlenit do společnosti i zdrav. obtíže		

		soubor symptomů jako důsledná reakce na prožité trauma (psychosomat. potíže,...)
		porucha fyzických či duševních fcí člověka způsobená nadměrným stresem a zátěží
správná	85	nějaké psychické problémy po prodělaném traumatu trvající delší dobu
		porucha - emoc. či psych. zážitku porucha po nějakém kriz.situaci
		problém po těžké životní zkušenosti
		narušení psychické rovnováhy po události stresově náročnější
		když se člověk setká s traumatem (únos, znásilnění...) a dobře se s tím nevytovná, nepřekoná to, může se rozvinout PTSP (ale je tu i 2. možnost "PT růst")
		Po prožité traumatické situaci, nemoc, nějaká katastrofa = jde o následky této situace.
		porucha projevující se po prožité těžké události
		problém psychiky po zažité traumatické situaci
		když po stresové situaci zůstane nějaký problém - u člověka se neustále ukazují viníci
		opožděná zpětná reakce po prožitém traumatu
		zhroucení psychické po zažití náročné stresové situace (např. autonehoda)
		stav po traumat. situaci
		Reakce na prožitý stres (např. havárie s násl. smrti, poválečné prožitky...)
		stav po prožití velkého stresu
		duševní porucha reakce na stres → na trauma
		duševní porucha vyvolaná stresem, jehož stresorem bylo nějaké trauma
		porucha, která se vyvine v závislosti na prodělaném stresu
		po traumatu se objeví stresová porucha až po delší době
		duševní porucha vyvolaná stresem, stresorem bylo prožité trauma
		→ porucha vzniká po zážitku nějakého špatného zážitku - válka, přírodní katastrofa, znásilnění...
		reakce po prožitém traumatu
		jde o stresovou poruchu získanou na základě nějakého traumatu (úraz, zkušenost (negativní))
		třeba po autonehodě, vážné, prvně šok, pak uvědomnění - následně trauma

porucha ze stresu vyvolaného nějakou tragickou událostí
stres, který se dostaví až po určité době, kdy situace, které se týká již proběhla před nějakou dobou
porucha objevující se s latencí po nějakém traumatickém zážitku
Porucha, která následuje po nějaké hodně traumatické události, změní toho člověka a dál ovlivňuje jeho život.
Stav po nějaké traumatické události
reakce na životní situaci, která nastala v určit.momentě (nemoc, úmrtí,...)
stresová zátěž po prožití traumatického zážitku (smrt blízkého, nehoda)
stres.stav vzniklý stresovou enormní zátěží
porucha vzniklá následkem nějaké stresové situace, se kterou se čl.nedokáže vyrovnat
Porucha osobnosti, která vzniká po traumatu (zátěžové situaci).
Porucha spuštěná po nějakém závažném stresu. (autonehoda,... náhlá nemoc)
porucha vzniklá následkem prožitého nadměrného stresu - bouračka, válka
Záchvaty úzkosti v konkrétních situacích nějakým způsobem připomínající traumatický zážitek v minulosti.
psychická porucha vznikající po těžkém stresovém zážitku projevující se těžkou depresí a neschopností zapomenout na tento zážitek při běžných činnostech
Psychická porucha vzniklá po vážném stresovém zážitku (násilí, válka, šikana) projevující se poruchami chování, anxiétou, depresemi.
Porucha psychiky v návaznosti na nějakou stresovou (vypjatou) situaci
Reakce na závažný stres, traumatickou událost. Postižený opakovaně událost prožívá (sny, myšlenky)
úzkostný stav rozvíjející se často po tragické události v několika měsíčním intervalu
opožděná reakce organismu na předchozí stresovou situaci
spožděná stresová reakce na traumatický zážitek
problém vyrovnat se stresovou situací a obdobím po ní
Jakákoli újma → psychická, neurologická, somatická, která způsobí odchylku od normálního stavu.

Psychické změny po nějakém traumatu (úmrť, nehoda...) - deprese
narušení psychiky po extrémní psych.zátěži - válka, nehoda
reakce se spožděním na akutní stres (autonehoda...)
psychická porucha vzniklá v reakci na nadměrný stres (smrt, nehoda...)
Porucha spojená se stresem po traumatu - psychiatrická diagnosa
Po prožití stresové situace (úmrť, havárie...) - přetrvává psych.nepohoda ve smyslu strachu, zvýšené přecitlivělosti, depresivní sklony, nespavost, vracení se ve vzpomínkách → objeví se s časovým odstupem
psychické potíže po stresové situaci (autonehoda, úmrť blízké osoby,...)
Reakce na traumatickou událost, která začíná cca do 6 měsíců typickými příznaky jako např. flashbacky
psychiatrické onemocnění, zaviněné negativní významnou životní událostí
reakce na stres z nějaké traumatické události, která se stala před 3 měsíci a pořád trvají příznaky
odložená stresová porucha začínající často s odstupem od stresového impulsu, typicky s "flashbacky"
Stres vzniklý po traumatické události (smrt v rodině, znásilnění apod.)
psychiatr.dg., po prožitém traumatu (př. vojáci po návratu z války) psych.potíže
změna psychického stavu na základě neočekávané, náhlé, vysoce závažné situace v životě
abnormální reakce na abnormální stresovou událost
následek závažné stresové situace, psychiatrické problémy
funkční porucha následující po stresové traumatizujícím zážitku
ovlivnění aktivních* reakcí, prožívání, ale někdy i kognitivních funkcí v důsledku nějakého velmi silného negativního zážitku (př. autonehoda, přepadení, válka,...) *nečitelné
psychiatrická jednotka, reakce a reaktivní stav na prožité trauma s výrazným dopadem na psychickou pohodu člověka (následné deprese, poruchy přizpůsobení...)

	psychická porucha následující po traumatickém zážitku projevující se v různé škále psych následků trvající nějakou minimální dobu
	Porucha vnímání a přežívání okolního světa, může být provázená depersonalizací, vázaná na závaž.stres.životní situaci
	Psych. porucha po prodělaném traumatu
	duševní onemocnění vzniklé vlivem nadměrným abnormálně stresem, zahrnuje: poruchy spánku, "flashbacky"
	vliv na psychiku člověka po traumatické události (úraz, stresová nepříjemná situace (smrt, nemoc)
	podle mě se jedná o psychické onemocnění, které jedinec získá působením většího stresu, šoku, atd. úrazu
	psychická (depresivní, úzkostná) porucha, která vzniká následkem prožitého traumatu
	stresová porucha navazující na traumatickou událost (psychickou, fyzickou) v horizontu týdnů - měsíců
	psychiatrická porucha v důsledku traumatické události
	psychické → poruchy nálady spánku... změny nastalé po prodělání stresové situace (napadení, znásilnění...)
	Porucha, která vzniká následkem velmi silně (někdy i život ohrožující) traumatické události (úmrtí v rodině, přírodní katastrofy, znásilnění apod.)
	porucha psych.fcí v souvislosti s predošlým traumatem
	psychiatrické onemocnění charakterizované úzkostí a jejími atakami případně jinými poruchami psychiky z důsledku nadměrné stresové zátěže
	psychická porucha po prožití nadměrně zátěžové události, vyžadující zásah psychiatra
	nozologická jednotka z oboru psychiatrie zařazuje se mezi komplexní neurotické stavy
	po traume po různé dlouho, porucha vnímání, myšlení, porucha os.ako reakce na nadměrnou zátěž org.
	psych. problém po těžké životní zkušenosti
	Psych.problémy po emočně náročné životní zkušenosti
	projevy trauma s časovým odstupem po akci.
	stav způsobený nějakou traumatickou událostí
	reakce na úzkost - poruchy spánku, deprese, psych. Problémy
nepřesná	20 po hlubokém stresu se nedokáže začlenit zpět do života
	po překonání určité krize v krátké době x po delší době
	po prožití stresové situace

	<p>prožitek po překonané kritické situaci ⇒ např. úzkosti v důsledku prožitých ud.</p> <p>vojáci, kteří se vrátí z války a zpětně se jim vybavují stresové situace</p> <p>Objevuje se po stresové situaci až 2 m. - flash- back...</p> <p>porucha prožívání po traumatické nebo stresové situaci po nepříjemné situaci dlouhou dobu neustupuje</p> <p>stres po události</p> <p>např. vojáci po misi ve válce trpí depresí</p> <p>porucha, kt.se objevila po nějakém úraze, onemocnění následky prožitého trauma (psychické)</p> <p>atence* stavu po prožití traumatu bez organické příčiny (*nečitelné)</p> <p>porucha způsobená traumatem</p> <p>stres, který doprovází dlouho po stresové situaci</p> <p>neschopnost zapojit se do normálního života po vystavení se závažné stres.situace</p> <p>porucha, kdy po nějakém úraze dochází ke vzniku stresu i při nízkém stimulu</p> <p>psychiatrická diagnóza</p> <p>stres po traume</p> <p>vzniká v důsledku traumatické události, kterou postižený nedokázal zpracovat (vyrovnat se s ní)</p>
špatná/ neví	<p>7 V podstatě postresový šok.</p> <p>→ nervové onemocnění způsobené prožitým traumatem</p> <p>problém nebo závažný zdravotní stav</p> <p>nevím</p> <p>stav stresu, který vzniká po nějakém traumatu (např. zlomenina,...)</p> <p>psych.porucha, kt.vzniká jako náhla a bezprostř.reakce na těžkou (tragickou) událost v životě člověka (náhla stráta rodičů, dopr.nehoda...)</p> <p>Akútna reakcia na závažnu situáciu.</p>

Tabulka č. 2: Zdůvodnění hodnocení znalostí veřejnosti o PTSP

N = 94

			Hodnocení studentů medicíny
Známka	Počet hodnocení	Č. hodnocení	Hodnocení studentů pedagogické fakulty
1	1	1	lidé neví dost o ničem
2	8	1	záleží na osobní zkušenosti s PTSP, vzdělání
		2	dostatečně rozumí pojmu
		3	Práce s PTSP pacienty
		4	ví, že existuje něco takového, ale detaily neví, spousta lidí se s ní setkala (autonehody,...)
		5	malá osvěta, nezájem veřejnosti
		6	myslím, že většina lidí z názvu odvodí, o co jde, ale neplatí to u všech lidí, myslím si, že tak 80 % bude tušit
		7	veřejnost chápe, že člověk po silném zážitku (negativní zkušenosti) se s tímto nějakým způsobem "vyrovnává"
		8	myslím, že lidé často netuší, o co jde
3	42	1	lidé mají povědomí, ale blíže neví, co to znamená v praxi, neznají veškeré důsledky, podceňují to
		2	průměrné znalosti, již více se o tom hovoří v médiích
		3	laická znalost, pokud nemají jinou zkušenost
		4	velmi individuální
		5	někdy se to přehání X někdo tomu nedává dostatečnou váhu (chybí porozumění...)
		6	někteří dostatečně neví, nebo se bojí pomoci, aby neublížili
		7	každý si myslí, že něco cí
		8	možná znají pojem, ale zcela to neumí definovat
		9	vím, že nic nevím
		10	často zmiňovaná záležitost v TV (filmy, seriály,...)- u nás relativní klid masových událostí (válka, přír.katastrofa,...) → spíše individuální
		11	nevím názor ostatních
		12	podle mě není taková osvěta
		13	lidé to znají buď z vlastní nebo cizí zkušenosti, jen tomu nedávají konkrétní termín
		14	na základě zkušeností, vzděláním
		15	obecné povědomí, ale žádné hlubší info

16	všeobecně se ví, že existuje, ale pochybuji, že laická veřejnost zná příčinu a chápe důsledky poruchou vzniklé pro pacienta
17	Někteří mají znalost. Jiní berou postiženého jako někoho slabého, kdo se nedokázal vypořádat sám se sebou. První případ převládá.
18	Znají jako pojem. Není povědomí o léčbě.
19	nevím, ale v internet.diskuzích apod lidi vypadají, že o tom trochu povědomí mají
20	někdo ví, ale jsme v klidném prostředí, a tak není moc častá
21	je to moderní, nějaké povědomí existuje, ale je to podle me přeceňované
22	moc se o ní nemluví v médiích
23	veřejnost se domnívá, že nastává hned po události
24	O PTSP jsem slyšela i v médiích.
25	veřejnost není podle mě příliš informovaná
26	vzdělaná veřejnost znalost má, problém je u méně vzdělaných osob
27	spousta lidí to považuje za depresi
28	Domnívám se, že o ní VĚDÍ, ale tím to končí
29	není to běžné téma mezi lidmi
30	V kontextu ČR jsou psychiatrické nemoci (nemoci duše) považovány za slabost, což se odráží i v <i>nečitelné</i> prostředí, které jsou velmi slabé. Povědomí veřejnosti sice existují, ale zná spíše negativní vyjádření
31	pořád velká neznámá
32	Ne všichni si uvědomují, co to je.
33	Lidi si to neuvědomují
34	týká se to jen daného okruhu lidí
35	dobré znalosti
36	Někteří lidé znají problém.
37	toto téma bylo ve spoustě filmů
38	povědomí u lidí je, otázka je, jak se k tomu společnost staví
39	každý se touto situací zabývá, když se jej týká
40	nemohu hodnotit jen z vlastní zkušenosti znalost veřejnosti
41	liší se individuálně
42	znají ji jenom "nelaici" a osoby, kt.se s ní potkaly

1	Mnozí podle mě tento pojem neznají
2	málo edukačních programů
3	nízká informovanost, malý zájem
4	myslím, že je známá spíš jen jako pojem
5	je málo medializovaná
6	kdo neprožije a není psycho nebo ped.odborník, tak nezná
7	myslím, že kdo s tím nemá osobní zkušenost, tak se o taková témata spíš nezajímá
8	lidé si často terminologii zaměňují s jiným významem
9	moc se o ní nehovoří (tist, média...)
10	velmi málo informací a atraktivnost tématu pro širokou veřejnost
11	najdou se odborníci, ale laiků je většina málo kdo o tom ví něco více, pokud si PTSP sám neprožil...
12	Myslím, že se o ní vůbec nemluví.
13	myslím, že lidé nechtějí přemýšlet o jiných nešťastných lidech (bojí se nákazy :))
14	Veřejnost má pouze info z filmů - malá informovanost
15	Pokud se stím člověk nesetká v jeho blízkosti, nevyhledává info.
16	chybí osvěta
17	Neznají správné užití, mají milné názory a považují se spíš za zlo <i>obtížně čitelné</i>
18	malé povědomí veřejnosti
19	Všeobecně se o podstatě PTSP nemluví. Lidé PTSP znají "pouze" z filmů.
20	asi o ní veřejnost moc neví
21	Nemyslím si, že kdybych zastavila několik kolemjdoucích třeba na I. P. Pavlova, že by víc než jeden tušil, o co se jedná.
22	odborníci vědí a znají, laická veřejnost určitě nemá dost info
23	Není to příliš veřejně probírané téma.
24	je známa, ale poměrně bulvárně z masmédií
25	není to často prezentované téma
26	neuznávání psychiky jako možnou složku psych.problémov
27	malá všeobecná informovanost

		28	dokud se jich to netýká, tak se o to nezajímají
		29	jedná se o málo diskutovaný problém
		30	nepíše se o tom v bulváru, tak to lidi zajímá málo
		31	Myslím, že veřejnost zjednoduší problém na depresi možná zamění za sy vyhoření.
		32	ľudia sa o to nezaujímajú
		33	nehlaví se o ní
5	8	1	většina lidí o problematice neví, nemá informace - postiženého často může odsuzovat, případně nechápe jeho situaci
		2	nedostatečné zdroje informací
		3	lidé se o své okolí a nemoci kolem nezajímají
		4	Jsem student 6. ročníku medicíny a ani já si nepřipadám zcela informován
		5	maximálně ze seriálů
		6	ani já přesně nevím, co to je
		7	nevšimla jsem si, že by se o tom někde psalo, mluvilo,... (kromě lék.fakulty samozřejmě)
		8	člověk se o PTSP dozví až od lékaře, zřejmě až v okamžiku, kdy je jemu nebo někomu v jeho okolí disgnostikována příp.v článku z ženského časopisu
žádná	2	1	Nemohu posoudit povědomí v rámci celé populace. Pohybují se v okruhu osob se zdravotn.vzděláním a zde je povědomí dle mého názoru dobré.
		2	nemohu posoudit
Celkem	94		

Tabulka č. 3: Zdůvodnění hodnocení svých znalostí o PTSP

N = 49

			Hodnocení studentů medicíny
Známka	Počet hodnocení	Č. hodnocení	Hodnocení studentů pedagogické fakulty
1	3	1	jsem zdravotník
		2	vlastní zkušenost
		3	vlastní zkušenost
2	10	1	znám z praxe, jinak se o danou problematiku příliš nezajímám - v rámci studia, četba atd.
		2	nejsem odborník
		3	znám zákl.inf., ale do detailů jsem se s tím nikdy nezabývala
		4	pouze teoretické informace
		5	jen z literatury, nesetkala jsem se s ní v praxi
		6	loni jsem z toho byla zkoušena na psychiatrii, něco vím, něco jsem určitě zapomněla
		7	měli jsme to ve 2 předmětech
		8	stáž na psychiatrii
		9	zajímám se o to
		10	nechci se zabývat psychiatrií
3	21	1	nejvíce informací jsem získala až po seznámení s postiženou osobou
		2	jistě tam jsou mezery
		3	zkušenost, ale podrobné info chybí
		4	obecné informace
		5	nestudovala jsem blíže problematiku
		6	v rámci studia psychologie - předměty
		7	znám pojem, ale ne důsledky do hloubky
		8	znalosti nejsou do hloubky
		9	Tuším, ale nejsem si tak odborně jistá
		10	obecné povědomí, žádná zkušenost
		11	bylo to na psychiatrii, ale dál jsem o tom nezjišťoval víc
		12	nic moc
		13	znalostí moc nemám, ale chci to napravit
		14	stáž na psychiatrii
		15	Vždy je třeba se dál vzdělávat

		16	mám jen "tušení"
		17	zátěž, stres → denní zkušenost ve škole
		18	znalosti teoretické ze školy
		19	nesetkala jsem se s tím přímo
		20	znám teorii
		21	nikdy jsem se o něj aktivně nezajímal
4	13	1	Znám to jen z teorie psychiatrie. Nemám moc zkušenosti
		2	Odhaduji své znalosti na úrovni laika = nedostatečné
		3	viz č. 19 (myslím, že ano, ale jen v teor.rovině a nikdo po nás nechtěl, abychom si to pamatovali)
		4	nic moc nevím
		5	nepamatuji si žádnou zmínku z výuky psychiatrie
		6	bez zkušenosti
		7	není tomu věnován prostor
		8	není nikdo v okolí a ani v tomto oboru nepracuji
		9	nemasí osobní zkušenost
		10	nikdy jsem se s PTSP nesetkala
		11	chybí osobní zkušenost
		12	neznám přesně projevy
		13	něco vím
5	2	1	vzhledem k oboru bych měla lépe
		2	nemám s tím zkušenosti
Celkem	49		

Tabulka č. 4: Jiná odpověď na dostatek informací o PTSP získaných studiem

N = 13

	Odpovědi studentů medicíny
	Odpovědi studentů pedagogické fakulty
ne	dostatek, abych o něm věděla v <i>nečitelné</i> vše podstatné asi ne
ano	v rámci pregraduálního studia
	jenom zákl.informace při studiu
jiná	Myslím, že ano, ale v teor.rovině a nikdo po nás nechtěl, abychom si to pamatovali.
	asi ano
	ano, z důvodu filtrace informací, pamatuji jen základ
	Nejsem si jist, jestli informace o této poruše, co jsem získal studiem jsou dostatečné
	Myslím, že je to dostačující a není třeba se tomu věnovat více v teoretické části vzdělávání.
	Dostatečné - vím, že existuje a v případě nutnosti můžu dostudovat
	Měli jsme asi jednu přednášku za 6 let. Stačí.
	přiměřená znalost
	nemůžu posoudit, pokud se s případem nesetkám
	nevím zhodnotit

Tabulka č. 5: Důležitost tématu PTSP pro profesi – jiná odpověď

N = 11

	Jiná odpověď studentů medicíny
Zdůvodnění	Jiná odpověď studentů pedagogické fakulty
ano	Je důležité o tom vědět a umět se k této situaci patřičně postavit
	ale i pro všechny profese, obecně lidská znalost, aby i laik chápal a uměl dát radu - např.na koho se obrátit
ne	Pracuji s předškoláky a tam mě tato ptoblematika zasahuje méně
jiné	částečně
	do jisté míry ano
	Podle oblasti působení
	může být, záleží na tom, jak často se s PTSP budu setkávat
	do jisté míry
	Bylo by dobré o PTSP vědět.
	částečně
	Jako ped.bych měla mít povědomí o PTSP pro případ, že bych se sní setkala u dětí (žáků) nebo třeba i rodičů