

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra



Adéla Dršková

Problematika psychosomatických onemocnění u vysokoškolských studentů

The Issue of Psychosomatic Disease in Undergraduate Students

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Monika Hošťálková

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31. 03. 2016

ADÉLA DRŠKOVÁ

.....

Podpis

DRŠKOVÁ, Adéla. Problematika psychosomatických onemocnění u vysokoškolských studentů. [The Issue of Psychosomatic Disease in Undergraduate Students]. Praha, 2016. 67 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Hošťálková, Monika.

Abstrakt

Psychosomatická onemocnění tvoří významnou skupinu chorob. Je známo, že jejich hlavní příčinou je působení dlouhodobého stresu. Naopak pozitivně je můžeme ovlivnit zdravým životním stylem. Mohou se projevovat jako různé nemoci, postihující téměř všechny části těla, např. astma, migréna, bolesti zad, žaludeční vřed, kožní onemocnění, deprese aj. Proto je důležité se jim věnovat a myslet na jejich prevenci.

Jako hlavní cíl své práce jsem si stanovila zjistit, zda jsou vysokoškolští studenti ohroženou skupinou pro vznik možného psychosomatického onemocnění. K tomuto zjištění mi pomáhaly dílčí cíle, a to: zda a jak se změnil životní styl vysokoškolských studentů, zda mají obtíže, které by mohly signalizovat psychosomatické onemocnění, zda jim nějaké bylo diagnostikováno, zda mají informace o možnostech prevence, zda v rámci prevence dodržují nějaká opatření a zda závisí vznik psychosomatických onemocnění na typu studia.

Pro kvantitativní zjištění jsem jako techniku sběru dat použila dotazník. Dotazník byl anonymní a byl distribuován pomocí internetového odkazu. Sběr dat probíhal tzv. samovýběrem, a to v období od 4.1. do 24.1. 2016. Respondenti jsou nebo byli studenty vysokých škol a jejich výsledný počet pro zpracování výzkumu činil 397.

Ve výsledcích práce jsem došla např. k těmto zjištěním: stresem často trpí 54,16 % osob, studium na vysoké škole negativně ovlivnilo životní styl 47,36 % respondentů, opakujícími se zdravotními problémy trpí 41,56 % dotázaných a psychosomatické onemocnění bylo diagnostikováno 5,79 % respondentů.

Výzkum ukázal, že vysokoškolští studenti mohou být ohroženou skupinou pro možný vznik psychosomatických onemocnění. A proto by bylo dobré, aby věnovali pozornost prevenci a aby jim také byla v dostatečné míře poskytnuta.

klíčová slova: psychosomatika, psychosomatické onemocnění, stres, zdravý životní styl, vysokoškolský student

Summary

Psychosomatic diseases represent an important (*emerging*) group of diseases. It is known that the main cause is the effect of prolonged stress. On the contrary, they can be positively influenced by a healthy lifestyle. They may manifest as different diseases, affecting nearly all parts of the body, e.g., asthma, migraine, back pain, gastric ulcer, skin diseases, depression and others. Therefore, it is important to *pursue* them and to think about their prevention.

As the main goal of my work, I determined to find out whether college students are vulnerable to a possible psychosomatic illness. To achieve this, I have set a number of partial objectives, namely: whether and how has changed the lifestyle of university students, whether they have difficulties that could indicate psychosomatic illness, whether they have been diagnosed with psychosomatic illness, whether they have information about prevention, whether they comply with any preventative measures and whether the risk of psychosomatic illness depends on field of study.

For quantitative measures, the data was collected using a web-based questionnaire. The questionnaire was anonymous and was distributed via web link. Data were collected using a method of “self-selection”, in the period from 4th to 24th of January 2016. Respondents were present or past university students. Final count of subjects participating in the study and used in data analysis was 397 subjects.

Resulting findings of the study were following: 54,16 % of respondents suffer from frequent stress, the university negatively affected the lifestyle of 47,36 % of respondents, 41,56 % of respondents suffer from recurring health problems, and psychosomatic illness was diagnosed in 5,79 % of respondents.

Study has shown that college students may be vulnerable to psychosomatic diseases. And therefore it would be advisable to pay increased attention to the prevention of psychosomatic illnesses and to ensure its accessibility in the group of college students.

keywords: Psychosomatics, psychosomatic illness, stress, healthy lifestyle, an undergraduate student

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Monice Hošťákové za odborné vedení mé bakalářské práce, za její ochotu a velmi vstřícný přístup při jejím zpracovávání.

OBSAH

1	Úvod	8
2	Teoretická část.....	10
	2.1 Psychosomatika	10
	2.1.1 Historie psychosomatiky	11
	2.1.2 Současná psychosomatika.....	13
	2.2 Stres.....	14
	2.3 Životní styl	15
	2.4 Psychosomatická onemocnění.....	17
	2.2.1 Astma.....	18
	2.2.2 Bolesti hlavy – migréna.....	18
	2.2.3 Bolesti zad.....	18
	2.2.4 Chronické choroby zažívacího traktu.....	19
	2.2.5 Chronická kožní onemocnění	19
	2.2.6 Poruchy příjmu potravy: Anorexie, bulimie a obezita	20
	2.2.7 Oběhový systém.....	21
	2.2.8 Poruchy spánku	21
	2.2.9 Úzkostné stavy, deprese.....	22
	2.3 Psychosomatická onemocnění v souvislosti s dětstvím a dospíváním	23
	2.4 Léčba psychosomatických onemocnění.....	24
	2.5 Prevence psychosomatických onemocnění	26
3	Empirická část	28
	3.1 Cíle výzkumu.....	28
	3.2 Metodika výzkumu	28
	3.2.1 Zpracování dat.....	29
	3.3 Charakteristika respondentů.....	29
	3.4 Vyhodnocení dotazníku	29
	3.5 Analýza dotazníku	47
4	Diskuse	51
5	Závěr	55
6	Seznam použité literatury:	57
7	Seznam použitých zkratk:	60
	Přílohy	

1 Úvod

Psychosomatika je pojem, který označuje souhru tělesných a duševních procesů, proto mohou mít psychosomatická onemocnění celou řadu příčin. Za nejčastější je udáván dlouhodobý stres. V současné době jsou stres, deprese či syndrom vyhoření v České republice poměrně časté. Důvodů je mnoho a určitě souvisejí se způsobem života, který žijeme. Umíme správně odpočívat? Není pro nás snadnější „utéci do nemoci“? Víme, jak dlouho lze „terorizovat“ svou psychiku proto, že zatím „nebolí“?

Jenom v mém blízkém okolí se vyskytuje mnoho lidí, u kterých lze psychosomatické onemocnění předpokládat, a je pravděpodobné, že si danou situaci ani neuvědomují. I já sama jsem prošla několika různými onemocněními, která mohla být psychosomatická, a přesto jsem se na jejich možnou psychickou stránku nezaměřila. A právě proto bych se chtěla tomuto tématu věnovat.

Pro svou bakalářskou práci jsem si proto vybrala téma psychosomatických onemocnění a jejich projevů u vysokoškolských studentů. Protože sama studuji vysokou školu, tato problematika je mi blízká. V práci jsem se rozhodla zabývat tím, zda jsou vysokoškoláci ohroženou skupinou pro vznik psychosomatických onemocnění, a pokud ano, z jakých důvodů. Zaměřuji se i na to, zda jsou studenti informováni o možném vzniku takových onemocnění, nebo o způsobu, jak jim předcházet.

S psychosomatikou se můžeme setkat již v době antického Řecka, a to jako s pojmem kalokagathie, kdy je celek člověka považován za složeninu těla a duše a teprve jejich vzájemná vyrovnanost přináší harmonii. Lidskou psychiku s jejími souvislostmi intenzivně studovali i takové osobnosti jako Sigmund Freud, Franz Alexander či George Engel. A v současnosti se psychosomatikou zabývají různé odborné kruhy, čímž se dostává také do povědomí široké veřejnosti. Na některých zdravotnických pracovištích se dokonce setkáváme s holistickým přístupem zdravotníků při léčebných procesech. Pro pacienta je tento přístup velmi důležitý, a proto je nezbytné zvyšovat psychoterapeutickou kvalifikaci lékařů, zejména praktiků, ke kterým se pacient dostává nejdříve. A samozřejmě i zdravotnického personálu, zejména sester. Každý lékař či jiný zdravotník, který si uvědomí, že ne všichni jsme stejně vybaveni pro překonávání potíží a ne všichni žijeme v dobrých životních podmínkách, je pro pacienta a jeho léčbu nesmírně důležitý.

Určitě nás napadá, zda je v době plné stresových faktorů, neustálého nedostatku času, vysokých nároků, potlačování emocí atd. problém psychosomatických onemocnění vůbec řešitelný. Psychosomatická medicína tvrdí, že ano. Nesmí však na daný problém zůstat sama. Aby splnila svůj účel, potřebuje pomoc od pacienta i lékařů, a to napříč všemi obory.

Lékař by se měl vedle zkoumání fyzických a fyziologických projevů onemocnění zaměřit i na psychologickou stránku pacienta a neopomíjet ji při celém léčebném procesu. A každý z nás by si měl nejprve uvědomit, že díky extrémní psychické zátěži může tělesně onemocnět, a poté se podle toho začít chovat. Velmi důležitou roli sehraává životní styl každého z nás, to, zda se dokážeme věnovat naší psychohygieně, zda jsme vůbec schopni

například snížit nároky na vlastní osobu. Životní styl má velký vliv na naši psychiku a tedy i na stres či deprese. Zejména ten pasivní, ve kterém své obtíže řešíme užíváním nadměrného množství léků, alkoholem či jinými podpůrnými prostředky. A ještě jedna skutečnost stojí proti psychosomatické medicíně. Jsme jednou ze zemí, kde neustále přetrvává mýtus, že návštěva psychologa či psychiatra je něco ponižujícího, nemístného, nepatřičného. Je na čase změnit úhel pohledu. Právě tito odborníci v nás mohou podnítit aktivitu, odvahu či sebekázeň, ale hlavně nám mohou pomoci vyrovnat se s mnoha složitými životními situacemi. Proto je třeba neustálá osvěta. Stejně jako pro celou psychosomatickou medicínu, díky níž postupně odkrýváme souvislosti mezi tělem a psychikou člověka.

Věřím, že touto prací i jejím výstupem k ní rovněž přispějí.

2 Teoretická část

Na podzim roku 2015 jsem v databázích Bibliographia Medica Českoslovaca, Google Scholar, PubMed, Web of Science, MEDLINE za pomoci výše uvedených klíčových slov vyhledávala potřebné zdroje informací pro svou bakalářskou práci. Tyto databáze jsou dostupné na Ústavu vědeckých informací. Při vyhledávání jsem si stanovila tato kritéria: český jazyk, anglický jazyk a vydání od roku 2010. I přes tato kritéria jsem následně našla několik publikací, starších roku 2010, které obsahovaly takové informace, jež jsem nechtěla opomenout. V databázích jsem prošla prvních 50 relevantních zdrojů a z nich jsem čerpala pro svou práci. Výsledný počet činil 36 zdrojů.

2.1 Psychosomatika

Psychosomatika je v současné době pojmem, o kterém se stále více hovoří. Proto bych se v úvodu své práce ráda zmínila o jeho významu. Již v roce 1993 uvádí jedna z definic: „Psychosomatiku lze chápat jako vnitřně složité propojení biologického a psychosociálního pohledu na člověka ve zdraví a nemoci“ (Baštecký, Šavlík & Šimek, 1993, p. 15).

Dále dle Bašteckého et al. (1993) lze na psychosomatiku nahlížet v nejširším, užším a nejužším pojetí. Nejširší pojetí znázorňuje jednotu duše a těla člověka, užší pojetí se zabývá skutečností, nakolik ovlivňují psychosociální faktory somatické poruchy, a nejužší pojetí představuje již psychosomatické syndromy či choroby.

Zjednodušeně lze tedy říci, že psychosomatika předpokládá, že lidské tělo (soma) i duše (psyché) jsou neoddělitelně spojené nádoby. Dle Jana Miklána (2014) je mnohdy i složité určit, kde je pravá příčina nemoci. Podle něj je každá nemoc důsledkem kombinace fyzických, psychických a sociálních vlivů, které na člověka působí současně. Buď selhává schopnost člověka léčit se v důsledku důvodů psychických či sociálních, nebo mohou naopak dlouhodobé potíže vést k zátěži, která se projeví psychickými problémy.

Psychosomatika tedy nepřikládá menší význam tělesným faktorům, pouze chce zdůraznit význam faktorů duševních. Z toho vyplývá, že jejím základem je brát na zřetel faktory tělesné, duševní a psychosociální.

Pro správné pochopení tohoto pojmu stojí za zmínku určitě i náhled našeho předního psychiatra Radkina Honzáka. Psychosomatická medicína (neboli biopsychosociální přístup) si klade za cíl, aby byly při celkovém léčebném postupu (diagnostika, léčba, rehabilitace, prevence) brány v úvahu vedle biologických faktorů také faktory psychologické, sociální i spirituální. Psychosomatika nemůže nahradit medicínu založenou na důkazech, ale chce rozšířit celkový kontext při léčbě člověka. A určitě nechce léčit jen psychologickými prostředky, pouze vnímá tento typ léčby velmi vhodný tam, kde se na nemoci mohou podílet psychosociální vlivy významnou měrou. Proto by se měla stát

součástí všech lékařských specializací. A to ve smyslu – léčit nemocného, nikoli nemoc (Honzák & Chvála, 2014).

Chceme-li si závěrem odpovědět na otázku důležitosti psychosomatiky, stačí si uvědomit, že: „Polovina lidí nad šedesát let má alespoň tři chronické nemoci, pětina jich má pět a více“ (Miklánek, 2014, p. 178). Proto je nezbytné chápat nemoc ve všech souvislostech a vedle klasické medicíny zajistit komplexní péči každému pacientovi.

2.1.1 Historie psychosomatiky

Pro správné pochopení současného pohledu na psychosomatiku jako oboru, který se postupně stává plnohodnotnou součástí dnešní medicíny, je třeba nahlédnout do její historie. První zmínky nalezneme již v antice.

Platon: „Nikdy se nesnažte léčit oko, aniž byste zároveň nevěnovali pozornost hlavě. A věnujete-li pozornost hlavě a nevěnujete-li pozornost celému tělu, neděláte dobře. Stejně tak nedobře jednáte, když léčíte tělo a nevěnujete pozornost duši. Léčení jedné části by nikdy nemělo probíhat bez pozornosti věnované druhým částem“ (Faleide A., Lian & Faleide E., 2010, p. 17).

Psychosomatika ovlivňovala lékařství od samého počátku jeho vzniku. Psychika (duše) a tělo byly tehdy považovány za jednotlivý vzájemně se ovlivňující celek. A právě tyto vzájemné vztahy mezi tělem a psychikou byly dlouhou dobu tématem pro mnohé lékaře, psychology, filozofy.

Již slavný řecký lékař Hippokrates (460 – 377 př.n.l.), považovaný za zakladatele evropské lékařské školy, se soustředil na jednotlivé nemocné, nikoliv na nemoc samotnou. Pojímal ji jako nerovnováhu čtyř základních tělesných šťáv: černé žluče, žluče, krve a slizu (Miklánek, 2014).

Dalším, kdo respektoval psychofyzickou celistvost člověka, byl řecký filozof Platon (427–347 př. n. l.). „Duši přirovnal k dvojspřeží, jehož vozatajem je rozum. Ten má na uzdě dva koně: vzpurného – špatné emoce a hodného – dobré emoce“ (Honzák & Chvála, 2014, p. 97 – 107). Ve svém dialogu Timaios také uvedl, že duševní (hysterické) poruchy žen jsou podmíněné špatnou funkcí dělohy (hystery) (Miklánek, 2014).

V Hippokratových a Platonových stopách pokračoval římský lékař Galenos (129 – 200 n. l.), který svým žákům zdůrazňoval, že je třeba přihlížet i k psychickému stavu jejich pacientů. Mimo něj byl a je za další autoritu v oboru lékařství považován arabský lékař a filozof Abú Alí al-Husejn ibn Síná (Avicenna, 980–1037). Za jeho nejvýznamnější dílo je označována kniha Kánon medicíny (Canon Medicinæ). Vznikla kolem roku 1030 a podobně jako Galenovo dílo se stala velmi důležitým lékařským pramenem středověku. I z jeho kazuistik lze vyčíst, že si byl vědom propojení duše a těla.

Pro vývoj psychosomatiky byli bezesporu důležití i dva angličtí lékaři William Harvey (1578 – 1657), objevitel krevního oběhu, který tvrdil, že srdeční činnost mohou ovlivňovat i emoce a Thomas Sydenham (1624–1689). Ten sledoval symptomy nemocných, spojoval je do syndromů a zjišťoval, které jsou společné pro celou skupinu nemocných.

Prvním, kdo použil slovo psychosomatika jako termínu pro jednu ze spánkových poruch, byl německý psychiatr a zastánce propojení těla a duše Johann Christian August Heinroth (1773 – 1843). Ačkoli jeho názory, že tělo a duše jsou absolutní jednotkou a že choroby těla mohou mít psychické příčiny, nebyly ještě přijaty, psychosomatika se již v základním pojetí stala oborem, který prohlašoval, že existují syndromy či choroby, u nichž psychologické faktory mají své pevné místo, nebo se jejich vliv předpokládá jako významný (Baštecký et al., 1993).

Mezi další významné osobnosti pro rozvoj psychosomatiky lze zařadit i francouzského psychiatra a neurologa Jeana Martina Charcota (1825 – 1893). Ten jako první pokládal psychická a tělesná onemocnění za stejnohodnotná (Miklánek, 2014).

Pokračování rozvoje oboru umožňovala svým způsobem psychoanalýza. Za jejího zakladatele je považován rakouský neurolog Sigmund Freud (1856–1939). „Je dodnes znám jako autor pojetí nevědomí a podvědomí a zvláště svým pojetím potlačení (represe)“ (Faleide et al., 2010, p. 19).

Pro psychosomatiku jako obor byl důležitý rok 1939, kdy vyšlo první číslo časopisu *Psychosomatic medicine* a poskytlo její programové prohlášení:

- psychologický přístup ke všeobecné medicíně
 - zájem o vztahy mezi emočním životem a tělesnými pochody
 - neexistuje logická rozdílnost mezi tělem a duší
 - zjišťování korelací psychologických a fyziologických procesů
 - je jak novým oborem, tak i součástí všech lékařských specializací
- (Miklánek, 2014).

Ve 20. století se objevily snahy klasifikovat nemoci jako somatické a psychosomatické a především v Chicagu v USA se zrodil systematický psychosomatický výzkum. „Helena Flanders Dunbar a Franz Alexander postavili solidní základ psychosomatiky, a to jak pro další výzkum, tak pro klinickou praxi“ (Faleide et al., 2010, p. 23). A oba věnovali pozornost psychosomatice u všech svých pacientů.

V historickém výčtu za zmínku dále stojí například maďarský psychoanalytik Michael Balint (1896 – 1970) či německý psychiatr a neurolog Karl Bonhoffer (1868 – 1948). Nelze opomenout, že ve 20. – 50. letech 20. století měla na psychosomatiku dominantní vliv psychoanalýza, důležitý byl pro ni i rok 1942, kdy byla založena psychosomatická společnost *American Psychosomatic Society*, či to, že v této době vznikají také psychosomatické časopisy např. *Journal of Psychosomatic Medicine*.

Dalšími, kdo se zapsali do dějin psychosomatiky svým celoživotním dílem, byli i polský psychiatr Zbigniew J. Lipowski (1924-1997) či americký lékař a psychoanalytik George L. Engel (1913 – 1999), který navrhl tzv. biopsychosociální model. Jeho definice: „Psychosomatický přístup se týká způsobů, jimiž vzájemně působí psychické a somatické faktory na řadu sledů událostí, které tvoří onemocnění.“ (Miklánek, 2014, p. 84) je využívána i současnými psychosomatiky.

20. století znamenalo i mnoho různých podob ve vztahu lékař – pacient. Za zmínku stojí např. 70. – 80. léta 20. století, kdy se především v západním světě objevila myšlenka tzv. hnutí „budme zdraví“. V USA byly publikovány různé polovědecké práce s návody, jak neonemocnět, (různé diety, cvičení, myslet pozitivně atd.) „Skutečnost, že zdraví a nemoc jsou do značné míry ovlivněny i sociálními a kulturními vlivy, byla ignorována. Přehlížena byla též role predispozice člověka k určité nemoci.“ (Faleide et al., 2010, p. 21), a v podstatě se tvrdilo, že za své nemoci si člověk může sám.

2.1.2 Současná psychosomatika

Po historickém vhledu na psychosomatiku se budeme věnovat tomu, jak je vnímána v současnosti.

Začátek 21. století znamenal mimo jiné rozvoj biomedicínského modelu, a to díky objevům v bakteriologii, imunologii, chirurgii, virologii. Tento model upřednostňuje pozici lékaře a pacientův proces uzdravování je v podstatě v rukou lékaře. Zároveň se léčba soustředí především na nemocný orgán a nehledí se na pacienta celistvě. Ale i přes tyto skutečnosti dochází k rozvoji psychosomatiky jako oboru (Faleide et al., 2010).

U nás se psychosomatika stala již oborem studia na lékařských fakultách, existují tu různá psychosomatická pracoviště, např. Psychosomatická klinika Praha, Tým střediska komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Oddělení psychosomatiky Centra komplexní péče v Dobřichovicích či Centrum komplexní péče Roseta v Praze. Posun pro tento obor u nás znamenala 90. léta minulého století, kdy se intenzivně začali psychosomatickou pod vedením jednoho z průkopníků psychosomatické medicíny doktora Josefa Jonáše zabývat lékaři Oldřich Čapek a Jan Miklánek. V současnosti psychosomatickou medicínu propagují také lékaři Jan Hnízdil, Rudolf Zemek, manželé Špaténkovi a mnozí další. A určitě existuje snaha, aby psychosomatická medicína byla dostupná široké veřejnosti (Miklánek, 2014).

Velmi pozitivní je i přístup některých našich sousedních zemí. V Rakousku, kde je přibližně 44 000 lékařů, se právě oni plně snaží využívat psychický potenciál svých pacientů. „Od roku 2014 jsou povinni absolvovat proškolení v psychosomatice a psychoterapii. Proškolení existuje ve třech stupních: PSY 1, 2 a 3, pro které je vyhrazeno 1 280 školících hodin, přičemž přinejmenším první stupeň je povinný“ (Weiss, 2014, cit. dle Novotný, 2015, str. 145). A v Bavorsku musí mít lékaři z psychosomatiky dokonce atestaci: „Bavorská zdravotní pokladna platí ráda veškerou psychosomatickou péči, když ví, jak na tom vydělává. Za každé euro investované do psychosomatiky získává zpátky dvě. Jak je to možné? V důsledku psychosomaticky orientované terapie žijí Bavoři

déle, a tudíž také déle pracují, nečerpají nemocenskou a déle platí zdravotní pojištění. Nic než byznys, avšak dobře spočtený“ (Löw, 2014, cit. dle Novotný, 2015, p. 145).

Lze proto doufat, že se cesta psychosomatiky ubírá správným směrem.

2.2 Stres

V další části práce se budeme zabývat hlavní příčinou způsobující psychosomatické potíže. Protože, vycházíme-li z myšlenek psychosomatické medicíny, je jasné, že za psychosomatické onemocnění můžeme označit každé, při kterém se negativní prožité emoce projeví v tělesné oblasti člověka. A položíme-li si otázku, co je nejčastějším zdrojem všech negativních emocí současnosti, dospějeme k závěru, že se jedná především o dlouhodobý stres.

„Stres je pro člověka nelibá, nepříjemná situace, která člověka vyčerpává, oslabuje jeho imunitu, oslabuje jeho nervovou soustavu“ (Miklánek, 2014, p. 156).

K nejdůležitějším příčinám stresových situací, tedy k tzv. stresorům, patří stresory fyzické: např. nemoc, či okolní vlivy (mráz, hluk, pocit hladu atd.), stresory psychické: např. velké množství změn v krátkém časovém období, časová tíseň nebo přílišné vytížení, a stresory sociální: ať už problémy v zaměstnání nebo závažné životní události, např. ztráta osoby blízké (Stock, 2010). Dle Mikláneka (2014) je příčinami různých stresových situací především vnější událost, mimo hektičnost současného světa a vysoké požadavky, kladené na člověka. K nejdůležitějším stresorům řadí konflikt, ztrátu, popřípadě nečekanou změnu. Konflikt, ať už v manželství: „Psychosomatice se nelíbí partnerské strádání a následné potlačování strádání ve jménu údajně příjemné či dokonce šťastné partnerské minulosti. Psychosomatika upřednostňuje přítomné partnerské štěstí a vždy důrazně varuje před dlouhodobými nedorozuměními, konflikty a lhostejností. Nemoc neomlouvá svoje klienty ani kvůli neuvědomovanému partnerskému strádání.“ (Novotný, 2015, p. 111), či na pracovišti, v rodině, mezi přáteli, již na počátku znamená nutnost zvolit řešení a řešit nějak danou situaci. Ztráta, především blízkého člověka, ale například i zaměstnání, znamená celkovou změnu života. A jakmile na nás začnou stresory působit, často se nevyvarujeme zdravotním obtížím.

Shrňme-li tedy působení stresu na náš organizmus, stres v každém z nás vyvolává pud sebezáchovy a spouští celou řadu chemických a fyziologických reakcí. Naše tělo vyplaví velké množství adrenalinu, které nás připraví k okamžité reakci – k boji či útěku (Miklánek, 2014). Klasickými příznaky stresu jsou fyziologické příznaky: zvýšená únava, zrychlený tep, poruchy menstruačního cyklu, snížení hmotnosti, bolest hlavy, ale i psychické příznaky, ke kterým řadíme např.: poruchy soustředění a paměti, podrážděnost, změny nálad, nespavost či ztrátu chuti k jídlu (Frej, 2011).

„Dlouhodobé působení stresu člověka vybočuje z jeho rovnováhy, což kompenzuje vznikem určitého psychosomatického onemocnění. Během stresového období se zhoršuje ekzém, lupénka, zácpa a další zdravotní potíže. Vážné mohou být důsledky stresu na duševní funkce“ (Miklánek, 2014, p. 158).

Jako důsledek chronického stresu spolu s velkou zátěží a nedostatečnou možností odpočinku je uváděn i syndrom vyhoření.

Pro zvládání stresu je důležité si uvědomit, zda se zaměřujeme na problém či emoci. Při snaze o řešení problému je potřeba najít správné řešení konkrétní zátěžové situace. Soustředíme-li se na emoci, často, pokud ji nelze vyřešit či odstranit (úmrť blízkého člověka), je vhodné vyhledat odbornou pomoc, popřípadě i vhodnou medikaci (Miklánek, 2014). Nejdůležitějším faktorem je ale samozřejmě včasná prevence a snaha odbourávat všechny možné příčiny každodenního stresu: nezdravý životní styl, negativní myšlení (pesimismus, nadměrné analyzování nebo sebekritika), duševní bloky (přehánění, strnulé myšlení, nadměrná očekávání) a některé stresující charakterové vlastnosti (perfekcionismus, servilnost, workoholismus). Proto je dobré najít si jakýkoli jeho protipól: pečovat o duši i tělo, ať již formou fyzického cvičení, relaxačních technik, meditace, dechových cvičení apod. Ale především mít důvod žít, sama sebe dobře naladit a radovat se s různých maličkostí (Frej, 2011).

2.3 Životní styl

Pokud jsme zmínili hlavní příčinu způsobující psychosomatická onemocnění, nemůžeme opomenout nejdůležitější faktor, díky kterému jim může zabránit.

„Vyhnout se závažné nemoci i předčasné smrti může být v nejvyšším zobecnění docela snadné. Postačí odkoukat životní styl zdravých a šťastných lidí. A vnějšek udělá vše, aby to usnadnil. Představí se mnohem svůdněji a srozumitelněji“ (Novotný, 2015, p. 6).

Že životní styl je nejdůležitějším determinantem zdraví, nám ukazuje i soudobá literatura, ve které se uvádí, že zdraví člověka ovlivňuje v 50 až 60%, zbytek tvoří genetika (10 až 15%), životní prostředí (20 až 25%) a zdravotnictví (10 až 15%) (Čeledová, 2010).

A jak už bylo zmíněno, účinnou ochranou proti všem stresorům je vyvážený program, doplněný péčí o tělo, kvalitní sít sociálních vztahů, volnočasové aktivity, které máme rádi, a pocit, že nejsme přetížení. Shrňme-li body, které nám mohou pomoci od stresu a zvýšit kvalitu života, dojdeme skutečně k pojmu zdravý životní styl. Mnozí z nás ho v současné době zejména díky svým pracovním povinnostem opomíjejí, a vystavují se tak možností různých onemocnění.

Co vše zdravý životní styl obnáší: Jednoznačně se jedná o zdravou výživu, složenou z kvalitních potravin. Důležitým hlediskem správné stravy je konzumace rozmanitých druhů potravin ve vyváženém poměru. Příjem energie by neměl výrazně překročit výdej. „Je důležité zmínit se také o tom, že zdravá strava ovlivňuje pro nás tak velmi důležitý mechanismus, jakým je imunitní systém“ (Petrová, 2011, p. 131). Chceme-li ho podpořit, klíčovou roli hraje vitamin C, zinek a beta-karoten. Dalším důležitým aspektem je dostatečný příjem tekutin. Ke zdravému životnímu stylu patří také dostatečná pohybová aktivita, která by měla být přirozenou každodenní činností každého z nás,

protože upevňujeme funkci srdce, cévního systému, svalů a vyplavené endorfiny nám zajistí to, že se cítíme dobře. Nezbytný pro náš organismus je také spánek. Díky němu regenerujeme, proto by každý z nás měl na svou vlastní spánkovou hygienu dbát. K dalším podstatným bodům zdravého životního stylu patří péče o naše zdraví, včetně preventivních prohlídek, a umění odpočinout si a relaxovat podle svých potřeb. Určitě bychom ale neměli hledat pomoc v alkoholu, přejídání se, v energetických nápojích, či analgetikách. Protože jakékoli závislosti jsou pro zdravý životní styl velkým nepřítelem, podobně jako stres. Naopak velmi důležitý je životní optimismus a drobné radosti v každém dni. A mimo to je pro zdravý životní styl velmi významná pravidelnost ve všem, co děláme: v jídle, v pohybu, ve spánku i v ostatních našich aktivitách (Petrová, 2011).

Na otázku, jaká je kvalita životního stylu v Českého republice, odpověď nalezneme například ve výzkumu z roku 2014, který provedla psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze ve spolupráci s agenturou STEM/MARK. Respondentů, kteří se výzkumu na téma „Stres, deprese a životní styl v České republice“ účastnili, byla více jak tisíc a to ve věku od 25 – 65 let. Hlavními řešiteli byli přednosta Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. a klinický psycholog PhDr. Radek Ptáček, Ph.D.

Zaměříme-li se pouze na několik výsledků týkajících se zdravého životního stylu, z projektu vyplynulo, že jej dodržuje pouze 17 % dotazovaných. A ti, kteří trpí depresemi, se jím řídí v necelých 6 %. Alarmující je i skutečnost, že 17 % uvádí velmi častou až denní konzumaci alkoholu. Třetina se nevěnuje zdraví prospěšné fyzické aktivitě ani půl hodiny týdně. Tyto výsledky jasně potvrdily, že mnozí z nás upřednostňují pasivní životní styl, na nějž často navazuje pracovní stres, deprese a syndrom vyhoření (Raboch & Ptáček, 2015).

To, že naše zdravotní obtíže skutečně závisí na stylu, který žijeme, dokazují i civilizační choroby, se kterými se setkáváme: obezita, vysoký krevní tlak, astma, snížená imunita, srdeční choroby či diabetes. Poslední zmíněné onemocnění prokazuje v posledních letech nárůst a lékaři jsou přesvědčeni, že souvisí s nadváhou, a to ve všech věkových kategoriích (Frej, 2011).

V tomto ohledu je velmi podstatná práce zdravotnického personálu, především sester. Přijdou-li do kontaktu s jakýmkoli pacientem, jehož životní styl nepodporuje proces uzdravování, je nutné se mu věnovat. Správné vedení pacientů, objasňování škodlivosti mnoha rizikových faktorů, podílejících se na různých onemocněních (kouření, alkohol, špatná životospráva, nedostatek pohybu, neléčený stres atd.) je důležitou součástí všech aktivit, na kterých se sestra s pacientem spolupodílí. Za velmi důležité zejména při již chronických onemocněních jsou považována především tato doporučení: „přestat kouřit, omezit pití alkoholu, pravidelně cvičit nejméně tolik, kolik se rovná různé třicetiminutové chůzi třikrát týdně, udržovat si odpovídající hmotnost a dodržovat zásady zdravé výživy, jíst denně čerstvé ovoce a zeleninu, snížit příjem soli a přejít na nenasyčené tuky“ (Šafránková, 2010. p. 20).

Sestry se ale mohou spolupodílet nejen při práci s jedním konkrétním pacientem, mohou se zabývat i vzdělávacími a informačními aktivitami ve školách či na pracovištích, nutričním poradenstvím či podporovat zdravé životní prostředí (Šafránková, 2010).

V současné době se stresu, vlivu stresorů i špatným návykům životního stylu může vyhnout jen málokdo a každý z nás by si měl osvojit alespoň nějaké metody, které mu pomohou obtížné situace zvládnout. A především by si měl uvědomit důležitost zdravého životního stylu.

2.4 Psychosomatická onemocnění

Další část práce se soustředí na některá z častých onemocnění, která lze klasifikovat jako psychosomatická. Je až s podivem, že se mohou týkat téměř celého lidského těla a zasahují tedy do všech lékařských oborů. Zároveň je nutné si uvědomit, že mohou být spojena s negativními emocemi.

„Jenomže já se opravdu nepotkávám se závažně nemocnými či předčasně umírajícími, které by neovládly a neničily rozličné rozpory, utrpení, sociální bezvýchodnost, závislost, beznadějnost, deprese, egoismus či silný stres. Uvedené nectnosti mívají bohužel větší dopad na vznik nemoci než takzvané ctnosti na uzdravení“ (Novotný, 2015, p. 20).

Z hlediska mezinárodní klasifikace nemocí můžeme dle Miklánska (2014) rozdělit psychosomatická onemocnění do tří základních skupin. Skupinu psychiatrickou, kdy se jedná o psychiatrické pacienty, kteří vykazují vysokou míru psychosomatizace, tzv. vyskytuje se u nich řada tělesných obtíží, pro které nelze zjistit organickou příčinu. Ve druhé, psychologické skupině, jsou pacienti s takzvaně „objektivním“ psychosomatickým onemocněním, jako je bronchiální astma, Crohnova choroba, chronické vředové onemocnění žaludku či dvanácterníku, ulcerózní kolitida, hyperventilace, urologické funkční poruchy, obezita aj.. A třetí skupinu tvoří pacienti s chronickými tělesnými onemocněními, u kterých se předpokládá, že dopad nemoci na jejich psychiku bude nesporný. Sem řadíme např. diabetes mellitus, roztroušenou mozkomíšni sklerózu, stavy po vážných onkologických onemocněních, závažných infarktech myokardu, ale i časté záněty horních cest dýchacích či opakované dětské angíny.

Zaměříme se nyní na některá z nejčastěji uváděných typů psychosomatických onemocnění. Nejen k jejich výčtu, ale především ke vzhledu do psychosociálních spouštěcích faktorů a základní psychosomatické péče při těchto onemocněních nám výborně poslouží publikace Základní psychosomatická péče autorů W. Tresse, J. Krusse a J. Otty.

2.2.1 Astma

Tato nemoc se projevuje záchvatovými stavy, při nichž se pacientovi nedostává vzduch, jeho dýchání doprovází zvuky, má tlak na prsou, pálení kůže, svědění, pocity únavy atd. Doprovodným příznakem bývá úzkost. Mimo alergeny, infekce a fyzikální podněty spouští astmatické záchvaty psychosociální faktory. K nejtypičtějším patří stav zoufalství, beznaděje, opuštěnosti či bezmocné zloby. Za základní psychosomatickou péči je považováno nastavit správné dávkování léků, umožnit pacientovi, aby se o své nemoci a jejích příčinách dověděl co nejvíce, v případě potřeby mu zajistit psychoterapeutickou pomoc, nekritizovat či odsuzovat pacientovy rizikové způsoby chování, ale spíše nabídnout spolupráci při řešení problému (Tress, Krusse & Ott, 2008).

2.2.2 Bolesti hlavy – migréna

Z psychosomatického hlediska lze rozlišit tři formy bolestí hlavy: vaskulární bolesti (migréna), bolesti hlavy způsobené napětím a psychogenní bolesti hlavy (depresivní obtíže).

Bolesti hlavy způsobené migrénou jsou pulzující, pacient je přecitlivělý na světlo, trpí nevolností, zvracením. Typickými osobnostmi jsou lidé ctižadostiví, vysoce výkonní, urážliví a se sklonem k perfekcionismu. Za spouštěče jsou často označovány požadavky na osamostatnění, silné emocionální zkušenosti nebo naopak pocit uvolnění (dovolená, konec pracovního týdne). Napětí vyvolává bolesti vystřelující od krční páteře, ze zátylku do oblasti čela. Tito pacienti jsou popisováni jako nepřátelští, úzkostliví, afektivní i ti, kteří se v sobě hůře vyznají. Pokud je vyloučena diagnóza, kdy bolest hlavy způsobuje jiná než psychická příčina, je nutné společně s pacientem najít případné spouštěče. Je dobré se zaměřit na pracovní, stravovací a spací návyky, doporučit fyzikální terapii, biofeedback, autogenní trénink, uvolňující psychoterapii apod. Pokud bolesti hlavy přetrvávají, je vhodná psychoterapie a pozitivní motivování pacienta pro překonání jeho možného skeptického pohledu (Tress et al., 2008).

2.2.3 Bolesti zad

Bolesti zad jsou klasickým psychosomatickým onemocněním současnosti. Velmi často jsou způsobeny vadným držením těla, sedavým zaměstnáním, jednostrannou prací, obezitou a především nedostatkem správného cvičení. Na chronické bolesti zad se mimo somatické příznaky podílejí neurotické konflikty, traumatické pocity z raného dětství, aktuální vztahové problémy či depresivita. Při léčbě je nutné dbát na její správné rozfázování a především vedle medikace nezapomínat na fyzioterapii, ergoterapii, fyzikální terapie aj. Určitě jsou vhodné i podpůrné terapie, které slouží k celkovému uvolnění (Tress et al., 2008).

2.2.4 Chronické choroby zažívacího traktu

Mezi trávicím traktem a psychikou existuje velmi úzká spojitost. K nejčastějším poruchám u běžné populace patří dráždivý žaludek nebo dráždivé střevo, projevující se příznaky jako: nechutenství, nevolnost, pocit plnosti, nadýmání, říhání, průjmy, zácpa, obecně bolestmi v oblasti břichu, aj. Tato onemocnění vyvolávají např. obtížné životní situace, rozchody, ztráty nejbližších lidí, nutnost životních rozhodnutí, zvýšené pracovní nároky. Po somatickém vyloučení nemoci mohou pacientům pomoci tzv. uvolňovací postupy: autogenní trénink či svalová relaxace.

Ztráta pocitu bezpečí či nárůst odpovědnosti jsou nejčastějšími spouštěči vzniku žaludečního vředu či vředu na dvanácterníku. „Z literatury je známé, že v průměru po deseti letech od nějaké velké katastrofy výskyt žaludečních i dvanácterníkových vředů stoupá. Hlavními faktory pro vznik nemoci tedy není bakterie Helicobacter, ale stres, k čemuž přispívá kouření, alkohol, nepravidelný režim s vynecháváním jídel nebo nedostatek spánku, který zvyšuje hladinu stresového kortizolu. Navíc u člověka, u něhož se vřed již objevil, je léčba daleko pomalejší a méně účinná“ (Frej, 2011, p. 44). Z těchto důvodů hraje psychosomatika svou roli především u profylaxe recidivy.

Za zmínku stojí jistě i dvě chronická onemocnění zažívacího traktu. Ulcerózní kolitida, chronické onemocnění střevní sliznice především ve tlustém střevě a oblasti konečníku, spojené s krvavou, hnisavou či hlenovitou stolicí, s trvalým bolestivým nutkáním na stolicí, zácpou, nevolností, herečkou aj.. Tu mohou vyvolat např. odchod od rodičů, ztráta důležitého člověka, rozchod, přestěhování aj. Při léčbě je velmi důležité vybudování stabilního a důvěrného vztahu mezi pacientem a lékařem. A Crohnova nemoc, projevující se měkkými, řídkými průjmy, pocitem na zvracení, horečkou, rychlou unavitelností, úbytkem hmotnosti aj. Tuto nemoc mohou vyvolat například strach z rozchodu, možné odloučení či urážky. Při akutních projevech je doprovázena labilitou, depresivitou nebo i rozvojem anorexie. I zde je velmi důležitý důvěrný a stabilní vztah s lékařem (Tress et al., 2008).

2.2.5 Chronická kožní onemocnění

„Pokožku je nutné chápat jako somatický, psychický a psychosociální útvar... Onemocnění pokožky je proto nutné analyzovat vždy na pozadí aktuální životní situace, současných vztahů a v souvislosti s individuální biografií“ (Tress et al., 2008, p. 165).

Selerová (2010, p. 86 - 88) uvádí, že „až jedna třetina všech pacientů s kožními onemocněními má i psychické obtíže.“ Mimo to jsou kožní onemocnění viditelná i druhým, proto mohou onemocnění kůže snižovat tělesnou atraktivitu, silně zatěžovat mezilidské vztahy a snižovat sebevědomí nemocných. Nejčastějšími zástupci kožních onemocnění spojených s psychikou pacientů jsou např. atopický ekzém, kopřivka, lupénka či akné. Jako rozhodující se psychické faktory uvádějí především u ekzému. U chronických kožních onemocnění je základem psychosomatické péče to, aby pacienti byli vedeni k pozorování sebe samých a uvědomovali si souvislosti mezi skutečnostmi v životě

a manifestací onemocnění. Pacientům by mělo být dokonce doporučeno vést si deník, a to pro snadnější rozpoznání možných spouštěčů (Tress et al., 2008).

2.2.6 Poruchy příjmu potravy: Anorexie, bulimie a obezita

Anorexie je „porucha chování s ohledem na příjem potravy doprovázená hladověním, zvracením, nadužíváním projímadel a močopudných prostředků, ale také návaly žravosti a krádežemi potravin“ (Tress et al., 2008, p. 133). Pacienti (95% ženy) neustále myslí na jídlo a především snížení přísunu kalorií. Dalšími příznaky jsou zácpa, popírání pocitu hladu, kachexie, až ohrožení života. Tyto pacientky trpí často poruchami mezilidských kontaktů, bývají arogantní, až agresivní, někdy i sociálně izolované. Následně se u nich projeví somatické příznaky podvýživy. Anorexii vyvolávají různé situace, jako např. odloučení od rodiny, různé změny v rodině, milostné vztahy či i banální situace, jako je poznámka k postavě. Při léčbě stojí lékař ve velmi nelehké situaci, pacientky trpící anorexií velmi často nedodrží ujednání, lžou, jsou vzdorovité. Z těchto důvodů je zde velmi důležité kombinovat interní a psychosomatickou léčbu, při které je pacientkám nutné objasnit závažnost jejich onemocnění, všechna možná následná rizika, diagnostikovat a léčit deficit výživy, vysvětlit pacientce i rodině průběh terapie i podat informace o zdravé výživě.

Bulimie je „nekontrolovatelné, tajné požívání velkých množství potravin se závislostním charakterem, následné zvracení vyvolané pacientkou samotnou“ (Tress et al., 2008, p. 140). Forma záchvatů a jejich četnost je rozdílná. Typickými pocity při záchvatu jsou zrušení pocitu hladu, nasycení, panický strach z nárůstu tělesné hmotnosti, výkyvy hmotnosti, stud, vina, deprese. K somatickým následkům bulimie patří např. funkční poruchy žaludku a střev, zvětšení slinivky břišní, dysfagie, ale i arytmie, otoky, poškození ledvin, zubů aj. Jako spouštěče onemocnění jsou uváděny selhání v dospívání, ponižování pacientek (vzhled, hmotnost), obavy ze ztráty blízkých. Při léčbě bulimie je nezbytná odborná psychoterapie. Základní psychosomatická péče vede pacientku k uvědomění si závažnosti onemocnění, obsahuje informace o celkovém obrazu nemoci a nabídku poradenství správné výživy.

Obezitu lze klasifikovat jako onemocnění, při kterém je hmotnost člověka v důsledku nadměrné konzumace potravin vyšší než normální hmotnost. Spouštěcími faktory jsou např. rozchod, úmrtí blízkého člověka, výkonnostní požadavky, konflikty. Obezita je chronickým onemocněním a může způsobovat řadu závažných onemocnění jako je arterioskleróza, poruchy látkové výměny, diabetes mellitus, koronární srdeční onemocnění aj. I zde proto hraje důležitou roli psychosomatická péče (Tress et al., 2008).

2.2.7 Oběhový systém

„O souvislosti mezi stresem a nemocemi srdce a cév není pochyb.....Příčinou, jež nejčastěji stojí za rizikem srdečně-cévních nemocí, není vysoká hladina cholesterolu, ale oxidativní stres a zánět, které až následně vedou k usazování cholesterolu v narušené cévní stěně“ (Frej, 2011, p. 48).

Typickým onemocněním oběhového systému jsou koronární srdeční onemocnění, a to buď ve formě infarktu myokardu nebo anginy pectoris. Zaměříme-li se na infarkt myokardu, mezi situace, které mohou toto onemocnění vyvolat, řadíme pocit pacienta, že je nadbytečný, že se snižuje jeho hodnota (nucený odchod do důchodu), že není schopen stačit výkonu, který se od něj očekává, ale i deprese, úzkostlivost či sociální izolace. Lidé s predispozicí k těmto onemocněním se vyznačují hyperaktivitou, cílevědomostí, neustálým přáním uznání, pocitem časového tlaku, zaměřují se na výkon (práce, sport) a konkurenční vztahy. I proto tito pacienti často popírají potíže, lékaře vyhledají až se značným zpožděním a o potížích promluví až na přímé dotazování. Posléze nedodrží lékařem nařízený klid na lůžku, bagatelizují onemocnění a chtějí si především ověřit svou výkonnost. Základní psychosomatická péče zahrnuje podporu pacienta při zpracovávání nemoci tak, aby se přizpůsobil realitě a spolupracoval s lékařem. Lékař by si měl všimnout především depresivity pacienta, která zvyšuje riziko opakovaného infarktu, vysvětlit pacientovi příčiny jeho obtíží a poskytnout mu ochranu jeho vlastních hodnot (Tress et al., 2008).

2.2.8 Poruchy spánku

Poruchy spánku lze podle klinického obrazu nemoci rozdělit na akutní a chronické. Akutní poruchy jsou častou reakcí na stres, napětí, frustrace, na rušivé faktory – práce na směny, hluk, či jako doprovodný jev nějakého onemocnění. Chronické poruchy spánku nemusí mít žádný podnět, popřípadě mohou být vyvolány depresemi, revmatismem či kardiálními onemocněními. Protože vlastní vnímání spánku je velmi problematické, pro diagnózu je nejdůležitější způsob pacientova probuzení, to jak začíná nový den a jak jej vnímá. Poruchy spánku lze dále dělit na poruchy usínání, poruchy v průběhu spánku a časné ranní probouzení. Jako následek s sebou nesou syndrom vyčerpání.

V rámci psychosomatické péče je vhodné snažit se vytvořit co možná nejlepší podmínky pro usínání a zmírňovat vše, co tento proces může narušovat, dále je vhodné seznámit pacienta s diagnózou, s pravidly hygieny spaní a také postupovat podle potřeb vyplývajících z jeho potíží (uvolňovací cvičení, autogenní trénink, strukturování dne atd.) (Tress et al., 2008).

2.2.9 Úzkostné stavy, deprese

Pro patologickou úzkost je typický opakovaný výskyt, nepřiměřená reakce na situaci a neschopnost vědomě úzkost kontrolovat nebo ji racionálně potlačit. Patří k nim různé druhy fobií a úzkostné poruchy, např. panická porucha či generalizovaná úzkostná porucha. Ukazuje se, že neurotická úzkost je také v dnešní době jedno z nejčastějších onemocnění v běžné populaci, a to nezávisle na faktorech pohlaví, věku nebo sociální situaci. Všechny skupiny jsou ohroženy stejně. Pro úzkostnou neurózu jsou, kromě hlavního symptomu trvale přítomné úzkosti, typické symptomy jako: např. bušení srdce, zrychlené dýchání, pocení, nevolnost, nespavost, aj.

Při fobických úzkostných stavech pacient netrpí úzkostí, ale strachem z něčeho, například z velkých prostor (klaustrofobie), z volných prostranství (agorafobie), pyrofobie (strach z nemoci) atd.

Při úzkostných poruchách je velmi důležité ve vztahu lékař – pacient najít vyvážený vztah, pacienta přehnaně neopéčovat, ale také nepřetěžovat či neponechat vše na něm (Tress et al., 2008).

Dle Tresse et al. (2008) jsou pro depresivní poruchu neboli „patologický smutek“, charakteristické ztráta elánu, zájmu a radosti, poruchy spánku, nechutenství, snížená schopnost koncentrace, úzkostné stavy, pocity viny, myšlenky na sebevraždu aj. Spouštěcích mechanismů této choroby může být mnoho, a to např. vážné onemocnění, stres, rozchod s partnerem nebo úmrtí. Stres se obecně velmi úzce s depresí pojí, a to především s jejími recidivami (Frej, 2011). Při léčbě depresivních poruch se velmi často využívá antidepressiv, která by měla být doplněna vhodnými terapeutickými opatřeními, jako jsou podpora, uvolnění, naděje, umožnění smutku, objasnění nemoci rodinným příslušníkům atd. „Psychosomatika posuzuje depresivní naladění i jako nedostatek hlubších kontaktů s nejbližšími, jako velice hlasité volání o emoční výpomoc, o silnější lásku a pevnější vztahy“ (Novotný, 2015, p. 31).

Zároveň je velmi nutné si v rámci terapie uvědomovat nebezpečí sebevraždy, zejména u těžkých forem deprese.

K výčtu mnoha dalších psychosomatických onemocnění můžeme řadit nemoci dýchacích orgánů, gynekologické nemoci, funkční sexuální poruchy, únavový syndrom, onemocnění s poruchami chování a mnohá další. A nezdědkakdy se uvádí psychický problém i jako spouštěč pro onkologická onemocnění. „Deprese bývá původcem jiných nemocí, například rakoviny. Deprese postupuje, rakovina následuje. Mizí-li deprese, rakovina se někdy s ochotou stahuje“ (Novotný, 2015, p. 32). Proto v lékařství nelze psychosomatický přístup ani podceňovat ani opomíjet. „Psychosomatická medicína pouze požaduje, aby při hodnocení člověka ve zdraví a nemoci byly brány v úvahu stejně jako faktory biologické také faktory psychologické, sociální a spirituální. Člověk totiž není biologický stroj, má svou psychologickou složku a žije v sociální síti a jeho život má – nebo by alespoň měl mít – nějaký smysl“ (Honzák, 2013, p. 34).

2.3 Psychosomatická onemocnění v souvislosti s dětstvím a dospíváním

Pro úplnost pohledu na psychosomatická onemocnění je potřeba také zmínit dětství a dospívání, které mohou být pro rozvoj těchto chorob stěžejní.

„Pokud dítěti hrozí sociální nebezpečí z vnějšku, ať už uvědomované nebo neuvědomované, reálné či nereálné, jednotlivé nebo komplexní, pak se to časem zobrazí v armádě zverbované ze statisíců dětských alergiků, astmatiků, autistů a rozličně dysfunkčních. Také noční pomočování, problémy defekací, noční děsy, poruchy chování i agresivita dosvědčují širší či selektivní konfrontaci dítěte s lhostejným, nevlídným či nepřátelským vnějškem“ (Novotný, 2015, p. 86).

Souvislostmi psychosomatických onemocnění s naším vývojem v dětství a dospívání se velmi podrobně zabývá uznávaný německý psychoterapeut Heinz-Peter Röhr (1949). Dle Röhra (2015) to, jak se náš život a s ním související celkový vývoj bude utvářet, začíná již v těhotenství. Děti, které jsou během něj odmítány, mají již po narození různé problémy: menší porodní váha, častější problémy s příjmem potravy, horší imunitní systém, a v důsledku toho větší náchylnost k onemocnění. A půjdeme-li dále a srovnáme jeho názory s myšlenkami českého psychologa Petra Novotného: „Pokud není plod v matčině lůně vítán, jeho narození je očekáváno s úzkostí, necítí-li se v bezpečí, pak je stresován. Experimenty se stresováním lidských plodů prokázaly těžká a v podstatě nevyhýlitelná traumata. Tyto děti bývají menší, nemocnější, méně inteligentní a sociální a více agresivní.“ (Novotný, 2015, p. 87), zjistíme, že jsou v podstatě shodné.

Röhr (2015) dále zmiňuje tři otázky, které jsou po narození pro každého člověka stěžejní: Tou první je: Jsem vítáný? Kladná odpověď zajišťuje člověku zdroj tolik potřebné sebejistoty a poukazuje na skutečnost známou především ve vývojové psychologii – veliký význam prvního roku života, důležitého pro citový vývoj. Opak může vyvolat vztek a zoufalství a později často vede k těžkým depresím, úzkostným poruchám a psychosomatickým onemocněním. Ti, kteří nejsou vítáni, se v dospělosti častěji než ostatní pokoušejí o sebevraždu. Druhá otázka: Vyhovuji? je pro rozvoj dítěte neméně důležitá. Není-li dítě dostatečně oceňováno či uznáváno, jeho sebejistota tím trpí a poškozuje se. Tento pocit vzbuzuje úzkost či úzkostné poruchy a později mohou takoví jedinci upadat do depresí. A třetí otázka zní: Dostávám dost lásky a tepla? I zde je kladná odpověď velmi podstatná, protože lidé, kteří nebyli v dětství dostatečně milováni svými rodiči, mohou více než jiní trpět v dospělosti díky narušenému sebevědomí psychickými nebo psychosomatickými onemocněními.

V souvislosti s negativními odpověďmi na tyto tři základní otázky pak Röhr (2015) rozlišuje různé typy osobností: depresivní, narcistickou, závislou, hysterickou, obsedantně kompulsivní, schizoidní či dále pacienty s hraniční poruchou osobnosti. U všech těchto lidí se setkáváme s „programy“, které si v sobě vytvořili v dětství: Nejsem vítán, nevyhovuji, jsem bezcenný, nejsem hodný lásky, nemám právo na svůj hněv, nemám právo na svobodu, nejsem důležitý apod. Pokud opět porovnáme Röhrovy myšlenky

s myšlenkami Novotného, znovu dojdeme ke shodě: „Děti, které nebyly dostatečně laskány, nemívají v dospělosti přinejmenším odvahu či chuť k milostnému životu a založení rodiny. Některým se k tomu nedostává ani fyziologických předpokladů. Mládencům chybějí spermie, dívky mívají poruchy cyklu a jejich problémy se v dalších generacích dále zhojňují. Děti matek, které trpěly v raném těhotenství silným stresem, onemocní v dospělosti například roztroušenou sklerózou“ (Novotný, 2015, p. 78).

Je tedy možné shrnout, že naše dospělost je ovlivněna našimi pozitivními či negativními prožitky z dětství. „Číst o stresovaných a nemocných dětech, z nichž se stávají nešťastní a nemocní dospělí, může být bolestivé, bohužel se tomu nemohu vyhnout, protože v dětství začíná nejen všechno dobré, ale bohužel i všechno zlé,“ píše dále Novotný (2015, p. 73). A uvádí i skutečnost, že těžkou nemoc v dospělosti mohou vyvolat i již zapomenutá traumata, prožitá v dětství.

Vrátíme-li se naposledy k Röhrově knize, zjistíme, že kdokoli z nás může podle něj svému nepříznivému dětství uniknout. Celou publikaci prolínají výborně propracované a přitom jednoduché tzv. nové programy, na jejichž základě se člověk může naučit novým způsobům chování a jeho neradostné či deformované dětství ho nemusí determinovat. „Práce s novými programy změní náš životní pocit. Sebejistota se zlepšuje stejnou měrou, jakou se nám daří zbavovat se okovů z dětství. Práce s novými programy nás činí smělejšími a svobodnějšími. Cílem je žít stále víc svoji skutečnou osobnost. K tomu všemu se ještě vyvíjí nezávislé sebevědomí. Život tady a teď vede k uznavání sebe sama a k sebelásce“ (Röhr, 2015, p. 61).

Vzhledem k těmto skutečnostem se opět dostáváme k bodu, jak nesmírně důležitý je holistický přístup k pacientovi, celková anamnéza, nutnost zabývat se vším, co by mohlo vést k rozklíčování pacientova onemocnění. A začít by měl každý lékař již pacientovým dětstvím.

2.4 Léčba psychosomatických onemocnění

Jestliže jsme se v předchozích částech zabývali různými druhy psychosomatických onemocnění a jejich příčinami, je neméně důležité zmínit i jejich léčbu.

„Psychosomatická medicína podněcuje nemocné k odvaze, aktivitě, sebekázní a sebeanalýze, takže například postřehnou, že spontánnímu vyléčení napomůže niterný řád, že jejich včerejší honičky dnes vypadají směšně, že u partnera hledali spíše to, co postrádali v dětství, že příliš silná partnerská emoční vřelost nebývá vřela přijata, že sice po něčem touží, ale přitom o něco jiného usilují, že je nemoc donutí k pokoře, ale když se uzdraví, tak se pokora rychle rozplyne“ (Novotný, 2015, p. 23).

Dle Dahlkeho (2014) je nejprve nutné si uvědomit, že nemoc není něco, co se nám přihodí, ale něco, co si vytváříme sami. Zároveň je velmi důležité všimnout si řeči těla, která nám poskytuje různá upozornění na to, čím bylo ublíženo duši, a díky tomu můžeme hledat

správná řešení při celkovém léčebném procesu. V této příručce pro výklad příznaků psychosomatických chorob a jejich řešení autor na desítkách onemocnění uvádí, jak velice důležité je při projevech všech (tělesných, psychických i sociálních) symptomů naše podvědomí a i to, co potlačujeme. Zabývá se celým tématem nemoci, k němuž podle něj patří i vztah k okolnímu světu, rodina, bydlení či práce. „Čím je vzorek rozsáhlejší a pestřejší, tím z něho vyplývají lepší a jistější poukazy, jak dospět k uzdravení“ (Dahlke, 2014, p. 6).

Pro léčbu psychosomatických onemocnění je tedy zapotřebí holistický přístup k pacientovi. Protože: „Kdo pro samé stromy již nevidí les, nikdy nepochopí téma nemoci“ (Dahlke, 2014, p. 6).

Velmi významnou osobností v rozvoji psychosomatické medicíny a tedy i léčbě psychosomatických onemocnění je MUDr. Jaroslav Baštecký. Díky němu a jeho kolegům vzniklo průkopnické dílo „Psychosomatická medicína“, ze kterého lze mnohé poznatky čerpat dodnes.

Dle Bašteckého et al. (1993) lze říci, že se psychosomatická medicína od ostatních lékařských oborů odlišuje především tím, že zatímco každý obor má daný svůj předmět zájmu, k porozumění psychosomatického přístupu k pacientovi je nutné zjistit a zpracovat informace z mnoha oblastí a zdrojů a využít co nejvíce získaných poznatků. Na odhalení pravých příčin pacientových potíží a komplexní léčbě by se měli podílet různí specialisté. Autoři jasně popisují možný rámec psychosomatického přístupu k pacientovi. Na počátku stojí obvodní lékař, který by měl mít oporu v psychosomaticky školeném konzultantovi. Oba pracují týmově s dalšími odborníky. Důležitost práce v týmu je totiž nezastupitelná a jak už bylo řečeno, měla by být základem psychosomatické péče. Dále uvádějí čtyři nejdůležitější důvody, které lze stručně shrnout takto:

- 1) Je nemožné, aby se jeden lékař orientoval ve všech odbornostech, které jsou pro biopsychosociální přístup k pacientovi nezbytné.
- 2) Vnitřní profesní a sociální vztahy v týmu výrazně ovlivňují vztah, důvěru i chování pacienta.
- 3) Díky různým odbornostem členů týmu je možné využít širší spektrum diagnosticko-terapeutických možností při léčbě.
- 4) Je zajištěna kontinuita péče.

Tým může mít zároveň dvě podoby, buď neměnnou, a to například u pacienta na lůžkovém oddělení, či „mobilní“, kdy se vychází z dané situace a odborníci v týmu se mění dle aktuální potřeby pacienta (Baštecký et al., 1993).

Půjdeme-li do větší hloubky, je třeba, abychom pochopili základní psychosomatickou péči jako obor. Proto je nutné zastavit se u jejích cílů a metod léčby. „Základní psychosomatická péče vyžaduje duševní léčbu nemoci, orientující se podle aktuálního stavu nemoci, která zahrnuje následující cíle:

- odstranění (zmírnění) symptomů

- zprostředkování vzhledu do patogenních souvislostí (rozporuplnosti, konflikty)
- porozumění situaci, jež vyvolává klinický obraz stavu
- profylaktickou orientaci pacienta a jeho nejbližších vztahových osob (změnu způsobu života, překonání zábran, vyhýbání se konfliktním oblastem)“

(Tress et al., 2008, p. 30).

Za pozornost určitě stojí i myšlenka doktora Miklánska (2014) přistupovat k léčbě různých psychosomatických poruch podle toho, do jaké hloubky si pacienti uvědomují psychické a sociální příčiny svých tělesných obtíží.

Závěrem bych se ráda vrátila k velmi důležité pozici a nezastupitelné roli praktického lékaře. On je většinou tím prvním, se kterým se pacient setkává a na něm by měl záviset správný přístup k uchopení celkové léčby. A mimo správný postup a volené metody by určitě měl přispět k vytvoření důvěry ve spojení lékař – pacient.

2.5 Prevence psychosomatických onemocnění

Léčba je samozřejmě nepostradatelnou součástí v řešení onemocnění, ale velmi důležitá je i prevence, díky které není léčby třeba. Proto je nutné věnovat se jí hlouběji.

„Starejme se více o svou duši a budeme méně nemocní“ (Miklánek, 2014, p. 111).

Budeme-li se hlouběji zabývat prevencí psychosomatických onemocnění dle Miklánska (2014) musíme věnovat pozornost pravidelné psychohygieně a odolnosti člověka vůči okolním škodlivým vlivům. Duševní hygiena učí člověka předcházet psychickým problémům nebo je snáze zvládat. Proto má své důležité postavení právě v prevenci psychosomatických onemocnění. Začleňuje správný životní styl, správnou životosprávu, ale i úspěšné zvládnání různých situací, konfliktů, emocionálního napětí či stresových situací.

Při širším vzhledu do problematiky prevence je důležité zastavit se u prevence primární i sekundární. Primární prevenci, která předchází vzniku onemocnění, může provádět praktický lékař, zaměří-li se na životosprávu a zátěžové situace pacienta. Lze k ní počítat prevencí na školách, osvětu v rámci kurzů či různých seminářů (poruchy příjmu potravy, správné držení těla a předcházení bolesti zad, předcházení stresu atd.) na pracovištích, ve firmách. Avšak „Prevence psychosomatických onemocnění je velmi obtížná, poněvadž by se týkala zásahu do vedení rodinného života, do způsobu výchovy dětí, což by mohlo být považováno za ohrožení občanských svobod a zásah do privátní sféry občanů. Spíše se osvědčuje zřizování linek první pomoci, telefonického poradenství jak ohroženým ženám, tak i dětem“ (Poněšický, 2010, p. 62).

V sekundární prevenci jde především o včasnou diagnostiku a zabránění rozvoji onemocnění. Měli by ji provádět jak praktičtí, tak ostatní lékaři, se kterými je pacient v kontaktu. Psychosomatická rehabilitace pacienta obsahuje mnoho různých principů, např.

navázání vztahu důvěry s terapeutem, skupinovou terapii, psychoedukaci, spolupráci či následnou ambulantní péči (Poněšický, 2010).

Při prevenci psychosomatických onemocnění nelze opomenout, že stejně jak může mít na zdraví člověka závažný dopad například negativní myšlení, tak je důležitý jeho posun směrem k radostnému vnímání. Uvědomí-li si člověk, že jeho negace se nachází pouze v myšlenkách, nemusí se s ní ztotožnit. Pokud se tak nestane, může pod vlivem negativních emocí lidský organismus vykazovat známky některého, často právě psychosomatického onemocnění. V těchto případech, kdy si pacient nedokáže pomoci sám, hraje důležitou roli práce zdravotnického personálu, především sester, které mohou významnou měrou přispět k uzdravení díky povzbuzování a snaze vysvětlit důležitost pozitivního myšlení i umění udělat si radost (Myslivcová, 2012).

Podíváme-li se například na chronická onemocnění (obezita, kardiovaskulární onemocnění, choroby dýchacích cest aj.), jejichž spouštěčem může být i lidská psychika, je nutné si uvědomit, že znamenají nejen vysoké náklady, ale že brání i hodnotnému prožívání života. A i zde hraje veliký význam práce sester. Mimo kvalitní informovanost, je pro každého pacienta neméně důležitá i správná motivace a především vstřícná a smysluplná komunikace (Šafránková, 2010).

Vrátíme-li se na začátek, nejdůležitější prevencí všech psychosomatických onemocnění je především duševní hygiena, s ní spojený zdravý životní styl a správná životospráva. Jestliže omezíme působení stresu na náš organismus, budeme záhy řešit své životní překážky a obtíže. Naučíme-li se ve volném čase i správně relaxovat, určitě existuje větší šance se jakémukoli psychosomatickému onemocnění vyhnout.

3 Empirická část

3.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem této práce je zjistit, zda jsou vysokoškolští studenti ohroženou skupinou pro vznik možného psychosomatického onemocnění.

Mezi dílčí cíle bych pak ráda zahrнула:

1. Zjistit, zda a jak se změnil životní styl u vysokoškolských studentů.
2. Zjistit, zda mají vysokoškolští studenti obtíže, které by mohly signalizovat psychosomatické onemocnění.
3. Zjistit, zda jim bylo diagnostikováno nějaké psychosomatické onemocnění.
4. Zjistit, zda mají vysokoškolští studenti informace o možnostech prevence před psychosomatickými onemocněními
5. Zjistit, zda dodržují nějaká opatření v rámci prevence
6. Zjistit, zda závisí vznik možného psychosomatického onemocnění na typu studia.

3.2 Metodika výzkumu

Pro výzkum jsem zvolila kvantitativní metodu, kdy technikou sběru dat byl dotazník. K dosažení cílů výzkumu jsem vytvořila dotazník se 23 otázkami, který se skládal z 15 otázek uzavřených, 5 polootevřených a 3 otevřených.

Zahrnuty byly jak demografické údaje (otázky č. 1 a 2), tak otázky, odpovídající výše zmíněným cílům výzkumu. Ke zjištění cíle č. 1, zda a jak se změnil životní styl u vysokoškolských studentů, sloužily otázky č. 14, 15, 16, 17, 18, 19 a 21, pro zjištění cíle č. 2, zda mají vysokoškolští studenti obtíže, které by mohly signalizovat psychosomatické onemocnění, byly vytvořeny otázky č. 7 a 11. Pro cíl č. 3, zda bylo studentům diagnostikováno nějaké psychosomatické onemocnění, byly použity otázky č. 8 a 9. Ke zjištění, zda mají vysokoškolští studenti informace o možnostech prevence před psychosomatickými onemocněními a tedy k cíli č. 4, sloužily otázky č. 6, 10, 22 a 23. Pro cíl č. 5, zda dodržují nějaká opatření v rámci prevence, byly použity otázky č. 12, 13 a 20. A k dosažení cíle č. 6, ke zjištění, zda závisí vznik možného psychosomatického onemocnění na typu studia, byly vytvořeny otázky č. 4 a 5. Otázka č. 3 sloužila pouze jako vyřazovací.

Dotazník byl anonymní. Účast ve výzkumu byla dobrovolná a respondenti byli seznámeni s jeho účelem. Zároveň byli informováni, že se v případě zájmu mohou s výsledky výzkumu seznámit prostřednictvím mého e-mailu.

Elektronická verze tohoto dotazníku byla poskytnuta respondentům pomocí internetového odkazu (<https://www.vyplnto.cz/databaze-dotazniku/problematika-psychosomaticky/>). K jeho distribuci sloužila především sociální síť Facebook. Sběr dat probíhal v období od 4. 1. do 24. 1. 2016. Dotazníky byly shromažďovány pomocí internetové stránky www.vyplnto.cz, proto jsem neměla přístup k emailovým adresám či jménům respondentů.

3.2.1 Zpracování dat

Údaje dotazníkového šetření jsem zpracovala v počítačovém programu MS Excel. Pro výpočty jsem používala především funkce COUNTIF a SUMA, zaokrouhlovala jsem na 2 desetinná místa. Výsledky uvádím pomocí tabulek a sloupcových grafů. Údaje jsou uváděny v absolutních číslech a v procentuálních hodnotách.

3.3 Charakteristika respondentů

Hlavním kritériem pro volbu respondentů bylo, zda jsou nebo byli studenty vysokých škol. Pro výběr dotázaných nebylo rozhodující, kterou vysokou školu či obor studují nebo studovali, výzkum jsem dělala napříč různými školami.

Využila jsem metodu tzv. samovýběru, kdy se respondent mohl sám rozhodnout, zda se do výzkumu zapojí či nikoli. Dotazník nebyl věkově ohraničen. Průměrný věk respondentů činil 23,28 let.

Dotazník vyplnilo 417 respondentů. Z tohoto počtu bylo vyřazeno 20 dotazníků z důvodu neúplnosti vyplnění či nesplnění kritérií pro zařazení do výzkumu. Výsledný počet respondentů tedy byl 397 (100 %).

3.4 Vyhodnocení dotazníku

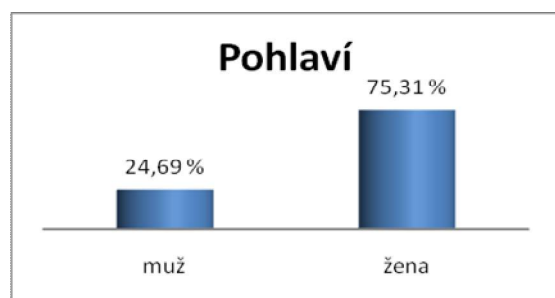
Celkový počet respondentů začleněných do výzkumu činil 397 (100 %).

Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	absolutní četnost	relativní četnost
muž	98	24,69 %
žena	299	75,31 %
CELKEM	397	100,00 %

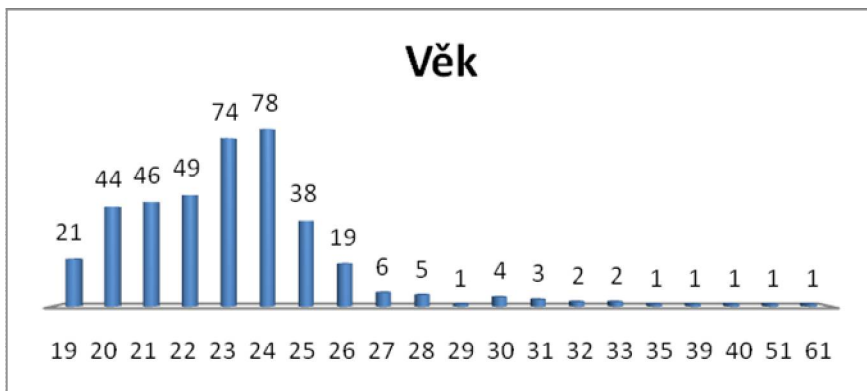
Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Z celkového počtu respondentů (397, 100%) se výzkumu zúčastnily ve větší míře ženy, a to v počtu 299 (75,31 %), muži byli zastoupeni počtem 98 (24,69 %), jak je uvedeno v tabulce č. 1 a grafu č. 1.

Otázka č. 2: Věk

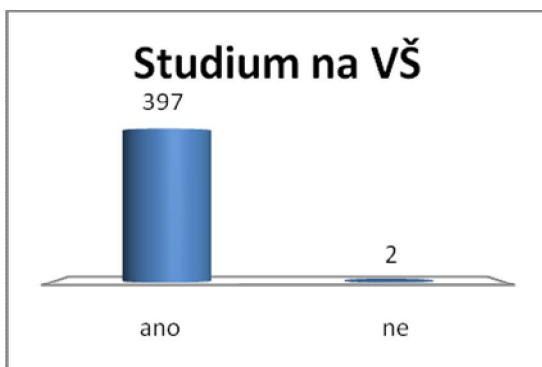
Graf č. 2 Věk respondentů



Jak znázorňuje graf č. 2, dotazníkového šetření se z celkového počtu 397 (100 %) zúčastnili respondenti ve věkovém rozmezí od 19 do 61 let. Věk 19 byl zastoupen 21 (5,29 %) respondenty, ve věku 20 bylo 44 (11,08 %) respondentů, ve věku 21 bylo 46 (11,59 %) respondentů, ve věku 22 bylo 49 (12,34 %) respondentů, ve věku 23 bylo 74 (18,64 %) respondentů, ve věku 24 bylo 78 (19,65 %) respondentů, ve věku 25 bylo 38 (9,57 %) respondentů, ve věku 26 bylo 19 (4,79 %) respondentů, ve věku 27 bylo 6 (1,51 %) respondentů, ve věku 28 bylo 5 (1,26 %) respondentů, ve věku 29 bylo 1 (0,25 %) respondentů, ve věku 30 bylo 4 (1,01 %) respondentů, ve věku 31 bylo 3 (0,76 %) respondentů, ve věku 32 a 33 byli shodně 2 (0,50 %) respondenti a pouze 1 (0,25 %) respondentem byl zastoupen věk 35, 39, 40, 51, 61.

Otázka č. 3: Studoval/a nebo studujete VŠ?

Graf č. 3 Studium na vysoké škole



Tato otázka byla vyřazovací, proto celkový součet dotázaných neodpovídá 100 % (397). Na jejím základě byli vyřazeni pouze 2 respondenti, a to z důvodu, že vysokou školu nestudovali či nestudují. S těmito dvěma dotazníky jsem dále nepracovala. Při zpracování

jsem tedy vycházela z počtu 397 dotázaných, kteří, jak znázorňuje graf č. 3, odpověděli na tuto otázku ano.

Otázka č. 4: Kterou vysokou školu jste studoval/a, studujete?

Tabulka č. 2 Vysoká škola

Vysoká škola	absolutní četnost	relativní četnost
AZ-smart	1	0,25 %
Bankovní institut vysoká škola	1	0,25 %
České vysoké učení technické v Praze	60	15,11 %
Česká zemědělská univerzita v Praze	15	3,78 %
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích	5	1,26 %
Mendelova univerzita v Brně	1	0,25 %
Masarykova univerzita	1	0,25 %
Policejní akademie ČR	2	0,50 %
Technická univerzita v Liberci	1	0,25 %
Univerzita Hradec Králové	3	0,76 %
Univerzita Jana Amose Komenského Praha	2	0,50 %
Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem	2	0,50 %
Univerzita Karlova v Praze	210	52,90 %
Univerzita Pardubice	2	0,50 %
Vysoká škola chemicko-technologická v Praze	62	15,62 %
Vysoká škola ekonomická v Praze	19	4,79 %
Vysoká škola ekonomie a managementu	1	0,25 %
Vysoká škola finanční a správní	5	1,26 %
Vysoká škola hotelová v Praze	1	0,25 %
Vysoká škola obchodní v Praze	2	0,50 %
Vysoká škola polytechnická Jihlava	1	0,25 %
CELKEM	397	100,00 %

V tabulce č. 2 respondenti (397, 100 %) uvedli 21 různých vysokých škol. Nejvíce zastoupena byla Univerzita Karlova v Praze s počtem 210 (52,9 %) dotazovaných. Téměř shodný počet měly Vysoká škola chemicko-technologická v Praze – 62 (15,69 %) a České vysoké učení technické v Praze – 60 (15,11 %) respondentů. Dalšími uvedenými byly Vysoká škola ekonomická v Praze s počtem 19 (4,79 %), Česká zemědělská univerzita v Praze s počtem 15 (3,78%), Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích a Vysoká škola finanční a správní s počtem 5 (1,26 %), Univerzita Hradec Králové s počet 3 (0,76 %) respondentů. 2 (0,50 %) dotázanými byly zastoupeny Policejní akademie ČR. Univerzita Jana Ámose Komenského Praha, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústím nad Labem, Univerzita Pardubice a Vysoká škola obchodní v Praze. Zastoupení pouze 1 (0,25 %) respondentem měly AZ-smart, Bankovní institut vysoká škola, Mendelova univerzita v Brně, Masarykova univerzita, Technická univerzita v Liberci, Vysoká škola ekonomie a managementu, Vysoká škola hotelová v Praze a Vysoká škola polytechnická v Jihlavě.

Otázka č. 5: Jaký konkrétní obor jste studoval/a, studujete?

Tabulka č. 3 Obor studia

Obor	absolutní četnost	relativní četnost
Analýza léčiv	4	1,01%
Antropologie a genetika člověka	5	1,26%
Arts management	4	1,01%
Biologie	36	9,07%
Biotechnologie léčiv	4	1,01%
Budovy a prostředí	6	1,51%
Ekologická a evoluční biologie	5	1,26%
Forenzní analýza	5	1,26%
Chemie a analýza potravin	4	1,01%
Konstrukce a dopravní stavby	4	1,01%
Konstrukce pozemních staveb	8	2,02%
Marketingová komunikace	5	1,26%
Molekulární biologie a biochemie organismu	18	4,53%
Podnikání a administrativa	5	1,26%
Příprava, realizace a provoz staveb	5	1,26%
Stavební inženýrství	12	3,02%
Syntéza a výroba léčiv	10	2,52%
Technologie potravin	5	1,26%
Všeobecná sestra	12	3,02%
Všeobecné lékařství	47	11,84%
Ostatní	193	48,61%
CELKEM	397	100,00 %

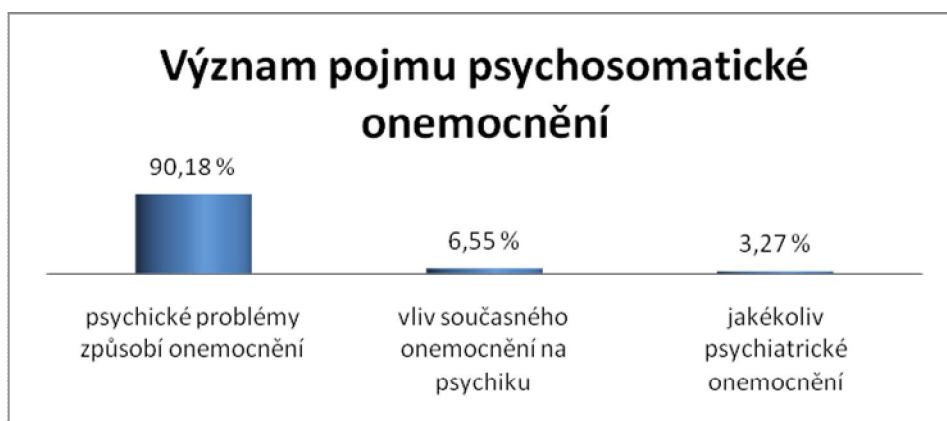
Tabulka č. 3 dokumentuje obory studia 397 (100 %) respondentů. Nejvíce zastoupenými obory byly Všeobecné lékařství s počtem 47 (11,84 %) dotázaných, Biologie s počtem 36 (9,07 %) dotázaných, Molekulární biologie a biochemie organismu s počtem 18 (4,53 %), Stavební inženýrství s počtem 12 (3,02 %), Všeobecná sestra s počtem 12 (3,02 %) dotázaných, Syntéza a výroba léčiv s počtem 10 (2,52 %) dotázaných, Konstrukce pozemních staveb s počtem 8 (2,02 %) dotázaných, Budovy a prostředí s počtem 6 (1,51 %) dotázaných. Obory zastoupené 5 (1,26 %) respondenty byly: Antropologie a genetika člověka, Ekologická a evoluční biologie, Forenzní analýza, Marketingová komunikace, Podnikání a administrativa, Příprava, realizace a provoz staveb, Technologie potravin. Obory zastoupené 4 (1,01 %) respondenty byly tyto: Analýza léčiv, Arts management, Biotechnologie léčiv, Chemie a analýza potravin, Konstrukce a dopravní stavby. Vzhledem k velkému počtu jednotlivých uvedených oborů (více jak 150), jsou další obory shrnuty pod názvem ostatní (např. Cestovní ruch, Chemie a chemické technologie, Nanomateriály aj.). Tuto skupinu reprezentuje 193 (48,61 %) respondentů.

Otázka č. 6: Co podle vás znamená pojem psychosomatické onemocnění?

Tabulka č. 4 Význam pojmu psychosomatické onemocnění

Význam pojmu psychosomatické onemocnění	absolutní četnost	relativní četnost
psychické problémy způsobí onemocnění	358	90,18 %
vliv současného onemocnění na psychiku	26	6,55 %
jakékoliv psychiatrické onemocnění	13	3,27 %
CELKEM	397	100,00 %

Graf č. 4 Význam pojmu psychosomatické onemocnění



Jak znázorňuje tabulka č. 4 a graf č. 4, z celkového počtu respondentů (397, 100 %) správnou odpověď na otázku, co znamená pojem psychosomatické onemocnění, uvedlo 358 (90,18 %) osob. Pouze 26 (6,55 %) dotázaných uvádí, že se jedná o vliv současného onemocnění na psychiku a 13 (3,27 %) dotázaných považuje psychosomatická onemocnění za psychiatrická.

Otázka č. 7: Trpěli jste v průběhu studia nějakými zdravotními obtížemi, které se opakovaly?

Tabulka č. 5 Opakující se zdravotní obtíže v průběhu studia

Opakující se zdravotní obtíže v průběhu studia	absolutní četnost	relativní četnost
ano	165	41,56 %
ne	232	58,44 %
CELKEM	397	100 %

Graf č. 5 Opakující se zdravotní obtíže v průběhu studia



Z tabulky č. 5 a grafu č. 5 vyplývá, že z celkového počtu 397 (100 %) dotázaných 232 (58,44 %) respondentů netrpí opakujícími se zdravotními obtížemi, zatímco 165 (41,56 %) dotázaných uvedlo, že ano.

Tabulka č. 6 Opakující se zdravotní obtíže

Opakující se zdravotní obtíže	absolutní četnost	relativní četnost
Zmíněn jeden problém	92	55,76 %
Zmíněny dva problémy	43	26,06 %
Zmíněno tři a více problémů	30	18,18 %
CELKEM	165	100,00 %

Ze souboru 165 respondentů, kterým se opakují zdravotní obtíže, jak uvádí tabulka č. 6, jich 92 (55,76 %) zmiňuje, že trpí pouze jedním zdravotním problémem, 43 (26,06 %) zmiňuje dva zdravotní problémy a 30 (18,18 %) tři a více.

Tabulka č. 7 Výčet nejčastějších opakujících se zdravotních obtíží

Opakující se zdravotní obtíže	počet
Bolesti břicha	13
Bolesti hlavy	19
Bolesti zad	16
Ekzém	10
Gynekologické potíže	10
Migréna	14
Nespavost	13
Nevlnost	16
Zaživací potíže	35

Tabulka č. 7 pak znázorňuje nejčastější zdravotní obtíže dotázaných (165, 100 %). Respondenti mohli v této výčtové otázce uvést více odpovědí, proto výčet převyšuje počet

dotázaných a výsledný součet nedává 100 %. Nejvíce zastoupenou skupinu představují zažívací obtíže, které uvedlo 35 osob. 19 respondentů si stěžuje na bolest hlavy, 16 respondentů na bolesti zad nebo na nevolnost, 14 respondentů na migrény, 13 respondentů na bolesti břicha nebo nespavost. Gynekologické potíže nebo ekzém pak uvádí 10 dotázaných.

Otázka č. 8: Bylo Vám v průběhu Vašeho studia na VŠ diagnostikováno nějaké psychosomatické onemocnění?

Tabulka č. 8 Diagnostikované psychosomatické onemocnění v průběhu studia

Diagnostikované psychosomatické onemocnění	absolutní četnost	relativní četnost
ano	23	5,79 %
ne	374	94,21 %
CELKEM	397	100,00 %

Z celkového počtu respondentů (397, 100 %) jich 23 (5,79 %) uvedlo, že jim bylo diagnostikováno alespoň jedno psychosomatické onemocnění a 374 (94,21 %) dotázaných naopak uvedlo, že ne, jak je znázorněno v tabulce č. 8.

Tabulka č. 9 Nejčastější diagnostikované psychosomatické onemocnění

Diagnostikované psychosomatické onemocnění	počet
Bolesti hlavy	2
Deprese	3
Opary	2
Úzkostná porucha	4
Ostatní	23

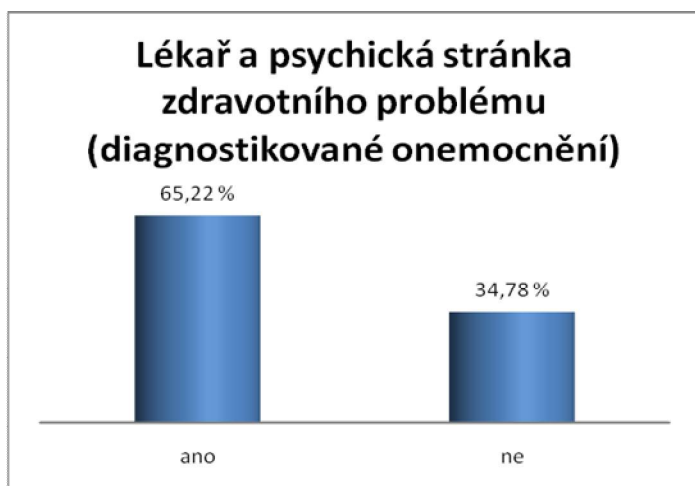
V této výčtové otázce mohli respondenti (23, 100 %) uvádět více odpovědí, proto výsledný součet převyšuje 100 %. Bylo uvedeno 27 různých diagnostikovaných psychosomatických onemocnění. V tabulce č. 9 pak nalezneme seznam těch nejčastějších nemocí: úzkostná porucha (4 osoby), deprese (3 osoby), bolesti hlavy (2 osoby), opary (2 osoby).

Otázka č. 9: Řešil s Vámi někdy lékař psychickou stránku Vašeho zdravotního problému?

Tabulka č. 10 Lékař a psychická stránka zdravotního problému – diagnostikované onemocnění

Lékař a psychická stránka zdravotního problému (diagnostikované onemocnění)	absolutní četnost	relativní četnost
ano	15	65,22 %
ne	8	34,78 %
CELEKM	23	100,00 %

Graf č. 6 Lékař a psychická stránka zdravotního problému – diagnostikované onemocnění

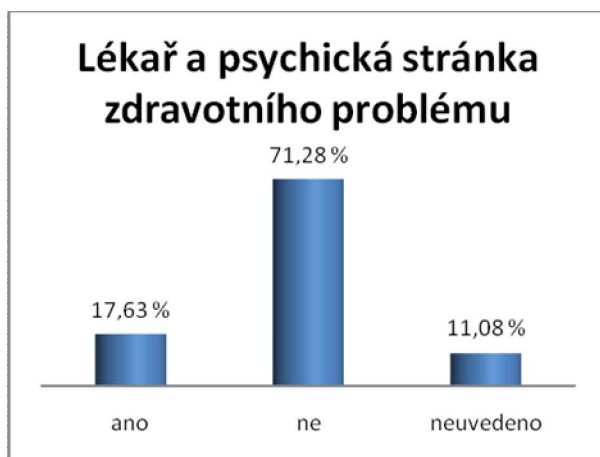


Tabulka č. 10 a graf č. 6 ukazují, že z počtu 23 (100 %) dotázaných, kteří uvedli, že jim bylo diagnostikováno psychosomatické onemocnění, pouze 15 (65,22 %) osob odpovědělo, že s nimi lékař řešil psychickou stránku jejich problému a 8 (34,78 %), že nikoliv.

Tabulka č. 11 Lékař a psychická stránka zdravotního problému

Lékař a psychická stránka zdravotního problému	absolutní četnost	relativní četnost
ano	70	17,63 %
ne	283	71,28 %
neuveďeno	44	11,08 %
CELEKEM	397	100,00 %

Graf č. 7 Lékař a psychická stránka zdravotního problému



Tato otázka byla určena respondentům, kteří odpověděli na otázku č. 8 kladně, proto byla tato otázka nepovinná. Přesto ji vyplnila většina respondentů, proto výsledky zmiňuji. Z celkového počtu 397 (100 %) dotázaných 238 (71,28 %) uvedlo, že s nimi lékař nikdy neřešil psychickou stránku zdravotního problému, 70 (17,63 %) uvedlo, že ano

a 44 (11,08 %) respondentů tuto otázku nezodpovědělo, jak dokumentuje tabulka č. 11 a graf č. 7.

Otázka č. 10: Myslíte si, že stres může být spojen se vznikem onemocnění?

Tabulka č. 12 Stres a vznik onemocnění

Stres a vznik onemocnění	absolutní četnost	relativní četnost
ano	393	98,99 %
ne	4	1,01 %
CELKEM	397	100,00 %

Graf č. 8 Stres a vznik onemocnění



Z celkového počtu 397 (100 %) dotázaných téměř všichni respondenti (393, 98,99 %) jsou přesvědčeni, že stres může být spojen se vznikem onemocnění, pouze 4 (1,01 %) dotázaní si to nemyslí, jak uvádí tabulka č. 12 a graf č. 8.

Otázka č. 11: Pociťoval/a jste či v současné době pociťujete v průběhu studia stres?

Tabulka č. 13 Stres v průběhu studia

Stres v průběhu studia	absolutní četnost	relativní četnost
ano, často	215	54,16 %
občas	152	38,29 %
nevím	3	0,76 %
málokdy	25	6,30 %
ne, nikdy	2	0,50 %
CELKEM	397	100,00 %

Tabulka č. 13 znázorňuje, jak v průběhu studia ovlivňuje stres dotázané (397, 100 %). Odpověď: „Ano, často“ uvedlo 215 (54,16 %) respondentů, „občas“ uvedlo 152 (38,29 %) respondentů, „nevím“ uvedli 3 (0,76 %) respondenti, málokdy 25 (6,30 %) respondentů a „ne, nikdy“ uvedli 2 (0,50 %) respondenti.

Otázka č. 12: Jak jste si udržoval/a, udržujete během studia v psychické pohodě, popř. zbavoval/a, zbavujete stresu?

Tabulka č. 14 Činnosti pro odbourávání stresu, udržení psychické pohody

Antistresové činnosti	počet
Sport	237
Četba	161
Příroda	196
Konzumace většího množství alkoholu	84
Divadlo, kino	96
Sledování televize (seriály, filmy)	228
TV hry, PC hry	99
Čas, trávený s přáteli	282
Čas, trávený s rodinou	199
Cigarety	58
Relaxační činnosti (sauna, masáže, kosmetika...)	49
Relaxační techniky (např. jóga) a meditace	53
Odpočívám, „nic nedělám“	198
Nemám činnost, která by mi sloužila k odbourání stresu	11
Jiné	25

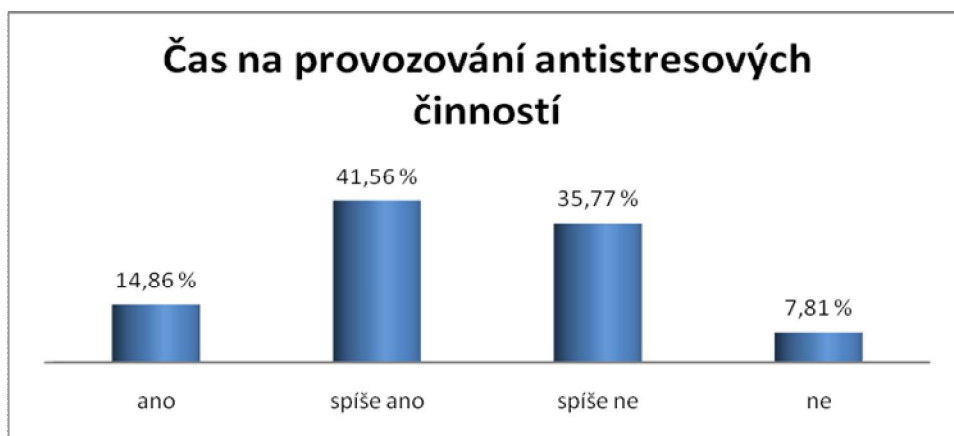
Tabulka č. 14 uvádí přehled nejčastějších činností a způsobů, díky nimž se respondenti udržují v psychické pohodě a zbavují stresu. V této výčtové otázce bylo možné zaškrtnout více odpovědí, a proto výsledný součet nedává 100 %. Nejvíce bylo zastoupena odpověď: „Čas, trávený s přáteli“ (282). Následovaly „Sport“ (237), „Sledování televize (seriály filmy)“ (228), „Čas, trávený s rodinou“ (199), „Odpočívám, „nic nedělám“ (198), „Příroda“ (196). „Četba“ (161), „TV hry, PC hry“ (99), „Divadlo, kino“ (96), „Konzumace většího množství alkoholu“ (84), „Cigarety“ (58), „Relaxační techniky (např. jóga) a meditace“ (53), „Relaxační činnosti (sauna, masáže, kosmetika...)“ (49) a „Nemám činnost, která by mi sloužila k odbourání stresu“ (11). Do volné odpovědi „Jiné“ respondenti uvedli 25 dalších různých možností, a to např. hudbu, sex, jídlo či domácí zvířata.

Otázka č. 13: Měl/a jste, máte během studia dostatek času na pravidelné provozování těchto činností (viz otázka č. 12: Jak jste si udržoval/a, udržujete během studia v psychické pohodě, popř. zbavoval/a, zbavujete stresu?)?

Tabulka č. 15 Čas na provozování antistresových činností

Čas na provozování antistresových činností	absolutní četnost	relativní četnost
ano	59	14,86 %
spíše ano	165	41,56 %
spíše ne	142	35,77 %
ne	31	7,81 %
CELKEM	397	100,00 %

Graf č. 9 Čas na provozování antistresových činností



Dle tabulky č. 15 a grafu č. 9 na tuto otázku z celkového počtu respondentů 397 (100 %) odpovědělo „ano“ 59 (14,86 %) respondentů, „spíše ano“ 165 (41,56 %) respondentů, „spíše ne“ 142 (35,77 %) respondentů, „ne“ 31 (7,81 %) respondentů.

Otázka č. 14: Snažil/a jste se, snažíte se během studia dodržovat zásady zdravého životního stylu?

Tabulka č. 16 Udržování zdravého životního stylu

Udržování zdravého životního stylu	absolutní četnost	relativní četnost
ano	48	12,09 %
spíše ano	215	54,16 %
spíše ne	118	29,72 %
ne	16	4,03 %
CELKEM	397	100,00 %

Graf č. 10 Udržování zdravého životního stylu



Tabulka č. 16 a graf č. 10 ukazují snahu respondentů (397, 100 %) dodržovat zdravý životní styl. „Ano“ odpovědělo 48 (12,09 %) dotázaných, „spíše ano“ 215 (54,16 %)

dotázaných, „spíše ne“ 118 (29,72 %) dotázaných a „ne“ odpovědělo 16 (4,03 %) dotázaných.

Otázka č. 15: Změnil se Váš životní styl kvůli studiu na VŠ?

Tabulka č. 17 Změna životního stylu studiem na vysoké škole

Změna životního stylu studiem na vysoké škole	absolutní četnost	relativní četnost
ano – pozitivně	80	20,15 %
ano – negativně	188	47,36 %
nevím	68	17,13 %
ne	61	15,37 %
CELKEM	397	100,00 %

Graf č. 11 Změna životního stylu studiem na vysoké škole



Dle výsledků této otázky, které jsou uvedeny v tabulce č. 17 a v grafu č. 11, je patrné, že 188 (47,36 %) respondentů hodnotí vliv studia na vysoké škole jako negativní. Pouze 80 (20,15 %) osob má pocit, že studium způsobilo pozitivní změnu v jejich životním stylu. Jen 61 (15,37 %) uvádí, že jim studium životní styl nijak neovlivnilo. Zbýlých 68 (17,13 %) respondentů odpovědělo „nevím“. Celkový součet odpovídá 397 (100 %) respondentů.

Otázka č. 16: Změnil se během Vašeho studia vztah k cigaretám?

Tabulka č. 18 Studium a kouření

Studium a kouření	absolutní četnost	relativní četnost
jsem nekuřák/čka	300	75,57 %
ano, začal/a jsem kouřit	12	3,02 %
ano, kouřím více	35	8,82 %
ano, kouřím méně	20	5,04 %
ne, kouřím stejné množství jako před nástupem na VŠ	30	7,56 %
CELKEM	397	100,00 %

Tabulka č. 18 se zaměřuje na změnu vztahu respondentů (397, 100 %) k cigaretám během studia. 300 (75,57 %) respondentů jsou nekuřáci, 12 (3,02 %) dotázaných začalo kouřit během studia na vysoké škole, 35 (8,82 %) kuřáků začalo kouřit během studia více a 20 (5,04 %) méně. Odpověď: „ne, kouřím stejné množství cigaret jako před nástupem na VŠ“ uvedlo 30 (7,56 %) respondentů.

Tabulka č. 19 Studium a kouření – kuřáci

Studium a kouření – kuřáci	absolutní četnost	relativní četnost
ano, začal/a jsem kouřit	12	12,37 %
ano, kouřím více	35	36,08 %
ano, kouřím méně	20	20,62 %
ne, kouřím stejné množství jako před nástupem na VŠ	30	30,93 %
CELKEM	97	100,00 %

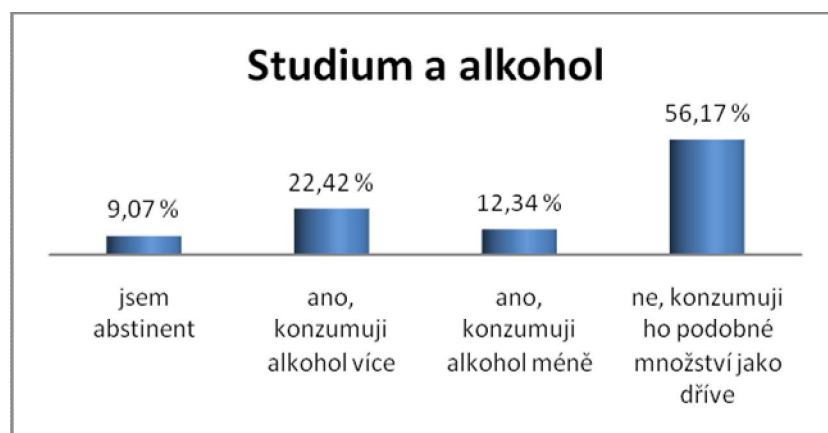
Pokud budeme vycházet pouze z počtu kuřáků (97 = 100 %), 12,27 % jich začalo kouřit během studia na vysoké škole, 36,08 % připouští, že kouří více než před studiem a 20,62 % naopak méně. 30,93 % respondentů uvedlo, že kouří stejné množství jako před nástupem na VŠ, viz tabulka č. 19.

Otázka č. 17: Změnil se během Vašeho studia vztah k alkoholu?

Tabulka č. 20 Studium a alkohol

Studium a alkohol	absolutní četnost	relativní četnost
jsem abstinent	36	9,07 %
ano, konzumuji alkohol více	89	22,42 %
ano, konzumuji alkohol méně	49	12,34 %
ne, konzumuji ho podobné množství jako dříve	223	56,17 %
CELKEM	397	100,00 %

Graf č. 12 Studium a alkohol



Tabulka č. 20 a graf č. 12 dokumentují, že z celkového počtu dotázaných (397, 100 %) 36 (9,07 %) respondentů plně abstinuje. Většinu respondentů (223; 56,17 %) studium

na vysoké škole vztah k alkoholu neovlivnilo. Přesto 89 (22,42 %) dotázaných uvedlo navýšení konzumace alkoholu a 49 (12,34 %) její snížení.

Otázka č. 18: Mohl/a jste, můžete se v průběhu studia stravovat pravidelně?

Tabulka č. 21: Pravidelnost stravování v průběhu studia

Pravidelnost stravování v průběhu studia	absolutní četnost	relativní četnost
ano, v dostatečném čase	77	19,40 %
ano, ale ve spěchu	152	38,29 %
ne, časové možnosti mi to nedovolují	134	33,75 %
pravidelnost stravování neřeším	34	8,56 %
CELKEM	397	100,00 %

Graf č. 13 Pravidelnost stravování v průběhu studia



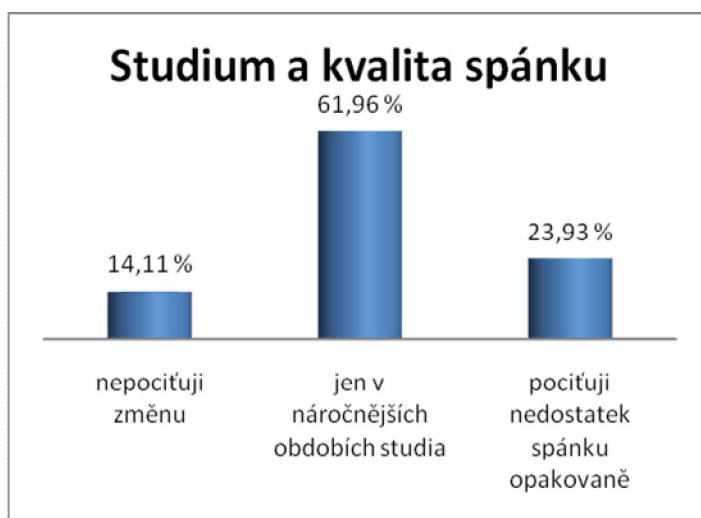
Z této otázky vyplynulo, že 34 (8,56 %) respondentů neřeší pravidelnost stravování. Dále 152 (38,29 %) dotazovaných uvádí, že se stravuje ve spěchu a 134 (33,75 %) dotazovaných nemá dostatečné časové možnosti na pravidelné stravování. Pouze 77 (19,40 %) respondentů má dostatek času na pravidelné stravování. Tyto výsledky, které zahrnují odpovědi všech 397 (100 %) dotázaných, jsou uvedeny v tabulce č. 21 a v grafu č. 13.

Otázka č. 19: Mělo, má studium vliv na kvalitu Vašeho spánku?

Tabulka č. 22 Studium a kvalita spánku

Studium a kvalita spánku	absolutní četnost	relativní četnost
nepociťuji změnu	56	14,11 %
jen v náročnějších obdobích studia	246	61,96 %
pociťuji nedostatek spánku opakovaně	95	23,93 %
CELKEM	397	100,00 %

Graf č. 14 Studium a kvalita spánku



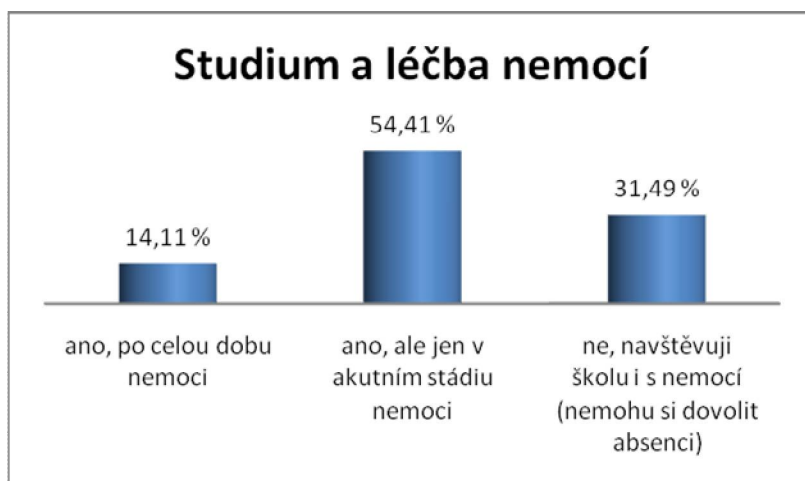
Z tabulky č. 22 a grafu č. 14 vyplývá, že z celkového počtu respondentů (397, 100 %) jich 246 (61,96 %) pociťuje horší kvalitu spánku především v náročnějších obdobích studia. 95 (23,93 %) dotazovaných pociťuje nedostatek spánku opakovaně. Pouze 56 (14,11 %) dotazovaných nemá pocit, že jim studium ovlivňuje kvalitu jejich spánku.

Otázka č. 20: Pokud jste byl/a v průběhu studia nemocný/á, měl/a jste možnost v klidu se léčit?

Tabulka č. 23 Studium a léčba nemocí

Studium a léčba nemocí	absolutní četnost	relativní četnost
ano, po celou dobu nemoci	56	14,11 %
ano, ale jen v akutním stádiu nemoci	216	54,41 %
ne, navštěvuji školu i s nemocí (nemohu si dovolit absenci)	125	31,49 %
CELKEM	397	100,00 %

Graf č. 15 Studium a léčba nemocí



Z tabulky č. 23 a grafu č. 15 se dovídáme, že 125 (31,49 %) respondentů si nemůže dovolit absenci, tudíž navštěvuje školu i po dobu nemoci. Početnou skupinu tvoří dotázaní (216, 54,41 %), kteří se léčí pouze po dobu akutního stádia nemoci. 56 (14,11 %) respondentů uvádí, že mají dostatečný čas pro léčbu nemoci. To odpovídá celkovému počtu 397 (100 %) dotázaných.

Otázka č. 21: Jakým způsobem ovlivnilo, ovlivňuje zkouškové období kvalitu Vašeho životního stylu?

Tabulka č. 24 Životní styl a zkouškové období

Životní styl a zkouškové období	počet
udržuji si stálou kvalitu životního stylu	21
méně spím	256
přejídám se	112
nedostatečně se stravuji	137
více kouřím	59
více konzumuji alkohol	29
nemám dostatek času na svoje zájmy, relaxaci	304
cítím se stresovaný/á	310
Jiné	12

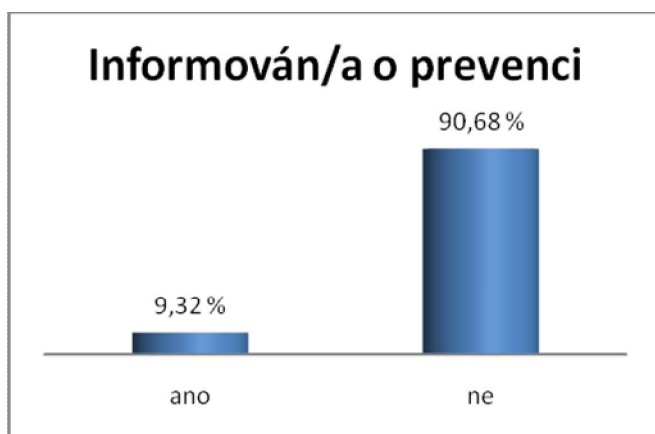
V této výčtové otázce mohli respondenti zaškrtnout více variant, proto výsledný součet neodpovídá 100 %. Jak dokumentuje tabulka č. 24, nejčastější odpovědi z nabídnutých možností bylo: „cítím se stresovaný/á“ (310). Následovalo: „nemám dostatek času na svoje zájmy, relaxaci“ s počtem 304, „méně spím“ s počtem 256, „nedostatečně se stravuji“ s počtem 137, „přejídám se“ s počtem 112, „více kouřím“ s počtem 59, „více konzumuji alkohol“ s počtem 29 a „udržuji si stálou kvalitu životního stylu“ s počtem 21. Do volné odpovědi „Jiné“ respondenti uvedli 12 dalších možností, a to např. konzumaci sladkostí, nedostatek mezilidského kontaktu nebo i pravidelný spánek.

Otázka č. 22: Byl/a jste někdy informován/a o možnostech prevence před psychosomatickým onemocněním?

Tabulka č. 25 Informován/a o možnostech prevence

Informován/a o prevenci	absolutní četnost	relativní četnost
ano	37	9,32 %
ne	360	90,68 %
CELKEM	397	100,00 %

Graf č. 16 Informován/a o možnostech prevence



Z celkového počtu respondentů 397 (100 %) odpovědělo 360 (90,68 %) respondentů na tuto otázku záporně a 37 (9,32 %) respondentů kladně, jak je uvedeno v tabulce č. 25 a v grafu č. 16.

Tabulka č. 26 Zdroje informací o prevenci

Informován o prevenci (zdroje)	počet
internet	3
lékař	4
literatura	5
přátele	1
rodina	2
různě	9
škola	13
vlastní iniciativa	2
Výchova ke zdraví	1

Tabulka č. 26 v návaznosti na předchozí tabulku dokumentuje, jakým způsobem se dotazovaní (37; 9,32 %) s kladnou odpovědí o prevenci dozvěděli. V této výčtové otázce mohli respondenti uvést více odpovědí. Zdroji byla škola, literatura, lékař, internet, vlastní iniciativa, rodina, přátelé, Výchova ke zdraví a někteří respondenti uvedli odpověď „různě“.

Otázka č. 23: Myslíte si, že tento typ prevence je důležitý?

Tabulka č. 27 Důležitost prevence

Důležitost prevence	absolutní četnost	relativní četnost
ano	369	92,95 %
ne	28	7,05 %
CELKEM	397	100,00 %

V odpovědi na tuto otázku, jak ukazuje tabulka č. 27, uvedlo z celkového počtu 397 (100 %) dotázaných 369 (92,95 %) respondentů, že prevenci před psychosomatickým onemocněním považuje za důležitou, na rozdíl od 28 (7,05 %) dotázaných, kteří ji za důležitou nepovažují.

3.5 Analýza dotazníku

V této části své práce bych se ráda zaměřila na jeden z cílů, a to zda závisí vznik možného psychosomatického onemocnění na typu studia. Soustředila jsem se na několik otázek ze svého dotazníku, souvisejících jak se zdravotními obtížemi respondentů, tak i s jejich životním stylem a stresovou zátěží během vysokoškolského studia. Otázky jsem volila na základě zjištění, že právě tyto aspekty nejvíce ovlivňují vznik možného psychosomatického onemocnění.

Na základě dvou otázek: „Kterou vysokou školu jste studoval/a nebo studujete?“ a „Jaký konkrétní obor jste studoval/a nebo studujete?“ jsem si dohledala fakulty respondentů. K porovnání jsem si zvolila pět fakult s nejvyšším počtem dotázaných. Vzhledem k tomu, že jednotlivé fakulty jsou zastoupeny různým počtem respondentů, výsledky mohou být tímto do určité míry zkresleny. Počty dotázaných na jednotlivých fakultách jsou: přírodovědecká fakulta – 94, lékařská fakulta – 59, stavební fakulta – 45, pedagogická fakulta – 23, fakulta potravinářské a biochemické technologie – 23.

Porovnání č. 1: Opakující se zdravotní obtíže v závislosti na fakultě, kterou respondenti studují či studovali.

Tabulka č. 28 Fakulta – opakující se zdravotní obtíže

FAKULTA	Opakující se zdravotní potíže	absolutní četnost	relativní četnost
Lékařská	ano	23	38,98%
	ne	36	61,02%
	CELKEM	59	100,00%
Pedagogická	ano	11	47,83%
	ne	12	52,17%
	CELKEM	23	100,00%
Přírodovědecká	ano	40	42,55%
	ne	54	57,45%
	CELKEM	94	100,00%
Stavební	ano	22	48,89%
	ne	23	51,11%
	CELKEM	45	100,00%
Potravinářské a biochemické technologie	ano	11	47,83%
	ne	12	52,17%
	CELKEM	23	100,00%

Jak znázorňuje tabulka č. 28, nejvyšší počet opakujících se zdravotních obtíží uvádějí respondenti ze stavební fakulty. Z celkového počtu 45 dotázaných na této fakultě, odpovědělo 22 ano, a to představuje 48,89 %. Následují fakulty pedagogická a potravinářských a biochemických technologií, kde odpovědělo shodně ano 47,83 % a přírodovědecká fakulta s 42,55 %. Nejnižší počet opakujících se zdravotních obtíží uvádějí dotázaní z lékařské fakulty (38,98 %). Tento výsledek byl pro mě překvapivý, a to z důvodu náročnosti studia.

Porovnání č. 2: Počet diagnostikovaných psychosomatických onemocnění v závislosti na fakultě, kterou respondenti studují či studovali.

Tabulka č. 29 Fakulta – diagnostikované psychosomatické onemocnění

FAKULTA	Diagnostikované psychosomatické onemocnění	absolutní četnost	relativní četnost
Lékařská	ano	5	8,47%
	ne	54	91,53%
	CELKEM	59	100,00%
Pedagogická	ano	1	4,35%
	ne	22	95,65%
	CELKEM	23	100,00%
Přírodovědecká	ano	5	5,32%
	ne	89	94,68%
	CELKEM	94	100,00%
Stavební	ano	3	6,67%
	ne	42	93,33%
	CELKEM	45	100,00%
Potravinářské a biochemické technologie	ano	0	0,00%
	ne	23	100,00%
	CELKEM	23	100,00%

Na rozdíl od předchozího porovnání tabulka č. 29 dokumentuje, že nejvíce diagnostikovaných psychosomatických onemocnění mají studenti lékařské fakulty. Kladně odpovědělo 8,47 %. Tato skutečnost může vyplývat z bližší znalosti této problematiky, dané náplní studia. Proto si myslím, že tito studenti při signalizujících obtížích spíše vyhledají lékařskou pomoc. Na druhém místě s 6,67 % respondentů se umístila stavební fakulta, což může být dáno nejvyšším počtem opakujících se zdravotních obtíží u studentů (viz porovnání č. 1). Následovaly fakulta přírodovědecká (5,32 %), pedagogická (4,35 %) a respondentům z fakulty potravinářské a biochemické technologie nebylo diagnostikováno žádné psychosomatické onemocnění.

Porovnání č. 3: Míra pociťovaného stresu v době studia v závislosti na fakultě, kterou respondenti studují či studovali.

Tabulka č. 30 Fakulta – stres v průběhu studia

FAKULTA	Stres v průběhu studia	absolutní četnost	relativní četnost
Lékařská	ano, často	36	61,02%
	občas	21	35,59%
	nevím	0	0,00%
	málokdy	2	3,39%
	ne, nikdy	0	0,00%
	CELKEM	59	100,00%
Pedagogická	ano, často	14	60,87%
	občas	9	39,13%
	nevím	0	0,00%
	málokdy	0	0,00%
	ne, nikdy	0	0,00%
	CELKEM	23	100,00%
Přírodovědecká	ano, často	46	48,94%
	občas	44	46,81%
	nevím	2	2,13%
	málokdy	2	2,13%
	ne, nikdy	0	0,00%
	CELKEM	94	100,00%
Stavební	ano, často	21	46,67%
	občas	19	42,22%
	nevím	0	0,00%
	málokdy	4	8,89%
	ne, nikdy	1	2,22%
	CELKEM	45	100,00%
Potravinářské a biochemické technologie	ano, často	17	73,91%
	občas	5	21,74%
	nevím	0	0,00%
	málokdy	1	4,35%
	ne, nikdy	0	0,00%
	CELKEM	23	100,00%

Tabulka č. 30 uvádí, že nejvíce stresovaní se v průběhu studia cítí studenti z fakulty potravinářské a biochemické technologie, odpověď: „Ano, často“ zaškrtnulo 73,91 % respondentů. Tuto odpověď uvedlo 61,02 % dotázaných z lékařské fakulty, 60,87 % z pedagogické fakulty, 48,94 % z přírodovědecké fakulty a 46,67 % ze stavební fakulty. Z výsledků je zřejmé, že napříč všemi fakultami stres na studenty působí, a to ve velké míře.

Porovnání č. 4: Změna životního stylu z důvodu studia v závislosti na fakultě, kterou respondenti studují či studovali.

Tabulka č. 31 Fakulta – změna životního stylu studiem na vysoké škole

FAKULTA	Životní styl	absolutní četnost	relativní četnost
Lékařská	ano – pozitivně	14	23,73%
	ano – negativně	36	61,02%
	nevím	5	8,47%
	ne	4	6,78%
	CELKEM	59	100,00%
Pedagogická	ano – pozitivně	4	17,39%
	ano – negativně	12	52,17%
	nevím	2	8,70%
	ne	5	21,74%
	CELKEM	23	100,00%
Přírodovědecká	ano – pozitivně	23	24,47%
	ano – negativně	43	45,74%
	nevím	13	13,83%
	ne	15	15,96%
	CELKEM	94	100,00%
Stavební	ano – pozitivně	13	28,89%
	ano – negativně	17	37,78%
	nevím	11	24,44%
	ne	4	8,89%
	CELKEM	45	100,00%
Potravinářské a biochemické technologie	ano – pozitivně	2	8,70%
	ano – negativně	15	65,22%
	nevím	5	21,74%
	ne	1	4,35%
	CELKEM	23	100,00%

V tabulce č. 31 nalézáme, že životní styl se negativně nejvíce změnil u studentů fakulty potravinářské a biochemické technologie, jak uvádí 65,22 % respondentů. Následují fakulta lékařská (61,02 %), fakulta pedagogická (52,17 %), fakulta přírodovědecká (45,74 %) a fakulta stavební (37,78 %). Pokud se blíže zaměříme na porovnání č. 3 a č. 4, lze vidět určitou spojitost mezi stresem a životním stylem. To je patrné i na shodném pořadí jednotlivých fakult v posledních dvou porovnáních.

4 Diskuse

V předkládané bakalářské práci jsem se zabývala problematikou psychosomatických onemocnění. Podle mého názoru je tomuto tématu potřeba v současné a stále se „zrychlující a uspěchané“ době věnovat pozornost. Zaměřila jsem se na vysokoškolské studenty, protože si myslím, že jsou na ně kladeny vzhledem k přívalu nových informací ze všech vědeckých oblastí čím dál větší nároky. Toto téma je pro mě blízké také proto, že jsem sama studentkou.

Nyní bych se ráda soustředila na jednotlivé cíle, které jsem si stanovila. Zajímalo mě, zda a jak se změnil u respondentů jejich životní styl. Je zřejmé, že studium na vysoké škole ho do jisté míry ovlivňuje, přesto mě zaujal počet dotázaných, kteří hodnotili vliv studia na životní styl jako negativní. Tuto odpověď zaškrtno 47,36 % respondentů.

Dalším cílem bylo zjištění, zda mají studenti obtíže, signalizující psychosomatické onemocnění. Celých 41,56 % osob uvedlo, že trpí opakujícími se zdravotními obtížemi. Je samozřejmé, že tyto potíže nemusí vždy souviset s psychosomatickými onemocněními, přesto je závažnější takto vysoký počet. A to také může souviset s mírou stresu, který studenti pociťují. Je pochopitelné, že vysokoškolské studium samo o sobě určitý stres představuje, ale i tak mě překvapilo, že 54,16 % respondentů vnímá stres jako častý.

Ve třetím cíli jsem se soustředila na to, zda bylo respondentům během studia diagnostikováno nějaké psychosomatické onemocnění. Potěšilo mě, že pouze 5,79 % dotázaných uvedlo, že ano. Nevím ale, nakolik je tato odpověď objektivní, a to z důvodu výsledku u otázky č. 9, kde z počtu osob s diagnostikovaným psychosomatickým onemocněním odpovědělo 34,78 % respondentů, že s nimi lékař neřešil psychickou stránku jejich problému. A z celkového počtu dotázaných (otázka pro ně byla nepovinná – viz. kapitola 3.4) takto odpovědělo dokonce 71,28 %, což je podle mě velmi vysoké číslo.

Zajímalo mě také, zda mají studenti informace o možnostech prevence před psychosomatickými onemocněními. Značně negativním zjištěním pro mě byla skutečnost, že valná většina respondentů nebyla nikdy o možnostech prevence informována. Pouhých 9,32 % uvedlo, že ano. Část dotázaných si ale informace vyhledala sama. Přesto 92,95 % dotázaných považuje tento typ prevence za důležitý.

Dalším z cílů bylo, zda respondenti dodržují nějaká opatření v rámci prevence. Vycházela jsem z otázky č. 12, a to jakým způsobem se udržují v psychické pohodě. Vedle pozitivních faktorů, např. sport (provozuje 59,70 % dotázaných) nebo příroda (49,37 % dotázaných), jako alarmující spatřuji, že 21,16 % dotázaných uvedlo v odpovědi na tuto otázku konzumaci většího množství alkoholu. Negativním zjištěním také bylo, že 43,58 % respondentů nepociťuje dostatek času na činnosti spojené s odbouráváním stresu.

Poslední dílčí cíl, porovnání dle typu studia, byl podrobně popsán v kapitole 3.5.

Pokud se vrátím k hlavnímu cíli své práce, a to zda jsou vysokoškolští studenti ohroženou skupinou pro vznik možného psychosomatického onemocnění, myslím, že ano. Ač s přímo diagnostikovaným psychosomatickým onemocněním je jich výrazná menšina (5,79 %), hlavní příčiny, které se mohou podílet na vzniku těchto chorob, se pohybují ve výrazných hodnotách. Stresem často trpí 54,16 % respondentů, dostatek času na udržení psychické pohody nemá 43,58 % respondentů a studium negativně ovlivnilo životní styl 47,36 % respondentů. A to vše se může na vzniku psychosomatických nemocí podílet. Stejně tak se tato skutečnost podle mě potvrzuje v počtu opakujících se zdravotních problémů u studentů. Trpí jimi 41,56 %.

Dále bych se ráda zaměřila na srovnání výsledků své práce a literatury, zabývající se obdobnou problematikou. Například v článku „Analýza životního stylu studentů lékařské fakulty“ (Hanáková, Sovová & Zapletalová, 2014) se dovídáme, že u 52,2 % studentů 5. ročníků lékařské fakulty došlo k nárůstu hmotnosti. Zvýšení váhy může být ovlivněno špatným životním stylem, a to koresponduje s výsledkem mého výzkumu, že vysokoškolské studium negativně ovlivnilo životní styl 47,36 % respondentů. Další skutečností, popsanou v tomto článku, je vliv studia na volnočasové aktivity. 76,1 % studentů uvedlo, že před nástupem na vysokou školu pravidelně cvičilo. Během studia se tento počet snížil na 50 % studentů. A to je rozdíl o 26,1 %. Hlavním důvodem byl nedostatek času. V mém výzkumu uvedlo 237 (59,70 %) studentů, že jejich volnočasovou aktivitou je i sport. V porovnání s další otázkou mého dotazníku, zda mají tito studenti na své aktivity čas, jich 36,71 % uvedlo, že „spíše ne“ a 5,91 % že „ne“. Když tedy porovnáme časové možnosti pro tyto aktivity, mezi oběma výzkumy je patrný rozdíl, (v mém výzkumu nalezneme vyšší procentuální zastoupení), který by podle mě mohl být způsoben rozdílným počtem respondentů. Zatímco ve výše zmíněné studii se výzkumu účastnilo 180 dotázaných, počet respondentů v mé práci činil 397 osob. Mimo to se studie týkala pouze lékařské fakulty, ale můj výzkum zahrnuje studenty z různých fakult.

Zaměřím-li se na srovnání studentů s pracujícími lidmi v aktivním věku, lze použít studii „Stres, deprese a životní styl v ČR“ (Raboch & Ptáček, 2015). Pro porovnání jsem si z obsahu studie vybrala oblast pravidelného stravování, kouření, pití alkoholu a stresu. Studie uvádí, že se 42 % pracujících nestravuje pravidelně, z mého výzkumu vyplývá, že se 42,31 % respondentů také nestravuje pravidelně, a to buď z důvodu nedostatečných časových možností, nebo že tento problém neřeší. Zatímco výsledky mé práce ukazují, že 24,43 % respondentů jsou kuřáci, ve studii nalezneme až 36 % kuřáků. Co se týká pití alkoholických nápojů, 14 % dotázaných ve výzkumu, uvedeného ve studii, konstatuje, že plně abstinuje. Respondentů z vysokých škol abstinuje 9,07 %. Zaměstnání představuje stres pro 39 % dotázaných lidí v aktivním věku, studium znamená častý stres pro 54,16 % respondentů. Z těchto informací vyplývá, že pravidelné stravování se mezi těmito dvěma skupinami téměř neliší. Na rozdíl od této skutečnosti, je u studentů patrná větší míra stresové zátěže. Potěšující je, že mezi studenty nalezneme méně kuřáků. Na druhou stranu u pracujících je více abstinentů.

Pokud zůstanu u porovnání studentů s laickou veřejností, lze využít diplomovou práci „Problematika psychosomatických poruch“ (Fidriková, 2013). Tato práce uvádí, že 94 % respondentů má dostatek času na odpočinek a relaxaci. Na mou otázku, zabývající se touto problematikou (viz dotazník, otázka č. 13) odpovědělo „ano“ a „spíše ano“ 54,42 % dotázaných. Zde spatřuji výrazný rozdíl v neprospěch studentů. A vrátím-li se k předchozí studii (Raboch & Ptáček, 2015), tento rozdíl může souviset s větší mírou stresu u vysokoškolských studentů.

Ještě bych ráda zmínila porovnání otázky, zda se stres může podílet na vzniku nemoci, a to mezi mými respondenty (tedy studenty) a všeobecnými sestrami. K tomu jsem využila bakalářskou práci „Psychosomatický obraz nemoci“ (Kantorová, 2008), ve které je uvedeno, že 88,5 % všeobecných sester se domnívá, že stres, psychická nerovnováha aj. mohou souviset se vznikem onemocnění. Zatímco respondenti z řad studentů na mou otázku (viz dotazník, otázka č. 10), týkající se vlivu stresu na vznik onemocnění, odpověděli kladně v 98,99 %. Zaujalo mě, že studenti považují stres za možnou příčinu onemocnění ve větší míře než všeobecné sestry.

Bylo pro mě potěšující, že do mého výzkumu se zapojilo 397 respondentů. Díky tomu jsem mohla výsledky zpracovávat na poměrně velké skupině osob. Přesto bych pro další výzkum upravila některé body.

Záměrně jsem se rozhodla nezahrnout pouze současné studenty vysokých škol, ale i ty, kteří již studium ukončili, protože i jim mohlo ovlivnit životní styl a případně způsobit zdravotní potíže. Proto jsem se rozhodla dotazník věkově neohraničovat. Nedomnívala jsem ale, že se do výzkumu zapojí i skupina lidí, starších 35 let, u kterých lze předpokládat, že již nestudují delší dobu. Byl jich ale velmi malý počet (5), takže relevanci dat ovlivnili minimálně. Proto bych pro příště do dotazníku zařadila otázku, jak dlouho jsou respondenti po ukončení studia.

Pro příští výzkum bych také rozčlenila studenty na prezenční a kombinovanou formu studia, popřípadě využila pouze respondenty denního studia. Tyto skupiny jsou velmi rozdílné díky době, trávené přímo ve škole, svým časovým možnostem – kombinovanou formu využívají především pracující a obecně si myslím, že se jedná o dva rozdílné způsoby života i pohled na studium.

V rámci své práce jsem se chtěla zaměřit i na to, nakolik závisí vznik možných psychosomatických onemocnění na typu studia. A proto dalším bodem, který bych pro příště změnila, je omezení výběru jen na určité vysoké školy a obory. V mém výzkumu se jich vyskytlo velké množství a porovnání bylo pro mě složité. Proto jsem se při zpracování dat rozhodla zaměřit na nejvíce zastoupené fakulty.

I přes tyto uvedené skutečnosti věřím, že jsem zhodnotila všechny cíle, které jsem si v práci stanovila. Doufám, že výsledky mé práce přispějí k upozornění na tuto problematiku a možný vznik či rozvoj psychosomatických onemocnění více přiblíží. Jak vyplývá z výsledků, studenti vysokých škol mohou být skupinou, ohroženou

psychosomatickými onemocněními. Navíc jsou málo informováni o možnostech prevence. Proto je z mého pohledu velmi důležité jim tuto problematiku přiblížit a zaměřit se i na včasnou prevenci například pomocí informačního letáku, který by mohl být studentům poskytnut před nástupem na vysokou školu.

5 Závěr

Tato práce si kladla za cíl zjistit, zda jsou vysokoškolští studenti možnou ohroženou skupinou pro vznik psychosomatických onemocnění a zároveň se zamýšlela nad prevencí před těmito chorobami. Dále se zaměřovala na životní styl studentů a na míru stresu, kterou jim studium může přinést.

Lze konstatovat, že stresem v době vysokoškolského studia trpí více jak polovina respondentů. Pokud se vrátíme k vlivu stresu na vznik psychosomatického onemocnění, je znám jako jejich hlavní spouštěč, a z toho vyplývá, že studenti mohou být ohroženou skupinou pro tyto choroby. Práce se zaměřila i na opakující se zdravotní obtíže dotázaných v průběhu vysokoškolského studia a zjistila, že jimi trpí přibližně 40 % dotázaných. Proto se i z odpovědí na tuto otázku potvrdil jeden z dílčích cílů, a to zda mají vysokoškolští studenti obtíže, které by mohly signalizovat psychosomatické onemocnění. Cíl byl tedy splněn.

Dalším z dílčích cílů bylo zjistit, zda a jak se změnil životní styl u vysokoškolských studentů. Téměř 50 % dotázaných studium negativně ovlivnilo životní styl, což koresponduje i s výsledkem, že studenti nemají dostatek času na aktivity spojené s udržením psychické pohody. A to je vzhledem k tomu, že díky zdravému životnímu stylu je možné předcházet psychosomatickým onemocněním, alarmující. Proto lze konstatovat, že byl splněn i tento cíl.

Výsledky dotazníku ukázaly, že necelým 6 % respondentů bylo diagnostikováno psychosomatické onemocnění. Díky tomu byl splněn dílčí cíl, a to zda bylo studentům diagnostikováno nějaké psychosomatické onemocnění.

Pokud se týká cílů, zda mají vysokoškolští studenti informace o možnostech prevence před psychosomatickým onemocněním a zda dodržují nějaká opatření v rámci této prevence, z dotazníků vyplynulo, že přes 90 % nebylo nikdy o prevenci informováno. Dalším zjištěním bylo, že přesto dotázaní dodržují určitá opatření jako prevenci, například sport (přibližně 60 %) či čas, trávený v přírodě (přibližně 50 %). Oba tyto cíle byly tedy splněny.

Z výsledků jednotlivých dílčích cílů lze zhodnotit, že se podařilo splnit i hlavní cíl mé práce, a to zjistit, zda jsou vysokoškolští studenti ohroženou skupinou pro vznik možného psychosomatického onemocnění. Zpracování těchto cílů možné riziko potvrdilo.

Psychosomatika patří v současnosti k důležitým lékařským oborům. Celistvý pohled na člověka umožní usnadnění a v mnohých případech i urychlení léčby. Proto považuji za důležité, aby se psychosomatice věnovali především praktičtí lékaři, kteří jsou v nejčastějším kontaktu s pacientem a nejlépe znají jeho celkovou anamnézu. Ale nejen lékaři, ale i všeobecné sestry, které v dnešní době získávají čím dál vyšší vzdělání, se jí mohou věnovat a pomoci tak pacientovi. Uplatnění všeobecných sester může být na poli prevence, v psychické podpoře pacienta, ve zmírnění jeho strachu i stresu z nemoci, v ovlivnění jeho životního stylu a obecně v přívětivé komunikaci, plné důležitých informací. Přesto není znalost této problematiky rozšířená, tak jak by bylo třeba. Proto by

bylo důležité rozšířit informace mezi laickou veřejnost. Co se týče například vysokoškolských studentů, seznámit je s problematikou pomocí letáku, který by obdrželi při zápisech na vysokou školu.

6 Seznam použité literatury:

1. Barboříková, J. (2007). *Psychosomatika: duše, tělo a nemoc* (Bakalářská práce). Universita Tomáše Bati ve Zlíně, Zlín. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/3342/barbo%C5%99%C3%ADkov%C3%A1_2007_bp.pdf?sequence=1
2. Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.
3. Boleira, M., Lupi, O., Pires, G.V., Dias, G. Jacobson Seba A., Bolera, D. & Guimares, S. (2014). Translation and validation of Portuguese of a questionnaire for evaluation of psychosomatic symptoms in adults with atopic dermatitis. *Anais brasileiros de dermatologia*. 89 (5), 763-769. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962014000500763&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Čeledová, L. & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada.
5. Dahlke, R. (2014). *Nemoc jako symbol: příručka pro výklad příznaků psychosomatických chorob a jejich řešení*. Brno: CPress.
6. Faleide, A., Lian, L. & Faleide, E. (2010). *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada.
7. Fidriková, K. (2013). *Problematika psychosomatických poruch* (Diplomová práce). Masarykova universita, Brno. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/327482/pedf_m/Diplomova_prace.pdf
8. Frej, D. (2011). Nemoci ze stresu aneb Alexandrův žaludeční vřed. *Regenerace*. 19 (10), 44 - 48.
9. Garg, S., Ramya C.S., Shankar, V. & Kutty, K. (2015). Efficacy of short-term Yoga therapy program on quality of life in patients with psychosomatic ailments. *Indian Journal of Psychiatry*. 57 (1), 78 – 80. Dostupné z: <http://www.indianjpsychiatry.org/text.asp?2015/57/1/78/148530>
10. Hanáková, M., Sovová E. & Zapletalová, J. (2014). Analýza životního stylu studentů lékařské fakulty: zvyšuje se výskyt rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění během studia? *Hygiena*. 59 (3), 110 - 115.
11. Honzák, R. (2013). Vstoupí konečně psychosomatika do oficiální medicíny. *Lékařské listy*. 2013 (4), 33 - 34.

12. Honzák, R. & Chvála, V. (2014). Psychosomatická medicína: (aneb tahák pro studenty, kapitola z připravované učebnice Psychiatrie LF UK). *PsychoSom.* 12 (2), 97-107.
13. Janečková, D., Dostál, D. & Plzánková, A. (2013). Kvalita spánku, cirkadiánní preference a zdravý životní styl u vysokoškolských studentů. *Praktický lékař.* 93 (3), 114 – 120.
14. Kantorová, Z. (2008). *Psychosomatický obraz nemoci* (Bakalářská práce). Masarykova universita, Brno. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/176639/lf_b/PSYCHOSOMATICKY_OBRAZ_NEMOCI_2008.pdf
15. Kobsa, M. & Selerová, M. (2012). Psychosomatické aspekty léčby atopického ekzému. *Referátový výběr z dermatovenerologie.* 54 (3 (spec.)), 38 – 40.
16. Lacigová, S. (2012). Daibetes mellitus – psychosomatické onemocnění. *První linie.* 2 (2), 20.
17. Masuda, A., Yamanaka, T., Hirakawa, T., Koga, Y., Minomo, R., Munemoto, T. & Tei Ch. (2007). Intra- and extra-familial adverse childhood experiences and a history of childhood psychosomatic disorders among Japanese university students. *BioPsychoSocial Medicine.* 1 (1), 1. Dostupné z: <http://www.bpsmedicine.com/content/1/1/9>
18. Miklánek, J. (2014). *Psychosomatická medicína pro každého, aneb, Jak se chtít skutečně vyléčit.* Zlín: Tigris.
19. Myslivcová, A. (2012). Negativní myšlení a jeho dopad na lidské zdraví. *Sestra.* 22 (12), 27.
20. Novotný, P. (2015). *Příliš chytré nemoci & spontánní uzdravení.* Liberec: Dialog.
21. Petrová, S. (2011). Výchova ke zdravému životnímu stylu. *Studie k výchově ke zdraví.* Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD.
22. Poněšický, J. (2014). Bio-psycho-socio-filozofické spojení psychosomatiky. Příspěvek k identitě psychosomatika/y. *PsychoSom.* 12 (2), 108 – 117.
23. Poněšický, J. (2010). *Psychosomatické lékařství.* Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
24. Psychosomatické onemocnění – atopická dermatitida (2009). *Medical tribune.* 5 (17) . Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/13959>
25. Stres, deprese a životní styl v ČR (2015). *Causa subita.* 18 (2), 53 - 54.

26. Raboch, J. & Ptáček, R. (2015). Stres deprese a životní styl v ČR. *Acta medicae.* 4 (5), 78 - 81.
27. Röhr, H. (2015). *Podminované dětství: obnova sebejistoty*. Liberec: Dialog.
28. Selerová, M. (2010). Psychosomatické aspekty akné. *Referátový výběr z dermatovenerologie.* 52 (1 (spec.)), 86 - 88.
29. Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
30. Šafránková, A. (2010). Sestra v prevenci chronických onemocnění. *Sestra.* 20 (5), 20 – 21.
31. Tisoňová, V. & Fulová, J. (2012). Úloha sestry v prevenci a léčbě bolesti páteře. *Sestra.* 22 (5), 28 – 30.
32. Tress, W., Krusse, J. & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
33. Ulriková, M. (2012). Psychologické aspekty náročnosti u studentů medicíny. *Praktický lékař.* 92 (9), 513 – 516.
34. Valjent, Z. (2011). Úspěšní a neúspěšní vysokoškoláci ve vybraných indikátorech aktivního životního stylu. *Kontakt.* 13 (2), 216-229.
35. Webster, R., Norman, P., Goodarce, S., Thompson, A.R. & McEachan, R.R.C. (2014). Illness representations, psychological distress and non-cardiac chest pain in patients attending an emergency department. *Psychology.* 29 (11), 1265-1282. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870446.2014.923885>
36. Wise, T.N. (2014). Psychosomatics: past, present and future. *Psychotherapy and psychosomatics.* 83 (2), 65-69. Dostupné z: <http://www.karger.com?doi=10.1159/000356518>

7 Seznam použitých zkratek:

aj. = a jiné

apod. = a podobně

atd. = a tak dále

č. = číslo

ČR = Česká republika

LF = lékařská fakulta

např. = například

popř. = popřípadě

VFN = Všeobecná fakultní nemocnice

VŠ = vysoká škola

UK = Univerzita Karlova

tzv. = tak zvaně

Přílohy:

Příloha č. 1: Seznam tabulek a grafů

- Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů, str. 29
- Tabulka č. 2 Vysoká škola, str. 31
- Tabulka č. 3 Obor studia, str. 32
- Tabulka č. 4 Význam pojmu psychosomatické onemocnění, str. 33
- Tabulka č. 5 Opakující se zdravotní obtíže v průběhu studia, str. 33
- Tabulka č. 6 Opakující se zdravotní obtíže, str. 34
- Tabulka č. 7 Výčet nejčastějších opakujících se zdravotních obtíží, str. 34
- Tabulka č. 8 Diagnostikované psychosomatické onemocnění v průběhu studia, str. 35
- Tabulka č. 9 Nejčastější diagnostikované psychosomatické onemocnění, str. 35
- Tabulka č. 10 Lékař a psychická stránka zdravotního problému – diagnostikované onemocnění, str. 35
- Tabulka č. 11 Lékař a psychická stránka zdravotního problému, str. 36
- Tabulka č. 12 Stres a vznik onemocnění, str. 37
- Tabulka č. 13 Stres v průběhu studia, str. 37
- Tabulka č. 14 Činnosti pro odbourávání stresu, udržení psychické pohody, str. 38
- Tabulka č. 15 Čas na provozování antistresových činností, str. 38
- Tabulka č. 16 Udržování zdravého životního stylu, str. 39
- Tabulka č. 17 Změna životního stylu studiem na vysoké škole, str. 40
- Tabulka č. 18 Studium a kouření, str. 40
- Tabulka č. 19 Studium a kouření – kuřáci, str. 41
- Tabulka č. 20 Studium a alkohol, str. 41
- Tabulka č. 21 Pravidelnost stravování v průběhu studia, str. 42
- Tabulka č. 22 Studium a kvalita spánku, str. 42
- Tabulka č. 23 Studium a léčba nemocí, str. 43
- Tabulka č. 24 Životní styl a zkouškové období, str. 44
- Tabulka č. 25 Informován/a o možnostech prevence, str. 44
- Tabulka č. 26 Zdroje informací o prevenci, str. 45
- Tabulka č. 27 Důležitost prevence, str. 45
- Tabulka č. 28 Fakulta – opakující se zdravotní obtíže, str. 47
- Tabulka č. 29 Fakulta – diagnostikované psychosomatické onemocnění, str. 48
- Tabulka č. 30 Fakulta – stres v průběhu studia, str. 49
- Tabulka č. 31 Fakulta – změna životního stylu studiem na vysoké škole, str. 50

- Graf. č. 1 Pohlaví respondentů, str. 29
- Graf. č. 2 Věk respondentů, str. 30
- Graf. č. 3 Studium na vysoké škole, str. 30
- Graf. č. 4 Význam pojmu psychosomatické onemocnění, str. 33
- Graf. č. 5 Opakující se zdravotní obtíže v průběhu studia, str. 34
- Graf. č. 6 Lékař a psychická stránka zdravotního problému – diagnostikované onemocnění, str. 36
- Graf. č. 7 Lékař a psychická stránka zdravotního problému, str. 36
- Graf. č. 8 Stres a vznik onemocnění, str. 37
- Graf. č. 9 Čas na provozování antistresových činností, str. 39
- Graf. č. 10 Udržování zdravého životního stylu, str. 39
- Graf. č. 11 Změna životního stylu studiem na vysoké škole, str. 40
- Graf. č. 12 Studium a alkohol, str. 41
- Graf. č. 13 Pravidelnost stravování v průběhu studia, str. 42
- Graf. č. 14 Studium a kvalita spánku, str. 43
- Graf. č. 15 Studium a léčba nemocí, str. 43
- Graf. č. 16 Informován/a o možnostech prevence, str. 45

Dotazník

1. Pohlaví
 - a) muž
 - b) žena

2. Věk:
.....

3. Studoval/a jste nebo studujete VŠ?
 - a) ano
 - b) ne

4. Kterou vysokou školu jste studoval/a nebo studujete?
.....

5. Jaký konkrétní obor jste studoval/a nebo studujete?
.....

6. Co podle Vás znamená pojem psychosomatické onemocnění?
 - a) psychické problémy způsobí onemocnění
 - b) vliv současného onemocnění na psychiku
 - c) jakékoliv psychiatrické onemocnění

7. Trpěl/a jste nebo trpíte v průběhu studia nějakými zdravotními obtížemi, které se opakovaly či opakují?
 - a) ano, jakými:.....
 - b) ne

8. Bylo Vám v průběhu Vašeho studia na VŠ diagnostikováno nějaké psychosomatické onemocnění?
 - a) ano, jaké:.....
 - b) ne (pokračujte otázkou č. 10)

9. Řešil s Vámi někdy lékař psychickou stránku Vašeho zdravotního problému?
 - a) ano
 - b) ne

10. Myslíte si, že stres může být spojen se vznikem onemocnění?
 - a) ano
 - b) ne

11. Pociťoval/a jste či v současné době pociťujete v průběhu studia stres?
 - a) ano, často
 - b) občas
 - c) nevím
 - d) málokdy
 - e) ne, nikdy

12. Jak jste se udržoval/a, udržujete během studia v psychické pohodě, popř. zbavoval/a, zbavujete se stresu?
- a) Sport
 - b) Četba
 - c) Příroda
 - d) Konzumace většího množství alkoholu
 - e) Divadlo, kino
 - f) Sledování televize (seriály, filmy)
 - g) TV hry, PC hry
 - h) Čas, trávený s přáteli
 - i) Čas, trávený s rodinou
 - j) Cigarety
 - k) Relaxační činnosti (sauna, masáže, kosmetika...)
 - l) Relaxační techniky (např. jóga) a meditace
 - m) Odpočívám, „nic nedělám“
 - n) Nemám činnost, která by mi sloužila k odbourání stresu
 - o) Jiné:.....
13. Měl/a jste nebo máte během studia dostatek času na pravidelné provozování těchto činností (viz otázka 12)?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
14. Snažil/a jste se, snažíte se během studia dodržovat zásady zdravého životního stylu?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
15. Změnil se Váš životní styl kvůli studiu na VŠ?
- a) ano 1) pozitivně
 2) negativně
 - b) nevím
 - c) ne
16. Změnil se během vašeho studia vztah k cigaretám?
- a) jsem nekuřák/čka
 - b) ano, začal/a jsem kouřit
 - c) ano, kouřím více
 - d) ano, kouřím méně
 - e) ne, kouřím stejné množství jako před nástupem na VŠ
17. Změnil se během vašeho studia vztah k alkoholu?
- a) jsem abstinent
 - b) ano, konzumuji alkohol více
 - c) ano, konzumuji alkohol méně
 - d) ne, konzumuji ho podobné množství jako dříve

18. Mohl/a jste, můžete se v průběhu studia stravovat pravidelně?
- a) ano, v dostatečném čase
 - b) ano, ale ve spěchu
 - c) ne, časové možnosti mi to nedovolují
 - d) pravidelnost stravování neřeším
19. Mělo či v současné době má studium vliv na kvalitu Vašeho spánku?
- a) nepociťuji změnu
 - b) jen v náročnějších obdobích studia
 - c) pociťuji nedostatek spánku opakovaně
20. Pokud jsem byl/a v průběhu studia nemocný/á, měl/a jsem možnost se v klidu léčit:
- a) ano, po celou dobu nemoci
 - b) ano, ale jen v akutním stádiu nemoci
 - c) ne, navštěvuji školu i s nemocí (nemohu si dovolit absenci)
21. Jakým způsobem ovlivnilo, ovlivňuje zkuškové období kvalitu Vašeho životního stylu?
- a) méně spím
 - b) přejídám se
 - c) nedostatečně se stravuji
 - d) více kouřím
 - e) více konzumuji alkohol
 - f) nemám dostatek času na svoje zájmy, relaxaci
 - g) cítím se stresovaný/á
 - h) jiné:.....
 - i) udržuji si stálou kvalitu životního stylu
22. Byl/a jste někdy informován/a o možnostech prevence před psychosomatickým onemocněním?
- a) ano, jak:.....
 - b) ne
23. Myslíte si, že tento typ prevence je důležitý?
- a) ano
 - b) ne

Psychosomatická onemocnění

Setkali jste se někdy s tímto pojmem?

Psychosomatická onemocnění jsou skupinou chorob, které nejčastěji vznikají na podkladě dlouhodobého působení stresu.

Jde o „jev“, kdy naše psychické problémy, nepohoda a právě působení stresu způsobí zjevné fyzické onemocnění.

Můžeme mezi ně zařadit například onemocnění jako je bolest hlavy či migréna, deprese, různé poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie), kožní onemocnění, žaludeční vřed aj.

Přemýšleli jste o tom, že Vám studium může přinést více stresových situací?

Zamýšleli jste se nad tím, zda nemohou být nějaké Vaše zdravotní problémy způsobeny zátěží na Vaši psychiku?

Přemýšleli jste o tom, že je pro Vaši psychickou pohodu potřeba dodržovat zdravý životní styl či psychohygienu?

Řešili jste někdy s lékařem, zda Vaše onemocnění nemůže být vyvoláno na podkladě stresových či zátěžových situací?

Jak tedy můžeme psychosomatickým onemocněním předcházet?

Dodržujte zásady zdravého životního stylu.

Každý den si najděte chvíli času na odpočinek bez ohledu na množství povinností.

Nezapomínejte na své záliby.

V případě velké psychické zátěže se nebojte vyhledat odbornou pomoc.

Trápí-li Vás opakovaně nějaké onemocnění, porad'te se s lékařem, zda nemůže být psychosomatického původu.

A hlavně, myslete především na sebe! 😊

