

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Neurotické příznaky u vysokoškolských studentů
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
MUDr. Jan Tuček

Autor práce:
Lucie Krúpová

2009

Abstrakt

Neurotické příznaky u vysokoškolských studentů

Bakalářská práce se zabývá výskytem neurotických příznaků u vysokoškolských studentů ve vztahu k formě studia.

V teoretické části je nastíněna samotná problematika neurotických příznaků. Její úvodní kapitoly vychází z definice pojmu „neurotický“, která zní : vztahující se k neuróze, nebo z ní vyplývající. Jsou zde popsány jednotlivé neurotické a stresové poruchy podle rozdělení v klasifikaci MKN – 10. Tedy fobické úzkostné poruchy, mezi které patří agorafobie, sociální fobie a specifické (izolované fobie), dále jiné úzkostné poruchy, kam se řadí panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha a smíšená úzkostně depresivní porucha. Vedle fobických úzkostných poruch se v bakalářské práci zabývám obsedantně – kompulzivní poruchou a reakcemi na závažný stres a poruchami přizpůsobení (akutní reakce na stres a posttraumatická stresová porucha).

Další stěžejní kapitolou bakalářské práce je kapitola pojednávající o stresu. V této části jsem se pokusila popsat problematiku stresu v souvislosti s hlavním tématem práce – neurotickými příznaky. Zabývám se zde především fyziologií stresu a projevy stresu.

Protože jsou neurotické příznaky příkladem propojení duše a těla, poslední oddíl je věnován psychosomatice. Zde je popsána psychosomatika jako věda a somatoformní poruchy též podle MKN – 10. Závěr teoretické části bakalářské práce, který je věnován konkrétním neurotickým příznakům je rozdělen do dvou oddílů – na neurotické příznaky manifestující se prostřednictvím duševního schématu a na neurotické příznaky manifestující se prostřednictvím tělesného schématu

Praktická část je zaměřena na zmapování neurotických příznaků u vysokoškolských studentů v rámci kvantitativního výzkumu podle vlastního dotazníku.

Abstract

Neurotic symptoms of university students

This Bachelor's thesis deals with the occurrence of neurotic symptoms in university students in relation to the form of study.

The theoretical part outlines the actual field of neurotic symptoms. Its introductory chapters are based on the definition of the term "neurotic," which is "related to or resulting from neurosis." Individual neurotic and stress-related disorders are described here according to the MKN – 10 classification, i.e. phobic anxiety disorders, including agoraphobia, social phobia and specific (isolated) phobias, as well as other anxiety disorders, which include panic disorder, generalized anxiety disorder and mixed anxiety and depressive disorder. Apart from phobic anxiety disorders this thesis also deals with obsessive-compulsive disorders, reactions to severe stress and adjustment disorders (acute reaction to stress and post-traumatic stress-related disorder).

Another crucial chapter of the thesis is the chapter on stress. In this part I tried to describe the problems of stress in relation to the main topic of the thesis – neurotic symptoms. Here I deal mainly with the physiology and manifestations of stress.

Because neurotic disorders are examples of a connection between the physical and the mental, the last part is focused on psychosomatics. Psychosomatics is described here as a science and somatoform disorders are also described according to MKN – 10. The conclusion to the theoretical part of the thesis, which is aimed at particular neurotic symptoms, is divided into two parts, the first one being neurotic symptoms manifested by a mental scheme and the second one neurotic symptoms manifested by a physical scheme.

The practical part is focused on mapping neurotic symptoms in university students within a quantitative research according to my own questionnaire.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Neurotické příznaky u vysokoškolských studentů“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat MUDr. Janu Tučkovi za odborné vedení, připomínky a cenné rady při tvorbě této práce. Dále děkuji všem studentům ZSF, kteří se podíleli na realizaci výzkumné části této práce. V neposlední řadě patří můj dík všem mým blízkým za jejich trpělivost a podporu při studiu.

Obsah	6
Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1 Neurotické příznaky	9
1.2 Neurotické poruchy	10
<u>1.2.1 Fobické úzkostné poruchy</u>	10
1.1.2.1 Agorafobie....	11
1.1.2.2 Sociální fobie	11
1.1.2.3 Specifické (izolované) fobie	12
<u>1.2.2 Jiné úzkostné poruchy</u>	13
1.2.2.1 Panická porucha	13
1.2.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha.....	14
1.2.2.3 Smíšená úzkostně depresivní porucha	15
<u>1.2.3 Obsedantně – kompulzivní porucha</u>	16
<u>1.2.4 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení</u>	17
1.2.4.1 Akutní reakce na stres	17
1.1.4.2 Posttraumatická stresová porucha	17
1.3 Stres	18
<u>1.3.1 Faktory vyvolávající stres</u>	19
<u>1.3.2 Fyziologická reakce na stres</u>	21
<u>1.3.3 Projevy stresu</u>	23
<u>1.3.3 Zvládání školní zátěže</u>	25
1.4 Psychosomatická problematika	26
<u>1.4.1 Somatoformní poruchy</u>	28
1.4.1.1 Somatizační porucha.....	28
1.4.1.2 Hypochondrická porucha	29
1.4.1.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce	29
1.4.1.4 Perzistující somatoformní porucha.....	29

1.5 Neurotické příznaky manifestující se prostřednictvím	
<i>psychických funkcí</i>	30
<u>1.5.1 Úzkost a strach</u>	30
1.5.1.1 <i>Somatická reakce na úzkost a strach</i>	32
<u>1.5.2 Deprese</u>	33
1.6 Neurotické příznaky manifestující se prostřednictvím	
<i>tělesných projevů</i>	34
<u>1.6.1 Bolest</u>	34
<u>1.6.2 Poruchy spánku</u>	34
<u>1.6.3 Závratě</u>	35
<u>1.6.4 Srdeční potíže</u>	35
<u>1.6.5 Zvýšený tlak</u>	37
<u>1.6.6 Potíže s dýcháním</u>	37
<u>1.6.7 Kůže</u>	38
<u>1.6.8 Trávicí systém</u>	38
2. Cíle práce a hypotézy	40
2.1 <i>Cíle práce</i>	40
2.2. <i>Hypotézy práce</i>	40
3. Metodika	41
3.1 <i>Použité metody</i>	41
3.2 <i>Charakteristika dotazníku</i>	41
3.3 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	42
4. Výsledky	43
5. Diskuse	73
6. Závěr	77
7. Seznam literatury a použitých zdrojů	79
8. Klíčová slova	83
9. Přílohy	84

Úvod

Každé z jednotlivých období života je provázeno specifickými změnami (narození, nemoc, přestěhování, studium, změna partnera, krize středního věku), jejichž následkem bývají různé těžkosti. Tyto subjektivní potíže často vycházejí ze změn vnějších vztahových systémů a bývají doprovázeny individuálními prožitky jednotlivých osob. V souvislosti s pokrokem doby, kdy je měřítkem „štěstí“ úspěch ve všech oblastech – postupující kariéra v zaměstnání, funkční rodina, bezproblémové sociální vztahy a atraktivní fyzický vzhled, jsou na každého z nás kladeny vysoké nároky. Následkem toho se pak často nechováme tak, jak bychom chtěli, ale tak, jak bychom měli. Tyto konfliktní situace, kdy potlačujeme to, co chceme, nebo možná i potřebujeme, můžeme být schopni pomocí svých vlastních adaptačních mechanismů zvládnout. Nároky okolí ale mohou být příliš intenzivní, nebo můžeme být psychicky či duševně oslabeni a výše uvedené konfliktní situace se stanou podnětem ke vzniku neurotických příznaků.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala především proto, že je osobně blízké nejen mě a lidem v mém okolí, ale je s největší pravděpodobností nějakým způsobem blízké všem. Někdy je až s podivem, jak často slýcháváme věty typu „Mám depresi“, „Jsem ve stresu“, „Začalo mě z toho bolet břicho“ apod. Každý zažívá jiné neurotické příznaky v různé intenzitě a v různých časových intervalech. Příznak, který někdo ani nevnímá, může být pro druhého závažnou událostí, proto jsem ve své práci uvedla pouze některé příznaky, které se podle mého názoru vyskytují nejčastěji.

Další motivací k výběru tohoto tématu byl fakt, že je z oblasti na pomezí několika disciplín a je tedy možné se na neurotické příznaky dívat z několika úhlů pohledu. Teoretickou část jsem tedy rozdělila na tři hlavní oddíly – psychiatrickou část, která se zabývá jednotlivými neurotickými a somatoformními poruchami, psychologickou část, která se zabývá stresem a poslední část věnující se psychosomatické problematice.

1. Současný stav

1.1 Neurotické příznaky

Pojem „*neurotický*“ je dle Psychologického slovníku (Hartl-Hartlová, 2000) vykládán jako „vztahující se k neuróze, nebo z ní vyplývající“. Můžeme ale také vycházet z toho, že v průběhu života vzniká důležitá nerovnováha mezi přáními, potřebami a možnostmi člověka na jedné straně a na druhé straně omezujícími podmínkami. Tyto omezující podmínky mohou být buď reálné (nedostatečná výživa, nepříznivé klimatické podmínky) nebo sociální (např. když se matka dostatečně nemazlí se svým dítětem). K nerovnováze přispívá a třetí strana, kterou se myslí způsob, jak se tyto rozpory ukládají v člověku a jak je vnímá. (9)

Pro tuto práci jsou důležité spíše *lehké neurotické projevy*. Ty zná každý a většinou se vyléčí spontánně, když dojde k nějaké rozhodující změně v životě člověka nebo člověk „chytí správný vítr“. Pro někoho může být i samotné setkání s psychoterapeutem rozhodující změnou. Kromě neurotických příznaků se běžně setkáváme s tzv. *neurotickými (psychogenními) reakcemi*, což jsou takové poruchy jednání, které se objevují při akutní zátěži (např. při ztrátě zaměstnání, ztrátě partnera, selhání při důležité zkoušce) a podobají se ve svém vnějším vyjádření neurotickým poruchám. (8)

Neurotické příznaky se mohou projevit ve formě tělesných potíží, mezi něž patří např. bolesti hlavy, závratě, zvýšený tlak, bušení srdce, tlak či bolest žaludku, říhání, nechutenství, zvracení, průjmy, třes rukou, chvění či záchvaty křečí celého těla, poruchy chůze či pohyblivosti končetin, ztráta hlasu, nadměrné pocení, pocity mravenčení, brnění či svědění, některé poruchy zraku a sluchu a bolesti v nejrůznějších částech těla. K neurotickým příznakům, které se naopak manifestují prostřednictvím psychických funkcí, patří např. stavy napětí a podrážděnosti, pocity vyčerpanosti a nepřiměřené únavy, deprese s převládáním myšlenek, že život nestojí za nic. Další potíže mohou mít formu nutkavých myšlenek, kdy se člověku vnucují určité představy toho, co má udělat a pokud to neudělá, něco nepříjemného se mu stane. Jiným příznakem mohou být a úzkosti. Často se také vyskytují poruchy spánku, pocity

vnitřního chvění a slabosti vůle. Člověk se nedokáže soustředit, podceňuje se, nebo má naopak pocity velké důležitosti a potřebu na sebe jakkoli upozorňovat. (14)

1. 2 Neurotické poruchy

Neurotické poruchy jsou duševní poruchy bez zjiřitelné organické příčiny, při kterých má nemocný dostatečný náhled a není narušen jeho postoj k realitě. Většinou se neprojevují zmatené chorobné názory nebo fantazie o okolním světě. Chování nemocného může být ovlivněno, ale obvykle zůstává v mezích, které jsou sociálně přijatelné. Osobnost narušena nebývá. (34)

1.2.1 Fobické úzkostné poruchy

Úzkost a strach jsou doprovodnými jevy každého lidského života a mohou nabývat takových forem z hlediska jejich výskytu, intenzity a trvání, že můžeme hovořit o úzkostných poruchách. Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější duševní onemocnění, protože se uvádí, že z celoživotního hlediska postihují až jednu čtvrtinu populace vyspělých zemí. Někdy se úzkost dokonce považuje za symbol 20. století, především v souvislosti s moderním stylem života. Jak uvádí Ulč (1999), díky dramatičtějším příznakům jiných chorob jsou úzkostné poruchy leckdy opomíjené. Přitom jsou významné svou rozšířeností (v r. 1990 byla úzkostná porucha diagnostikována a více než 7% dospělých) a závažností - podle různých statistických údajů je u pacientů s úzkostnými poruchami až dvojnásobná úmrtnost oproti ostatní populaci. Uvádí se, že vyšší úmrtnost je způsobena především čtenějším výskytem kardiovaskulárních onemocnění, zhoubných nádorů a cévních mozkových příhod u této skupiny pacientů. Sociální dopady úzkostných poruch se odrážejí v rozměru celospolečenském, ale i v rozměrech osobního života pacienta – v rámci jeho rodiny a nejbližšího okolí. (31, 37)

Úzkostné poruchy jsou typické chronicky nepřiměřenou úzkostí, která se může projevovat vyhocenými akutními atakami, nebo iracionálním a vystupňovaným strachem. (31, 37, 38, 40)

1.1.2.1 Agorafobie

Agorafobie bývá definována jako nepřiměřený strach z velkých otevřených a uzavřených prostor. Úzkost výrazně roste, pokud je nemocný mimo domov – v davu, v obchodě, v dopravním prostředku, v kině apod. Za těchto okolností stoupá strach ze ztráty kontroly, mohou se objevit i panické ataky, které jsou reakcí na silný pocit ohrožení spojený s pocitem nemožnosti tuto situaci ovládat. Nemocní se nejčastěji obávají situací, kdy musí užít hromadné dopravní prostředky, mají strach z jízdy v metru, z pobytu ve výtahu, v restauraci, nebo v jiných místech, kde je hodně lidí. Prožívaný strach je stejně jako u ostatních typů neurotických poruch provázen řadou vegetativních, tělesných a také psychických příznaků. U pacientů se kromě fobických obtíží a panických atak často také současně objevují sekundární deprese. Agorafobie nejčastěji začíná ve věku 18-35 let a její průběh bývá bez léčby chronický s různou intenzitou obtíží, která dlouhodobě kolísá. U 10-20 % nemocných se setkáváme s progresí choroby, která vede až k invalidizaci. (30, 31, 34, 40)

1.1.2.2 Sociální fobie

Lidé, kteří jsou stíženi touto poruchou, trpí strachem z kontaktu s jinými lidmi. Mají obavy, že ostatní je nepříznivě přijímají, že nepodají očekávaný výkon a těmto situacím se proto snaží vyhnout. Může se jednat o relativně izolované strachy, např. z veřejného vystoupení, nebo také o formu generalizovanou, kdy se obavy týkají téměř všech sociálních kontaktů. Začátek sociální fobie bývá dost často již v dětství, event. v pubertě a snadno se stává chronickým problémem. (27, 31)

Když se postižený dostane do situace, ze které má strach, často se u něho rozvinou tělesné příznaky úzkosti, jako je např. bušení srdce, chvění, pocení, zvýšené svalové napětí, pocity prázdnoty v žaludku, sucho v ústech, pocity horka nebo chladu a bolesti hlavy. Nejvýraznějším příznakem sociální fobie je tzv. *sociální úzkost*, tedy strach v přítomnosti druhých osob, který bývá spojený s konkrétními sociálními situacemi (promluvit na veřejnosti, podstoupit kritiku kolegy, setkat se s významným člověkem apod.). Lidé trpící sociální fobií daleko častěji zůstávají osamělí, bez partnera a je pro ně obtížné oddělit se od rodičů a začít žít samostatně. (27, 31, 34, 40)

Diagnostika této úzkostné poruchy bývá často komplikována tím, že postižení zdůrazňují především doprovodné příznaky úzkosti, které pak interpretují jako svůj primární problém. Je proto třeba rozlišovat, zda se potíže objevují v různých situacích, nebo zda souvisejí s nějakou konkrétní sociální interakcí. Praško (2000) uvádí tři základní diagnostická vodítka – postižený trpí výrazným strachem ze zkoumavých pohledů, bojí se být středem pozornosti a obává se i způsobu svého vlastního chování (které „bude určitě trapné a ponižující“). Druhým diagnostickým vodítkem je nápadné vyhýbání se sociálním situacím, v nichž by se výše uvedené příznaky mohly objevit. Posledním důležitým bodem v diagnostice jsou vegetativní a další tělesné příznaky úzkosti v obávaných situacích. Někdy je obtížné od této duševní poruchy rozlišit extrémní stydlivost. Stydlivost je spíše všeobecná a nedochází u ní k tak významnému narušení psychosociální adaptace jako u sociální fobie.(30, 31)

1.1.2.3 Specifické (izolované) fobie

Specifické fobie jsou charakteristické neadekvátním strachem z jednoho či více dobře definovaných objektů, resp. situací nebo činností, které běžně nejsou nebezpečné. Tyto úzkostné poruchy jsou nejčastějšími duševními poruchami vůbec – jejich celoživotní prevalence bývá až 10-20%. Nejvyšší výskyt zaznamenáváme v dětském věku, mohou ale postihovat i dospělé. Postižení svůj strach často sami označují za nadměrný a nerozumný. Protože jsou tyto fobie zaměřeny pouze na určitou situaci, zatěžují život nemocného mnohem méně než ostatní typy úzkostných poruch. Při diagnóze je třeba odlišit specifickou fobii od agorafobie a sociální fobie, které jsou na rozdíl od těchto poruch generalizovány na celou řadu situací. (30, 31, 40)

Tab. č. 1 Nejčastější názvy specifických fobií

Specifická fobie	Strach z...	Specifická fobie	strach z ...
Akrofobie	výšek	Gynofobie	Žen
Aichmofobie	ostrých předmětů	Klaustrofobie	uzavřených prostor
AIDS – fobie	AIDS	Logofobie	Slov
Ailurofobie	koček	Nyktofobie	Tmy
Androfobie	mužů	Ofidofobie	Hadů
Aquafobie	vody	Fotofobie	Světla
Bakteriofobie	bakterií	Pyrofobie	Ohně
Brontofobie	hromu	Siderodromofobie	Železnice
Kynofobie	psů	Triskaidefobie	čísla 13
Euinofobie	koní	Xenofobie	Cizinců

Zdroj: RABOCH, J. Psychiatrie. 1. vydání. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8

1.2.2 Jiné úzkostné poruchy

1.2.2.1 Panická porucha

Podstatným rysem této úzkostné poruchy jsou nepředvídatelné záchvaty masivní úzkosti, které začínají náhle a jsou charakteristické silnou intenzitou negativních pocitů. Vlastní ataka obvykle trvá 5-20 minut a většinou spontánně končí. Po jejich odeznění může přetrvávat třes, napětí a vyčerpání, nebo dochází naopak k uvolnění a letargii. Panické ataky nevyvolává specifický podnět, vznikají bez jasné příčiny. Při atakách nemocný prožívá silné pocity úzkosti až děsu, bezvýchodnosti a bezmoci, spojené s přesvědčením, že tuto situaci nemůže nijak ovládnout. Často se objevují pocity nereálnosti, cizosti sebe samého (depersonalizace) a okolního světa (derealizace). Nemocní mívají tendence k iracionálnímu způsobu interpretace svých potíží a je pro ně velmi omezující, že panická ataka může vzniknout náhle, takže nejsou schopni ji předvídat. Epidemiologické studie ukázaly, že celoživotní prevalence panické poruchy se pohybuje mezi 1,5 - 3,5%, zatímco výskyt ojedinělých atak je daleko vyšší (odhaduje se, že tyto ojedinělé ataky ve svém životě prožije až 16% lidí). Somatické projevy jsou u této poruchy velmi intenzivní, obvykle se jedná o kardiovaskulární příznaky (bušení srdce, zrychlený tep), pocení, třes, střídání horka a zimnice, pocity nevolnosti, závratě, pocity necitlivosti vlastního těla a pocity dušení, event.

hyperventilační syndrom. V typickém případě tato porucha začíná u mladších dospělých lidí, kteří v minulosti prožili několik stresových situací. Panická porucha se často vyskytuje spolu s agorafobií (přibližně ve 2/3 případů), popř. s jinými podobnými obtížemi a její průběh bývá většinou dlouhodobý. Jednou z nejzávažnějších komplikací panické poruchy bývá suicidium – sebevražedný pokus spáchá kolem 7 % osob trpících touto poruchou. (27, 30, 31, 34, 40)

1.2.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha

Generalizovaná úzkostná porucha (generalized anxiety disorder – GAD) je diagnostická kategorie, která zahrnuje výraznou a chronickou úzkostnou symptomatologii, trvající alespoň 6 měsíců, při nepřítomnosti panických atak. Postižení jsou v neustálém úzkostném očekávání negativních věcí, mají problémy i s těmi nejjednoduššími a nejzákladnějšími záležitostmi, jsou plačtiví, nedokáží odpočívat, relaxovat, soustředit se. Prožívají také řadu nepříjemných tělesných obtíží, jako např. svalové napětí, nespavost (především poruchy usínání), bolesti hlavy, nadměrné pocení, trpí třesem apod. (31, 34)

Tato porucha postihuje asi 5-9% populace, přičemž ženy bývají zastoupeny asi dvakrát častěji než muži. Pro generalizovanou úzkostnou poruchu je typické, že se minimálně vyskytuje v izolované podobě. Odhaduje se, že až 90% postižených GAD trpí z celoživotního pohledu ještě jinou duševní nemocí. Nejčastěji jde o depresivní stavy (více než 2/3), ale stejně tak často jsou přítomny i jiné úzkostné poruchy (panická porucha, agorafobie, prostá a sociální fobie). (31)

Problémy se obvykle začínají rozvíjet v rané dospělosti. Průběh je chronický s minimálními tendencemi ke spontánním remisím. Postižení postupně získávají přesvědčení, že jejich chronická tenze, neplodná hyperaktivita, neustálé starosti a úzkostnost sice nejsou normální, ale že k jejich životu už patří a úzkost začnou považovat za svůj trvalý osobnostní rys. Začnou se tak u nich rozvíjet pocity frustrace, nespokojenost se životem a často mají pocity beznaděje. (31, 38)

Symptomy GAD můžeme rozdělit do čtyř kategorií: na poruchy emotivity, poruchy kognitivních funkcí, změny v chování a na symptomy projevující se pomocí tělesných příznaků. Typickým příznakem z první kategorie jsou pocity úzkosti, obav a znepokojení, které je velmi obtížné ovládat a kontrolovat. Dalším příznakem je trvalé napětí, jehož se nelze zbavit a nemocný se tak nemůže uvolnit. Nemocný mívá náhled na situaci, dokáže si uvědomit, že jeho emoční reakce jsou nepřiměřené, ale přesto není v jeho silách je ovládat. Společným bodem poruch kognitivních funkcí je fakt, že myšlení úzkostného člověka je emocionálně deformováno. S úzkostí totiž souvisí preferenční soustředění se na podněty, které by mohly signalizovat něco zlého. Tyto stavy, kdy silný pocit úzkosti může vyvolat pouhé očekávání negativní situace, nazýváme tzv. *anticipační úzkostí*. Pro změny v chování jsou typické tendence k akcentovaným reakcím i na běžné podněty, jejichž výsledkem pak bývají projevy, které se jeví jako neúčelné a nesmyslné. Tyto úzkostné projevy v chování jedince mají nepříznivé důsledky především v oblasti mezilidských vztahů, protože mohou být ostatním natolik nepříjemné, že vyvolávají negativní odezvu. Ta pak může formou zpětné vazby působit také jako faktor posilující úzkost. Nemocní se necítí dobře ani ohledně somatické stránky. Nedokáží odpočívat, trpí poruchami spánku a pocity únavy, bušením srdce, třesem, zvýšeným pocením, závratěmi, dýchacími a zažívacími potížemi apod. pro lepší přehlednost viz následující tabulka. (30, 31, 40)

1.2.2.3 Smíšená úzkostně depresivní porucha

V primární péči se lze často setkat s pacienty se smíšenou úzkostnou depresivní poruchou, tzn. že se u nich při podrobnějším prozkoumání zjistí současný výskyt úzkostné a depresivní symptomatologie. Ani jeden z těchto syndromů nesplňuje kritéria MKN-10 tak, aby bylo možno nemocného zařadit pod diagnózu afektivní či úzkostné poruchy. Někdy se v tomto směru též používá termín všeobecný neurotický syndrom, který zahrnuje chronickou anxiету, občasné panické ataky, agorafobické a depresivní potíže. Výzkumy ukázaly, že prevalence úzkostně depresivní poruchy v primární péči je 4,1% a závažnost této poruchy je lékaři podceňována, přestože má vysoké procento suicidiálních pokusů. (30, 31)

1.2.3 Obsedantně – kompulzivní porucha

Podstatným rysem obsedantně – kompulzivní poruchy jsou opakované, nežádoucí, nutkavé myšlenky a představy (*obsese*), které se vtírají do mysli nemocného a nabádají ho k nějakému většinou stereotypnímu jednání (*kompulzu*). Obsese neodpovídají skutečným zájmům a přáním nemocného, který si je vědom jejich nepřiměřenosti, pociťuje k nim nemalý vnitřní odpor, ale nedokáže se jich zbavit. OCD můžeme označit za nejtěžší a nejvíce invalidizující poruchu ze všech úzkostných poruch. Nemocného nezřídka doslova zotročí a metodou cukru a biče (krátká úleva po provedení rituálu a znovu nastupující úzkost) vede v začarovaném kruhu k udržování a chronifikaci této poruchy. (16, 32, 40)

Základním a převažujícím pocitem je *úzkost*, která je v tomto případě vyvolávána vnitřními impulzy. Protože vtíravé myšlenky a představy nejsou vůlí ovladatelné, u nemocného se objevuje pocit ztráty kontroly nad vlastním vědomím, resp. uvažováním. Nemocní mívají nutkání k určitému jednání a jestliže by se snažili toto nutkání jakkoliv potlačit, jejich pocit napětí a úzkosti by stoupal. Proti tomuto napětí se pak nemocní brání tím, že si vytvářejí náhradní aktivity (např. různé rituály mytí rukou) a ty pak fungují jako kompenzace primárního jednání. První projevy této poruchy se obvykle objevují v období dospívání a jsou pozvolné. Přibližně u 15% jedinců se průběh trvale zhoršuje a může vést až k invalidizaci. Popsaný syndrom evokuje v postiženém pocity tísně a narušuje jeho psychosociální adaptaci, především velkou ztrátou času až neschopností pracovat a vykonávat běžné denní úkoly. (31, 38)

Tab. č.2 Častost jednotlivých nutkavých projevů

Nutkavé myšlenky	%	Kompulze	%
Obavy z kontaminace	45	Kontrolování	63
Patologické pochybnosti	42	Mytí	50
Somatické obsese	36	Počítání	36
Obsese symetrie/pořádku	31	Ověřování	31
Agresivní impulsy	28	Symetrie, přesnost	28
Sexuální obsahy	26	Shromažďování věcí	18

Zdroj : RABOCH, J. Psychiatrie. 1. vydání. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8

1.2.4 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

Posttraumatické poruchy jsou reakcí na jednorázový traumatizující zážitek, nebo na dlouhodobou stresovou situaci. Je pro ně typické znovuprožívání a přetrvávání vyvolávajících událostí ve vědomí, spojené s intenzivním strachem, pocity bezmoci a hrůzy a potřebou vyhnout se podnětům, které mohou být s touto zkušeností spojeny. (31, 40)

1.2.4.1 Akutní reakce na stres

Akutní reakce na stres je přechodná duševní porucha, která se objevuje u jedince, jenž dříve netrpěl psychickými obtížemi, jako okamžitá odpověď na mimořádně výjimečný fyzický nebo duševní stres. Většinou odezní během krátké doby (v rozmezí několika hodin či dnů). Spouštěcím podnětem může být zážitek spojený s ohrožením duševní či fyzické rovnováhy jedince nebo jeho blízkých příbuzných (např. povodně, požár domu), nebo náhlá změna se závažným dopadem na oblast sociální role a mezilidských vztahů postiženého (ztráta zaměstnání, nevěra partnera). (31, 34)

Příznaky této poruchy jsou velmi variabilní. Probíhají však obvykle v podobném cyklu, který začíná úvodním stavem „ustrnutí“ se zúženým vědomím a pozorností, neschopností chápat podněty a dezorientací (až stupor). Na tento stav může dále navazovat další emoční otupění, nebo naopak agitace a nadměrná činnost (útěková reakce). Většinou bývají přítomny vegetativní příznaky v podobě tachykardie, pocení, chvění a zčervenání. Ne výjimečně se stává, že se na zmíněné období rozvine částečná nebo úplná amnézie. (31, 34)

1.1.4.2 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (Posttraumatic Stress Disorder) vzniká u disponovaných osob jako *opožděná nebo protrahovaná reakce* na předchozí závažnou stresovou událost. Na rozdíl od výše zmíněné akutní reakce na stres se jedná o reakci dlouhodobou, objevující se do 6 měsíců od stresující události, která tuto poruchu vyvolala. Postižený opakovaně prožívá katastrofickou událost ve svých myšlenkách, snech nebo fantaziích (tzv. flashbacks) a snaží se vyhybat situacím a místům, ve kterých se zážitek přihodil. Na kritickou dobu a událost si částečně nepamatuje, nebo mohou být

jeho vzpomínky narušeny. Pociťuje úzkost, trpí poruchami spánku, koncentrace, je extrémně ostražitý, má sklon k úlekovým, panickým či agresivním reakcím. Nemocný také ztrácí zájem o své předchozí aktivity, cítí se být odcizen lidem. (31, 34)

Celoživotní prevalence PTSD se pohybuje mezi 1-9%, přičemž výskyt u žen je asi 2x vyšší, než a mužů. U žen se převážně jedná o následky fyzického, často sexuálně motivovaného napadení nebo vyhrožování, zatímco u mužů jde spíše o následky účasti v boji nebo přítomnosti při vážném poranění nebo smrti druhé osoby.(31)

1. 3 Stres

Stres může být velmi důležitým faktorem spolupodílejícím se na poruchách celkového zdraví, nebo může být i jejich příčinou, popř. následkem.

Hartl – Hartlová (2006) uvádí, že stres je hovorová choroba století jako termín všeobecně nadužívaný pro konflikt, úzkost, frustraci, vyšší aktivizaci a situace nepříjemně pociťované vůbec. Samotné slovo stres je anglosaského původu (stress) a objevuje se v angličtině od středověku. Jeho českým ekvivalentem je pak slovo zátěž. Jak je již naznačeno výše, v současnosti tohoto slova běžně užíváme k vyjádření každodenního shonu či běžných starostí, jimž se v dnešní uspěchané době dost dobře není možné vyhnout. Tím se do značné míry v obecném jazyce posouvá obsah a význam tohoto pojmu ve srovnání s jeho obsahem a významem v jazyce odborném – tzn., že kdejaká, i relativně neškodná obtíž, či dokonce prospěšná a povzbuzující zátěž je často pro většinu lidí stresem. (9, 13, 36)

Definicí stresu je mnoho, např. podle teorie Lazaruse a Folkmana (1984) je stres zvláštním vztahem mezi osobou a prostředím, který jedinec vnímá a následně hodnotí jako zatěžující či přetěžující jeho zdroje a ohrožující jeho duševní pohodu. Dvěma hlavními procesy, které předurčují míru stresu prožívanou v dané situaci jsou *kognitivní hodnocení* a *zvládnání*. Kognitivním hodnocením je myšlen hodnotící proces, který určuje, proč a do jaké míry je konkrétní situace vnímána jako stresová. Zvládnání je kognitivní a behaviorální strategie, kterou jedinec používá ke zvládnutí stresové situace a negativních emočních reakcí. (11)

Cooper a Appley (1966) definují stres jako stav organismu, kdy jeho celistvost je ohrožena a organismus musí zapojit všechny schopnosti na svoji ochranu. (9)

Další odlišnou definici stresu uvádí Catell a Scheier (1961), kteří tvrdí, že stres se projevuje vzorci reakcí, které se vztahují k ACTH (adrenokortikotropní hormon) a které dovede určit faktorová analýza. Také se projevuje osobnostní dimenzí, do které patří schopnost čelit výzvě představované nutností se přizpůsobit versus schopnost zanechat nevyřešený problém osudu a stáhnout se. (2)

Všechny tyto uvedené příklady definic stresu si dovolím shrnout do jedné definice od Selyeho (1978) : stres je stav projevující se specifickým syndromem, který sestává ze všech nespecificky navozených změn uvnitř biologického systému. (2)

V psychické rovině platí pravidlo, že jedinec prožívající stres je častěji nakloněn vnímat okolní situace jako ohrožující a také na ně jako na ohrožující – ačkoli bezdůvodně – může reagovat. Dlouhodobý stres tedy ovlivňuje nejen tzv. sekundární hodnocení situace, ale i schopnost těžkosti zvládat. Toto kumulované dlouhodobé napětí následně může výrazným způsobem zhoršovat situaci člověka, který se dostává do stále větší životní krize a může se samo o sobě stát stresorem. (15, 18)

1.3.1 Faktory vyvolávající stres

Stresorem bývá označován činitel vnějšího prostředí (zácpa na dálnici, obsazený telefon, propuštění z práce, konflikty, hluk, ale i hlad, podvýživa, uvědomovaná bída...) vyvolávající v organismu stav stresu či stresovou reakci. *Stresovou reakcí* se rozumí soubor nespecifických fyziologických odpovědí, které vedou k opotřebenosti biologického systému. (29, 34)

Nejčastější stresory, se kterými se lidé každodenně setkávají je možné rozdělit do čtyř kategorií:

- *Vztahové stresory* (neshody v rodině, výchovné problémy s dětmi, nadměrná soupeřivost vedoucí ke konfliktům, závist až nenávist...)
- *Pracovní a výkonové stresory* (přetížení množstvím práce, nepřiměřený čas, který je k vykonání určité práce k dispozici, nadměrná míra odpovědnosti, nevyjasnění

pravomocí, vysilující snaha o kariéru, nezaměstnanost, vztahy s ostatními lidmi na pracovišti, nepřiměřené finanční ohodnocení...)

- *Stresory související s životním stylem* (nadměrný hluk, neadekvátní spánkový režim, nevyhovující bydlení, nepřiměřená výživa...)

- *Nemoci a handicapy* (fyzické znevýhodnění, onemocnění s chronickým průběhem...) (25)

Atkinsonová (2004) dělí stresory, resp. stresové události do těchto následujících kategorií: traumatické události mimo oblast běžné lidské zkušenosti, neovlivnitelné události, nepředvídatelné události, události představující výzvu pro hranice našich schopností a našeho sebepojetí nebo vnitřní konflikty. Traumatické události zahrnují katastrofy, jako jsou zemětřesení a záplavy, války, automobilové havárie, letecká neštěstí, znásilnění, pokus o vraždu a další. To, že neovlivnitelné události jsou mnohem více stresující než události ovlivnitelné, vyplývá z výzkumu (Geer a Maisel, 1973), který ukázal, že přesvědčení, že můžeme ovlivnit průběh situací, snižuje naši úzkost, i když tuto možnost nevyzkoušíme. Intenzitu stresu také snižuje možnost předvídat výskyt stresové události. Dále bylo zjištěno, že když lidé mohou očekávat působení předvídatelných stresorů, vykazují nižší emoční aktivaci, mají menší strach a stresory vnímají jako méně nepříjemné než nepředvídatelné stresory stejné intenzity. (1)

Vnímání stresorů nezávisí jen na individualitě jedince (na jeho celkovém stavu a osobní zkušenosti), ale i na širším kulturním a sociálním kontextu.

V teorii stresu se hovoří nejen o stresorech, které převážně chápeme jako zatěžující vlivy a negativní faktory vedoucí k napětí, ale také o *salutorech*, což jsou faktory, které v těžké situaci člověka posilují, motivují a dodávají mu sílu, výdrž v boji a odvalu k dalšímu pokračování zápasu se stresem. Příkladem salutoru může být smysluplnost vykonávané činnosti, vlastní přesvědčení o hodnotě toho, o čem usilujeme, pochvala a uznání lidí, kterých si sami vážíme, apod. (15)

Je třeba zdůraznit, že ne všechny požadavky, které na nás působí, jsou podněty navozující stres: nemalá část z nich má spíše charakter zátěže a působí na lidský organismus stimulačně. Jsou to především ty požadavky, které nás nezahlcují ani nedeptají, takže jsme na ně schopni pozitivně reagovat aktivním přizpůsobením se

a jejich zvládnutím. Mají pro náš život velký význam, protože pokud by na člověka nebyly kladeny žádné požadavky, nemohl by se dál rozvíjet a jeho vývoj osobnostní (a tím pádem i druhový a celkový vůbec) by stagnoval. (13)

1.3.2 Fyziologická reakce na stres

Stresová reakce se spouští v mozku, přičemž mohou nastat dvě situace. Stresor se buď objeví náhle, anebo očekáváme stresující situaci předem. V prvním případě se stresová reakce spouští ve zlomku vteřiny – zrychlí se tlukot srdce (a následně se také zvýší srdeční výdej a krevní tlak), zvýší se sekrece potu a napětí svalstva, cítíme úzkost a až poté si uvědomíme, že jsme v ohrožení. Pokud stresující situaci očekáváme předem, nejprve si možné ohrožení uvědomíme, a až následně se začne spouštět stresová reakce v emočním a tělesném prožívání. (12, 18, 24)

Zakladatel systematického výzkumu stresu, kanadský fyziolog, endokrinolog a psycholog maďarsko-rakouského původu *H.B. Seyle*, popsal interakci živých organismů se stresem jako nespécifickou stereotypní odpověď na náročné požadavky okolí a prvně zpracoval tzv. *generální adaptační syndrom (GAS)*. GAS je rychlá, poplachově- pohotovostní reakce na působení stresoru, ohrožující naši psychickou nebo fyzickou pohodu, jejímž hlavním cílem je shromáždit všechny rezervy organismu, které jsou potřebné k aktivaci organismu a nutné ke zvládnutí působícího stresoru. Součástí GAS je komplex změn odehrávajících se v organismu na třech úrovních - psychické, fyziologické a behaviorální (projevující se v chování). (13)

GAS začíná poplachovou reakcí (která je více rozepsána v kapitole pojednávající o úzkosti a stresu), během níž dochází k vyplavení řady hormonů (noradrenalinu a adrenalinu), jež mají tělo připravit na zvládnutí zátěže. V první řadě je důležité mobilizovat svaly. Ty se mohou napnout natolik, že se flexory a extenzory začnou vzájemně přetahovat a vyvolají tak třes. Je možné, že třes se projeví jen na drobných svalech hlasivek s výsledkem roztřeseného projevu, nebo pouze na drobných svalech prstů. Pokud se třes projeví celkově, postižený se cítí velmi nepříjemně a namísto připravení k akci prožívá naprosté ochromení a bezmoc. Je ale také důležité si uvědomit, že pro dobrý fyzický výkon je určité napětí žádoucí. Přibližně před stoletím

byla zmapována souvislost mezi psychickým napětím a výkonem, která má podobu obrácené U-křivky a lze říci, že platí dodnes. Další důležitou součástí přípravy na „boj se stresorem“ je vzestup glykémie, který se děje jednak kvůli omezení sekrece inzulínu z pankreatu a jednak cestou zvýšené glykolýzy. Dále se vyplavují tukové rezervy, zvyšuje se lipolýza (štěpení tuků lipázou) a neefektivním způsobem se spalují bílkoviny (negativní dusíková bilance). (1, 12, 24)

Protože se většina krve dostává ke svalům (a nemalá část také k mozku), projeví se to na ostatních částech organismu - prochladou akrační části končetin a zbledne obličej. Také se začínají vyprazdňovat duté orgány – močový měchýř (zde mluvíme o stresové polakisurii) a střevo (při mírnějším stresu mohou lidé naopak trpět zácpou). Pokud bychom tento fakt vztáhli na teorii „boje nebo útěku“ je to logické, protože ani v jedné situaci není nadbytečná váha žádoucí, ale naopak je vhodné zbavit se přebytečné zátěže. (12, 18)

Vzhledem k tomu, že stresová reakce vznikla jako reakce organismu určená na záchranu života, zůstává při ní nevyužito velké množství energie. V dobách prvotního vývoje této reakce se nadměrná energie (především sacharidy a lipidy) spálila přirozeným způsobem při fyzické aktivitě – tedy útěku, nebo boji; v mezích novodobých sociálních pravidel, kdy k využití těmito postupy většinou nedochází, zůstává nadbytečná energie nevyužita a může se ukládat jinde než do původních fyziologických rezervoárů. Přetěžované řízené systémy (především kardiovaskulární a pohybové) se pak mobilizují, zbytečně zvyšují svou aktivitu, a tak se opotřebovávají. Můžeme obecně říci, že to jsou jedny z hlavních příčin takzvaných civilizačních chorob (mezi něž se počítá ischemická choroba srdeční, hypertenze, diabetes, poruchy pohybového ústrojí a další). (12, 38)

Pokud ani výše popsaná fáze ke zvládnutí stresu nestačí, nastává období rezistence, kdy je organismus připravován na dlouhodobé vzdorování stresu. Začne být aktivní tzv. osa PAC (pituitary → adrenal cortex), tedy hypofýza → kůra nadledvinek, což má za následek uvolnění glukokortikoidů. Ty tělo připraví na dlouhodobý „boj“ se stresem, ale mají i nepříznivé účinky, jako např. ztrátu chuti k jídlu, narušení sexuálních funkcí nebo oslabení imunitního systému. (35)

1.3.3 Projevy stresu

Pro život je určitá míra stresu potřebná. Zlepšuje soustředění, paměť a podněcuje energii k možnému řešení. Nadměrná úroveň stresu však působí nepříznivě, oslabuje výkon, znemožňuje uvolnění. Lidé, kteří žijí v silně stresujících podmínkách, jsou více náchylní k rozvoji úzkosti a deprese. (25)

Projevy stresu můžeme dle Praška (2003) vnímat ve čtyřech hlavních rovinách, které se vzájemně ovlivňují:

- a) v myšlení
- b) v emocích (náladě, pocitech)
- c) v chování
- d) v tělesných příznacích.

Projevy stresu v myšlení se vyznačují negativními myšlenkami a katastrofickými představami, které vedou ke zvyšování napětí a překotné bezúčelné aktivitě, často i ke smutku a rezignaci. Dalším projevem stresu v myšlení jsou automatické negativní myšlenky. Objevují se samy od sebe, aniž by si je dotyčný přál a vedou k odkládání nepříjemných činností, pocitům bezmoci, k rezignaci a smutku. Bývají to věty jako: „Stejně to nezvládnou“, „Nemá cenu se snažit, stejně mi to nepůjde“. (1)

Za typický emoční prožitek ve stresu bývá označován pocit nepohody, který může jedinec prožívat velmi různými způsoby – např. jako napětí, agresi, vztek, úzkost, strach, smutnou náladu, bezradnost, ztrátu radostného prožívání, náladovost, rozmrzelost, bezradnost, bezmoc, ztrátu chuti k činnosti, někdy paradoxně jako přehnané, nepřírozené veselí, hlučnost, anebo hněvivost. Platí zde ale i opak – lidé, kteří kvůli svému osobnostnímu založení často prožívají negativní emocionální stavy, prožívají daleko intenzivněji působení stresorů – a to jak větších, tak drobných těžkostí. Jako jedny z nejčastějších reakcí na stresovou událost (následující po úzkosti) bývají uváděny agrese a vztek. Tato teorie se opírá o hypotézu frustrace – agrese, která předpokládá, že kdykoli je jedinci znemožněno dosažení cíle, o který usiluje, dochází k vyvolání agresivního pudu, jenž motivuje k chování směřující k poškození objektu nebo osoby, která frustraci způsobila. Výsledky výzkumů také ukazují, že stres stojí

dosti často u zrodu apatie. Jestliže stresové podmínky přetrvávají a jedinec je nezvládá, apatie může přerůst v depresi. (1, 15, 29)

Kromě emočních reakcí na stres lidé při setkání s intenzivními stresory často vykazují podstatné oslabení kognitivních funkcí. Mívají potíže se soustředěním a logickým uspořádáním myšlenek, výsledkem pak je zhoršení výkonu. (1)

Existují dva hlavní způsoby, jak může stres ovlivnit naše somatické prožívání – buď ho ovlivňuje přímo prostřednictvím tělesných změn, anebo nepřímo prostřednictvím změn v chování jedince. Většinu přímého dopadu stresu na zdraví zajistí endokrinní systém, systém uzlin a dalších struktur, které produkují hormony a vylučují je do krevního oběhu. Hlavními stresovými hormony jsou *katecholaminy* (adrenalin a noradrenalin), jež jsou vylučovány dřením nadledvinek a nervovými zakončeními sympatiku, a *kortikosteroid* kortizol, který vylučuje kůra nadledvinek. Uvolňování katecholaminů podněcuje kardiovaskulární aktivitu a zvyšuje se tak krevní tlak. Kortizol je zase významný pro mobilizaci tělesné energie a syntézu glukózy z jater. Kromě toho kortizol podněcuje zásoby tuku a zvyšuje hladinu lipidů (triglyceridů a cholesterolu) v krvi. Tyto uvedené hormony se také podílejí na změnách imunitního systému. (11)

Stres působí na každého člověka individuálně. Někteří lidé prožívají stresovou reakci především tělesně: třesou se, cítí napětí, přibírají na váze nebo hubnou, nekvalitně spí, špatně se jim dýchá. U druhé skupiny lidí převažují naopak duševní symptomy, jako jsou nervozita, podrážděnost, změny nálady, úzkost, tendence uzavírat se do sebe apod. (25)

Z krátkodobého hlediska stres může vyústit v neschopnost soustředit se, v podrážděnost, přecitlivělé reakce a ztrátu smyslu pro humor. Z dlouhodobého hlediska má nepříznivý dopad na rozhodování, zapříčiňuje únavu, vyvolává nezáměr a vede k chorobám způsobeným stresem. (10)

1.3.3 Zvládání školní zátěže

Protože je výzkumným souborem této práce vzorek vysokoškolských studentů, považuji za důležité zmínit se zde také o zvládání školní zátěže, tedy „školního stresu“. V zátěžových situacích spojených se školou a následně se studiem se člověk ocitá už v předškolním věku, kdy je jako dítě zkoumán, zda-li je zralý pro školní docházku. Zpočátku si důležitost těchto situací ani nemusí uvědomovat, ale vycítí ji z přímých či dodatečných reakcí dospělých – především rodičů, učitelů a lékařů. S nástupem do školy a vývojem člověka se spektrum zátěžových situací překotně rozšiřuje a přibývá i jejich zdrojů: učitelé, spolužáci, rodiče, požadované činnosti, požadované tempo činnosti, kvalita činnosti atd. (6)

Co se týká obecné charakteristiky zátěžové situace spojené se studiem, můžeme říci, že jde o situaci, která:

- se primárně týká žáka/studenta jako jednotlivce, nebo skupiny žáků/studentů;
- se vyskytuje ve škole nebo těsně se školou/studiem souvisí;
- má různorodé zdroje (endogenní, exogenní, stabilní, nestabilní, studentem ovlivnitelné/neovlivnitelné);
- působí na studenta dlouhodobě, nebo krátkodobě, spojitě, nebo přerušovaně;
- je aktuální (reálná), či jen potenciální (fungující jako hrozba);
- mívá trojí podobu, a to podobu obvyklých požadavků a nároků, nebo závažnější výzvy, anebo dokonce ohrožení bio-psycho-sociální sféry jedince;
- bývá provázena nepříjemnými nebo negativními psychickými stavy studenta s možnými doprovodnými tělesnými příznaky;
- mívá dvojí účinek, kdy se její působení buď postupně kumuluje, až dosáhne kritické hranice, anebo představuje na studenta momentální zátěž;
- dá se hodnotit objektivně, ale přesto je mnohem důležitější, jak ji subjektivně vnímá, prožívá a hodnotí konkrétní jedinec. (6)

I u zátěže platí totéž pravidlo jako a úzkosti a strachu (viz pozdější kapitola) – pokud má zátěž dlouhodobou či generalizovanou (ve všech oblastech a kontextech interakcí vystupující) povahu, tak se člověk velmi jednoduše přizpůsobuje. Proces jeho

psychického rozvoje se tak stabilizuje a jedinec již nevyužívá své potenciální předpoklady pro další psychický rozvoj a seberealizaci. (19)

Pokud mluvíme o zátěži spojené se studiem u dospělého člověka je zde třeba brát ohled navíc na to, že je na něj samotného přesouvána odpovědnost za řešení jeho vzdělávacích potřeb a za péči o zdokonalení schopnosti využít svůj potenciál a najít své místo ve společnosti. (22)

1.4 Psychosomatická problematika

Psychosomatika je odvozena od dvou slov, od slova *psyché*, což znamená duševno, psychično, konkrétně pak naši životní situaci a hlavně způsob, jak na různé situace reagujeme, a od slova *soma*, což znamená řecky tělo; jde tedy o celostní nazírání na zdraví či nemoc. (23)

Podle Poněšického (2002) je psychosomatika disciplína, která se zabývá vztahy mezi duševnem a tělesnem – nechápe je jako dvě nezávislé oblasti, ale jako spojené nádoby či jako vzájemně propojené systémy. O tomto „propojení“ nás téměř každodenně přesvědčuje naše vlastní zkušenost, kdy se v napjatých situacích potíme, svírá nás žaludek před důležitým rozhovorem, či zkouškou, dlouhodobé problémy nám způsobují bolesti hlavy a nespavost atd. Běžně užíváme i spoustu úsloví, která poukazují na psychosomatickou jednotu a podmíněnost. (23)

Na souvislosti mezi tělem a duší se v průběhu staletí pohlíželo velice různě. Např. starořecký lékař Hippokrates byl přesvědčen, že pocity mohou ovládat jednotlivé orgány, když říkal, že srdce se ve zlosti stahuje a v radosti rozšiřuje. Moderní psychosomatika vznikla především z prací Sigmunda Freuda a jeho následovníků, které jasně ukázaly, jak velký význam má duše při vzniku a vývoji tělesných poruch. Freud sám nenavrhl žádné speciální psychosomatické teorie ani terapeutické koncepce, avšak jeho model konverze jasně předvedl, jak se mohou psychické konflikty zvrátit a „konvertovat“ v tělesné symptomy. Domníval se totiž, že se člověk prostřednictvím svých neurotických symptomů vyhýbá nelibosti (např. konfliktům) a usiluje o slast či pohodu. (7, 20, 23)

Dle Morschitzkého a Satora rozlišujeme 4 hlavní skupiny psychosomatických chorob různé závažnosti. První skupinou jsou *poruchy celkového tělesného schématu*, což jsou neorganické tělesné symptomy bez funkčních nebo somatických příčin většinou nepovažované za nemoc. Tyto poruchy bývají převážně psychicky nebo psychosociálně podmíněné a nevznikají při nich chronické poruchy vegetativního nervového systému, chorobné změny tkání ani poruchy orgánů. Podle osobního způsobu vnímání a subjektivní teorie nemoci však mohou takové potíže přerůst v zatěžující soužení – tak se poruchy celkového tělesného schématu mohou pozvolna měnit ve funkční nebo somatoformní poruchy, považované již za nemoc. (20)

Funkční poruchy jsou druhou skupinou psychosomatických chorob. Spočívají v poruše autonomního (vegetativního) systému a nejčastěji se projevují jako bušení srdce, nadměrné pocení, potíže s dýcháním a zažívací potíže. Funkční poruchy také mohou být projevem neuplatněné energie, které má tělo k dispozici. (20, 23)

Taková primárně tělesná onemocnění, v jejichž důsledku vznikají duševní symptomy a psychosociální poškození, nazýváme *somatopsychická onemocnění*, a jsou nejzávažnější skupinou psychosomatických chorob. Pacientům se somatopsychickým onemocněním často nestačí pouze medicínská léčba a je zde nutná interdisciplinární spolupráce všech zainteresovaných odborníků. (5)

Další skupinou psychosomatických chorob jsou *poruchy somatoformní*, o kterých se v této práci ještě zmíním.

Tělesné reakce poukazují na něco, co bychom rádi nevnímali, někdy lze dokonce hovořit o „moudrosti těla“ – v každém případě je však tělesná reakce něco podstatného, něco přirozenějšího a spontánnějšího než duševní reakce na určité situace, které podléhají daleko většímu vlivu okolí, hlavně modifikaci pod vlivem výchovných vlivů. (20, 23)

Uvádí, že člověk neonemocní psychosomaticky proto, že by byly okolní podmínky příliš tíživé, nýbrž proto, že je tak či onak vnímá, zpracovává a reaguje na ně. Psychosomatickými příznaky trpí právě často velice inteligentní osobnosti, protože se neztotožnili s uvědoměným a svobodným způsobem zacházení s tělesnými a emočními reakcemi a impulzy. Jde o jakési zúžení našeho prožívání – jako by postižený člověk neměl v sobě dostatečný prostor, ve kterém by mohl určité zážitky vnímat, přijmout,

zabývat se jimi a reagovat na ně. Takovíto lidé by tedy byli schopni na něco emočně reagovat, ale neudělají to. Raději se tomuto spontánnímu emočně - tělesnému reagování vyhýbají, neboť je spojené s pocitem studu, či s úzkostí. Chvála a Trapková (2006) považují za zdroj nemocné duše a následně i těla „nemocné společenství a nemocnou rodinu“ (5, 7, 23, 32)

1.4.1 Somatoformní poruchy

Přestože se somatoformní poruchy řadí mezi poruchy duševní, zařadila jsem je ve své práci pod psychosomatickou problematiku. Somatoformní poruchy se projevují tělesnými problémy nebo subjektivním přesvědčením o vlastní nemoci, která ale není objektivně potvrzena. Tyto „somatické stesky“ vedou k přílišné konzumaci zdravotní péče a podstatně narušují kvalitu života postiženého. Příčinou tělesných potíží a s nimi souvisejícího nepřiměřeného způsobu reagování bývají psychické problémy a poruchy. Nemocní a také jejich okolí ale mnohem lépe přijímají somatické onemocnění, která je méně stigmatizují než psychiatrická diagnóza. (31, 34, 40)

1.4.1.1 Somatizační porucha

Podstatou této poruchy jsou opakované a různorodé tělesné symptomy, kvůli kterým pacient vyžaduje u různých lékařů a dalších specialistů léčbu. Pacientův popis příznaků bývá velmi dramatický a působivý, většinou zahrnuje více orgánových systémů. Aby mohla být diagnostikována somatizační porucha, musí obtíže, pro které neexistuje somatické vysvětlení, trvat alespoň dva roky. Onemocnění postihuje přibližně 2% žen, přičemž klinicky méně vyjádřené formy (tzv. „mnohotný somatoformní syndrom“), které nesplňují kritéria MKN-10 pro somatizační poruchu, se vyskytují až a 10% populace. (34, 39)

1.4.1.2 Hypochondrická porucha

Základním rysem hypochondrické poruchy je strach nemocného z toho, že má jednu nebo více závažných a progresivních nemocí. Tento strach se projevuje trvalými somatickými potížemi, nebo také trvalým zabýváním se vlastním fyzickým vzhledem. Normální a běžné pocity a jevy si pacienti často vykládají jako zvláštní a zneklidňující. Často jsou současně přítomny i úzkost a deprese. (34, 39)

1.4.1.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce

Pacienti trpící touto poruchou své příznaky popisují tak, jako by byly způsobeny tělesnou nemocí orgánů inervovaných z velké části nebo zcela vegetativním nervstvem, tj. systémem kardiovaskulárním, gastrointestinálním, respiračním nebo urogenitálním. Symptomy jsou většinou dvojího typu – prvním typem jsou stížnosti založené na objektivních známkách vegetativního podráždění (palpitace, pocení, červenání, třes, strach...). Druhou skupinu potíží tvoří subjektivní nespecifické stesky, které se různě mění a pacient je vztahuje na konkrétní orgány nebo systémy (prchavé bolesti, pocity pálení, tíže, napětí...) (34, 39)

1.4.1.4 Perzistující somatoformní porucha

Hlavním symptomem perzistující somatoformní poruchy bývá přetrvávající těžká a zneklidňující bolest, která nemůže být plně vysvětlena fyziologickým procesem nebo somatickou poruchou. Tato bolest se objevuje v souvislosti s citovým konfliktem nebo psychosociálními problémy, které jsou natolik výrazné, že dovolují závěry o tom, že jsou hlavními příčinnými vlivy. Jejich výsledkem je pak obvykle zřetelný vzestup podpory a pozornosti, buď lékaře nebo jiné osoby. (34, 39)

1.5. Neurotické příznaky manifestující se prostřednictvím psychických funkcí

1.5.1 Úzkost a strach

Úzkost a strach patří k běžným emocím, které každý člověk během svého života nejménou prožije. Jsou součástí sebezáchovných mechanismů a hrají důležitou úlohu v zápase o přežití. (12)

Raboch (2001) popisuje *úzkost* jako nepříjemný emoční stav, jehož příčinu nelze přesněji definovat. Je často doprovázena vegetativními příznaky, které mohou vést po delší době k únavě nebo vyčerpání. *Strach* lze podle téhož autora definovat jako konkretizaci úzkosti - emoční a fyziologickou odpověď na rozpoznatelné nebezpečí trvající pouze po dobu jeho existence. Za běžných okolností mají svůj nezastupitelný ochranný a informační význam. Prožitkově strach zahrnuje pocit napětí, neklidu, sevřenosti až ochromení. (31, 42, 40)

Mezi pojmy úzkost a strach není vymezena přesná hranice a jejich používání je většinou věcí konvence, zvyku, popř. i jazykového citu. Úzkost totiž mnohdy přechází ve strach a naopak – oba dva pojmy se vzájemně podmiňují a kontinuálně spolu splývají. (42)

Filozofie poukazuje na souvislost úzkosti se svobodou. Tato teorie se zakládá na tvrzení, že člověk sevřený ve svém chování pevnými pravidly a nařízeními se nemusí cítit být zodpovědný za své jednání. Uvádí konkrétní příklad z válečného období – když Hitler posílal své vojáky dobývat cizí země, křičel, že on je jejich svědomí a tím je zbavoval strachu a odpovědnosti za to, jak se budou chovat. Podobně se většina válečných zločinců hájí tím, že vraždili a mučili na rozkaz někoho jiného. Také hluboká víra v Boha usnadňuje mnoha lidem vyrovnat se s úzkostí související s pocitem odpovědnosti za každý čin. (38)

Jak jsem již naznačila výše, strach a úzkost jsou již normální a zdravé lidské reakce, protože umožňují celou sérii automatických změn v těle, v mysli a v chování jako reakci na možné nebezpečí. Většina těchto tělesných pocitů je vyvolána změnami vegetativního nervového systému, který má dvě složky – parasympatikus a sympatikus. Tato série změn v mysli a těle může být spuštěna jak skutečným ohrožením, tak ohrožením, které si vytváříme ve svých obavách a starostech. V dnešní době bývá

většina pocitů ohrožení spojena s psychologickým stresem (mezilidskými problémy, obavami, starostmi a vnitřními konflikty). (25, 30)

Tab.č.3 : Některé účinky sympatiku a parasympatiku

SYMPATIKUS	PARASYMPATIKUS
Zrychluje srdeční činnost	Zpomaluje srdeční činnost
Zvyšuje pocení	Snižuje pocení
Zrychluje dýchání	Zpomaluje dýchání
Zvyšuje napětí ve svalech	Snižuje napětí ve svalech

Zdroj : RABOCH, J. Psychiatrie. 1. vydání. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8

Intenzita úzkosti a strachu bývá různá a je často spojena s pocitem vnitřního neklidu – nervozity. Může se projevit jen mírnou nepohodou nebo nervozitou, ale také až stavem paniky a hrůzy. (38)

Úzkost a strach jsou považovány především za psychické jevy, jejichž ovlivňování tedy zákonitě spadá do oborů, které se psychikou zabývají: do psychiatrie a psychologie. Z psychologického pohledu na úzkost a strach vyplynulo, že tyto dva fenomény jsou kvalitním příkladem propojenosti duševní a tělesné stránky člověka v jeden psychosomatický celek, protože se zde nejedná jen o psychické prožitky, ale že je doprovází mnoho tělesných příznaků. Můžeme tak tedy usuzovat a z hlediska fyziologického – mimika ustrašeného či úzkostného člověka se neliší a bývá popisována nejčastěji jako vyděšený výraz s pootvřenými ústy, celkový výraz působí strnule, obličej bývá bledý a pohyby jsou hůře koordinované, nepřesné. (12, 42)

Zajímavá je teorie Jamese a Langse, kteří vyslovili názor, že vlastní příčinou subjektivního prožitku jsou somatické, především vegetativní změny, ke kterým po averzivních stimulech dochází. Lze tedy říci, že nepláčeme proto, že jsme smutní, ale jsme smutní, protože pláčeme. Pokud bychom tuto teorii převedli na úzkost, znamená to, že ohrožení jedince vede např. k tachykardii a zvýšenému svalovému tonu, a teprve subjektivní zpracování těchto tělesných změn vyvolá pocit strachu a úzkosti. (38)

Za specifický případ prožívání úzkosti a strachu můžeme považovat trému, která je v podstatě neurózou z očekávání. Bývá spojena s ambiciózními postoji - tzn. se snahou prokázat své schopnosti, s obavou nenarušit svůj sebecit a „neshodit se“ –

zvláště existuje-li reálný (či pomyslný) předpoklad, že nás okolí převyší či zneváží, nebo jsou-li výsledky hodnocení pro jedince velmi důležité. Mírná, přiměřená tréma je přirozeným jevem, zvyšuje výkon a ulehčuje adaptaci. Patická tréma však působí rušivě, může vést až k panice, zhoršuje výbavnost a někdy dokonce znemožňuje výkon. (19, 38)

1.5.1.1 Somatická reakce na úzkost a strach

Úzkost není jen nemilý psychický pocit, je to podobně jako bolest komplexní psychosomatický prožitek či zkušenost (experience), která doprovází člověka především v situacích ohrožení. Honzák (2005) tuto skutečnost ilustruje na příkladech jelenů, kteří se v poklidu pasou na louce a vyruší je zapraskání. Jeleni se přestanou pást, začnou větřit a nepatrně se jim napnou svaly. Tato skutečnost bývá označována jako orientační reakce nebo také reflex a je zprostředkována behaviorálním inhibičním systémem (BIS), jehož podstatnou částí jsou *nc. raphae* a *locus coeruleus*, které vyhodnocují možnost ohrožení přicházejících podnětů. Pokud situaci vyhodnotí jako ohrožující, v těle se spustí řada automatických reakcí, jejichž cílem je dodat nám co nejvíce energie. Zjistí-li zmínění jeleni, že praskání způsobila veverka a tudíž nejsou vážně ohroženi, jejich dosavadní sympatické reakce vystřídá činnost parasymptiku. Pokud však zjistíme, že zdroj podnětu představuje reálné nebezpečí, celá sympatikem řízená reakce pokračuje směrem do poplachové fáze stresu, jejímž úkolem je připravit organismus na útok nebo útek. (12)

BIS, jenž je základním prvkem poplachového systému však zpětně nepůsobí jen na neznámé podněty a na signály nebezpečí, ale také na podněty bolestivé, na situace, kdy jedinec neobdrží očekávanou odměnu, a dostává se tak do stavu frustrace a také na vnější podněty, a to jak z centrálního nervového systému, tak z periferie. (12)

Další vývoj této reakce je neoddelitelný od poplachové fáze stresu, o které jsem se zmínila v kapitole 1.3.2.

Jestliže se dostaneme do stavu úzkosti, tělo v důsledku útočné či únikové reakce produkuje spoustu energie. Tuto reakci ale v současném moderním světě příliš nevyužíváme, a proto jsme nervózní a podráždění, čímž se může úzkost ještě zvyšovat.

a pokud se něčeho obáváme, máme tendence prožívat v představách obávanou situaci stále dokola, přičemž největší důraz klademe na okamžiky, kterých se děsíme nejvíc. Mysl se tak nakonec dostává do stavu trvalé úzkosti, a jakmile tento stav nastane, spouští se reakce nabuzení. Úzkost se tak vlastně stává úzkostí chronickou, pokud člověk nenajde způsob, jak ji řešit. Dlouhodobá úzkost může mít následující důsledky:

- Únava přecházející až v pocity vyčerpání
- Lekavost, podrážděnost, vznětlivost, stálé napětí
- Problém soustředit se na běžné denní úkoly nebo učení (člověk se špatně koncentruje a mívá pocit, že si nic nepamatuje)
- Potíže se soustředěním se na příjemné aktivity
- Neschopnost uvolnit se a odpočívat
- Fyziologické problémy – např. zácpa nebo naopak chronické průjmy (10)

1.5.2 Deprese

S pojmem „deprese“ mohou být spojovány velmi různé obsahy – počínaje vyčerpanou reakcí na přetížení nebo zoufalou reakcí na zklamání a těžkými psychotickými melancholiemi konče. Značná část lidí vidí souvislost depresivní symptomatiky s přetěžováním, soužením, či s rodinným, pracovním a psychosociálním stresem. Slovo „deprese“ se stejně jako stres stalo součástí běžného jazyka a tím se jeho původní obsah změnil – často se mluví o depresi i v těch případech, kdy není klinicky zdůvodnitelná a kdy se spíše jedná o běžný psychologický fenomén přechodné skleslosti. (37)

Symptomatika deprese je velmi rozsáhlá a obsahuje potíže nejrůznějšího charakteru. Mezi ty nejobvyklejší patří nedostatek podnětů a ztráta elánu, smutné a často podrážděné rozladění, ztráta zájmu a radosti, anhedonie, alibidinie, poruchy spánku, nechutenství, snížená schopnost koncentrace a myšlení, úzkostné stavy, pocity viny, výčitky vůči sobě samému, obavy ze selhání, pocity vlastní bezcennosti, myšlenky na sebevraždu až přání být mrtvý, různé tělesné obtíže bez orgánového nálezu a další. (37)

1.6 Neurotické příznaky manifestující se prostřednictvím tělesných projevů

V úvodu této kapitoly je třeba zdůraznit, že psychicky podmíněna může být jakákoliv tělesná změna – od těch, jejichž příznaky působí velmi dramaticky, až po tělesné napětí a s ním spojené vegetativní příznaky, jako je např. zvýšené pocení, pocity tepla, nebo zimy, pocity tělesného vyčerpání, únavy apod. (23)

1.6.1 Bolest

Bolest je ryze subjektivní příznak, který existuje vždy, kdykoli postižený/nemocný tvrdí, že ho má (výjimkou je předstírání – simulace bolesti). Akutní bolest bývá vždy varovným signálem, že něco není v pořádku a neměli bychom ho ignorovat. Máme-li bolesti, může to mít organickou příčinu (poškození některé tkáně), ale také nemusí. Bolesti mohou být projevem organické poruchy, duševní choroby nebo narušených sociálních vztahů. (20, 41)

Bolesti a bolestivé poruchy mají tolik podob, že nelze uplatňovat žádné univerzálně platné psychologické vysvětlení. Většina neorganických bolestí v různých částech těla však obvykle vychází z chronického křečovitého napětí svalstva jako následku stresu, zlosti a určitých psychických a psychosociálních faktorů.

Mezi nejčastější bolesti patří bolesti hlavy. a naprosté většiny (tzn. více než 90%) pacientů jde o psychogenní bolesti hlavy spouštěné nejčastěji psychosociálními stresory. Těmto pacientům jsou rovněž připisovány některé individuální charakteristiky jako např. rysy depresivní závislosti a úzkostlivosti. (37)

1.6.2 Poruchy spánku

Spánkem je označován nehomogenní (heterogenní) funkční stav organismu s typickými rytmickými cykly, který se dělí do různých stadií a přechodů, charakterizovaných specifickými formami chování a změnami elektrofyziologickými, vegetativními a hormonálními. Poruchy spánku bývají často prvním zjevným signálem jiné poruchy zdraví nebo stresu. Sama o sobě není samostatnou nemocí, nýbrž bývá pouze symptomem. Spánková porucha nemusí mít příčinu pouze psychologicko-

psychiatrickou (deprese, úzkost), ale i organickou (plicní onemocnění), sociálně-ekonomickou (problémy v zaměstnání) nebo interpersonální. (21, 38, 41)

Existují dvě hlavní skupiny rozdělení poruch spánku podle jejich etiologie – akutní poruchy a chronické. Vzhledem k zaměření této práce jsou důležité především akutní poruchy spánku psychofyziologické povahy, které vznikají jako reakce na akutně stimulující psychické faktory, jako je stres, frustrace nebo napětí vyvolávané očekáváním. Poruchy spánku můžeme dělit také podle jejich kvality na poruchy usínání, poruchy v průběhu spánku a ranní časté probouzení. Obecně lze říci, že obtíže s usínáním jsou spíše spojeny s obavami, starostmi, úzkostí a napětím, zatímco mělký spánek a předčasné probouzení v časných ranních hodinách s nemožností znovu usnout je častěji spojeno s nedostatkem energie, ztrátou radosti, sebevýchýtkami, depresí a beznadějí. (28, 37)

1.6.3 Závratě

Závratí rozumíme subjektivní, velmi nepříjemný pocit postiženého, že se točí buď on sám, nebo jeho okolí. Tento prožitek bývá provázen nevolností, zvracením a pocením. V epidemiologických výzkumech uvádí asi 10% dotázaných závrat' psychogenní, z úzkostně neurotických pacientů udává obtíže se závratí 60 až 80%. (37, 41)

1.6.4 Srdeční potíže

Srdce je středem našeho těla nejen tělesně, ale také emocionálně. Je to dutý svalový nepárový orgán zprostředkávající nepřetržitou cirkulaci krve v cévním řečišti. Je umístěno v dutině hrudní mezi pravou a levou plící za hrudní kostí a chráněno vazivovým pouzdem –perikardem. Jakákoli zátěž, ať už fyzická nebo duševní, podstatně zvyšuje srdeční aktivitu a rozšiřují se věnčité cévy a následně zrychluje krevní oběh. Subjektivně to můžeme prožívat jako silné bušení srdce, pocit úzkosti v hrudi, nepravidelný tep nebo také jako bodavou bolest. (4, 20)

Funkční poruchy srdce jsou velmi častým onemocněním, přičemž nejrozšířenější je tzv. srdeční neuróza, také označována jako srdeční fobie. Je to úzkost orientovaná výlučně na srdce, která je natolik specifická, že si vysloužila název fobie. (20)

Aniž by bylo u pacienta možno zjistit nějakou základní tělesnou nemoc, postiženého trápí bolesti srdce, symptomy blízké panice, somatoformními a hypochondrickými symptomy, které můžeme dle Poněšického rozdělit do 4 částí:

- Srdeční potíže, jako bušení srdce, extrasystoly, bolesti jak tlakové, tak bodavé na hrudi a vystřelující do levé paže, tzn. potíže, které mohou připomínat srdeční infarkt.
- Celkové potíže ve smyslu celkové únavy, vyčerpání, tachykardie, chvění, pocity zimy či horka, závratě, bolesti hlavy, návaly potu a nespavost.
- Potíže, které se vztahují k dýchání, nepříjemné pocity na hrudi s nemožností se volně hluboce nadýchnout až k panické úzkosti z nedostatku vzduchu.
- Psychické potíže ve smyslu intenzivní úzkosti, dráždivosti, vnitřního neklidu a poruch efektivity. (23, 37)

Bylo zjištěno, že riziko kardiovaskulárních chorob stoupá a pacientů s depresivními a anxiózními poruchami. Koincidence depresivních poruch a kardiovaskulárních onemocnění (zejména ischemická choroba a infarkt myokardu byla studována v rozsáhlé finské studii v letech 1978-1981, kdy kardiovaskulární poruchy byly zachyceny asi u 1/3 případů. (32)

Funkční poruchy srdečního rytmu jsou druhou nejčastější symptomatickou v oblasti srdečních poruch. Normální automatická činnost sinusu je při nich působením stresových hormonů natolik změněna, že se objevují symptomy jako bušení srdce, arytmie, nebo vynechávání pulsu.

Dvě nejzávažnější funkční poruchy představují jednak poruchy srdeční frekvence (tachykardie: více než 100 úderů za minutu; bradykardie: méně než 60 úderů za minutu), jednak nepravidelný tlukot srdce. Může to být neškodná supraventrikulární arytmie, na rozdíl od skutečně nebezpečné arytmie ventrikulární, vycházející ze srdečních komor, jejímž následkem může být kromě těžkých komplikací také náhlý srdeční infarkt. (20, 33)

1.6.5 Zvýšený tlak

Psychický stav přímo a silně působí na výši krevního tlaku. Krevním tlakem rozumíme tlak krve v tepnách systémového oběhu. Za optimální se považuje krevní tlak do 140/90 mm Hg. Při zlosti, vzteku, úzkosti, rozčilení a stresu může tlak v extrémních případech vystoupat až na 240/130 mm Hg. Pokud je tlak v důsledku stresu trvale zvýšený, může se tato funkční porucha změnit v poruchu organickou. Tělo si navykne na vysoký tlak jako na normální stav a přestane užívat příslušných opatření k jeho snížení. Jestliže jsou hodnoty tlaku nad 160/95 mm Hg mluvíme o esenciální hypertonii – situační, nebo stabilní. Situační hypertonie se rozvíjí v situacích, které jsou subjektivně pociťovány jako ohrožení či ponížení a proti kterým se postižená osoba nemůže bránit. U stabilních hypertonií je většinou obtížné prokázat primární spouštějící situaci, ovšem u nemalého počtu postižených se odhalí vnitřní trvalý psychický stresor způsobený neambivalentními sociálními vztahy. Toto je v souladu s výsledky psychofyziologických studií, při kterých se ukázalo, že ve zlosti se vyplavuje více noradrenalinu. Tento hormon dřeně nadledvinek řazený mezi tzv. stresové hormony je zodpovědný za periferní vazokonstrikci. (3, 37)

1.6.6 Potíže s dýcháním

Somatoformní potíže s dýcháním se dostavují především při intenzivních emocích. Při úzkosti, vzrušení, zlosti, potlačovaném vzteku, pocitech viny, stresu nebo bolesti je dýchání buď rychlé a hluboké se vzdychavým dýcháním, nebo se mění od neklidné střední polohy k hyperventilaci (rychlému a povrchovému dýchání). (20)

Hyperventilační syndrom se projevuje výrazným tlukotem srdce, dušností, malátností, závratí, pocitem sevřeného hrdla a někdy i úzkostí. Se syndromem hyperventilace se nejčastěji setkáváme u emočně labilních osob, ale i u běžně zdravých lidí v situacích většího emocionálního podráždění. S tím také souvisí, že ve většině případů se hyperventilační syndrom vyskytuje akutně (existuje ale a chronická verze).

Hyperventilační syndrom je způsoben zrychleným a prohloubeným vdechováním. Vyvolávají ho především intrapsychické konflikty. (3, 33)

1.6.7 Kůže

Kůže bývá označována jako somatický, psychický a psychosociální útvar; jako orgán prvního kontaktu a také navazování kontaktu. Je také orgánem výrazovým, protože je viditelná pro ostatní a ukazují se na ní naše pocitová hnutí, když např. zčervenáme studem, zbledneme závistí, z hrůzy nám naskočí husí kůže nebo nás ze strachu polije pot. Psychologický význam kůže můžeme pozorovat v každém životním období. Šamberger (1944) kůži nazývá vzorným cvičišťem psychogenních dějů a jiní autoři zase kůži přirovnávají k malířskému plátnu, na kterém se projevuje psyché. (3, 37)

Rudnutí pokožky v obličeji, na krku a na hrudi v emocionálně vypjatých situacích je obávaný symptom a často se z něj vyvíjí strach z červenání (erytrofobie). Tato symptomatika se objevuje především v souvislosti se sociální fobií, tj. tehdy, když se postižený obává negativního hodnocení ze stran okolního světa. (20)

1.6.8 Trávicí systém

Gastrointestinální trakt (GIT) zajišťuje, aby přijaté živiny ze zevního prostředí byly adekvátně zpracovány – tomuto procesu říkáme trávení a následně efektivně vstřebány. Tyto dvě základní funkce můžeme GIT ještě doplnit o funkce další, neméně významné – např. ukládání některých látek do zásob nebo zajištění přiměřené ochrany organismu před škodlivými látkami či bakteriemi v potravě. (17, 21)

Na těsný vztah mezi psychikou a gastrointestinálním traktem poukazují každodenní zkušenosti mnoha lidí. Mezi funkční potíže této kategorie patří především „dráždivý žaludek“ a „dráždivé střevo“. Symptomy obou poruch se často překrývají, mezi ty nejčastější patří bolesti, nechutenství, pocity plnosti, nevolnost, zvracení, nadýmání, nadměrné říhání a změna frekvence a konzistence stolice. U 85% pacientů se

po následné anamnéze zjistí, že jejich funkčním potížím předcházely zatěžující životní události, jako jsou např. obtíže v rodině, starosti s ohledem na výkonnost a práci, odstěhování, poruchy sociální integrace, nové a vyšší nároky, ztráta dosavadních sociálních kontaktů apod. (17, 38)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

- Cílem bakalářské práce je zmapování výskytu neurotických příznaků u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity.
- Druhým cílem bakalářské práce je provedení porovnání výsledků výzkumu, jejich interpretaci a následnou analýzu.

2.2. Hypotézy práce

Hlavní hypotéza bakalářské práce:

- **Výskyt neurotických příznaků u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity se liší v závislosti na formě studovaného oboru.**

Podnětem pro vyslovení hlavní hypotézy byla domněnka, že studijní režim studentů prezenčního a kombinovaného programu je odlišný. Hlavním důvodem, který mě k této myšlence vedl je odlišné časové rozložení výuky u obou forem studia.

Dílčí hypotéza bakalářské práce:

- **Neurotické příznaky se častěji vyskytují u studentů kombinované formy studia, než u studentů prezenční formy studia.**

Důvodem pro stanovení této hypotézy bylo předpokládané tvrzení vypovídající o tom, že studenti kombinované formy studia jsou již zaměstnání a většinou mají a rodinu. Tyto dva faktory na ně mohou působit tak, že neurotickými příznaky trpí častěji, protože jsou na ně kladeny větší nároky.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Pro zmapování výskytu neurotických příznaků byl proveden kvantitativní výzkum. Sběr dat byl realizován metodou dotazování a technikou dotazníku (viz. příloha). Výsledky jsou uváděny v procentech zaokrouhlených na celá čísla, v závorce jsou pak čísla absolutní.

3.2 Charakteristika dotazníku

Dotazník obsahoval celkem 13 otázek. Úvodní otázky byly identifikační, týkaly se pohlaví a studovaného programu. Další otázky byly již zaměřené na výskyt neurotických příznaků. Celkem 11 otázek bylo uzavřených, zbylé 2 byly polouzavřené. Na otázky č. 3, 4, 6, 7, 10 a 12 respondenti odpovídali pouze jednou odpovědí. U otázek č. 5, 8, 9 a 13 si respondenti vybírali více variant. Otázku č. 11 tvořila tabulka. Bylo rozdáno 80 dotazníků v tištěné podobě - 50 studentům prezenční formy studia a 30 studentům kombinované formy studia. Zpět se mi vrátilo 71 dotazníků (50 dotazníků od studentů prezenční formy a 21 dotazníků od studentů kombinované formy). Návratnost tištěných dotazníků byla 89%.

Dále bylo rozesláno 35 dotazníků elektronickou poštou studentům kombinované formy studia. Zpět mi přišlo 32 vyplněných dotazníků, což znamená, že návratnost a dotazníků rozesílaných elektronickou poštou byla 91%.

Celkem rozdaných a rozeslaných dotazníků bylo 115, správně vyplněných dotazníků jsem získala 102, celková návratnost je tedy 87%.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

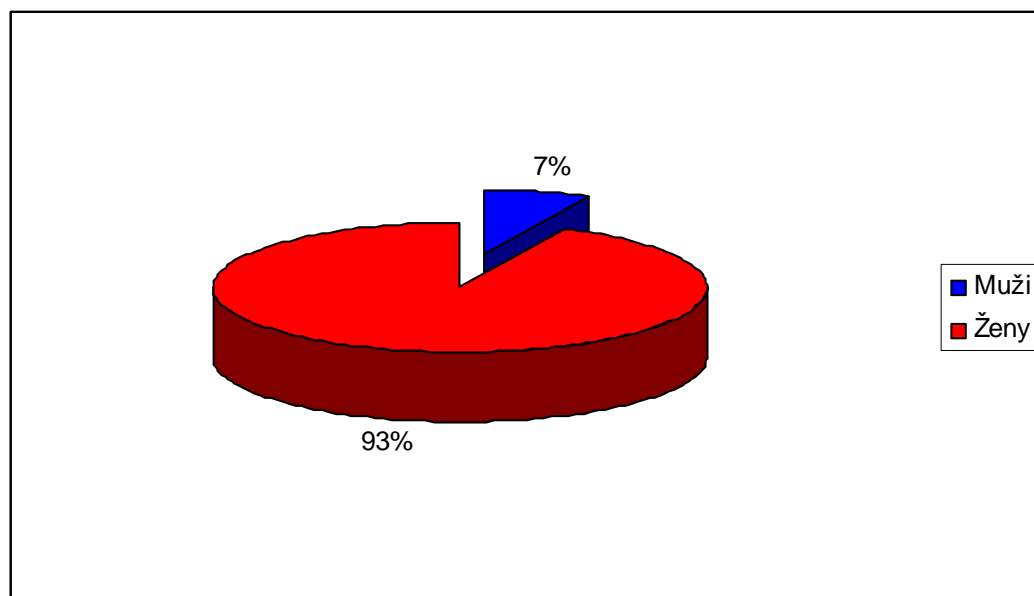
Výzkumný soubor tvořily 2 skupiny studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity – 50 studentů ZSF JCU prezenční formy studia a 52 studentů ZSF JCU kombinované formy studia.

Celkový počet respondentů (102) tvořilo 7 mužů – 7 % a 95 žen – 93 %. Domnívám se, že tak byl zachován průměrný poměr mužů a žen na ZSF.

4. Výsledky

Identifikační otázky

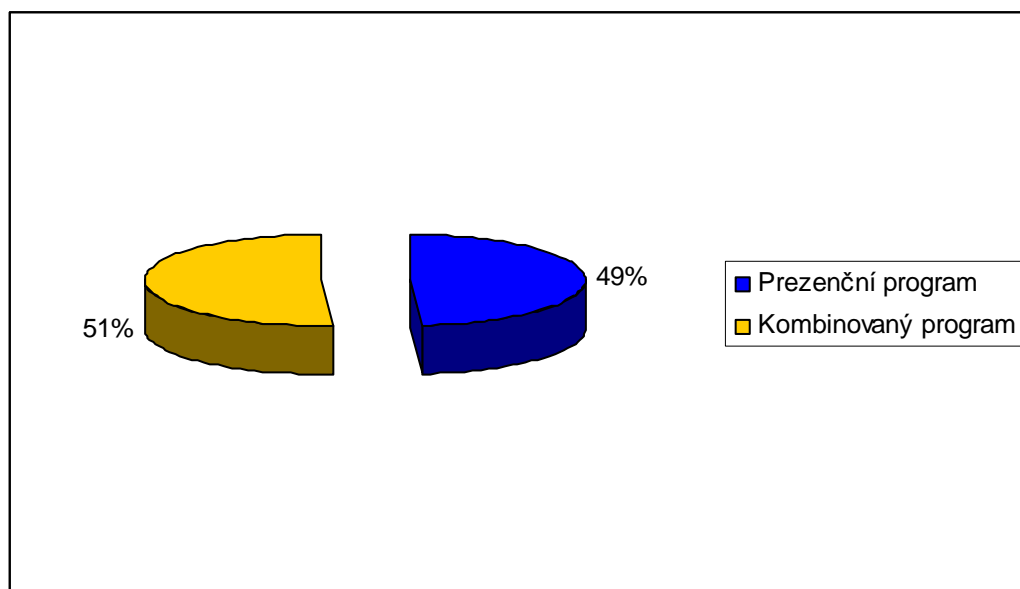
Graf č. 1 – Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu je znázorněné rozložení poměru mužů a žen, jejichž vyplněné dotazníky byly podkladem pro zpracování teoretické části bakalářské práce. 93 % (95) všech respondentů tvoří ženy a 7 % (7) je mužů.

Graf č. 2 – Forma studia

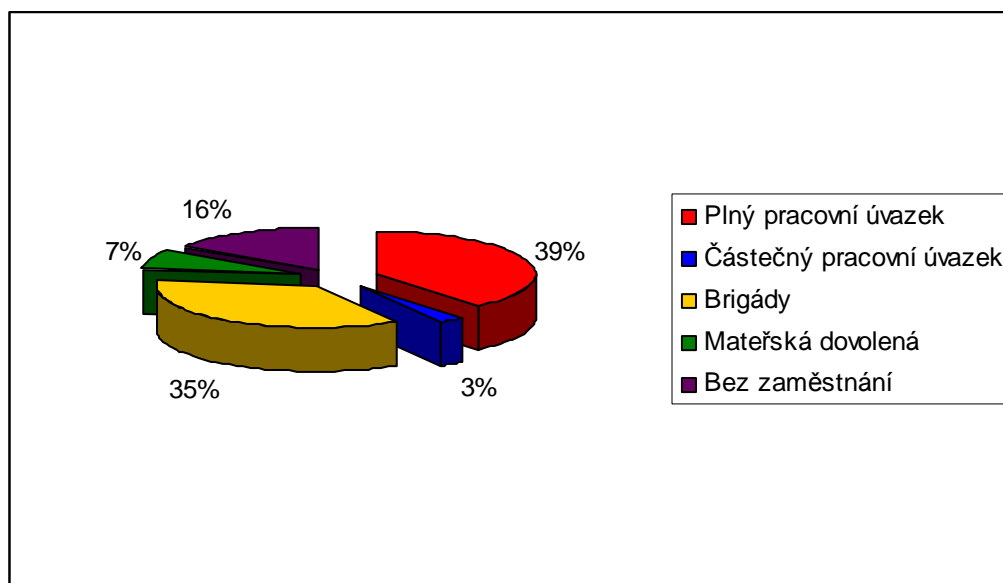


Zdroj: Vlastní výzkum

Z uvedeného grafu vyplývá, že poměr studentů prezenčního a kombinovaného programu je přibližně 1:1. Studentů prezenčního programu bylo 49 % (50) a studenti kombinovaného programu tvořili 51 % (52) ze všech respondentů.

Otázky týkající se zmapování výskytu neurotických příznaků

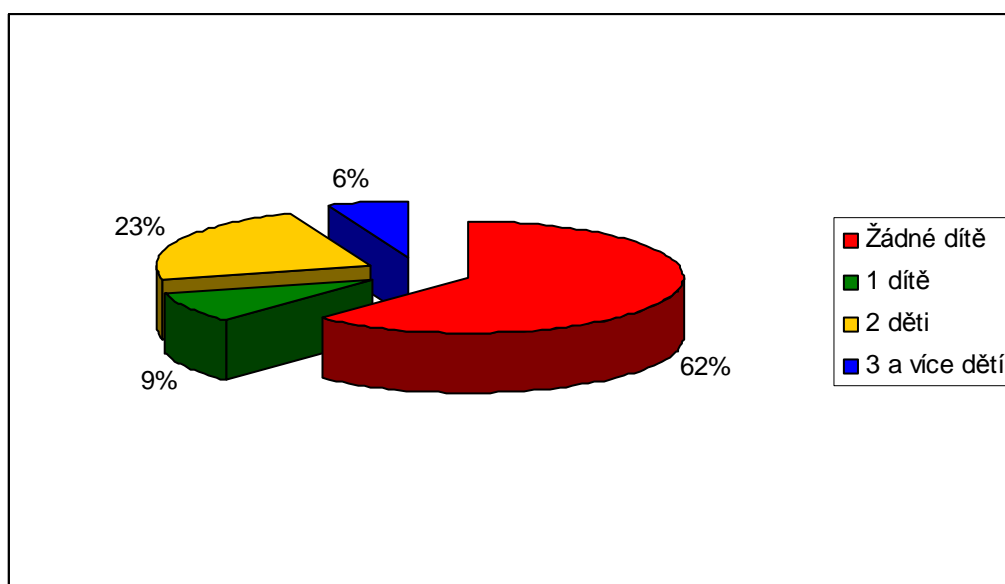
Graf 3 – Forma zaměstnání



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3 nás informuje o tom, zda jsou respondenti zaměstnaní a dále o typu jejich zaměstnání. 42 % respondentů (43) je zaměstnáno na plný pracovní úvazek, na částečný pracovní úvazek jsou zaměstnána 3 % respondenti (3). 30 % respondentů (31) chodí na brigády a 17 % respondentů (17) uvedlo, že nejsou zaměstnaní. Na mateřské dovolené je 8 % (8) respondentek.

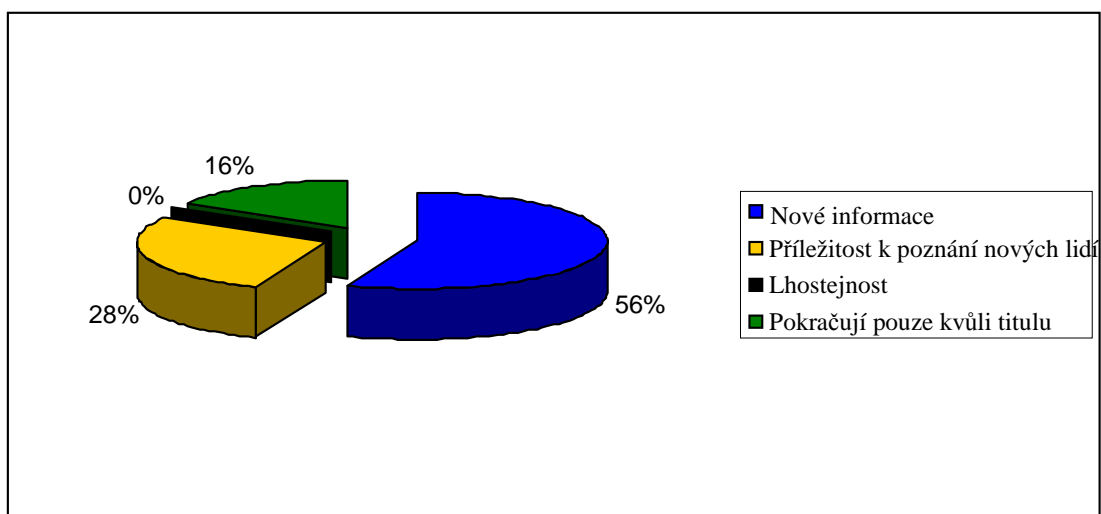
Graf 4 – Počet dětí



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 4 ukazuje, že 62 respondentů (63) nemá děti. Ze studentů prezenční formy studia tuto odpověď volilo 100% respondentů (50). 1 dítě má 9 respondentů (9%), 2 děti má 24 respondentů (23%). 6 respondentů (6%) má 3 a více dětí.

Graf č.5 – Motivace ke studiu

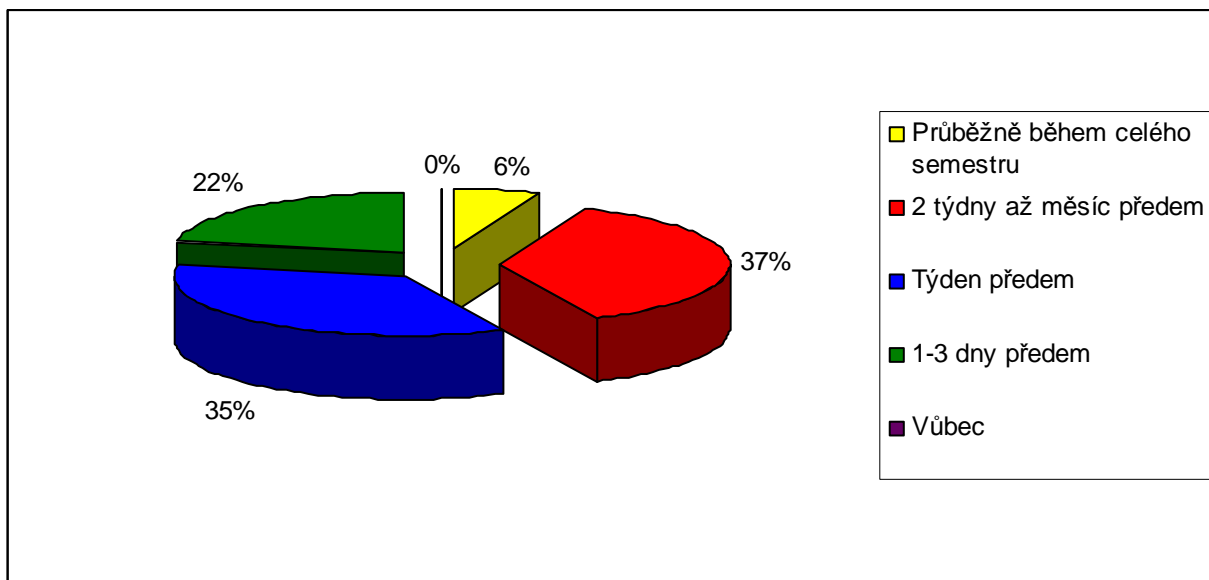


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5 vypovídá o tom, že na otázku č. 5 většina studentů - 56 % (68) odpověděla, že je studium baví, protože se na přednáškách a seminářích dozvídají nové informace. 28 % (34) respondentů studium baví, protože ve škole mohou poznávat spoustu nových lidí. 16% (19) studentů pokračuje pouze kvůli získání titulu a ani jeden respondent neodpověděl, že mu je studium lhostejné.

(Na tuto otázku bylo možno vybrat více variant odpovědí. Pouze odpověď a) zvolilo 51 % (53) respondentů. Pouze odpověď b) zvolilo 19 % (19) respondentů a stejně tak 19 % (19) respondentů zvolilo pouze odpověď c). Odpověď a) a b) zvolilo 11 % (11) respondentů.)

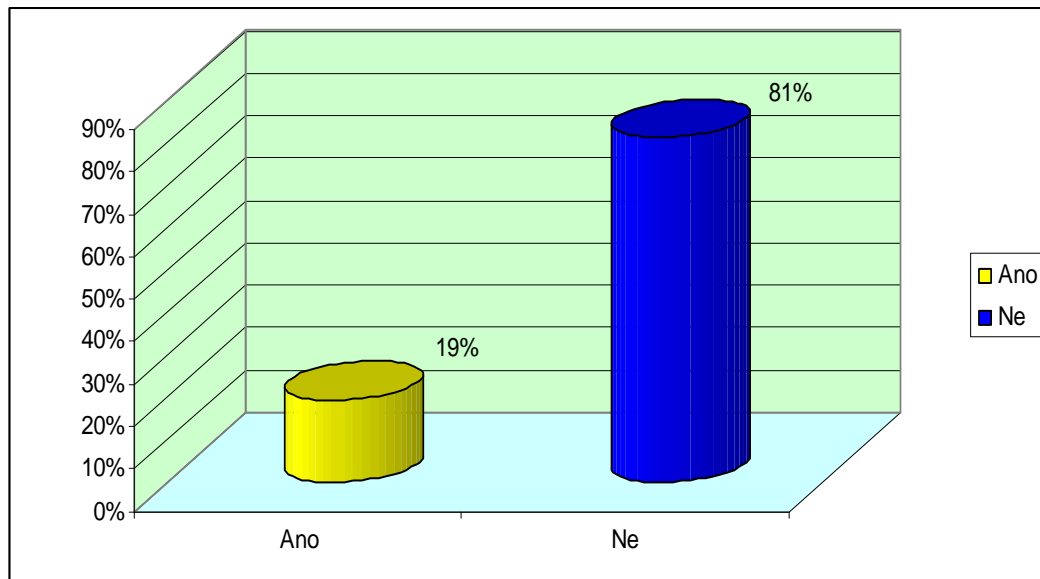
Graf č. 6 – Jak dlouho se studenti připravují na zkoušky



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č.6 je znázorněn rozptyl odpovědí na otázku, jak dlouho se respondenti připravují na zkoušky. 6 % (6) respondentů se na zkoušky připravuje průběžně během celého semestru. 2 týdny až měsíc předem se připravuje 37% (38) respondentů. 35 % (36) respondentů se připravuje týden předem a 22 % (22) respondentů nechává přípravu na 1-3 dny před zkouškou. Ani jeden student nevedl, že by se na zkoušky nepřipravoval vůbec.

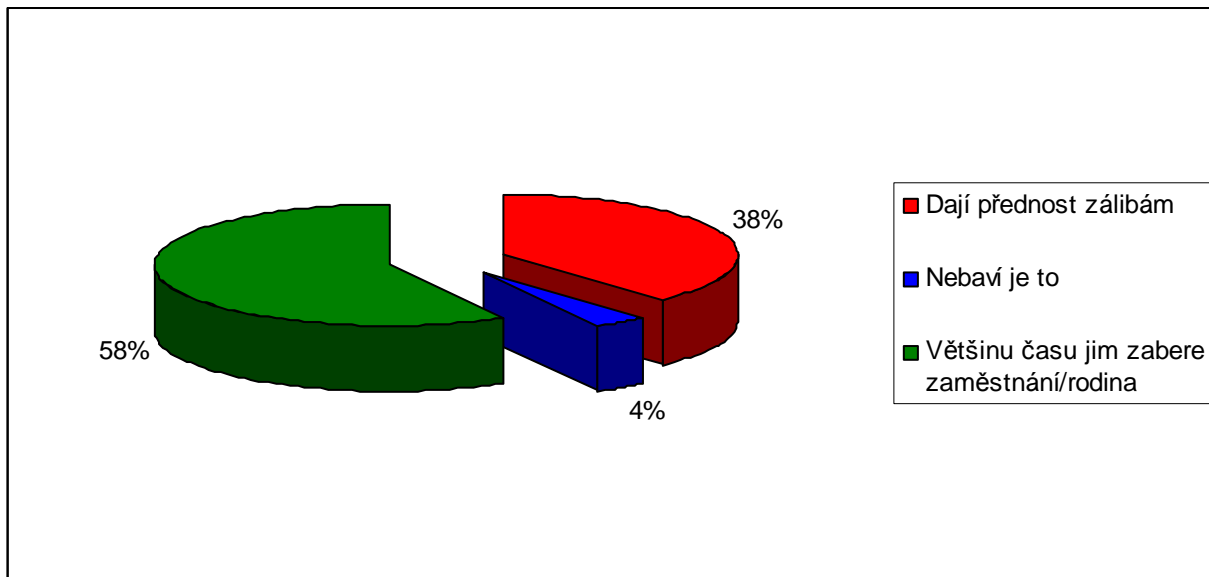
Graf č. 7 – Věnují respondenti škole tolik času, kolik by chtěli?



Zdroj : Vlastní výzkum

Graf. č.7 znázorňuje odpovědi na otázku, zda respondenti věnují škole tolik času, kolik by chtěli. 19% (17) studentů uvedlo odpověď „ano“ a odpověď „ne“ uvedlo 81% (83) studentů.

Graf č. 8 – Proč studenti nevěnují škole tolik času, kolik by chtěli

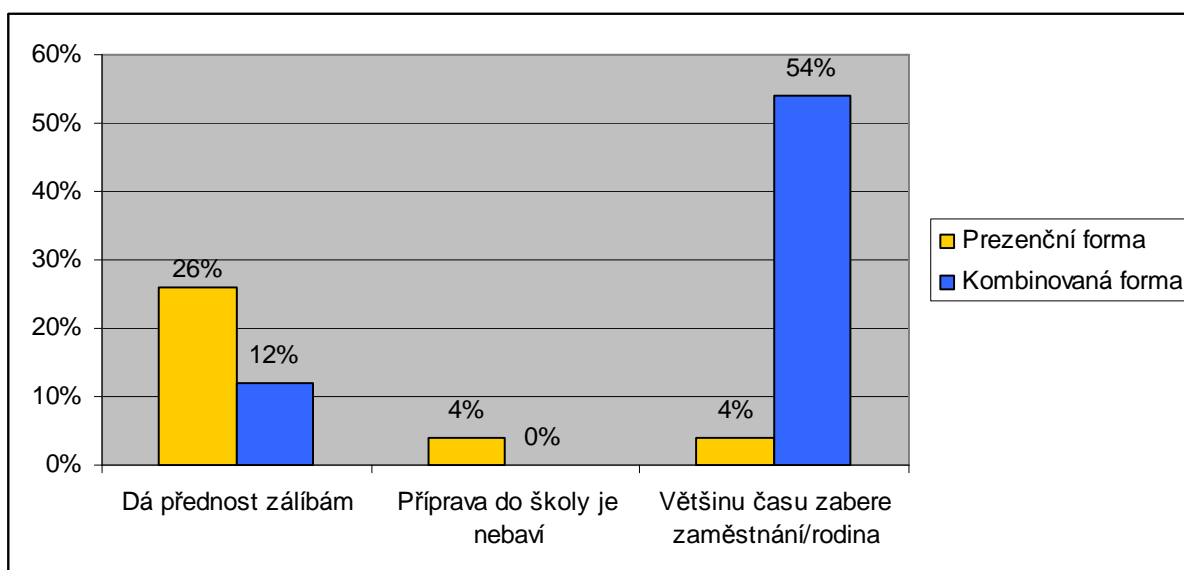


Zdroj : Vlastní výzkum

Na otázku č. 8 odpovídalo celkem 83 studentů. Pouze variantu a) – upřednostní záliby - zvolilo 33% (27) studentů, pouze variantu b) – studium je nebaví- zvolila 4 % (3) studentů a pouze variantu c) – většinu času zabere zaměstnání/rodina- zvolilo 57 % (48) studentů. Dvě z nabízených možností odpovědí zvolilo 6% (5) studentů, přičemž odpovědi a)+b) uvedlo 1% (1) respondentů a odpovědi a)+c) uvedlo 5 % (4) respondentů.

Z grafu lze vyčíst, že 38 % (32) respondentů odpovědělo, že se do školy nepřipravují tak, jak by potřebovali, protože nejsou tolik svědomití a často dají přednost některé ze svých zálib. 4% (3) respondentů odpověděla, že je příprava do školy nebaví. 58% (48) respondentů odpovědělo, že se nepřipravují tak, jak by měli, protože jim většinu času zabere zaměstnání, popř. rodina.

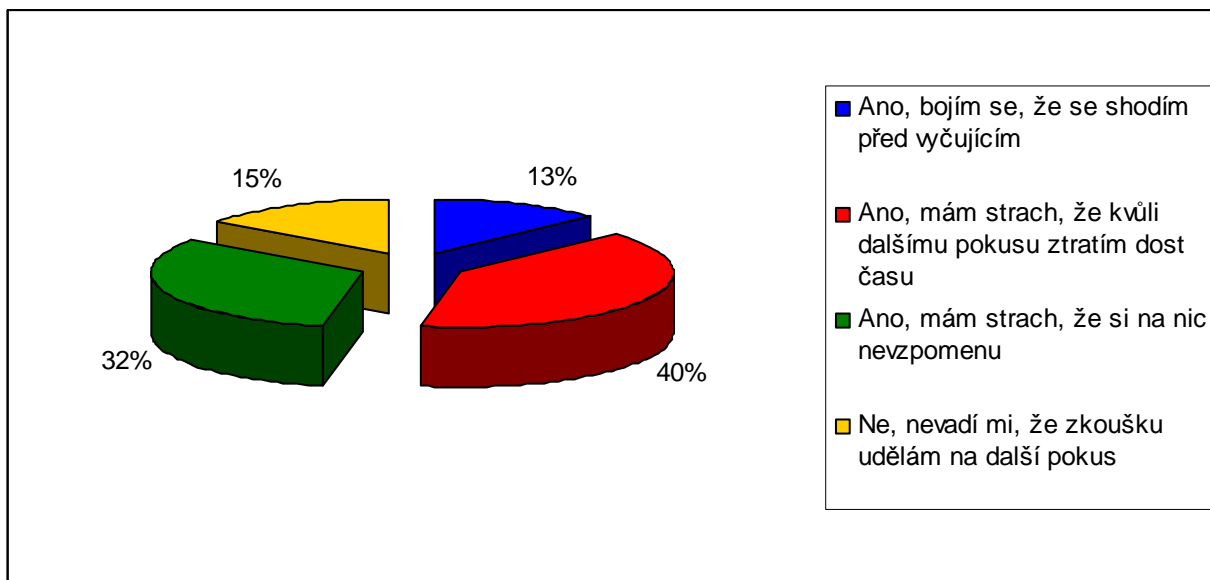
Graf. č. 9 – Proč studenti nevěnují škole tolik času, kolik by chtěli 2



Zdroj : Vlastní výzkum

Uvedený graf č. 9 se stejně jako graf předchozí dotýká otázky č. 8. Pro lepší přehlednost jsou zde odpovědi respondentů rozděleny podle jejich formy studia. 26% (22) respondentů na otázku „Proč škole nevěnujete tolik času, kolik byste chtěli?“ odpovědělo, že nejsou tolik svědomití a dají přednost některé ze svých zálib. Stejnou odpověď zvolilo 12% (10) studentů kombinované formy. Odpověď, že je příprava do školy ne baví volila 4% (3) respondentů prezenčního formy studia a ani jeden student kombinovaného studia. Variantu c, tedy že studenti škole nevěnují tolik času, kolik bych chtěli/potřebovali zaškrtnulo 54 % (45) studentů kombinované formy a 4% (3) studentů prezenční formy.

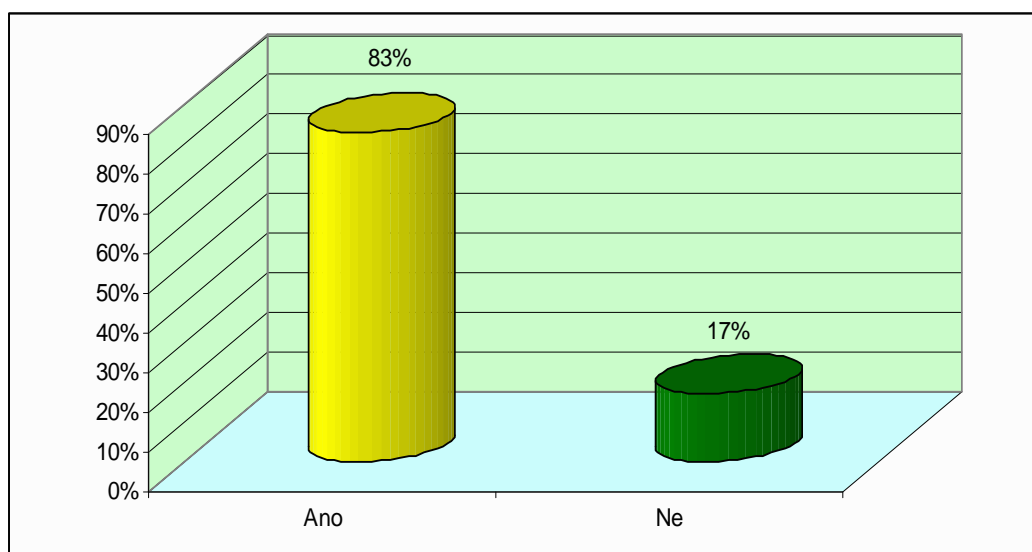
Graf č.10 – Strach ze zkoušek



Zdroj : Vlastní výzkum

Graf č.10 nás informuje o tom, že 13 % (14) studentů odpovědělo, že má ze zkoušek strach, protože se bojí, že se shodí před vyučujícím. 40 % studentů (43) má strach, že kvůli neúspěšnému absolvování zkoušky a následnému druhému pokusu, ztratí hodně času, který by mohli věnovat rodině, nebo zaměstnání. 32 % studentů (34) se bojí, že si a zkoušky nevzpomenou ani na základní věci, které se učili a 15 % studentů (16) strach ze zkoušek nemá – to, že zkoušku udělají až na další pokus je netrápí.

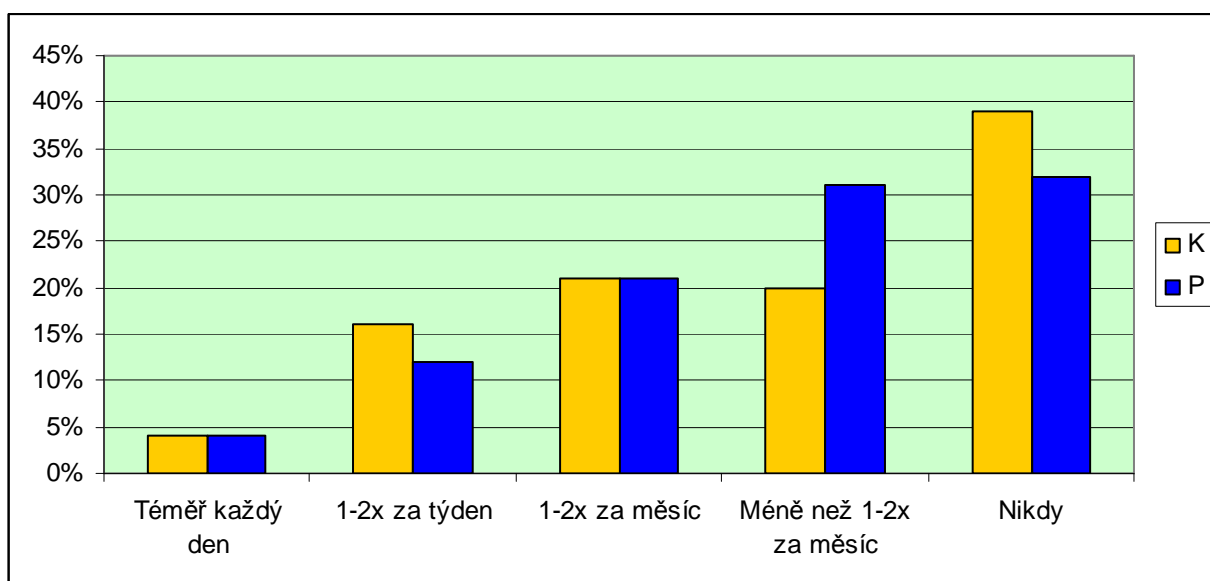
Graf č. 11 – Neurotické příznaky



Zdroj : Vlastní výzkum

V grafu č. 11 jsou uvedeny procentuální hodnoty studentů, kteří odpovídali na otázku, zda je trápí některý z těchto příznaků: úzkost, deprese, bolest břicha, průjem, bušení srdce, úzkost, nevolnost, častá potřeba močení, bolest hlavy a poruchy spánku, před zkouškou, kolokviem, zápočtem, či jiným úkonem spojeným se studiem. 83 % respondentů (85) odpovědělo kladně a 17 % (17) respondentů odpovědělo záporně.

Graf č. 12 – Četnost výskytu neurotických příznaků



Zdroj : Vlastní výzkum

V grafu č. 12 je vidět průměrná četnost výskytu vybraných neurotických příznaků celkem. Modrý sloupec – K označuje studenty kombinované formy studia. Žlutý sloupec – P značí studenty prezenční formy studia. To, že respondenty některý (některé) z neurotických příznaků trápí každý den, uvedla shodně 4% (3) studentů obou forem studia, stejně jako u četnosti „1-2x za měsíc“, kdy tuto variantu volilo 21% (18) studentů. 16% studentů kombinovaného programu a 12% (10) studentů prezenčního programu uvedlo, že neurotickými příznaky trpí 1-2x za týden. Méně než jednou za měsíc se neurotické příznaky objevují u 20% (17) studentů kombinované formy a u 31% (26) studentů prezenční formy. Možnost, že se alespoň 1 z neurotických příznaků u respondenta vůbec nevyskytuje, uvedlo 39% (33) studentů kombinované formy a 32% (27) studentů prezenční formy.

Tabulka č.1 – Výskyt neurotických příznaků

Četnost výskytu Forma studia	Téměř každý den			1- 2x za týden			1-2x za měsíc			méně než 1-2x za měsíc			Nikdy		
	K	P	K + P	K	P	K+P	K	P	K+P	K	P	K+P	K	P	K+P
<i>Deprese</i>	2%	3%	2%	19%	5%	13%	17%	26%	21%	23%	32%	27%	39%	34%	37%
<i>Bolesti břicha</i>	2%	3%	2%	13%	11%	12%	13%	21%	16%	21%	40%	29%	51%	26%	40%
<i>Bolesti hlavy</i>	4%	3%	4%	28%	24%	26%	28%	16%	22%	21%	31%	26%	19%	26%	22%
<i>Průjem / zácpa</i>	2%	3%	2%	19%	8%	14%	30%	29%	30%	19%	34%	26%	30%	26%	28%
<i>Palpitace</i>	9%	11%	10%	11%	18%	14%	21%	21%	21%	19%	21%	20%	40%	29%	35%
<i>Nevolnost</i>	2%	3%	2%	13%	7%	11%	26%	16%	21%	32%	42%	36%	27%	32%	30%
<i>Poruchy spánku</i>	4%	3%	4%	26%	21%	24%	28%	31%	29%	21%	18%	20%	21%	26%	24%
<i>Stresová polakisurie</i>	0%	0%	0%	6%	11%	8%	11%	11%	11%	21%	29%	25%	62%	49%	56%
<i>Závrať</i>	0%	0%	0%	2%	0%	1%	2%	5%	4%	15%	32%	22%	81%	63%	73%
<i>Strach, úzkost</i>	11%	16%	13%	23%	13%	19%	38%	32%	35%	11%	32%	20%	17%	7%	13%

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulku č.1, která znázorňuje četnost výskytu neurotických příznaků, jsem pro lepší přehlednost rozdělila na následující grafy 13a-e, 14 a-j.

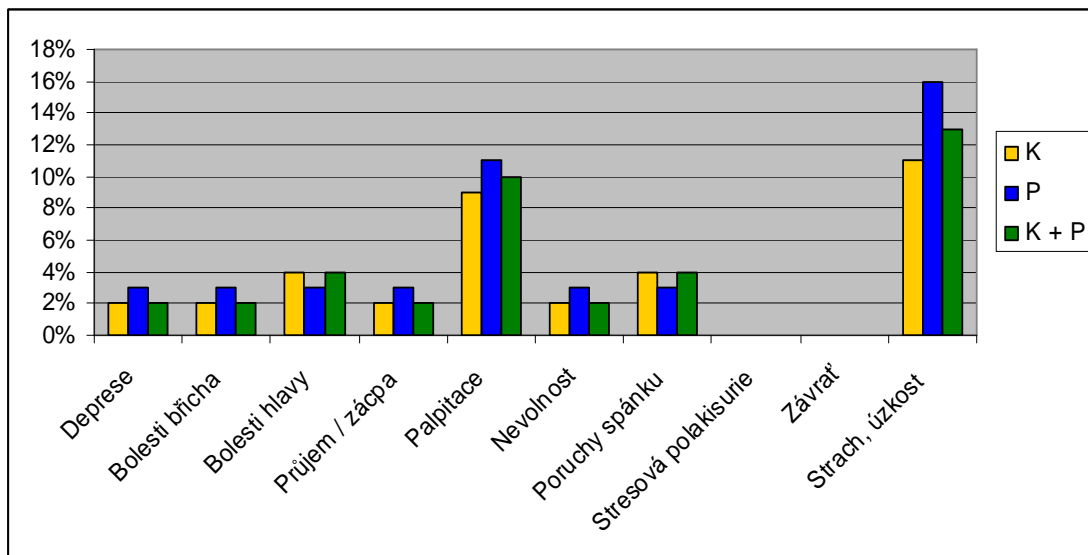
V legendě grafů č.13 a-e, č.14a-j a tabulky č.1 jsou uvedeny tyto následující zkratky:

K = odpovědi studentů kombinované formy studia

P = odpovědi studentů prezenční formy studia

K + P = odpovědi všech studentů celkem

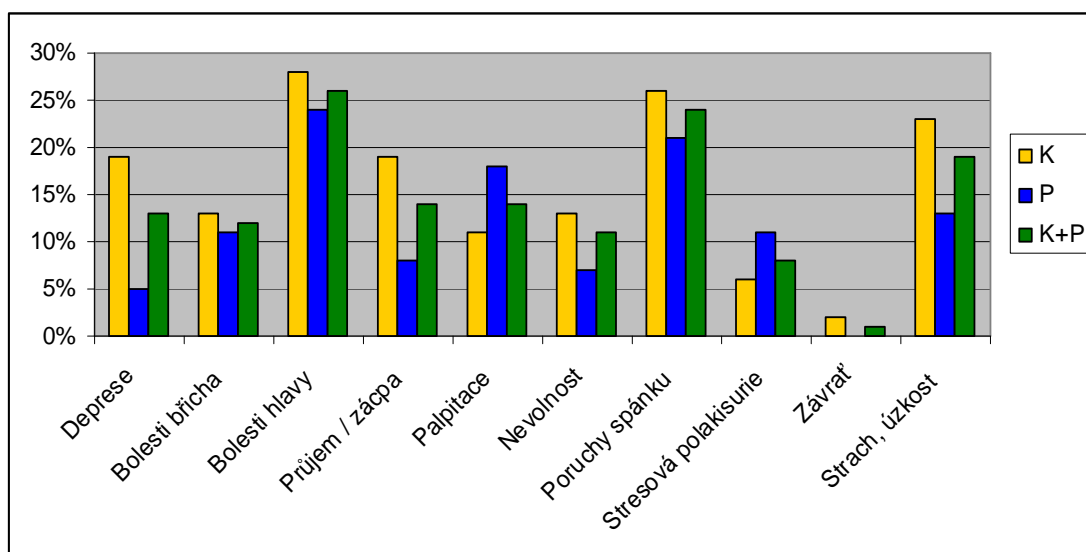
Graf č. 13a – Neurotické příznaky vyskytující se každý den



Zdroj : Vlastní výzkum

Graf č. 13a nás informuje o tom, kolik respondentů zažívá některý z neurotických příznaků každý den. Vyplývá z něj, že žádný z respondentů neuvedl, že závrať a stresovou polakisurii zažívá každý den. Nejčastěji trápí studenty každý den strach a úzkost – tuto možnost uvedlo 11 respondentů, což je 13%.

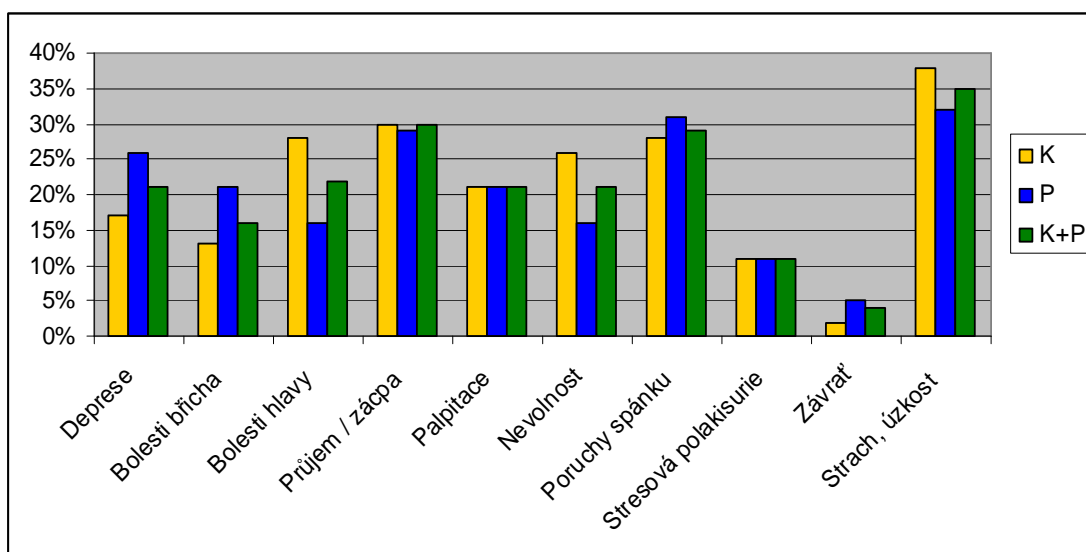
Graf č. 13b – Neurotické příznaky vyskytující se 1-2x za týden



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 13b je patrné, že nejčastějším příznakem (pro obě formy studia), který se vyskytuje průměrně jednou až dvakrát za týden jsou bolesti hlavy. Tuto intenzitu výskytu bolestí hlavy uvedlo 28% studentů kombinovaného formy studia a 24% studentů prezenční formy studia. Druhým nejčastěji voleným příznakem, který se u studentů vyskytuje 1-2x za týden jsou poruchy spánku – vybralo si ho 26% studentů kombinované formy a 21% studentů denní formy.

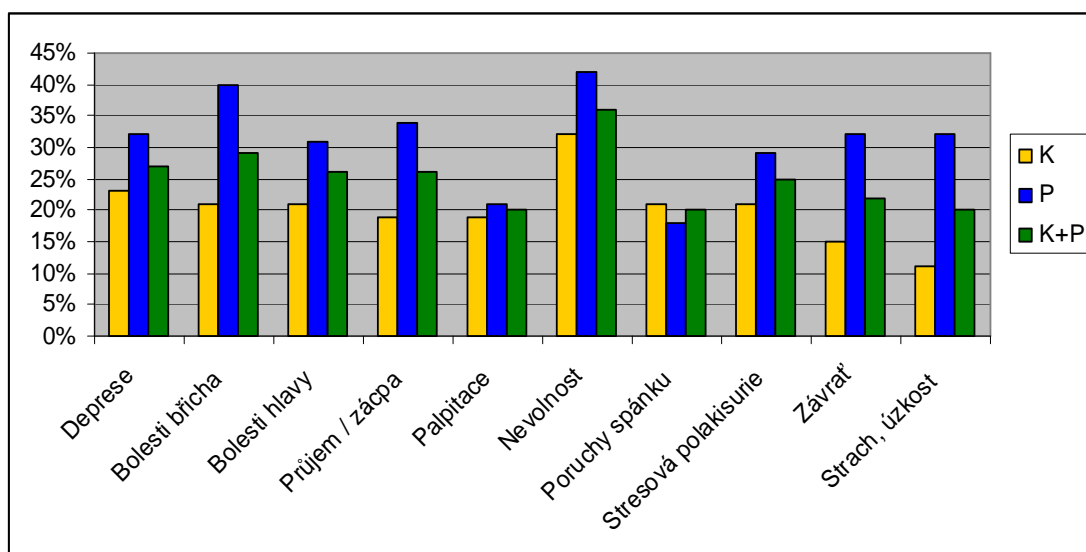
Graf 13c – Neurotické příznaky vyskytující se 1-2x za měsíc



Zdroj : Vlastní výzkum

Jak můžeme vidět v grafu na této stránce, pouze malá část studentů uvedla, že závrať prožívají 1-2x za měsíc. Tuto odpověď si vybralo 5% studentů kombinované formy a 2% studentů prezenční formy. Naopak nejvíce uváděnými příznaky, které se u studentů objevují v intervalech 1-2x za měsíc byly strach a úzkost, kdy tuto variantu volilo 38% studentů kombinované formy studia a 32% studentů prezenční formy studia.

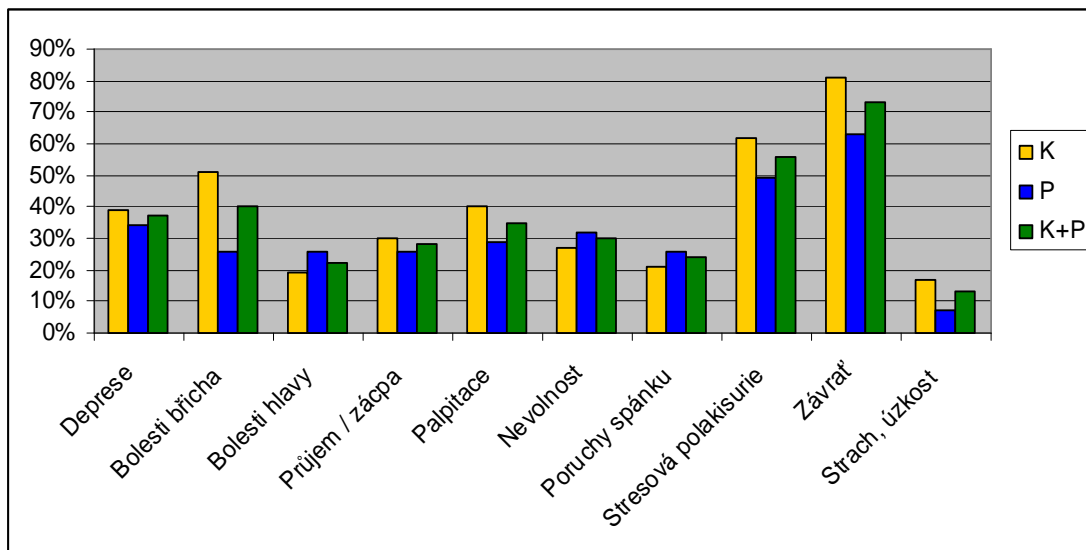
Graf č.13d – Neurotické příznaky vyskytující se méně než 1-2 za měsíc



Zdroj: Vlastní výzkum

Jak vyplývá z uvedeného grafu č.13d, velké rozdíly mezi jednotlivými neurotickými příznaky, které se vyskytují méně než jednou za měsíc, nejsou. Jako příznaky, které se nejméně vyskytují v uvedeném intervalu byly uváděny strach a úzkost. Tuto variantu uvedlo 11% studentů kombinované formy a 32% studentů denní formy.

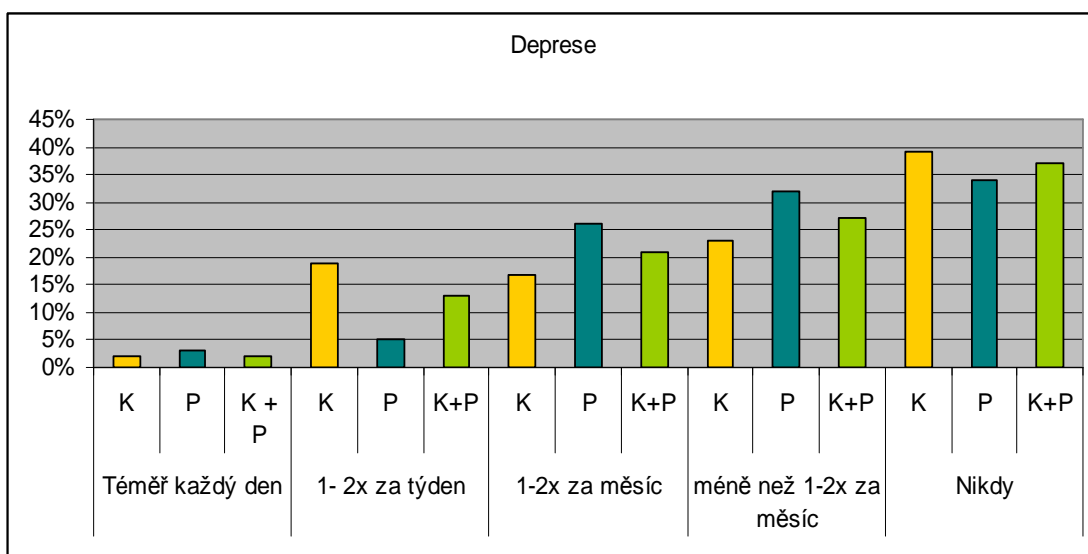
Graf č. 13f – Neurotické příznaky, které se u respondentů nevyskytují vůbec



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 13f graficky znázorňuje, kolik studentů uvedlo u konkrétních příznaků, že se u nich tyto vůbec nevyskytují. Nejvíce studentů – 81% z kombinovaného studia a 63% procent ze studia denního uvádělo jako příznak, který se u nich vůbec nevyskytuje závrať. Strach a úzkost byly zase nejméně uváděnými příznaky – tzn., že pouze malé procento respondentů uvedlo, že se u nich strach, nebo úzkost nevyskytují. Konkrétně tuto možnost uvedlo 7% studentů prezenčního studia a 17% studentů kombinovaného studia.

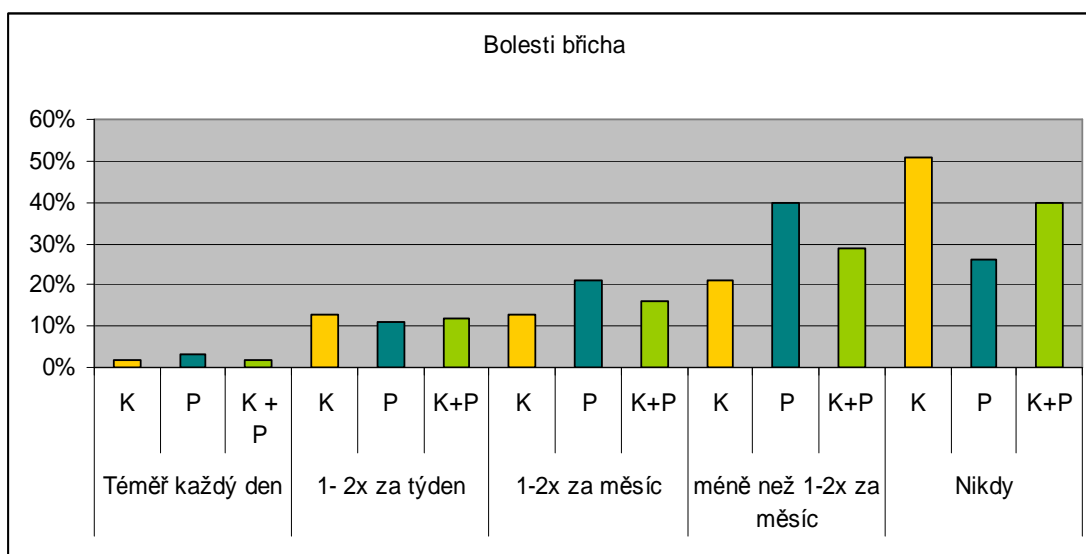
Graf č.14a – Deprese



Zdroj : Vlastní výzkum

V grafu č.14a můžeme vidět, jak často se u respondentů vyskytují depresivní stavy. 2% studentů kombinované formy studia a 3% studentů prezenční formy studia uvedla, že se u nich deprese vyskytuje téměř každý den. Výrazný je rozdíl mezi množstvím studentů různých forem studia, kteří uvedli, že se u nich deprese objevuje 1-2x za týden. Odpovědělo tak 19% studentů kombinované formy studia a pouze 5% studentů denní formy studia. Nejvíce zastoupena byla odpověď, že se deprese u respondentů vůbec nevyskytuje (konkrétně pak u 39% studentů kombinované formy a u 34% denní formy studia).

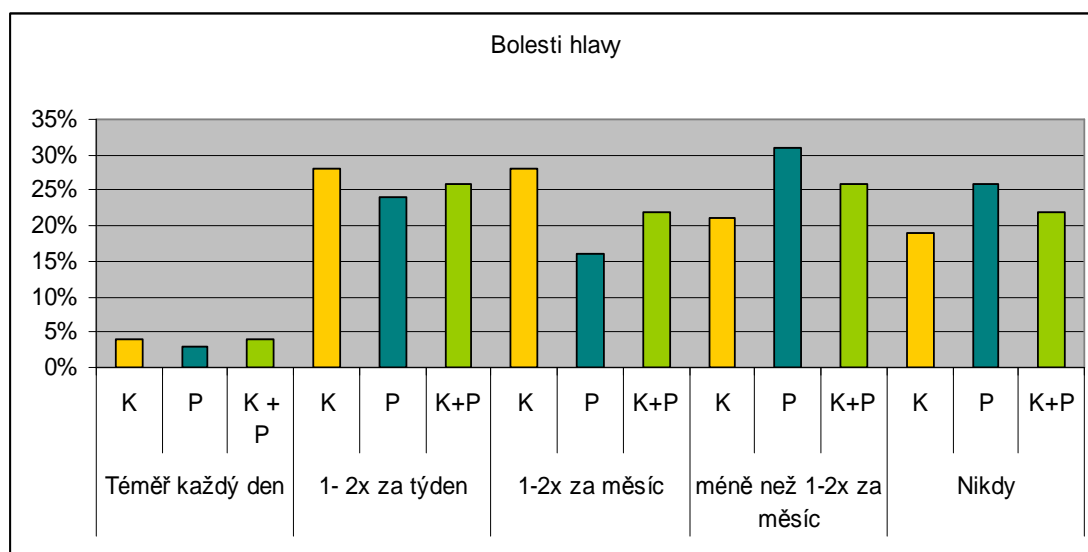
Graf č.14b - Bolesti břicha



Zdroj : Vlastní výzkum

Z grafu č.14b můžeme vyčíst četnost výskytu bolestí břicha. Pokud vezmeme v úvahu průměrný výskyt u obou forem studia, můžeme říci, že výskyt bolestí břicha klesá s rostoucím počtem odpovědí studentů. Tzn., že pouze 2% studentů kombinovaného studia a 3% studentů prezenčního studia odpověděla, že se u nich bolesti břicha vyskytují každý den a naopak největší část respondentů (51% studentů kombinované formy a 26% studentů prezenční formy) odpověděla, že se u nich bolesti břicha jako neurotický příznak související se studiem vůbec nevyskytují

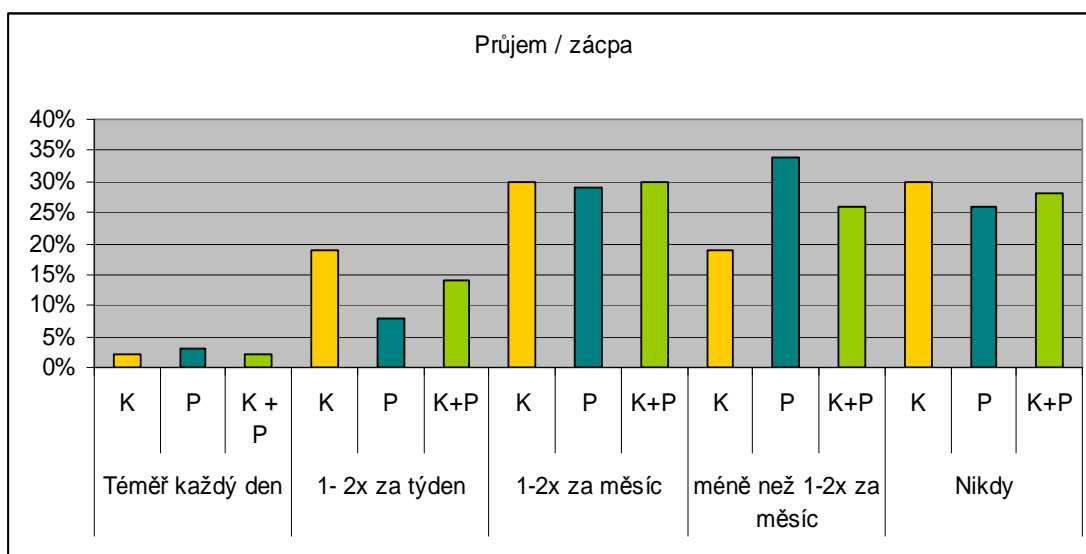
Graf č. 14c - Bolesti hlavy



Zdroj : Vlastní výzkum

Podle grafického znázornění výskytu bolestí hlavy v uvedeném grafu můžeme usoudit, že výskyt tohoto neurotického příznaku je přibližně rovnoměrný. Výjimku tvoří stav, kdy se bolesti hlavy u respondentů vyskytují téměř každý den. Tuto odpověď si vybrala 4% studentů kombinované formy a 3% studentů prezenční formy.

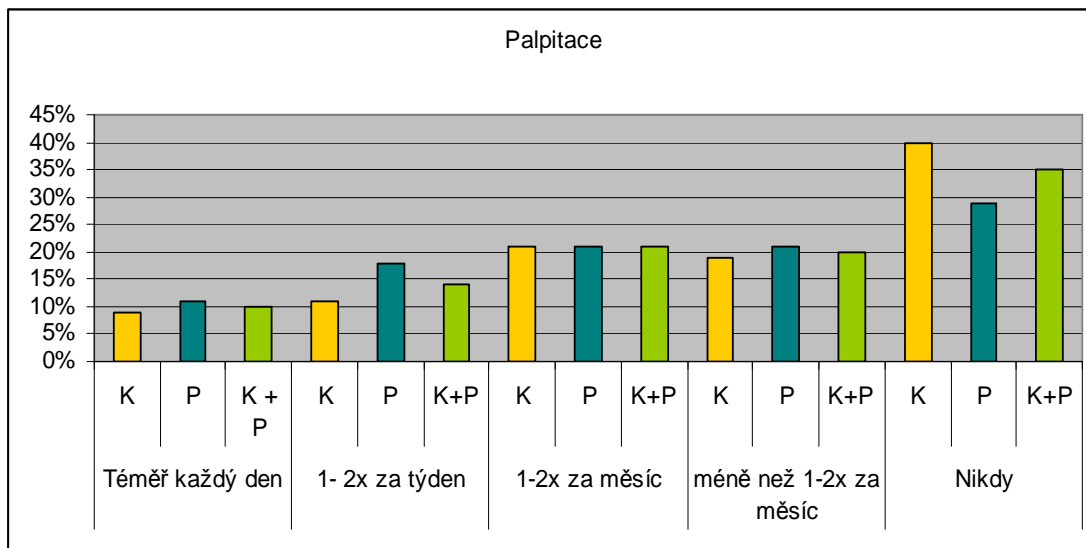
Graf č. 14d – Zažívací potíže



Zdroj : Vlastní výzkum

Pouze malá část studentů uvedla, že se u nich zažívací obtíže objevují téměř každý den. Tuto odpověď do tabulky v dotazníku zaškrtnula 2% studentů kombinované formy a 3% studentů prezenční formy. Takřka stejné hodnoty u obou forem studia byly v odpovědích b) a d) – kdy se zažívací potíže vyskytují 1-2x za měsíc, anebo se vůbec nevyskytují. Rozdíl v uváděných odpovědích u různých forem studia byl v četnosti výskytu 1-2x za týden, anebo méně než 1-2x za měsíc. Zatímco u kombinované formy studia se zažívací obtíže vyskytují 1-2x za týden u 19% respondentů, u prezenční formy si tuto odpověď vybralo pouze 8% respondentů. Naopak tomu bylo u výskytu průjmu nebo zácpy méně než 1-2x za měsíc – tuto variantu uvedlo více respondentů studia prezenčního (34%) než studia kombinovaného (19%).

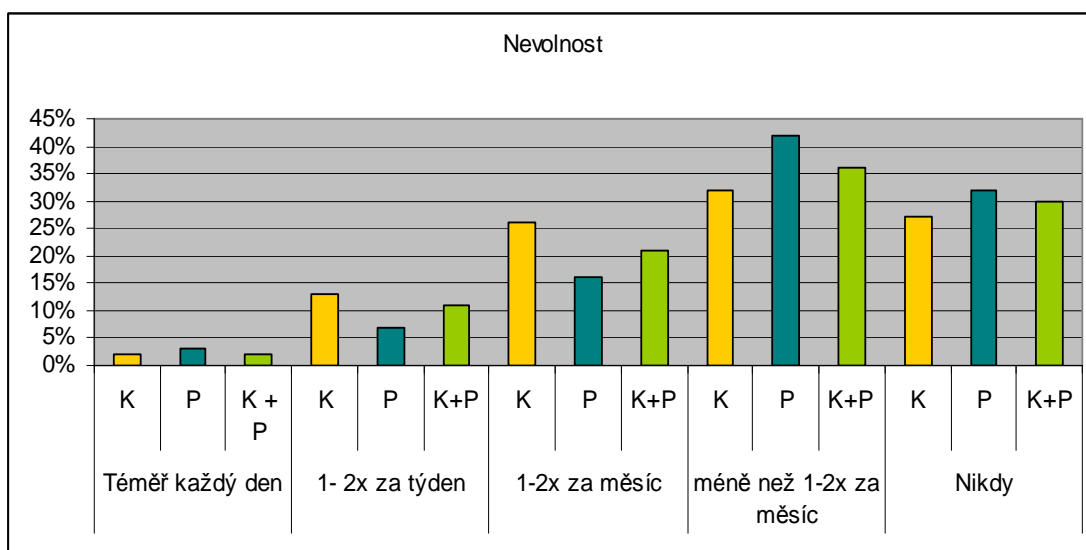
Graf č. 14e – Palpitace



Zdroj : Vlastní výzkum

Jak můžeme vidět v grafu č. 14e, výskyt palpitací jako neurotického příznaku je takřka rozložen mezi všechny varianty (tzn. vyskytuje se u stejného počtu respondentů téměř každý den, 1-2x za týden, 1-2x za měsíc a méně než 1-2x za měsíc) kromě varianty poslední, která nabízela možnost, že se tento příznak vůbec nevyskytuje. Palpitace se tedy vůbec nevyskytují u 40% studentů kombinovaného studia a u 29% studentů prezenčního studia.

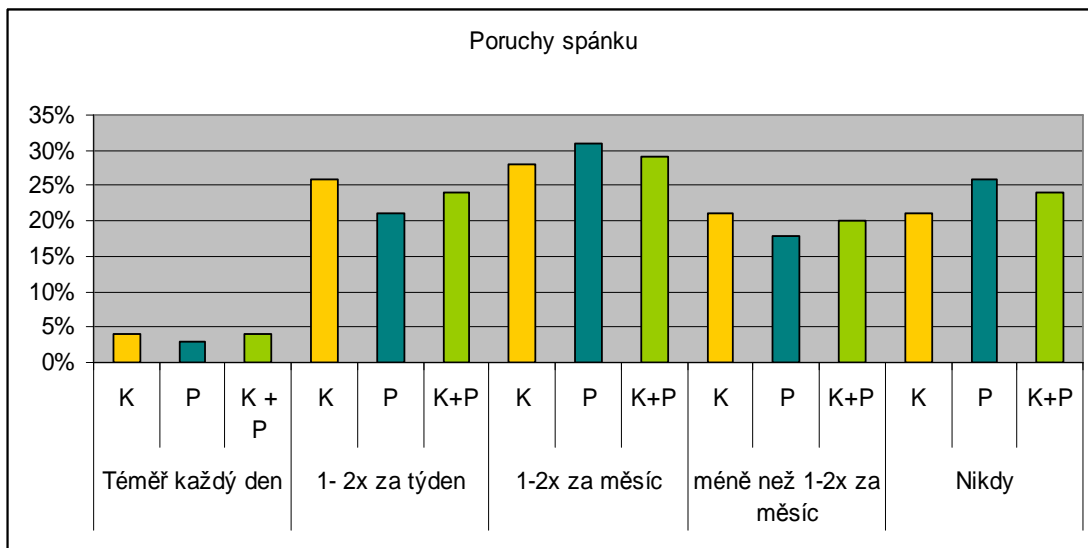
Graf č. 14f – Nevolnost



Zdroj : Vlastní výzkum

Z grafu č. 14f můžeme vyvodit, že nevolnost se u studentů Zdravotně sociální fakulty nevyskytuje často. Pouze 2% studentů kombinované formy a 3% studentů prezenční formy uvedla, že se u nich nevolnost vyskytuje téměř každý den. 26% studentů kombinované formy a 16% studentů prezenční formy uvedlo, že se u nich nevolnost vyskytuje 1-2 za měsíc. Méně než jednou až dvakrát za měsíc se nevolnost vyskytuje 32% studentů kombinované formy a u 42% studentů prezenční formy. Variantu, kdy se nevolnost u respondenta vůbec nevyskytuje volilo 27% studentů kombinované formy a 32% studentů prezenční formy.

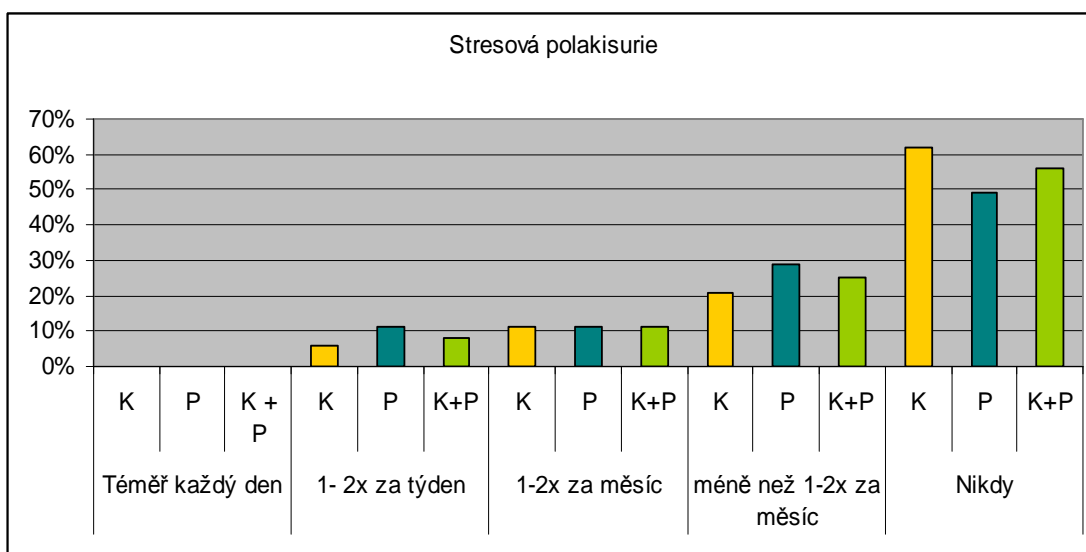
Graf č. 14g - Poruchy spánku



Zdroj : Vlastní výzkum

Stejně jako nevolnost jsou poruchy spánku příznakem, který se u respondentů vyskytuje často. I když jen 4% studentů kombinované formy a 3% studentů prezenční formy uvedla, že se u nich poruchy spánku vyskytují téměř každý den, počty studentů, kteří uváděli, že se u nich neurotické příznaky vyskytují 1-2x za týden, 1-2x za měsíc nebo méně než jednou 1-2x za měsíc jsou průměrně vysoké. Vůbec se poruchy spánku nevyskytují u 21% studentů kombinované formy a u 26% studentů prezenční formy.

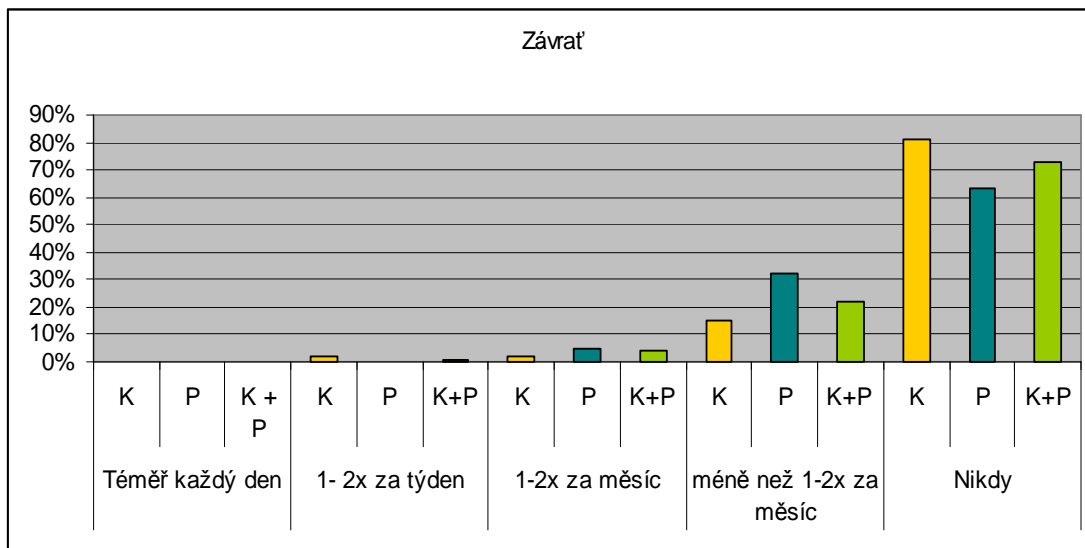
Graf č. 14h - Stresová polakisurie



Zdroj: Vlastní výzkum

Stresová polakisurie je příznakem, který se ani u jednoho respondenta nevyskytuje téměř každý den. Četnost tohoto příznaku průměrně klesá s počtem respondentů, kteří si v dotazníku vybírali mezi uvedenými variantami. Nejvíce studentů uvedlo, že se u nich stresová polakisurie vůbec nevyskytuje – 62% studentů kombinovaného studia a 49% studentů denního studia.

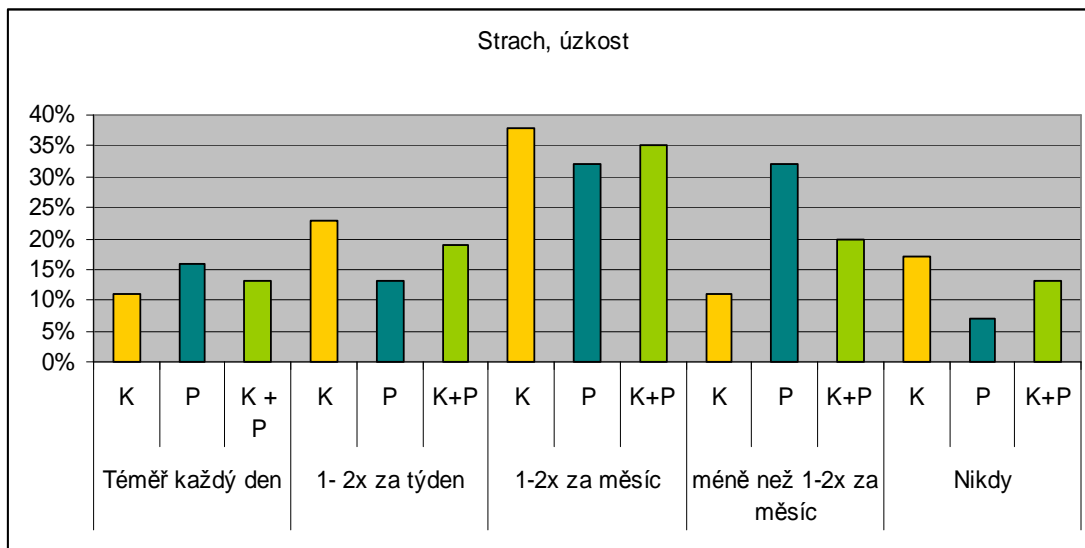
Graf č. 14i – Závrat'



Zdroj : Vlastní výzkum

Závrat' byla jako neurotický příznak související se školou zastoupena minimálně. Pouze 2% studentů kombinované formy uvedla, že se u nich závrat' vyskytuje 1-2x za týden. Ze studentů prezenční formy tuto odpověď ne zvolil nikdo. Stejně jako u stresové polakisurie většina studentů uvedla, že se u nich závrat' vůbec nevyskytuje – 81% studentů kombinované formy a 63% studentů denní formy.

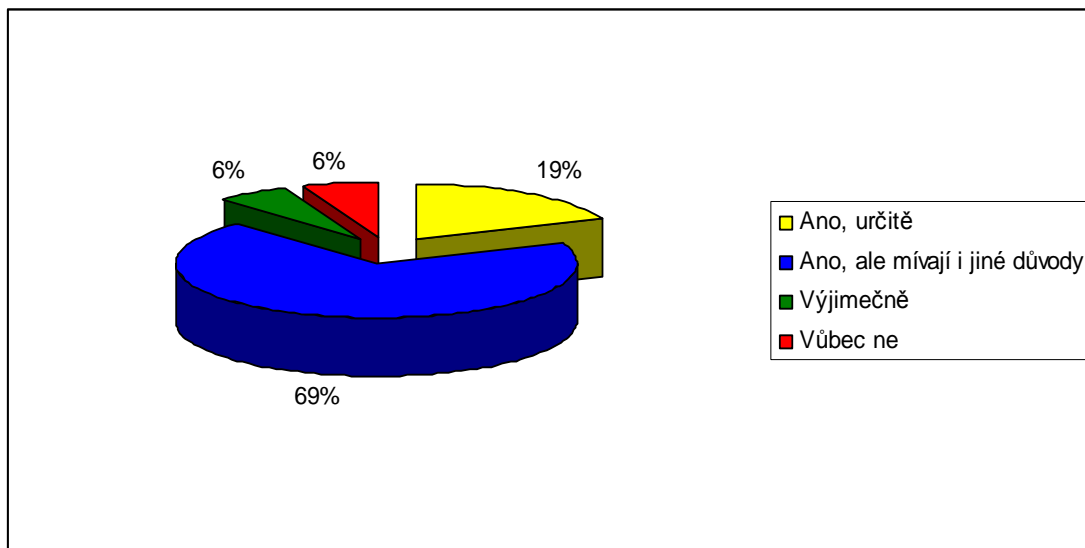
Graf č. 14j - Strach, úzkost



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti nejčastěji uváděli, že se u nich strach, popř. úzkost objevuje 1-2x za měsíc. Tuto odpověď do tabulky uvedlo 38% studentů kombinované formy a 32% studentů prezenční formy studia. Výrazný rozdíl mezi výskytem uvedených neurotických příznaků mezi různými formami studia jsem zaznamenala u výskytu „méně než 1-2x za měsíc“. Tuto variantu volilo pouze 11% studentů kombinované formy a 32% studentů denní formy studia.

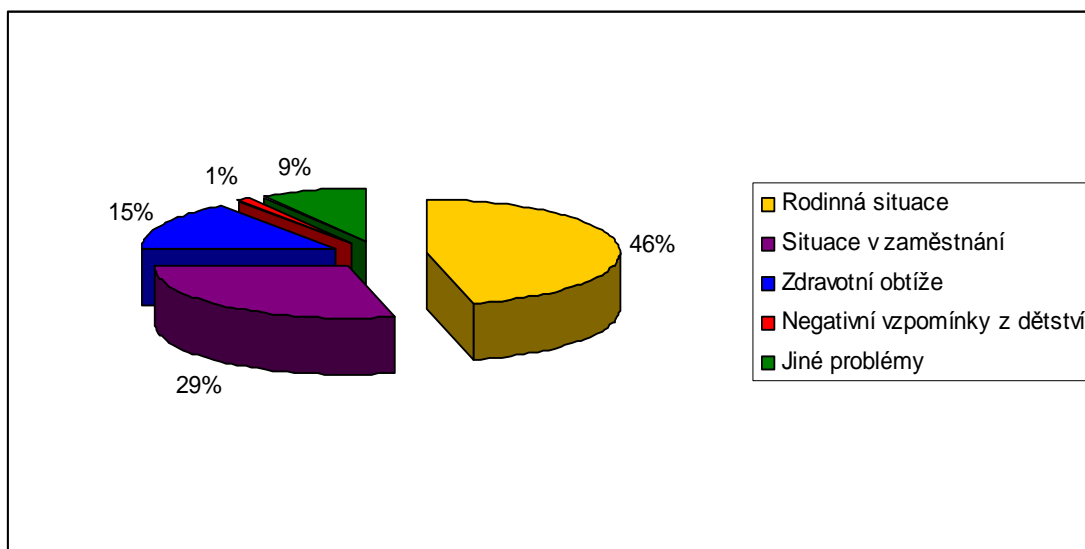
Graf č. 22 – Domníváte se, že vaše příznaky souvisí se studiem na ZSF?



Zdroj : Vlastní výzkum

Z celkového počtu 85 (83%) respondentů, kteří trpí některým z neurotických příznaků uvedlo 16 (19%) studentů, že tyto jejich příznaky určitě souvisí se studiem. 59 (69%) studentů uvedlo, že jejich příznaky se studiem souvisí jen částečně, protože mívají a jiné důvody. 5 (6%) studentů uvedlo, že neurotické příznaky, které pociťují se studiem souvisí jen výjimečně a zbývajících 5 (6%) studentů uvedlo, že jejich příznaky se studiem vůbec nesouvisí.

Graf č. 23 – Co podle respondentů vyvolává jejich neurotické příznaky



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 69 respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli, že jejich příznaky se studiem nesouvisí, nebo s ním souvisí jen částečně, uvedlo na otázku, co jejich příznaky vyvolává 37 (46%) studentů rodinnou situaci. 24 (29%) respondentů zaškrtnulo odpověď, že jejich příznaky vyvolává situace v zaměstnání. Zdravotní obtíže jsou příčinou neurotických příznaků a 12 (15%) studentů. Negativní vzpomínky z dětství uvedl jako příčinu svých neurotických příznaků 1 (1%) respondent. 7 (9%) respondentů si vybralo odpověď e) – jejich neurotické příznaky vyvolávají sociální vztahy (2 R), vztah s partnerem (3 R), finanční situace, mluvení na veřejnosti před větším počtem lidí a telefonování cizím lidem.

5. Diskuse

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapování výskytu neurotických příznaků u studentů Zdravotně sociální fakulty obou forem studia. Celková návratnost byla 87%, ovšem u studentů, kterým jsem dotazník rozdala osobně byla návratnost 100%. Myslím, že je to způsobeno právě osobní komunikací a tím, že vyplnění tištěného dotazníku (např. během čekání na přednášku) bylo pro respondenty jednodušší, než vyplnění dotazníku v elektronické podobě.

Pro řešení hlavního téma práce byla formulována jedna základní hypotéza. *H – Studenti kombinovaného programu trpí neurotickými příznaky častěji, než studenti prezenčního programu.* Hypotéza byla ověřována především pomocí dotazníkových otázek 2, 3, 4, 10, 11 a 13 (výsledky jsou znázorněny v grafech 2, 3, 4, 10, 11a – 11j a 13). Zbývající otázky byly spíše doplňující.

Z první otázky, která se týkala identifikace respondentů vyplynulo, že odpovědělo 93% žen a 7% mužů. Domnívám se, že tento poměr mužů a žen, který byl zastoupen ve výzkumném souboru není výrazně odlišný od skutečného poměru všech mužů a žen studujících na Zdravotně sociální fakultě.

Protože bylo mým cílem zmapování výskytu neurotických příznaků u obou možných studovaných programů studia na Zdravotně sociální fakultě, oslovila jsem přibližně stejný počet studentů z každé formy studia, aby bylo možné výsledky porovnávat.

Výsledky otázky č.3 : „Jste zaměstnaná/ý?“ jsou logické a daly se předvídat. Ze studentů prezenční formy studia není nikdo zaměstnán na plný pracovní úvazek, pouze jeden student uvedl, že je zaměstnán na částečný pracovní úvazek. Přibližně polovina studentů prezenčního programu chodí pravidelně na brigády a přibližně polovina není zaměstnána ani brigádně. Studenti kombinovaného programu jsou téměř všichni zaměstnání na plný pracovní úvazek, asi 1/7 žen uvedla, že jsou na mateřské dovolené.

Stejně jako u předchozí otázky se daly výsledky předpovídat i u otázky č.4, kterou jsem se dotazovala na počet dětí respondentů. Ani jeden student prezenčního studia neuvedl, že má děti. Tuto variantu si následně vybralo i 12 respondentů kombinovaného programu. U těch studentů, kteří děti mají, byl nejčastěji uváděný počet 2 děti.

Otázkou č.5 jsem chtěla zjistit, co respondentům přináší studium na Zdravotně sociální fakultě. Více jak polovina studentů odpověděla, že je studium baví, protože se na přednáškách a seminářích dozvídají nové informace. Tento fakt je dle mého názoru pozitivní, protože tuto variantu pokládám za nejlepší motivaci ke studiu. Tato forma motivace totiž může vést k lepšímu zvládnání studijní zátěže. Pozitivní dojem z vyhodnocení této otázky utvrzuje i to, že téměř jednu třetinu respondentů studium baví, protože ve škole mohou poznávat nové lidi. Kvalitní sociální vztahy jsou také jednou z důležitých součástí pro adekvátní zvládnání jakékoliv zátěžové situace. Přibližně jednu pětinu respondentů studium nebaví a pokračuje pouze kvůli titulu. Navzdory očekávání tuto variantu volili spíše studenti prezenčního programu.

Jak můžeme vyčíst z grafu č.6, pouze 6 respondentů odpovědělo, že se na zkoušky připravuje průběžně během celého semestru. Asi třetina studentů odpověděla, že se na jednotlivé zkoušky připravuje 2 týdny až měsíc dopředu. Tyto dvě varianty volili dle očekávání spíše studenti kombinovaného programu. Myslím, že je to proto, že si musí lépe rozvrhnout trávení svého času (když nejsou v zaměstnání) mezi starost o domácnost, věnování se dětem (pokud děti mají) a partnerovi, svoje záliby a studium. Z těch, kteří odpověděli, že si přípravu na zkoušky nechávají na 1-3 dny před zkouškou (celkem 22 respondentů) jsou všichni studenti prezenčního programu, což přispívá k mé domněnce uvedené výše.

Na otázku, zda studenti věnují škole tolik času, kolik by chtěli, zvolila většina respondentů variantu „ne“. Ti, kteří podle svého názoru škole nevěnují tolik času, kolik by chtěli, na následující otázku odpovídali pouze variantami a), b) a c) (že nejsou tolik svědomití a často dají přednost některé ze svých zálib, studium je nebaví, nebo že jim většinu času zabere zaměstnání, popř. rodina). Z těchto tří odpovědí vyplývá, že studenti škole věnují méně času, než by chtěli. Je zajímavé, že ani jeden respondent

neuvekl variantu „jiný důvod“ , kde by naznačil, že škole věnuje naopak víc času, než by chtěl. 57% studentů uvedlo, že se do školy nepřipravují tak, jak by potřebovali, protože jim většinu času zabere zaměstná, popř. rodina. Tuto odpověď volili z drtivé části studenti kombinovaného programu, což částečně potvrzuje mé domněnky vedoucí k hypotéze. Naopak odpověď, že respondenty příprava do školy nebaví volil zase naopak převážně studenti prezenční formy studia.

Pomocí otázky č.9 jsem zjišťovala, zda mají studenti ze zkoušek strach a pokud ano, tak z jakého důvodu jejich obavy nejčastěji pramení. Největší část respondentů má strach z toho, že pokud zkoušku neudělají, ztratí tak dost času, který by mohli věnovat rodině, nebo zaměstnání. Tyto respondenty opět převážně tvořili studenti kombinovaného programu.

Ze 7 mužů, kteří byli zařazeni do výzkumu, jich 6 uvedlo, že strach ze zkoušek nemají. 5 mužů na sobě nepozoruje ani jeden z uvedených neurotických příznaků. Toto nás může vést k přesvědčení se, že neurotickými obtížemi častěji trpí ženy než muži. Domnívám se, že je ale také možné, že muži své neurotické příznaky potlačují, protože je k tomu od útlého věku vede postoj okolní společnosti. V dnešní době tento názor, že „muži nepláčou“ už jistě není stěžejní, nicméně ve spoustě obyvatel je stále ještě zakořeněný.

Stěžejním grafem pro potvrzení či vyvrácení hypotéz je graf č. 11 vycházející z tabulky č.1. Z něho je patrné, že alespoň jedním z neurotických příznaků trpí každý den, nebo alespoň 1-2x za týden více studentů kombinovaného programu. Zároveň ale také větší část studentů kombinovaného programu uvedla, že se u nich některé uvedené neurotické příznaky nevyskytují vůbec. Z výzkumu tedy vyplynulo, že neurotické příznaky související se studiem nejsou u studentů kombinovaného programu častější, než u studentů programu prezenčního a na základě toho můžeme usuzovat, že dílčí hypotéza byla vyvrácena. V teoretické části jsem nastínila, že neurotické příznaky souvisí se stresem. Z grafu č.6 vyplynulo, že studenti kombinovaného programu se na zkoušky připravují víc dní dopředu, než studenti programu prezenčního. Domnívám se tedy, že hypotéza byla vyvrácena proto, že studenti prezenčního programu prožívají před zkouškami větší stres a tudíž se u nich objevuje i více neurotických příznaků,

protože přípravu na zkoušky častěji odkládají na poslední 1-3 dny předem. Nezastupitelnou roli zde mohou hrát i pocity viny. Usuzuji tak na základě grafu č. 8, který vypovídá, že většina studentů prezenčního programu není tolik svědomitá a často dá přednost některé ze svých zálib.

Na základě tabulky č.1, grafů z ní vycházejících a také na základě výsledků vedoucích k vyvrácení dílčí hypotézy je hlavní hypotéza potvrzena.

Nyní se zmíním o četnosti vybraných neurotických příznaků. Příznaky, kterými respondenti nejčastěji trpí každý den jsou strach, úzkost (13%) a palpitace (10%). Naopak možnost, že by stresovou polakisurií nebo závratí trpěl každý den nezaškrtl ani jeden student. Jako ty příznaky, jenž se u respondentů objevují 1-2x za týden byly nejčastěji označovány bolesti hlavy a poruchy spánky. 1-2x za měsíce se a respondentů nejčastěji objevuje průjem, popř. zácpa. Z těch příznaků, které studenti nikdy nezažili byly nejčastěji uváděny závrat' a stresová polakisurie. Tento výsledek mě překvapil, protože jsem se domnívala, že stresová polakisurie bude mnohem častějším příznakem.

Z tabulky č.1 můžeme vyvodit a data týkající se jednotlivých příznaků v souvislosti se studiem. Převážná část všech studentů uvedla, že depresi nemívají nikdy. Je zde vidět odpovídající vzdělání respondentů, kdy přechodné stavy smutku za depresi nepovažují. Bolesti břicha se vyskytují mnohem méně než bolesti Co se týká palpitací, nemalá část respondentů odpověděla, že tyto potíže nikdy nemá. Původně jsem předpokládala, že právě palpitace budou příznakem, který se v souvislosti se studiem objevuje nejčastěji. Nejen při zkouškách, ale i při prezentacích vypracovaných úkolů na seminářích, na praxích apod.

Jedna pětina studentů uvedla, že jejich neurotické příznaky souvisí se studiem, což je v souladu s otázkou č.10. Kromě studia neurotické obtíže nejčastěji vyvolává rodinná situace a situace v zaměstnání. Přičemž situaci v zaměstnání volili dle očekávání více studenti kombinovaného programu. Významné jsou také odpovědi, že příčinou neurotických příznaků jsou sociální vztahy s okolím. Protože je výzkum provedený v rámci této bakalářské práce, není možné jeho výsledky srovnat s výsledky jiných výzkumů.

6. Závěr

Neurotické příznaky stejně jako stres ke studiu neodmyslitelně patří. Pro někoho jsou dokonce nutností k tomu, aby podával kvalitní výkony. A pro někoho, kdo se jich již předem obává, zase jednou z nepříjemných a nutných překážek, které musí při svém vzdělávání překonat. Konkrétních neurotických příznaků existuje mnoho, pro teoretickou část bakalářské práce jsem jich vybrala deset – depresi, bolesti břicha, bolesti hlavy, zažívací potíže (průjem/zácpa), palpitace, nevolnost, poruchy spánku, stresová polakisurie, závrať a strach a úzkost. Příznaky jsem volila na základě zkušeností svých a především na základě zkušeností svých spolužáků a ostatních studentů. Dalším a zároveň nejdůležitějším vodítkem pro volbu konkrétních neurotických příznaků uvedených v bakalářské práci byly jednotlivé symptomy neurotických poruch.

Znění hlavní hypotézy je „Výskyt neurotických příznaků u studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity se liší v závislosti na formě studia“. Dílčí hypotézu tvoří výrok, který zní „Neurotickými příznaky trpí častěji studenti kombinovaného programu studia, než studenti prezenční formy studia“. Na základě dotazníkového šetření a následného vyhodnocení kvantitativního výzkumu, který byl v bakalářské práci aplikován, byla hlavní hypotéza potvrzena a dílčí hypotéza vyvrácena.

Při analýze výsledků výzkumu ohledně četnosti výskytu neurotických příznaků nebyly zjištěny žádné nepřiměřené hodnoty. Jedním z důvodů pro toto konstatování by mohla být atmosféra Zdravotně sociální fakulty, která je dána především nižšími počty studentů v jednotlivých ročnících a celkovou provázaností mezi jednotlivými studenty a vyučujícími.

V úvodu byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zmapování výskytu neurotických příznaků a studentů Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Domnívám se, že tento cíl byl splněn částečně. V rámci bakalářské práce jsem se zabývala jen některými vybranými neurotickými příznaky z důvodu lepší spolupráce respondentů a následně větší návratnosti dotazníků. Jako druhý cíl bylo stanoveno

porovnání výsledků výzkumu, jejich interpretace a následná analýza. Myslím, že druhý cíl byl v praktické části bakalářské práce splněn.

Přínosem této práce by mohlo být zvýšení informovanosti studentů. Svoje příznaky budou moci lépe interpretovat a následně se jim i lépe bránit.

Téma neurotických příznaků u vysokoškolských studentů je velmi obsáhlé, proto by mohlo být přínosné zpracovat na toto téma diplomovou práci. Další výzkum nabízí několik kontextů, ve kterých by se dal realizovat – výskyt neurotických příznaků v závislosti na věku, na sebehodnocení, na délce studia, popř. v závislosti na osobnosti a vystupování jednotlivých vyučujících. Jinou alternativou by mohl být výzkum neurotických příznaků např. v souvislosti s jednotlivými studovanými obory, nebo s místy výkonu praxe.

7. Seznam literatury a použitých zdrojů

1. ATKINSON, R.L. et. al. *Psychologie. 2.*, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3
2. BAŠTECKÁ, B. – GOLDAMNN, P. *Základy klinické psychologie. 1.* vydání. Praha: Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4
3. BAŠTECKÝ, J. – ŠAVLÍK, J. – ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína.* Praha: Grada Avicenum, 1993. 368 s. ISBN 80-7169-031-7
4. BENEŠOVÁ, M. et. al. *Odmaturuj z biologie. 1.* vydání. Brno: Didaktis, 2003. ISBN 80-86285-67-7
5. BIERACH, A. J. *Varovné signály duše.* Praha: Alternativa, 1995. ISBN neuveden
6. ČÁP, J., MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele. 1.* vydání. Praha: Portál, 2001. 656 s. ISBN 80-7178-463-X
7. DANZER, G. *Psychosomatika. 1.* vydání. Praha: Portál, 2001. 248 s. ISBN 80-7178-456-7
8. DÖRNER, K.-PLOG, U. *Bláznit je lidské. 1.* vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 356 s. ISBN 80-7169-628-5
9. HARTL, P – HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník. 1.* vydání. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X
10. HAYES, N. *Aplikovaná psychologie. 1.* vydání. Praha: Portál, 2003. 224 s. ISBN 80-7178-807-4
11. HEWSTONE, M.-STROEBE, W. *Sociální psychologie. 1.* vydání. Praha: Portál, 2006. 776 s. ISBN 80-7367-092-5
12. HONZÁK, R. et al. *Úzkostný pacient.* Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-367-2
13. KEBZA, V. – ŠOLCOVÁ, I. *Komunikace a stres. 1.* vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. ISBN 80-7071-246-5
14. KRATOCHVÍL, S. *Jak žít s neurózou. 3.* přepracované vydání. Praha: Portál, 2000. 192 s. ISBN 80-7178-478-8.

15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
16. KŘÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006. 127 s. ISBN 80-7040-724-7
17. LUKÁŠ, K. *Funkční poruchy trávicího traktu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 200 s. ISBN 80-247-0296-7
18. MACHAČOVÁ, H. *Behavioural Prevention of Stress*. First edition. Prague: Charles University in Prague, 1999. ISBN 80-7184-821-2
19. MIKŠÍK, O. *Psychologická charakteristika osobnosti*. 2., přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1304-8
20. MORSCHITZKY, H.-SATOR, S. *Když duše mluví řečí těla*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8
21. MOUREK, J. *Fyziologie- učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7
22. MUŽÍK, J. *Androdidaktika*. 2., přepracované vydání. Praha: ASPI, 2004. 148 s. ISBN 80-7357-045-9
23. PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1. vydání. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-216-8
24. PRAŠKO, J. et. al. *Agorafobie – svépomocná příručka*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998. 112 s. ISBN 80-85121-43-3
25. PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. 204 s. ISBN 80-247-0185-5
26. PRAŠKO, J. et al. *Panická porucha a jak ji zvládat*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-424-5
27. PRAŠKO, J. et.al. *Sociální fobie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 136 s. ISBN 80-7367-031-3
28. PRAŠKO, J – ESPA-ČERVENÁ, K. – ZÁVĚŠICKÁ, L. *Nespavost*. 1. vydání. Praha: portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4
29. PRAŠKO, J.-PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0068-9

30. PRAŠKOVÁ, H. – PRAŠKO, J. *Úzkostné a fobické poruchy*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-039-8
31. RABOCH, J. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8
32. RABOCH, J. et. al. *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. 1. vydání. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-420-2
33. SILBERNAGL, S. – DESPOPOULOS, A. *Atlas fyziologie člověka*. 6., zcela přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 448 s. ISBN 80-247-0630-X
34. *Slovník psychiatrických termínů*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998. 106 s. ISBN 80-85121-78-6
35. STUHLÍKOVÁ, I. et al. *Zvládání emočních problémů školáka*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 176 s. ISBN 80-7178-534-2
36. ŠPATENKOVÁ, N. et. al. *Krize – psychologický a sociologický fenomén*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4
37. TRESS, W. et al. *Základní psychosomatická péče*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 400s. ISBN 978-80-7367-309-3
38. ULČ, I. et. al. *Úzkost a úzkostné poruchy*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 88s. ISBN 80-7169-790-7
39. ÚZIS ČR. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. [online]. 2008. [cit. 2008. 4. 15.] Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>
40. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-247-0296-7
41. VELEMÍNSKÝ, M. et.al. *Klinická propedeutika*. 5. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 144 s. ISBN 80-7040-837-5
42. VYMĚTAL, J. *Úzkost a strach u dětí*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 184 s. ISBN 80-7178-830-9
43. WILKINSON, M. – MACGREGOR, A. *Migréna a jiné bolesti hlavy*. 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0090-5

44. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, Version for 2007* [online]. 2006. [cit. 2008. 4. 15.] Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>>

8. Klíčová slova

Neurotický příznak

Neuróza

Vysokoškolský student

Stres

Neurotické příznaky manifestující se prostřednictvím tělesných projevů

Neurotické příznaky manifestující se prostřednictvím psychických funkcí

6. Na zkoušky se připravujete

- a) průběžně během celého semestru
- b) 2 týdny až měsíc předem
- c) týden předem
- d) 1-3 dny předem
- e) vůbec

7. Věnujete škole tolik času, kolik byste chtěli?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste odpověděli „ano“, pokračujte prosím otázkou č. 9

8. Nepřipravuji se do školy tak, jak bych potřeboval/a, protože

- a) nejsem tolik svědomitá/ý a často dám přednost některé ze svých zálib
- b) mě to nebaví
- c) mi většinu času zabere zaměstnání/rodina
- d) jiný důvod – prosím, uveďte jaký :

9. Máte ze zkoušek strach?


- a) ano, bojím se, že se shodím před vyučujícím
- b) ano, protože mám strach, že kvůli dalšímu pokusu ztratím dost času, který bych mohl/a věnovat rodině, popř. zaměstnání
- c) ano, bojím se, že si pro samou nervozitu nevzpomenu ani na základní věci, které jsem se učil/a
- d) ne – to, že zkoušku udělám na další pokus mě nikterak netrápí. Důležité je, že nakonec zkoušku zvládnu.

10. Trápí Vás některý z těchto příznaků před zkouškou, zápočtem, kolokviem, či jiným důležitým úkonem spojeným se studiem? (úzkost, deprese, bolest břicha, průjem, bušení srdce, úzkost, nevolnost, častá potřeba močení, bolest hlavy, poruchy spánku...)

- a) ano
- b) ne

Na následující otázky prosím neodpovídejte, pokud jste na otázku č.10 odpověděli záporně.

11. Jak často Vás trápí?

	Téměř každý den	1-2x za týden	1-2x za měsíc	Méně než 1-2x za měsíc	Nikdy
Deprese					
Bolesti břicha					
Bolesti hlavy					
Průjem/zácpa					
Palpitace *					
Nevolnost					
Poruchy spánku					
Stresová polakisurie**					
Závrať					
Strach, úzkost					

* Palpitace = bušení srdce, rychlé a nepravidelné úderu srdeční

** Stresová polakisurie = opakované nucení na moč

12. Domníváte se, že Vaše příznaky souvisí se studiem na ZSF?

- ano, určitě
- ano, ale mívají i jiné důvody
- výjimečně
- vůbec ne

13. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli, že Vaše příznaky souvisí se studiem na ZSF jen částečně, nebo s ním vůbec nesouvisí, co je podle Vás vyvolává?

- rodinná situace
- situace v zaměstnání
- zdravotní obtíže
- negativní vzpomínky z dětství
- problémy spadající do jiných kategorií, prosím uveďte do kterých:
