

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Vztah mezi sebehodnocením a postojem
k onemocnění diabetes 1. typu u adolescentů**

Relation between self-esteem and attitude towards illness type
1 diabetes in adolescents



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Martin Krososka**

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

Olomouc

2020

Chtěl bych poděkovat vedoucímu mé práce Mgr. Martinu Kupkovi Ph.D. za to, že mě zejména na začátku navedl a pomohl mi ujasnit téma, o kterém chci psát, a za jeho celkovou ochotu a vstřícnost, kdykoliv jsem potřeboval s něčím pomoci nebo poradit.

Poděkování také patří sdružení Inzulínek, z.s. a všem diabetikům 1. typu, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „*Vztah mezi sebehodnocením a postojem k onemocnění diabetes 1. typu u adolescentů*“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Obsah

ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 Diabetes 1. typu v adolescenci	7
1.1 Diabetes 1. typu.....	7
1.2 Vývojové období adolescence.....	8
1.2.1 Nezralá neboli vynořující se dospělost.....	9
1.3. Specifika dospívání s diabetem 1. typu.....	10
2 Postoj k chronickému onemocnění a strategie jeho zvládní	13
2.1 Teoretické modely zvládní a vyrovnávání se s nemocí.....	13
2.1.1 Model sebeřízení.....	14
2.1.2 Lazarusův model zvládní a copingové strategie.....	14
2.1.3 Teorie kognitivní adaptace.....	15
2.1.4 Model Kübler-Rossově.....	17
2.2 Copingové strategie u diabetiků 1. typu.....	17
2.3 Postoj k diabetu 1. typu trochu jinak aneb integrace onemocnění do identity jedince.....	18
3 Sebehodnocení	20
3.1 Psychologie já a sebesystém.....	20
3.2 Sebehodnocení aneb emoční vztah k sobě.....	21
3.2.1 Sebehodnocení v adolescenci.....	22
3.2.2 Sebehodnocení u diabetiků 1. typu.....	23
VÝZKUMNÁ ČÁST	25
4 Výzkumný problém a cíle výzkumu	26
4.1 Výzkumné hypotézy.....	27
5 Aplikovaná metodika	29
5.1 Illness Identity Questionnaire.....	29
5.2 Rosenbergova škála sebehodnocení.....	30
6 Sběr dat a charakteristika výzkumného souboru	32
6.1 Sběr dat a etické aspekty výzkumu.....	32
6.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	33

7	Práce s daty a výsledky	35
	7.1 Psychometrické parametry testových metod.....	35
	7.1.1 Psychometrické parametry dotazníku IIQ.....	35
	7.1.2 Psychometrické parametry dotazníku RSES.....	39
	7.2 Zhodnocení platnosti výzkumných hypotéz.....	41
	7.2.1 Vztah mezi sebehodnocením a postojem k onemocnění DM1....	42
	7.2.2 Vztah mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a pohlavím.....	43
	7.2.3 Vztah mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a způsobem léčby.....	44
	7.2.4 Vztah mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a věkem.....	46
	7.2.5 Vztah mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a počátkem nemoci.....	47
	7.2.6 Vztah mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a délkou trvání nemoci.....	48
8	Diskuse	51
9	Závěry	55
	SOUHRN	56
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	59
	PŘÍLOHY	67
	Příloha 1: Český a cizojazyčný abstrakt BcDP	
	Příloha 2: Úvodní strana online dotazníku	
	Příloha 3: Originální verze dotazníku IIQ	
	Příloha 4: Překlad dotazníku IIQ	
	Příloha 5: Dotazník RSES	

Úvod

Důvod, proč jsem se rozhodl pro téma své bakalářské práce, je ten, že sám jsem od třinácti let diabetikem 1. typu a vím, že život s tímto chronickým onemocněním není jednoduchý. Přestože nyní už mám ke své nemoci lepší postoj než dříve, v průběhu mého dospívání byla období, kdy jsem se s faktem, že jsem diabetikem 1. typu, jen velice těžko vyrovnával, nemohl jsem kvůli cukrovce dělat věci, které jsem chtěl, příliš mi nezáleželo na tom, že kompenzace mé cukrovky není v pořádku a že by mi v budoucnu mohly hrozit vážné zdravotní komplikace. Jelikož je diabetes 1. typu nemoc chronického charakteru, byla se mnou každý den, nemohl jsem si od ní odpočinout, musel jsem se naučit, jak předcházet a zvládat hypoglykémie a mnoho dalších věcí.

Přestože u lékaře, diabetologa je ve většině případů (i když najdou se i světlé výjimky, situace se pomalu zlepšuje v rámci celostního přístupu) posuzován pouze fyziologický stav, lékař se vás na kontrole zeptá, jaké jsou vaše glykémie, pomocí krevního odběru jednou za tři měsíce je vám změřen glykovaný hemoglobin, jenž ukazuje průměrnou hladinu cukru v krvi za poslední dva měsíce, začal jsem si postupně uvědomovat, pozorovat na sobě i ostatních diabetických 1. typu, co jsem znal, jak je u této nemoci důležitý její psychosociální kontext.

Proto jsem si vybral pro svou bakalářskou práci téma vzájemného vztahu sebehodnocení a postojů k onemocnění diabetes 1. typu, abych přispěl k většímu povědomí o psychosociálním charakteru tohoto onemocnění a svým malým dílem třeba napomohl k tomu, že v budoucnu bude toto hledisko v léčbě diabetu více zohledňováno, což v konečném důsledku povede ke spokojenějšímu životu pacientů s cukrovkou.

Má práce se člení na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části budou rozebírány fenomény jako diabetes 1. typu v adolescenci, postoje k chronickému onemocnění nebo sebehodnocení, ve výzkumné části se budu věnovat svému vlastnímu výzkumu.

Doufám, že aspoň z malé části se můj cíl rozšíření obecného povědomí o psychosociálním pozadí diabetu 1. typu povede naplnit a následující řádky budou Vámi, čtenářem, shledány jako přínosné a obohacující čtení.

Teoretická část

1 Diabetes 1. typu v adolescenci

V úvodní kapitole bude charakterizováno onemocnění diabetes mellitus 1. typu, bude vymezeno a popsáno vývojové období adolescence a rovněž bude nastíněno, jak se cukrovka 1. typu projevuje v období dospívání a jakým specifickým úkolům a výzvám musí mladí diabetici čelit.

1.1 Diabetes 1. typu

Diabetes mellitus 1. typu (dále DM1) patří k inzulino-dependentnímu typu diabetu, který je způsoben postupným snižováním vlastní produkce inzulinu v B-buňkách slinivky břišní, konkrétně v Langerhansových ostrůvcích. Nakonec dojde k naprosté destrukci těchto buněk, absolutní inzulinové nedostatečnosti v těle člověka, což vede ke vzniku hyperglykémie neboli k vysoké hladině cukru v krvi (Bělobrádková & Brázdová, 2006; Štěchová, Perušičová & Honka, 2014).

Vznik DM1 je zapříčiněn kombinací genetických a vnějších faktorů, do dnešní doby není patogeneze této nemoci přesně známa, jedná se o množinu několika příčin, které se projevují individuálně u každého případu. Za manifestací DM1 stojí vrozená odchylka obranyschopnosti organismu, imunitního systému, která se může projevit až po stimulaci určitým spouštěcím mechanismem. Tím mohou být různé infekce jako příušnice, zarděnky, coxackie viry nebo cytomegalovirus, ale také zejména stres, špatná strava (nízký příjem vitamínu D a omega-3 mastných kyselin), časný přechod na kravské mléko v kojeneckém věku, vysoký obsah nitrátů v pitné vodě, prodělaná žloutenka nebo respirační infekce v kojeneckém věku a další (Bělobrádková & Brázdová, 2006; Perušičová, 2016). Z výše uvedeného je tedy patrné, že DM1 se řadí k autoimunitním, multifaktoriálním onemocněním.

Cílem léčby by mělo být dosažení optimální metabolické kompenzace s co nejmenším počtem akutních komplikací, mezi které patří zejména hypoglykémie neboli nízká hladina krevního cukru, a také snížení rizika vzniku, případně oddálení chronických komplikací spojených s touto nemocí, mezi které se řadí diabetická nefropatie (porucha ledvin), diabetická retinopatie (porucha sítnice) a diabetická neuropatie (porucha nervových

zakončení, projevující se například syndromem diabetické nohy), jež jsou zase následkem opakovaných a dlouhotrvajících hyperglykemií (Bělobrádková & Brázdová, 2006).

V roce 2015 se v České republice podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR léčilo s DM1 celkem 57 945 lidí, zhruba 7 % ze všech pacientů s diabetem. Nemoc je diagnostikována zejména v dětství a dospívání, ale k jejímu vzniku může dojít kdykoliv v průběhu života. V poslední době jsme svědky zastavení nárůstu incidence nových případů DM1 u dětí, nicméně celkový počet nemocných je oproti roku 1989, kdy byl založen Český registr dětského diabetu, až trojnásobný (Data o diabetu v ČR, n.d.; Štěchová et al., 2014).

1.2 Vývojové období adolescence

Adolescence plynule navazuje na období pubescence, které je zpravidla vymezeno věkem 11-15 let. Za její počátek bývá považováno dosažení plné reprodukční zralosti, v jejím průběhu dochází k ukončení tělesného růstu, který již oproti pubescenci probíhá pomalejším tempem. Naopak pro stanovení ukončení období adolescence mají větší význam psychologická kritéria jako dosažení osobní autonomie a vytvoření vlastní jedinečné identity. Důležité jsou také sociologické aspekty, za něž můžeme považovat osvojení si a získání role dospělého, a zapomenout nesmíme na pedagogické mezníky, mezi něž se řadí ukončení vzdělávání a dosažení příslušné profesní kvalifikace (Langmeier & Krejčířová, 2006; Macek, 2003).

Co se týče periodizace adolescence, nemá toto vývojové období pevně stanovené hranice. Thorová (2015) uvádí věk 12/13-19 let, Langmeier s Krejčířovou (2006) zhruba 15 až 22 let a Vágnerová (2012) do období adolescence zahrnuje rovnou i pubescenci, kterou označuje za ranou adolescenci, a vývojovou etapu života v období 15-20 let nazývá pozdní adolescencí.

Pro účely této práce se nejvíce hodí pojetí Macka (2003), podle kterého můžeme za adolescenci označit celou periodu mezi dětstvím a dospělostí. Tento přístup se nyní začíná prosazovat v celosvětovém měřítku a bere v úvahu fakt, že ve vyspělých industriálních zemích dochází k prodloužení adolescentního období, jelikož „příprava na dospělost“ si vyžaduje více času, je nutno získat větší profesní specializaci, na mladé lidi jsou kladeny větší nároky než dříve a mají také mnohem větší možnosti, které na jednu stranu přinášejí svobodu, ale na druhou také větší zodpovědnost za svá rozhodnutí.

V rámci tohoto faktu Macek (2003) rozděluje adolescenci na 3 fáze a to na *časnou adolescenci* (10(11)-13 let), *střední adolescenci* (14-16 let) a *pozdní adolescenci*, kterou ohraničuje věkem 17-20 let, nicméně dodává, že tato etapa může trvat do mnohem vyššího věku, což je více rozvedeno v následující podkapitole.

1.2.1 Nezralá neboli vynořující se dospělost

Jedním z důvodů, proč nelze jednoznačně vymezit ukončení adolescence, je fakt, že mezi lidmi existují, a to samozřejmě nejenom v tomto období, značné interindividuální rozdíly. Mnoho osob dnes až do pokročilé dospělosti bydlí u rodičů, nemá trvalý partnerský vztah, postrádá vyhraněnou profesní orientaci, kvůli čemuž často střídá zaměstnání, nemá myšlenky na založení rodiny, dochází k odkladu tohoto životního mezníku, je přítomen strach z přijetí zodpovědnosti za svůj vlastní život. Toho přechodné období se nazývá moratorium, kdy je společnost převážně tolerantní vůči psychické labilitě a nezralosti a bere je nyní jako součást této vývojové periody (Thorová, 2015).

Obdobím na pomezí adolescence a dospělosti se zabýval Arnett (2000), jenž ho nazval *vynořující se dospělostí*, v originále *emergence adulthood*, a charakterizoval ho pěti následujícími vlastnostmi:

- *Doba hledání identity*- je nutno se rozhodnout a zjistit, kým doopravdy jsme, co chceme od života, jakou chceme vykonávat práci apod.
- *Doba nestability*- v tomto věku lidé často mění bydlení, partnery, zkoušejí různá zaměstnání a školy.
- *Doba zaměření na vlastní osobu*- člověk se snaží získat co nejvíce životních zkušeností, aby zjistil, co chce v životě dělat, jaký partner je pro něj vhodný pro založení rodiny apod.
- *Doba pocitů na půli cesty*- člověk už není ani dítě, zároveň ale ještě není ani plně dospělý, ani společnost ho tak úplně nevnímá, mladí lidé začínají přebírat zodpovědnost za svůj život, ale stále ještě jsou silně vázáni ke svým původním rodinám, například studenti finančně závislí na svých rodičích apod.
- *Doba možností*- lidé chtějí vyzkoušet všechny možnosti, které se jim nabízejí, často dochází k nerozhodnosti a pocitům úzkosti ze svobody volby, jelikož možností je příliš mnoho a nikdo neví, která je ta „správná“.

Tato fáze života bývá často doprovázena také tzv. *čtvrtživotní krizí*, která se objevuje kolem 20. roku života, obvykle v době, kdy mladí lidé čerstvě vstoupí do dospělého života a jsou nuceni dělat první samostatná rozhodnutí, za která nesou zodpovědnost. Toto období může trvat i několik let a dle Thorové (2015) jsou pro něj typické následující znaky:

- Potřeba intimnějších vztahů, ať už přátelských či milostných, důležitý je zejména pocit důvěry.
- Nevyzrálý vztah s rodiči, projevující se buď konflikty nebo přílišnou závislostí.
- Neschopnost mít rád sám sebe a druhou osobu.
- Pochybnosti o dosavadní úspěšnosti v životě.
- Převládající nespokojenost s interpersonálními vztahy.
- Potíže s nalezením uspokojující práce, obavy ze ztráty zaměstnání či nesplácení studentských půjček, hypoték.
- Frustrace v rámci sexuálního života (jeho absence či naopak promiskuita).
- Problémy s nutností pravidelně pracovat, chovat se zodpovědně a loajálně vůči svému zaměstnavateli.
- Pocit melancholie při vzpomínkách na bezstarostná školní léta a rodičovské prostředí.
- Neschopnost uznat, že ve světě existuje nespravedlnost a není černobílý.
- Obecné pocity nejistoty, úzkosti, zoufalství, deprese a nejasnost v tom, kým jsem a kam směřuji.

1.3 Specifika dospívání s diabetem 1. typu

DM1 je chronická, nevyléčitelná nemoc. Jak je patrné z předcházejícího textu, období dospívání samo o sobě představuje značnou psychosociální zátěž, mladí diabetici se navíc ještě musí vyrovnat s každodenními výzvami své nemoci, mezi které patří měření hladiny krevního cukru, píchání si inzulínu a výměna jehel několikrát týdně s tím spojená, dodržování pravidelného jídelního režimu a diabetické diety a také přiměřené množství pohybu, jež je nezbytné pro udržení optimální hladiny glykémie (Helgeson et al., 2014). Tohle všechno si žádá poměrně velkou změnu životního stylu a přizpůsobení se ze strany pacientů (Buckloh et al., 2008).

Ať už je DM1 diagnostikován v dětství nebo na začátku puberty, je to právě adolescence, kdy mladý diabetik začíná být plně zodpovědný za svou léčbu, za její výsledky, do této doby mu s mnoha záležitostmi ohledně léčby pomáhají většinou rodiče, ale v tomto období se mladý pacient stává v léčbě plně samostatným. Vidí jasnou souvislost mezi léčebnými kroky a výsledky samotné léčby, což zásadně formuje jeho postoj ohledně nemoci (Snoek & Skinner, 2005).

Adolescentní diabetici mají horší výsledky léčby než dětští nebo dospělí diabetici (Helgeson, Snyder, Escobar, Siminerio, & Becker, 2007), což je dáno jednak sníženou citlivostí na inzulin v období dospívání (Amiel, Sherwin, Simonson, Lauritano & Tamborlane, 1986), ale z velké části také kvůli nedodržování pravidel léčby (Anderson, Ho, Brackett, Finkelstein & Laffel, 1997). Může se také stát, že pacienti nemají adekvátní informace o správnosti léčby. Je známo, že málo informací o tom, jak správně zvládnout self-management a regulaci DM1 ve spojitosti s problémy nalezení určité rovnováhy mezi těžkostmi, které tato nemoc přináší, a nároky každodenního obyčejného života, má vliv na samotnou úspěšnost léčby (Serlachius, Northam, Frydenberg & Cameron, 2012). DM1 může mladým lidem komplikovat také sociální život (Silverstein et al., 2005), což znám ze svých vlastních zkušeností. Zvláště v období, kdy lidé touží být co nejvíce jak ostatní, je těžké přijmout fakt, že nemůžu pít alkohol nebo jíst věci co mí přátelé nebo v nejnevhodnější moment si musím změřit glykémii, případně upadnu do hypoglykémie.

Přestože většina diabetiků se dokáže vyrovnat jak s výzvami, které jsou běžnou součástí adolescentního období, tak s těmi diabetickými, existuje skupina dospívajících s DM1 prožívajících různé těžkosti (Bryden et al., 2001). U mladých diabetiků je zvýšené riziko vzniku duševních poruch jako jsou deprese, různé úzkostné poruchy nebo poruchy příjmy potravy (Herzer & Hood, 2010; Kovacs, Goldston, Obrosky & Bonar, 1997). Největší problémy mají mladí diabetici s dodržováním diety a pícháním inzulinu, například v práci nebo ve škole před ostatními lidmi. Mnoho pacientů také zažívá pocity, kdy touží být jako normální, zdraví lidé, jsou u nich známky velkého vzteku a hněvu v období přijetí samotné nemoci a obavy z chronických komplikací v pozdějším životě (Celik, Kelleci & Satman, 2015).

Ke speciálním komplikacím typickým pro mladé diabetiky 1. typu, vyskytujícím se zejména u dospívajících dívek, se řadí *diabulimie*, což je chování vedoucí ke zmenšení váhy za pomoci snížení nebo vynechání úplné dávky inzulinu. Příznaky můžeme pozorovat až u 36% mladých diabetiků (Goebel Fabbri et al., 2008; Schober et al., 2011). Diabulimie do dnešního dne nebyla formálně uznána jako diagnóza, nejsou vymezena přesná diagnostická kritéria a

bývá velmi obtížné ji u postižených odhalit (Hasken, Kresl, Nydegger & Temme, 2010; Shaban, 2013).

Princip diabolimie je v tom, že chování s ní spojené má za následek hyperglykémii a z ní plynoucí následnou ketoacidózu. Ketoacidóza je stav, kdy buňky nejsou schopny využít glukózu získanou z potravy jako zdroj energie kvůli nedostatku inzulínu. Tělo proto musí získat potřebnou energii odbouráváním tuků, během tohoto procesu jsou ale uvolňovány toxické ketony, v důsledku čehož dojde k překyselení organismu, narušení celkového metabolismu (Wolfsdorf et al., 2009). Dospívající diabetici s tímto narušeným chováním můžou tedy hodně jíst a zároveň u toho hubnout.

Jak již bylo uvedeno, významným cílem pro období adolescence je vytvoření vlastní, jedinečné identity, což ve své epigenetické vývojové teorii proklamoval již Erikson (1968). Tento úkol je už sám o sobě mnohdy velmi náročný, jedinec se musí přijmout, identifikovat jak se svými klady, tak i nedostatky, a ještě více obtížný se jeví být pro dospívající s jakýmkoliv handicapem či zdravotním postižením, tedy i s DM1 (Langmeier & Krejčířová, 2006).

2 Postoj k chronickému onemocnění a strategie jeho zvládání

Chronické nemoci jako DM1 jsou na rozdíl od akutních nemocí typické v tom, že zasahují do každodenního života, jsou nevyлéčitelné, jsou součástí běžné rutiny pacientova dne, je nutno se s nimi nějakým způsobem vyrovnat, což může přivést nemocného do stresu, který může ovlivnit jak jeho vnitřní prožívání, tak i jeho vnější sociální život, vztahy k blízkým lidem (Křivohlavý, 2002). U většiny chronických onemocnění je tedy důležité brát v úvahu jejich psychosociální kontext.

Bylo zjištěno, že strategie, které používáme k vyrovnávání se s chronickým onemocněním, se značně podobají těm, které využíváme, když zápolíme se stresem. Z negativních metod je možno jmenovat vyhýbání se, ignorování faktu, že jsem nemocný, což samozřejmě v dlouhodobém horizontu vede ke zhoršení zdravotního stavu. Jsou známa také zkratovitá řešení situace jako je uchýlení k alkoholu, k drogám, přejídání se, nedodržování diety, což sebou samozřejmě přináší neblahé zdravotní následky. Na druhou stranu byly zaznamenány i případy, kdy se lidé snažili vzít ze své nemoci něco pozitivního, přemýšleli nad tím, co mohou ze své nemoci získat a jestli jim tato situace otevírá nějaké nové možnosti či příležitosti (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992).

2.1 Teoretické modely zvládání a vyrovnávání se s nemocí

V následujících podkapitolách budou představeny různé teoretické koncepty procesu vyrovnávání se s nemocí, jež by měli čtenáři přiblížit tento proces. Obecně se procesy spojené s činností/ nečinností vůči stresu, který vyvolává v různé intenzitě i chronické onemocnění, označují jako *zvládání* neboli *copingové strategie* (Baštecká & Mach, 2015).

2.1.1. Model sebeřízení

Mezi často zmiňované strategie vyrovnávání se stresem patří kognitivní modely zvládnání nemoci pacientem, jež se zaměřují zejména na myšlenkovou (kognitivní) stránku psychiky. Jedním z těchto konceptů je *model sebeřízení*, jenž vyrovnávání se s nemocí připodobňuje řešení nějakého problému. Tento proces sestává ze tří dílčích fází (Leventhal & Nerenz, 1985):

- *Interpretace situace*- snaha nalezení nějakého smyslu v dění okolo nás.
- *Samotný proces zvládnání situace*- aplikace různých strategií k nastolení normálního stavu.
- *Vyhodnocení účinku použitých strategií ve snaze o znovunastolení normálního stavu (zdraví)*

Jak je možno vidět, tento konstrukt chápe zdraví jako jakousi absolutní normu a jakékoliv odchylky od něj jako problém, který je třeba řešit. Celý proces se může několikrát opakovat, jelikož pokud nejsou použité metody k uzdravení vyhodnoceny jako úspěšné (fáze tři), pacient se vrací do druhé fáze, kdy se snaží o nalezení jiné fungující alternativy. Nejsm si jistý, nakolik je možno uplatnit tento model u chronických nemocí, které jsou vesměs nevyléčitelné a dosažení absolutního zdraví není možné, jedinou možnost spatřuji v tom, že by se nejednalo ani tak o samotné fyzické zdraví, jako spíš o psychickou složku, i když i u ní je absolutní pojetí značně diskutabilní.

2.1.2 Lazarusův model zvládnání a copingové strategie

Předchozímu modelu podobný koncept, rovněž založený na kognitivním zhodnocení, nabídl ve své práci Lazarus (1966), jehož konstrukt se vztahuje ke zvládnání všech náročných životních situací a může být tedy využit i při situaci vyrovnávání se s onemocněním. Rovněž sestává ze tří samostatných fází:

- *Primární hodnocení*- jedná se o určitou osobní analýzu toho, co nám nová situace, v našem případě nemoc, přináší negativního, čím nás ohrožuje, jaké pro nás představuje těžkosti a zásah do života.

- *Sekundární hodnocení*- jedná se o opak primárního hodnocení, člověk se snaží nalézt všechny pozitivní faktory dané situace, v našem případě se jedná tedy například o to, že existuje dostupná zdravotní péče, že má dostatečnou sociální podporu, že i s nemocí je možnost vést kvalitní život, tato fáze má u chronických onemocnění velkou důležitost.
- *Přehodnocení situace*- hodnocení efektivity námi použitých pozitivních opatření proti prvotnímu ohrožení a pokud je situace vyhodnocena jako nevyhovující, celý proces se opakuje.

Obecně můžeme hovořit o dvou hlavních copingových strategiích: *strategie zaměřující se na řešení problému*, u nichž se předpokládá aktivita a snaha o konstruktivní řešení problému, například podstoupení léčby nebo odstranění nevhodného životního stylu, a *strategie zaměřující se na vyrovnání, zlepšení emočního stavu*, jejichž úkolem je korigovat emocionální, psychický stav, který se obvykle zhorší například s nástupem nemoci, jedná se o zmírnění pocitů hněvu, úzkosti, zlosti apod. (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus se svými spolupracovníky ve své pozdější práci nabídl ještě hlubší rozpracování fenoménu copingových strategií, kdy představil osm způsobů zvládnání náročných životních situací (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986):

- *Konfrontační metoda zvládnání*
- *Pokus o nalezení sociální opory*
- *Promyšlený plán spočívající v hledání řešení problému*
- *Sebeovládání neboli snaha o zmírnění emocionálního rozrušení*
- *Oproštění se od situace, distancování se*
- *Snaha o nalezení pozitivních stránek*
- *Přijmutí osobnosti zodpovědnosti ve snaze zvládnutí situace*
- *Vyhýbající se strategie, pokus o útěk ze situace*

2.1.3 Teorie kognitivní adaptace

Tématem, kdy lidé procházejí těžkým obdobím a musí se vyrovnávat různým způsobem s nepřízní osudu, se zabývali také Taylor, Lichtman a Wood (1984) a svůj koncept nazvali *teorií kognitivní adaptace*, která dle nich sestává ze tří fází:

- *Hledání smyslu v nové životní situaci*- tento bod můžeme pochopit z pohledu otázek, které si pacient s chronickým onemocněním často klade, zejména při objevení nemoci, a těmi jsou „Proč se mi to stalo?“, „Proč zrovna já?“ nebo „Jak bude nyní vypadat můj život, co se změní?“. První dvě otázky souvisí s poznáním a určitým ujasněním příčiny, která stojí za pacientovým onemocněním. Toto objasnění plynule navazuje na otázku, u které pacient přemýšlí, co bude jiné, když do jeho života zasáhla chronická nemoc. Může zde dojít k hlubšímu zkoumání a rozvažování nad dosavadním životem, k určité změně v hierarchii hodnot, člověk změní své priority a náhled na to, co je pro něj v životě opravdu důležité.

Myslím si, že tento bod je v otázce vyrovnání se s nemocí jeden z nejdůležitějších a nejedná se o chvilkovou záležitost, tento proces může trvat několik let, souvisí se sebehodnocením, formováním a zabudováním nemoci do identity. Jedná se o značně individuální záležitost a v tomto směru může zajisté pomoci kvalitní psychologická péče.

- *Sebeovládnutí*- tato oblast souvisí s odpověďmi na otázku, jak se má pacient v nové situaci chovat a co přesně by měl dělat. Klíčové je v tomto bodě dojít k uvědomění, že jsem schopen situaci zvládnout a můžu sám osobně řídit, jsem schopen ovlivnit, co se se mnou děje. Lze zde vidět jistou spojitost s Rotterovým místem řízení či Bandurovou sebe-účinností.
- *Navyšování kladného sebehodnocení*- prodělaná životní krize obecně vede ve velkém počtu případů k sebedevalvací postiženého jedince. Tento deficit je tedy nutno nějak vyrovnat a podle autorů teorie kognitivní adaptace k tomu dochází díky mechanismu *kognitivní disonance*, který byl objasněn Leonem Festingerem.

V rámci kognitivní disonance se objevují dvě formy sociálního srovnávání: v první se srovnáme s těmi, kteří jsou na tom podle nás hůře, a ve druhé naopak s těmi, kteří jsou na tom lépe. K posílení sebehodnocení bývá ve většině případů využíváno porovnání se skupinou, která je na tom hůře, nicméně jsou i opačné případy, kdy bývá například zdůrazněna větší hloubka a smysluplnost života oproti jinak naprosto zdravým lidem.

2.1.4 Model Kübler-Rossové

Do výčtu teoretických konceptů jsem se rozhodl také zařadit model Elisabeth Kübler-Rossové, který se sice prvotně vztahuje k situaci umírání, přijetí tohoto faktu, nicméně je možno ho aplikovat na všechny náročné životní situace, tedy i na vyrovnání se s faktem, že jsem chronicky nemocný. Koncept se skládá z pěti samostatných fází, které nemusí probíhat v přesně daném pořadí a mohou se několikrát za život opakovat (Kübler-Ross, 2015).

- *Šok, popírání*- dotyčný jedinec popírá existenci dané situace, odmítá připustit fakt, že je nemocný.
- *Vzpoura*- v této fázi se nemocný chová agresivně, vyskytuje se u něj hněv, často například odmítá spolupracovat se zdravotnickým personálem, v podstatě tímto způsobem jde sám proti sobě.
- *Smlouvání, vyjednávání*- nemocný pokouší najít něco, co by mohlo zmírnit jeho situaci, pokouší se o různé alternativní léčby, změnu životního stylu ve snaze o úplné vyléčení.
- *Deprese*- nemocný zjišťuje, že není cesta, jak se plně uzdravit, toto uvědomění je často doprovázeno smutkem, zoufalstvím, případně až depresí.
- *Přijetí*- dochází k přijetí nemoci, smíření se s daným stavem, pacient spolupracuje s lékařským personálem a konstruktivně pracuje na lepších výsledcích své léčby.

2.2 Copingové strategie u diabetiků 1. typu

Co se týče zvládacích strategií u DM1, nejčastěji se uvádí, že aktivní, na zvládnutí problému zaměřené strategie jsou spojeny s méně depresivními symptomy a lepšími výsledky léčby, dobrou metabolickou kontrolou. Naopak spíše pasivnější, na emoce cílící strategie, jsou ve vztahu s horším psychosociálním stavem a výsledky léčby a menší přílnavostí k léčebné terapii (Graue, Wentzel-Larsen, Bru, Hanestad & Søvik, 2004; Reid, Dubow, & Carey, 1995).

O poněkud odlišný a rozšiřující pohled se ve své studii pokusili Jaser a White (2011), kteří vycházeli z copingového modelu Connor-Smitha, Compase, Wadswortha, Thomsena a Saltzmana (2000). Ti rozdělují vyrovnávací styly do tří kategorií. První je *primární*

angažující se strategie, do které můžeme zařadit jak strategii zaměřenou na problém, myšleno na předmět, činnost či událost, jež způsobuje těžkosti, tak i na emoce, což zahrnuje expresivní vyjádření emocí. Druhou kategorií je *sekundární angažující se strategie*, která využívá mechanismu přijetí nebo kognitivní restrukturalizace, díky čemuž dochází k vyrovnání s nepříznivými životními okolnostmi. Poslední skupinou jsou *neangažující se strategie*, mezi které se řadí popření nebo stažení se, vyhýbavé chování. Tyto styly jsou zaměřeny směrem pryč od stresoru, namísto aktivního boje s ním.

Jaser a White (2011) zjistili, že dospívající diabetici nejčastěji používají sekundární strategie, následované primárními a neangažujícími. Používání primárních strategií bylo spojeno s větší psychickou odolností, celkově rozsáhlejší kompetentností v mnoha oblastech, lepší kvalitou života i dobrými výsledky léčby. Využívání sekundárních stylů mělo také za následek jak větší kvalitu života, tak i kompenzovanější cukrovku. Naopak prokázal se vztah mezi neangažujícími se strategiemi jako je popření či vyhýbání se a zhoršenou psychickou odolností, horší kvalitou léčby a obecně menší kompetentností. Jakmile docházelo ke kumulaci stresových situací v životě diabetika, docházelo k nárůstu používání maladaptivních neangažujících se strategií a k menšímu využití stylů primárních či sekundárních.

2.3 Postoj k diabetu 1. typu trochu jinak aneb integrace onemocnění do identity jedince

Z jiného úhlu pohledu se na vnímání DM1 ve svém výzkumu dívali Oris et al. (2016), kteří u belgických diabetiků 1. typu ve věku 14-25 let zkoumali integraci onemocnění do jejich identity. Pro tyto účely vytvořili dotazník s názvem *Illness Identity Questionnaire (IIQ)*, který u diabetiků posuzoval čtyři faktory spojené s nemocí: *odmítání, akceptaci, zahlcení a obohacení*. Tyto faktory můžeme vnímat jako míru zabudování onemocnění do identity jedince, ale také v podstatě jako postoj k samotnému onemocnění.

Dimenze *odmítání* a *zahlcení* odkazují na fakt, že jedinec nepřijal onemocnění jako součást své identity. *Odmítání* můžeme definovat jako určitou míru, po kterou je nemoc odmítána být přijata jako součást identity, je naopak vnímána jako hrozba nebo něco neakceptovatelného, jedinec s nemocí není ztotožněn, může docházet k zanedbání samotné léčby z důvodu nesprávného přístupu (Tilden, Charman, Sharples, & Fosbury, 2005).

Zahlčení odkazuje na fakt, jestli onemocnění hraje v životě pacienta ústřední roli, jak moc zasahuje do všech oblastí jeho života (Morea, Friend & Bennett, 2008). Naopak škály *akceptace* a *obohacení* značí adaptativní přístup k onemocnění, dobrou míru integrace nemoci do identity. *Akceptace* určuje, jak moc je nemoc zabudována do identity jedince, tito pacienti onemocnění přijali, ztotožnili se s ním, necítí se jím být přemoženi a snaží se žít co nejvíce jako zdravý člověk do té míry, aby nějakým zásadním způsobem nezanedbávali svou léčbu (Adams, Pill & Jones, 1997; Morea et al., 2008). A nakonec škála *obohacení* měří, zda-li pacient svou nemoc vnímá v určitém směru dokonce jako přínos, chápe ji z pozitivního hlediska, zda-li si myslí, že mu nemoc umožnila v rámci teorie posttraumatického růstu určitý osobnostní rozvoj nebo se u něj díky ní nějakým způsobem změnil systém hodnot (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004).

Oris et al. (2016) ve své studii zjistili, že *odmítání* negativně korelovalo s přístupem k léčbě a dobrou kompenzací cukrovky a *zahlčení* bylo spojeno s většími problémy v oblasti samotného diabetu, více depresivními symptomy a nižší životní spokojeností. Naopak postoj *akceptace* souvisel s méně depresivními příznaky a problémy spojenými s diabetem a vyznačoval se větší životní spokojeností a lepší přístupem v rámci terapie diabetu. Pacienti skórující více na škále *obohacení* se vyznačovali větší životní spokojeností, naopak nebyl prokázán žádný vztah s depresivitou.

Co se týče dalších zajímavých výsledků, muži oproti ženám disponovali větší *akceptací* a nižší mírou *zahlčení*. Neprokázala se žádná souvislost IIQ s věkem nebo délkou trvání nemoci. Bylo také dokázáno, že pacienti používající inzulínovou pumpu trpí větším *zahlčením* než pacienti s inzulínovými pery.

3 Sebehodnocení

V této kapitole bude nejdříve teoreticky vymezen koncept sebehodnocení, následně bude charakterizováno sebehodnocení ve vývojovém období adolescence, jeho vývoj a význam, a nakonec budou zmíněna specifika spojená se sebehodnocením u diabetiků 1. typu.

3.1 Psychologie já a sebesystém

Jedním z prvních, kdo se v psychologii zabýval sebeuvědoměním, vztahem k sobě, jástvím, byl William James. Ten rozlišil dva aspekty já: já jako *subjekt* duševní činnosti, činné já (v angličtině self- as- knower neboli „I“), kdy v já je ukotven subjekt činnosti a prožívání, a já jako *objekt* duševního života, obsahové já (v angličtině self- as- known neboli „Me“), do něhož byla zahrnuta samotná představa o sobě samém, obsah duševní činnosti a hodnocení vlastní osoby (Výrost & Slaměnik, 2008). Obsahové já se dále dělí do tří kategorií: *materiální já*, do něhož se řadí jak vědomí a hodnocení vlastního těla, tak veškeré osobní vlastnictví, co člověku náleží. Další složkou je *duchovní já*, jež představuje nejniternější podstatu osobnosti, zahrnující hodnotové a morální soudy a poslední skupinou je *sociální já*, zahrnující vztahy s druhými lidmi a zpětnou vazbu, kterou tito lidé člověku poskytují a utvářejí tím jeho názor na sebe samého (Blatný, 2010).

Nutno podotknout, že již James si uvědomoval vzájemnou neoddělitelnost, nesmírnou dynamiku a provázanost činného a obsahového já, a zdůrazňoval, že podobná dělení jáství jsou vhodná pouze pro akademické účely, jelikož umožňují lepší uchopení problému (Blatný, 2010).

V současnosti se ujalo používání pojmu *sebesystém*, který zahrnuje prvky jak činného, tak i obsahového já, dá se říct, že se jedná o souhrn všech částí naší vlastní sebereflexe. Jelikož termín sebesystém v sobě v podstatě zahrnuje postoj, je v něm ukryt vztah k vlastní osobě, skládá se podobně jako postoj ze tří dimenzí: kognitivní, afektivní a konativní (Blatný, 2010; Výrost & Slaměnik, 2008).

Kognitivní oblast sebesystému se označuje jako *sebepojetí*, zahrnuje obsah a strukturu vlastního já. Pro afektivní část, jíž se budu ve své práci zabývat, se užívá termín *sebehodnocení*, do něhož spadá především emoční složka sebesystému. Poslední v řadě je konativní část, k níž se váže pojem *seberegulace*, termín značící, do jaké míry jsme schopni

ovlivnit, regulovat naše chování, prožívání směřující k naší osobě. Nicméně všechny tři dimenze sebesytému se vzájemně překrývají a nelze je jednoznačně rozlišit, jedná se o teoretický konstrukt, podobně jako Jamesovo činné a obsahové já (Výrost & Slaměník, 2008).

3.2 Sebehodnocení aneb emoční vztah k sobě

Sebehodnocení můžeme vnímat jako mentální reprezentaci emočního vztahu k sobě, ve které jedinec zohledňuje své schopnosti, kompetence, vlastnosti, celkově hodnotí svou vlastní osobu. Velice důležitou roli zde hraje také vnímání toho, jak je člověk hodnocen druhými lidmi, představa, co si o nás a našem chování myslí nám blízcí lidé (Blatný, 2010; Nakonečný, 2009).

Hlavní funkcí sebehodnocení je uchování si vědomí pozitivní hodnoty sebe sama, případně snaha o její získání či o její celkové zvýšení. Z toho vyplývá, že veškeré emocionální prožitky vztahující se k já jsou hodnoceny na škále positivity či negativity (Blatný, 2010; Nakonečný; 2009). Sebehodnocení má v podstatě pro jedince adaptační roli, podílí se na obraně vlastního já pomocí různých obranných mechanismů a strategií, ať již kognitivních nebo behaviorálních, a tím zajišťuje vyhnutí se stresu, případně lepší vyrovnání se s ním (Greenwald & Pratkanis, 1984). Kromě toho plní sebehodnocení organizační funkci prožitků a informací pojících se k já na základě již zmíněné positivity či negativity, což Greenwald a Pratkanis (1984) označují jako *afektivní vodítko kognice*, a má vliv na spojování podobných mentálních reprezentací (Fast, 1985).

O obohacení výzkumu na téma sebehodnocení se postaral Higgins (1987), jenž představil svou *sebediskrepanční teorii*. Ta vymezuje tři druhy já, které můžeme u jedince nalézt: *aktuální já*, jež představuje souhrn vlastností, schopností, o nichž se člověk domnívá, že jimi disponuje, dále *ideální já* neboli představa jedince o tom, jaký by chtěl v ideálním případě být, a nakonec *požadované já*, jež zahrnuje kompetence, atributy, které subjekt potřebuje pro zvládnutí aktuální situace, požadavků z okolí. Diskrepance mezi těmito konstrukty se projevuje rozdílně: pokud je příliš velký rozdíl mezi aktuálním a ideálním já, člověk zažívá frustraci, vyskytuje se u něj depresivní ladění, naopak nesoulad mezi aktuálním a požadovaným já je zdrojem pocitů úzkosti.

Vedle positivity a negativity je neméně důležitým aspektem sebehodnocení také jeho stabilita. Bylo zjištěno, že lidé s nestálým sebehodnocením reagují kladněji na pozitivnější

ohlasy na svoji osobu a více negativně na zápornou zpětnou vazbu od druhých osob než lidé se stabilním sebehodnocením, jsou více ovlivňováni dílčími, situačními hodnoceními druhých lidí (Blatný, 2010).

3.2.1 Sebehodnocení v adolescenci

Sebehodnocení člověka je utvářeno již od raného dětství a to zejména rodinou a blízkými osobami, jež se podílejí na jeho výchově. Nicméně na počátku adolescence získá podobný vliv názor vrstevnické skupiny (Blatný, 2010; Harter, 1989). Zároveň to ale není tak, že by význam rodičů a jejich podpory nějak klesal, spíše se zesiluje vztah mezi globálním sebehodnocením a podporou, posílením od vrstevníků (Oosterwegel & Oppenheimer, 1993). Bylo zjištěno, že zejména v časně a střední adolescenci disponují pozitivnější vztahem k sobě ti dospívající, jež považují za důležité referenční osoby rodiče a další dospělé authority ze svého okolí než ti, pro které je podstatný názor jejich vrstevnické skupiny (Macek & Osecká, 1996).

Po celé období adolescence můžeme u jedinců pozorovat zvýšený výskyt sebereflexe. Čím je tato sebereflexe větší, čím více se dospívající zabývá sám sebou, tím je větší pravděpodobnost, že se může vnímat více pozitivně, ale i negativně (Macek, 2003). V průběhu dospívání dochází také ke změně posuzovacího rámce, jež má vliv na sebehodnocení, mladší adolescenti se zaměřují stále zejména na své konkrétní chování, s přibývajícím věkem ale mladí lidé dokážou brát více v úvahu souvislosti a různé motivy určitého jednání, situační kontext (Leahy, 1985). V důsledku toho dochází v průběhu dospívání ke stabilizaci sebehodnocení, mladí lidé již tolik nepodléhají situačním vlivům (Macek, 2003).

Během přechodu do dospělosti dochází ke zvýšení významu Higginsova (1987) ideálního já, které jedinci srovnávají se svým aktuálním. Ideální já hraje důležitou roli zejména v oblasti hodnotové orientace, slouží jako zdroj představ o vlastní budoucnosti a jsou pomocí něj zvnitřňovány různé společenské normy. Zejména ve starší adolescenci, z důvodu větší diference obrazu sebe samého, dochází k nesouladu mezi aktuálním a ideálním já. Menší rozpor může působit motivačně, naopak větší diskrepance vede, jak již bylo zmíněno, k depresivnímu ladění. Proto je dobré snažit se spíše než o dosažení svého ideálního já o jeho korekci, jež má základy v reálném, aktuálním já (Macek, 2003).

Sebehodnocení adolescentů se odvíjí od více aspektů, mezi ty stěžejní patří výkonové atributy, ke kterým v tomto věku náleží zejména školní výsledky, a důležitou oblast tvoří již zmíněné interpersonální vztahy, kdy dochází k sociálnímu srovnávání mezi vrstevníky. U dospívajících, jejichž sebedůvěra se zakládá spíše na dosaženém výkonu, můžeme pozorovat stabilnější sebehodnocení než u těch, pro které jsou klíčové názory druhých na jejich osobu (Macek, 2003).

Co se týče pocitu hodnoty vlastního já, důležitým prvkem se ukazuje být fakt, zda-li jedinec vnímá své vytvořené já jako pravé, autentické nebo naopak falešné. I zde můžeme pozorovat určité rozdíly závislé na věku jedince. V časně a střední adolescenci hraje klíčovou roli pochopení a akceptace ze strany druhých osob, u starších dospívajících je pro vědomí „pravého já“ více důležitý pocit samotné autonomie (Ullman, 1987). Jako významný faktor zde také vystupuje možnost svobodného vyjádření (Štěpánková, 2002).

3.2.2. Sebehodnocení u diabetiků 1. typu

Je známo, že vytvoření si pozitivního sebehodnocení a jeho následné udržení hraje důležitou roli v celkovém přizpůsobení se životu s DM1, má vliv na dobrou kompenzaci léčby a tím se následně i snižuje riziko dlouhodobých komplikací spojených s touto nemocí (Helgeson et al., 2007; White et al., 2001).

Z dosavadních zjištění vyplývá, že sebehodnocení je u dospívajících diabetiků nižší v porovnání s jejich vrstevníky (Jacobson et al., 1997). Jako důležitý prediktor míry sebehodnocení se ukazuje být pohlaví. Snížené a napříč dobou nestabilní sebehodnocení bylo zaznamenáno zejména u žen s DM1 (Mohn, Igland, Zoffmann, Peyrot & Graue, 2018; Rassart, Luyckx, Moons & Weets, 2014), zatímco muži s DM1 disponovali oproti svým vrstevníkům dokonce větším sebehodnocením (Rassart et al., 2014). To lze možná vysvětlit tím, že získali sebevědomí díky uvědomění si faktu, že si dokáží poradit s výzvou, jakou život s DM1 představuje. Horší sebehodnocení se také pojí s výskytem dlouhodobých chronických komplikací, zejména se syndromem diabetické nohy (Mohn et al., 2018). Obecně se dá říci, že u mladých lidí zažívajících stres ve spojení s DM1 se vyskytuje nižší sebehodnocení než u pacientů, pro něž není život s tímto onemocněním natolik psychicky náročný (Rassart et al., 2014).

Empiricky byla prokázána také multifaktoriální povaha onemocnění DM1 ve vztahu k sebehodnocení. Lékařská péče, které spíše uplatňovala nabádání pacienta k autonomii než

direktivní, kontrolní přístup, vedla k pacientově větší vnitřní motivaci zvládnutí nemoci, což vedlo k většímu sebevědomí ohledně toho, jak je pacient schopen se s DM1 vypořádat a následně i k většímu sebehodnocení (Mohn et al., 2018).

Co se týče sebehodnocení, zajímavou se jeví být otázka, zda-li na něj má nějaký dopad léčba inzulinovou pumpou ve srovnání s inzulinovými pery či nikoliv. Pacienti s inzulinovou pumpou dosahují lepších glykemií, více si důvěřují při aplikování léčebných postupů a celkově u nich byla zaznamenána vyšší kvalita života (Hirose, Beverly & Weinger, 2012; Weissberg-Benchell, Antisdel-Lomaglio & Seshadri, 2003), protože se nabízí hypotéza zvýšeného sebehodnocení u pacientů s inzulinovou pumpou, na druhou stranu díky neustálé potřebě mít pumpu připnutou, umístěnou na svém těle pumpa představuje pro svého nositele život s přístrojem, může být narušeno vnímání vlastního těla, body image (Hirose et al., 2012) , což evokuje snížené sebehodnocení. Touto oblastí se zabývala Rassart se svými spolupracovníky (2014) a nebyla nalezena žádná souvislost mezi druhem terapie, ať už inzulinovou pumpou či pery, a sebehodnocením.

Výzkumná část

4 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Jak je patrné z teoretické části, DM1 je chronické onemocnění ovlivňující pacienta v mnoha oblastech jeho života, psychickou stránku nevyjímaje. V České republice tomuto aspektu stále ale není věnována dostatečná pozornost. Obecně existuje na našem území velmi malý počet studií zabývajících se psychickou složkou DM1, jak je zjevné i z literatury, z níž bylo čerpáno v teoretické části práce, většinou můžeme najít jenom medicínskou literaturu, články, které ale přirozeně zdůrazňují medicínské, biologické hledisko nemoci. Výjimkou jsou bakalářské nebo diplomové práce, studenti se daným fenoménem začínají zabývat ve zvýšeném množství, ale přesto většinu relevantních údajů je nutno čerpat ze zahraničních, převážně západních zdrojů.

Bohužel se téměř ani nenajdou studie, které by nějakým způsobem replikovali výzkumy a použité metody na českou populaci za účelem srovnání zjištěných výsledků, kdy určitou roli může hrát i kulturní podmíněnost.

Co se týče například problematiky postojů k DM1, tuto dimenzi nemoci ve své práci již zkoumala Lakomá (2015), která ji pacientů s DM1 ve věku 14-20 let měřila pomocí B-části dotazníku *Revised-Illness Perception Questionnaire- IPQ-R-CZ* (Mareš & Ježek, 2012), českého překladu originální revidované verze (Moss- Morris et al., 2002). Nicméně jak sama Lakomá (2015) uvádí, dvě škály tohoto dotazníku musely být z analýzy vyloučeny, protože se ukázaly být nevhodné pro pacienty s DM1. Při pohledu na další škály, položky dotazníku se také nabízí otázka, zda-li je tato metoda schopna komplexně pojmut problematiku postojů k DM1, jelikož většina škál je formulována v negativním směru (přesněji čtyři z pěti a pátá je významově neutrální) a obsahuje velmi malé množství inverzních položek, je tedy na místě se ptát, nakolik je metoda u pacientů s DM1 validní.

Na základě výše zmíněných faktů byly formulovány hlavní cíle mého výzkumu, jenž navazuje na práci Oris et al. (2016), která ve své studii zkoumala pomocí dotazníku IIQ souvislost postojů k DM1 s proměnnými jako jsou přístup k léčbě, kompenzace cukrovky, problémy spojené s DM1, s životní spokojeností nebo depresivními symptomy. Nebyl ale zkoumán vztah se sebehodnocením, psychologickým atributem, který, jak je popsáno v teoretické části, prochází v období adolescence značným rozvojem a u diabetiků se může vyvíjet poněkud specificky právě v souvislosti s jejich nemocí. Prvním a hlavním cílem

tohoto výzkumu tedy bude prozkoumat vzájemný vztah sebehodnocení a postojových škál obsažených v dotazníku IIQ u adolescentů s DM1.

Jako druhý cíl jsem si stanovil analyzovat u adolescentů s DM1 souvislost mezi sebehodnocením, postoji k DM1 a sociodemografickými faktory jako jsou pohlaví, způsob léčby, věk, počátek nemoci a délka trvání nemoci. Splnění těchto cílů by mělo přispět k lepšímu porozumění problematice adolescentního DM1 na českém území.

Posledním, neméně důležitým hlavním cílem, bude překlad dotazníku IIQ z angličtiny do českého jazyka, úspěšnost překladu bude ověřena pomocí psychometrických metod. Pokud by se překlad ukázal být správný, mohlo by se jednat o novou metodu, která by mohla být využívána u pacientů s DM1 v klinické praxi, ať již v psychologických nebo diabetologických ambulancích, a odborníkům by mohla pomoci k lepšímu zmapování postoje pacienta k jeho nemoci.

Na závěr uvedu stručné shrnutí třech hlavních cílů mého výzkumu:

1. Prozkoumat, zda-li existuje souvislost mezi sebehodnocením a postojem k onemocnění DM1 u adolescentů.
2. Prozkoumat, jaký je u adolescentů s DM1 vztah mezi sebehodnocením, postojem k DM1 a sociodemografickými faktory jako jsou pohlaví, způsob léčby, věk, počátek nemoci a délka trvání nemoci.
3. Překlad dotazníku IIQ z anglického jazyka do češtiny a ověření správnosti překladu pomocí psychometrických metod.

4.1 Výzkumné hypotézy

Na základě cílů výzkumu, poznatků z teoretické části a mé osobní zkušenosti s nemocí DM1 byly stanoveny následující hypotézy. Specifické hypotézy vztahující se k jednotlivým postojům k onemocnění DM1 budou popsány ve výsledkové části.

H1: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi sebehodnocením a postojem k onemocnění.

H2: Muži s DM1 v adolescenci disponují statisticky vyšším sebehodnocením než ženy s DM1 v adolescenci.

- H3:** Existuje statisticky významný rozdíl v postojích k onemocnění DM1 mezi muži a ženami v adolescenci.
- H4:** Existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení mezi diabetiky 1. typu v adolescenci léčenými inzulinovou pumpou a inzulinovými pery.
- H5:** Existuje statisticky významný rozdíl v postojích k onemocnění DM1 mezi adolescenty léčenými inzulinovou pumpou a inzulinovými pery.
- H6:** U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi sebehodnocením a věkem.
- H7:** U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi postojem k onemocnění a věkem.
- H8:** U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi sebehodnocením a počátkem nemoci.
- H9:** U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi postojem k onemocnění a počátkem nemoci.
- H10:** U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi sebehodnocením a délkou trvání nemoci.
- H11:** U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi postojem k onemocnění a délkou jeho trvání.

5 Aplikovaná metodika

S ohledem na cíle výzkumu byl pro studii navržen kvantitativní design, sestávající ze dvou dotazníkových šetření, *Illness Identity Questionnaire* (IIQ) a *Rosenbergovy škály sebehodnocení* (RSES). Nyní popíšu obě metody.

5.1 *Illness Identity Questionnaire*

Jak již bylo nastíněno v teoretické části práce, *Illness Identity Questionnaire* (IIQ) měří u jedince integraci onemocnění do jeho identity (Oris et al., 2016). Nicméně ve své podstatě zkoumá postoj pacientů k jejich onemocnění, navíc poměrně komplexním způsobem, kdy zahrnuje jak pozitivní, tak negativní položky vztahující se ke vnímání nemoci, proto jsem si ho vybral jako metodu pro měření postojů k DM1.

Nejdříve bylo nutno IIQ přeložit do češtiny, což bylo i jedním z hlavních cílů mého výzkumného snažení. Ohledně pomoci jsem kontaktoval přímo hlavní autorku IIQ Leen Oris působící na Katedře psychologie v belgickém Leuvenu, jenž mi doporučila, abych nepřekládal původní znění IIQ (Oris et al., 2016), ale jeho revidovanou verzi, jenž byla vytvořena o dva roky později (Oris et al., 2018). U této revidované verze byly na základě výsledků provedené faktorové analýzy odstraněny dvě položky.

Na základě doporučení jsem tedy přeložil verzi dotazníku z roku 2018. Nabízela se možnost využít metody zpětného překladu, nakonec jsem ale celý dotazník přeložil sám, o odbornou korekci mého překladu se postaral profesionální překladatel. Úspěšnost překladu bude změřena za využití psychometrických parametrů ve výsledkové části práce.

IIQ se ukazuje být jako validní nástroj pro měření postojů, integraci onemocnění do identity jedince. Nemusí být využit pouze u diabetiků 1. typu, ale i u jiných, zejména chronických onemocnění. Faktorovou analýzou IIQ byly prokázány čtyři hlavní faktory: *odmítání nemoci*, *akceptace z nemoci*, *zahlcení z nemoci* a *obohacení z nemoci* (Oris et al., 2016; Oris et al., 2018). Explorační faktorová analýza obsahující tyto čtyři faktory vysvětlovala 60.81 % rozptylu odpovědí.

IIQ také disponuje poměrně dobrou reliabilitou, vyjádřenou Cronbachovou alfa, kdy ve výzkumu zkoumajícím dva vzorky chronicky nemocných lidí byly u těchto osob naměřeny výsledky 0.73/ 0.75 ve škále *odmítání*, 0.83/0.85 pro faktor *akceptace*, 0.92/ 0.91 pro

zahlcení z nemoci a 0.95/ 0.90 vyjadřující vnitřní konzistenci škály *obohacení z nemoci* (Oris et al., 2018).

Přeložený dotazník obsahoval 25 položek. Účastníci výzkumu byli vyzváni, aby na 5-bodové Likertově škále ohodnotili, jak je vystihují jednotlivá tvrzení, přičemž 1= *naprosto nesouhlasí* a 5= *naprosto souhlasí*. Položky 1, 2, 3, 4 a 5 se vztahovali ke škále *odmítání* (dohromady pět položek), 6, 7, 8, 9 a 10 k faktoru *akceptace* (pět položek), 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18 ke škále *zahlcení z nemoci* (8 položek) a 19, 20, 21, 22, 23, 24 a 25 k faktoru *obohacení z nemoci* (7 položek).

5.2 Rosenbergova škála sebehodnocení

Pro měření konstruktů sebehodnocení jsem se rozhodl použít Rosenbergovu škálu sebehodnocení (RSES), dotazník, jenž byl vytvořen Morrisem Rosenbergem, a jehož cílem je ohodnotit globální, celkový vztah osoby k sobě samému (Rosenberg, 1965). Tato škála je považována za nejrozšířenější metodu používanou k ohodnocení sebehodnocení (Blascovich & Tomaka, 1991), původně byla zamýšlena být využita pouze u adolescentního vzorku populace, ale nakonec našla uplatnění i u jiných věkových kategorií (Blatný & Osecká, 1994). V mém výzkumu jsem použil překlad škály z anglického originálu do češtiny od Blatného a Osecké (1994).

RSES se vyznačuje zajímavým faktorovým složením, kolem kterého se vedou na akademickém poli diskuse. Přestože RSES byla Rosenbergem (1965) navrhnutá jako jednodimenzionální, jednofaktorová metoda, při faktorové analýze se v mnoha případech vydělují dva faktory, kdy jeden faktor je složen z pozitivně formulovaných položek a druhý z inverzních, významově negativních položek (Hensley & Roberts, 1976). Z tohoto důvodu například Stolin (1987, in Blatný & Osecká, 1994)) považuje RSES za dvoufaktorový dotazník, kdy jeden faktor označuje jako *sebeúctu* a druhý *sebesnižování*, s dvoufaktorovým modelem RSES pracovala ve své studii také Suchá (2014). Blatný s Oseckou (1994) dokonce identifikovali pro RSES tři faktory, první zahrnuje pozitivní tvrzení o sobě a druhý negativní výroky o sobě samém, podobně jako u dvoufaktorového modelu, navíc se ale ještě přidává třetí faktor *sociálního srovnávání*, jenž se vyděluje z pozitivně formulovaných položek.

RSES je obecně známa také svou vysokou reliabilitou, například ve výzkumu Suché (2014) s 1089 respondenty dosahovala RSES Cronbachovy alfy, ukazatele ukazujícího vnitřní konzistentnost celé metody, 0.90.

Jak již bylo zmíněno, v mém výzkumu byl použit překlad RSES od Blatného a Osecké (1994), položky byly replikovány v přesném znění, zachováno bylo také pořadí. Probandi byli vyzváni, aby na 4- bodové Likertově škále, kdy 1= *naprosto nesouhlasí* a 4= *naprosto souhlasí*, vybrali možnost, která nejlépe vystihuje jejich současný postoj k danému výroku. Položky 1, 3, 4, 6, 8 zahrnovali pozitivní výroky o sobě, položky 2, 5, 7, 9, 10 k nim byly inverzní, obsahovali negativní tvrzení o sobě samém, celkově tedy dotazník obsahoval deset položek.

6 Sběr dat a charakteristika výzkumného souboru

V této kapitole bude popsáno, jakým způsobem probíhal sběr dat a následně budou pomocí popisné statistiky přiblíženy vlastnosti výzkumného souboru.

6.1 *Sběr dat a etické aspekty výzkumu*

Sběr dat probíhal v období od 31.3. 2019 do 30.4. 2019, byla použita metoda záměrného výběru, kdy respondenti museli splňovat dvě základní podmínky, aby byli do výzkumu zařazeni: *mít diagnostikované onemocnění DM1 a být ve věku 15-25 let*. V původním plánu výzkumu se počítalo s tím, že probandi budou nabíráni jak online cestou pomocí sociálních sítí, tak klasickou metodou tužka x papír, nicméně z důvodu poměrně komplikované spolupráce s diabetologickými ambulancemi byla nakonec data získána pouze online cestou, konkrétně přes sociální platformu Facebook.

Pro účely sběru dat byl vytvořen online dotazník přes webové rozhraní Google. Jeho link jsem přidal na stěnu sociálních skupin na Facebooku, kde se lidé sdružovali, aby sdíleli své zkušenosti ohledně cukrovky. Konkrétně se jednalo o tyto skupiny: *Diabetes mellitus 1. typu pro ČR a SR, CUKROVKA, Čeští DIABETICI- „cukrovkáři“ typu I. a II. v ČR na Fb a Inzulínek, z. s.* Link jsem také zveřejnil ve skupinách, které nesouvisely přímo s DM1, ale očekával jsem, že bych v tomto sociálním okruhu mohl najít nějaké respondenty, oslovil jsem tedy také skupinu *Univerzita Palackého v Olomouci* a *Teenagers CZ/SK*. Emailovou cestou za pomoci vedoucího této práce byly také osloveni všichni studenti Psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého.

Respondentům byl výzkum prezentován jako průzkum DM1 u mladých lidí, nebyl jim sdělen pravý účel studie. Tučným, velkým písmem bylo zdůrazněno, že podmínkou účasti na výzkumu je věk 15-25 let a diagnóza DM1. Probandi byli informováni, že jejich účast je anonymní, dobrovolná a vyplňování dotazníku můžou v jakékoliv fázi ukončit. Také byli zpraveni o tom, že získané údaje budou sloužit pouze pro účely vypracování této bakalářské práce a od všech respondentů byl získán online informovaný souhlas ohledně účasti na výzkumu. Tím byly splněny základní etické podmínky a požadavky pro tento výzkum.

Probandi nejdříve vyplnili souhlas s účastí na výzkumu, poté jednotlivé sociodemografické údaje jako pohlaví, věk, v jakém věku dostali DM1 a zda-li se léčí pomocí inzulínových per nebo inzulínové pumpy. Následně přešli k dílčím dotazníkům, nejprve vyplnili IIQ a poté RSES. Jak u sociodemografických údajů, tak u obou dotazníků bylo povinné odpovědět na všechny položky, jinak nebylo možno své odpovědi odeslat. Tím byla zajištěna celistvost získaných dat. Samozřejmě jak již bylo uvedeno, pokud respondent nechtěl na nějakou položku z jakéhokoliv důvodu odpovědět, mohl z výzkumu kdykoliv odejít, ukončit ho. Získaná data poté byla následně převedena do programu Microsoft Excel, kde se s nimi mohlo lépe pracovat.

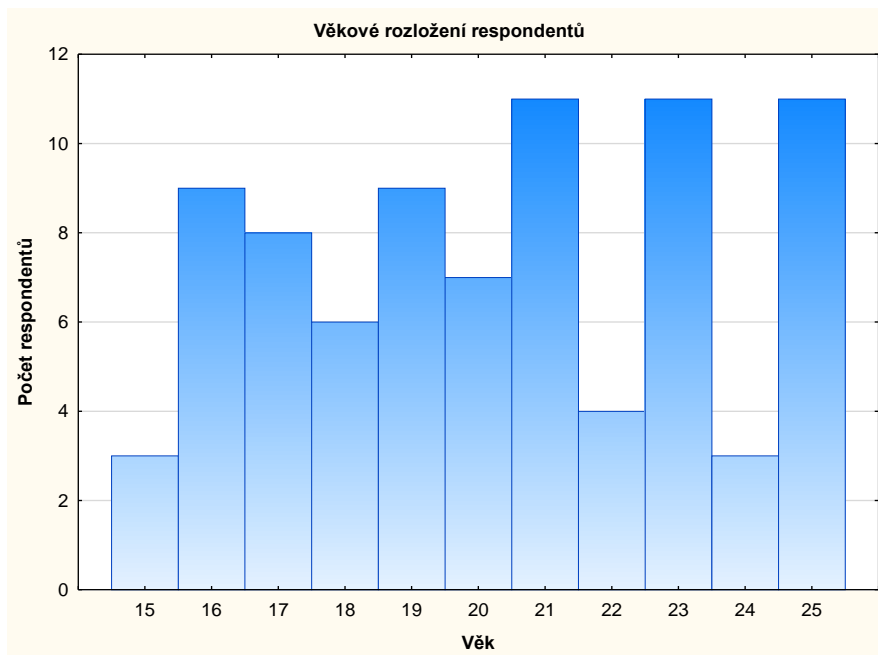
6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumu se zúčastnilo 93 respondentů. Z toho jedenáct jich muselo být z analýzy vyřazeno, jelikož jejich věk se nenacházel v požadovaném rozmezí 15-25 let.

Celkově tedy výzkumný soubor zahrnoval **82 respondentů**, z toho **61 žen** (74.39 % z celkového N) a **21 mužů** (25.61 % z celkového N). Průměrný věk probandů (M) byl 20.28 let se směrodatnou odchylkou (SD) 3.08 let, minimem (MIN) 15 let a maximem (MAX) 25 let, přičemž soubor žen byl přibližně o půl roku starší (M = 20.44; SD = 2.87) než soubor mužů (M= 19.81; SD= 3.64).

Rozložení respondentů v jednotlivých věkových kategoriích znázorňuje následující histogram:

Graf 1: *Věkové rozložení respondentů*



Z celkového N= 82 probandů se 43 léčilo pomocí inzulínové pumpy (52.44 % z celkového N, 32 žen a 11 mužů) a 39 k léčbě využívalo inzulínová pera (47.56 % z celkového N, 29 žen a 10 mužů).

Co se týče počátku onemocnění, DM1 se u jedince v průměru objevilo v 10.61 letech (SD= 5.59; Min= 0 a Max= 23), délka trvání DM1, která byla vypočítána odečtením počátku onemocnění od aktuálního věku jedince, byla v průměru 9.67 roků (SD= 5.75; Min= 0 a Max= 22).

7 Práce s daty a výsledky

V následující části budou nejdříve popsány psychometrické vlastnosti použitých dotazníkových metod, bude také popsán výpočet hrubého skóru pro jednotlivé škály a následně bude ověřena platnost zkoumaných hypotéz.

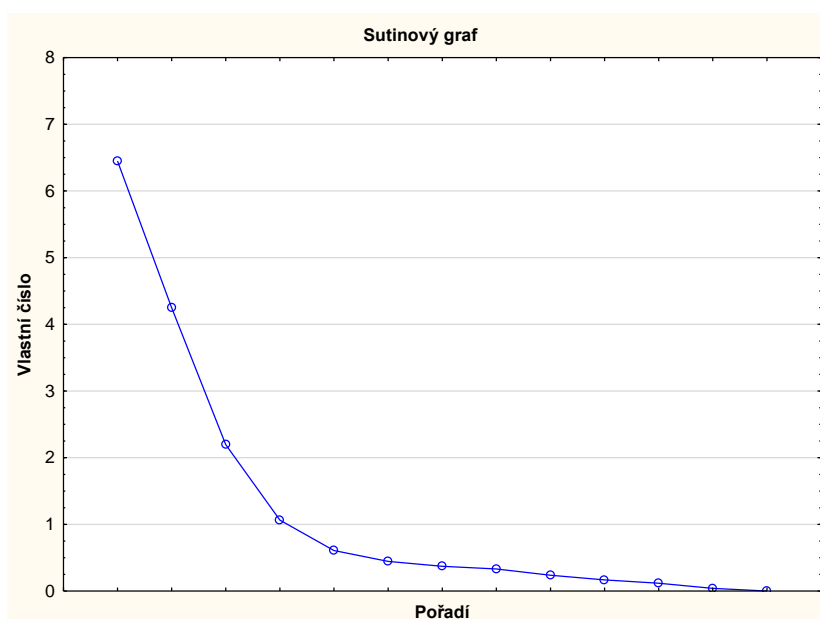
7.1 Psychometrické parametry testových metod

V této podkapitole budou zhodnoceny psychometrické vlastnosti dotazníků IIQ a RSES, konkrétně faktorová validita a reliabilita. Na základě získaných výsledků bude také popsán výpočet hrubého skóru pro jednotlivé subškály.

7.1.1 Psychometrické parametry dotazníku IIQ

Pro ověření faktorové validity dotazníku IIQ byla použita explorační faktorová analýza (EFA), konkrétně metoda hlavních os za použití rotace varimax s Kaiserovou normalizací. Bylo očekáváno nalezení 4- faktorového modelu podobně jako tomu bylo ve studiích Oris a jejích spolupracovníků (2016, 2018). Výsledky byly následující:

Graf 2: *Sutinový graf dotazníku IIQ*



Tabulka 1: *Faktorové náboje 4- faktorového modelu dotazníku IIQ*

Položka	Faktor 1- zahlcení	Faktor 2- obohacení	Faktor 3- akceptace	Faktor 4- odmítání	Komunalita
1	0.27	0.00	0.53	0.13	0.37
2	0.21	0.01	0.41	0.19	0.25
3	0.16	-0.07	0.26	0.75	0.66
4	-0.03	-0.14	0.16	0.66	0.48
5	0.21	-0.10	0.47	0.48	0.51
6	-0.16	0.11	-0.65	-0.22	0.51
7	0.09	0.22	-0.83	0.00	0.74
8	-0.05	0.15	-0.78	-0.23	0.69
9	-0.15	0.04	-0.71	0.01	0.53
10	-0.16	0.13	-0.50	-0.28	0.37
11	0.71	-0.02	-0.15	-0.10	0.54
12	0.72	-0.03	0.00	0.08	0.53
13	0.54	-0.01	0.09	0.03	0.30
14	0.74	0.04	0.31	0.02	0.65
15	0.75	0.03	0.16	0.18	0.62
16	0.73	0.15	0.23	0.23	0.66
17	0.55	-0.02	0.43	0.01	0.50
18	0.70	-0.02	0.44	0.00	0.69
19	0.00	0.69	-0.30	-0.19	0.61
20	-0.02	0.64	-0.21	-0.07	0.46
21	-0.01	0.73	-0.07	-0.24	0.60
22	0.07	0.86	-0.12	0.09	0.77
23	0.02	0.79	0.04	0.01	0.63
24	-0.15	0.82	0.00	-0.06	0.71
25	0.15	0.76	-0.02	-0.01	0.60
Rozptyl	4.09	4.22	3.98	1.68	
Procento rozptylu	0.16	0.17	0.16	0.07	

Poznámka: faktorové náboje s hodnotou nad 0.35 jsou zvýrazněny tučným písmem, naopak faktorové náboje s hodnotou pod 0.35 jsou označeny šedě.

Jak je patrné z výsledků provedené EFA a sutinového grafu, při využití pravidla vlastního čísla vyššího než jedna se potvrdila čtyř-faktorová struktura našeho dotazníku. Nicméně při zhodnocení faktorových nábojů se ukázaly být některé položky problematické, zejména ty s pořadovým číslem 1 a 2, které byly v mnohem větší míře syceny faktorem akceptace než zamýšleným faktorem odmítání.

V rámci dosažení faktorové validity tedy byl vyzkoušen 3- faktorový model dotazníku IIQ, který přinesl uspokojivější výsledky, nicméně při použití tohoto řešení položka číslo 4 „Nesnáším, když se mnou někdo mluví o diabetu.“ dosahovala pouze velice nízké komunality 0.17, měla také negativní vliv na reliabilitu metody, proto byla z výzkumu a z analýzy dat vyloučena. Výsledky byly následující:

Tabulka 2: Faktorové náboje 3- faktorového modelu dotazníku IIQ

Položka	Faktor 1- akceptace	Faktor 2- obohacení	Faktor 3- zahlcení	Komunalita
1	-0.56	-0.00	0.25	0.38
2	-0.46	0.01	0.20	0.25
3	-0.45	-0.10	0.18	0.25
4	-0.60	-0.11	0.21	0.41
5	0.70	0.10	-0.14	0.51
6	0.76	0.21	0.12	0.64
7	0.82	0.15	-0.03	0.69
8	0.67	0.03	-0.12	0.46
9	0.58	0.13	-0.14	0.38
10	0.15	-0.02	0.71	0.53
11	-0.04	-0.04	0.73	0.54
12	-0.10	-0.01	0.54	0.30
13	-0.32	0.04	0.73	0.64
14	-0.24	0.03	0.74	0.61
15	-0.31	0.15	0.73	0.65
16	-0.42	-0.01	0,54	0.46
17	-0.44	-0.01	0.67	0.65
18	0.36	0.69	0.01	0.61
19	0.22	0.63	-0.01	0.45
20	0.15	0.73	-0.01	0.56
21	0.09	0.85	0.08	0.74
22	-0.05	0.79	0.01	0.63
23	0.03	0.83	-0.15	0.71
24	0.01	0.76	0.14	0.60
Rozptyl	4.48	4.19	3.98	
Procento rozptylu	0.19	0.17	0.17	

Poznámka: faktorové náboje s hodnotou nad 0.35 jsou zvýrazněny tučným písmem, naopak faktorové náboje s hodnotou pod 0.35 jsou zaznačeny šedě.

Zvolené 3- faktorové řešení s 24 položkami vysvětluje **53 %** celkového rozptylu, kde škála *akceptace* pokrývá 19 % a faktory *obohacení* a *zahlcení* shodně 17 %. Položky 16, 17 a 18 jsou ve větší míře syceny také faktorem *akceptace*, nicméně primární vliv u nich má faktor *zahlcení*, respektive *obohacení*, jak bylo zamýšleno. Faktor *akceptace* je nejvíce sycen položkou číslo 7 „*Přijímám sebe samého i s onemocněním diabetes.*“, faktor *zahlcení* otázkou číslo 14 „*Diabetes naprosto ovládá můj život.*“ a škála *obohacení* je nejvýrazněji prezentována tvrzením 21 „*Díky diabetu jsem si uvědomil, co je v životě opravdu důležité.*“

Pro posouzení reliability dotazníku IIQ byl zvolen Cronbachův koeficient alfa, který měří míru vnitřní konzistence metody, v mém případě jednotlivých subškál. Pro faktor *akceptace* byla získána hodnota **0.86**, pro *zahlcení* **0.89** a pro škálu *obohacení* **0.91**, což je možno považovat za uspokojivé výsledky.

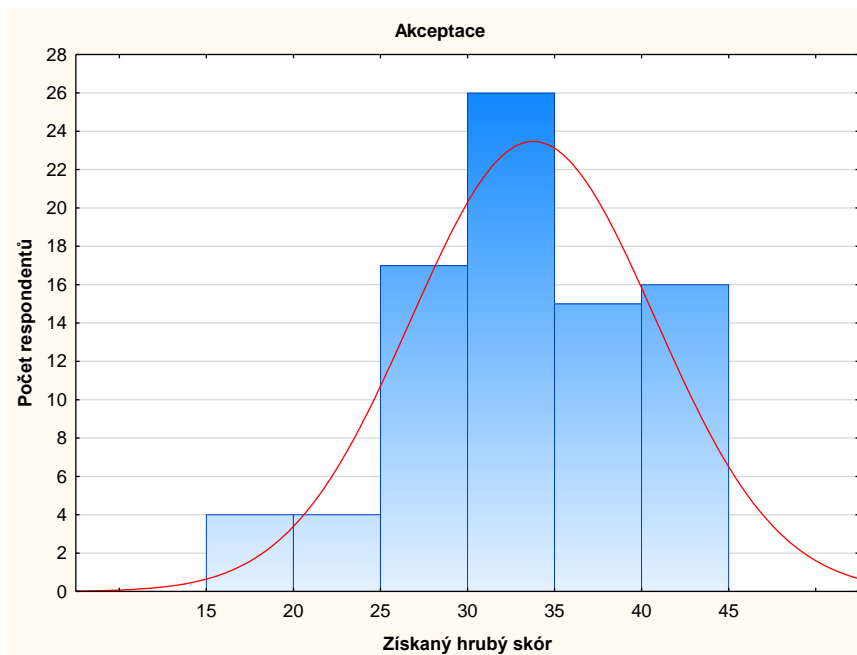
Výsledný hrubý skór pro získané tři faktory byl získán součtem jednotlivých položek odpovídajících dílčím škálám, kdy faktor *akceptace* zahrnoval položky 1-9, tedy celkem devět položek, kdy odpovědi 1-4 jsou inverzní, musely být překódovány. Výsledné hodnocení se tedy pohybovalo v intervalu 9-45 bodů. Škála *zahlcení* byla vypočítána součtem osmi položek, konkrétně 10-17, a její hrubý skór se pohyboval v rozmezí 8-40 bodů. A konečně hrubý skór pro faktor *obohacení* byl vypočítán sečtením položek 18-24, tedy sedmi položek, a respondenti mohli dosáhnout 7-35 bodů.

V následující tabulce budou shrnuty popisné statistiky pro dílčí škály při N=82, pomocí histogramu bude vyobrazen výsledný hrubý skór pro faktor *akceptace*.

Tabulka 3: *Popisné statistiky jednotlivých škál dotazníku IIQ*

Škála	M	SD	MIN	MAX
Akceptace	33.65	6.97	15	45
Zahlcení	18.47	6.98	8	37
Obohacení	23.04	6.87	7	35

Graf 3: Rozložení hrubého skóru škály akceptace v dotazníku IIQ



7.1.2 Psychometrické parametry dotazníku RSES

K ověření faktorové struktury dotazníku RSES byla taktéž použita EFA- metoda hlavních os s využitím rotace varimax s Kaiserovou normalizací. V rámci tohoto postupu byla potvrzena jednofaktorová struktura této metody. Jednotlivé faktorové náboje jsou popsány v následující tabulce:

Tabulka 4: *Faktorové náboje jednofaktorového modelu RSES*

Položka	Faktor 1- sebehodnocení	Komunalita
1	0.36	0.13
2	-0.65	0.42
3	0.64	0.41
4	0.58	0.34
5	-0.64	0.41
6	0.85	0.72
7	-0.59	0.35
8	0.81	0.65
9	-0.67	0.45
10	-0.68	0.46
Rozptyl	4.34	
Procento rozptylu	0.43	

Poznámka: velikost všech faktorových nábojů přesáhla hodnotu 0.35.

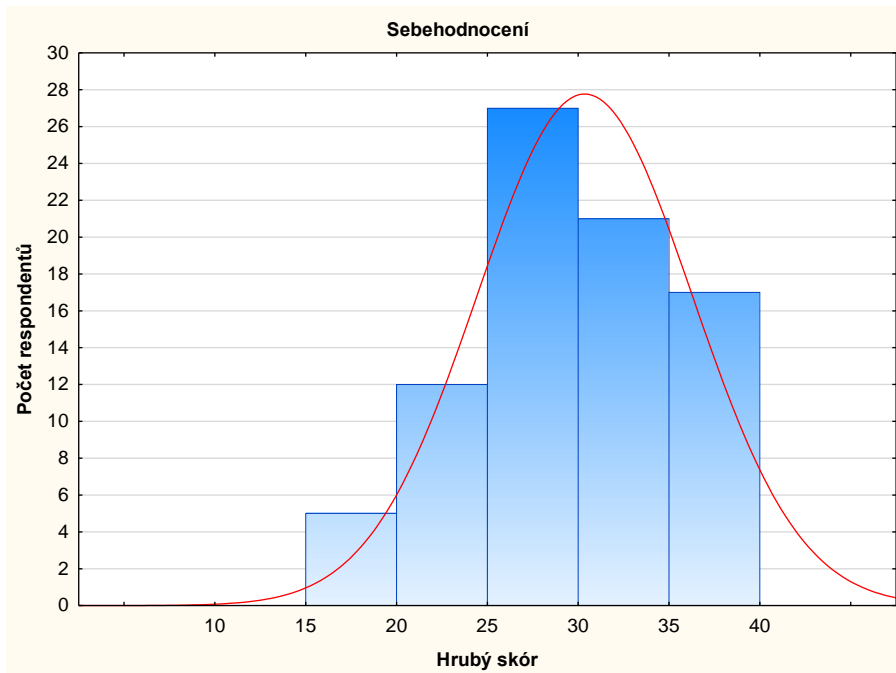
Jednofaktorový model vysvětluje **43 %** rozptylu odpovědí. Z pohledu komunality se jako slabší jeví být položka číslo 1 „*Mám pocit, že si uchovávám svoji osobní důstojnost nejméně v takové míře jako většina ostatních lidí.*“, nicméně z důvodu menšího počtu položek a také proto, že RSES je standardizovaný dotazníkový test, byla tato položka v analýze ponechána. Faktor sebehodnocení je nejvíce sycen položkou číslo 6 „*Mám k sobě dobrý vztah.*“.

Reliabilita jako míra vnitřní konzistence dotazníku byla změřena Cronbachovým koeficientem alfa s výsledkem **0.87**, potvrdilo se tedy, že dotazník RSES obecně dosahuje dobré reliability.

Pro výpočet hrubého skóru jsem nejdříve překódoval inverzní, negativně znějící položky 2, 5, 7, 9 a 10, faktor sebehodnocení poté byl vypočítán součtem jednotlivých položek. Výsledné hodnocení se tedy v rámci 4- stupňové Likertovy škály pohybovalo v intervalu 10-40 bodů.

Průměrný hrubý skór faktoru sebehodnocení byl 30.22 bodů (SD= 5.59; MIN= 19 a MAX= 40), na následujícím histogramu je vyobrazeno jeho rozložení.

Graf 4: Rozložení hrubého skóru škály sebehodnocení v dotazníku RSES



7.2 Zhodnocení platnosti výzkumných hypotéz

Pro ověření platnosti zkoumaných hypotéz byl využit program Statistica 13. Jako hladina významnosti byla stanovena standardní hodnota **0.05**, která vypovídá o 5 % možnosti neoprávněného zamítnutí nulové hypotézy. V případě, že se podaří dosáhnout ještě nižších hladin významnosti ($p < 0.01$ nebo $p < 0.001$), bude to v textu uvedeno.

Z důvodu menšího rozsahu souboru ($N=82$), nemožnosti fungování centrálního limitního teorému a zešikmení dílčích škál, které je patrné v části Psychometrické parametry testových metod, bylo zvoleno měření pomocí neparametrických testových metod.

Hypotézy **H1** a **H6-H11** budou tedy zkoumány pomocí **Spearmanova korelačního koeficientu** a hypotézy **H2-H5** budou otestovány za využití **Mann-Whitneyova U testu**.

U korelačního koeficientu bude síla vztahu interpretována dle následujícího klíče (Dostál, 2019):

$ r < 0.1$	zanedbatelný vztah,
$ r < 0.3$	slabý vztah,
$ r < 0.5$	středně silný vztah,
$ r \Rightarrow 0.5$	silný vztah.

7.2.1 Vztah mezi sebehodnocením a postojem k onemocnění DM1

V následující podkapitole je zkoumána souvislost mezi sebehodnocením měřeným pomocí dotazníku RSES a jednotlivými postoji k onemocnění DM1, jež jsou vyjádřeny dílčími škálami metody dotazníku IIQ. Jedná se o jeden z hlavních cílů mého výzkumu. Konkrétní hypotézy a jejich výsledky jsou následující:

H1_a: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi sebehodnocením a akceptací nemoci.

H1_b: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná negativní korelace mezi sebehodnocením a zahlcením nemocí.

H1_c: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi sebehodnocením a obohacením z nemoci.

Tabulka 5: Výsledky Spearmanova korelačního koeficientu mezi RSES a jednotlivými škálami dotazníku IIQ (N= 82)

Proměnné	r_s	p-hodnota	Síla vztahu
Sebehodnocení a akceptace	0.42	< 0.001	středně silná pozitivní korelace
Sebehodnocení a zahlcení	-0.52	< 0.001	silná negativní korelace
Sebehodnocení a obohacení	0.25	< 0.05	slabá pozitivní korelace

Poznámka: tučně zvýrazněné p-hodnoty jsou statisticky významné.

Na základě výsledků **přijímám** alternativní hypotézy **H1_a**, **H1_b** a **H1_c** a zamítám nulové hypotézy. Podařilo se tedy prokázat statisticky významnou souvislost mezi sebehodnocením a postoji k onemocnění DM1, kdy byla naměřena středně silná pozitivní korelace mezi sebehodnocením a akceptací, silná negativní korelace mezi sebehodnocením a zahlcením z nemoci a slabá pozitivní korelace mezi sebehodnocením a obohacením z nemoci.

7.2.2 Vztah mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a pohlavím

V této části práce bude pomocí Mann-Whitneyova U testu zkoumána souvislost mezi pohlavím, sebehodnocením a postoji k onemocnění DM1 prezentovanými v dotazníku IIQ. Ověřovány byly tyto hypotézy:

H2: Muži s DM1 v adolescenci disponují statisticky vyšším sebehodnocením než ženy s DM1 v adolescenci.

H3_a: Muži s DM1 v adolescenci disponují statisticky vyšší mírou akceptace nemoci než ženy s DM1 v adolescenci.

H3_b: Muži s DM1 v adolescenci prokazují statisticky nižší míru zahlcení nemocí než ženy s DM1 v adolescenci.

H3_c: Existuje statisticky významný rozdíl v míře obohacení z nemoci mezi muži a ženami s DM1 v adolescenci.

Tabulka 6: Výsledky Mann-Whitneyova U testu měřící rozdíl v RSES a škálách IIQ v závislosti na pohlaví ($N_{\text{muži}} = 21$, $N_{\text{ženy}} = 61$)

Proměnná	Průměrné pořadí muži	Průměrné pořadí ženy	U	Upravené Z	p-hodnota
Sebehodnocení	41.74	41.42	635.5	-0.05	0.48
Akceptace	35.14	43.69	507	1.41	0.92
Zahlcení	40.67	41.79	623	0.18	0.43
Obohacení	29.10	45.77	380	2.77	< 0.01

Poznámka: tučně zvýrazněné p-hodnoty jsou statisticky významné.

Pro faktor *obohacení* byl vypočítán také ukazatel AUC (Area Under Curve), jehož hodnota je **0.7**. Tento koeficient vyjadřuje pravděpodobnost, s jakou bude mít náhodný respondent z jedné skupiny (v našem případě ze skupiny žen) vyšší hodnotu na škále *obohacení* než náhodný proband z druhé skupiny (skupina mužů). Je tedy možno jej interpretovat tak, že když budou náhodně vybráni z výzkumného souboru muž a žena, v 70 % případů bude žena disponovat větší mírou *obohacení* z nemoci. Tento ukazatel je možno brát jako míru účinku Mann-Whitneyova U testu.

Po statistické analýze **nepřijímám** alternativní hypotézy **H2**, **H3_a** a **H3_b**, nulové hypotézy nelze zamítnout. Není tedy možné tvrdit, že by muži s DM1 v adolescenci disponovali statisticky vyšším sebehodnocením než ženy s DM1 v adolescenci, ani že muži ve větší míře přijímají svou nemoc a trpí nižším zahlcením z nemoci než ženy. Naopak **přijímám** alternativní hypotézu **H3_c**, zamítám nulovou hypotézu, z čehož lze konstatovat, že existuje statisticky významný rozdíl v míře obohacení z nemoci na základě pohlaví, kdy ženy pociťují větší obohacení z nemoci než jejich mužští vrstevníci.

7.2.3 Vztah mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a způsobem léčby

V této podkapitole se zaměřím na to, zda-li existuje rozdíl v sebehodnocení a dílčích postojích k DM1 na základě způsobu léčby, kterým je buď aplikace inzulínu pomocí inzulínových per nebo terapie inzulínovou pumpou. Byly stanoveny následující hypotézy:

H4: Existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení mezi diabetiky 1. typu v adolescenci léčenými inzulínovou pumpou a inzulínovými pery.

H5_a: Existuje statisticky významný rozdíl v míře akceptace nemoci mezi diabetiky 1. typu v adolescenci léčenými inzulínovou pumpou a inzulínovými pery.

H5_b: Diabetici 1. typu v adolescenci léčení inzulínovou pumpou prokazují statisticky nižší míru zahlcení nemocí než diabetici 1. typu v adolescenci léčení inzulínovými pery.

H5_c: Existuje statisticky významný rozdíl v míře obohacení z nemoci mezi diabetiky 1. typu v adolescenci léčenými inzulínovou pumpou a inzulínovými pery.

Tabulka 7: Výsledky Mann-Whitneyova U testu měřící rozdíl v RSES a škálách IIQ v závislosti na typu léčby ($N_{\text{inzulínová pumpa}} = 43$, $N_{\text{inzulínová pera}} = 39$)

Proměnná	Průměrné pořadí inzulínová pumpa	Průměrné pořadí inzulínová pera	U	Upravené Z	p-hodnota
Sebehodnocení	47.67	34.69	573	2.47	<0.05
Akceptace	42.94	39.91	776.5	0.57	0.57
Zahlcení	36.48	47.04	622.5	-2	<0.05
Obohacení	44.93	37.72	691	1.37	0.17

Poznámka: tučně zvýrazněné p-hodnoty jsou statisticky významné.

Pro sebehodnocení a zahlcení byl také opět vypočítán ukazatel **AUC**. U škály *sebehodnocení* dosahuje velikosti **0.66**. Tuto hodnotu je možno interpretovat tak, že v 66 % případů bude mít náhodně vybraný pacient s inzulínovou pumpou vyšší sebehodnocení než náhodně vybraný pacient aplikující si inzulín pomocí inzulínových per. Co se týče faktoru *zahlcení*, zde má AUC hodnotu **0.63**. Obdobně tedy existuje pravděpodobnost 63 %, že náhodně vylosovaný pacient s inzulínovou pumpou se bude cítit méně zahlcen svou nemocí než náhodně vylosovaný pacient s inzulínovými pery.

Na základě výsledků zkoumaných dat tedy prohlašuji, že **přijímám** alternativní hypotézy **H4** a **H5_b**, zamítám jejich nulové hypotézy. Povedlo se prokázat, že existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení mezi diabetiky v adolescenci léčenými inzulínovou pumpou a inzulínovými pery, kdy pacienti s inzulínovou pumpou disponují vyšším sebehodnocením, a také že existuje rozdíl v míře pocitu zahlcení z nemoci, kdy menší zahlcení z nemoci prožívají opět pacienti s inzulínovou pumpou.

Naopak **nepřijímám** alternativní hypotézy **H5_a** a **H5_c**, nulové hypotézy jsem na základě zkoumaných dat nebyl schopen zamítnout. Neukázal se tedy žádný statisticky významný rozdíl v míře akceptace a obohacení z nemoci na základě léčebné terapie.

7.2.4 Vztah mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a věkem

Na základě následujících hypotéz bude ověřován s využitím Spearmanova korelačního koeficientu vztah mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a věkem respondentů.

H6: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi sebehodnocením a věkem.

H7_a: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou akceptace nemoci a věkem.

H7_b: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou zahlcení z nemoci a věkem.

H7_c: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou obohacení z nemoci a věkem.

Tabulka 8: Výsledky Spearmanova korelačního koeficientu mezi RSES, jednotlivými škálami dotazníku IIQ a věkem (N= 82)

Proměnné	r_s	p-hodnota	Síla vztahu
Sebehodnocení a věk	0.1	0.35	slabá pozitivní korelace
Akceptace a věk	-0.01	0.94	zanedbatelná negativní korelace
Zahlcení a věk	0.07	0.51	zanedbatelná pozitivní korelace
Obohacení a věk	-0.22	<0.05	slabá negativní korelace

Poznámka: tučně zvýrazněné p-hodnoty jsou statisticky významné.

Došel jsem k závěru, že **nepřijímám** alternativní hypotézy **H6**, **H7_a** a **H7_b**, nulové hypotézy nelze zamítnout, nebyl tedy nalezen žádný statisticky významný vztah mezi sebehodnocením, akceptací, zahlcením z nemoci a věkem. Naopak **přijímám** alternativní hypotézu **H7_c**, u které zamítám nulovou hypotézu, byla zjištěna statisticky významná slabá negativní korelace mezi obohacením z nemoci a věkem.

7.2.5 Vztah mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a počátkem nemoci

V této podkapitole bude věnována pozornost sebehodnocení, postojům k onemocnění DM1 a tomu, zda-li tyto atributy mají nějakou souvislost s počátkem nemoci, s věkem, ve kterém se u pacientů DM1 objevil. Statistické analýze byly podrobeny tyto hypotézy:

H8: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi sebehodnocením a počátkem nemoci.

H9_a: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou akceptace nemoci a jejím počátkem.

H9_b: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou zahlcení z nemoci a jejím počátkem.

H9_c: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou obohacení z nemoci a jejím počátkem.

Tabulka 9: Výsledky Spearmanova korelačního koeficientu mezi RSES, jednotlivými škálami dotazníku IIQ a počátkem nemoci (N= 82)

Proměnné	r_s	p-hodnota	Síla vztahu
Sebehodnocení a počátek nemoci	-0.01	0.94	zanedbatelná negativní korelace
Akceptace a počátek nemoci	0.13	0.23	slabá pozitivní korelace
Zahlcení a počátek nemoci	0.18	0.10	slabá pozitivní korelace
Obohacení a počátek nemoci	-0.04	0.69	zanedbatelná negativní korelace

Na základě získaných výsledků **nepřijímám** alternativní hypotézy **H8**, **H9_a**, **H9_b** a **H9_c**, nejsem schopen zamítnout nulové hypotézy. Nebyl nalezen žádný statistický důkaz o souvislosti sebehodnocení, postoje k onemocnění DM1 a věkem, ve kterém se u pacientů DM1 objevil.

7.2.6 Vztah mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a délkou trvání nemoci

V poslední podkapitole prověřím souvislost charakteristik sebehodnocení, postojů k onemocnění DM1 s délkou trvání nemoci. Statickým zkoumáním budou vyhodnoceny tyto hypotézy:

H10: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi sebehodnocením a délkou trvání nemoci.

H11_a: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou akceptace nemoci a délkou trvání nemoci.

H11_b: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou zahlcení z nemoci a délkou trvání nemoci.

H11_c: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou obohacení z nemoci a délkou trvání nemoci.

Tabulka 10: *Výsledky Spearmanova korelačního koeficientu mezi RSES, jednotlivými škálami dotazníku IIQ a délkou trvání nemoci (N= 82)*

Proměnné	r_s	p-hodnota	Síla vztahu
Sebehodnocení a délka trvání nemoci	0.04	0.74	zanedbatelná negativní korelace
Akceptace a délka trvání nemoci	-0.14	0.22	slabá negativní korelace
Zahlcení a délka trvání nemoci	-0.11	0.31	slabá negativní korelace
Obohacení a délka trvání nemoci	-0.07	0.56	zanedbatelná negativní korelace

Nepřijímám tedy alternativní hypotézy **H10**, **H11_a**, **H11_b** a **H11_c**, není možné zamítnutí nulových hypotéz, nebyla prokázána statistická souvislost mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a délkou trvání nemoci.

Na závěr ještě nabízím stručný přehled zhodnocení platnosti jednotlivých zkoumaných hypotéz.

Tabulka 11: *Shrnutí platnosti jednotlivých zkoumaných hypotéz*

Hypotéza	P-hodnota	Přijetí
H1_a: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi sebehodnocením a akceptací nemoci.	<0.001	Přijímám
H1_b: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná negativní korelace mezi sebehodnocením a zahlcením nemocí.	<0.001	Přijímám
H1_c: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi sebehodnocením a obohacením z nemoci.	<0.05	Přijímám
H2: Muži s DM1 v adolescenci disponují statisticky vyšším sebehodnocením než ženy s DM1 v adolescenci.	0.48	Nepřijímám
H3_a: Muži s DM1 v adolescenci disponují statisticky vyšší mírou akceptace nemoci než ženy s DM1 v adolescenci.	0.92	Nepřijímám
H3_b: Muži s DM1 v adolescenci prokazují statisticky nižší míru zahlcení nemocí než ženy s DM1 v adolescenci.	0.43	Nepřijímám
H3_c: Existuje statisticky významný rozdíl v míře obohacení z nemoci mezi muži a ženami s DM1 v adolescenci.	<0.01	Přijímám
H4: Existuje statisticky významný rozdíl v sebehodnocení mezi diabetiky 1. typu v adolescenci léčenými inzulínovou pumpou a inzulínovými pery	<0.05	Přijímám
H5_a: Existuje statisticky významný rozdíl v míře akceptace nemoci mezi diabetiky 1. typu v adolescenci léčenými inzulínovou pumpou a inzulínovými pery.	0.57	Nepřijímám
H5_b: Diabetici 1. typu v adolescenci léčení inzulínovou pumpou prokazují statisticky nižší míru zahlcení nemocí než diabetici 1. typu v adolescenci léčení inzulínovými pery.	<0.05	Přijímám
H5_c: Existuje statisticky významný rozdíl v míře obohacení z nemoci mezi diabetiky 1. typu v adolescenci léčenými inzulínovou pumpou a inzulínovými pery.	0.17	Nepřijímám
H6: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi sebehodnocením a věkem.	0.35	Nepřijímám
H7_a: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou akceptace nemoci a věkem.	0.94	Nepřijímám

H7_b: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou zahlcení z nemoci a věkem.	0.51	Nepřijímám
H7_c: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou obohacení z nemoci a věkem.	<0.05	Přijímám
H8: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi sebehodnocením a počátkem nemoci.	0.94	Nepřijímám
H9_a: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou akceptace nemoci a jejím počátkem.	0.23	Nepřijímám
H9_b: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou zahlcení z nemoci a jejím počátkem.	0.10	Nepřijímám
H9_c: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou obohacení z nemoci a jejím počátkem	0.69	Nepřijímám
H10: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi sebehodnocením a délkou trvání nemoci.	0.74	Nepřijímám
H11_a: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou akceptace nemoci a délkou trvání nemoci.	0.22	Nepřijímám
H11_b: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou zahlcení z nemoci a délkou trvání nemoci.	0.31	Nepřijímám
H11_c: U diabetiků 1. typu v adolescenci existuje statisticky významná souvislost mezi mírou obohacení z nemoci a délkou trvání nemoci.	0.56	Nepřijímám

8 Diskuse

V diskusní části se pokusím rozebrat splnění jednotlivých cílů mého výzkumu, zaměřím se na to, nakolik mé výsledky korespondují nebo jsou v rozporu s dosavadními teoretickými zjištěními, popíšu limity mého výzkumu a v neposlední řadě se také pokusím vytyčit určitá doporučení pro budoucí výzkum.

Prvním mým cílem bylo prozkoumat, zda-li existuje souvislost mezi *sebehodnocením* a postoji k onemocnění DM1, konkrétně mezi *akceptací* nemoci, *zahlcením* a *obohacením* z nemoci. Sebehodnocení statisticky významně korelovalo se všemi uvedenými postoji k onemocnění DM1, se zahlcením byla dokonce naměřena silná negativní korelace ($r = -0.52$, $p < 0.001$). Tyto výsledky potvrdily mé očekávání a shodovaly se s dosavadními zjištěními (Helgeson et al., 2007; White et al., 2001), kdy bylo dokázáno, že kladné sebehodnocení hraje důležitou roli v adaptaci na život s DM1, tedy i na vytváření postojů k samotné nemoci. Vzájemný vztah sebehodnocení a postojů k DM1 také zjevně hraje důležitou roli ve formování identity mladého diabetika.

Korelace sebehodnocení a postojů k DM1 byly naměřeny v očekávaném směru, kdy sebehodnocení s akceptací a obohacením z nemoci korelovalo pozitivně, naopak se zahlcením z nemoci, jak již bylo řečeno, negativně. To je v souladu se zjištěními Oris et al. (2016), která se svým týmem sice nezkoumala přímo komponentu sebehodnocení, ale v její studii akceptace nemoci například pozitivně korelovala s větší životní spokojeností a negativně s depresivní symptomatologií, obohacení také bylo v pozitivním vztahu s životní spokojeností a naopak zahlcení korelovalo negativně s životní spokojeností a naopak pozitivně s depresivními příznaky.

Bylo by vhodné, kdyby zřetelnou souvislost sebehodnocení s postoji k DM1 brali na větší zřetel i somatičtí lékaři a při léčebné terapii se více zaměřili na psychosociální hledisko nemoci, brali v úvahu i větší zapojení psychologické péče, což by v konečném důsledku mohlo vyústit v pozitivnější přístup k léčbě a k samotnému onemocnění. Jako žádoucí se jeví, aby si tuto vzájemnou provázanost uvědomovali také samotní pacienti s DM1.

Jako druhý cíl jsem si stanovil ověření vzájemného vztahu sebehodnocení a postojů k DM1 se sociodemografickými faktory jako jsou pohlaví, způsob léčby, věk, počátek nemoci a délka trvání nemoci. Nebyla prokázána statistická souvislost mezi sebehodnocením a pohlavím u mladých diabetiků, což je v rozporu s výsledky prací, kde ženy s DM1

disponovali oproti zdravé skupině výrazně nižším sebehodnocením (Mohn et al., 2018; Rassart et al., 2014) a naopak sebehodnocení mužské části oproti zdravým vrstevníkům bylo vyšší (Rassart et al., 2014). Možným vysvětlením pro mé výsledky je nepoměr mužů a žen v mém výzkumném souboru, kde žen bylo 61 a mužů pouze 21, tedy výrazně méně. Je také možné, že se dotazník rozhodli vyplnit spíše muži, kteří u sebe pozorovali nějaké psychosociální problémy s DM1, téma je více zajímavé, což při celkovém malém množství mužů mohlo ovlivnit celkový výsledek. Také oproti práci Oris et al. (2016) nebyli nalezeny důkazy pro konstatování faktu, že muži v adolescenci více přijímají onemocnění DM1 a trpí nižším zahlcením z nemoci. Roli zde také mohla hrát menší velikost našeho výzkumného souboru a nepoměr mužů a žen. Naopak jsem zjistil, že ženy oproti mužům vnímají větší obohacení z nemoci, což je možno interpretovat tak, že se ženám daří jednodušeji nacházet i pozitivní stránky svého onemocnění.

Zajímavé se v mém výzkumu ukázaly být výsledky vztahu mezi sebehodnocením, postoji k onemocnění a způsobem léčby. Se statistickou významností byl prokázán rozdíl v sebehodnocení při terapii inzulinovou pumpou a inzulinovými pery, kdy mladí diabetici léčící se inzulinovou pumpou disponovali větším sebehodnocením, což je v rozporu se zjištěními Rassart et al. (2014), kdy žádná souvislost prokázána nebyla. Pacienti s inzulinovou pumpou v mém výzkumu také ukazovali nižší míru zahlcení nemocí oproti pacientům s inzulinovými pery, což je opačný výsledek, než kterého dosáhla Oris et al. (2016). Přestože nošení inzulinové pumpy může mít negativní vliv na body-image (Hirose et al., 2012), může pacientovi neustále připomínat jeho nemoc, tak na druhou stranu pacienti s inzulinovou pumpou zaznamenávají lepší glykémie, kompenzaci cukrovky, mají větší sebevědomí při aplikování léčebných postupů a celkově u nich byla naměřena vyšší kvalita života (Hirose et al., 2012; Weissberg-Benchell et al., 2003). Jako diabetik 1. typu, který se sám léčí inzulinovou pumpou, mohu potvrdit, že mi inzulinová pumpa umožňuje mnohem flexibilnější život, zlepšila se mi díky ní kompenzace a nedokážu si již představit, že bych se vrátil k léčbě inzulinovými pery. Mé osobní zkušenosti se tedy shodují s výsledky mého výzkumu. Nicméně život s inzulinovou pumpou, tedy v podstatě život s přístrojem, má své klady a zápory, má velký vliv na psycho-sociální prožívání pacienta a bylo by užitečné se této oblasti věnovat v dalších výzkumech, nejednoznačné výsledky mohou být známkou značné individuální variance této otázky.

Neprokázala se souvislost sebehodnocení a postojů k onemocnění DM1 s věkem, počátkem objevení a délkou trvání nemoci, což je ve shodě s výzkumem Oris et al. (2016) a jejími tvrzeními, že jednotlivé postoje k onemocnění DM1 se mohou v různých fázích života měnit

a nelze tedy automaticky předpokládat, že větší zahlcení bude pacient zažívat pouze při objevení nemoci, k větší akceptaci onemocnění dojde s vyšším věkem nebo delším trváním nemoci a podobně. Potvrzení této teorie můžeme najít i v modelu Kübler-Rossové (2015), kde také fáze vyrovnávání se s náročnou událostí nemají pevně dané pořadí a mohou se opakovat několikrát během jedincova života. Ukazuje se, že vzhledem k chronicitě DM1 je vývoj postoje a náhledu na onemocnění značně individuální záležitostí, což by měli brát v úvahu i ambulantní lékaři a nebrat psychologickou stránku nemoci v potaz pouze při jejím objevení, ale v průběhu celého pacientova života, v rámci komplexního, celostního přístupu.

Jedinou výjimkou, poněkud překvapivou, je nalezená slabě negativní korelace ($r = -0,22$; $p < 0,05$) mezi obohacením z nemoci a věkem. Spíše bych očekával, že s přibývajícím věkem bude člověk schopen nalézt větší pozitiva u své nemoci, její objevení mu začne dávat nějaký smysl například v rámci teorie posttraumatického růstu (Helgeson et al., 2014), nicméně na druhou stranu vzhledem k tomu, že DM1 je diagnostikován zejména v dětství a dospívání (Štěchová et al., 2014), konkrétně u mého výzkumného souboru se DM1 objevilo průměrně v 10.61 letech ($SD = 5.59$), je možné, že starší pacienti již trpí onemocněním déle, je u nich větší riziko určitého vyhoření ve vztahu k léčbě, dodržování přísného režimu a existuje zde možnost objevení prvotních dlouhodobých diabetických komplikací. Mladší adolescenti mohou vnímat větší benefit ze své nemoci také proto, že se u nich stále zatím vytváří identita, mají tedy možnost nemoc integrovat do svého sebepojetí, naopak pokud se nemoc objeví až ve starším věku, jedinec už má vytvořen svůj určitý sebeobraz a je pro něj složitější ho měnit. Nicméně nalezený vztah je spíše slabší a jeho význam by měl být ověřen dalším výzkumem, přínosná by mohla být i určitá kvalitativní studie.

Posledním, ale potenciaálně možná mým nejdůležitějším a nejpřínosnějším cílem, byl překlad dotazníku IIQ z angličtiny do češtiny a ověření psychometrických vlastností mého překladu. Při explorační faktorové analýze se potvrdila s využitím pravidla vlastního čísla většího než jedna původní 4- faktorová struktura metody, nicméně z hlediska faktorové validity se jako problematické jeví být položky 1 a 2 ve škále odmítání. Rozhodl jsem se tedy pro použití 3- faktorového modelu, který zahrnoval škály *akceptace* (sloučení původní škály akceptace se škálou odmítání, jejíž položky byly v rámci inverze překódovány), *zahlcení a obohacení*. V tomto modelu jsem vyloučil položku 4, pracoval jsem tedy nakonec pouze s 24 položkami dotazníku, ale jinak se toto řešení projevovalo uspokojivou faktorovou validitou, jak je možno vidět v Tabulce číslo 2, kdy použitý model vysvětloval 53 % celkového rozptylu odpovědí.

Do budoucna by bylo užitečné reformulovat položky 1 a 2, pokusit se o jejich lepší překlad nebo vytvoření úplně nových položek, aby bylo možno pracovat se čtyřmi faktory jako v původní verzi, jelikož samotná škála odmítání může poskytnout cenné výsledky. V rámci překladu by mohlo být využito metody zpětného překladu, případně by se do překladu metody mohl zapojit širší tým překladatelů, v mém případě bylo využito pomoci pouze jediného překladatele. U samotného překladu je určitým nedostatkem také fakt, že tvrzení u jednotlivých dotazníků byla formulována pouze v mužském rodě, v rámci genderové korektnosti by bylo vhodné použít i rod ženský. Zůstává také otázkou, jaké by byly výsledky, kdybych místo explorační faktorové analýzy použil konfirmační faktorovou analýzu, která by v tomto případě byla vhodnější, jelikož jsem už dopředu předpokládal určitou faktorovou strukturu. Existuje tedy možnost zpracování dat výzkumu také pomocí konfirmační faktorové analýzy. Určitou roli také mohlo hrát menší $N = 82$ mého výzkumného souboru.

Co se týče reliability, podařilo se dosáhnout velmi uspokojivých výsledků, kdy škála akceptace dosáhla hodnoty Cronbachovy alfa 0.86, zahlcení 0.89 a škála obohacení 0.91. Vzhledem k uspokojivým výsledkům tří-faktorového modelu jak v rámci faktorové validity, tak reliability, by byla na místě normalizace metody českého překladu IIQ, aby mohla být dokončena standardizace metody, respektive její převod do českého jazyka. Pro tyto účely by bylo vhodné výzkum zopakovat na větším počtu respondentů. Poté by bylo možno používat převod dotazníku IIQ v ambulantní praxi, kde by mohl sloužit jako velice cenný nástroj pro somatické lékaře v rámci rozpoznání pacientova psychosociálního vnímání nemoci a jeho postojů k DM1. Vyplnění dotazníku by poté mohlo být hlouběji objasněno různými klinickými metodami jako rozhovor či anamnéza a mohlo by tedy celkově napomoci v komplexnější léčbě pacienta.

Za největší slabinu svého výzkumu považuji již zmíněnou menší velikost mého výzkumného souboru, nepoměr v počtu žen a mužů a absenci propracovanější metody překladu dotazníku. Je také dobré mít na paměti, že celý výzkum probíhal prostřednictvím dotazníku v online podobě, což sebou přináší rizika s tím spojené jako to, že dotazník mohl vyplnit v podstatě kdokoliv, nejen diabetik 1. typu v požadovaném věkovém rozmezí 15-25 let apod. Užitečný by mohl být další výzkum nejen v rámci normalizace, standardizace metody IIQ, ale také například zkoumáním souvislosti škál IIQ například s hodnotou glykovaného hemoglobinu, jenž je ukazatelem úspěšnosti kompenzace DM1 nebo nějakým nástrojem, testovou metodou zohledňující kvalitu pacientova života s inzulínovou pumpou apod. Určitou variantou by mohla být i kvalitativní studie, případně smíšený design výzkumu na podobná témata.

9 Závěry

V rámci kvantitativního designu se potvrdila souvislost *sebehodnocení* s jednotlivými postoji k onemocnění DM1, kdy u *akceptace* byla naměřena statisticky významně středně silná pozitivní korelace se sebehodnocením ($r= 0.42$; $p < 0.001$), u *zahlčení* silná pozitivní korelace ($r= -0.52$; $p < 0.001$) a u *obohacení* slabá pozitivní korelace ($r= 0.25$; $p < 0.05$), z čehož vyplývá psychosociální charakter onemocnění DM1.

Prokázala se také souvislost *užívání inzulínové pumpy* jak se *sebehodnocením* ($p < 0.05$), kdy pacienti s inzulínovou pumpou disponovali větším sebehodnocením než ti léčící se inzulínovými perý, tak se *zahlčením z nemoci* ($p < 0.05$), kdy opět pacienti využívající inzulínovou pumpu byli méně zatíženi, zahlčení DM1 než pacienti aplikující si inzulín pomocí inzulínových per.

Neukázalo se, že by *muži s DM1* disponovali větším *sebehodnocením* než ženy ($p= 0.48$), ve větší míře by *přijímali* svou nemoc ($p= 0.92$), ani že by pocítovali menší *zahlčení nemocí* ($p= 0.43$). Naopak *ženy s DM1* oproti mužům v mém výzkumu oplývali větší mírou *obohacení z nemoci* ($p < 0.01$).

Nebyl nalezen žádný důkaz o statistické souvislosti sebehodnocení, postojů k DM1 se sociodemografickými faktory jako jsou věk, počátek onemocnění a délka trvání nemoci. Potvrdilo se tedy, že vztah mezi těmito atributy je značně individuální. Jedinou výjimkou byla negativní slabá korelace mezi *věkem* a *obohacením z nemoci* ($r= -0.22$; $p < 0.05$).

Důležitým přínosem práce je také překlad dotazníku IIQ, který dosahoval dobré úrovně faktorové validity i reliability, kdy 3- faktorový model vysvětloval **53 %** rozptylu všech odpovědí a u škály *akceptace* byla naměřena Cronbachova alfa **0.86**, u *zahlčení* **0.89** a pro *obohacení* **0.91**.

Souhrn

Svou prací jsem chtěl přispět k lepšímu povědomí o psychosociálním charakteru onemocnění DM1. Proto jsem se rozhodl zkoumat vzájemný vztah sebehodnocení, postojů k onemocnění DM1 a různých sociodemografických faktorů jako jsou pohlaví, způsob léčby (inzulínovou pumpou nebo inzulínovými pery), věk, počátek nemoci a délka trvání onemocnění.

V teoretické části práce jsem nejdříve stručně charakterizoval samotné onemocnění DM1 a vývojové období adolescence, specificky jsem se zaměřil na výzvy a problémy, kterým musí při svém dospívání mladí diabetici čelit. Poté jsem představil různé teoretické modely, které se obecně vztahují k problematice postojů a jejich vytváření u chronických onemocnění, popsány také byly copingové strategie související s adaptací na chronické onemocnění, s konkrétním důrazem na DM1. Představena byla také studie Oris et al. (2016), při které byla u belgických adolescentů ve věku 14-25 let pomocí dotazníku *Illness Identity Questionnaire (IIQ)* zkoumána integrace onemocnění DM1 do jejich identity. Poslední kapitola teoretické části práce měla čtenáři přiblížit koncept sebehodnocení, kdy jsem se nejprve snažil o teoretické vymezení tohoto konstruktů a poté jsem se zaměřil na vývoj a význam sebehodnocení v adolescentním období, zmíněny také byly některé výzkumy zkoumající sebehodnocení u diabetiků 1. typu.

V rámci samotného výzkumu jsem se rozhodl pro kvantitativní design, kdy jsem přes webové rozhraní Google vytvořil online dotazník, který se skládal ze dvou částí. První část obsahovala do češtiny přeložený dotazník IIQ, překlad jsem provedl sám za pomoci profesionálního překladatele. Druhou částí mého online dotazníku byla *Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES)*, pomocí které jsem se rozhodl měřit konstrukt sebehodnocení. Od respondentů také byly získány údaje vztahující se k jejich pohlaví, způsobu léčby, současný věk, věk při objevení onemocnění a délka trvání onemocnění (ta byla vypočítána tak, že se od současného věku probanda odečetl věk, kdy u něj byl diagnostikován DM1).

Pro sběr dat byla využita sociální síť Facebook, kdy jsem oslovoval diabetiky v různých sociálních skupinách vztahujících se k tématu DM1. Podmínkou účasti na výzkumu byl **věk respondentů 15-25 let** a **diagnostikování onemocnění DM1**, jednalo se tedy o záměrný výběr.

Sběr dat probíhal v měsíci duben 2019 a výzkumný soubor nakonec zahrnoval **82 probandů** (věk $M=20.28$; $SD=3.08$), 21 mužů a 61 žen. U obou dotazníků IIQ a RSES byla v rámci mého výzkumného souboru zjištěna jak uspokojivá faktorová validita, tak i reliabilita, nicméně u dotazníku IIQ jsem se oproti původnímu čtyř-faktorovému modelu (Oris et al., 2016, 2018) rozhodl pro použití 3- faktorové struktury, která se ukázala být vhodnější v rámci faktorové validity metody. Bylo nutno vyloučit jednu položku z výzkumu a odpovědi v rámci škály odmítání byly pomocí inverze položek zahrnuty do škály akceptace. Výsledná podoba dotazníku tedy zahrnovala tři škály-*akceptace*, *zahlčení* a *obohacení z nemoci*. Tento model vysvětloval **53 %** rozptylu všech odpovědí, u škály akceptace byla naměřena Cronbachova alfa **0.86**, u zahlčení **0.89** a obohacení **0.91**. U dotazníku RSES se potvrdila jednofaktorová struktura měřící hrubý skór sebehodnocení respondentů, jež vysvětlovala **43 %** celkového rozptylu odpovědí, Cronbachova alfa dosáhla hodnoty **0.87**. K zhodnocení platnosti hypotéz byl využit program Statistica 13 a neparametrické statistické metody Spearmanův korelační koeficient a Mann-Whitneyův U test, jelikož můj výzkumný soubor z důvodu zešíkmení určitých škál nedisponoval normálním rozdělením, kvůli menšímu rozsahu souboru nebylo ani možno využít centrálního limitního teorému. K nejzásadnějším zjištěním patří fakt, že se potvrdila souvislost sebehodnocení s postojem k onemocnění DM1, konkrétně byla naměřena statisticky významná korelace sebehodnocení s akceptací ($r=0.42$; $p<0.001$), zahlčením ($r=-0.52$; $p<0.001$) a obohacením z nemoci ($r=0.25$; $p<0.05$). Potvrzení toho vztahu bylo jedním z hlavních cílů mého výzkumu, pomocí něhož byl dokázán psychosociální charakter onemocnění DM1. Dalším zajímavým výsledkem bylo nalezení vztahu mezi léčbou inzulinovou pumpou a sebehodnocením, kdy diabetici s inzulinovou pumpou disponovali jak vyšším sebehodnocením ($p<0.05$), tak i nižším zahlčením z nemoci ($p<0.05$). Tato zjištění byla v rozporu s dosavadními výzkumy (Oris et al., 2016; Rassart et al., 2014). Nepotvrdilo se, že bychom u mužů s DM1 mohli nalézt větší sebehodnocení než u žen s DM1 ($p=0.48$), což bylo v nesouladu s dosavadními studiiemi (Mohn et al., 2018; Rassart et al., 2014), ani se nenašly důkazy pro hypotézy, že muži ve větší míře akceptují svou nemoc ($p=0.92$) a nepocítují tak velké zahlčení z nemoci jak ženy ($p=0.43$), což také odporovalo zjištěním z práce Oris et al. (2016). Vysvětlením pro neprokázání tohoto vztahu může být menší velikost mého výzkumného souboru, ale také nepoměr v počtu mužů a žen. Naopak novým poznatkem mé studie bylo, že ženy s DM1 oplývali oproti mužům větší mírou obohacení z nemoci ($p<0.01$).

Neprokázal se žádný vztah mezi sebehodnocením, postoji k DM1 a sociodemografickými faktory jako jsou věk, počátek onemocnění a délka trvání nemoci stejně jako tomu bylo v práci Oris et al. (2016). Ukázalo se tedy, že postoje k onemocnění DM1 jsou značně proměnlivé v průběhu celého pacientova života a jejich formování a změna je značně individuální záležitostí. Jedinou výjimkou bylo nalezení negativní slabá korelace mezi věkem a obohacením z nemoci ($r = -0.22$; $p < 0.05$).

Důležitým cílem mého výzkumu byl také překlad dotazníku IIQ do českého jazyka. Přestože, jak již bylo napsáno, samotný překlad dosáhl dobrých výsledků jak v rámci faktorové validity, tak reliability, aby bylo možno mluvit o převodu metody, bylo by potřeba, aby byl proveden výzkum na větším výzkumném souboru za účelem stanovení norem pro hrubé skóry jednotlivých škál, tímto způsobem by mohlo být dosaženo standardizace metody. Jako žádoucí se také jeví být detailnější překlad dotazníku, zvláště jednotlivých položek, užitečné by také mohlo být ověření faktorové struktury, počtu faktorů metody IIQ konfirmační faktorovou analýzou namísto explorační, která byla použita v mém výzkumu. Po standardizaci by dotazník mohl být využíván v klinické praxi například ambulantními diabetology a přispět k lepšímu screeningu psychosociálního pozadí pacientova života s DM1.

Seznam použité literatury

Adams, S., Pill, R., & Jones, A. (1997). Medication, chronic illness and identity: The perspective of people with asthma. *Social Science & Medicine*, 45(2), 189–201. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00333-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00333-4)

Amiel, S. A., Sherwin, R. S., Simonson, D. C., Lauritano, A. A. & Tamborlane, W. V. (1986). Impaired insulin action in puberty: A contribution factor to poor glycemic control in adolescents with diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 315, 215-219.

Anderson, B., Ho, J., Brackett, J., Finkelstein, D., & Laffel, L. (1997). Parental involvement in diabetes management tasks: relationships to blood glucose monitoring adherence and metabolic control in young adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *The Journal Of Pediatrics*, 130(2), 257–265.

Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.

Baštecká, B. & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.

Bělobrádková, J. & Brázdová, L. (2006). *Diabetes mellitus*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. *Measures of personality and social psychological attitudes*, 1, 115-160.

Blatný, M. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata a současné přístupy*. Praha: Grada Publishing.

Blatný, M., & Osecká, L. (1994). Rosenbergova škála sebehodnocení: struktura globálního vztahu k sobě. *Československá psychologie*, 38(6), 481-488.

Bryden, K. S., Peveler, R. C., Stein, A., Neil, A., Mayou, R. A., & Dunger, D. B. (2001). Clinical and psychological course of diabetes from adolescence to young adulthood: a longitudinal cohort study. *Diabetes Care*, *24*(9), 1536–1540.

Buckloh, L. M., Lochrie, A. S., Antal, H., Canas, J. A., Wysocki, T., Milkes, A., & Hutchinson, S. (2008). Diabetes complications in youth: Qualitative analysis of parents' perspectives of family learning and knowledge. *Diabetes Care*, *31*(8), 1516–1520. <https://doi.org/10.2337/dc07-2349>

Celik, S., Kelleci, M., & Satman, I. (2015). The factors associated with disease mismanagement in young patients with type 1 diabetes: a qualitative study. *International Journal Of Community Based Nursing And Midwifery*, *3*(2), 84–95.

Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(6), 976–992. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.97>

Data o diabetu v ČR (n. d.). Přejato z <http://diabetickaasociace.cz/co-je-diabetes/data-o-diabetu-v-cr/>

Dostál, D. (2019). *Statistické metody v psychologii, studijní opora pro rok 2019/20 k předmětům SMP1B, SMP1D, SMP2B a SMP2D*. Přejato z <http://dostal.vyzkum-psychologie.cz/>

Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, *11*(2), 79–87. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.11.2.79>

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.

Fast, I. (1985). *Event theory: A Piaget-Freud integration*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>

Goebel Fabbri, A., Fikkan, J., Franko, D. L., Pearson, K., Anderson, B. J., Weinger K. (2008). Insulin restriction and associated morbidity and mortality in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, *31*(3), 415-9. <https://doi.org/10.2337/dc07-2026>

Graue, M., Wentzel-Larsen, T., Bru, E., Hanestad, B. R., & Søvik, O. (2004). The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care*, *27*(6), 1313–1317.

Greenwald, A. G. & Pratkanis, A. R. (1984). The self. In Wyer, R. S. & Srull, T. H. (eds.): *Handbook of social cognition* (s. 129-178). Hillsdale, N. J.: Erlbaum.

Harter, S. (1989). Causes, correlates and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. In Kolligian, J. & Sternberg, R. (Eds.), *Perceptions of competence and incompetence across the life-span* (s. 67–97). New Haven, CT: Yale University Press.

Hasken, J., Kresl, L., Nydegger, T., & Temme, M. (2010). Diabulimia and the role of school health personnel. *Journal of School Health*, *80*(10), 465–469. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2010.00529.x>

Helgeson, V. S., Palladino, D. K., Reynolds, K. A., Becker, D. J., Escobar, O., & Siminerio, L. (2014). Relationships and health among emerging adults with and without Type 1 diabetes. *Health Psychology*, *33*(10), 1125–1133. <https://doi.org/10.1037/a0033511>

Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology*, *74*(5), 797.

Helgeson, V. S., Snyder, P. R., Escobar, O., Siminerio, L., & Becker, D. (2007). Comparison of adolescents with and without diabetes on indices of psychosocial functioning for three years. *Journal Of Pediatric Psychology*, *32*(7), 794–806.

Hensley, W. E., & Roberts, M. K. (1976). Dimensions of Rosenberg's self-esteem scale. *Psychological Reports*, 38(2), 583-584.

Herzer, M., & Hood, K. K. (2010). Anxiety symptoms in adolescents with type 1 diabetes: association with blood glucose monitoring and glycemic control. *Journal Of Pediatric Psychology*, 35(4), 415–425. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp063>

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>

Hirose, M., Beverly, E. A., & Weinger, K. (2012). Quality of life and technology: impact on children and families with diabetes. *Current Diabetes Reports*, 12(6), 711–720. <https://doi.org/10.1007/s11892-012-0313-4>

Jacobson, A. M., Hauser, S. T., Willett, J. B., Wolfsdorf, J. I., Dvorak, R., Herman, L., & de Groot, M. (1997). Psychological adjustment to IDDM: 10- year follow-up of an onset cohort of child and adolescent patients. *Diabetes Care*, 20(5), 811–818.

Jaser, S. S., & White, L. E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: Care, Health and Development*, 37(3), 335–342. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01184.x>

Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D. S., & Bonar, L. K. (1997). Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care*, 20(1), 36–44.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.

Kübler-Rossová, E. (2015). *O smrti a umírání*. Praha: Portál.

Lakomá, D. (2015). *Faktory ovlivňující pojetí nemoci u adolescentů s cukrovkou I. typu*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Masarykova univerzita v Brně.

Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Leahy, R. L. (1985). The costs of development: Clinical implications. In R. L. Leahy (Ed.), *The development of the self* (s. 267–294). New York: Academic Press.

Leventhal, H. & Nerenz, D. (1985). The assessment of illness cognition. In *Measurement strategies in health psychology* (pp. 517-554). Ed. P. Caroly. New York: John Wiley.

Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.

Macek, P., & Osecká, L. (1996). The importance of adolescents' selves: Description, typology and context. *Personality and Individual Differences*, 21(6), 1021–1027. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(96\)00128-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(96)00128-6)

Mareš, J. & Ježek, S. (2012). Dotazník zjišťující pacientovo pojetí nemoci: IPQ-R-CZ. *Československá psychologie*, 56(6), 558-573.

Mohn, J., Igland, J., Zoffmann, V., Peyrot, M., & Graue, M. (2018). Factors explaining variation in self-esteem among persons with type 1 diabetes and elevated HbA1c. *Plos One*, 13(8), e0201006. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201006>

Morea, J. M., Friend, R., & Bennett, R. M. (2008). Conceptualizing and measuring illness self-concept: A comparison with self-esteem and optimism in predicting fibromyalgia adjustment. *Research in Nursing & Health*, 31(6), 563–575. <https://doi.org/10.1002/nur.20294>

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16.

Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.

Oosterwegel, A., & Oppenheimer, L. (1993). *The self-system: Developmental changes between and within self-concepts*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Oris, L., Luyckx, K., Rassart, J., Goubert, L., Goossens, E., Apers, S., ... Moons, P. (2018). Illness identity in adults with a chronic illness. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(4), 429–440. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9552-0>

Oris, L., Rassart, J., Prikken, S., Verschueren, M., Goubert, L., Moons, P., ... Luyckx, K. (2016). Illness Identity in Adolescents and Emerging Adults With Type 1 Diabetes: Introducing the Illness Identity Questionnaire. *Diabetes Care*, 39(5), 757–763. <https://doi.org/10.2337/dc15-2559>

Perušičová, J. (2016). *Diabetes mellitus v kostce*. Praha: Maxdorf.

Rassart, J., Luyckx, K., Moons, P., & Weets, I. (2014). Personality and self-esteem in emerging adults with Type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(2), 139–145. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.015>

Reid, G. J., Dubow, E. F., & Carey, T. C. (1995). Developmental and situational differences in coping among children and adolescents with diabetes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 16(4), 529–554. [https://doi.org/10.1016/0193-3973\(95\)90003-9](https://doi.org/10.1016/0193-3973(95)90003-9)

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Serlachius, A., Northam, E., Frydenberg, E., & Cameron, F. (2012). Adapting a generic coping skills programme for adolescents with Type 1 diabetes: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 17(3), 313–323. <https://doi.org/10.1177/1359105311415559>

Shaban, C. (2013). Diabulimia: mental health condition or media hyperbole?. *Practical diabetes*, 30(3), 104-105a.

Schober, E., Wagner, G., Berger, G., Gerber, D., Mengl, M., Sonnenstatter, S. ...Fritsch, M. (2011). Prevalence of intentional under-and overdosing of insulin in children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric diabetes*, 12(7), 627-631. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2011.00759.x>

Silverstein, J., Klingensmith, G., Copeland, K., Plotnick, L., Kaufman, F., Laffel, L., ... Clark, N. (2005). Care of children and adolescents with type 1 diabetes: a statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 28(1), 186–212.

Snoek, F. J. & Skinner, T. C. (2005). *Psychology in diabetes care*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Suchá, J. (2014). *Vztah mezi sebehodnocením, impulzivitou a rizikovým chováním u čtrnáctiletých žáků v ČR*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Univerzita Palackého v Olomouci.

Štěchová, K., Perušičová, J. & Honka, M (2014). *Diabetes mellitus 1. typu: průvodce pro každodenní praxi*. Praha: Maxdorf.

Štěpánková, M. (2002). Morálka a svědomí v pojetí adolescentů. In Smékal, V. & Macek, P. (eds.), *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno: Barrister & Principal, s. 163-172.

Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489–502. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.3.489>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie. Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.

Tilden, B., Charman, D., Sharples, J., & Fosbury, J. (2005). Identity and Adherence in a Diabetes Patient: Transformations in Psychotherapy. *Qualitative Health Research*, *15*(3), 312–324. <https://doi.org/10.1177/1049732304272965>

Ullman, C. (1987). From Sincerity to Authenticity: Adolescents' Views of the "True Self." *Journal of Personality*, *55*(4), 583–595. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00453.x>

Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.

Výrost, J. & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing.

Weissberg-Benchell, J., Antisdel-Lomaglio, J., & Seshadri, R. (2003). Insulin pump therapy: a meta-analysis. *Diabetes Care*, *26*(4), 1079–1087.

White, N. H., Cleary, P. A., Dahms, W., Goldstein, D., Malone, J. & Tamborlane, W. V. (2001). Beneficial Effects of Intensive Therapy of Diabetes during Adolescence: Outcomes after the Conclusion of the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT). *The Journal Of Pediatrics* *139* (6): 804–12.

Wolfsdorf, J., Craig, M. E., Daneman, D., Dunger, D., Edge, J., Lee, W., ... Hanas, R. (2009). Diabetic ketoacidosis in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, *10*(SUPPL. 12), 118–133. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2009.00569.x>

Příloha 1: Český a cizojazyčný abstrakt BcDP

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vztah mezi sebehodnocením a postojem k onemocnění diabetes 1. typu u adolescentů

Autor práce: Martin Krososka

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka Ph.D.

Počet stran a znaků: 66 stran, 111 857 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 74

Abstrakt (800-1200 zn.):

Cílem práce bylo prozkoumat vztah mezi sebehodnocením, postojem k onemocnění DM1 a sociodemografickými faktory u diabetiků 1. typu v adolescenci. V teoretické části je věnován prostor DM1 v období dospívání, postojům k chronickému onemocnění a konceptu sebehodnocení.

Pro výzkum byl zvolen kvantitativní design, kdy diabetici 1. typu ve věku 15-25 let vybráni metodou záměrného výběru vyplňovali online formulář, který zahrnoval dotazník RSES měřící sebehodnocení a dotazník IIQ přeložený do češtiny zkoumající postoje k onemocnění DM1. Výzkumu se zúčastnilo 82 respondentů.

Byla nalezena významná souvislost mezi RSES a jednotlivými škálami IIQ, což potvrdilo psychosociální charakter DM1. Také bylo zjištěno, že používání inzulínové pumpy je spojeno s vyšším sebehodnocením, menším zahlcením z nemoci a že ženy pocítují větší obohacení z nemoci. Nebyla prokázána souvislost RSES, IIQ s věkem, dobou objevení a délkou trvání nemoci vyjma negativní korelace mezi věkem a obohacením.

Přínosem práce je i překlad dotazníku IIQ do českého jazyka.

Klíčová slova: diabetes 1. typu, adolescence, postoje k onemocnění, sebehodnocení, identita

ABSTRACT OF THESIS

Title: Relation between self-esteem and attitude towards illness type 1 diabetes in adolescents

Author: Martin Krososka

Supervisor: Mgr. Martin Kupka Ph.D.

Number of pages and characters: 66 pages, 111 857 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 74

Abstract (800-1200 characters):

The aim of this study was to investigate the relationship between self-esteem, attitude to DM1 and sociodemographic factors in type 1 diabetics in adolescence. The theoretical part is devoted to the area of DM1 in adolescence, attitudes towards chronic disease and the concept of self-esteem.

Quantitative research was chosen for the research, with type 1 diabetic patients aged 15-25 selected by deliberate selection by completing an online form that included the RSES questionnaire measured self-esteem and the IIQ questionnaire translated into Czech, measured attitudes to DM1. 82 respondents participated in the research.

There was a significant correlation between the RSES and scales of the IIQ, confirming a psychosocial nature of DM1. It has also been found that the use of an insulin pump is associated with higher self-esteem, less engulfment from the illness, and that women experience greater enrichment from the illness. RSES, IIQ have not been shown to be related to age, time of incidence and duration of the disease except for a negative correlation between age and enrichment.

The contribution of the thesis is also the translation of the IIQ questionnaire into Czech language.

Key words: type 1 diabetes, adolescence, attitude towards illness, self-esteem, identity

Příloha 2: Úvodní strana online dotazníku

Diabetes 1. typu u mladých lidí

Dobrý den,

jsem student oboru Psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, zároveň jsem také sám diabetikem 1. typu, a proto jsem se rozhodl ve své bakalářské práci zabývat různými psychickými fenomény, jež souvisí s tímto chronickým onemocněním v adolescentním věku. Mou motivací je to, že bych chtěl jako člověk, který se každodenně potýká s touto nemocí, přispět k většímu povědomí o tomto tématu.

Proto bych Vás chtěl poprosit o účast na výzkumu, jehož součástí je vyplnění následujícího dotazníku, který se skládá z úvodní části a následně několika otázek zkoumajících prožívání mladých lidí s diabetem. **PODMÍNKOU ÚČASTI NA VÝZKUMU JE VĚK 15-25 LET A DIAGNÓZA DIABETES MELLITUS 1. TYPU.**

Vyplnění dotazníku Vám zabere cca 10 minut, snažte se prosím odpovídat podle svého nejlepšího vědomí. Vaše účast je anonymní, dobrovolná a můžete ji kdykoliv ukončit.

Velice si vážím Vašeho času a spolupráce.

1. Souhlasím s účastí na výzkumu

- Ano¹
- Ne²

2. Pohlaví

- Muž¹
- Žena²

3. Věk

.....

4. V jakém věku jsem dostal diabetes

.....

5. Léčím se pomocí

- Inzulínových per¹
- Inzulínové pumpy²

Příloha 3: Originální verze dotazníku IIQ

Below, you find several statements about how you might see your illness or deal with it. Please indicate how much you agree or disagree with these statements on a five-point scale.

	1	2	3	4	5
Totally disagree					Totally agree
1. I refuse to see my illness as part of myself.	1	2	3	4	5
2. I'd rather not think of my illness.	1	2	3	4	5
3. I never talk to others about my illness.	1	2	3	4	5
4. I hate being talked to about my illness.	1	2	3	4	5
5. I just avoid thinking about my illness.	1	2	3	4	5
6. My illness simply belongs to me as a person.	1	2	3	4	5
7. My illness is part of who I am.	1	2	3	4	5
8. I accept being a person with an illness.	1	2	3	4	5
9. I am able to place my illness in my life.	1	2	3	4	5
10. I have learned to accept the limitations imposed by my illness.	1	2	3	4	5
11. My illness dominates my life.	1	2	3	4	5
12. My illness has a strong impact on how I see myself.	1	2	3	4	5
13. I am preoccupied with my illness.	1	2	3	4	5
14. My illness influences all my thoughts and feelings.	1	2	3	4	5
15. My illness completely consumes me.	1	2	3	4	5
16. It seems as if everything I do, is influenced by my illness.	1	2	3	4	5
17. My illness prevents me from doing what I would really like to do.	1	2	3	4	5
18. My illness limits me in many things that are important to me.	1	2	3	4	5
19. Because of my illness, I have grown as a person.	1	2	3	4	5
20. Because of my illness, I know what I want out of life.	1	2	3	4	5
21. Because of my illness, I have become a stronger person.	1	2	3	4	5
22. Because of my illness, I realize what is really important in life.	1	2	3	4	5
23. Because of my illness, I have learned a lot about myself.	1	2	3	4	5
24. Because of my illness, I have learned to work through problems and not just give up.	1	2	3	4	5
25. Because of my illness, I have learned to enjoy the moment more.	1	2	3	4	5

** The term "illness" should be adapted to the specific illness and a term most frequently used by patients is preferred, for example "diabetes", "heart disease" ...*

Příloha 4: Překlad dotazníku IIQ

Níže naleznete několik tvrzení, prosím, ohodnoťte, jak Vás tyto výroky vystihují na 5- bodové škále, kde 1= NAPROSTO NESOUHLASÍ a 5= NAPROSTO SOUHLASÍ.

	1	2	3	4	5
	Naprostο nesouhlasí		Naprostο souhlasí		
1. Odmítám vnímat diabetes jako součást sebe samého.	1	2	3	4	5
2. Raději bych na diabetes nemyslel.	1	2	3	4	5
3. S ostatními lidmi o diabetu nikdy nemluvíím.	1	2	3	4	5
*Nesnáším, když se mnou někdo mluví o diabetu.	1	2	3	4	5
4. Snažím se vyhnout myšlenkám o diabetu.	1	2	3	4	5
5. Diabetes jednoduše patří k mojí osobnosti.	1	2	3	4	5
6. Diabetes je součástí toho, kým jsem.	1	2	3	4	5
7. Přijímám sebe samého i s onemocněním diabetes.	1	2	3	4	5
8. Jsem schopen najít pro diabetes ve svém životě místo.	1	2	3	4	5
9. Naučil jsem se akceptovat omezení, která diabetes přináší.	1	2	3	4	5
10. Diabetes určuje můj život.	1	2	3	4	5
11. Diabetes má silný vliv na to, jak sebe samotného vnímám.	1	2	3	4	5
12. Cítím se být přespříliš zaujat svým diabetem.	1	2	3	4	5
13. Diabetes ovlivňuje všechny mé myšlenky a pocity.	1	2	3	4	5
14. Diabetes naprostο ovládá můj život.	1	2	3	4	5
15. Zdá se, že diabetes ovlivňuje všechno, co dělám.	1	2	3	4	5
16. Kvůli diabetu nemůžu dělat to, co bych opravdu chtěl.	1	2	3	4	5
17. Diabetes mě omezuje v mnoha věcech, které jsou pro mě důležité.	1	2	3	4	5
18. Díky diabetu jsem se rozvinul jako osobnost.	1	2	3	4	5
19. Díky diabetu vím, co od života chci.	1	2	3	4	5
20. Díky diabetu se ze mě stala silnější osobnost.	1	2	3	4	5
21. Díky diabetu jsem si uvědomil, co je v životě opravdu důležité.	1	2	3	4	5
22. Díky diabetu jsem se toho o sobě hodně dozvěděl.	1	2	3	4	5
23. Diabetes mě naučil překonávat překážky a hned se nevzdávat.	1	2	3	4	5
24. Diabetes mě naučil více si užívat přítomný okamžik.	1	2	3	4	5

Poznámka: otázka označená * byla z výzkumu vyřazena, celkově tedy měl dotazník 24 položek.

Příloha 5: Dotazník RSES

Níže naleznete několik tvrzení, prosím na 4- bodové škále vyberte možnost, která nejlépe vystihuje Váš současný postoj k danému výroku, přičemž 1= NAPROSTO NESOUHLASÍ a 4= NAPROSTO SOUHLASÍ.

1	2	3	4
Naprosto nesouhlasí			Naprosto souhlasí
1. Mám pocit, že si uchovávám svoji osobní důstojnost nejméně v takové míře jako většina ostatních lidí.	1	2	3 4
2. Jsem vždy náchylný považovat se za neúspěšného člověka.	1	2	3 4
3. Myslím si, že mám řadu dobrých vlastností.	1	2	3 4
4. Jsem schopný dělat mnoho věcí stejně dobře jako ostatní.	1	2	3 4
5. Zdá se mi, že nemohu být u sebe na nic zvláštního hrdý.	1	2	3 4
6. Mám k sobě dobrý vztah.	1	2	3 4
7. Chtěl bych si sám sebe více vážit.	1	2	3 4
8. Jsem se sebou vcelku spokojený.	1	2	3 4
9. Občas jasně pociťuji svoji neužitečnost.	1	2	3 4
10. Někdy si myslím, že jsem naprosto neschopný.	1	2	3 4