

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**Posttraumatický rozvoj, míra dispoziční naděje  
a životní spokojenost u pacientů s chronickou  
pankreatitidou**

Posttraumatic Growth, Level of Dispositional Hope  
and Life Satisfaction in Patients with Chronic Pancreatitis



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Bc. Jana Trtílková  
Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc  
**2018**

## **Prohlášení**

*„Ochrana informací v souladu s ustanovením §47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidenci údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsobu jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být přílohou pouze tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“*

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: *„Posttraumatický rozvoj, míra dispoziční naděje a životní spokojenost u pacientů s chronickou pankreatitidou“* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 28. března 2018

Podpis .....

*Tuto diplomovou práci bych ráda věnovala své mamě a babičce.*

## **Poděkování**

Největší poděkování patří vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D. za jeho laskavé a odborné vedení, cenné rady, inspiraci a také za čas, který mi věnoval. Dále bych ráda poděkovala všem zdravotnickým zařízením, která se mnou spolupracovala, zejména MUDr. Bohušovi Bunganičovi za jeho milý přístup a nasazení při shánění respondentů. Můj dík patří také všem respondentům, kteří se rozhodli sdílet se mnou jejich příběh. Také bych ráda poděkovala svému bratranci a jeho rodině za zapůjčení notebooku a jejich podporu. Děkuji svým blízkým, zejména velký dík patří mému příteli za jeho pomoc, podporu a trpělivost. Na závěr bych chtěla poděkovat svým kamarádkám za dodání naděje a podporování během psaní práce.

# OBSAH

ÚVOD .....	5
------------	---

## TEORETICKÁ ČÁST

<b>1</b>	<b>CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ .....</b>	<b>7</b>
1.1	Psychické a sociální aspekty chronické nemoci.....	8
<b>2</b>	<b>CHRONICKÁ PANKREATITIDA .....</b>	<b>11</b>
2.1	Anatomie a historie poznání pankreatu .....	11
2.2	Onemocnění pankreatu .....	12
2.3	Etiologie chronické pankreatitidy .....	12
2.4	Klasifikace chronické pankreatitidy .....	14
2.5	Klinická symptomatologie .....	17
2.6	Léčba chronické pankreatitidy .....	18
2.6.1	Pankreatická bolest a její léčba .....	19
<b>3</b>	<b>KRIZE, TRAUMA A POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ .....</b>	<b>21</b>
3.1	Krize .....	21
3.2	Trauma .....	22
3.3	Posttraumatický rozvoj (PTG) .....	23
3.3.1	Vymezení terminologie .....	23
3.3.2	Historická perspektiva .....	25
3.3.3	Teoretické přístupy posttraumatického rozvoje .....	26
3.3.4	Determinanty posttraumatického rozvoje .....	32
<b>4</b>	<b>NADĚJE .....</b>	<b>36</b>
4.1	Historický vývoj naděje .....	36
4.2	Vymezení naděje .....	37
4.3	Kognitivní teorie naděje .....	37
4.4	Související teorie pozitivní psychologie .....	39
<b>5</b>	<b>ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST .....</b>	<b>42</b>
5.1	Vymezení životní spokojenosti .....	42
5.2	Kvalita života .....	43
5.3	Koncept osobní pohody (well-being) .....	44
<b>6</b>	<b>DOSAVADNÍ VÝZKUMY .....</b>	<b>46</b>

## EMPIRICKÁ ČÁST

<b>7</b>	<b>CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>49</b>
<b>8</b>	<b>VÝZKUMNÝ SOUBOR .....</b>	<b>50</b>
<b>9</b>	<b>METODOLOGIE VÝZKUMU .....</b>	<b>53</b>

9.1	Zvolený typ výzkumu.....	53
9.1	Metody získávání dat .....	54
9.1.1	Rozhovor (interview) .....	55
9.1.2	Dotazníky .....	56
9.2	Metoda zpracování a analýzy dat .....	59
9.3	Reflexe vlastní zkušenosti .....	62
9.4	Etické aspekty výzkumu.....	63
<b>10</b>	<b>VÝSLEDKY.....</b>	<b>64</b>
10.1	Zkušenosti jedinců s chronickou pankreatitidou .....	64
10.2	Přehled hlavních tematických oblastí.....	67
10.2.1	Onemocnění .....	67
10.2.2	Dopady onemocnění.....	70
10.2.3	Zkušenosti .....	73
10.2.4	Rozvoj .....	76
10.2.5	Vztahy .....	77
10.3	Odpovědi na výzkumné otázky č. 2–5 .....	80
<b>11</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>84</b>
<b>12</b>	<b>ZÁVĚRY .....</b>	<b>89</b>
<b>SOUHRN</b>	<b>.....</b>	<b>90</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY</b>	<b>.....</b>	<b>93</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>.....</b>	<b>102</b>

## ÚVOD

Nepříznivá životní událost v podobě onemocnění představuje pro pacienta často šok. Nemoc dokáže ovlivnit veškeré další dění v jeho životě a představuje těžkou životní zkoušku, a to nejen pro pacienta, ale i pro jeho blízké. Původní hodnoty přestávají platit a pacient se obává o svůj život.

Chronická pankreatitida je onemocnění, které není v povědomí společnosti příliš zakotvené, neboť choroba není na první pohled viditelná. Pro pacienty však představuje radikální změnu životního stylu, se kterou se musí v průběhu života vyrovnávat. Tato těžká životní situace doslova rozbíjí jeho dosavadní život. V této situaci se mohou ale vynořit pozitivní změny. Ačkoliv se to zdá být na první pohled absurdní, je tato myšlenka obsažena už dávno v lidové moudrosti: „*Vše zlé je pro něco dobré*“. Fenomén posttraumatického rozvoje se věnuje pozitivním změnám a silným stránkám jedince, které získá v důsledku náročné životní situace.

Záměrem této diplomové práce je porozumění osobní žité zkušenosti pacientů s diagnostikovanou chronickou pankreatitidou v remisi a popsat možnosti posttraumatického rozvoje, míru dispoziční naděje a životní spokojenost u těchto pacientů. Teoretická část práce zachycuje problematiku onemocnění chronické pankreatitidy. V další části seznamuje čtenáře s oblastí posttraumatického rozvoje, od jeho počátečního momentu krize a traumatu až k jeho pozitivním dopadům. Dále stručně vymezujeme problematiku naděje a životní spokojenosti.

V empirické části práce se dostáváme k popisu výzkumu týkající se pacientů s chronickou pankreatitidou. Tato část se snaží přiblížit na základě polostrukturovaných rozhovorů život jedinců s tímto onemocněním a zjistit, zda u nich proběhl posttraumatický rozvoj, jakou mají míru dispoziční naděje a v neposlední řadě, jak jsou spokojeni se svým životem.

# **TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE**

# 1 CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Před samotným vysvětlením pojmu chronického onemocnění si přiblížíme terminologii týkající se tématu. Je dlouho známou skutečností, že dobré zdraví má pro člověka paradoxní kvalitu: je to vzácné dobro, ale když je přítomné, je neviditelné. Člověk si nevšimne svého dobrého zdraví, protože jeho tělo funguje bez problémů nebo stresu. **Zdraví** můžeme charakterizovat jako přijatelnou nepřítomnost nemoci a následně schopnost člověka následovat své cíle a fungovat v běžném společenském a pracovním kontextu (The Hastings Center, 1996).

**Nemocí** rozumíme stav vznikající narušením správného fungování a rovnováhy mezi vnitřním a vnějším prostředím organismu (Vágnerová, 2012). Definice pojmu nemoc podle Světové zdravotnické organizace (WHO) zní: „*souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím*“ (Vinař, 1999, in Baštecká, & Mach et al., 2015, 43).

Při vymezování základního pojmu nemoc se nabízí celá řada různých pohledů. Začneme tím nejjednodušším, které chápe nemoc v protikladu ke zdraví. Hranice mezi zdravím a nemocí jsou neostré a mohou se vzájemně překrývat. Dále rozlišujeme zdravotní stav na základě čtyř dimenzí, jejichž označení vychází z anglosaského pojetí, zatímco v češtině je běžné používání jediného termínu – „nemoc“ a ostatní uvedené výrazy lze pokládat za synonymní. Narušení tělesné nebo duševní pohody nazýváme **nemocí** (*illness*), která odráží subjektivní (prožitkovou) zkušenost člověka se symptomy. Nemoc může narušit běžné denní fungování. Medicínský konstrukt **choroba** (*disease*) označuje patologický (abnormální) stav těla a mysli. Choroba se řadí mezi organické jevy a její podstata tkví v odchýlení se od standardních norem. **Onemocnění** (*sickness*) znamená, jak společnost vnímá a nahlíží na zdravotní stav člověka (The Hastings Center, 1996; Křivohlavý, 2002; Baštecká, & Mach et al., 2015). Termín **neduh** (*malady*) zahrnuje různorodé stavy ohrožující zdraví kromě choroby (*disease*). Není zde zjevná vnější příčina. S ohledem na tyto podmínky můžeme neduhy popsat jako okolnosti, díky kterým člověk trpí nebo je zde vyšší riziko utrpení (předčasná smrt, bolest, zdravotní postižení, ztráta svobody, ztráta příležitostí či potěšení) (The Hastings Center, 1996; Baštecká, & Mach et al., 2015).

Z hlediska průběhu nemoci rozlišujeme: akutní a chronickou nemoc. **Akutní (krátkodobá) nemoc** je náhle a rychle vznikající a má poměrně závažný průběh. Trvá dny, případně týdny a očekává se brzký návrat ke zdraví. **Chronické onemocnění** je naopak vleklé, dlouhodobé onemocnění, které probíhá řadu měsíců až let. Zpravidla neznáme její



začátek ani konec. Člověk si nemusí uvědomovat závažnost svého stavu, zejména to, že bude onemocněním trpět dlouho, pravděpodobně celoživotně (Křivohlavý, 2002).

U chorob, které nelze zcela jasně a jednou pro vždy vyléčit, se vyznačují cyklickým střídáním akutních stavů nemoci: remise a relaps. **Relaps** je období, kdy dochází k opětovnému vzplanutí choroby. Délka trvání relapsu je u každého pacienta individuální a závislá na mnoha faktorech. Známé rizikové faktory relapsu chronické pankreatitidy zahrnují postižení žlučových cest způsobující trávicí potíže. Relaps narušuje klidové období bez příznaků nemoci, tzv. remisi. Během **remise** dochází k ústupu, vymizení známek a projevů onemocnění. Pacient je bez obtíží, ale dosažení remise neznamena úplné vyléčení, samotná nemoc je přítomná stále. V průběhu remise se pacienti s chronickou pankreatitidou mohou nepřetržitě cítit nepříjemně, a dokonce se může objevit slabá bolest v oblasti nadbřišku vyzařující do zad (Křivohlavý, 2002; Li, Liao, Chen, & Férec, 2017).

## 1.1 Psychické a sociální aspekty chronické nemoci

*„It is much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of a disease a patient has.*

– Sir William Osler

Chronické onemocnění je trvalého charakteru, které působí na psychiku pacienta a nese také sociální význam. **Psychický aspekt nemoci** odráží nejen konkrétní onemocnění, ale i pacientovy osobnostní rysy, jeho zkušenosti, dovednosti zvládat zátěžové situace a jeho emoční stav. Vnímání závažnosti a vyrovnávání se s vlastní nemocí je u každého jedince individuálně specifické. Významný je **subjektivní pohled pacienta** k vlastní nemoci, jak ji emočně prožívá a rozumově hodnotí. Onemocnění je velkým zásahem do života nemocného a přináší řadu emočních reakcí způsobené percepcí tělesných změn a sekundární reakcí na nové problémy. Změna emoční reaktivity může signalizovat počínající chorobu (Křivohlavý, 2002; Vágnerová, 2012).

Čím více negativně nemoc ovlivňuje kvalitu života, například přítomností bolesti, tím je komplikovanější a obtížnější pro pacienta onemocnění přijmout. Nejvíce se v důsledku chronického onemocnění mění sebepojetí jedince vyjadřující představy, očekávání a vztah, který zaujímá vůči sobě samému. Kromě sebehodnocení se zároveň snižuje sebeúcta. Díky dopadu nemoci v psychické kognitivní oblasti je velkou překážkou nemocného vnímat sám sebe pozitivně, což může vést až k tzv. **strategickému přebudování**

**vlastní identity.** Tato změna identity může proběhnout v různé míře a zahrnuje i míru ztotožnění s rolí pacienta (Křivohlavý, 2002; Vágnerová, 2012).

Nemoc je sama o sobě velmi **komplexní stresovou situací.** Dle Vágnerové (2012) chronické onemocnění přirozeně doprovází řada emočních reakcí, zejména základní emoce strach a úzkost jako reakce na vnímané vlastní ohrožení. **Strach a úzkost** ovlivňují prožívání symptomů a jaký význam pacient nemoci přikládá. Normální reakcí na závažný stav chronického onemocnění je **smutek a truchlení,** jehož cílem je přijmout novou identitu a možnosti, které pacientovi život s onemocněním přináší. Nejdříve převažují emoční reakce (může to být **hněv a vztek**), které postupem času ustupují a jedinec přistupuje k nemoci více rozumově. V reakci na problematickou adaptaci onemocnění se objevují **pocity bezmoci a beznaděje.** Tyto emoce se objevují zejména u relapsu, kdy pacienti mohou situaci vnímat jako neřešitelnou. Dlouhodobé pocity bezmoci a beznaděje se mohou prohloubit a vyústit do **apatie a rezignace.** Tyto pocity jsou manifestovány neschopností s nemocí dále bojovat, únavou a vyčerpáním. Pacient se smíruje s nepříznivým stavem. Dlouhodobé působení těchto emočních reakcí a trvalá přítomnost nemoci mohou být následkem **deprese.** U velmi závažných chronických onemocnění a značně snížené kvality života stoupá riziko suicidálních tendencí (Vágnerová, 2012).

Chronické onemocnění má také svůj **sociální význam** vzhledem ke změně postavení a identity nemocného. Nemoc pacienta určitým způsobem odlišuje a tím ovlivňuje jeho postoj ve společnosti. Přístup společnosti k nemocným se různí pod vlivem viditelných změn zevnějšku, nápadných projevů a změn v chování a předsudky, které vedou ke stigmatizaci nemocných a jejich diskriminaci (Vágnerová, 2012). Hlavním úkolem nemocného, který se zdá být velmi obtížný, je zachovat si pocit normality, přizpůsobit se změněným společenským vztahům, vyrovnat se se změnou role a vypořádat se se společenským stigmatem nemoci (Kosciulek, 2007).

Onemocnění přináší svému nositeli i určité výhody, tzv. **sekundární zisky** plynoucí ze sociální role. Sekundární zisk může mít podobu zvýšené míry trpělivosti a tolerance, sympatie a ohledů vůči nedostatkům ze strany okolí. Pacient může podporovat jejich rozvoj pomocí komplikované strategie tzv. metakomplementárního komunikačního chování, kdy je narušena původní hierarchie asymetrického vztahu (Parsons, 1951, in Vágnerová, 2012; Kebza et al., 2017).

Vágnerová (2012, 90) připojuje: „*závažné onemocnění mění sociální pozici pacienta i jeho role. Současně se svou chorobou automaticky získává novou, kvalitativně horší roli nemocného*“. Změny role mohou být konceptualizovány jako ztráty a nahrazení sociálních rolí (Kosciulek, 2007). Jako důležité se jeví chování nejbližších osob k nemocnému, které může mít vliv jak na psychiku, tak na samotný průběh nemoci. Rodina zůstává jedinou sociální skupinou, která pacientovi umožňuje nebýt naprosto sociálně izolovaný a poskytuje rodinné zázemí a emoční podporu (Vágnerová, 2012).

## 2 CHRONICKÁ PANKREATITIDA

V této kapitole se zaměříme nejdříve na anatomii slinivky břišní a její historii. Poté se budeme zabývat onemocněním pankreatu, její akutní a chronickou formou. Dále jejími možnými příčinami, klasifikacemi a projevy. V záběru kapitoly se věnujeme léčbě chronické pankreatitidy s důrazem na pankreatickou bolest a její léčbu.

### 2.1 Anatomie a historie poznání pankreatu

**Slinivka břišní** (*pankreas*) je měkká, šedorůžová žláza se zřetelnou lalúčkovitou strukturou a je složena ze dvou funkčních jednotek: exokrinní a endokrinní části. Na endokrinní části jsou roztroušeny 1–2 miliony drobných shluků buněk, tzv. Langerhansových ostrůvků, které produkují pankreatické hormony, například inzulin nebo glukagon, jež jsou uvolňovány do krve. Největší objem pankreatické tkáně zaujímá exokrinní část, která produkuje pankreatický sekret s velkým objemem trávicích enzymů, který je odváděn vývodem do počáteční části tenkého střeva – dvanáctníku (*duodenum*). Slinivka břišní se anatomicky rozlišuje na tři oddíly pankreatu: hlava, tělo a ohon. U dospělého člověka dosahuje délky asi 12–16 cm a její větší část nasedá na zadní břišní stěnu za žaludkem. Táhne se napříč břišní dutinou od dvanáctníku až ke slezině (Dítě et al., 2002, 2007; Čihák, 2013).

**V historii** poznání slinivky břišní existují napříč autory značně rozdílné pohledy, co se týče prvotního pojmenování orgánu. Pro mnohé generace lékařů a vědců pankreas zastupoval pozoruhodně záhadnou pozici vzhledem k objasnění jeho funkce, a to díky anatomické poloze pankreatu, která znesnadňovala studium. Prvotní klasické anatomické poznatky jsou datovány do 3. století př. n. l., kdy alexandrijští lékaři Erasistratos, Herophilus a Eudemos jako první popsali slinivku břišní. Aristoteles se právě díky pozici pankreatu domníval, že jeho funkcí je chránit v břišní krajině ostatní orgány. Tento nepravděpodobný návrh byl stále přijatelný i o 400 let později pro římského lékaře Claudia Galéna, jehož jméno někteří čeští autoři (Dítě et al., 2002, 2007) spojují s prvním pojmenováním orgánu slinivky břišní. Objevují se i nejasnosti okolo původu termínu pankreas, ale všeobecně se uznává, že odvození vychází ze starověkého řeckého pojetí „*pankreatos*“, což v překladu znamená „celý z masa“. Toto řecké pojetí se vztahuje k Hippokratově koncepci, která předpokládala, že všechny žlázoové struktury jsou složeny výhradně z masa. Podrobnější popis slinivky břišní byl proveden až v 16. století. Funkce pankreatu a význam pankreatických šťáv byly objeveny teprve v 19. století různými badateli, mezi nimi

například i český vědec Jan Evangelista Purkyně (Dítě, 1994; Dítě et al., 2002; Šváb, 2003; Dítě et al., 2007; Beger et al., 2008).

## 2.2 Onemocnění pankreatu

Onemocnění pankreatu zasahuje pouze jeho exokrinní nebo endokrinní část, případně obě dvě tyto funkční jednotky. Zánětlivá onemocnění slinivky břišní, která jsou nejčastější příčinou poškození pankreatu, se dělí zpravidla na dvě základní skupiny: akutní a chronické záněty, nazývány také jako pankreatitidy. **Akutní pankreatitida** může vést k rozvoji pankreatitidy chronické (Dítě et al., 2002). Vztah mezi akutní a chronickou formou, zejména u pacientů s alkoholem, byl předmětem velké diskuze. Primárně patologické výzkumy poukazují na možnou hypotézu, že důsledkem chronické pankreatitidy jsou opakující se epizody akutního zánětu slinivky břišní (Etemad, & Whitcomb, 2001). **Chronická pankreatitida** je trvale progredující onemocnění postihující pankreatickou tkáň, která je postupně nahrazována vazivem, což může mít v pokročilých stádiích za následek vzniku zevní a následně v terminálním stádiu i vnitřní pankreatické nedostatečnosti. Tkáňové změny pankreatu jsou ireverzibilní. Jedná se o onemocnění, které pacienta celoživotně limituje. Rovněž se významně zvyšuje riziko vzniku rakoviny pankreatu (Etemad, & Whitcomb, 2001; Dítě et al., 2002; Dítě, 2007; Dítě et al., 2007; Dítě, Trna, Floreanová, & Geryk, 2011; Karges, & Dahouk, 2011).

První zmínky o klinickém obrazu chronické pankreatitidy se datují k roku 1946, kdy Comfort, Gambill a Baggenstons upozornili na užívání alkoholu jako rizikový faktor uplatňující se v pozadí nemoci (Jarnagin, 2012). V České republice se výzkumu a léčbě pankreatu věnovali především lékaři Karel Herfort, Přemysl Frič a Vladimír Bartoš. Tito lékaři přispěli k zavedení nové metody, díky které je možné vyšetřit exokrinní funkci slinivky břišní (Dítě et al., 2002).

## 2.3 Etiologie chronické pankreatitidy

Až na několik výjimek je přesná etiologie většiny případů chronické pankreatitidy známá pouze částečně (Etemad, & Whitcomb, 2001). Onemocnění chronické pankreatitidy je už od počátku spojováno s nadměrnou konzumací alkoholu (*abúzus*). Už v 70. letech minulého století byl zkoumán vztah mezi denním příjmem alkoholu a rizikem vývoje onemocnění ve dvou průzkumech, kdy jeden z nich se odehrával ve francouzském městě

Marseille a druhý v kavkazských zemích. Tyto průzkumy však neprokázaly žádný zjevný vztah mezi toxicitou alkoholu a zánětem slinivky břišní (Durbec, & Sarles, 2009).

Ve vyspělých zemích hraje **alkohol** zásadní etiologický faktor až v 80 % všech případů chronické pankreatitidy (Dítě et al., 2011). Neexistuje jednotná prahová hodnota, která by stanovala toxický účinek samotného alkoholu na slinivku břišní, ale množství a délka konzumace alkoholu koreluje s rozvojem chronické pankreatitidy (French, & Charnley, 2016). Nicméně nadměrné požití alkoholu způsobí pouze jedinou epizodu akutního zánětu slinivky břišní, ale protože se velmi často jedná o závislost na alkoholu, dochází k opakovaným atakám, které ovlivňují progresi změn a onemocnění tak přechází do chronického stádia. Do značné míry je stále nejasné, jak molekulární základ alkoholu (*ethanol*) predisponuje k poškození exokrinní části pankreatu. Studie provedená na hlodavcích ukázala, že ethanol jako samotný nezpůsobuje pankreatitidu, ale synergicky s ostatními rizikovými faktory, mezi které řadíme například virovou infekci, stravu s vysokým obsahem tuků či vliv nikotinu. Studie také upozorňuje, že intoxikaci nevyvolá ethanol jako takový, ale jeho metabolické produkty, které se nazývají metabolity (Dolai et al., 2012).

Na základě retrospektivní analýzy 669 pacientů přijatých do 15 holandských nemocnic vedla první epizoda akutní pankreatitidy k opakujícím se atakám u 17 % pacientů a téměř 5 % pacientů do pěti let pokročilo do chronického stádia. Progrese byla nezávisle spojena s alkoholickou etiologií, kouřením a anamnézou pankreatické nekrózy. **Kouření** je převládajícím rizikovým faktorem pro rekurentní onemocnění, zatímco kombinace zneužívání alkoholu a kouření vyvolává nejvyšší kumulativní riziko pro chronickou pankreatitidu (Ali et al., 2016). Kouření představuje samostatný rizikový faktor (Dítě et al., 2011). Na základě dánské prospektivní studie z roku 2011 bylo zjištěno, že kouření je nejsilnějším rizikovým faktorem, který ovlivňuje progresi pankreatitidy (Nøjgaard et al., 2011).

Druhou nejčastější formou pankreatitidy je **idiopatická**, jejíž příčina není doposud známa. Ve Velké Británii tato forma představuje 20 % případů (French, & Charnley, 2016).

Nyní si zaměříme na méně časté příčiny chronické pankreatitidy, které tvoří 5–10 % případů. **Obstruktivní forma** pankreatitidy je způsobena neprůchodností pankreatických vývodů nějakou překážkou, která brání volnému toku pankreatických šťáv do dvanáctníku. Překážkou může být nádor, žlučové kameny (*cholelitiáza*) nebo patologické zúžení (*sténoza*)

Vaterovy papily. Žlučové kameny velmi často vyřeší následný chirurgický zákrok (Dítě et al., 2011; Dolai et al., 2012).

Vznik chronické pankreatitidy může být také **spojen se stravováním**. Ke vzniku onemocnění přispívá zejména strava bohatá na nasycené tuky nebo dietní návyky v kombinaci s nadměrným požíváním alkoholu a závislostí na nikotinu (Dítě et al., 2011).

Dalším rizikovým faktorem je **hyperkalcémie**, která se projevuje zvýšenou hladinou vápníku v krvi. Vliv mohou mít také **léky**, na které v roce 1981 upozornily případy pacientů užívající fenacetin, ale dopad tohoto léku je diskutabilní. Jen velmi málo studií potvrzuje dopad léků na rozvoj chronické pankreatitidy (Etemad, & Whitcomb, 2001).

Významný vliv mají v neposlední řadě i **genetické faktory** (Dítě et al., 2011). V posledních dvou desetiletích několik studií identifikovalo specifické geny, které predisponují k chronické pankreatidě, kdy dochází k předčasné aktivaci trypsinogenu nebo selhává inaktivace trypsinu během zánětlivého procesu (Majumder, & Chari 2016). Trypsin, pankreatický enzym, který je vylučován pankreatickými vývody v inaktivní formě trypsinogenu, štěpí bílkoviny obsažené v potravě. Je jedním z důležitých pankreatických enzymů zajišťující správnou funkci slinivky břišní a tou je zpracování potravy (King, Mulligan, & Stansfield, 2013). Genetickou formou chronické pankreatitidy je **hereditární forma**, která je stále častější u pacientů s rodinnou anamnézou pankreatitidy nebo cukrovky. Tito pacienti jsou zpravidla citlivější na akutní ataky pankreatitidy, a proto by se měli zcela vyvarovat alkoholu. Hereditární pankreatitida nese podstatně vyšší riziko rozvoje karcinomu pankreatu (French, & Charnley, 2016).

Jak je patrné z výše uvedeného, etiologie chronické pankreatitidy je do jisté míry problematická. Někteří autoři popisují etiologii s ohledem na jednotlivé klasifikace, které jsou předloženy v následující podkapitole. Tyto klasifikace však nezahrnují všechny kritéria pro rozvoj chronické pankreatitidy.

## 2.4 Klasifikace chronické pankreatitidy

Otázka definování a klasifikace pankreatitidy zůstává, navzdory čtyřem mezinárodním konsenzuálním setkáním, stále nevyjasněným problémem a je třeba kriticky revidovat dosavadní nevhodné klasifikace. Stěžejním důvodem je obtížnost získání vzorků tkáně pankreatu, díky kterým by bylo možné lépe definovat diagnózu již během zánětlivého procesu. Doposud bylo publikováno, v letech 1963–2007, celkem 11 klasifikačních

systemů, které se opírají o morfologické, etiologické a patogenetické aspekty (Jarnagin, 2012). Také další autoři (Dítě et al., 2002; Beger et al., 2008; Skalický et al., 2011) se staví k otázce klasifikace poměrně kriticky. Jak již bylo zmíněno, existuje řada klasifikačních systémů pankreatitidy. Jmenujme například historicky první **Marseillskou z roku 1963** nebo **Cambridgeskou z roku 1984**, ovšem ani jedna z nich nemá jednoduché, přesné a objektivní vymezení a rovněž se neopírá o etiologii a funkční abnormality.

V současnosti je nejvýznamnějším a nejpoužívanějším klasifikačním systémem **TIGARO rizikových faktorů**, který byl publikovaný v roce 2002. Toto klasifikační schéma se snaží o snadné zapamatování si jednotlivých skupin, kdy jednotlivá písmena akronymu vyjadřují:

**1. T – toxicko-metabolická forma**

Zdůrazňuje působení alkoholu, nikotinu, zvýšenou koncentrací vápníku v krvi (*hyperkalcemie*), léků či toxinů.

**2. I – idiopatická forma**

Ačkoliv do idiopatické formy byly zahrnuty genové mutace, nutriční a zánětlivé faktory, ve velké části případů zůstává přesná příčina nemoci do značné míry neznámá. Idiopatická forma se rozděluje na onemocnění s časným nebo pozdním začátkem nemoci a rovněž se sem řadí tropická pankreatitida, u které nejvyšší prevalence byla zaznamenána v jižní Indii.

**3. G – geneticky indukovaná forma**

V posledních dvou desetiletích několik studií identifikovalo specifické geny, které predisponují k chronické pankreatitidě.

**4. A – autoimunní forma**

U této formy se subjektivní příznaky onemocnění neprojevují příliš výrazně. Vyskytuje se buď izolovaně nebo se přidružuje s jinými autoimunitními onemocněními, jako je například cukrovka nebo onemocnění žlučových cest.

**5. R – rekurentní forma a těžké akutní pankreatitidy**

Tento typ onemocnění se manifestuje jako znovu vyskytující se těžké epizody akutní pankreatitidy, která postupně přechází do chronického stádia. Diagnostika u této formy není obtížná.

**6. O – obstruktivní typ**

Je způsoben poškozením a zablokováním pankreatických vývodů

(Dítě et al., 2011; Skalický et al., 2011; Majumder, & Chari, 2016).



Toto jednoduché uspořádání je odrazem současných znalostí o etiologii chronické pankreatitidy, a proto seskupuje pacienty do jednotlivých sekcí podle etiologických faktorů podílejících se na vzniku choroby. Nicméně je nutné upozornit, že s výjimkou hereditární (dědičné) a obstruktivní formy nemoci působí uvedené faktory za předpokladu přítomnosti jednoho nebo více dalších faktorů. Tím se vysvětluje, proč nadměrné požívání alkoholu nemusí být spouštěčem pro chronickou pankreatitidu. Díky akronymům se jedná o **relativně uzavřený systém**, kde se jednotlivé formy mohou navzájem překrývat. Z toho je zřejmé, že se doposud nepodařilo vytvořit plně vhodnou klasifikaci. Nová klasifikace by měla zahrnovat všechna v současnosti známá kritéria, která poslouží k charakterizování různých typů chronické pankreatitidy (Beger et al, 2008; Frič, 2009; Dítě et al., 2011; Skalický et al., 2011). Zároveň by měla tvořit otevřený systém vzhledem k ne zcela jasné etiopatogenezi.

Beger et al. (2008) vypracoval návrh klasifikace chronického zánětu slinivky břišní na základě etiologie onemocnění, ve kterém zahrnul také anatomické abnormality a jiné formy onemocnění pankreatu, které nejsou přímo spojeny s příznaky chronické pankreatitidy. Jednotlivé skupiny klasifikačního systému vymezil následovně:

### **1. Chronická pankreatitida**

- a. Alkoholická
- b. Hereditární (dědičná)
- c. Autoimunitní
- d. Metabolická
- e. Tropická
- f. Idiopatická

### **2. Chronická pankreatitida spojená s anatomickými abnormalitami**

- a. Paraduodenální
- b. Chronická obstruktivní pankreatitida

### **3. Jiné formy (pankreatická fibróza nespojená s příznaky chronické pankreatitidy)**

- a. Pankreatická fibróza nespojená s příznaky chronické pankreatitidy
- b. Pankreatická fibróza u starších osob
- c. Pankreatická fibróza u diabetiků dlouhodobě závislých na inzulinu
- d. Hemochromatóza

V roce 2007 byl publikován tzv. **Mannheimský systém**, který uvádí mnohočetné rizikové faktory a zároveň popisuje klinický stav pacienta a rozsah závažnosti postižení

(Skalický et al., 2011). Frič (2009) však poukazuje na oddělené faktory alkoholu a nikotinu, které se velmi často vyskytují společně, a tudíž hodnotí tento systém jako zcela nezdařený. Tato klasifikace je obdobná již ostatním existujícím systémům a nepřináší potřebnou změnu.

Poslední ze široka pojaté rozdělení, které si uvedeme, rozlišuje u chronické pankreatitidy tři podskupiny na pankreatitidu: kalcifikující, obstruktivní a autoimunní. **Kalcifikující forma**, která je nejčastější, naznačuje zvápenatění slinivky břišní, kdy dochází k hromadění nerozpustných vápenatých solí v odumřelých tkáních (Majumder, & Chari 2016). Toto rozdělení se velmi často používá, ale není příliš vhodné vzhledem ke složitosti etiopatogeneze.

## 2.5 Klinická symptomatologie

**Symptomy**, které pomáhají diagnostikovat chronickou pankreatitidu, obvykle spadají do jedné ze čtyř skupin: zjevná akutní pankreatitida nebo opakující se epizody akutního zánětu, konstantní bolest, symptomy a známky lokálních komplikací, například v podobě pseudocysty nebo cévní trombózy, a poslední skupinou jsou onemocnění, která naznačují selhání exokrinní nebo endokrinní části pankreatu (Braganza, Lee, McCloy, & McMahon, 2011).

Většina pacientů trpí tzv. **algickou formou chronické pankreatitidy**. Tato forma se projevuje bolestí, která je lokalizovaná do oblasti nadbříšku (*epigastrium*) s propagací do zad. Bezbolestně probíhající forma se objevuje jen u asi 10–20 % pacientů. Tito pacienti udávají pouze pocity břišního diskomfortu (Šváb, 2003; Dítě et al., 2011). Bolest může být někdy spojená s nauzeou a zvracením. Nemocnému se uleví, pokud sedí v předklonu. Účinná je také lokální aplikace tepla nebo aplikování protizánětlivých látek na páteř nebo oblast nadbříšku (Braganza et al., 2011).

**Pankreatická bolest** může být epizodická nebo kontinuální, s náhlými exacerbacemi. Může přetrvávat pár hodin až několik měsíců. Často je vyvolaná alkoholem nebo větším příjmem potravy, eventuálně dietní chybou. Z histologických a experimentálních studií je patrný důkaz, že bolest pankreatu není způsobena výhradně akutním zánětem, ale také chronickou neuropatií viscerálních nervů v pankreatu. Co je však důležité, že u 50–90 % pacientů bolest neustoupí ani po deseti letech nástupu onemocnění (Beger et al., 2018). Většina pacientů ale udává, že po zmírnění nemoci se její charakter výrazně zmenší. Do té doby se nemocní bolest snaží tlumit pomocí léků proti bolesti (tzv. analgetik), na kterých se často stávají závislí (Špičák, 2000; Braganza et al., 2011).

Konstantním a specifickým symptomem je výrazný **hmotnostní úbytek**, který je způsoben tím, že pacienti se obávají jíst z důvodu velkých bolestí nebo je zapříčiněn těžkou pankreatickou nedostatečností exokrinní funkce slinivky břišní. V případě, že nestačí obvyklá výživa k zastavení hmotnostního úbytku, je nutné poskytnout nutriční podporu (Dítě, 1994; Špičák, 2000; Braganza et al., 2011; Dítě et al., 2011). U těžké formy pankreatitidy nedostatečné trávení potravy způsobuje změnu stolice s přítomností nestrávených zbytků potravin (Skalický et al., 2011).

Dítě et al. (2002) a Skalický et al. (2011) se shodují, že mezi další **méně charakteristické příznaky** patří žloutenka (*ikterus*), hromadění tekutiny v břišní dutině (*ascites*) a cukrovka (*diabetes mellitus*). Cukrovku spojenou s chronickou pankreatitidou je nutné odlišit od diabetes mellitus prvního i druhého typu, neboť je samostatnou nosologickou jednotkou.

## 2.6 Léčba chronické pankreatitidy

Jedná se o onemocnění, na které dosud neexistuje kauzální léčba, a tak celkový přístup k pacientům s chronickou pankreatitidou je zaměřen na tyto léčebné postupy: konzervativní, endoskopický a chirurgický (Dítě et al., 2007).

**Konzervativní léčba** se soustředí na několik oblastí a spočívá v zabránění progresu onemocnění. Na prvním místě jsou dietní opatření a přísný zákaz konzumace alkoholu. Dietní opatření kladou důraz na vyloučení živočišných tuků, správnou technologii přípravy pokrmů a výběr vhodných potravin. Jídlo se má podávat v menších dávkách 5–6krát denně. Množství přijatých tuků v potravě by nemělo překročit celkově 60 gramů za den. Vhodné složení mastných kyselin mají převážně tuky rostlinného původu, které jsou u nemocných obvykle dobře tolerovány. Částečně tuky mohou nahradit MCT oleje (triglyceridy mastných kyselin se středně dlouhým řetězcem). Příjem cukrů je závislý na přítomnosti cukrovky, množství činí kolem 300 gramů denně. Doporučovaná denní dávka proteinů se pohybuje v rozmezí cca 1,0–1,5 g/kg. Dieta je bohatá na cukry a proteiny, neboť k jejich trávení není potřeba pankreatických enzymů. Cukry a proteiny zvyšují energetický přísun a tím přispívají ke zlepšení celkového metabolismu. Dobře stravitelné jsou nízkotučné mléčné produkty, bílky, zelené bylinky, libové maso a ryby. V důsledku snížené exokrinní funkce slinivky břišní je nedostatečné vstřebávání tuků, které je příčinou úbytku hmotnosti. U pokročilých stádiích onemocnění a při výrazném úbytku hmotnosti se doporučuje enterální výživa, to znamená podávání výživných roztoků sondou do trávicího ústrojí. Vzhledem ke složitosti

dietetických opatření je vhodná spolupráce s nutričními terapeuty (Dítě, 1994; Dítě et al., 2007, 2011; Skalický et al., 2011).

Další léčebnou modalitou je **chirurgická léčba**, o které Dítě et al. uvádí, že je: „*radikální výkon, spočívající v drenáži nebo resekci postižené části slinivky břišní*“ (Dítě et al., 2007, 307). Chirurgická intervence je nejčastější u pacientů, kteří nereagují na konzervativní léčbu, nezískali adekvátní úlevu od bolesti nebo došlo k obstrukci pankreatických vývodů (Vodička, 2014). Alternativou je **endoskopická léčba**, která se indukuje u obstrukční formy chronické pankreatitidy, kdy dochází k patologickému zúžení Vaterovy papily (Dítě et al., 2011).

Důležitou součástí léčby, jak již bylo výše uvedeno, je **absolutní zákaz alkoholu a kouření**. Pro mnohé pacienty, obzvláště závislé, to nemusí být zrovna snadný úkol, problém může nastat například při slavnostních příležitostech, kde bývá alkohol běžnou součástí a pacient musí odolat tlaku konzumujícího okolí. Braganza et al. (2011) upozorňuje na to, že mnozí gastroenterologové nemusí mít odborné znalosti nebo zkušenosti, aby poskytli podporu pro odvykání kouření a abstinenci alkoholu, a proto by měla být pacientům nabízena psychologická péče a podpůrné skupiny.

### 2.6.1 Pankreatická bolest a její léčba

**Definice bolesti** přijatá Mezinárodní společností pro studium bolesti (IASP) z roku 1979 uvádí, že bolest je nepříjemný smyslový i emoční zážitek (prožitek, zkušenost) spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození. Důležité je zmínit, že bolest je vždy subjektivní (Merskey, & Bogduk, 1994).

Rokyta (2013) rozlišuje dva základní druhy bolesti: nociceptorovou (nocisenzorickou, nociceptivní) a neuropatickou. **Nociceptorová bolest** je aktivována při podráždění receptorů bolesti, tzv. nociceptory, kde vzniká bolestivý vjem způsobený vnějším podnětem. **Neuropatická bolest** nezačíná na nociceptorech, ale na nervových vláknech. Vzniká při poškození periferních nebo centrálních nervových vláken (Hakl, 2013).

Podle trvání se bolest dělí do dvou kategorií: akutní a chronická bolest. **Akutní bolest** je spíše bezprostřední, krátkodobá (trvá hodiny až dny) a rychle se zlepšuje. Její biologický význam je pozitivní, plní výstražnou funkci, kdy upozorňuje na signál nemoci. **Chronická bolest** trvá déle než 3–6 měsíců. U tohoto typu bolesti se nemusí podařit identifikovat konkrétní příčinu. Oproti akutní bolesti její význam je negativní, destruktivní a způsobuje velké tělesné utrpení. Intenzita vnímané bolesti neodpovídá příčině. Tento typ bolesti

postihuje celého člověka, nejen jeho tělesnou podstatu, ale i psychickou a sociální. Chronická bolest má vliv na emoční prožívání pacienta a kvalitu jeho života. Její neúměrná hloubka či délka trvání může napovídat rozvoji depresivní a úzkostné symptomatiky (Hakl, 2013).

Vymětal (2003) rozeznává tři vzájemně propojené **složky vnímání bolesti**: smyslovou, emoční a hodnotící. **Smyslová (senzorická) složka** se zaměřuje na vnímání bolesti pacientem, na její lokalizaci, intenzitu a kvalitu. Citlivost na bolest je u každého člověka individuální. **Emoční složka** zahrnuje subjektivní zážitky, zejména nelibosti, a přispívá k motivaci a tendencím bolest zmírnit. **Hodnotící složka** nese informace o významu bolesti, o dřívějších zkušenostech a jejího srovnávání se stávající bolestí.

Bolest je běžnou součástí chronické pankreatitidy, vyskytuje se až u 80–95 % pacientů. Útrobní (*viscerální*) bolest je špatně lokalizovatelná, z toho důvodu pro lékaře a pacienty je obtížné odlišit pankreatickou bolest od nepankreatické. Současné technologie neumožňují klinické testování pacientů, které by konkrétně určily přesnou polohu, mechanismus bolesti a práh citlivosti na bolest. Někteří pacienti udávají nepřetržitou paralyzující bolest trvající déle než 24 hodin. Nejčastěji, až u 68 % pacientů, je bolest lokalizována v oblasti nadbříšku. Pacientům pomáhá zaujmout polohu v předklonu na břicho, tzv. **jack-knife**, aby uvolnili postižené břišní svalstvo (Beger et al., 2018). Intenzita bolesti a frekvence bolestivých záchvatů snižují kvalitu života u pacientů s chronickou pankreatitidou (Drewes et al., 2017).

**V léčbě bolesti** se podávají obvyklé druhy léků, zejména spasmolytika a silná analgetika. Tyto léky se mohou uplatnit v kombinaci s psychofarmaky, které ovlivňují afektivní doprovod a vnímání bolesti (Beger et al., 2008). Navzdory výzkumům zůstává léčba pankreatické bolesti **převážně empirická**. Vlastní mechanismus vzniku bolesti u chronické pankreatitidy není úplně jednoznačný, ale je patrně multifaktoriální (Dítě et al., 2002). Z tohoto důvodu jsou pacienti opakovaně hospitalizováni, což zatěžuje zdravotnická zařízení. Nedostatečně viditelné zlepšení je známkou doposud ne úplně jasné etiologie onemocnění (Braganza et al., 2011).

### 3 KRIZE, TRAUMA A POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ

Dostáváme se k ústřední kapitole teoretické části, které věnujeme značnou část prostoru. Před samotným definováním konceptu posttraumatického rozvoje si přiblížíme související pojmy krize a psychické trauma.

Člověk čelí v životě různě náročným životním situacím, které jej zasáhnou různou měrou. Například chronické onemocnění, které je v této práci stěžejním tématem, představuje významný zásah do života nejen pacienta, ale i jeho blízkých. Ve společnosti je zakořeněná myšlenka, že nepříznivé události jsou vesměs negativního rázu. Jedinec je vytržen z běžného denního fungování a získává najednou jiný pohled na svět. Pokud se však člověk dokáže smířit se svým osudem, tyto nepříznivé okolnosti mohou mít i pozitivní aspekty. Ačkoliv je pozornost konceptu posttraumatického rozvoje věnována teprve v posledních dvou desetiletích, myšlenka tohoto pojmu se odráží už dávno v lidové moudrosti.

#### 3.1 Krize

„...Caplan (1964, in Špatenková, 2017, 11) definuje **krizi**, jako překážku, která je *aktuálně nepřekonatelná za použití obvyklých způsobů řešení problémů*“ ...“ Dle Špatenkové (2017) je krize spojena s reakcí na událost, která přináší značnou změnu v životě jedince, a kterou jedinec vnímá jako ohrožující a nenachází potřebné strategie, jak se s takovou situací vypořádat. Podmínkou pro rozvoj krize v první řadě ale je, jak danou situaci interpretuje samotný jedinec, který je situací zasažen.

Pojem krize by měl identifikovat **tři základní složky krize**, které jsou obsaženy ve druhé uvedené definici. První základní složkou je spouštěcí událost, tzv. **kritická životní událost**, která naruší dosavadní obvyklé fungování jedince ve vztahu k sobě či ke světu, v rodině nebo ve společenském životě. Druhou složkou je **ohrožující význam události** pro jedince a třetí složkou jsou **nefungující obvyklé strategie**. Kritické životní události mohou být zapříčiněny očekávanými změnami, dokonce je člověk může žádat a chtít, rovněž i neočekávanými změnami (Špatenková, 2017).

Kritické životní události, které lze s nejvyšší pravděpodobností očekávat, jsou dvojího druhu. První anticipovanou událostí jsou tzv. **kritická vývojová období**, mezi která řadíme například adolescenci. Dále to jsou **přechodové (tranzitorní) krize** nastávající v důsledku očekávaných životních změn, například nástup do mateřské školy a do základní školy,

svatba, narození dítěte, odchod do důchodu. Tyto události kladou zvýšené nároky na člověka a jsou pro něj náročné. Jedinec se musí přizpůsobit nové sociální roli a novým podmínkám života (Baštecká, 2015; Paulík, 2017; Špatenková, 2017). Baštecká (2015) očekávané události zároveň nazývá jako normativní. **Neočekávané (paranormativní) krize** pramení z náhlého a vesměs neočekávaného vnějšího podnětu, který jedinec nemohl předvídat. V běžné řeči jsou tyto krize popisovány jako „neštěstí“. Je ohrožena jedincova identita, pocit bezpečí, zdraví a život. V těchto krizích se obvykle jedná o reálné ztráty (Špatenková, 2017).

Krize jsou přirozenou a neoddelitelnou součástí lidského života. Nelze je chápat výlučně jako něco negativního v životě jedince, ale i jako příležitost pro vývoj nebo změnu. Velmi dobře toto dichotomické pojetí ilustruje čínský znak pro krizi *wej-ji*, kdy jeden znak znamená nebezpečí a druhý je naopak symbolem pro dobrou příležitost (Špatenková, 2017).

## 3.2 Trauma

„**Psychické trauma** ve smyslu (duševního) úrazu se zčásti vymezuje reakcí (přesněji interpretací podnětu) a z větší části podnětem – výjimečně nebezpečným, kdy hrozila smrt či došlo k usmrcení nebo těžkému úrazu či k sexuálnímu násilí“ (Baštecká, 2015, 626). Trauma je vysoce subjektivní událostí, kde je nutné zdůraznit, že každý člověk může událost prožívat velmi individuálně a zcela odlišně než ostatní.

Calhoun a Tedeschi (1999) popisují trauma jako vznik konkrétní interakce mezi člověkem a náročnou situací v podobě výzvy. Užitečnou perspektivou pro zodpovězení otázky, co dělá události traumatizující, je nutné brát na zřetel druh událostí vystavující jedince značným psychickým potížím. Ačkoliv rozlišujeme různé definice traumatu, existuje výrazná shoda v několika **hlavních charakteristikách**:

1. Události, které jsou šokující, se vyskytují **náhle a neočekávaně**, jsou pravděpodobně traumatizující než události, které se objevují postupně a jedinec je očekává.
2. Nejvíce bolestivé bývají situace, které mají tendenci být **mimo kontrolu jedince**. Člověk je vnímá jako neovlivnitelné. Vnímání nedostatečné kontroly nad situací vede k vyšší pravděpodobnosti vzniku subjektivního utrpení a vyvolává nevyhnutelný pocit bezmoci.
3. Je zde **riziko nebo zkušenost s fyzickou újmou**. Trauma vyvolá i přítomnost fyzickému ublížení jinému člověku či ohrožující situaci (například přírodní katastrofy).

4. Jedná se o okolnosti, které daný jedinec vnímá jako **neobvyklé a mimořádné**. Pojí se s nimi náhlost a nekontrolovatelnost.
5. Situace přinášejí **dlouhodobé problémy a těžkosti**. Mají nezvratné negativní důsledky. Pokud člověk trpí chronickým onemocněním, dochází k trvalé změně, která se odráží v jeho každodenním rutinním životě.

Tedeschi a Calhoun (1995, 1996, 1998, 2004) používají slova krize, trauma, vysoce stresující události a jimi podobné výrazy jako zhruba synonymní slova. Zaměřují se na události, které zatřesou stabilitou jedinců, jejich pohledem na svět, jeho chápáním a emocemi.

### 3.3 Posttraumatický rozvoj (PTG)

*„Právě tam, kde nemůžeme svou situaci změnit, právě tam se po nás žádá, abychom změnili sami sebe, abychom dozráli, dorostli, a nakonec přerostli sami sebe“*

– Frankl (2006, 168).

„Když nastane nepříznivá událost, mají lidé často pocit, že alespoň něco z nich – jejich pohled na svět, vědomí toho, kým jsou, jejich vztahy – se rozbilo“ (Joseph, 2017, 15). Nepříznivé životní události nemusí mít výlučně negativní význam, mohou znamenat také šanci a příležitost k většímu osobnostnímu rozvoji. O tom, zda z krize vyjde člověk silnější než předtím, závisí především na tom, zda krizi vnímá jako existenciálně významnou nebo výhradně jako nepříjemný vedlejší produkt života (Kastová, 2010).

#### 3.3.1 Vymezení terminologie

Některé náročné životní události, jak už bylo zmíněno, jsou běžné a očekávané, například smrt starého nemocného člověka, jiné jsou možné, třebaže úplně nevyhnutelné nejsou, jako je dopravní nehoda, závažné onemocnění, jiné jsou poměrně vzácné, jako jsou například únosy, mučení či teroristické činy. Pravděpodobnost expozice traumatickým událostem se liší v závislosti na pohlaví, socioekonomickém statusu, rase, místě bydliště a osobních, rodinných a pracovních podmínkách (Berger, 2015). Vysoce náročné životní situace si zpravidla člověk pamatuje do konce života. Vyrovnat se s nimi může vyvolat nejčastěji směs negativních a pozitivních emocí a někteří jedinci mohou prožít kladnou změnu (Preiss, 2009).

**Posttraumatický rozvoj** (*posttraumatic growth*) je právě ona pozitivní změna v kognitivní, emoční, sociální, spirituální a konativní oblasti života, kterou jedinec zažívá



ve snaze vypořádat se s krizí či s traumatem (Calhoun, & Tedeschi, 1999, 2006). Je to zároveň proces i výsledek, který může nastat v rozmezí několika měsíců až desítek let. Souhrnně přistupují k definování posttraumatického rozvoje Sumalla, Ochoa a Blanco (2009), kteří jej vymezují jako pozitivní proces transformace identity. Posttraumatický rozvoj zahrnuje vnitřní změny spíše než vnější změny okolností (Tedeschi, & Calhoun, 2006). Pro události, které iniciují posttraumatický rozvoj, používají Tedeschi, Park a Calhoun (1998) metaforu zemětřesení. Tyto události mají kvalitu „seismických událostí“ na psychické úrovni, které představují ohrožení pro stávající struktury a zanechají jen málo, ale špatně fungujících struktur, které je potřeba odstranit, aby mohly být postaveny nové a silnější konstrukce. Tak dochází k následovné pozitivní restrukturaci osobnosti. Tedeschi a Calhoun (2004) rovněž předpokládají, že posttraumatický rozvoj spolu vzájemně souvisí s životní moudrostí a vývojem životního příběhu, a že se jedná o průběžný proces, nikoliv statický výsledek.

**Nejrozšířenějším pojmem** k vymezení této problematiky se stal „*posttraumatic growth*“ (zkráceně PTG), který poprvé zmínili Calhoun a Tedeschi (1995) ve své knize. V české odborné literatuře se můžeme setkat s překladem tohoto termínu jako **posttraumatický rozvoj** (Mareš, 2012; Slezáčková, 2010, 2012) nebo s termínem **posttraumatický růst** (Preiss, 2009; Joseph, 2017). Mareš (2008, 2012) navrhuje překládat „*posttraumatic growth*“ nejlépe jako posttraumatický rozvoj z toho důvodu, že rozvoj v sobě obsahuje kvalitativní proměny, zatímco růst vyvolává dojem spíše kvantitativních změn a používá se například v medicíně. Pojem posttraumatický rozvoj (růst) je ale jedním z mnoha dalších. V odborné literatuře se můžeme setkat s nejméně osmnácti různými pojmy, které se používají k označení kladných změn v důsledku nepříznivých životních událostí. Jsou to například pozitivní psychologické změny, hledání zisku, osobní transformace, růst následující po nepřízni, prospívání a rozkvétání jedince (Mareš, 2012; Slezáčková, 2012; Joseph, 2017).

Stěžejní důvody, proč se nejčastěji používá termín „*posttraumatic growth*“ je zaprvé ten, že jasně ukazuje u jedinců prožívající tento fenomén vývoj nad jejich předchozí adaptační úroveň, změnu fungování lidské psychiky a mění se také jejich pohled na život. Za druhé se posttraumatický rozvoj děje v důsledku nežádoucích událostí. Označení „*thriving*“ (prospívání) nebo „*stress-related growth*“ (růst navozený stresem) zřetelně nenaznačují, že události, které jsou předmětem zájmu, jsou vysoce stresující. Termíny „*perceived benefits*“ (vnímané přínosy) nebo „*positive illusions*“ (pozitivní iluze) popisují,

že plynoucí přínosy nemusí být skutečné. Teprve termín posttraumatického rozvoje vyjadřuje **významnou a skutečnou změnu v životě jedince** a význam těchto změn může být tak velký, že dojde ke transformaci osobní identity. Poslední důvod, který hovoří pro používání posttraumatického rozvoje, je užitečnost sledovat posttraumatický rozvoj jako protiklad posttraumatické stresové poruchy (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998).

Základ posttraumatického rozvoje tvoří **tři existenciální témata**, která si jedinec zpětně pod vlivem negativní události uvědomí. Prvním z nich je uvědomění si a přijetí nejistoty jako základního principu lidské existence. Dále to je všímavost (*mindfulness*), kdy plné prožívání přítomnosti pomáhá porozumět a uvědomit si, jaké myšlenky jedince napadají, jaké emoce prožívá, jak se chováme a jak vše spolu vzájemně souvisí. Třetím existenciálním tématem je uznání odpovědnosti za rozhodnutí, která jedinec v životě učinil. Důležitým faktorem odpovědný za posttraumatický rozvoj je uvědomění si křehkosti a zranitelnosti člověka a podstaty života, který se jeví jako nepředvídatelný a nekontrolovatelný (Joseph, 2017).

### 3.3.2 Historická perspektiva

Úvaha o tom, že by nepříznivé životní události mohly mít i pozitivní důsledky, sahá hluboko do historie. Odráží se v lidové slovesnosti, krásné literatuře, nachází se ve všech světových náboženstvích (křesťanství, judaismus, buddhismus, islám) a také filozofové přispěli svými výroky k této myšlence. Dokazuje to nejznámější citát od německého filozofa a spisovatele Friedricha Nietzscheho: „*Co mě nezabije, to mě posílí*“. Mnohá náboženství to pojmají tak, že životní zkoušky jsou příležitostí obstát a zdolat překážky, díky kterým věřící poznají nový a skutečný život. Podstata křesťanské víry tkví v utrpení Ježíše Krista, kterým svým vykoupením otevřel přístup k novému a plnému životu (Mareš, 2012). Původ buddhismu spočívá v pokusech nepálského prince Siddharta Gautamy vyrovnat se s lidským utrpením a nevyhnutelnou smrtelností člověka (Calhoun, & Tedeschi, 2006).

**Počátky vědeckého zkoumání** pozitivních změn jsou spojeny s druhou světovou válkou a jejími důsledky. Vzhledem ke zkušenostem s utrpením, které válka přinesla, vyvstala otázka, jak pomoci lidem postiženým válkou. Jako první na lidský potenciál k vnitřnímu rozvoji díky negativním zkušenostem poukázal vídeňský psychiatr **V. E. Frankl**, který je zakladatelem a hlavním představitelem logoterapie. Myšlenky logoterapie Frankl zformuloval na základě osobních zkušeností z koncentračních táborů (Mareš, 2012). Logoterapie, označována také jako třetí vídeňský směr, je psychoterapeutická

léčebná metoda. Snaží se o nalezení konkrétního a jedinečného smyslu v životě, který podle Frankla tkví v tom, jak člověk uskutečňuje sám sebe. Utrpení může být cestou do nového života (Kosová et al., 2014). „...podle Frankla (2007, 93, cit. Kosová, 2014, 88), je zvládání utrpení výkon, růst i dozrávání k sobě samému, k pravdě, k vnitřní svobodě navzdory vnější závislosti. Utrpení dělá člověka jasnozřivým a svět přehledným‘...“ Během posttraumatického rozvoje jedinec objevuje pravdou podstatu své existence, kdy postupem času objevuje pozitivní aspekty negativní události (Kučerová, 2015). Franklovy myšlenky se staly významným podnětem k dalšímu studiu posttraumatického rozvoje.

Kromě Frankla najdeme příležitostné zmínky o pozitivních změnách pod vlivem negativních událostí v literatuře od konce 70. let. Otázce posttraumatického rozvoje se také věnovali Caplan, Maslow či Yalom (Mareš, 2012; Joseph, 2017). V psychologii měla věda tendenci zabývat se převážně negativními jevy. Psychické zdraví bylo chápáno jako absence utrpení, avšak chybělo zaměření na kladné aspekty a pozitivní stránky osobnosti. Na přelomu 20. a 21. století se mezi světové proudy psychologie zařadila **pozitivní psychologie**, k jejímuž zrodu přispěl její hlavní představitel Martin Seligman. Pozitivní psychologie se soustředí na kladná témata, vynořila se i nová jako pozitivní emoce (štěstí, láska, naděje), osobní pohoda (*well being*), kvalita života, optimální prožívání (*flow*) nebo silné stránky charakteru a kladné rysy osobnosti. Bylo by příliš jednostranné chápat pozitivní psychologii jako vědu zaměřující se na kladné aspekty lidské existence. Pozitivní psychologie se snaží pochopit, jak negativní a kladné spolu vzájemně souvisí. Díky negativním a nežádoucím zkušenostem nabývají pozitivní aspekty svého významu, s čímž se pojí téma posttraumatického rozvoje (Slezáčková, 2010, 2012; Joseph, 2017). Systematické pozorování věnované pozitivním změnám v důsledku negativních událostí nastalo teprve v posledních dvaceti letech (Calhoun, & Tedeschi, 2006; Joseph, 2017).

Podle Slezáčkové (2012) jedním z prvních výzkumníků věnující se tzv. rozvoji následujícího po prožitém neštěstí (*growth following adversity*) je britský psycholog a psychoterapeut Stephen Joseph. Samotný Joseph (2017) uvádí, že k uznávaným průkopníkům posttraumatického rozvoje patří američtí kliničtí psychologové Lawrence G. Calhoun a Richard G. Tedeschi.

### 3.3.3 Teoretické přístupy posttraumatického rozvoje

Rozlišujeme hned několik modelů posttraumatického rozvoje, starší i novější, které se zabývají posttraumatickým rozvojem, jeho hlavními činiteli a klíčovými proměnnými.

Některé kladou větší význam vnitřním zdrojům, jako je například strategie zvládnání stresu či osobnostní rysy, jiné zase vyzdvihují vnější zdroje, zejména sociální oporu. Vzhledem k procesu vyrovnávání se s traumatem, se některé modely se zaměřují na výsledek procesu, jiné spíše zdůrazňují jeho průběh (Mareš, 2012; Slezáčková, 2012).

První model, který si uvedeme, je **souhrnný model posttraumatického rozvoje Tedeschiho a Calhouna**. Tento obecně přijímaný model nabízí nejkompaktnější teoretický popis posttraumatického rozvoje doposud. Jejich model poukazuje na důležitost vyhodnocení procesu (Joseph, & Linley, 2006). Nejdříve byl model tříložkový, ve kterém Calhoun a Tedeschi (1995) rozlišili za pomoci kvantitativní analýzy tyto tři základní domény posttraumatického rozvoje:

### **1. Změna ve vztahu k sobě – síla a nové možnosti**

Tuto doménu posttraumatického rozvoje uvádí Calhoun a Tedeschi (2006) frází, že člověk dochází k tomu, že je zranitelnější, než si původně myslel, ale mnohem silnější než si, kdy představoval. U jedince dochází k pozitivním změnám v sebepercepci. Člověk se díky uvědomění své vlastní smrtelnosti stává empatictější, altruističtější a je schopen přijmout pomoc od druhých osob (Calhoun, & Tedeschi, 1995; Slezáčková, 2012).

### **2. Změna v mezilidských vztazích**

Negativní události mohou způsobit ztrátu a někdy zničení důležitých vztahů, ale díky posttraumatickému rozvoji může dojít v mezilidských vztazích také k významným pozitivním změnám (Calhoun, & Tedeschi, 2006). Tato doména souvisí s přehodnocením významu a hodnoty interpersonálních vztahů, jedinec se více zajímá o druhé a přistupuje k jejich potřebám citlivěji než předtím. Jedná se o větší pocity důvěrnosti, blízkosti, svobodu být sám sebou a odhalování svých stinných stránek. Projevuje se také zvýšenou tendencí zapojit se do pomáhajících aktivit (Calhoun, & Tedeschi, 2006; Slezáčková, 2012).

### **3. Změna životní filozofie – priority, ocenění života a náboženství**

Jedním z prvků změněné životní filozofie, který jedinci mohou zažít, je přehodnocení toho, co je nejdůležitější. Do společné zkušenosti osob, kteří jsou konfrontováni s existenciálními otázkami o smyslu života, patří větší ocenění hodnoty života a změna životních priorit (Calhoun, & Tedeschi, 2006).

Tento tříložkový model postupem času aktualizovali a rozšířili o další proměnné. Poslední aktualizovaný model, jak znázorňuje schéma, začíná osobností před traumatem

a končí pozitivními změnami, které mohou nastat při boji s životními krizemi a traumaty. Přichází s tvrzením, že jde o narušení vlastních předpokladů jedince spíše než o charakteristiky samotné události, které iniciují procesy vedoucí k posttraumatickému rozvoji. Poslední revize modelu ukazuje jasnější poznání, že stejná událost může být pro někoho traumatizující, zatímco pro druhého nikoliv. Je důležité mít na paměti, že významnou roli při utváření způsobu, jakým je událost vnímána, mohou sehrát různé kulturní vlivy (Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2010).

Mezi **klíčové proměnné** autoři modelu řadí: osobnost před traumatem, exponování jedince traumatu, kognitivní restrukturuaci – přemítání, sociokulturní vlivy, posttraumatický rozvoj, pohodu a životní spokojenost (Mareš, 2012). Důležitým hybným faktorem pro rozvoj PTG je předpoklad natolik závažné negativní události, která zpochybní **základní předpoklady jedince**, které si utváří o svém životě a o světě (Tedeschi, & Calhoun, 1995).

Posttraumatický rozvoj je reprezentován **pěti doménami**: nové životní možnosti, vztahy s druhými lidmi, osobnostní růst, spirituální změna a ocenění života. Každý tento faktor reflektuje jedinečný způsob porozumění PTG (Tedeschi, & Calhoun, 1996). První oblastí, jak uvádí Preiss (2009), jsou **vztahy s druhými lidmi**, jejíž součástí může být například zvýšený pocit sounáležitosti a blízkosti vůči ostatním lidem, úsilí zaměřené na zlepšení vztahů, větší ochotě přijímat pomoc a tím využít i sociální podporu, která mohla být dříve ignorována. Může se projevit i větším zapojením druhých osob do života, jak vnitřního, tak vnějšího. Rozpoznání zranitelnosti jedince může vést k lepší emocionální expresivitě. Druhou oblastí jsou **nové životní možnosti**, kdy člověk nachází nové zájmy a příležitosti, lépe nakládá s časem či má vůli změnit věci, které jsou potřeba. Je otevřenější vůči zkušenosti. Třetí oblast se nazývá jako **osobnostní růst**, kdy jedním z přínosů je pozitivní změna ve vnímání sebe sama, jedinec získává silnější pocity sebedůvěry a sebevědomí. Nepříznivá událost, kterou jedinci zažili, se může stát důvodem, proč být lepším člověkem. Mohou také snadněji přijímat životní těžkosti a nepředvídatelné životní dění. Předposlední oblastí je **spirituální změna**. Zatímco u některých osob může být duchovní víra dočasně oslabena, u jiných může vést k zesílení zájmu o náboženství. Posílení v této oblasti vede k porozumění duchovním potřebám druhých lidí. Poslední pátou oblastí je **ocenění života**, které vede k zamyšlení nad podstatou života a jeho plnohodnotné prožívání a přistupování k němu (Tedeschi, & Calhoun, 1996; Preiss, 2009).

Každá z těchto domén posttraumatického růstu má tendenci mít paradoxní prvek, který představuje **obecný paradox**, že ze ztráty se může stát zisk. Například v situaci, kdy je

člověk odkázán na invalidní vozík, může mít větší ochotu prozkoumat příležitosti, které předtím nikdy nevážil, jako je radikální změna profese. V době, kdy je člověk zranitelnější než kdy předtím, existuje pocit síly. Je nutné připomenout, že ačkoliv tyto domény PTG jsou pozitivní, přítomnost PTG nemusí nutně znamenat konec bolesti a utrpení a není doprovázena perspektivou, která by považovala krizi či trauma za něco žádoucího. Lidé, kteří čelí těžkým životním událostem, zažívají posttraumatický rozvoj vyplývající z boje s touto událostí (Tedeschi, & Calhoun, 2004).

Sears, Stanton a Danoff-Burg (2003) zjistili, že tento model nezachycuje jediné opakující se téma a připojují k němu šestý faktor, který definují jako chování podporující větší míru zdraví (*made healthbehavior changes*).

Další model **teorie narušených předpokladů**, jehož autorkou je Janoff-Bulman, patří mezi uznávané modely. Podle autorky modelu posttraumatický rozvoj vede ke třem širokým oblastem zásadních změn. První a druhá změna jsou si vesměs podobné. První změna se zabývá získaným přesvědčením člověka o své vlastní vnitřní síle a odolnosti skrze utrpení. Tím, že jedinec očekává, že se celá situace může ještě více zhoršit, rozšiřuje své vlastní kompetence – rozvíjí nové silné stránky, ale zejména rozpoznává ty stávající. Podle autorky trauma poskytuje dramatický test lidských dovedností zvládat náročné životní události. Druhou oblastí je existenciální přehodnocení, jehož prostřednictvím nastává velká změna v myšlení jedince postrádající smysl k nalezení smysluplnosti a uznání hodnoty života. Existenciální přehodnocení pomáhá posílit tzv. psychologickou připravenost, třetí oblast, která naznačuje, že posttraumatický rozvoj se odráží právě v psychologické připravenosti. Postupem času po odeznění negativní události jedinec nepředpokládá, že svět je zcela zlovlný a bezvýznamný, neboť by to znamenalo chronický stav zoufalství a zmatku. Tyto aspekty budou spíše začleněny do širšího pozitivnějšího rámce, ve kterém bude svět vnímán jako obecně kontrolovatelný, předvídatelný a dobrý, ačkoliv tomu tak nebude vždy. Je však připravenější a psychicky odolnější čelit tváří v tvář budoucí krizi či traumatu (Janoff-Bulman, 2006). Slezáčková (2012) třetí aspekt posttraumatického rozvoje tohoto modelu přirovnává ke konceptu resilience.

Němečtí autoři **Maercker a Zoellner** (2006) představují svůj **dvousložkový model**, kteří se pro svůj model posttraumatického rozvoje inspirovali metaforou „janusovské tváře“, kterou vyjádřili konstruktivní a iluzorní aspekt. První složka modelu je konstruktivní, funkční, rozvíjející a sebezpřesahující, zatímco druhá je v protikladu dysfunkční, destruktivní a sebeobelhávající. První složka umožňuje efektivní adaptaci. Druhá složka, kterou Taylor,

Kemeny, Reed, Bower a Gruenewald (2000) nazývají optickou iluzí, může mít i kladnou povahu, ačkoliv se snaží pozitivně zkreslit skutečnost. Pozitivní iluze může po určitou dobu ztlumit negativní dopad události na jedince a může vést ke krátkodobému či dlouhodobému popření (Mareš, 2012).

Novější **model skutečného posttraumatického rozvoje**, který představuje americký lékař Hobfoll, částečně podporuje model Maeckera a Zöellnarové, ale upozorňuje, že obě kognitivní složky německého modelu mohou vést k negativním důsledkům. Jedinec pouze kognitivně přehodnotí nepříznivou událost, ale už se neodhodlá přijmout opatření – něco uskutečnit. Posttraumatický rozvoj tak zůstává pouze na subjektivní úrovni. Hobfollův model koncipuje skutečný posttraumatický rozvoj jako proces salutogeneze, který umožní se lépe vyrovnat s negativní událostí prostřednictvím akčního rozvoje, při němž si jedinec doplní své poznatky o přínosu události. Dochází k závěru, že je nutné, aby posttraumatický rozvoj nebyl interpretován pouze jako kognitivní proces nebo intelektuální cvičení vedoucí k přerámování charakteru události na přijatelnější (Hobfoll et al., 2007; Mareš, 2012).

**M. Christopher** je představitelem **bio-psycho-sociálně evolučního přístupu**, ve kterém se věnuje prožitému stresu jako reakci na nepříznivou událost z hlediska jeho adaptace, maladaptace, patologie i růstu. Nabízí sedm teoretických závěrů, z nich si uvedeme ty nejdůležitější. Stres chápe primárně jako pre-racionální formu bio- psychologické zpětné vazby ve vzájemném vztahu mezi jedincem a prostředím. V reakci na trauma je výsledkem prožitého stresu právě posttraumatický rozvoj spíše než patologie. Zda bude výsledkem traumatického stresu adaptace či maladaptace, záleží, jak prožitý stres jedinec transformuje na biologické i psychické úrovni. Specifická dynamika stresu se odvíjí od jedinečného sociokulturního prostředí a konkrétního jedince. Duševní zdraví a rovněž růstový potenciál je do značné míry funkcí racionality, která slouží jako mechanismus redukování stresu (Christopher, 2004; Mareš, 2012; Slezáčková, 2012).

Britští psychologové S. Joseph a P. A. Linley navrhli integrující model *organismic valuing theory of growth through adversity*, který Mareš (2012) překládá jako **model rozvoje iniciovaný ohrožujícími událostmi**. Tato teorie dle Josepha a Linleyho (2008) je v souladu s psychosociálním rámcem, ukotvena v (meta)teoretické pozici zaměřená na jedince, který je skutečně motivován k růstu a postavena na nových poznatcích z pozitivní psychologie. Týká se vrozené schopnosti člověka vědět, co je pro něj důležité a nezbytné pro naplňující život. Konfrontace s nežádoucími událostmi má zdrcující dopad na představy jedince o světě a objeví se tak potřeba integrovat nové informace. Nové informace čekají

na zpracování, což může na jedince působit rušivě a vést k posttraumatickému stresu. Zpracování nových informací může proběhnout pouze dvěma způsoby: asimilací a akomodací (Joseph, & Linley, 2006). Při zpracování krize či traumatu zaujímá své místo především **akomodace**, pod kterou rozumíme jedincovu snahu přizpůsobit své předpoklady (existující model světa) novým informacím. Akomodace vyžaduje, aby člověk změnil svůj pohled na svět. Svou úlohu zde hraje i **asimilace**, díky které si jedinec přizpůsobí nové informace na základě stávajících předpokladů (existujících modelů světa) (Joseph, & Linley, 2006, 2008; Joseph, 2017). Pro tyto procesy, díky kterým probíhá posttraumatický rozvoj používá Joseph (2017) pro lepší porozumění metaforu teorie rozbité vázy. Tato metafora vystihuje nalezení rovnováhy mezi oběma procesy asimilací a akomodací. Tyto změny nemusí nutně znamenat, že jedinec bude zcela osvobozen od vzpomínek na to, co se mu stalo, zármutku a utrpení, které zažívají, ale ve světle toho, co se stalo, žijí svůj život mnohem smysluplněji. Posttraumatický stres je katalyzátorem posttraumatického rozvoje. Joseph zdůrazňuje, že posttraumatický rozvoj je proces, nikoliv důsledek změny těžké životní události.

Nový konstruktivně narativní **model prospívání** (thrive) integruje posttraumatický stres a posttraumatický růst do jediného konceptuální rámce. Model prospívání je uchopitelný v klinické praxi, neboť je zaměřený prakticky. Obsahuje soubor cvičení v logickém sledu od zmírnění posttraumatického stresu pro zapojení se do náročného kognitivního zpracování, které povede ke změně myšlení, chování a prožívání emocí (Joseph, 2017).

Tyto uvedené modely a další přístupy mohou být užitečné pro pochopení procesu posttraumatického rozvoje. Tři doposud nejkompexnější jsou: funkčně-deskriptivní model Calhouna a Tedeschiho, integrující model Josepha a Linleyho a Christopherův bio-psycho-sociálně evoluční přístup. Tyto tři teorie se vzájemně doplňují a poskytují porozumění procesu posttraumatického rozvoje na různých úrovních. Budoucí model by měl vycházet právě z těchto tří modelů (Tedeschi, & Calhoun, 2004). Zdroje posttraumatického růstu by měly být připisovány schopnostem jedince vypořádat se s negativní událostí než ke zdrojům mimo kontrolu jedince (Ford, Tennen, & Albert, 2008).

Někteří badatelé nejsou přesvědčeni o tom, zda posttraumatický rozvoj představuje skutečnou a trvalou transformaci. Nejzásadnější problémy ve výzkumu PTG tkví v nekonzistenci používaných metod, v nadměrném spoléhání se na subjektivní výpovědi jedinců a nedostatek longitudinálních studií, které by shromažďovaly základní informace



před danou událostí (Ford, Tennen, & Albert, 2008). Takové studie je ale velmi těžké uskutečnit, protože traumatickou událost nemůžeme předvídat.

Snížení významu posttraumatického rozvoje spočívá v nevyváženém obrazu pozitivních a negativních změn, které jedinci zažili. Tím se tak zvyšuje pravděpodobnost pozitivní odezvy. Jedním z řešení tohoto problému je zahrnout položky, které posuzují pozitivní i negativní stranu nepříznivé události. Původní dotazník PTGI však zůstává nejpoužívanějším dotazníkem ve výzkumu posttraumatického rozvoje (Jayawickreme, & Blackie, 2016).

### 3.3.4 Determinanty posttraumatického rozvoje

Důležitým faktorem ovlivňující posttraumatický rozvoj jsou **osobnostní charakteristiky** jedince, jako je například vnitřní místo kontroly (*locus of control*), vnímaná osobní zdatnost (*self-efficacy*), odolnost (*resilience*), smysl pro koherenci a optimismus. Tyto charakteristiky slouží k úspěšné adaptaci jedince pro zvládnutí negativní události (Tennen, & Affleck, 1999, in Slezáčková, 2012).

Termínem **resilience** (český ekvivalent – psychická odolnost) rozumíme osobnostní dispozici, díky které člověk odolává nepříjemným podmínkám. Resilience vyjadřuje odolnost, pružnost a nezdolnost. Rozlišuje se dvojí typ odolnosti: tzv. autentická (skutečná) odolnost a zdánlivá odolnost (pseudoresilience). Autentická resilience tkví v osobnostních a sociálních předpokladech a dispozicích jedince, zatímco zdánlivá resilience je pouhá navenek demonstrováná osobnostní odolnost pod vlivem, ať už skutečných či domnělých, požadavků společnosti. Je to multidimenzionální konstrukt, který umožňuje člověku se rozvíjet a jednat v nepříznivých životních situacích (Dosedlová, 2008). Levine, Laufer, Stein, Hamama-Raz a Solomon (2009) provedli dvě izraelské studie, ve kterých zkoumali vztah mezi resiliencí a posttraumatickým rozvojem. Výsledky ukázaly, že vysoká úroveň odolnosti byla spojena s nejnižším skórem PTG. Na závěr zdůrazňují, že tyto dva zdánlivě podobné salutogenní konstrukty jsou empiricky nepřímo spojené.

Mareš (2012) dává do souvislosti model Janoff-Bullman, konkrétněji psychologickou připravenost, s modelem **proaktivní zvládnání zátěže**. Aspinwall a Taylor (1997) vysvětlují strategii jako vynaložené úsilí jedince před potenciálním stresorem, který jedná s cílem zabránit nebo ztlumit negativní dopad stresoru. Jejich rámec specifikuje pět etap proaktivního zvládnutí:

1. Akumulace zdrojů – jedinec si vytváří případné časové, finanční i sociální zdroje, díky kterým může předejít nepříznivé události anebo nahradit případné ztráty.
2. Včasné rozpoznání potencionálních stresorů.
3. Počáteční zhodnocení stresorů.
4. Úsilí o předběžné vyrovnání se stresorem.
5. Získání zpětné vazby na vynaložené proaktivní úsilí.

Cílem čínské studie bylo posoudit možnou úlohu copingových strategií, **naděje a optimismu** na posttraumatický rozvoj u onkologických pacientů. Naděje a optimismus pozitivně korelovaly s posttraumatickým rozvojem, což vedlo k lepšímu přizpůsobení se onkologickému onemocnění (Ho et al., 2011). Další studie zkoumající vztah mezi nadějí a posttraumatickým rozvojem u rodičů dětí s rakovinou zjistila, že vyšší míra posttraumatického rozvoje je spojena s vyšší mírou naděje, přičemž souvisí s doménou nové životní možnosti. Kromě toho autoři studie poukázali na další domény související s vyšším skórem naděje: osobnostní růst, vztahy s druhými lidmi a ocenění života. Spirituální změna se ukázala jako nevýznamná (Hullmann, Fedele, Molzon, Mayes, & Mullins, 2014).

Za důležitý faktor považuje Stephen (2017) tzv. existenciální alarm. Katalyzátorem posttraumatického rozvoje může být uvědomění si nejistého a nepředvídatelného světa.

Mareš (2012) doplňuje, že není jednoduché nalézt odpověď na otázku, které faktory souvisí s posttraumatickým rozvojem, protože existuje mnoho proměnných, které mohou sehrát roli a nabízí dvě základní možnosti, jimiž lze tuto otázku řešit: zobecňující přehled dosavadních výzkumů a statistická meta-analýza dosavadních výzkumů.

Příkladem zobecňujícího přehledu dosavadních výzkumů je práce Lienleyho a Stephena, kteří přezkoumali celkem 39 empirických studií dokumentující pozitivní rozvoj iniciovaný traumatem a negativními událostmi. Pro posttraumatický rozvoj používají autoři jiné označení, tzv. rozvoj iniciovaný negativními událostmi (*adversial growth*). Empirické studie kvantitativní i kvalitativní povahy zařazené do přehledu pocházejí z roku 1992–2003. Doba od proběhlých negativních událostí různé povahy se pohybovala v rozmezí od dvou týdnů až osmi let. Statisticky významné proměnné související s posttraumatickým rozvojem zařadili do devíti kategorií, které popsali konkrétními proměnnými: sociodemografické údaje (věk, vzdělání, ekonomická situace), religiozita, osobnostní zvláštnosti (přívětivost, svědomitost, extraverte), afektivní proměnné (pozitivní afektivita), kognitivní hodnocení (uvědomování si, kontrola a řízení, lokalizace kontroly), kognitivní zpracování události,

strategie zvládání zátěže, sociální opora a psychologický distres. Několik studií zjistilo, že čím delší uplyne **doba od události**, tím je míra PTG vyšší. Zaměřili se i na proměnné vyjadřující negativní vztah k rozvoji, například neuroticismus, negativní efektivitu, depresi a úzkost. Autoři dochází k závěru, že pozornost by měla být zaměřena na komplexní vztah mezi posttraumatickým distresem a rozvojem, zejména longitudinálně. Tato analýza proběhlých empirických studií, ve kterých je autorem obvykle jeden, nejvýše čtyři autoři, má však poměrně nízkou spolehlivost (Linley, & Stephen, 2004; Mareš, 2012).

Druhý pohled na determinanty posttraumatického rozvoje může poskytnout meta-analýza dosavadních studií. Meta-analýza trpí určitými nedostatky, zejména v podobě některých proměnných, které mohou být kulturně specifické z toho důvodu, že autoři vychází především ze studií v angličtině (Mareš, 2012). Ačkoliv meta-analýzy by měly být spolehlivější, uvádíme si dvě studie, které přichází s rozdílnými výsledky.

Autoři Helgeson, Reynold a Tomich provedli meta-analýzu, která zkoumala vztah mezi posttraumatickým rozvojem a jeho determinanty. Posttraumatický rozvoj zde nazývají jako pozitivní přínosy (*benefit finding*). Celkem našli 235 prací pocházející z období 1985–2005. Zvoleným kritériím vyhovovalo pouze 87 studií. Výsledky v 77 studiích ukazují, že posttraumatický rozvoj souvisí s nižší depresí a větší osobní pohodou (*well-being*), ale také se více objevují vtíravé a neodbytné (intruzivní) myšlenky. Bylo zjištěno, že posttraumatický rozvoj nesouvisí s úzkostí, distresem, kvalitou života a subjektivním vnímáním vlastního zdraví. Tyto vztahy byly ovlivněny dobou od uplynutí traumatu. Pohybovaly se od jednoho měsíce až po 52 let, medián byl třicet měsíců (tj. 2,5 roku). Další proměnnou je **druh působícího stresoru**, které rozdělili na stresor zdravotní a osobní povahy. Druh stresoru má vliv na úzkost, Co se týče demografických proměnných, bylo zjištěno, že výraznější posttraumatický rozvoj se projevuje u žen, u mladších osob, ale nebyla nalezena souvislost se socioekonomickým statutem (Helgeson, Reynold, & Tomich, 2006; Mareš, 2012).

Také další autoři Park a Helgeson (2006) na základě metaanalýzy ze 77 článků dochází k závěru, že skutečný posttraumatický rozvoj může souviset s osobní pohodou, duševním a možná i fyzickým zdravím.

Další meta-analýza italských autorek (Prati, & Pietrantonio, 2009) zkoumala roli sedmi proměnných, které přispívají k posttraumatickému rozvoji: dispoziční optimismus, sociální opora, aktivní vyhledávání sociální opory, spiritualita, religiózní zvládání zátěže, pozitivní

přehodnocení negativní události a akceptace reality. Výsledky ze 103 studií z období 1990–2006 ukázaly, že všechny tyto proměnné statisticky významně souvisí s PTG s odlišnou mírou intenzity. Autorky dochází k závěru, že nejsilnějším faktorem je **religiózní zvládnání zátěže**. Další mírně související faktory PTG jsou sociální opora, aktivní vyhledávání sociální opory, spiritualita a dispoziční míra optimismu. Na rozdíl od předchozí studie autorky poukázaly na fakt, že velikost účinku (*effect size*) se neliší v závislosti na **době uplynulé od nepříznivé události** a pohlaví (Mareš, 2012).

Z výše uvedeného vyplývá, že existuje spousta faktorů posttraumatického rozvoje, kdy některé více či méně s ním souvisí. V přítomnosti posttraumatického rozvoje hrají rozhodující roli spíše osobnostní charakteristikami, naděje, optimismus, zatímco objektivní charakteristiky zůstávají v pozadí.

## 4 NADĚJE

V následujících dvou kapitolách se nyní otevírá potřebný prostor pro vymezení pojmů naděje a životní spokojenosti, kde se budeme stručně věnovat obsahu a významu těchto dvou fenoménů.

Naději lze snadno zaměnit se slovem víra. Každý člověk někdy ucítil v sobě niternou naději, že vše bude dobré. Pomocí naděje se člověk snaží dosáhnout svého cíle, doufá v kladné vyřešení jeho problémů či hledá naději na uzdravení z vážné nemoci. Naděje se může stát impulsem, proč znovu vyvíjet novou energii.

### 4.1 Historický vývoj naděje

V průběhu staletí se naděje stala předmětem pozornosti mnohých filozofů, spisovatelů, umělců a dnes i psychologů. Kdybychom si nyní položili otázku, zda je naděje dobrá nebo špatná, pravděpodobně bychom dostali odpověď, že je dobrá. V historii se ale pohledy na naději zcela odlišovaly, a to jako na dar a obráceně byla prezentována negativně, jako prokletí (Snyder, Cheavens, & Michael, 1999).

Začněme nejznámějším řeckým mýtem o naději, který vypráví o Pandoře, která i přes zákaz otevřela truhlu smrti, ze které vyletělo všechno zlo, závist, nemoci, neštěstí, války, ale na dně zůstala ukrytá naděje, protože Pandora víko přiklopila v zoufalé snaze zabránit uvolněnému zlu. Antičtí myslitelé z tohoto důvodu naději interpretují jako součást zla místo jako útěchu. Například Sofokles a Nietzsche vnímali naději jako lidskou slabost a zoufalý motiv, který pouze prodlužuje lidské utrpení. Pozitivními výroky přispěl **sv. Pavel z Tarsu a Martin Luther**, kteří naději povýšili na stejnou úroveň jako je láska, což naznačuje, že je synonymem všeho dobrého a pravdivého. Americký teolog Paul Tillich se pokusil o syntézu obou pohledů a napsal, že každý člověk se může ztratit v pošetilé naději, ale opravdová naděje je něco velmi vzácného (Snyder et al., 1999; Snyder, 2000a).

Na přelomu padesátých a šedesátých let se objevil systematictější přístup ke studiu naděje, kdy několik psychiatrů a psychologů nejen předpokládalo, že naděje stojí hodně investice, ale také se obecně shodli na tom, že je založena na pozitivním očekávání k dosažení cíle. Jejich práce však nezískala podporu širší vědecké komunity, která zůstala ohledně naděje stále skeptická (Snyder et al., 1999; Snyder, 2000a).

Koncem šedesátých let ztratila naděje negativní konotaci a byla studována pod obecnou definicí pozitivních očekávání (Snyder, 2000b). Od poloviny 70. let došlo

k nárůstu psychologických výzkumů zabývajících se stresem a zvládáním nemoci. Výzkum naznačil, že negativní myšlenky a pocity mají souvislost s horším zdravím, horším průběhem nemoci a jeho zvládáním. Objevil se předpoklad, že naděje může mít pozitivní dopad na jedince ve vztahu k lepšímu zdraví. V devadesátých letech získala největší pozornost Snyderova teorie naděje (Snyder, 2000a).

## 4.2 Vymezení naděje

Na přelomu 70. a 80. let **Snyder** zkoumal, jakým způsobem se lidé vymlouvají, když udělají nějakou chybu nebo se špatně zachovají. Studie ukázaly všudypřítomnost tohoto lidského motivu. Několik probandů naznačilo, že je ale sledována pouze ta část procesu distancování, tj. jak chtějí lidé zvýšit vzdálenost mezi nimi a jejich špatnými výsledky. Zvýšená distance skutečně zachytila podstatu ospravedlnitelného projevu, ale probandi sdělili, že byli také motivováni k tomu, aby snížili vzdálenost k jejich pozitivním cílům. V rámci laboratorního experimentu jim nebylo dovoleno, aby projevili ještě větší motiv a snažili se dosáhnout pozitivních cílů. Snydera to zaujalo natolik, že začal pátrat po vhodném termínu, který by popisoval motiv jedince dosáhnout pozitivních výsledků nebo cílů a napadla ho myšlenka nazvat tento proces nadějí (Snyder, 2000a).

Hartl a Hartlová (2015, 338) popisují naději velmi stroze: „*emoční postoj charakteristický očekáváním něčeho příznivého*“. Tato definice postrádá ostatní činitele podílející se na procesu naděje. Proces naděje je k cíli vytyčená aktivita, která je doprovázena jak motivačními, tak plánovacími prvky (Snyder, 2000a). Tyto prvky se staly základem Snyderovy definice naděje, která zní: „*naděje je souhrn vnímaných schopností vytvářet cesty k vytyčeným cílům a motivace tyto cesty následovat*“ (Snyder, 2000a, 8; Snyder, Rand, & Sigmon, 2002, 249). Naděje může být podnětem ke změně (Stephen, 2017).

## 4.3 Kognitivní teorie naděje

Existuje řada teorií naděje, ale v posledních dvou desetiletích získala značnou pozornost kognitivní teorie naděje již zmíněného významného představitele pozitivní psychologie C. R. Snydera. Kognitivní teorii, která stojí v kontrastu s ostatními teoriemi, začal Snyder vytvářet za podpory dvou kolegů F. Heidera a K. Menningera (Snyder, 2000a; Slezáčková, 2012). Kognitivní aspekt teorie tvoří **cíle** (*goals*), které jsou nezbytnou podmínkou pro vznik naděje. Krátkodobé či dlouhodobé cíle musí být dosažitelné, avšak obsahují určitou nejistotu (Snyder, 2000b).

Tato nová teorie popisuje naději jako myšlenkový proces, který obsahuje dvě dílčí složky ve vzájemném vztahu: **snahu** (*agency*) a **cestu** (*pathways thinking*) (Snyder et al., 1999; Lopez, Pedrotti, & Snyder, 2015). Aby lidé dosáhli svých cílů, musí se domnívat, že jsou schopni vytvářet funkční cesty k vytyčeným cílům (*pathways thinking*). Tato složka odráží schopnost člověka nalézat a naplánovat přiměřené cesty k cílům, kdy se člověk utvrzuje v tom, že najde způsob, jak to udělat. Tváří v tvář překážkám lidé disponující vyšší mírou naděje častěji uvažují o alternativních cestách s důvěrou, že je překonají (Snyder, 2000b; Lopez, Pedrotti, & Snyder, 2015). Zásluhou kauzálních vztahů má jedinec možnost předvídat následky zvolené cesty, což umožňuje zvážit efektivitu jednotlivých cest (Křivohlavý, 2004). Další složkou naděje je snaha (*agency*), která je motivační složkou pro iniciování a vytrvání na cestě k cíli. Snaha pohání člověka ve sledování jeho vytyčených cílů a zároveň slouží jako motivace během procesu jejich dosahování. Snaha se rovněž jeví jako velmi důležitá při zablokování počátečních cest vedoucích k cíli, která jedince vede k využití alternativ (Snyder, 2000a, 2000b). Křivohlavý (2004) snahu popisuje jako „energizující působení“, které je prvním krokem k zahájení procesu naděje.

Je důležité poznamenat, že naděje odráží vnímané individuální schopnosti jedince vytvářet cesty, ne nutně realitu. Teoreticky je možné, že jedinec disponuje vysokou mírou naděje, a přesto nedosáhne svých cílů. K tomu, aby člověk dosáhl svého cíle, je nutné, aby naděje poskytovala kognitivní základ potřebný k dosažení cíle (Feldman, Rand, & Kahle-Wroblewski, 2009).

Snyderova definice naděje zdůrazňuje myšlení na rozdíl od jiných modelů naděje založených na emocích (Farran, Herth, & Popovich, 1995). Emoce představují vedlejší produkt myšlení, kdy pozitivní emoce odráží vnímaný úspěch při dosažení cíle a negativní emoce zrcadlí vnímané selhání (Snyder, 2000b).

Snyder užívá termín naděje ve dvojitým smyslu, buď jako **aktuální stav** (*hope state*) nebo jako **relativně stabilní osobnostní rys** (*hope trait*). K naději jako osobnostnímu rysu se přiklání i Park, Peterson a Seligman (2004), kteří ji identifikují jako jednu ze základních charakterových čtností. Naděje jako rys osobnosti se popisuje jako dispoziční míra naděje, tzv. základní (bazální) úroveň naděje, která se objevuje v prvních dvou až třech letech života (Snyder, 2000a). Dítě zkouší nacházet cesty, které vedou k cíli a v případě neúspěchů se učí zvládat frustraci. Vlivem výchovy a dalších životních okolností se ustanovuje míra dispoziční naděje, která zůstává po zbytek života na stabilní úrovni a během života se sice může zvýšit či snížit, ale obvykle se navrácí k původní hladině již dříve přítomné dispoziční

naděje. Naděje je tedy relativně stabilní osobnostní rys (Ocisková, Sobotková, Praško, & Mihál, 2016).

To, jak člověk postupuje od naděje k apatii závisí na míře dispoziční naděje a také na povaze zablokovaného cíle. V případě, že člověk vnímá, že důležitý cíl je zablokovaný nebo překážky jsou příliš velké, ukončí veškerou snahu dosáhnout stanoveného cíle (Snyder, 2000a).

#### **4.4 Související teorie pozitivní psychologie**

V této podkapitole se zaměříme na další teorie v rámci pozitivní psychologie. Teorie naděje má podobné znaky s jinými koncepty a my se zaměříme právě na tyto podobnosti a taktéž rozdílů. Snyder et al. (2002) podotýká, že jeho teorie souvisí s pěti dalšími koncepty a snaží se tak dostatečně vymezit hranice svého konceptu a snaží se o dostatečné vymezení svého konceptu, aby nepopisoval již existující teorii. Teorie naděje poskytuje další výzkumný rámec pro pochopení a posílení adaptivních způsobů fungování, které jsou základem pozitivní psychologie.

##### ***Optimismus v pojetí Seligmana***

Seligman (1998) při vypracování koncepce naučeného optimismu (*learned optimism*) vycházel ze svého staršího modelu naučené bezmocnosti. Základ jeho teorie spočívá v atribucích, které umožňují pochopit příčiny vnějších i vnitřních negativních událostí. Optimista důvody neúspěchu považuje za přechodné a jeho atribuční styl se vyznačuje externími, variabilními a specificky orientovanými atribucemi, zatímco pesimistický atribuční styl je specifický vnitřními, stabilními a globálně orientovanými atribucemi. Pesimista vnímá neúspěch jako ohrožení všech jeho životních oblastí. V této teorii je kladen důraz na neúspěšné výsledky a můžeme nalézt souvislost ve vzdálenosti, kdy se optimisté snaží distancovat od selhání. Teorie naděje se však soustředí na dosažení budoucích pozitivních cílů. V obou teoriích je výsledek velmi důležitý, i když v teorii naděje je zdůrazněn více. Na rozdíl od teorie optimismu dle Seligmana teorie naděje výslovně řeší původ emocí (Snyder et al., 2002).

##### ***Optimismus v pojetí Scheiera a Carvera***

Carver a Scheier (2002) zdůrazňují v jejich teorii tzv. zobecněná očekávání výsledků a předpokládají, že přístup jedince je podmíněný subjektivně vnímanou hodnotou možného výsledku. Jak teorie optimismu dle Scheira a Carvera, tak teorie naděje jsou kognitivní



a vysvětlují chování napříč situacemi. V tomto modelu se lidé přibližují k žádoucím cílům a vzdalují se od těch nežádoucích. Scheier a Carver kladou důraz na složku snahy, ale v pojetí teorie naděje je jak složka snahy (odlišná od pojetí Scheiera a Carvera), tak složka cesty. Tato koncepce se vůbec nezabývá původem pozitivních a negativních emocí, zatímco Snyder ve své teorii původ emocí popisuje (Snyder et al., 2002).

### ***Vnímaná osobní zdatnost (self-efficacy)***

Bandura vymezil pojem self-efficacy (vnímaná osobní zdatnost, sebeuplatnění), který stojí na podobném předpokladu jako teorie naděje. Výsledek související s cíli musí být dostatečně důležitý, aby zaujal pozornost jedince a tím aktivizoval vlastní účinnost. Tento předpoklad je podobný teorii naděje. Bandura usoudil, že kognitivní analýza se zaměřuje na dosažení cíle a nazývá ji očekáváním výsledku. Očekávání výsledku je podobné myšlence cesty. Zde cesta reflektuje sebeanalýzu vlastních schopností vytvářet počáteční cesty k cílům, stejně jako další cesty, pokud by se vyskytla nějaká překážka. Poté osoba vyhodnotí svou schopnost činnosti spojenou s očekávaným výsledkem (tzv. očekávanou účinnost, kde nacházíme spojení se složkou snahy v teorii naděje). Zde však očekávaná účinnost zdůrazňuje vnímání jedince, jak může vykonávat činnost v daném situačním kontextu, zatímco teorie naděje zdůrazňuje přesvědčení jedince, že může iniciovat a pokračovat v požadovaných opatřeních. Klíčový rozdíl je mezi slovy „can“ a „will“, přičemž první znamená schopnost jednat a druhé slovo se pokouší jednat. Je zde vyzdvihována složka snahy, zatímco v teorii naděje jsou obě složky na stejné úrovni (Snyder et al., 2002).

### ***Sebeúcta, sebeocenění (self-esteem)***

Hartl a Hartlová (2015, 525) definují sebeúctu jako „*hodnotící dimenzi sebepojetí, která zahrnuje hodnocení vlastní ceny a sebejistotu*“. Sebeúcta (sebeocenění) odráží emoce v průběhu života jedince podle toho, jakým způsobem svůj život posuzuje a hodnotí. Model sebeúcty (sebeocenění) je implicitně postaven na myšlenkách zaměřené k cíli a současně předpokládá, že činnost musí mít pro jedince dostatečnou hodnotu. Tyto dvě charakteristiky se uplatňují také v teorii naděje, ale v teorii naděje je kladen důraz na proces analýzy sledování cílů, který vyvolává emoce nebo úctu (ocenění). Badatelé podpořili teoretický předpoklad, že myšlenky zaměřené na dosažení cíle (tj. naděje) ovlivňují úctu (ocenění).

### ***Teorie řešení problémů***

Poslední související koncepcí je problematika řešení problémů, kdy je důležitá volba strategie (cesty), která je základem pro dosažení cíle a tím vyřešení problému. Tyto cíle jedinec vyvozuje na základě hodnotové orientace. Spojitost s teorií naděje je hledání cesty, ale rozdíl spočívá v absenci složky snahy, která je explicitně zdůrazněna (Snyder et al., 2002).

## 5 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

### 5.1 Vymezení životní spokojenosti

Životní spokojenost spadá do oblasti pozitivní psychologie. Významným představitelem v tomto poli je psycholog **Ed Diener** a u nás je to **Jaro Křivohlavý**. Životní spokojenost upoutala pozornost společně s rozvojem sociologického zkoumání kvality života a štěstí. Definice životní spokojenosti nemá jednoznačný význam, ačkoliv v obecném povědomí má konkrétní podobu (Hamplová, 2004). Životní spokojenost můžeme zařadit do oblasti reakcí, ale pozornost se zaměřuje zejména na její zdroje z okolního prostředí. Lze ji definovat jako míru spokojenosti s vlastním životem a intenzitu prožívání kladných emocí (Slezáčková, 2012). Brouwer et al. (2005) vymezuje **životní spokojenost** v souladu s onemocněním jako úroveň spokojenosti jedince s těmi aspekty jejího života, které jsou ovlivněny důsledky nemoci a jejího léčení. Přes odlišnost definic, většina zdůrazňuje subjektivní hodnocení jedince (Hamplová, 2004). V psychologii je chápána životní spokojenost jako kognitivní část osobní pohody. K životní spokojenosti se někdy váže synonymum pro štěstí a subjektivní blaho (Slezáčková, 2012). Životní kvalita jako multidimenzionální pojem neznamená totéž, co životní spokojenost či stav zdraví, psychický stav nebo pohoda (Mareš et al., 2006).

**Celková životní spokojenost** je výrazně ovlivněna následujícími kategoriemi: sebehodnocení, peněžní příjem, věk, pohlaví, zaměstnání a vzdělání, náboženství, manželství a rodina, sociální kontakty, spokojenost s intimním životem, životní události a biologické vlivy (např. kvalita spánku (Slezáčková, 2012). Hamplová (2004) rozlišuje tři faktory, a to typ osobnosti, srovnávání jedince se standardem a objektivní životní podmínky. Lidé, kteří jsou spokojeni se svým životem lépe řeší problémy, dosahují lepšího pracovního výkonu, mají tendenci být odolnější vůči stresu a jsou zdravější (Park et al., 2004).

Zatímco životní spokojenost je běžně měřena jako souhrn jednotlivých životních domén (oblastí), neexistuje jednoznačná shoda, co se týče počtu a označení těchto domén vzhledem k rozmanitosti teoretických přístupů a oborů (Mareš et al., 2006). Australský filozof Cummins (1996) se z tohoto důvodu pokusil uspořádat ve své studii při analýze dosavadní literatury 173 různých názvů životních oblastí do sedmi obecnějších okruhů, které tvoří základ dotazníku Comprehensive Quality of Life Scale (ComQoL). Cummins

rozlišil tyto kategorie: hmotné zabezpečení (*material well-being*), zdraví, produktivita, důvěrnost, pocit bezpečí, komunita a emoční pohoda (*emotional well-being*).

V následujících podkapitolách se zaměříme na další pojmy, které se velmi často používají v souvislosti s životní spokojeností. Jedná se zejména o kvalitu života, osobní pohodu (*well-being*) a štěstí, u kterých si představíme jejich různá pojetí.

## 5.2 Kvalita života

Termín **kvalita života** (*quality of life*) se dle Hnilicové (2005) poprvé objevil v 20. letech v politickém kontextu v souvislosti s ekonomickým vývojem a materiální podporou ze strany státu. Stejně jako u životní spokojenosti neexistuje jednoznačná shoda v přesném vymezení kvality života. Rovněž existují ekvivalentní termíny jako štěstí, osobní pohoda nebo sociální blahobyt. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, 1998) definuje kvalitu života jako **subjektivní vnímání postavení jedince** a je zakotvena v kulturním, sociálním a enviromentálním kontextu. Jedná se o širokou koncepci, která identifikuje **šest rozsáhlých oblastí**: fyzické zdraví (např. energie a únava), psychické zdraví (např. pozitivní a negativní pocity), úroveň samostatnosti (např. schopnost sebeobsluhy), sociální vztahy, duchovní oblast (spiritualita) a životní prostředí (např. dostupnost zdravotní péče). Oblasti zdraví a kvalita života se vzájemně doplňují a překrývají. Podle Křivohlavého (2001) jde o míru spokojenosti jedince s tím, jak se mu podaří dosáhnout cílů, které určují směřování jeho života. Obě dvě definice podobně jako u životní spokojenosti vyzdvihují význam subjektivního hodnocení.

Centrum pro podporu zdraví (nedat., in Hnilicová, 2005) v Torontu ve své definici vymezuje dvě složky, kdy kvalitu života popisuje jako stupeň užívání si možností života, které člověk má k dispozici. **Složka užívání si** (*enjoyment*) obsahuje dvě komponenty: stav spokojenosti a dosažení naplnění v jednotlivých životních doménách: bytí (*being*), přílnutí (*belonging*) a realizace (*becoming*). Bytí je souhrnem fyzických, psychických a spirituálních charakteristik jedince, zatímco přílnutí zahrnuje fyzickou (například k domovu, pracovišti), užší sociální (například k rodině a přátelům) a širší sociální doménu (prostřednictvím pracovních příležitostí, zdravotní péče, vzdělávání). Realizace představuje praktické, relaxační dosahování cílů a růst osobnosti.

Kvalitu života lze posoudit ze dvou hledisek: subjektivního a objektivního. **Subjektivní dimenze** kvality života zahrnuje prožívanou subjektivní pohodu a životní spokojenost. Osobní pohodě se budeme podrobněji věnovat v následující podkapitole.

**Objektivní dimenzi** kvality života lze posuzovat na základě stanovených kritérií zvenčí. Obě dimenze se vzájemně doplňují a není možné vynechat subjektivní dimenzi, protože ta tvoří podstatný základ poznání kvality života konkrétního jedince (Slezáčková, 2012).

Výzkum kvality života zažívá v posledních třiceti letech obrovský rozmach. Jedná se zejména o faktory přispívající vyšší kvalitě života a rovněž se sleduje interakce mezi nimi. Z důvodu nejasného vymezení definice se výzkum zabývá především jednotlivými složkami kvality života, nikoliv jako celý pojem. Tyto složky se především zdůrazňují u chronicky nemocných, postižených, umírajících a starých lidí. Těžké vědecké uchopení kvality života vyplývá i z toho, že je založena na subjektivním hodnocení jedince, přesto je snaha ji objektivně měřit zvenku. Výzkumné metody měření kvality života lze rozlišit na metody objektivní, subjektivní a smíšené (Hnilicová, 2005; Slezáčková, 2012).

Holandský sociolog R. Veenhoven (2000) přistupuje k tématu poněkud netradičně s čtyřpolní maticí. Kvalitu života chápe jako široký pojem, a proto navrhuje klasifikaci založenou na dvou oddílech. První oddíl rozlišuje mezi příležitostmi (šancemi) pro kvalitní a dobrý život a na straně druhé výslednou podobou samotného kvalitního života. Druhý oddíl odlišuje vnitřní a vnější kvalitu života, kdy vnitřní je charakteristická pro daného jedince, zatímco vnější kvalita naznačuje prostředí, ve kterém jedinec žije.

### **5.3 Koncept osobní pohody (well-being)**

Anglosaský pojem well-being (zkráceně WB) je obtížně přeložitelný do češtiny, a proto se používá jak anglický termín, tak český překlad **subjektivní či osobní pohoda**. Někteří autoři rozlišují i objektivní osobní pohodu, která zahrnuje například zdravotní stav, hmotné zabezpečení nebo funkční kapacitu organismu ve vztahu k požadavkům (Kebza, & Šolcová, 2005). Jak už bylo zmíněno, osobní pohoda (well-being) tvoří významnou kognitivní komponentou životní spokojenosti. Tento pojem získal na popularitě poté, co Světová zdravotnická organizace (WHO) jej zakotvila jako důležitou charakteristiku zdraví (Kebza, & Šolcová, 2005). Stejně jako předcházející pojmy i pro osobní pohodu se užívají nesprávně příbuzná slova jako životní spokojenost, pocit blaha, radost, úspěšnost či štěstí. Jedná se však o nezávislé konstrukty a je proto třeba je posuzovat odděleně (Kebza, & Šolcová, 2005; Dosedlová, 2008).

**Osobní pohodou** rozumíme „*subjektivní reflexi lidského prožívání a hodnocení vztahu k sobě i okolnímu světu a jeho psychologického zpracování*“ (Kebza, & Šolcová,

2005, 12). Osobní pohoda je emocionální a kognitivní zhodnocení života a zahrnuje i to, co lidé nazývají štěstí, mír, naplnění a životní spokojenost. Osobnostní dispozice, jako je extraverte, neuroticismus a sebeúcta mohou výrazně ovlivnit hladinu osobní pohody. Přestože osobnost jedince vysvětluje významnou část variability osobní pohody, významný podíl na dlouhodobém utváření osobní pohody tvoří také životní podmínky. Je velmi náročné posuzovat well-being v různých kulturách, ale přesto některé proměnné mají určitý stupeň mezikulturní platnosti (Diener, Oishi, & Lucas, 2003).

**Diener, Suh, Lucas, a Smith** (1999) rozlišili v konceptu subjektivní osobní pohody **tři komponenty**: emocionální odpovědi (míra pozitivních a negativních emocí v nejrůznějších situacích), míra spokojenosti v jednotlivých doménách (práce, rodina, volný čas, zdraví, hmotné zabezpečení a vlastní osoba) a globální posouzení životní spokojenosti. Tyto tři komponenty jsou na sobě nezávislé konstrukty.

Kromě těchto komponent pocit osobní pohody tvoří **čtyři složky**: psychická osobní pohoda, sebeúcta (*self-esteem*), sebeuplatnění (*self-efficacy*) a osobní zvládání (*personal control*). Psychická pohoda je zde chápána v užším smyslu, jako například životní spokojenost, pozitivní a negativní emocionální reaktivita, shoda mezi očekávanými a dosaženými cíli atd. (Dosedlová, 2008).

Ryan a Deci (2001) popisují osobní pohodu na základě dvou filozofických koncepcí dle Aristotela a Epikura. Přístup Epikura, který je založený na hédonickém kontinuu, se zaměřuje primárně na štěstí a příjemné prožitky. Oproti tomu eudaimonické pojetí dle Aristotela se zaměřuje na seberozvoj a seberealizaci a definuje well-being jako stupeň fungování jedince. Tyto dva přístupy vedly ke vzniku různých výzkumných center a řady nových poznatků, které se v některých oblastech liší a v jiných se vzájemně doplňují.

## 6 DOSAVADNÍ VÝZKUMY

V rámci této kapitoly se zaměříme na proběhlé výzkumy chronické pankreatitidy, případně chronického onemocnění, v souvislosti s posttraumatickým rozvojem, nadějí a životní spokojeností.

Dlouhodobé sledování pacientů s chronickou pankreatidou umožňují specifické dotazníky kvality života. Kvalita života představuje důležitou proměnnou v hodnocení u pacientů s tímto onemocněním. V České republice není tato oblast zatím dostatečně prozkoumána. Autoři studie našli celkem patnáct zahraničních studií z roku 2000–2014, které hodnotily kvalitu života související se zdravím (HRQoL) za pomoci čtyř různých dotazníků. Pomocí metody konceptualizace zjistili, že z německých a polských studií vyplývá výrazné omezení v oblasti fyzické aktivity a snížení všeobecného hodnocení zdraví. Pouze italské studie poukázaly na rozdíl mezi pohlavím, a to u žen, které v HRQoL skórovali méně než muži. Dále se autoři zaměřili na faktory snižující pokles kvality života, jako nejvýznamnější faktor identifikovali bolest, dále průjem, problémy se zažíváním, cukrovku, délku trvání onemocnění a její závažnost, invalidní důchod a potíže spánkem. Kromě těchto faktorů poukázali na etiologii, která významnou roli na kvalitu života neměla. U nealkoholických pankreatitid zjistili, že jsou běžné příznaky deprese (Chrastina, Bednářová, & Ludíková, 2015).

Cílem průřezové studie Han et al. (2018) bylo zhodnotit vliv kouření na kvalitu života pacientů s chronickou pankreatidou. Této studii se zúčastnilo 48 kuřáků a 45 nekuřáků. Kuřáci měli kromě horší celkové kvality života také vyšší míru závislosti na opiátech a vyšší míru deprese než nekuřáci.

Mokrowiecka, Pinkowski, Malecka-Panas a Johnson (2010) se ve své studii zaměřili na životní spokojenost u pacientů s chronickou pankreatidou. Do studie bylo zařazeno celkem 69 respondentů, z toho 55 mužů a 14 žen. Různé stupně poškození pankreatu byly definovány pomocí Cambridgeské klasifikace. Intenzita a frekvence bolesti byla hodnocena pomocí indexu bolesti. Byly použity metody EORTC QLQ-C30 a dotazník PAN26, ačkoliv oba dotazníky byly vyvinuty pro karcinom pankreatu, oba byly validizovány pro chronickou pankreatidu. Výsledky ukázaly projevy pankreatitidy, finanční potíže, strach z budoucího zdraví a bolest jako faktory ovlivňující výrazně životní spokojenost.

Whelan a Cunningham (2010) dochází k závěru, že je výhodnější u specifických populací doplnit kvantitativní design výzkumu o kvalitativní data. Vzhledem k tomu, že standardizované kvantitativní měření posttraumatického rozvoje u vzorku osob s chronickým onemocněním se ukázalo jako omezující pro zachycení celého spektra pozitivních změn, byla například v roce 2007 navržena australská kvalitativní studie u jedinců s roztroušenou sklerózou, ve které se účastníci více dozvěděli o své vlastní nemoci, uvědomili si hodnotu svého zdraví a přehodnotili životní styl a stravování. To jsou výhody plynoucí z kvalitativního designu výzkumu.

Autor Purc-Stephenson (2014) ve své studii zkoumal, jak jedinci diagnostikovaní s artritidou a zánětlivým onemocněním střev vykazují posttraumatický rozvoj. Zjistil, že tyto dvě různé skupiny onemocnění mají různé typy pozitivních změn. Posttraumatický rozvoj se nevyskytuje pouze u akutních, život ohrožujících onemocnění. Závěr této studie podotýká, budoucí výzkum by měl pokračovat ve sledování posttraumatického rozvoje u osob s chronickým onemocněním, stejně jako u jedinců, kteří zažili traumatickou událost.

Americká studie zhodnotila utváření smyslu a demografické faktory v souvislosti s posttraumatickým rozvojem. Výzkumný soubor tvořilo 110 dospělých jedinců ve věkovém rozmezí 19–62 let žijící s chronickým onemocněním (například astma, cukrovka, srdeční onemocnění, chronické bolesti, rakovina, epilepsie). Ve vzorku převažovaly ženy. Regresní analýza ukázala přítomnost utváření smyslu a pohlaví jako nejsilnější prediktory posttraumatického rozvoje (Zeligman, Varney, Grad, & Huffstead, 2018).

Poslední výzkum se zaměřuje na souvislost naděje s chronickým onemocněním. Ve studii autoři Griggs a Walker (2016) za pomoci využití integračního přístupu provedli metodickou revizi. Vyhledali 197 studií publikované v recenzovaných časopisech z roku 1995–2015 za použití termínů naděje a chronické onemocnění. Pro vyhodnocení bylo použito 27 kvantitativních studií, 8 kvalitativních studií a 19 teoretických prací. Autoři objevili 7 témat včetně naděje. Lidé, kteří vykazují vyšší míru naděje, hledají různé cesty k dosažení cíle. Pokud se objeví překážky, chápu je jako výzvy a lépe zvládají zátěžové situace. V diskuzi poukazují na fakt, že dočasný empirický výzkum a teorie naznačují souvislost mezi nadějí a fyzickým zdravím, ale specifické mechanismy podle nich zůstávají nejasné.



## **EMPIRICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE**

## 7 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V teoretické části práce jsme se pokusili zmapovat problematiku chronického onemocnění, konkrétně chronické pankreatitidy, posttraumatického rozvoje, naděje a životní spokojenosti. Z uvedených výzkumů vyplývá, že u chronického onemocnění může dojít k posttraumatickému rozvoji, který souvisí s vyšší mírou osobní pohody. Vzhledem k absenci výzkumných poznatků vztahující se k tomuto tématu je výzkum explorativního charakteru.

Hlavní cíl výzkumu spočívá v explicitním záměru výzkumníka shromáždit data, která použije k zodpovězení výzkumné otázky. Způsob položení výzkumné otázky je velmi důležitý a výzkumná otázka musí být jasná definovaná. Oproti kvantitativnímu výzkumu zde nemůžeme testovat hypotézy a výzkumná otázka je ekvivalentem hypotézy. Podstatný rozdíl mezi nimi spočívá v tom, že výzkumnou otázku můžeme během výzkumu změnit (Miovský, 2006).

Cílem výzkumné části předkládané diplomové práce je porozumět osobní subjektivní zkušenosti pacientů s chronickou pankreatitidou v remisi a zjistit, zda u nich došlo k pozitivním změnám ve smyslu posttraumatického rozvoje. Zároveň se zaměříme na míru dispoziční naděje a životní spokojenost pacientů s chronickou pankreatitidou v jednotlivých kazuistikách. Prostřednictvím jednotlivých výpovědí respondentů výzkumu a jejich následné analýzy se pokusíme nahlédnout do skutečného života pacientů s chronickou pankreatitidou a poskytnout tak pohled na individuální zkušenost pacienta, jakým způsobem pacient své onemocnění vnímá a prožívá, jaký význam onemocnění pacient přikládá, a jak nemoc začleňuje do svého života. Cílem tohoto výzkumu je tedy skrze subjektivní zkušenost s chronickou pankreatitidou zjistit možný posttraumatický rozvoj, míru dispoziční naděje a životní spokojenost u jedinců trpících tímto onemocněním. V návaznosti na cíle výzkumu, byla výzkumné otázky stanoveny následovně:

**VO1:** Jaká je zkušenost jedinců s chronickou pankreatitidou?

**VO2:** Vykazují vybraní respondenti posttraumatický rozvoj?

**VO3:** Které domény posttraumatického rozvoje dle autorů Tedeschi a Calhoun (1995) jsou u vybraných respondentů zastoupeny?

**VO4:** Jaká je míra dispoziční naděje u vybraných respondentů ve srovnání s populací?

**VO5:** Jaká je životní spokojenost vybraných respondentů ve srovnání s populací?

## 8 VÝZKUMNÝ SOUBOR

V této kapitole si blíže charakterizujeme a popíšeme strategie výběru výzkumného souboru. Pro výběr výzkumného souboru v kvalitativním přístupu je velmi obtížné uplatnit princip znáhodnění, který se užívá v kvantitativním přístupu. Stejně tak není jednoduché dosáhnout reprezentativnosti, která je důležitá pro zobecnění výsledků na celou populaci. Jak už bylo zmíněno v předchozí podkapitole, v kvalitativním přístupu není možné takové reprezentativnosti dosáhnout, a ta nabývá tedy na jiném významu. V tomto přístupu se uplatňují nepravděpodobnostní metody výběru (*non-probabilistic sample*) výzkumného souboru. Je důležité, aby výzkumník zdůvodnil volbu metod, stejně tak jejich aplikaci a případné úpravy (Miovský, 2006).

Podstatným kritériem výběru respondentů je homogenita vzorku (Kostínková, & Čermák, 2013). Základ výzkumného souboru tvořili pacienti s chronickou pankreatitidou v remisi. Zvolit náhodný výběr jako metody výzkumného souboru bylo obtížné z důvodu poměrně nízké incidence onemocnění, možné neochotě oslovených nemocnic spolupracovat a také obtížného kontaktování pacientů. V roce 2012 vzrostla incidence na 12 pacientů s diagnózou chronická pankreatitida na deset tisíc obyvatel v České republice (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2013). Na základě výše uvedených důvodů jsme zvolili záměrný (účelový) výběr a výběr metodou sněhové koule (*snowball sampling*).

Nejrozšířenější metodou je záměrný (účelový) výběr, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle daných kritérií výzkumu. Záleží na ochotě jedinců se do výzkumu zapojit. Výběr metodou sněhové koule je jedna z nejčastěji používaných metod v oblasti kvalitativního přístupu. Tato metoda se jeví jako vhodná pro výzkum obtížně dostupné populace. Kombinuje účelový výběr a prostý náhodný výběr, kdy základní princip spočívá v kontaktování účastníků splňující kritéria výzkumu. Tato tzv. první vlna účastníků výzkumu nominuje další potenciální účastníky, kteří jsou zařazeni do výzkumu a celý proces se znovu opakuje (Miovský, 2006).

V kvalitativním přístupu výzkumný soubor reprezentuje populaci problému. Cílem je teoretická saturace dat, kdy data již nepřinášejí žádné nové informace nebo poznání. Respondenti tak rozhodují o redukci dat a výzkumník se snaží získat co nejvíce relevantních informací (Disman, 2011).

Vzhledem ke klíčovému požadavku na dobré reprezentování daného tématu je důležitá homogenita vzorku. Pro zařazení jedince do výzkumu byla stanovena tedy následující kritéria:

- Diagnóza chronické pankreatitidy ve stádiu remise.
- Minimální věk 18 let.
- Remise onemocnění minimálně šest měsíců, což je doba, kdy začíná docházet k posttraumatickému rozvoji.
- Podepsaný informovaný souhlas s účastí na výzkumu.

Z důvodu obtížného kontaktování pacientů byl zvolen společenský webový systém Facebook, kde v rámci prvku skupin, které slouží ke sdružování určitého okruhu uživatelů, byly osloveny dvě skupiny s cca 600 členy. V jedné skupině správce s uveřejněním nabídky účasti na výzkumu nesouhlasil. Ve druhé skupině byla zveřejněna žádost o účast na výzkumu ve formě letáku odkazující na dotazník PTGI.

Další získávání respondentů spočívalo v oslovení celkem 34 nemocničních zařízení. Souhlas s výzkumem udělily tři zdravotnická zařízení: Vojenská nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a Ústřední vojenská nemocnice Praha. Ostatní zařízení se k výzkumu nevyjádřily. Na základě žádosti o spolupráci byly do nemocnic dodány letáky informující o výzkumu a možnosti zapojení, které byly pacientům poskytnuty v gastroenterologických ambulancích, čímž byla zajištěna distribuce letáků pro pacienty s tímto onemocněním.

Výběr výzkumného souboru probíhal od června 2017 do února 2018. Výzkumný soubor původně tvořilo celkem 24 respondentů, z nichž většinu tvořili ženy ( $n = 14$ ). Následovně bylo 19 respondentů vyřazeno z důvodu chybného vyplnění dotazníku, neposkytnutí souhlasu s rozhovorem a vyplněním zbývajících dvou dotazníků nebo náhlých zdravotních komplikací. U jedné respondentky, která vyplnila dotazníky i poskytla rozhovor, se na základě poskytnuté zdravotnické dokumentace nejednalo o chronickou formu pankreatitidy, nýbrž o akutní zánět slinivky břišní. Kromě těchto respondentů projevila zájem o výzkum matka jedenáctileté dcery, která trpí chronickou pankreatitidou od pěti let. Z důvodu zachování homogenity výzkumného souboru však nebyla do výzkumu zařazena. Výzkumný soubor tedy vzhledem k výzkumnému designu tvoří 4 respondentky ve věkovém rozmezí 27–59 let. Smith, Flowers a Larkin (2009) doporučují tři až šest respondentů jako přiměřenou velikost výzkumného souboru pro studentský projekt

využívající interpretativní fenomenologickou analýzu. Nevýhoda výzkumného souboru spočívá zejména v neoslovení celé populace pacientů s chronickou pankreatitidou.

**Tab. 1:** Charakteristika výzkumného souboru

přezdívká	pohlaví	věk	vzdělání	dobá trvání onemocnění	rodinný stav	religiozita
Vrzka	žena	59	střední s maturitou	10 měsíců	vdaná	ano
Ela	žena	42	vysokoškolské	22 let	s partnerem	ano
Jarka	žena	27	vysokoškolské	7 let	vdaná	ne
Nagy	žena	36	střední s maturitou	4 roky	vdaná	ne

## 9 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole se zaměříme na metodologický rámec výzkumu a průběh vlastního výzkumu. Další podkapitoly blíže identifikují typ výzkumu, použité metody, jejich popis, zpracování a analýzu dat. Většina dat byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který představoval hlavní výzkumný nástroj. Nezbytnou součástí vzhledem k použitým metodám je i reflexe vlastní zkušenosti. Závěr kapitoly je vymezen etickým problémem výzkumu.

### 9.1 Zvolený typ výzkumu

S ohledem na výzkumný cíl a nízkému počtu respondentů jsme zvolili jako stěžejní výzkumnou strategii kvalitativní design. Creswell (1998, in Hendl, 2016) definuje kvalitativní výzkumný design jako proces hledání porozumění danému lidského problému, ve kterém se výzkumník snaží postihnout komplexní obraz pomocí analýzy různých textů a výpovědí účastníků výzkumu v jejich přirozeném prostředí. Jedná se o přístup, který využívá kvalitativní metody pro analýzu a interpretaci vlastností zkoumaných fenoménů vnitřní a vnější reality člověka. Zásadní charakteristiky tohoto přístupu tkví v jedinečnosti a neopakovatelnosti výzkumných fenoménů, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamice (zjišťující jakým způsobem fenomén vzniká, rozvíjí se a zaniká), a reflexivitě výzkumníka (Miovský, 2006). Kvalitativní přístup se snaží porozumět pozorované realitě (Disman, 2011).

Kvalitativní design výzkumu umožňuje intenzivnější a dlouhodobější kontakt s respondenty a výzkumník zastává ve výzkumu důležitou roli. Nevýhody tohoto přístupu tkví ve slabé standardizaci, a tím nízké reliabilitě, v nízkém počtu respondentů nebo v časově náročném sběru dat. Další fakt tkví v nemožnosti zobecnění zjištěných výsledků. Je zde také vyšší riziko ovlivnění výsledků samotným výzkumníkem (Hendl, 2016). Disman (2011) dodává, že vzhledem k volné formě otázek a odpovědí není přístup omezující jako v kvantitativním přístupu, a tudíž může mít potenciálně vysokou validitu.

Rozdíl mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem zahrnuje dva odlišné modely: pozitivismus a fenomenologie. Pro pozitivisticky zaměřený výzkum je příznačná kvantifikace a manipulace s předmětem výzkumu. Lidské chování vysvětluje pomocí příčin a následků. Oproti tomu fenomenologie umožňuje prozkoumání jevu v plné jeho šíři

a hloubce. Snaží se lidskému chování porozumět skrze realitu každého respondenta (Ferjenčík, 2010).

Kvalitativní přístup obsahuje tři hlavní složky. První složku tvoří údaje, jejíž zdroje tvoří nejčastěji pozorování a rozhovory. Druhá složka zahrnuje různé interpretační postupy, které poskytují vodítko k závěrům. Tyto postupy jsou nazývány jako „kódování“. Poslední složkou jsou písemné nebo ústní výzkumné zprávy, které mohou být publikovány (Corbin, & Strauss, 1999).

## 9.1 Metody získávání dat

Celý proces získávání dat nazývá Miovský (2006) jako tvorbu dat, který podtrhuje fakt, že výzkumník se na získávání dat podílí. Výběr konkrétní metody se řídí výzkumným problémem (Hendl, 2016).

Stěžejní část výzkumu tvoří polostrukturované rozhovory, prostřednictvím kterých byly získávány jednotlivé zkušenosti respondentů. Sběr dat v interpretativní fenomenologické analýze je obvykle ve formě polostrukturovaných rozhovorů (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Jako doplňující metody byly zahrnuty tyto dotazníkové metody:

1. Dotazník posttraumatického růstu (PTGI),
2. Škála dispoziční naděje pro dospělé (Snyder's Adult dispositional hope scale),
3. Dotazník životní spokojenosti (DŽS).

Prvotní získávání dat sestávalo z vyplnění dotazníku PTGI a sociodemografických otázek (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav, aktuální zaměstnání, religiozita). Kromě zmíněných sociodemografických proměnných jsme sledovali také tyto faktory: celková doba trvání onemocnění a celková doba trvání remise.

Respondenti, kteří vyplnili první dotazník byli nejprve kontaktováni elektronickou cestou anebo telefonicky a byly jim nabídnuta realizace rozhovoru skrze osobní setkání, alternativně telefonicky. Všichni respondenti byli dopředu seznámeni s průběhem a přibližnou délkou rozhovoru. Před konáním rozhovoru byli respondenti požádáni o vyjádření písemného informovaného souhlasu s účastí na výzkumu a zároveň o vyjádření souhlasu se skutečností, že rozhovor bude nahráván na diktafon. Otázky byly kladeny s ohledem na aktuální kontext rozhovoru a jejich pořadí se měnilo. Rozhovor byl zaměřen na hlubší poznání změny v důsledku onemocnění.

Vzhledem ke zvoleným metodám výzkumu byly vytvořeny webové stránky<sup>1</sup>, které sloužily k poskytnutí informací o výzkumu, možnosti zapojení a informace o onemocnění.

### 9.1.1 Rozhovor (interview)

Rozhovor (interview) „patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat“ (Miovský, 2006, 155). Rozhovor lze definovat jako nepřímý a vysoce interaktivní proces získávání dat. Získané informace jsou vždy zprostředkované v přímé interakci s respondentem (Ferjenčík, 2010). Interview je časově velice náročné, ale klade menší nároky na iniciativu dotazovaného (Disman, 2011).

Polostrukturované (semistrukturované) interview je často využívaná podoba metody interview, protože minimalizuje nevýhody a dokáže vytěžit maximum výhod obou krajních forem rozhovoru (strukturovaného a nestrukturovaného). Vyžaduje pracnou a náročnější technickou přípravu, během které se vytvoří určité závazné schéma okruhů otázek. Důležitou součástí polostrukturovaného rozhovoru je také ověření si správného pochopení a interpretace odpovědí respondenta. Tzv. jádro interview definuje minimum okruhů a otázek, které tazatel musí respondentovi položit. Pořadí okruhů a otázek není pro tazatele závazné, může libovolně klást doplňující otázky (Miovský, 2006).

Otázky by měly být připraveny tak, aby byly otevřené a expanzivní. Účastník by měl být povzbuzován k dlouhému rozhovoru. Slovní vstup od tazatele může být minimální. Rozhovory se obvykle pohybují mezi sekvencemi, které jsou primárně vyprávějící nebo popisné, a ty, kde je účastník analytičtější nebo hodnotnější. Je dobrý nápad usilovat o to, aby se rozhovor začal otázkou, která účastníkovi umožní vyprávět poměrně popisnou epizodu nebo zkušenost (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Schéma polostrukturovaného rozhovoru tvořily následující kategorie:

- oblasti posttraumatického rozvoje – zaměřující se na kategorie dotazníku PTGI, ve kterých respondenti výrazně skórovali,
- chronická pankreatitida – subjektivní prožívání onemocnění,
- reflexe zkušenosti,
- doplňující otázky – věk, vzdělání, zaměstnání.

---

<sup>1</sup> <https://slinivkabrisni.webnode.cz/>



Délka interview se pohybovala průměrně v rozmezí jedné hodiny, až na jeden, který trval třicet šest minut.

### **9.1.2 Dotazníky**

Dotazník patří mezi testové metody a lze jej definovat jako strukturované standardizované interview bez účasti tazatele v písemné podobě. Výhody dotazníku tkví v úspoře času, financí a také umožňují lepší kvantifikaci dat. Naopak nevýhodou je například menší flexibilita, nízká kontrola odpovědi otázek a prostředí a zformulované otázky nemusí být srozumitelné (Ferjenčík, 2010).

Kvalitativní výzkum byl podbarven třemi dotazníky: Dotazníkem posttraumatického růstu (PTGI), Škálou dispoziční naděje pro dospělé (Snyder's Adult dispositional hope scale) a Dotazníkem životní spokojenosti (DŽS). Tyto dotazníky byly do výzkumu zařazeny z důvodu získání dalších charakteristik výzkumného souboru.

Dotazník PTGI sloužil jako vstupní dotazník do výzkumu, který umožnil zaměření se na jednotlivé kategorie během rozhovoru, v nichž respondenti výrazně skórovali. Po ukončení rozhovoru byli respondenti požádáni o vyplnění zbývajících dvou dotazníků.

#### **Dotazník posttraumatického růstu (PTGI)**

Dotazníky umožňují výzkumníkovi získat rychlý vhled do subjektivní zkušenosti jedinců, kteří se snaží vypořádat s těžkou životní situací. Existuje mnoho dotazníků pro zkoumání posttraumatického rozvoje, ale mezi nejpoužívanější patří: Dotazník posttraumatického růstu (PTGI), Stress-Related Growth Scale (SRGS), Benefit Finding Scale (BFS), Change in Outlook Questionnaire (CiOQ) a Perceived Benefit Scale (PBS) (Mareš, 2012).

Nejčastěji využívaným dotazníkem je Dotazník posttraumatického růstu (PTGI), jehož autory jsou Tedeschi a Calhoun (1996). V rámci tohoto výzkumu byla použita česká pracovní verze dotazníku PTGI, na které se podíleli Preiss, Krutiš a Mareš. Dotazník PTGI byl použit v nezměněné formě. V současnosti nemá tento dotazník normy. Reliabilita ve smyslu vnitřní konzistence byla zjišťována pomocí Cronbachova koeficientu alfa, pro dotazník se rovná hodnotě 0,97 (Mareš, 2012).

Dotazník se skládá ze tří částí. V první části respondent označuje událost, na kterou se v dotazníku zaměří a určitým způsobem mu přinesla životní změnu. Druhá část se zaměřuje na dobu uplynutí od dané události v rozmezí 6 měsíců až více než 5 let. Třetí část se skládá

z 21 položek, na kterých respondent hodnotí pomocí škály míru změny jako důsledek traumatické události. Dotazník má formu oznamovacích vět, kde škála Likertova typu se pohybuje v rozmezí šesti stupňů 0–6 vyjadřující „žádnou změnu“ – „velmi značnou změnu“. Dotazník zachycuje pět domén posttraumatického růstu, které popsali Calhoun a Tedeschi ve svém modelu (Calhoun, Cann, & Tedeschi, 2010). V následující tabulce jsou uvedeny položky a jejich počet, které sytí jednotlivé domény posttraumatického růstu. Zároveň uvádíme hodnotu pro rozvoj (American Psychological Association, nedat).

**Tab. 2:** Domény a položky dotazníku PTGI

Název domény	Položky
Vztahy s druhými	6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
Nové možnosti	3, 7, 11, 14, 17
Osobní růst	4, 10, 12, 19
Spirituální změna	5, 18
Ocenění života	1, 2, 13

### Škála dispoziční naděje (ADHS)

Autorem metody Škály dispoziční naděje (ADHS) je Snyder, představitel pozitivní psychologie. V tomto výzkumu jsme použili český překlad Škály dispoziční naděje, která byla v roce 2016 standardizována a byly pro ni vytvořeny stenové normy pro interpretaci výsledných skóre (Ocisková et al., 2016). Reliabilita byla hodnocena pomocí Cronbachovy alfy, která se rovná hodnotě 0,82.

Jedná se o 12 položkovou sebesposuzovací metodu, která měří naději jako osobnostní rys. Inventář vyžaduje čas vyplnění přibližně 2–5 minut. V původní studii byla využívána čtyřbodová stupnice, ačkoliv v současnosti se používá osmibodová stupnice pro podpoření rozmanitějších odpovědí (Snyder, 2000a).

V dotazníku můžeme rozlišit dvě subškály: Cesta a Snaha. Subškálu nazvanou Cesta sytí čtyři položky (otázka č. 2, 9, 10, 12) a další čtyři položky (otázka č. 3, 5, 7, 11) měří subškálu Snaha. Kromě těchto osmi položek jsou zařazeny další čtyři, které zůstávají nehodnocené a slouží jako distraktory. Respondenti vybírají číslo z osmibodové škály, podle toho, do jaké míry souhlas s daným tvrzením v rozmezí od „naprosto nepravdivé“ (pod číslem 1) až „naprosto pravdivé“ (pod číslem 8). Celkové skóre se pohybuje v rozmezí

8–64 bodů, přičemž průměrné skóre u neklinické populace činí 48 bodů (Snyder, 2000a; Ocisková et al., 2016).

Ve srovnání se standardizačním souborem se stenové normy pohybují v rozmezí 4–6 bodů pro průměrnou míru naděje. Vyšší, nebo nižší hodnoty odpovídají významně vyšší nebo nižší naději ve vztahu k normám (Ocisková et al., 2016).

### **Dotazník životní spokojenosti (DŽS)**

Konstrukt životní spokojenosti není dostatečně definován a zároveň zahrnuje mnoho aspektů. Mezi nejpoužívanější nástroje, které měří životní spokojenost patří: Life Satisfaction Index A (LSI – A), Satisfaction with Life Scale (SWLS) a Life Satisfaction Questionnaire (LSQ-32). První výzkum s dotazníkem DŽS byl proveden v roce 1986, který zkoumal pacienty s onemocněním srdce a krevního oběhu (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, & Braehler, 2001).

Dotazníkem životní spokojenosti (DŽS) je posuzována životní spokojenost u zkoumaného souboru populace. Respondent hodnotí svou životní spokojenost z hlediska minulosti, současnosti a současně s perspektivou do budoucnosti. Dotazník obsahuje celkem 10 škál (životních oblastí), které jsou uvedeny v tabulce 3. Každá tato škála obsahuje 7 položek, celkem tedy 70 položek. Respondent hodnotí míru spokojenosti ve vztahu k danému tvrzení na sedmibodové stupnici v rozmezí „velmi nespokojen(a)“ (pod číslem 1) až po „velmi spokojen(a)“ (pod číslem 7). Testování respondenta trvá v rozmezí 5–10 minut (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, & Braehler, 2001).

Koeficienty Cronbachovy alfy leží v rozmezí 0,82–0,95, čímž dokazují vysokou vnitřní konzistenci jednotlivých škál dotazníku (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, & Braehler, 2001).

Jako standardní normy jsou v dotazníku DŽS zvoleny devítistupňové staninové hodnoty se středem 5 a standardní odchylkou 1,96. Staninovou hodnotu od 4–6 lze očekávat v 54 % případů. Očekávaná hodnota odpovídá staninu 5 (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher, & Braehler, 2001).

**Tab. 3:** Škály dotazníku životní spokojenosti

Název škály	Zkratka škály
Zdraví	ZDR
Práce a zaměstnání	PAZ
Finanční situace	FIN
Volný čas	VOL
Manželství a partnerství	MAN
Vztah k vlastním dětem	DET
Vlastní osoba	VLO
Sexualita	SEX
Přátelé, známí a příbuzní	PZP
Bydlení	BYD

Při překládání dotazníku respondentům jsme z dotazníku vyloučili následující kategorie: Bydlení, Finanční situace a Sexualita, z toho důvodu, že se netýkají výzkumného cíle. Do celkového výpočtu životní spokojenosti jsme tedy zahrnuli celkem 7 kategorií. U škály Manželství a partnerství byli respondenti požádáni o vyplnění pouze tehdy, pokud mají partnerský vztah, případně děti.

Vyhodnocení dotazníku DŽS zahrnuje sečtení individuálních odpovědí v každé škále a hodnota odpovídá číslu na sedmibodové stupnici. Čím vyšší číslo, tím větší spokojenost. Celková hodnota DŽS SUM je suma všech škál v dotazníku označující celkovou životní spokojenost. Pokud u některé škály chybí větší množství odpovědí, do celkové hodnoty je nezahrnujeme.

## 9.2 Metoda zpracování a analýzy dat

S ohledem na výzkumný cíl byl zvolen kvalitativní design z perspektivy interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). IPA je kvalitativní výzkumný přístup, který se věnuje zkoumání toho, jaký význam lidé přisuzují své zkušenosti. Záměr výzkumu spočívá v prozkoumání žité zkušenosti člověka a skrze ni porozumět danému fenoménu, jak si jedinec tuto zkušenost utváří (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Oproti kvantitativnímu přístupu je IPA založena na idiografické úrovni, která se snaží popsat a interpretovat způsob jedince, který přikládá své zkušenosti. Tento způsob analýzy dat se

jeví jako vhodný při zkoumání neobvyklé skupiny, situace nebo zdroji dat (Kostínková, & Čermák, 2013).

První skutečná zmínka o interpretativní fenomenologické analýze přišla s publikací článku, jejímž autorem byl J. A. Smith v polovině devadesátých let minulého století. Historie IPA se zdá být krátká, ale vychází z koncepcí a myšlenek, které mají mnohem delší historii (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Interpretativní fenomenologická analýza se řídí zejména myšlenkami filozofa Edmunda Husserla, ale také bere v úvahu práce filozofů Heideggera, Merleau-Ponty a Sartra. Na základě těchto prací autoři IPA zjistili, že komplexní chápání zkušenosti je proces rozvíjení perspektiv a významů, které jsou jedinečné pro člověka ve vztahu k sobě a ke světu. Při výzkumu se soustředí na pokusy lidí vyvodit význam z jejich zkušeností, které se jim dějí (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Fenomenologický přístup se zajímá o subjektivní vnímání zkušenosti nebo o subjektivní popis události, nikoliv objektivní. Jedná se o dynamický proces s aktivní rolí výzkumníka, který se snaží přiblížit osobnímu světu respondenta (Smith, & Osborn, 2003). Výzkumník rozvíjí tzv. insider's perspective, která pomáhá zaměřit pozornost výhradně na konkrétního respondenta a vžít se do jeho situace (Kostínková, & Čermák, 2013).

Druhé hlavní teoretické východisko IPA pochází z hermeneutiky. Hermeneutika je teorie o interpretaci. Původně byla hermeneutika pokusem poskytnout pevnější základy pro interpretaci biblických textů. Následně se však předmětem hermeneutiky stalo mnohem širší spektrum textů. IPA je tedy zakotvena ve filozofii fenomenologie, hermeneutiky a idiografie (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

V rámci interpretativní fenomenologické analýzy se jedná o dvou stupňový interpretační proces neboli dvojitý hermeneutický proces. V rámci tohoto procesu se respondent snaží pochopit vlastní zkušenost, zatímco výzkumník usiluje porozumět způsobu, jakým respondent na svou zkušenost nahlíží (Smith, 2015).

Třetím hlavním vlivem je idiografie. Idiografie se zajímá o konkrétní rysy jedinečné osobnosti. To je v rozporu s obecnou psychologií, která je naopak nomotetická a týká se tvrzení na úrovni skupiny nebo populace a stanoví tak obecné zákonitosti lidského chování. V důsledku idiografie jsou vybírány do IPA malé a účelně vybrané výzkumné soubory, vzhledem kterému může využívat analýzy jednotlivých případů (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Přepisy rozhovorů se analyzují případ od případu prostřednictvím systematické kvalitativní analýzy. Vždy podrobně se zpracovává první případ, poté teprve se pozornost zaměřuje na druhý případ atd. Je užitečné začít rozhovorem, který považujeme za nejdůležitější a nejpodrobnější. Obecný analytický postup IPA se skládá ze 6 kroků (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

- 1) **Opakované čtení** – prvním krokem analýzy je opakované čtení přepisu rozhovoru, které má za úkol podnitit výzkumníkovo zaujetí případem. Do první fáze spadá také doslovná transkripce rozhovoru. Je užitečné poslouchat zvukovou nahrávku několikrát za sebou, která usnadní kompletní analýzu.
- 2) **Počáteční poznámky a komentáře** – počáteční úroveň druhého kroku analýzy je nejpodrobnější a časově nejnáročnější. Je vyžadováno, aby výzkumník zůstal co nejvíce otevřený, aby nezavrhl na první dojem nedůležité části rozhovoru. Výzkumník zapisuje poznámky a komentáře po straně textu. Komentáře mohou být deskriptivní, konceptuální a lingvistické povahy.
- 3) **Rozvíjení vznikajících témat** – při hledání nových témat se výzkumník snaží snížit objem prvotních poznámek a komentářů a zároveň zachovat složitost, pokud jde o mapování vzájemných vazeb mezi počátečními poznámkami. Tento třetí krok přesouvá více k analytickému myšlení.
- 4) **Hledání souvislostí napříč tématy** – je dalším krokem pro vytvoření mapování toho, jak si výzkumník myslí, že se témata shodují. Ne všechny vzniklá témata musí být zahrnuty do analýzy, některé mohou být vyřazeny. To částečně závisí výzkumném cíli a jeho rozsahu. Témata, která spolu souvisí můžeme zařadit do jedné nadřazené oblasti.
- 5) **Analýza dalšího případu** – tento krok zahrnuje opakování předchozích kroků. Zde je velmi důležité, aby výzkumník s případem zacházel individuálně, aby byla zachována specifičnost a individualita případu (tzv. bracketing – uzárkování nápadů, které vzešly s předchozími případy).
- 6) **Hledání vzorců napříč tématy** – zato fáze zahrnuje hledání a propojování témat. Na základě těchto témat je vhodné si vytvořit dva seznamy témat, z nichž jeden je seřazený hierarchicky a druhý abecedně. Konečný výsledek tohoto procesu může být znovu prezentován mnoha způsoby – například by to mohlo být ve formě grafiky, avšak v tomto případě by bylo vidět spojení pro skupinu jako celek.

Nejčastěji se jedná o tabulku témat pro skupinu, která ukazuje, jak jsou motivy vnořeny v rámci nadřazených témat a zda se téma každého účastníka týká (Smith, Flowers, & Larkin, 2009; Kostínková, & Čermák, 2013).

### 9.3 Reflexe vlastní zkušenosti

Smith, Flowers a Larkin (2009) považují za důležitou součást obecného analytického postupu také reflexi vlastní zkušenosti výzkumníka s tématem výzkumu, která přispívá ke zvýšení kvality výzkumu. Součástí reflexe tvoří i motivace a uvědomění si vlastních prekonceptů spojených s daným tématem. Kostínková a Čermák (2013) k reflexi přistupují jako k nulté fázi v procesu analýzy a považují ji za podmínku fenomenologické perspektivy a transparentnosti. Nástroj reflexe zajišťuje validitu výzkumu. Zde na tomto místě, před začátkem analýzy, následuje reflexe vlastní zkušenosti k tématu chronické pankreatitidy.

S onemocněním chronické pankreatitidy jsem se poprvé setkala v roce 2015. V říjnu téhož roku byl můj otec hospitalizován pro silné bolesti břicha v nemocnici. Lékaři mu diagnostikovali akutní zánět slinivky břišní, který se však posléze rozvinul do chronické formy. Vzpomínám si, jak si lékaři nebyli jistí, zda táta přežije. Jeho stav se náhle zhoršil a byl několik dní v umělém spánku. Naštěstí se postupně začal jeho stav zlepšovat. Po propuštění z nemocnice táta výrazně zhubnul, byl velmi zesláblý a v naší rodině nastala obrovská změna, co se týče stravování. Byla mu doporučena pankreatická dieta, která velmi omezuje výběr potravin i přípravu jídel. Do té doby byl zvyklý na tučná a smažená jídla, uzeniny, kávu, příležitostně alkohol a dieta toto vše přísně zakazuje. Postupem času si však táta na tuto stravu navyknul a také začal do jídelníčku přidávat další potraviny. Nyní už ale nedodrhuje doporučené malé porce a je zpátky na své původní hmotnosti, ačkoliv je u těchto pacientů typický úbytek hmotnosti.

Zpočátku bylo značně obtížné najít konkrétní informace o vhodných potravinách a způsobech vaření, protože z nemocnice jsme dostali pouze informaci o typu diety. Navíc je velmi malé množství knih, které by se tomuto onemocnění věnovaly. Hledala jsem tedy nějaké informace na internetu a zjistila jsem, že na sociální síti existují dvě skupiny určené pro jedince s tímto onemocněním. Uživatelé zde diskutují a sdílejí své zkušenosti a rady. Při pročítání těchto příspěvků mě zaujalo, jaký význam pro ně onemocnění má a jaké změny v životě jim nemoc přinesla. Během studia mě zaujala myšlenka posttraumatického rozvoje, a ta společně s dalšími zkušenostmi mě dovedla k hlubšímu zájmu o toto téma. Následně

jsem začala hledat informace vztahující se k tématu a rozhodla se věnovat vztahu posttraumatického rozvoje a chronické pankreatitidy ve své diplomové práci, jejíž součástí je i problematika dispoziční naděje a životní spokojenosti.

Tato zkušenost zcela jistě spoluutváří můj pohled na celou problematiku daného tématu. V průběhu analýzy jsem měla obavy, aby moje zkušenosti s onemocněním nezasahovaly do zkušenosti respondentů, a nevnášela jsem tak do jejich rozhovoru aspekty, které pro ně nejsou vůbec významné. Abych omezila svůj vliv na tvorbu dat, snažila jsem se pracovat s odbornou literaturou. Poznání životních příběhů respondentů rozšířilo moje poznání a utvrdilo v názoru, že je důležité se věnovat studiu, jakým způsobem pacienti prožívají své onemocnění.

#### **9.4 Etické aspekty výzkumu**

Rozhovory se odehrávaly v místě bydliště jednotlivých respondentů. Vzhledem k tématu rozhovoru bylo respondentům navrženo, aby si sami zvolili místo, kde se budou cítit bezpečně a příjemně. Rozhovory proběhly jak v domácím, tak v pracovním prostředí, dále v kavárně a dva rozhovory se uskutečnily přes aplikaci Messenger.

Před započítím rozhovoru byli respondenti ujištěni o zachování anonymity a možnosti rozhovor kdykoliv ukončit, případně odmítnout odpovídat na otázky, na které nechtějí odpovědět. Respondenti podepsali informovaný souhlas s účastí na výzkumu ve dvou kopiích. Informovaný souhlas obsahuje účel výzkumu, použití informací pouze pro výzkumné účely a informaci o zachování anonymity. Současně byli respondenti seznámeni s průběhem rozhovoru, jeho tematickými okruhy a přibližnou délkou. Po skončení rozhovoru měli respondenti možnost zeptat se na vše v souvislosti s výzkumem. Někteří respondenti vyjádřili zájem o zaslání hotové podoby diplomové práce.



## 10 VÝSLEDKY

V této části diplomové práce prezentujeme výsledky na základě analýzy dat ve třech samostatných podkapitolách. V rámci prvních dvou oddílů uvádíme stručná shrnutí osobní zkušenosti každého respondenta a následně jsme se snažili zformulovat několik hlavních oblastí, které jednotlivé zkušenosti respondentů propojují. Každé téma v hlavní oblasti je reprezentováno osobní výpovědí respondentů, což snižuje riziko zkreslení výzkumníkem. Tato analýza vyplývá z idiografické podstaty IPA (Smith, & Osborn, 2003). Poslední část kapitoly se zabývá zbývajícími výzkumnými otázkami ve vztahu k posttraumatickému rozvoji, míře dispoziční naděje a životní spokojenosti.

### 10.1 Zkušenosti jedinců s chronickou pankreatitidou

První výzkumná otázka zní: *Jaká je zkušenost jedinců s chronickou pankreatitidou?* Nejprve zprostředkujeme výsledky z perspektivy osobní zkušenosti jednotlivých respondentů. Skutečná jména respondentů byla nahrazena přezdívkami, které si respondenti sami vybrali.

#### VRZKA

Vrzcce je padesát devět let, v současné době pracuje jako mzdová účetní. Je vdaná a má dvě děti. Její manžel trpí diabetem mellitus. Dcera žije v zahraničí a syn, kterému je jednatřicet let, žije s nimi ve společné domácnosti. Syna popisuje jako problematického od jeho deseti let. Vrzcce v dotazníku před osobním setkáním uvedla, že je věřící, ale během rozhovoru byla svou odpovědí překvapena. Dodala, že její rodiče byli silně věřící, ale sama náboženství nepraktikuje. Kromě pankreatitidy trpí patnáct let poruchou štítné žlázy. Chronická pankreatitida jí byla diagnostikována před deseti měsíci. Onemocnění předcházelo období, kdy více konzumovala grilované maso. Přesnou příčinu nemoci neví, myslela si, že je způsobená špatnými stravovacími návyky, ačkoliv se domnívala, že se stravuje víceméně zdravě. „*Tam to asi vzniklo, na tom grilování, a tak z toho jídla no. A do toho možná ještě ten alkohol nějaký, nebo teda víno nebo já nevím.*“ Alkohol pila příležitostně v době svátků a v létě pila někdy pivo. Její okolí, zejména sestra, vidí příčinu nemoci ve stresu. Vrzcce o stresu jako příčině pankreatitidy pochybuje, ale zároveň hledá ve svém tvrzení ujištění. „*No, já si myslím, že sem jako takovej klidnej člověk, ale to prej ten stres se ukládá někde a pak to jednou bouchne, že?*“ Zánět slinivky břišní se u ní začal projevovat silnými bolestmi v podbřišku, které se objevovaly v noci. „*A vždycky pravidelně*

v jednu hodinu v noci to začlo.“ Obvodní lékařka ji poslala na vyšetření do nemocnice, kde jí lékař doporučil okamžitou hospitalizaci, se kterou Vrzka nesouhlasila, protože se cítila být nepřipravená. Následující den se dostavila na příjem k hospitalizaci do nemocnice, kde zůstala hospitalizovaná po tři dny. Na pobyt v nemocnici má nepříjemné vzpomínky. V nemocnici se během hospitalizace setkala s lékařkou, u které našla pochopení a rovněž ji poskytla informace ohledně stravování, což ji uklidnilo. „*Jinak vám to nikdo neřekne.*“ Po propuštění z hospitalizace měla strach z jídla, aby se její stav nezhoršil. Užívala pankreatin, směs enzymů, který napomáhá trávení potravy.

## ELA

Ele je čtyřicet dva let. Před propuknutím nemoci pracovala v oboru účetnictví a v administrativě. Nyní pracuje jako záchranář v paliativním týmu. Kromě práce studuje vysokou školu a stará se o své těžce nemocné rodiče. Je vdaná a má tři děti, nejstarší syn trpí celiakií a prostřední dcera má astma. Před nemocí její životní styl vypadal odlišně a popisuje jej jako jihočeský. „*Takovej běžnej asi jihočeskej, jak sem vzešla z rodiny, to znamená knedlo-vepřo-zelo, tlačenka a normální jídla, prostě řízky a takový.*“ Nemoc se u ní poprvé projevila před dvaadvaceti lety, když byla těhotná. Lékaři příznaky onemocnění nejprve nerozpoznali a uváděli je do souvislosti s těhotenstvím. „*No, že zvracíte, tak to je normální, že je Vám blbě.*“ Po porodu však příznaky neustupovaly a její stav se zhoršoval. Lékaři si nebyli jistí diagnózou a myslela si, že se jedná o anorexii. Po roce od prvních příznaků prodělala kolaps a byla hospitalizována na metabolické jednotce intenzivní péče. Respondentka popisuje, že v této době výrazně zhubla, trápily ji průjemy a nechutenství. „*Já jsem 8 měsíců po porodu měla třicet osm kilo, kostra prostě.*“ Lékaři ji nedávali velké šance na přežití. „*Bohužel mi řekli, že jsem v takovém stavu, že klinická medicína s tím mě léčit neumí, že je to tak špatný prostě, že umřu.*“ Velkou oporou jí byl manžel, který ji z nemocnice vzal k alternativnímu léčiteli a toho poté navštívila ještě pětkrát. Byla velmi oslabená. „*Nakonec mě vzal tehdy můj manžel do náruče, protože sem nebyla schopná vstát, někam dojít.*“ Její stav se začal postupně zlepšovat a po několika týdnech ji propustili z nemocnice. Prvního půl roku nebyla schopná přijímat potravu, proto jedla jenom rozvařenou rýži. Postupně začala přidávat další potraviny, které snesla. „*Po roce a tři čtvrtě jsem vzala do pusy dětský piškot, tak to byl první cukr, a to bylo úplně jako dort, takový blaho.*“ S každým těhotenstvím se funkce slinivky výrazně zhoršila, a proto od šestého týdne těhotenství ji byla doporučena substituce pankreatických enzymů, přísná dieta a medikace. Trvalo dva a půl roku, než její nemoc dospěla do stádia remise. Velkou podporou je pro ni

její rodina a kolegové v práci. Svůj vztah k nemoci hodnotí podle modelu Kübler-Rossové. „*Od popírání, šoku, přes vztek až k tomu vyrovnání.*“ V současnosti netrpí žádnými obtížemi, má zhoršenou imunitu, a proto musí dbát na určitá opatření.

## JARKA

Jarce je dvacet sedm let. V současné době je na mateřské dovolené a pracuje jako osoba samostatně výdělečně činná. Nemoc se u ní poprvé objevila v roce 2002 během studia na střední škole, kde pobývala na internátu. Tehdy nemoci ještě nepřikládala větší význam a nebyla ochotná si připustit, že je nemocná. „*Můj problém se táhne delší dobu, už ze střední. Takže jsem to ještě tak nevnímala jako nějaký zdravotní problém.*“ Konzumace popcornu u Jarky vyvolala zvracení a silné bolesti břicha a s těmito komplikacemi byla hospitalizována týden v dětské nemocnici. Dozvěděla se, že se jednalo o žlučnickový záchvat a lékaři rovněž zjistili, že má zúžené žlučovody. Následně navštěvovala dětskou gastroenterologii pro přetrvávající obtíže. Byla výrazně podvyživená. „*Já jsem hubla strašně, měla jsem třicet osm kilo.*“ Lékaři ji doporučili dietní opatření a předepsali léky. Další zhoršení zdravotního stavu uvádí v souvislosti se studiem na vysoké škole, kdy před státní závěrečnou zkouškou byla znovu hospitalizována v nemocnici. Zde ji lékaři sdělili diagnózu chronické pankreatitidy. Velkou oporu měla v rodině a v příteli. Její stravovací návyky se nápadně změnily, v současnosti si sama vaří a zajímá se o to, co jí. Když byla mladší, bydlela u rodičů, kde jí vařila maminka. Na střední škole se chodila stravovat do jídelny. „*Jedla jsem to, co prostě maminka uvařila nebo to, co sem vařila já a z toho, co doma bylo. Pak sem hodně byla odkázaná jakoby na internát, kde nebyl výběr z nějakých potravin, bylo tam jedno jídlo a tím jsme prostě skončili.*“ Po hospitalizaci striktně dodržovala předepisovanou dietu, ale měla potíže s přijímáním jídla. „*Pro mě byl třeba problém dostat do sebe i půlku rohlíku.*“ Matka se proto rozhodla ji přeobjednat do fakultní nemocnice. „*Když mě propustili, že tam nenašli nějaký další problém, tak mamince to nedalo, protože když viděla, jak ležím na těch kapačkách a takhle, tak jí to přišlo šílený, že se se mnou nic neděje, tak mě přeobjednala do fakultní nemocnice.*“ Lékaři Jarce provedli různá vyšetření a vyjádřili údiv nad pozdním zjištěním pankreatitidy od prvotních příznaků nemoci. „*Divili se, proč se ty krevní testy dělaly tady takhle pozdě, když jsem si stěžovala takhle dlouho.*“ V souvislosti s projevy nemoci Jarka se potýkala se ztrátou menstruace. V současnosti žádnými obtížemi netrpí. Nicméně, před třemi měsíci Jarka cítila bolest na pravé straně podbřišku, kterou přisuzovala zánětu slepého střeva, ale jednalo se o zhoršenou funkci slinivky břišní.

## NAGY

Nagy je třicet devět let a pracuje jako mikrobioložka. Má dvě děti. Chronickou pankreatitidou trpí již čtvrtým rokem. Po porodu dcery, která se narodila nedonošená, se objevily první komplikace. V této době ještě nevěděla diagnózu. Po půl roce lékaři zjistili, že trpí cholelitiázou, onemocněním žlučových cest, a byla indikována k operaci. Myslela si, že jí odeberou žlučník. Lékaři se rozhodli ji vyšetřit pomocí ERCP (vyšetřovací a zároveň léčebná metoda pro choroby žlučových cest a slinivky břišní), ale objevila se komplikace, kterou způsobil lékař vstříknutím kontrastní látky do slinivky břišní, což způsobilo těžký zánět, který objevuje v 15–20 % případů. *„Oni se rozhodli udělat ERCP, který mi dělal ne a tak šikovní doktor, jak jsem se nakonec dozvěděla. A jak to má společný vývod ten žlučník, slinivka, tak on se dvakrát netrefil a dvakrát mě nastříkl tou kontrastní látkou tu slinivku.“* Léčbu vnímala jako složitou, nemoc měla těžký průběh, ale zároveň si uvědomuje, že její stav nebyl až tak závažný. *„...Jsem nepotřebovala ani dechač a ještě celou dobu jsem vlastně dokázala chodit sama, takže mě nemuseli ani... Nemusela jsem mít cévku, vana, nic takovýho.“* Z chirurgického oddělení byla přeložena na interní oddělení a poté na jednotku intenzivní péče. *„Pak nebylo místo, tak mě šoupli tam, pak mě šoupli jinam, a tak si mě tam přehazovali.“* V nemocnici byla Nagy hospitalizována jednatřicet dní a následně byla propuštěná domů s enterální výživou, která trvala dvě měsíce. *„Takže jsem měla hadičku zavedenou až do střev a vlastně od nějakých osm hodin denně člověk musel být na pumpě, a která teda vlastně průběžně dávkovala tu stravu takhle.“* Po této doby byla na operaci se žlučníkem a lékaři ji sdělili, že se její zdravotní stav zlepšil. Následně byla dvakrát hospitalizována pro akutní záchvat slinivky břišní doprovázený silnou bolestí břicha a zvracením. Na základě ultrasonografie bylo zjištěno, že se rozvinula chronická forma pankreatitidy. V současnosti žádnými obtížemi netrpí.

### 10.2 Přehled hlavních tematických oblastí

V průběhu interpretativní fenomenologické analýzy vzešlo pět hlavních tematických oblastí. Tyto výsledné oblasti prostupují další podtémata.

#### 10.2.1 Onemocnění

Jako první hlavní oblast uvádíme onemocnění, které se pojí hned s několika podtématy. Od stanovení diagnózy, přijetí na hospitalizaci do nemocnice až po současnou medikaci. Objevil se také strach z výrazného ubývání na váze, přijímání potravy a také

ze smrti, zejména v souvislosti s rakovinou. Zároveň tato oblast tvořila významnou část rozhovoru s respondenty.

### **Nejistá diagnóza**

Po propuknutí prvních příznaků a návštěvě odborníka trvalo nějakou dobu, než u respondentek došlo ke stanovení správné diagnózy. Některé respondentky uvádí, že nejčastěji byla diagnóza chronické pankreatitidy zaměňována za anorexii a za alergii.

U Ely trvalo téměř jeden rok, než ji stanovili správnou diagnózu. Během tohoto období lékaři stanovili několik různých diagnóz.

*„Jedenáct měsíců, skoro rok jsem byla v úplně zoufalém stavu, kostra, hrůza. Pořád mě odstrkávali, že to je anorexie, vždy mi dali nějakou radu nebo nařídili dietu. Některý lékař vyslovil: „To je asi tohle nebo tamto.“ Pak ale řekli, že to asi ono nebude, že to bude nějaká alergie. Zkoušela jsem bezlepkovou dietu, bez mléka a vajec.“ Její projevy nemoci dávali lékaři do souvislosti s jejím těhotenstvím. Trvalo jeden rok, než ji udělali krevní testy. „Nemoc začala v těhotenství...a oni říkali: „No, že zvracíte, tak to je normální, že je Vám blbě, tak jste hysterka, furt tady otravujete.“*

Jarka popisuje, že lékaři dlouho netušili, co je příčinou jejích obtíží, což prožívala velmi negativně. Stejně jako Ela zkoušela na základě doporučení lékařů bezlepkovou dietu, která se ale nepotvrdila.

*„Fakt hrozně dlouho jsem nevěděla jakoby co mně je...Furt si mě posílali z jedné ambulance do druhé, tak jsem si už říkala: „Tak jako asi jsem fakt blázen, prostě já už fakt jako nevím.“*

Respondentky hovoří o určité úlevě, když se dozvěděly, jakou nemocí trpí, neboť diagnózou skončilo období prožívání nejistoty a strachu z jiných onemocnění.

*„To se naštěstí nic takového nepotvrdilo.“*

### **Medikace**

Všechny respondentky kromě Nagy aktuálně neberou žádné léky, které užívají pouze v případě, že se jim přitíží v souvislosti s dietní chybou. Nagy užívá pankreatické enzymy třikrát denně současně s jídlem. Zároveň pravidelně pije nutriční drinky.

*Vrzka: „Teď už léky neberu, jenom když se mně někdy zdá, že je mi tak nějak těžko.“*

*Mo: „Mám léky, které beru SOS, když je mi blbě.“*

Jarka zmiňuje, že během doby, kdy předepisované léky užívala, bylo pro ni subjektivně obtížné dodržovat postup medikace.

Jarka: „Ráno vstanu, vím, že se musím najíst, za dvacet minut si dát ten prášek. Pak nesmím jíst nic a pak se musím rozhodnout, kdy teda budu obědvat, protože dvě hodiny před obědem si musím dát tady ten.“

## **Informace**

Většina respondentek hodnotí informace v podobě různých knih, brožur, webových stránek jako velmi nedostatečné a nekvalitní. Největší potíž vidí ve striktnosti podávaných informací, které nedovolují přizpůsobit si dietní opatření. Další problém podle Jarky je v zahlcení informacemi, které znesnadňují člověku najít tu správnou a pravdivou.

*„Každý člověk si musí najít to své a hledat hlavně pravdivý informace, což je taky důležité. Třeba je spousta webů, spousta brožur, spousta lidí, spousta léčitelů, neléčitelů, jakoby léčitelů, že je toho strašně moc a ten člověk v tyhle době je zahlcenený strašně informacemi a někdy ty informace jsou strašně nekvalitní.“*

Ela, Jarka a Nagy jsou přesvědčeny, že je důležité, aby si každý jedinec s chronickou pankreatitidou dietní opatření individuálně přizpůsobil a neřídil se všeobecnými radami.

*„Existují různé stránky a různé kluby a sdružení, tak jeden radí hrozně chytře: „Jezte tohle, tamto můžete a tady to nesmíte.“ To je blbost, každý tělo snese něco jiného.“*

*„Chyběl v tom ten individuální přístup, že si myslím, že hodně lidí škatulkují do jedné nemoci, do jedné brožury, přečtěte si to a takhle se prostě řiďte.“*

Vrzka zmiňuje, že díky pomoci lékařky se dozvěděla informace o tom, jak se stravovat. Zároveň ji emocionálně podpořila. Dodává, že si koupila několik knih, kde však nenašla potřebné informace, které potřebovala. Recepty jsou příliš monotónní a nepřinášejí žádné obohacení jídelníčku.

*„Akorát paní doktorka, ta byla jediná, ta mně právě vykládala tu stravu, jako že se toho nemusím bát a tak, ač vůbec nemusela se mnou mluvit, tak tam se mnou seděla, a tak mi trošku říkala, co vlastně, jak mám vařit a tady ty věci, protože jinak vám to nikdo neřekne. A kuchařku jsem si koupila, ale tam nic moc není.“*

## **Akceptace onemocnění**

Vrzka, Ela, Jarka a Nagy své onemocnění akceptují. Ela a Nagy nemoc chápou jako součást svého těla a nevnímají ji jako překážku, která by se nedala zvládnout. Vrzka a Jarka ze začátku prožívaly strach, ale postupem času se jejich vnímání nemoci zlepšilo. Jarka říká, že díky onemocnění zjistila, že je silnější, což ji pomohlo onemocnění přijmout. Zároveň dodává, že vnímá psychiku jako důležitou součást vyrovnání se s nemocí.

Vrzka: „Zkraje jsem se hodně bála, co bude, ale teď jak už nemáte ty potíže, tak už si trochu zvykáte. Musíte se s tím naučit žít.“

Ela: „Akceptovala jsem ji a je to prostě součástí mého těla.“ „To fakt není konec světa, vždycky je možno najít řešení.“

Jarka: „Jsem silnější, než jsem si myslela...Je docela obtížný si to srovnat v hlavě a myslím si, že fakt hlavní problém je v hlavě. Myslím si, že psychika je strašně důležitá.“

Nagy: „Když se člověk snaží, tak se to dá zvládnout“

## **Strach**

U všech respondentek se v rozhovorech objevilo téma strachu. U Vrzky se objevily obavy z přijímání potravy, aby se neobjevila nějaká zdravotní komplikace. Nejsilnější strach vyjádřily respondentky v souvislosti s karcinomem pankreatu. V souvislosti s rakovinou se objevuje strach ze smrti. Ela popisuje své vlastní zkušenosti s pacienty, kteří trpí rakovinou, u nich onemocnění probíhá velmi agresivním způsobem. Bojí se, že nebude moct vychovat vlastní děti. Ela a Jarka intenzivně prožívaly strach o své děti. Jarka se obává, aby její dcera netrpěla stejným onemocněním jako ona.

Vrzka: „Už i doma jsem potom nejedla, jsem se bála vždycky.“

„Že se dá na to umřít a může být z toho rakovina, že.“

Ela: „Nejtěžší takovej ten pocit, že umřu, a že tady zůstane to dítě samotný.“ „Mám strach, aby se to nerozjelo do zhoubného, protože ty chronický, abych tam neměla zhoubný buňky a ty slinivky jsou rychlý, když to vidím u těch pacientů, tak jsou za tři, čtyři měsíce mrtví, toho se bojím, nebojí se o sebe, ale o ty děti, protože bych je ráda vychovala.“

Jarka: „Já mám strach z toho, aby něco takového nepotkalo moji dceru hlavně.“

Nagy si přeje: „aby to zůstalo v chronický rovině.“

### **10.2.2 Dopady onemocnění**

Chronická pankreatitida na základě rozhovoru má největší dopad na stravovací návyky a fyzickou aktivitu.

#### **Dietní opatření**

Onemocnění chronickou pankreatitidou s sebou nese různé dopady, z nichž asi nejvýraznější jsou právě dietní opatření. Pacienti se zánětem slinivky břišní by měli dodržovat dietu s velmi nízkým podílem tuků, a naopak s vysokým obsahem cukrů a bílkovin. Vrzka a Jarka popisují, že ideálním způsobem přípravy pokrmů je vaření, dušení a smažení na sucho. Ze začátku měly problém se stravování přizpůsobit, protože chuť

se výrazně lišila od jídla, na které byly zvyklé. Hlavní problém Vrzka vnímá, že jídlo je nevýrazné a mdlé. Pro Vrzku je jídlo nejvýraznějším projevem pankreatitidy.

Vrzka: „*Ale z toho kraje to bylo hrozný, to bylo víc omezení, a to bylo všechno na jedno brdo to jídlo. Ať jste si udělala hovězí nebo vepřový, kromě ryby. Ryba je takový trošku výrazná chuť, jiná, ale jinak to jídlo za moc nestálo no.*“

„*Všechno se to točí kolem toho jídla.*“

Respondentky říkají, že bylo ze začátku velmi obtížné se dietě přizpůsobit, ale postupem času si na omezení potravin a způsob přípravy jídel zvykly. Kromě přizpůsobení zmiňují i obtíže s přijímáním potravy v průběhu propuknutí nemoci.

Ela: „*To bylo úplně, to bylo úplně strašný.*“

Vrzka: „*Ono se člověk naučí. Časem si zvykne.*“

Jarka: „*Nejtěžší, že jsem do sebe nedostala moc jídla, a hlavně jsem potřebovala na jedné straně držet dietu, docela přísnou. Nesměla jsem tučný věci, mohla jsem všechno jenom vařený nebo dušený, nejlíp úplně bez koření, prostě úplně strašný jídla (smích), tak jsem zase nedokázala toho sníst tolik. A na druhou stranu tím, že jsem neměla žádný pohyb, tak jsem neměla ani takový hlad a potřebovala jsem přibrat.*“

Nagy: „*Nejtěžší bylo asi si zvyknout na to, že kamkoliv jdu, kamkoliv jedu, tak svačinku s sebou. Že to není jednoduše, že se vydám na výlet a zastavím se kdekoliv a najím se, kde chci.*“

Vrzka a Jarka zkouší někdy sníst potraviny, které by podle dietních opatření jíst neměly. Jarka popisuje, že i přes vědomí, že dělá dietní chybu, neodolá tomu uspokojit svou chvilkovou chuť, i kdyby to znamenalo případnou nevolnost.

Vrzka: „*Musím si hlídat to jídlo. Třeba okurek sterilovanéj, ten jako bych neměla jíst, a tak jsem si už párkrát vzala, protože ten zbožňuju a nic mi to neudělalo.*“

Jarka: „*Ted' je to takový uklidněný všechno, a když dopředu vím, že i nějaký chyby dělám záměrně...sním prostě tabulku oříškové čokolády, tak vím, že to prostě nebude úplně ideál, ale i tak si ju prostě dopřeju a vím, že to ideál není. Takže, kolikrát vím, že záměrně tu chybu udělám, ale zase říkám, když to ta hlava chce, takový to uspokojení nějaký potřeby chvilkový.*“ „

Některé respondentky uvádí zkušenosti s nutriční poradkyní, která jim poradila, jakým způsobem připravovat jídlo a sestavila individuální nutriční plán. Jarka mluví o své zkušenosti s nutriční poradnou jako o paradoxu z toho důvodu, že většina klientů vyhledávají nutričního terapeuta s potřebou zhubnout.

Jarka: „*Chodila jsem do nutriční poradny, kde všichni řešili, jak zhubnout a já jsem tam řešila, jak přibrat.*“



## Omezení

Kromě dietních opatření se objevily v rozhovorech i další omezení spojená s chronickou pankreatitidou. Některé respondentky uvádí výraznější omezení, jiné méně. Pro Elu to byl významný obrat v životě, ale v současnosti už změnu nevnímá tolik, co dříve.

*„To obrátí ten život úplně o 180 stupňů. Prakticky máte všechno úplně naruby.“*

*„Už mně to ani snad nevadí, jídlo jsem za ty roky nacvičila a neomezuje mě to. Kdybych byla na vozíku, tak řeknu, že nemůžu běhat po louce, ale já můžu všechno v podstatě.“*

Dotazované zmínily, že mají zakázanou zvýšenou fyzickou aktivitu. Tomuto omezení Jarka nepřikládá velký význam a vysvětluje, že tělo naopak nějakou fyzickou zátěž potřebuje. Vrzka říká, že začala cvičit jógu, která ji pomáhá se uvolnit. Také Jarka se začala věnovat pole dance, který by spíše cvičit neměla, ale tato aktivita pro ni znamená zábavu, adrenalin a setkání s lidmi.

Vrzka: *„Je to takový zklidňující, že? Člověk se tak jako musí soustředit sám na sebe, na to svoje tělo.“*

Jarka: *„Když jsem takhle zhubla a nemohla jsem nic dělat, tak jsem musela přestat třeba cvičit.“*

*„Trpím ještě na krční páteře a mám skoliózu páteře a hypermobilitu, takže tím pádem jsem nemohla cvičit tak, jak bych chtěla, v podstatě vůbec. Teď jsem konečně našla sport, která mě baví, neměla bych ji dělat kvůli zádům a takhle, ale tím, že mě to baví, nabíjí mě to, ten adrenalin a ti lidi, co tam chodí. Na slinivku mi to nevadí, na to, že všude psali, že třeba fyzická zátěž není dobrá, tak si myslím ba naopak, že fakt je to posílení svalů, a že to tělo to potřebuje.“*

Pro Vrzku znamená onemocnění výrazné omezení. Popisuje své stravovací návyky v práci, do které si nosí jídlo v krabičkách. Jako nevýhodu vnímá to, že nechodí na oběd s kolegyněmi. Je pro ni těžké se dívat na někoho, kdo konzumuje jídlo, které sama nemůže. To ji omezuje v pobytu na slavnostních událostech, odkud brzo odchází. Dodává, že přestala cestovat z důvodu závislosti na specifické stravě.

*„Musím si nosit krabičky, jako nemůžu třeba s holkama na oběd nebo tak. Musím si to nosit z domu.“*

*„To mi celkem dělá zle, když tam oni opékají nějaký sele a já tam jsem sice pozvaná, ale necítím se tam dobře. Zůstanu doma nebo chvíličku tam jdu, ale pak brzo odejdu, protože mě to nebaví.“*

*“Jsem omezená, že nemůžu třeba cestovat, jako na dovolenou, protože všude jsem závislá na tom jídle. Nemůžu si dát v restauraci nějaký jídlo, protože já musím všechno na vodě.“* „Omezuje mě to i v obchodě. Musím pořád hlídat tučky, kolik tam toho je.“

Nagy své onemocnění jako velké omezení nevnímá.

*„Jinak, kromě toho, že nemůžu alkohol a najíst se kde chci, tak mě to ani neomezuje.“*

## Alkohol

Terapie chronické pankreatitidy spočívá především v absolutním zákazu alkoholu. K tomuto tématu se respondentky vyjadřovaly spontánně. Vrzka říká, že nesmí žádný alkohol, a proto nechce chodit na oslavy. Předtím alkohol v menší míře konzumovala, jak je uvedeno v krátkém shrnutí její zkušenosti.

Vrzka: *„Nemůžu chodit na žádný oslavy, protože alkohol nesmím žádnéj.“*

Téma alkoholu se u respondentky Jarky objevilo až ke konci rozhovoru, kdy jsme řešili formu chronické pankreatitidy. Jarka říkala, že první otázka během vyšetření na podezření chronické pankreatitidy zní, zda daný pacient kouří a pije alkohol. Příznává, že se občas napije, dvě skleničky vína, ale po konzumaci alkoholu se jí přitíží a zvrací. Jarka připouští, že si uvědomuje důsledek zhoršení svého zdravotního stavu, ale to ji nezabrání v tom, aby se neopila.

*„Jednou za čas se napiju, tak mně stačí fakt dvě skleničky vína a prostě jsem tři dny nepoužitelná, protože zvracím, nedělá mi to dobře. Není to potom, že by se člověk opil, ale ten žaludek a ta slinivka to nedokáže trávit. Ale i tak to člověk někdy udělá a pak trpí.“*

### 10.2.3 Zkušenosti

Další hlavní oblastí jsou zkušenosti s přístupem lékařů, který se u respondentek objevoval několikrát během rozhovoru.

#### Přístup lékařů

Vrzka, Ela, Jarka a Nagy si stěžují na přístup zdravotníků zejména během procesu stanovení diagnózy. Lékaři odmítali udělat krevní testy, které tvoří stěžejní základ diagnostiky chronické pankreatitidy, což způsobilo přetrvávání projevů onemocnění. Elu přístup zarazil, očekávala, že ji lékaři pomohou, což vedlo k tomu, že se začala spoléhat zejména sama na sebe. Jarka uvádí, že si o krevní testy musela sama požádat a po přijetí do fakultní nemocnice, jak již bylo zmíněno v osobní zkušenosti Jarky, byli lékaři překvapení, že doposud vyšetření nikdo neprovedl. Nagy vysvětluje svou příčinu nemoci zaviněním lékaře při vyšetření, kterou lékař nepřiznal.

Ela: *„Spoléhala jsem na to, že mi pomůžou, tak bídně, těžká bída, tvrdě jsem narazila a zjistila jsem, že musím sama.“*

Jarka: *„Ty krevní testy, který jakoby předtím než, nebo jak mně bylo fakt hrozně, tak ty krevní testy sem si fakt jako můžu říct, že skoro vyřvala no, u toho doktora.“*

*„Divili se, proč se ty krevní testy dělaly tady takhle pozdě, když jsem si stěžovala takhle dlouho.“*

Nagy: „Samozřejmě nikdo neřekne, že je to chyba, že samozřejmě zase ve zdravotnictví se nepřiznává, ale když jsem tam šla na další vyšetření, na to stejný endoskopický centrum, tak mi sestřička říká: „Nebojte se, dneska je pan doktor šikovnej“.

Ela není spokojená s přístupem lékařů, který by chtěla změnit. Chybí ji zejména empatie.

„Hrůza, furt mě odstrkovávali. Potřebovala bych změnit ten přístup, tu empatii.“

Naopak Nagy se setkala s vlídným přístupem svého lékaře.

„Pan doktor, pod které já spadám, je fakt jako úžasnej. Takže on si mě pravidelně zve. Dělá mi onkomarkery, dělá mně prostě kompletní vyšetření všeho...takže pojišťovna ze mě radost asi nemá, ale v tomto jsem měla fakt štěstí.“

Vrzka říká, že potřebuje chodit na častější kontroly ke své obvodní lékařce. Vidí rozdíl v chování lékařky v období propuknutí nemoci a nyní, když se nachází ve stádiu remise.

„Ona to tak nějak teď už neřeší, tak jako kolem mě skákala z toho začátku.“ „Bylo to hrozný a byl tam hroznej doktor, ten byla teda šílenej...On byl takovej trošku nervák, on tak pořád klepal nohou a všechno shazoval ze stolu.“

Zároveň popisuje velmi necitlivý a neprofesionální přístup gastroenterologa k ní a k dalším pacientům. Lékař se podle Vrzky choval agresivně, když na příjem k hospitalizaci se dostavila o den později. Po měsíci se proto rozhodla, že tohoto lékaře přestane navštěvovat.

„Tak na mě řval, že sem mohla umřít...ale jako byl takovej nepřičetnej úplně, ale on se tak choval ke všem, né jenom ke mně. Prostě oni říkali: „On je odborník, ale on to neumí s lidma no.“

„Já sem měla boty pod postelí a on je kopl přes celou tu ordinaci.“

## **Labeling**

Většina dotazovaných se během procesu stanovení diagnózy či hospitalizace setkala s labelingem (nálepkováním), kdy na ně bylo nahlíženo z pohledu jiné diagnózy na základě splnění určitých kritérií, kterými se daná diagnóza vyznačuje.

Respondentka Vrzka popisuje svou zkušenost, kdy s ní jednali jako s alkoholikem: „...jestli pijete, říkám: „Nepiju.“ Naposledy jsem pila, to se mi stalo v dubnu, teď to bude rok a předtím snad na Vánoce si člověk dal nebo na Silvestra, ale tam s vámi tak jednají, jako jak to je nemoc alkoholiků.“

Jarka v souvislosti se ztrátou menstruace navštívila gynekologii, kde ji lékařka nazvala bulimičkou. Teprve po vysvětlení své situace se lékařka omluvila.

*„Když jsem takhle zhubla, pořád zvracela, tak tím pádem se i ženský menstruační cyklus úplně ztratil...takže já jsem chodila na gynekologii, kde mně řekli, když nevěděli tu anamnézu, ž jako bulimička nemůžu vůbec menstruat, jo, takže se to na mě sypalo takhle ze všech stran.“*

Ela s postupným úbytkem hmotnosti zažívala pocity nepochopení ze strany lékařů.

*„Nejvíce mi říkali, že jsem anorektička, ať jdu na psychiatrii, tohle bylo úplně nejhorší, že z vás udělají hlupáka a (smích) nenaberou vám ani krev.“*

## **Reakce okolí**

V souvislosti s onemocněním mluví respondentky o reakcích okolí. Vrzka popisuje svou zkušenost z pivního festivalu, kde se setkala s nepochopením.

*Vrzka: „Já jsem byla na pivním festivalu a pila jsem jenom nealko. Pořád jsem si ho přelívala z kelímku do kelímku, pán na mě hleděl a ťukal si na čelo, jestli nejsem střelená.“*

Ela vykládá se smíchem o své zkušenosti s kolegy v práci, kteří ji vyjadřují soucit kvůli omezením v jídlu a nazývají ji „chudinkou“. Ona sama to tak ale nevnímá.

*„Když jsem v práci nebo takhle a oni tam jedí nějakou kachnu mastnou s knedlíkama a voní: „No, ty seš chudinka, ty to nemůžeš.“ A já říkám: „Mně to nepřijde jako chudinka.“*

Nagy popisuje, jak bylo pro ni těžké vysvětlit, z jakého důvodu si nemůže dovolit konzumovat jakékoliv jídlo.

*Ale od manžela tam to bylo trochu těžší, protože tam to bylo: „A proč si nedáš ten řízek?“ To chvíli trvalo, než si zvykly na to, že nejím úplně všechno.*

## **Alternativní léčba**

Některé respondentky mluví o své zkušenosti s alternativní léčbou. Ela uvádí jisté rozpaky nad alternativní medicínou, ale dodává, že ji léčitel pomohl dodat energii. O alternativní medicíně nehovoří jako o dogmatu, ale s určitou rezervou. Myslí si, že je vhodné ji zkombinovat s medicínskou léčbou.

*„Musí se to brát všechno s rozumem...nesmí člověk narazit na podvodníka...nakombinovat si to s léčbou medicínskou a s tou léčbou alternativní. Pomohli mi i ty bylinky ze začátku.“*

Nagy k alternativním cestám vyjadřuje důvěru.

*„Takže akupresura a občas chodím na reiki a koupila jsem si čaj...nějakej...ted' jihoamerickéj. Údajně je to hrozně dobrý pití...údajně je to hrozně dobrý na slinivku a fakt bych řekla, že to asi pomáhá, že mi to tu slinivku hodně zklidnilo. Ted' to teda už delší dobu nepiju, protože jsem byla těhotná a malou ted' kojím. Takže jsem měla strach, protože mi nikdo tam neřekne jestli se to může nebo ne. Ale fakt bych řekla, že mi to pomáhá...takže takhle ještě bylinami“*

## 10.2.4 Rozvoj

Téma se v rozhovorech objevuje v hojně míře, jak v souvislosti s dotazováním se na jednotlivé kategorie posttraumatického rozvoje, tak v průběhu hovoření o prožívání nemoci.

### Vztah k sobě

Vrzka a Ela uvádí změnu ve vztahu k sobě.

Vrzka: „První jsem já, a pak ti ostatní, že když někam chci jít, tak se nikoho neptám, prostě jdu a nehledím.“

Ela: „Přežila jsem, a tak jsem se rozhodla, že tak pevněji stojím na nohách, a že si s tím životem udělám, co chci.“

„Sebedůvěra, to je taková ta vnitřní síla, je to i trochu, když okolí zjistí třeba, co děláte, tak za vámi jdou a hledají podporu u vás nebo tu pomoc, radu a vědí, že se můžou i o mě opřít, tím pádem musím pevně stát na těch nohách, abych udržela ještě je, když se oni opřou o mě, abych nespadla.“

Jarka říká, že každý člověk má nějakou vnitřní sílu, kterou dokáže předávat a zároveň ji může vzít.

„...v něco věřím, jako nějakou tu sílu vnitřní, tak ta mě dovedla vlastně k tomu, že jsem zjistila, že jsem silnější, než jsem si myslela.“

Nagy v souvislosti s onemocněním udává lepší zvládání životních obtíží.

„Prostě se to dá zvládnout i s tím a už se člověk nezabývá úplnými prkotinami.“

### Ocenění života

Nejvýraznější podtématem oblasti rozvoje je ocenění života. Respondentky tvrdí, že jsou vděčnější za každý den života. V souvislosti s tím mají větší odvalu žít život podle sebe.

Vrzka: „Žít ze dne na den. Díky za každé nové ráno“ (smích)

Ela: „Život je strašně krátký, může náhle skončit...takže jsem se opravdu chopila toho, co můžeš udělat teď, neodkládej na zítřek a využít každé minuty, netrápit se blbostma a mít radost z rozkvetlý kytky a ten život žít, jak říká Matka Tereza (smích): „Život je žij, tak ho žij.“ Jo, brečet můžem někde v rakvi potom až, na to není teď čas.“

Jarka: „Já jsem tady ráda, na světě (smích). A myslím si, že dokážu ten život si žít tak jako podle sebe. Člověk si fakt dokáže vážít potom každýho dne.“

Nagy: „Život může kdykoliv skončit. Tak jako lidi v mém věku si říkají: „Mám před sebou třicet, čtyřicet let.“

## Nové možnosti

Ela a Jarka po odeznění projevů nemoci začaly hledat ve svém životě naplnění. Jarka se naučila dosahovat svých cílů. Jejím snem bylo otevřít si vlastní obchod. Jarka popisuje, že se jí podařilo: „*vybudovat něco z ničeho*“. Ela změnila svou práci, kdy odešla z administrativní oblasti a začala studovat školu s humanitním zaměřením.

*„Hledala jsem v tom životě nějaký naplnění, dělat něco, co vím, že pomůže těm druhým lidem, který řeknou mi, že ty ostatní na to, že by to nemohli dělat, že jim umřou všichni pacienti, ale ten člověk potřebuje pomoc a ty lidi se ho bojí, štítí, nebo to psychicky nezvládnout se na něj koukat, že umírá, tak tohle mě naplňuje, v tomhle nastala ta změna.“*

## Soucit s utrpením

V souvislosti s nemocí Ela vyjadřuje větší soucítění s lidmi, se kterými se setkává ve své práci.

*„Člověk si uvědomuje, že život je strašně krátký, rychle utíká, prostě stárneme, síla ubývá a čím jsme starší, tím to jede rychleji. Opravdu trápí se a brečet nad nějakou blbostí a moje pochopení k tomu, k nějaký nešťastný lásce, že tamhle hoch si šel podřezat žíly, ježišmane, jako kdyby u něj byl někdo rozumněj, a podpořil, podržel ho, aby přežil tu těžkou chvíli, tak by se tak moc nestalo, než on si takhle ublíží. Hruža. Takových hloupostí.“*

## 10.2.5 Vztahy

### Rodinné / partnerské

Pro Elu, Jarku a Nagy je rodina a partner (manžel) zdrojem opory. Jarka říká, že získala větší pocit blízkosti s druhými lidmi.

Jarka: *„Až potom postupem času, kdy ten problém byl větší, tak jsem si uvědomila, že ten pocit blízkosti s druhými lidmi je v tom, že i v té rodině mají ten strach o mně. I s přítelem nás to posílilo ve vztahu, že jsem věděla, že se na něj můžu spolehnout.““*

Ela: *„Rodina pomohla – vůlí, vírou, vším.“*

Nagy: *„Je pravda že od té doby si rodina může mě více hlídá. „Jiš? Nehubneš?“*

Nagy mluví o své dceři, že si už částečně uvědomuje, že je nemocná.

*„Dcera ví, že něco nemůžu, a tak se mě už ptá: „A maminko tohle můžeš?“ a já ji říkám: „ne, z toho by mě bolelo břicho.“ ...a tak jakože to bere.“*

Vrzka reflektuje svou zkušenost:

*„Manžel a syn tak nic mně neulehčili, že by mi nějak s něčím víc pomáhali nebo tak.“ „Manžel se ptal, jestli má přijít na návštěvu, ale já jsem nechtěla, já to celkem ani nemám ráda, člověk je bolavej a unavenej.“ „Manžel jí stejně.“*

## **Sdílení zkušenosti**

Respondentky spatřují velkou pomoc ve sdílení vlastní zkušenosti skrze skupiny na sociální síti Facebook, která sdružuje jedince s chronickou pankreatitidou. Tento kontakt jim dodává uklidnění a pocit, že nejsou sami, kteří tímto onemocněním trpí. Skupina jim zároveň umožňuje si otevřeně vzájemně o své nemoci promluvit. Potřeba mluvit o nemoci.

*Vrzka: „Vždycky si říkám s někým se setkat, kdo to třeba má, abychom to probrali spolu.“*

Jarka považuje sdílení zkušenosti za důležité, které mohou druhým lidem pomoci a ukázat jim směr. Zároveň to vede k uvědomění, že jsou další pacienti se stejnou diagnózou, kteří mají mnohem horší průběh nemoci.

*„...ti lidi mají stejný problém, a tím pádem se mi to v té hlavě jako srovnalo, že prostě vyloženě neumírám, že to přežiju. A že nejsem sama, že prostě těch lidí je spousta, co ten problém mají, a třeba ho mají i horší.“*

*„Kdybych na to byla asi úplně sama, tak prostě si myslím, že to nedám, že tam byla fakt síla toho kolektivu a těch příběhů dalších lidí a té komunikace, že jsme o tom dokázali mluvit.“*

Nagy hledala i svépomocné skupiny, ale žádnou se jí zatím nepodařilo najít.

*„Já jsem hledala, jestli existuje i něco takového jako svépomocné skupin jako mají třeba různí diabetici. Zatím se mi ale nepodařilo nic najít. Nevím, jestli vám se podařilo někde něco najít, ale já si myslím, že asi ani nic není.“*

Kromě toho mluví o svých kolegyních v práci, které ji doporučují vhodné recepty. Zároveň zmiňuje svou kolegyni, jejíž maminka onemocněla rakovinou slinivky. S touto kolegyní navázala kontakt a vyměňovaly si vzájemně své zkušenosti, což vnímá velmi pozitivně.

*„musím říct, že se najdou lidi třeba ženský v práci, co to prostě chápou a radí jako: „Tady jsem viděla dobrý recept. To bys asi mohla“. A shodou okolností, když jsem nastupovala tady do práce, tak maminka kolegyně měla rakovinu slinivky. Takže my jsme se na sebe tak nějak napojily a jsme spolu...si vyměňovali právě co jíme, jak jíme, co nám vyhovuje a bylo to supr.“*

Pro lepší znázornění nadřazených témat s podtématy a jejich výskytu u jednotlivých respondentů byl vytvořen přehled v tabulce č. 4.

**Tab. 4: Přehled grafického znázornění výsledků IPA**

Onemocnění	Vrzka	Ela	Jarka	Nagy
Nejistá diagnóza		*	*	
Medikace	*	*	*	*
Informace	*	*	*	*
Akceptace onemocnění	*	*	*	*
Strach	*	*	*	*
Dopady onemocnění	Vrzka	Ela	Jarka	Nagy
Dietní opatření	*	*	*	*
Omezení	*	*	*	*
Alkohol	*		*	
Zkušenosti	Vrzka	Ela	Jarka	Nagy
Přístup lékařů	*	*	*	*
Labeling	*	*	*	
Reakce okolí	*	*		*
Alternativní léčba		*		*
Rozvoj	Vrzka	Ela	Jarka	Nagy
Vztah k sobě	*	*	*	*
Ocenění života	*	*	*	*
Nové možnosti		*	*	
Soucit s utrpením		*		
Vztahy	Vrzka	Ela	Jarka	Nagy
Rodinné / partnerské	*	*	*	*
Sdílení zkušenosti	*		*	*



### 10.3 Odpovědi na výzkumné otázky č. 2–5

V této části se dostáváme k řešení zbývajících výzkumných otázek v souvislosti s posttraumatickým rozvojem, mírou dispoziční naděje a životní spokojenosti.

**VO2:** *Vykazují vybraní respondenti posttraumatický rozvoj?*

**VO3:** *Které domény posttraumatického rozvoje dle autorů Tedeschi a Calhoun (1995) jsou u vybraných respondentů zastoupeny?*

Pro zjištění posttraumatického rozvoje byl použit dotazník PTGI. Výsledky jednotlivých respondentek jsou uvedeny v tabulce 5. Při pohledu do tabulky respondentky je posttraumatický rozvoj zastoupen v jediné doméně. Respondentky dosahovaly nejvyššího skóre v doméně Ocenění života, ve které některé respondentky dosáhly maximální hodnoty pro rozvoj.

**Tab. 5:** *Výsledky dotazníku PTGI*

Domény PTG	Vrzka	Ela	Jarka	Nagy	Hodnota pro rozvoj	Max. hodnota
Vztahy s druhými	9	18	17	8	23	35
Nové možnosti	7	15	11	8	18	25
Osobní růst	9	13	10	10	15	20
Spirituální změna	2	2	3	0	5	10
Ocenění života	14	15	13	9	11	15
Celkové skóre	41	63	54	35		105

**VO4:** *Jaká je míra dispoziční naděje u vybraných respondentů ve srovnání s populací?*

Míra dispoziční naděje byla zjišťována pomocí Škály dispoziční naděje. Ve srovnání s neklinickou populací, u které činí průměrné skóre 48 bodů, se respondentky pohybují v pásmu od mírného podprůměru až nadprůměru. U dvou respondentek Jary a Nagy byla zjištěna významně vyšší naděje ve vztahu k normám a u Vrzky nižší míra naděje. Ela vykazovala průměrnou míru naděje. Výraznějšího skóre respondentky dosahovaly v subškále Cesta.

**Tab. 6:** *Výsledky dotazníku ADHS*

	Cesta		Snaha		Celkový skór	
	HS	Sten	HS	Sten	HS	Sten
Vrzka	18	3	20	4	38	3
Ela	22	5	24	6	46	5
Jarka	30	9	27	7	57	8
Nagy	28	8	25	6	53	7

**VO5:** *Jaká je životní spokojenost vybraných respondentů ve srovnání s populací?*

Pro zjištění životní spokojenosti byl použit Dotazník životní spokojenosti. Z celkové sumy životní spokojenosti (DŽS SUM) jsou vyřazeny škály Práce a zaměstnání, Manželství a partnerství a Vztah k vlastním dětem. V této práci byly také vynechány škály Finanční situace, Sexualita a Bydlení. Z tohoto důvodu nebudeme celkovou hodnotu DŽS jednotlivých respondentů porovnávat s normou, ale pouze uvedeme výsledky jednotlivých škál DŽS.

Na škále Zdraví respondentky s chronickou pankreatitidou vykazují nižší spokojenost ve srovnání s normovaným souborem až na jednu respondentku, která se pohybuje v pásmu průměru.

**Tab. 7:** *Srovnání výsledků na škále Zdraví*

Respondent	HS	Sten	Střední hodnota
Vrzka	29	3	36,10
Ela	26	2	38,72
Jarka	35	3	39,84
Nagy	35	4	38,72

Ve srovnání s normovaným souborem respondentky jsou výrazně spokojenější se svou prací a zaměstnáním.

**Tab. 8:** Srovnání výsledků na škále *Práce a zaměstnání*

Respondent	HS	Sten	Střední hodnota
Vrzka	42	7	32,14
Ela	36	5	35,50
Jarka	46	8	34,56
Nagy	45	7	35,50

Na škále Volný čas se respondentky opět pohybují v pásmu výrazně vyšší spokojenosti, než je udávaná průměrná hodnota. Jedna respondentka je se svým volným časem průměrně spokojená.

**Tab. 9:** Srovnání výsledků na škále *Volný čas*

Respondent	HS	Sten	Střední hodnota
Vrzka	42	7	32,14
Ela	36	5	35,50
Jarka	46	8	34,56
Nagy	45	7	35,50

Na škále Manželství a partnerství tři respondentky vykazují průměrnou spokojenost ve srovnání s normovacím výběrem. Jedna respondentka na této škále vyjadřuje výrazně nižší nespokojenost.

**Tab. 10:** Srovnání výsledků na škále *Manželství a partnerství*

Respondent	HS	Sten	Střední hodnota
Vrzka	40	5	37,18
Ela	16	1	35,43
Jarka	44	6	34,95
Nagy	38	5	35,43

Ve vztahu k vlastním dětem se respondentky pohybují opět v pásmu průměru až na jednu respondentku, která má vyšší skóre v porovnání s průměrem.

**Tab. 11:** Srovnání výsledků na škále *Vztah k vlastním dětem*

Respondent	HS	Sten	Střední hodnota
Vrzka	38	4	39,05
Ela	43	6	39,48
Jarka	42	5	40,86
Nagy	46	7	39,48

Na škále Vlastní osoba respondenti dosahují průměrného skóre.

**Tab. 12:** Srovnání výsledků na škále *Vlastní osoba*

Respondent	HS	Sten	Střední hodnota
Vrzka	41	5	38,38
Ela	35	4	38,29
Jarka	42	6	38,85
Nagy	41	5	38,29

Na škále Přátelé, známí a příbuzní respondentky vykazují průměrnou spokojenost až na jednu respondentku, která má výrazně vyšší skóre spokojenosti v porovnání s průměrem.

**Tab. 13:** Srovnání výsledků na škále *Přátelé, známí a příbuzní*

Respondent	HS	Sten	Střední hodnota
Vrzka	40	6	37,56
Ela	34	4	37,10
Jarka	45	8	37,12
Nagy	39	5	37,10

Největší spokojenost v dotazníku DŽS vyšla v oblasti volný čas, následovala práce a zaměstnání. Naopak nejméně spokojené respondentky byly se svým zdravím. V ostatních oblastech životní spokojenosti se pohybovaly v pásmu průměru ve srovnání s normovaným souborem.

## 11 DISKUZE

V první části této kapitoly se zaměříme na **diskuzi k dosaženým výsledkům** podle stanovených cílů výzkumu. Hlavním cílem této práce je prezentovat individuální subjektivní zkušenost pacientů s chronickou pankreatitidou. Dalším cílem práce je zjistit, zda pacienti s chronickou pankreatitidou vykazují posttraumatický rozvoj a jaké domény jsou zastoupeny. Kromě toho zjišťuje míru dispoziční naděje a životní spokojenost u těchto pacientů.

V rámci rozhovoru jsme se kromě prožívání samotné nemoci zaměřili i na období před propuknutím choroby. Respondentky hovořily o svém životním stylu, který však do souvislosti s příčinou onemocnění nedávají. Svoje stravovací návyky před nemocí vnímají jako víceméně zdravé. Otázkou zůstává, co si respondentky pod tímto pojmem představují. Dítě et al. (2011) špatné stravovací návyky uvádí jako jednu z možných příčin chronické pankreatitidy. Slinivku mohou tučná a přepálená jídla podráždit a způsobit tak zánět. Vrzka sdělila, že nemoci předcházelo období, kdy hodně konzumovala grilované maso. Ela uváděla příklady jídel, které před nemocí jedla, a které v souvislosti s dietními opatřeními pankreatitidy se jeví jako nevhodné. Nezdravý životní styl, jak je známo, přispívá mnohým zdravotním problémům a je také rizikovým faktorem pro mnohá onemocnění.

Na základě interpretativní fenomenologické analýzy vyplynulo, že zkušenost jedinců s chronickou pankreatitidou se pojí s pěti nadřazenými tématy, kterými jsou: Onemocnění, Dopady onemocnění, Zkušenosti, Rozvoj a Vztahy. Jednotlivé hlavní oblasti obsahují celkem osmnáct podtémat, která vznikla na základě polostrukturovaných rozhovorů s respondentkami.

Proces stanovení diagnózy byl u většiny respondentek velmi zdlouhavý. U Ely dokonce trvalo až jeden rok, než lékaři přišli se správnou diagnózou. Lékaři si nebyli ve většině případů s diagnózou jistí, což souvisí i s etiologií chronické pankreatitidy, která je doposud problematická. Podle autorů výzkumu, který proběhl v Japonsku, je prognóza chronické pankreatitidy špatná a onemocnění v pokročilé fázi zvyšuje zhruba dvakrát vyšší riziko úmrtí. Znamená to, že včasná diagnostika a léčba je extrémně důležitá, ale právě určení diagnózy je obtížné, neboť klinické rysy rané pankreatitidy jsou nejasné. Zobrazovací metody totiž nedokážou detekovat malé abnormality pankreatu (Yamabe et al., 2017).

V souvislosti se stanovením diagnózy některé respondentky uvádí, že k podpoření správné diagnózy pomohly krevní testy, které však lékaři zprvu odmítali provést. S tím úzce

souvisí i přístup lékařů k respondentkám jako pacientkám. Tři respondentky popisují své zkušenosti s přístupem lékařů negativně. Uvítaly by empatictější a vlídnější přístup lékařů. Vrzka a Nagy mají i opačnou zkušenost, setkaly se s lékaři, kteří jim poskytli potřebné informace a vhodnou léčbu. Brown (2016) v souvislosti se vztahem mezi lékařem a pacientem uznává, že se jedná o problém v oblasti zdravotní péče. Přišel se zjištěním, že lékaři využívají vztah mezi nimi a pacienty jako nástroj k řešení nejistoty. Odhaduje, že lékaři nadhodnocují své osvědčené postupy a podceňují chyby, které pro pacienty mohou skončit fatálně.

Nejčastěji zmiňovanou příčinou chronické pankreatitidy bývá alkohol. Vrzka reflektuje svou zkušenost z nemocnice, kde podle jejích slov s ní jednali jako s alkoholikem. Podle výzkumu Dolai et al. (2012) alkohol spolupůsobí s dalšími rizikovými faktory, jako jsou virová infekce, strava bohatá na tuky a kouření. Lidé závislí na alkoholu tudíž nemusí vůbec onemocnět zánětem slinivky břišní. Výrazným doprovodným projevem pankreatitidy je nápadný úbytek váhy. Jarka a Ela se setkaly s lékaři, kteří tento symptom spojovali s mentální anorexií a bulimií. Otázkou zůstává, do jaké míry lékaři věnují pozornost i dalším projevům onemocnění a poslouchají své pacienty.

Zajímavým zjištěním bylo, že respondentky dávají své onemocnění do souvislosti s psychikou, ačkoliv se o pankreatitidě jako o psychosomatickém onemocnění téměř nehovoří. Nakai et al. (1979) ve svém výzkumu došli ke zjištění, že pacienti s tímto onemocněním se vyznačují obsedantními rysy a návykovým chováním. O pár let později další výzkum potvrdil souvislost stresu s recidivou a exacerbací chronické pankreatitidy (Nakai et al., 1983).

Všechny respondentky až na jednu v současnosti neužívají žádné léky a užívají je pouze v případě, že se jim přitíží. Některé respondentky uvádí zkušenosti s alternativní léčbou, především s léčitelem a bylinkami. Alternativní léčba se ukazuje jako možný pozitivní doplněk klasické medicínské léčby.

S oblastí onemocnění souvisí i informace o chronické pankreatitidě v různých typech zdrojů, které respondentky hodnotí jako nedostačující, nekvalitní a příliš striktní. Recepty podle nich mají monotónní ráz a jako velké negativum vnímají všeobecná dietní opatření. Doporučují se řídit individuálně a postupně zkoušet potraviny, které člověku vyhovují. Důležitou úlohu v této oblasti hraje nutriční poradenství, které ke klientům přistupuje individuálně.

Ve všech rozhovorech se objevilo téma strachu ve spojení se strachem z jídla a karcinomem pankreatu. Strach z jídla vyjadřuje obavu z navracení projevů pankreatitidy.

Další oblastí, která se v rozhovorech nejčastěji objevovala, je dopad onemocnění na kvalitu života jedinců. Jako největší omezení respondentky vnímají dietní opatření a strach z rozvoje karcinomu pankreatu. Ukázalo se, že je pro jedince s tímto onemocněním důležité nemoc akceptovat a přijmout jako součást svého života. Zároveň dodaly, že i přes doporučení omezit fyzickou aktivitu, se ji nevyhýbají a vnímají ji naopak jako vhodnou a potřebnou. Jarka přiznala, že i přes zákaz alkoholu, občas v malém množství pije víno. Některé respondentky také říkají, že neodolají jíst nevhodné potraviny i přes riziko, že se jim přitíží. Toto zjištění můžeme s jistou nadsázkou brát jako snahu vrátit se do starého způsobu života a zapomenout na omezení, které jim nemoc přináší. V návaznosti na tyto omezení, které jim onemocnění přináší, se objevuje i občasné nepochopení ze strany okolí.

Jedním z výzkumných cílů bylo zjistit možný posttraumatický rozvoj u jedinců s chronickou pankreatitidou. Podle dotazníku PTGI se objevil posttraumatický rozvoj nejvýrazněji v doméně ocenění života. Ostatní domény nebyly zastoupeny.

V rámci IPA jsme do nadřazené oblasti zařadily rozvoj, který se objevoval v průběhu rozhovoru ve spojení s vyhodnoceným dotazníkem, ale i spontánně, kdy respondentky na toto téma samy hovořily. Jak již bylo zmíněno, tři respondentky vykazovaly posttraumatický rozvoj v doméně ocenění života, kterou jsme zařadili i jako podtéma spadající pod oblast rozvoje. Ačkoliv dotazník ukázal pouze na rozvoj v doméně ocenění života u tří respondentek, analýza ukazuje, že všechny respondentky si více vážily svého života a oceňují každý jeho okamžik. Dotazník rovněž nevykázal rozvoj v oblasti nové životní možnosti, které se během analýzy vynořily jako důležité pro Elu a Jarku. Ela radikálně změnila dosavadní práci a začala se věnovat práci s lidmi, která ji naplňuje a vidí v ní smysl. Do oblasti rozvoje jsme zařadili také vztah k sobě, kdy respondentky vyjadřovaly lepší zvládání životních obtíží, objevení vnitřní síly a zvýšenou sebejistotu.

Jako velmi důležité se ukázalo sdílení zkušeností mezi jedinci s chronickou pankreatitidou. Sdílení působí jako významný faktor podpory a snížení obav. Zároveň jedna respondentka vyjádřila potřebu vzniku svépomocné skupiny.

Dále se výzkum zaměřil na životní spokojenost u jedinců s chronickou pankreatitidou. V dotazníku životní spokojenosti jsme zaznamenali nejvyšší spokojenost v oblasti volný čas,

následně v práci a zaměstnání. V ostatních oblastech zůstala spokojenost průměrná ve srovnání s normovaným souborem, nicméně se svým zdravím respondentky vykazují nižší spokojenost. Nižší spokojenost se zdravím může být vysvětlena pohledem pacienta na své onemocnění jako narušení kvality jeho života. To koresponduje se zjištěním autorů Balliet et al. (2012), kteří sníženou kvalitu života a zvýšenou bolest udávají v souvislosti s nealkoholickou pankreatitidou. Zároveň dodávají, že u těchto pacientů je častá přítomnost depresivních symptomů. Také německé a polské studie potvrzují snížení v oblasti všeobecného hodnocení zdraví u pacientů s chronickou pankreatitidou (Chrastina et al., 2015).

U škály dispoziční naděje pro dospělé se míra naděje velmi lišila. Jarka a Nagy měly výrazně vyšší naději, zatímco Vrzka nižší naději ve vztahu k normám. Ela se pohybovala v pásmu průměrné míry naděje. Ačkoliv vzhledem k použitému typu výzkumu nelze zformulovat obecný závěr, respondentka Vrzka (59 let) ve škále dispoziční naděje dosáhla nižší míry naděje ve vztahu k normám, na což můžeme navázat zjištěním výzkumu, ve kterém autoři Bailey, Eng, Frisch a Snyder (2007) zjistili, že lidé starší 54 let dosahují nižší míry naděje ve srovnání s mladšími.

Výsledky tohoto výzkumu jsou také zatíženy **limity a nedostatky**. Možné úskalí výzkumu spočívalo ve výběru výzkumného souboru, zejména v návratnosti dotazníků PTGI, ochotě další spolupráce a záměrném zkreslení. Se spoluprací na výzkumu souhlasily pouze tři oslovené nemocnice. Nevýhodou byla také obtížná spolupráce respondentů, kteří po vyplnění prvního dotazníku posttraumatického rozvoje, již nechtěli ve spolupráci pokračovat. Výzkumný soubor z toho důvodu obsahuje 4 respondentky. Dalším možným rizikem bylo sugestivní pokládání otázek během rozhovoru. Úskalím byly také případné dysforické pocity ze strany respondenta při vyplňování dotazníků či během rozhovoru. Bylo tedy nutné k respondentům přistupovat citlivě. Nedostatkem je také charakteristika výzkumného souboru, který tvoří pouze ženy.

Pro budoucí výzkum by bylo vhodné do výzkumného souboru zařadit i lékaře pacientů s chronickou pankreatitidou, který by poskytnul jejich pohled zejména během procesu stanovení diagnózy. Také by bylo zajímavé zjistit, jak vnímají blízcí pacienta rozdíl ve stravovacích návycích před a po propuknutí příznaků nemoci. Pro budoucí výzkum



by bylo vhodné zařadit dotazník životního stylu a návyků (LHQ-B) pro zjištění, jakým životním stylem jedinec s chronickou pankreatitidou žije.

## 12 ZÁVĚRY

Diplomová práce se zabývala posttraumatickým rozvojem, mírou dispoziční naděje a životní spokojeností u pacientů s chronickou pankreatitidou. Práce si za hlavní cíl kladla popsat a interpretovat individuální subjektivní zkušenost jedinců s tímto onemocněním. Na základě interpretativní fenomenologické analýzy bylo zjištěno celkem pět hlavních tematických oblastí: Onemocnění, Dopady onemocnění, Zkušenosti, Rozvoj a Vztahy. Jednotlivé hlavní oblasti obsahují celkem osmnáct podtémat.

Z výsledků analýzy lze konstatovat, že proces stanovení diagnózy trvá dlouhou dobu a tuto nejistotu pacienti prožívají velmi negativně. Objevuje se také nálepkování ze strany lékařů v souvislosti s výrazným úbytkem váhy. Informace o nemoci shledávají respondenti jako nekvalitní a nedostatečné. Kvalita života pacientů s chronickou pankreatitidou je výrazně ovlivněna dietními opatřeními a strachem z rozvoje karcinomu pankreatu. Ukázalo se, že je pro jedince s tímto onemocněním důležité nemoc akceptovat a přijmout jako součást svého života. Zároveň považují za důležité sdílet svoje zkušenosti s ostatními pacienty trpící stejnou nemocí.

Z dotazníku posttraumatického rozvoje vyplývá, že posttraumatický rozvoj nejvýrazněji proběhl v doméně ocenění života, která byla zastoupena jako jediná.

Ve škále dispoziční naděje se respondenti pohybovali v pásmu od mírného podprůměru až nadprůměru. Dva respondenti vykazovali významně vyšší naději ve vztahu a jeden respondent měl nižší míru naděje ve vztahu k normám. Respondenti dosahovali výraznějšího skóre v subškále Cesta.

Největší spokojenost v dotazníku životní spokojenosti vyšla v oblasti volný čas, následovala práce a zaměstnání. Naopak nejmenší spokojenost respondenti vykazovali se svým zdravím. V ostatních oblastech životní spokojenosti se pohybovali v pásmu průměru ve srovnání s normovaným souborem.

## SOUHRN

Tato diplomová práce se zabývá možným posttraumatickým rozvojem, mírou dispoziční naděje a životní spokojeností u pacientů s chronickou pankreatitidou.

Chronické onemocnění je vleklé, dlouhodobé onemocnění, které probíhá řadu měsíců až let. Člověk si nemusí vždy uvědomovat, že bude onemocněním trpět celoživotně. U těchto onemocnění je typické střídání remise a relapsu. Nemoc má psychický a sociální aspekt (Křivohlavý, 2002).

Onemocnění slinivky břišní (pankreatu) je postižením její exokrinní nebo endokrinní části, případně obou těchto funkčních jednotek. Rozlišujeme dvě základní skupiny zánětlivých onemocnění pankreatu: akutní a chronickou pankreatitidu (Dítě et al., 2002). Chronická pankreatitida má za následek nahrazování pankreatické tkáně vazivem, které způsobuje pankreatickou nedostatečnost. Je to trvale progredující onemocnění, které s sebou nese významné riziko vzniku karcinomu pankreatu. Etiologie chronické pankreatitidy je do určité míry stále nejasná (Etemad, & Whitcomb, 2001). Nejčastěji je onemocnění spojováno v souvislosti s alkoholem, kouřením, neprůchodností pankreatických vývodů, stravou bohatou na nasycené tuky, hyperkalcémií a genetickými faktory (Dítě et al., 2011).

Rozlišujeme celkem jedenáct klasifikačních systémů chronické pankreatitidy, přičemž nejpoužívanější je TIGARO rizikových faktorů z roku 2002 (Majumder, & Chari, 2016). Nejčastější formou chronického zánětu slinivky břišní je tzv. algická forma, která se projevuje bolestí v oblasti nadbříšku s propagací do zad (Šváb, 2003). V současnosti je léčba onemocnění zaměřena na konzervativní, endoskopický a chirurgický léčebný postup (Dítě et al., 2007).

Chronické onemocnění může představovat v různé míře pro člověka a jeho blízké náročnou životní situaci, která naruší dosavadní denní fungování jedince. Kromě negativních dopadů, může nepříznivá životní událost znamenat šanci a příležitost. Koncept posttraumatického rozvoje odráží myšlenku lidové moudrosti, že z neblahé životní události může člověk vyjít posílen. Závisí především na přístupu člověka, jak danou krizi vnímá (Kastová, 2010).

Posttraumatickým rozvojem (posttraumatic growth) rozumíme onu pozitivní změnu v kognitivní, emoční, sociální, spirituální a konativní oblasti života. Tato změna nastává v souvislosti se snahou člověka vypořádat se s krizí či traumatem (Calhoun, & Tedeschi,

1999, 2006). Počátky vědeckého zkoumání posttraumatického rozvoje je spojeno s V. E. Franklem (Mareš, 2012). Mezi uznávané vědce v této oblasti patří L. G. Calhoun a R. G. Tedeschi (Joseph, 2017).

Nejvýznamnější model posttraumatického rozvoje Calhouna a Tedeschiho zahrnuje pět domén: nové životní možnosti, vztahy s druhými lidmi, osobnostní růst, spirituální změna a ocenění života (Tedeschi, & Calhoun, 1996). Jako důležitý faktor rozvoje se jeví osobnostní charakteristiky jedince, například vnitřní místo kontroly, vnímaná osobní zdatnost, resilience a optimismus (Tennen, & Affleck, 1999, in Slezáčková, 2012).

V souvislosti s chronickým onemocněním se jako důležitá jeví naděje. Snyder (2000a) naději definuje jako k cíli vytyčenou aktivitu zahrnující schopnost vytvářet cesty a motivace jedince, který tyto cesty následuje. Největší pozornost získala kognitivní teorie naděje, jejímž autorem je C. R. Snyder. Jeho teorie předpokládá nezbytnou podmínku naděje a to cíle. Naděje je myšlenkový proces, který obsahuje dvě složky: snahu a cestu (Snyder et al., 1999).

Chronické onemocnění představuje velký zásah do života pacienta, která ovlivňuje jeho životní spokojenost. Téma životní spokojenosti je jedním z ústředních pojmů pozitivní psychologie. Životní spokojenost označuje, do jaké míry je jedinec spokojený se svým životem a jak intenzivně prožívá kladné emoce. Životní spokojenost je kognitivní součástí osobní pohody. Ovlivňující faktory životní spokojenosti jsou sebehodnocení, peněžní příjem, věk, pohlaví, zaměstnání, vzdělání, náboženství, manželství a rodina, sociální kontakty, spokojenost s intimním životem, životní události a biologické vlivy. Pojem životní spokojenosti je často mylně zaměňován za kvalitu života, osobní pohodu či štěstí (Slezáčková, 2012).

Cílem práce bylo zjistit možný posttraumatický rozvoj, míru dispoziční naděje a životní spokojenost u pacientů s chronickou pankreatitidou. Pro účely tohoto výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup. Stěžejní metodou pro získání dat byl polostrukturovaný rozhovor. Dále byly využity tyto dotazníky: Dotazník posttraumatického rozvoje, Škála dispoziční naděje pro dospělé a Dotazník životní spokojenosti. Cílovou skupinu respondentů tvořili jedinci s diagnózou chronické pankreatitidy v remisi. Respondenti byli získáváni prostřednictvím gastroenterologických ambulancí oslovených zdravotnických zařízení a přes společenský webový systém Facebook, kde bylo osloveno cca 600 lidí. Výběrový

soubor tvořily 4 ženy ve věku ve věku 27–59. Pro analýzu dat byla použita interpretativní fenomenologická analýza (IPA).

Na základě IPA vzniklo pět hlavních tematických oblastí: Onemocnění, Dopady onemocnění, Zkušenosti, Rozvoj a Vztahy. Z těchto hlavních oblastí vzešlo celkem osmnáct podtémat. Výsledky analýzy ukázaly na zdlouhavý proces stanovení diagnózy. Zároveň se objevilo nálepkování ze strany lékařů v souvislosti s nápadným projevem pankreatitidy, jímž je úbytek váhy. Respondenti hodnotí informace o této nemoci jako nekvalitní a nedostatečné. Jejich kvalita života je ovlivněna dietními opatřeními a strach z možného rozvoje rakoviny slinivky břišní. Dále se ukázalo jako důležité akceptování a přijetí nemoci jako součást života. Zároveň respondenti považují za důležité sdílení svých zkušeností s ostatními pacienty, kteří také trpí chronickou pankreatitidou.

Z dotazníku posttraumatického rozvoje vyplynulo, že rozvoj proběhl nejvýrazněji v jediné doméně ocenění života. Ve škále dispoziční naděje se respondenti pohybovali v pásmu od mírného podprůměru až nadprůměru. Výrazného skóre dosahovali v subškále Cesta. Největší životní spokojenost v dotazníku životní spokojenosti respondenti vykazovali s oblastí volný čas, dále práce a zaměstnání. Ostatní oblasti životní spokojenosti se pohybovaly v pásmu průměru.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Ali, U. A., Issa, Y., Hagenaars, J. C., Bakker, O. J., Goor, H., Nieuwenhuijs, V. B., ... Boermeester, M. A. (2016). Risk of Recurrent Pancreatitis and Progression to Chronic Pancreatitis After a First Episode of Acute Pancreatitis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14(5), 738–46. doi: 10.1016/j.cgh.2015.12.040
- American Psychological Association. (nedat). Posttraumatic Growth Inventory. Získáno z: <http://www.apapractice.org/apo/public/resilience/presentation/ptgi.GenericArticle.Single.articleLink.GenericArticle.Single.file.tmp/Inventory.pdf>
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121(3), 417–36. doi:10.1037//0033-2909.121.3.417
- Bailey, T. C., Eng, W., Frisch, M. B., & Snyder, C. R. (2007). Hope and optimism as related to life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 168–175. doi:10.1080/17439760701409546
- Balliet, W., Edwards-Hampton, S., Borckardt, J. J., Morgan, K., Adams, D., ... Malcolm, R. (2012). Depressive Symptoms, Pain, and Quality of Life among Patients with Nonalcohol-Related Chronic Pancreatitis. *Pain Research Treatment*, 1–5. doi:10.1155/2012/978646
- Baštecká, B., & Mach. J. et al. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Beger, H. G., Warshaw, A. L., Büchler, M. W., Kozarek, R. A., Lerch, M. M., Neoptolemos, J. P., ... Rau, M. B. (Eds.). (2008). *The Pancreas: An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine, and Surgery* (2. vyd.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Beger, H. G., Warshaw, A. L., Hruban, R. H., Lerch, M. M., Buchler, M. W., Neoptolemos, J. W., ... Whitcomb, D. C. (Eds.). (2018). *The Pancreas: An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine, and Surgery* (3. vyd.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Berger, R. (2015). *Stress, Trauma, and Posttraumatic Growth: Social Context, Environment, and Identities*. New York: Routledge.
- Braganza, J. M., Lee, S. H., McCloy, R. F., & McMahan, M. J. (2011). Chronic pancreatitis. *Lancet*, 377, 1184–1197. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61852-1
- Brouwer, C.N., Maillé, A.R., Rovers, M.M., Grobbee, D. E., Sanders, E. A., & Schilder, A. G. (2005). Health-Related Quality of Life in Children With Otitis Media. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 69(8), 1031–1041. doi:10.1016/j.ijporl.2005.03.013
- Brown, L. D. (2016). The doctor-patient relationship as a toolkit for uncertain clinical decisions. *Social Science & Medicine*, 159, 108–115. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.05.002

- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician's Guide LEA Series in Personality and Clinical Psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.). (2006). *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). The Posttraumatic Growth Model: Sociocultural Considerations. In T. Weiss, & R. Berger (Eds.), *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice: Lessons Learned from Around the Globe* (173–188). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2002). Optimism. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of Positive Psychology* (231–243). New York: Oxford University Press.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.-
- Cummins, R. A. (1996). The Domains of Life Satisfaction: An Attempt to Order Chaos. *Social Indicators Research January*, 38(3), 303–328. doi:10.1007/BF00292050
- Čihák, R. (2013). *Anatomie 2* (3. vyd.). Praha: Grada.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403–425. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276
- Disman, M. (2011). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. Získáno z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=905891>
- Dítě, P. (1994). *Diagnostika a terapie chronické pankreatitidy*. Praha: Scientia Media.
- Dítě, P. (2007). Chronická pankreatitida – etiologická klasifikace a diagnostická kritéria. *Vnitřní lékařství*, 53(4), 354–358. Získáno 4. října 2017 z [http://www.prolekare.cz/pdf?ida=vl\\_07\\_04\\_06.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=vl_07_04_06.pdf)
- Dítě, P., Bartoš, V., Fencl, P., Frič, P., Habanec, B., Horký, D., ... Žáková, A. (2002). *Chronická pankreatitida*. Praha: Galén.
- Dítě, P., Fischerová, B., Groch, L., Hlinomaz, O., Hofírek, I., Hude, P., ... Zvoníček, V. (2007). *Vnitřní lékařství* (2. vyd.). Praha: Galén.
- Dítě, P., Trna, J., Floreanová, K., & Geryk, E. (2011). Chronická pankreatitida. *Medicína pro praxi*, 8(11), 455–458. Získáno 4. října 2017 z <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/03.pdf>

- Dolai, S., Liang, T., Lam, P. P. L., Fernandez, N. A., Chidambaram, S., & Gaisano, H. Y. (2012). Effects of ethanol metabolites on exocytosis of pancreatic acinar cells in rats. *Gastroenterology*, *143*(3), 832–843. doi: 10.1053/j.gastro.2012.06.011
- Dosedlová, J. (2008). Osobní pohoda (subjective well-being, SWB). In J. Dosedlová, L. Fialová, V. Kebza, & Z. Slováčková. *Předpoklady zdraví a životní spokojenosti* (33–53). Brno: MSD.
- Drewes, A. M., Bouwense, S. A. W., Campbell, C. M., Ceyhan, G. O., Delhaye, C. M., ... Yadav, D. (2017). Guidelines for the understanding and management of pain in chronic pancreatitis. *Pancreatology*, *17*(5), 720–731. doi:10.1016/j.pan.2017.07.006
- Durbec, J. P., & Sarles, H. (2009). Multicenter Survey of the Etiology of Pancreatic Diseases: Relationship between the Relative Risk of Developing Chronic Pancreatitis and Alcohol, Protein and Lipid Consumption. *Digestion*, *18*(5-6), 337–350. doi:10.1159/000198221
- Etemad, B., & Whitcomb, D. C. (2001). Chronic pancreatitis: Diagnosis, classification, and new genetic developments. *Gastroenterology*, *120*(3), 682–707. doi:10.1053/gast.2001.22586
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J. & Braehler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
- Farran, C. J., Herth, A. K., & Popovich, J. M. (1995). *Hope and hopelessness: Critical clinical constructs*. Thousand Oaks: SAGE Publications Ltd.
- Feldman, D. B., Rand, K., & Kahle-Wroblewski, K. (2009). Hope and Goal Attainment: Testing a Basic Prediction of Hope Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*(4), 479–497. doi:10.1521/jscp.2009.28.4.479
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Ford, J. D., Tennen, H., & Albert, D. (2008). A Contrarian View of Growth Following Adversity. In S. Joseph, & P. A. Linley (Eds.), *Trauma, Recovery, and Growth: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Frankl, V. E. (2006). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
- French, J. J., & Charnley, R. M. (2016). Chronic pancreatitis. *Surgery*, *34*(6), 301–306. doi: 10.1016/j.mpsur.2016.03.009
- Frič, P. (2009). Klasifikace chronické pankreatitidy. *Postgraduální medicína*, *6*, 651–654.
- Griggs, S., & Walker, R. K. (2016). The Role of Hope for Adolescents with a Chronic Illness: An Integrative Review. *Journal Of Pediatric Nursing*, *31*(4), 404–421. doi:10.1016/j.pedn.2016.02.011
- Hakl, M. (Ed.). (2013). *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů* (2. vyd.). Praha: Mladá fronta.



- Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České Republiky.
- Han, S., Patel, B., Min, M., Bocelli, L., Kheder, J., ... Wassef, W. (2018). Quality of life comparison between smokers and non-smokers with chronic pancreatitis. *Pancreatology*, 18(3), 269–274. doi:10.1016/j.pan.2018.02.012
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2015). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 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), 797–816. doi:10.1037/0022-006X.74.5.797
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace* (4. vyd.). Praha: Portál.
- Hnilicová, H. (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In J. Payne, *Kvalita života a zdraví* (205–216). Praha: Triton.
- Ho, S., Rajandram, R. K., Chan, N., Samman, N., McGrath, C., & Zwahlen, R. A. (2010). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology*, 47(2), 121–124. doi:10.1016/j.oraloncology.2010.11.015
- Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A. (2007). Refining our Understanding of Traumatic Growth in the Face of Terrorism: Moving from Meaning Cognitions to Doing what is Meaningful. *Applied Psychology*, 56(3), 346–366. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00292.x
- Hullmann, S. E., Fedele, D. A., Molzon, E. S., Mayes, S., & Mullins, L. L. (2014). Posttraumatic Growth and Hope in Parents of Children with Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(6), 696–707. doi:10.1080/07347332.2014.955241
- Chrastina, J., Bednářová, J., & Ludíková, L. (2015). Quality of life in patients with chronic pancreatitis – Possibilities of measurement of the phenomenon in research. *Kontakt*, 17(2), 103–110. doi:10.1016/j.kontakt.2015.04.005
- Christopher, M. (2004). A broader view of trauma: A biopsychosocial-evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth. *Clinical Psychology Review*, 24(1), 75–98. doi:10.1016/j.cpr.2003.12.003
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-Change Perspectives on Posttraumatic Growth. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Jarnagin, W. R. (Ed.). (2012). *Blumgart's Surgery of the Liver, Pancreas and Biliary Tract* (5. vyd.). Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. R. (2016). *Exploring the Psychological Benefits of Hardship: A Critical Reassessment of Posttraumatic Growth*. Cham: Springer.
- Joseph, S. (2017). *Co nás nezabije...: možnosti posttraumatického růstu*. Praha: Portál.

- Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review, 26*(8), 1041–1053. doi:10.1016/j.cpr.2005.12.006
- Joseph, S., & Linley, P. A. (Eds.). (2008). *Trauma, Recovery, and Growth: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Karges, W., & Dahouk, S. A. (2011). *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada.
- Kastová, V. (2010). *Krise a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál.
- Kebza, V. et al. (2017). *Psycholog ve zdravotnictví*. Praha: Karolinum Press.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2005). Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In M. Blatný, J. Dosedlová, V. Kebza, & I. Šolcová (Eds.). *Psychosociální souvislosti osobní pohody* (9–36). Brno: MSD.
- King, R. C., Mulligan, P. K., & Stansfield, W. D. (2013). *A Dictionary of Genetics* (8. vyd.). Oxford: Oxford University Press.
- Kosciulek, J. F. (2007). The Social Context of Coping. In Martz, E., & Livneh, H. (Eds.). *Coping with Chronic Illness and Disability Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects* (73–88). Memphis: Springer.
- Kosová, M. et al. (2014). *Logoterapie: Existenciální analýza jako hledání cest*. Praha: Grada.
- Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, R. Hytych et al. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (9–43). Brno: Masarykova univerzita.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Kučerová, E. (2015). Jaspersův koncept mezních situací a Franklův smysl v utrpení – pozitivní pohledy na náročnou životní událost. *Psychoterapie, 9*(1), 21–29.
- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the Relationship Between Resilience and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 282–286. doi:10.1002/jts.20409
- Li, Z.-S., Liao, Z., Chen, J.-M., & Férec, C. (Eds.). (2017). *Chronic Pancreatitis: From Basic Research to Clinical Treatment*. Singapore: Springer.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress, 17*(1), 11–21. doi:10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e
- Lopez, S. J., Pedrotti, J. T., & Snyder, C. R. (2015). *Positive psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths* (3. vyd.). Thousand Oaks: SAGE Publications Ltd.

- Majumder, S., & Chari, S. T. (2016). Chronic pancreatitis. *The Lancet*, 387(10031), 1957–1966. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00097-0
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
- Merskey, H., & Bogduk N. (Eds.). (1994). *Classification of Chronic Pain* (2. vyd.). Seattle: IASP Press.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mokrowiecka, A., Pinkowski, D., Malecka-Panas, E., & Johnson, C. D. (2010). Clinical, emotional and social factors associated with quality of life in chronic pancreatitis. *Pancreatology: Official Journal Of The International Association Of Pancreatology*, 10(1), 39–46. doi:10.1159/000225920
- Nakai, Y., Araki, T., Takahashi, S., Shimada, A., & Nakagawa, T. (1983). Chronic Pancreatitis as Psychosomatic Disorder. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 39(4), 201. doi:10.1159/000287742
- Nakai, Y., Sugita, M., Nakagawa, T., Araki, T., & Ikemi, Y. (1979). Alexithymic features of the patients with chronic pancreatitis. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 31(1–4), 205–217. doi:10.1159/000287332
- Nøjgaard, C., Becker, U., Matzen, P., Andersen, J. R., Holst, C., Bendtsen, F. (2011). Progression From Acute to Chronic Pancreatitis: Prognostic Factors, Mortality, and Natural Course. *Pancreas*, 40(8), 1195–1200. doi: 10.1097/MPA.0b013e318221f569
- Ocisková, M., Sobotková, I., Praško, J., & Mihál, V. (2016). Standardizace české verze Škály dispoziční naděje pro dospělé. *Psychologie a její kontexty* 7(1), 109–123. Získáno z: [http://psychkont.osu.cz/fulltext/2016/Ociskova-et-al\\_2016\\_1.pdf](http://psychkont.osu.cz/fulltext/2016/Ociskova-et-al_2016_1.pdf)
- Park, C. L., & Helgeson, V. S. (2006). Introduction to the Special Section: Growth Following Highly Stressful Life Events—Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 791–796. doi:10.1037/0022-006X.74.5.791
- Park, N., Peterson, Ch., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths Of Character And Well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603–619. doi:10.1521/jscp.23.5.603.50748
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2. vyd.). Praha: Grada.
- Prati, G., & Pietrantoni, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 14(5), 364–388. doi:10.1080/15325020902724271
- Preiss, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro Praxi*, 10(1), 12–18. Získáno 27. září 2017 z <http://www.psychiatriepropraxi.cz/>

- Purc-Stephenson, R. J. (2014). The Posttraumatic Growth Inventory: Factor Structure and Invariance Among Persons With Chronic Diseases. *Rehabilitation psychology*, 59(1), 10–18. doi:10.1037/a0035353
- Rokyta, R. (2013). Patofyziologie bolesti. In M. Hakl (Ed.), *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů* (2. vyd., 16–26). Praha: Mladá fronta.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The Yellow Brick Road and the Emerald City: Benefit Finding, Positive Reappraisal Coping, and Posttraumatic Growth in Women With Early-Stage Breast Cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487–497. doi:10.1037/0278-6133.22.5.487
- Seligman, M. E. P. (1998). *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life* (2. vyd.). New York: Pocket Books.
- Skalický, T., Třeška, V., Šnajdauf, J., Kala, Z., Liška, V., Mírka, H., ... Válek, V. (2011). *Hepato-pankreato-biliární chirurgie*. Praha: Maxdorf Jessenius.
- Slezáčková, A. (2010). Pozitivní psychologie – věda nejen o štěstí. *E-psychologie*, (4) 3. Získáno 17. ledna 2018 z <https://e-psycholog.eu/pdf/slezackova.pdf>
- Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií: Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Praha: Grada.
- Smith J. A., Flowers, P., & Larkin. P. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Smith, J. A. (2015). *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (3. vyd.). London: SAGE Publications Ltd.
- Smith, J., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. Smith. (Ed.). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (229–254). London: SAGE Publications Ltd.
- Snyder, C. R. (2000b). The Past and Possible Futures of Hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 11–28. doi:10.1521/jscp.2000.19.1.11
- Snyder, C. R. (Ed.). (2000a). *Handbook of Hope: Theory, Measures and Applications*. San Diego: Academic Press.
- Snyder, C. R., Cheavens, J., & Michael, S. T. (1999). Hoping. In C. R. Snyder (Ed.). *Coping: The Psychology of what works* (205–231). New York: Oxford University Press.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope Theory: A Member of the Positive Psychology Family. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology* (257–276). New York: Oxford University Press.

- Sumalla, E. C., Ochoa, C., & Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion. *Clinical Psychological Review*, 29(1), 24–33. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.006
- Šolcová, I., & Kebza, V. (2005). Prediktory osobní pohody (well-being) u reprezentativního souboru české populace. *Československá Psychologie*, 49(1), 1–8. Získáno z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/psycho/2013/Studie\\_prediktory\\_osobni\\_pohody.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/psycho/2013/Studie_prediktory_osobni_pohody.pdf)
- Špatenková, N. et al. (2017). *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada.
- Špičák, J. (2000). *Onemocnění slinivky břišní*. Praha: Triton.
- Šváb, J. (2003). *Chirurgické léčení chronické pankreatitidy*. Praha: Grada.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological Resources, Positive Illusions, and Health. *American Psychologist*, 55(1), 99–109. doi:10.1037//0003-066X.55.1.99
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks: SAGE Publications Ltd.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. doi:10.1002/jts.2490090305
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*, 15(1), 1–18. doi:10.1207/s15327965pli1501\_01
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- The Hastings Center. (1996). The Goals of Medicine: Setting New Priorities. *The Hastings Center Report*, 26(6), 1-27. doi:10.1002/j.1552-146X.1996.tb04777.x
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2013). Činnost oboru gastroenterologie v ČR v roce 2012. Získáno z: [http://www.uzis.cz/system/files/ai\\_2013\\_43.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ai_2013_43.pdf)
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (3. vyd.). Praha: Portál.
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, 1(1), 1–39. doi:10.1023/A:1010072010360
- Vodička, J. (2014). *Speciální chirurgie*. Praha: Karolinum.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.

Whelan, T. A., & Cunningham, W. A. (2010). Posttraumatic Growth in International Study: The Case of Chinese in Australia. In T. Weiss, & R. Berger (Eds.), *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice: Lessons Learned from Around the Globe* (173–188). New Jersey: John Wiley & Sons.

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Získáno z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/1/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/1/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)

Yamabe, A., Irisawa, A., Shibukawa, G., Sato, A., Fujisawa, M., Arakawa, ... Yamato, S. (2017). Early diagnosis of chronic pancreatitis: understanding the factors associated with the development of chronic pancreatitis. *Fukushima Journal of Medical Science*, 63(1), 1–7. doi:10.5387/fms.2016-14

Zeligman, M., Varney, M., Grad, R. I., & Huffstead, M. (2018). Posttraumatic Growth in Individuals With Chronic Illness: The Role of Social Support and Meaning Making. *Journal Of Counseling & Development*, 96(1), 53–63. doi:10.1002/jcad.12177

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.008

# SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha č. 1:** Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce

**Příloha č. 2:** Seznam tabulek

**Příloha č. 3:** Seznam použitých zkratk

**Příloha č. 4:** Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

**Příloha č. 5:** Baterie využitých dotazníků

**Příloha č. 6:** Schéma rozhovoru

**Příloha č. 7:** Ukázka seznamu vynořujících se témat

**Příloha č. 8:** Přepis rozhovoru

## **Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce v českém a anglickém jazyce**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Posttraumatický rozvoj, míra dispoziční naděje a životní spokojenost u pacientů s chronickou pankreatitidou

**Autor práce:** Bc. Jana Trtílková

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

**Počet stran a znaků:** 101, 207 982

**Počet příloh:** 8

**Počet titulů použité literatury:** 124

**Abstrakt:** Diplomová práce se zabývá posttraumatickým rozvojem, mírou dispoziční naděje a životní spokojeností u pacientů s chronickou pankreatitidou. V teoretické části práce jsme nastínili problematiku chronického onemocnění a byla popsána chronická pankreatitida s důrazem na etiologii, klinickou symptomatologii a léčbu. Dále je větší prostor věnován shrnutí informací týkající se posttraumatického rozvoje. Následně jsou obsaženy poznatky ohledně Snyderova pojetí naděje a životní spokojenosti. V poslední části jsou zmíněny výzkumy vztahující se k tématu práce. V empirické části práce jsme zkoumali možný posttraumatický rozvoj, míru dispoziční naděje a životní spokojenost. Stěžejní metodou sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, dále dotazník posttraumatického růstu, škála dispoziční naděje pro dospělé a dotazník životní spokojenosti. Výzkumný soubor tvořily 4 ženy ve věku 27–59 let s chronickou pankreatitidou. Získaná data z rozhovorů byla analyzována za pomoci interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledkem je pět hlavních tematických oblastí: Onemocnění, Dopady onemocnění, Zkušenosti, Rozvoj a Vztahy. V dotazníku posttraumatického růstu dosahovaly respondentky nejvyššího skóre v doméně ocenění života. Ve škále dispoziční naděje se pohybovaly v pásmu od mírného podprůměru až nadprůměru. Největší spokojenost v dotazníku životní spokojenosti vyšla v oblasti volný čas, následovala práce a zaměstnání.

**Klíčová slova:** posttraumatický rozvoj, naděje, životní spokojenost, chronická pankreatitida, interpretativní fenomenologická analýza



## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Posttraumatic Growth, Level of Dispositional Hope and Life Satisfaction in Patients with Chronic Pancreatitis

**Author:** Bc. Jana Trtílková

**Supervisor:** Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 101, 207 982

**Number of appendices:** 8

**Number of references:** 124

**Abstract:** The master thesis deals with posttraumatic growth, degree of dispositional hope and life well-being within patients with chronic pancreatitis. In theoretical part of the work we showed the problematic of chronic illness and the chronic pancreatitis was described with emphasis on etiology, clinical symptomatology and treatment. Big part is dedicated to summary of information considering posttraumatic growth followed by findings regarding Snyder's concept of hope and life well-being. In the last part are mentioned researches related to the theme of the thesis. In the empirical part of the thesis we examined a possible posttraumatic growth, degree of dispositional hope and life well-being. The primary method of data collection was semi structured interview, then a posttraumatic growth questionnaire, range of dispositional hope for adults and life well-being questionnaire. The research group was made by 4 women with chronic pancreatitis aged 27-59. The collected data from interviews were analyzed by using interpretative phenomenological analyzes. The result was five top topics: Disease, Impacts of Disease, Experience, Development and Relationship. In the posttraumatic growth questionnaire, the respondents scored the highest in the domain of evaluating the life. In the range of dispositional hope, they ranged from a moderate below-average to above-average. The greatest satisfaction in the Quality of life questionnaire (DŽS) questionnaire was found in leisure time followed by work and job.

**Key words:** posttraumatic growth, hope, life satisfaction, chronic pancreatitis, interpretative phenomenological analysis

## **Příloha č. 2: Seznam tabulek**

Tab. 1: Charakteristika výzkumného souboru .....	52
Tab. 2: Domény a položky dotazníku PTGI .....	57
Tab. 3: Škály dotazníku životní spokojenosti .....	59
Tab. 4: Přehled grafického znázornění výsledků IPA .....	79
Tab. 5: Výsledky dotazníku PTGI .....	80
Tab. 6: Výsledky dotazníku ADHS .....	81
Tab. 7: Srovnání výsledků na škále Zdraví .....	81
Tab. 8: Srovnání výsledků na škále Práce a zaměstnání .....	82
Tab. 9: Srovnání výsledků na škále Volný čas .....	82
Tab. 10: Srovnání výsledků na škále Manželství a partnerství .....	82
Tab. 11: Srovnání výsledků na škále Vztah k vlastním dětem .....	83
Tab. 12: Srovnání výsledků na škále Vlastní osoba .....	83
Tab. 13: Srovnání výsledků na škále Přátelé, známí a příbuzní .....	83

### **Příloha č. 3: Seznam použitých zkratk**

ADHS	The Adult Dispositional Hope Scale – Škála dispoziční naděje pro dospělé
DŽS	Dotazník životní spokojenosti
DŽS SUM	Celková životní spokojenost
HRQoL	Kvalita života související se zdravím
IPA	Interpretative phenomenological analysis – Interpretativní fenomenologická analýza
PTG	Posttraumatic Growth – posttraumatický růst (rozvoj)
PTGI	Posttraumatic Growth Inventory – Dotazník posttraumatického růstu
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

