

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**DIABETES MELLITUS I. TYPU
V PARTNERSTVÍ A VNÍMÁNÍ
JEHO VLIVU NA VZTAH OBĚMA
PARTNERY**

**Diabetes mellitus type I in partnership and its influence on the
relationship from the point of view of both partners**



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Martina Pařilová**

Vedoucí práce: **PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.**

Olomouc

2020

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce PhDr. Marku Kolaříkovi, Ph.D. za poskytnutí cenných rad a za jeho trpělivý a vstřícný přístup až do samého konce spolupráce. Na dalším místě bych chtěla poděkovat všem probandům, kteří byli ochotni zapojit se do výzkumu a přispět tak svými zkušenostmi ke vzniku práce. V neposlední řadě patří také velké poděkování mé rodině, partnerovi a přátelům za jejich lásku a podporu během studia i psaní práce.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Diabetes mellitus I. typu v partnerství a vnímání jeho vlivu na vztah oběma partnery“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	ÚVOD.....	5
	TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1	Chronické onemocnění	7
	1.1 Definice	7
	1.2 Dělení chronického onemocnění	8
2	Psychosociální aspekty chronického onemocnění	9
	2.1 Subjektivní vnímání.....	9
	2.2 Adaptace na chronické onemocnění	10
	2.2.1 Copingové strategie	11
	2.3 Modely zpracování chronického onemocnění.....	13
	2.3.1 Leventhalův model.....	13
	2.4 Vliv chronické nemoci na rodinu a partnerský život.....	16
3	Diabetes mellitus I. typu	18
	3.1 Klinický obraz	18
	3.2 Etiopatogeneze	20
	3.3 Terapie a nové technologie.....	20
	3.3.1 Intenzifikovaný režim.....	21
	3.4 Léčba inzulínovou pumpou – CSSI.....	21
	3.5 Způsoby měření glykémie	22
4	Psychosociální aspekty diabetu mellitu I. typu.....	23
	4.1 Vnímání nemoci jedincem.....	23
	4.1.1 Muži.....	23
	4.1.2 Ženy.....	24
	4.2 Vliv emocí	25
	4.2.1 Strach z hypoglykémie	27
	4.3 Sociální podpora	28
	4.4 Trávení volného času.....	28
	4.5 Potíže v sexualitě	29
	4.6 Vliv technologie	30
5	Diabetes mellitus I. typu v partnerském životě	31
	5.1 Podpora v partnerství.....	32
	5.2 Možné dopady na vztah.....	33
	5.2.1 Milostný život.....	34
	5.2.2 Těhotenství	35

VÝZKUMNÁ ČÁST	37
6 Výzkumný problém.....	38
6.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	39
7 Metodologie výzkumu	40
7.1 Metodologický přístup a typ výzkumu.....	40
7.2 Pilotní studie	41
7.3 Výzkumný soubor	42
7.4 Metoda získávání dat	45
7.4.1 Výzkumný proces sběru dat	46
7.4.2 Sebereflexe výzkumníka	47
7.5 Metoda zpracování a analýzy dat	47
7.6 Etika výzkumu.....	48
8 Výsledky výzkumu	50
8.1 Vnímání nemoci	52
8.1.1 Charakter partnerů a jejich pohled na život.....	53
8.2 Doba příchodu nemoci	54
8.3 Počáteční vliv nemoci.....	55
8.3.1 Oznámení nemoci nemocným partnerem.....	55
8.3.2 Reakce partnerů a informování se o nemoci	56
8.4 Pomůcky k léčbě.....	57
8.4.1 Typ použitých pomůcek	57
8.4.2 Akutní stavy nemoci, komplikace	58
8.4.3 Zapojení zdravého partnera	59
8.5 Odpovědi na výzkumné otázky	61
9 Diskuze	64
10 Souhrn	70
11 Závěr.....	72
LITERATURA.....	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	79

ÚVOD

Danzer (2010) ve své knize Psychosomatika zmiňuje jeden na první pohled triviální, ale přitom velmi podstatný fakt. Pokud před sebou máme nemocného člověka, tak nelze nikdy pomyslet pouze na onemocnění duše nebo těla. Vždy je nutno uvažovat nad zásahem nemoci v rámci jeho celé bio-psycho-sociální jednotky.

Pokud bychom obsah této práce přirovnali ke kostře člověka, pokládejme předchozí tvrzení za páteř, která tvoří její základní osu. Postrádalo by smysl zkoumat chronické onemocnění jinými cestami a z různých pohledů, pokud bychom se přikláněli pouze k modelu medicínskému. To vše už jen z důvodu, že dříve více prosazovaný medicínský model ignoroval individuální roli a funkci nemocného v kontextu životního prostředí i společnosti (Falvo, 2009). Následující řádky teorie i výzkumu se budou v souvislosti s tématem práce zaměřovat nejvíce na oblast psychologickou a sociální. Pohled biologický bude zmíněn pouze tam, kde je to nutné pro komplexní vhled do problematiky.

Výzkumná část se zaměřuje na vnímání diabetu mellitu I. typu v partnerském životě. V rámci zvoleného tématu se nám nabízí různorodé otázky. Na ty nám mohou prostřednictvím práce nejlépe odpovědět lidé s diabetem mellitem I. typu a také jejich partneři.

K závěru úvodu práce je vystihující následující prohlášení, které ve své knize uvádí část autorů spolu s Marešem a Vachkovou (2011): „*Každý, kdo chce lépe porozumět zkušenosti s nemocí, měl by se na ni podívat očima jejího nositele, tedy zevnitř...*“ (in Mareš & Vachková, 2011, 11). K původnímu tvrzení autora lze jen dodat *očima jejího nositele a očima nejbližšího člověka*, který kráčí s nositelem a má možnost tak vidět nemoc a její dopady zcela z jiného úhlu té nejbližší perspektivy. Doufáme, že právě o oboustranný pohled partnerů ve vnímání diabetu mellitu I. typu bude alespoň z malé části obohacena tato práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Pojem „chronické“ pochází z řeckého původu slova chronos, čas. Význam slova chronický lze v překladu chápat jako vleklý, trvalý (Vokurka & Hugo, 2015).

1.1 Definice

Jednotné definování chronického onemocnění je obtížné z důvodu existence velkého množství jeho různorodých pojetí. Proto práce neuvádí pouze jednu přesnou definici. Dle Chrastina, Žiaková, Ivanová, Schwetzová & Vránová (2011) je nejvíce vystihující definicí o chronickém onemocnění definice ze stránek organizace Chronic Illness Alliance.

Charakteristické rysy pro chronické onemocnění:

- Trvalost nebo delší doba trvání
- Možnost zhoršení v čase
- Možnost celkového odeznění nebo smrti
- Možnost způsobení trvalých tělesných změn
- Ovlivnění kvality života jedince

(Chronic Illness Alliance, 23. listopadu 2019)

Jiní autoři se k určení chronického onemocnění dle jeho časového vymezení vyjadřují jako k dlouhotrvajícím stavům s přetrvávajícími účinky (Australian Institute of Health and Welfare. Chronic Diseases, 23. listopadu 2019). To se vylučuje s možností celkového odeznění chronické nemoci dle webové stránky, která navíc ovlivnění kvality života popisuje také jako důsledek ekonomického a sociálního života jedince (Chronic Illness Alliance, 23. listopadu 2019)

Definování chronické povahy nemoci dle délky jejího trvání není dle shledaných informací jednotné. Chrastina, Žiaková, Ivanová, Schwetzová & Vránová (2011) ve svém článku uvádí časové úseky, které se objevují napříč mnohými definicemi. Různí autoři zde

udávají dobu trvání chronické nemoci – déle než tři měsíce, ale i periody delší – déle než jeden rok.

1.2 Dělení chronického onemocnění

Typy chronického onemocnění můžeme rozdělit celkem do osmi základních skupin: artritida, astma, bolesti zad, rakovina, kardiovaskulární potíže, chronická obstrukční plicní nemoc, diabetes mellitus a duševní onemocnění (Australian Institute of Health and Welfare. Chronic Diseases, 23. listopadu 2019).

Je důležité uvědomit si, že chronické onemocnění dle Sperryho (2006, in Chrastina, 2011) pro dotyčného nabývá různých podob.

Můžeme se shledat s následnými formami:

- Ohrožující na životě
- Neohrožující na životě a skrze vhodný přístup často řešitelné
- Progresivní a závažné
- Neohrožující na životě a symptomaticky nestálé

Z dělení nemocí na základě jejich ohrožení pacienta vyplývají rozdílné přístupy k chronicky nemocnému v oblasti poraden a terapií. Ty povětšinou vychází z teorie bio-psycho-sociálního modelu (tamtéž).

Právě na základě tohoto modelu je založena systematická péče o pacienta, která mimo jiné zahrnuje i jeho rodinu. Rodinní příslušníci mohou být pro nemocného oporou nebo mu naopak vytváří prostředí plné distresu. Zároveň jakékoli, zejména dlouhodobé, onemocnění může narušit vztahy a fungování rodiny (Skorunka, 2018).

2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

Chronická nemoc způsobuje v životě člověka různé a často trvalé změny. Kromě tělesných příznaků se vyskytují také její emoční odpovědi a projevy v chování jedince. Nemoc je pro každého z nás novou životní situací, která si vyžaduje jisté nároky na její adaptaci (Praško, 2010).

Mimo jiné bychom měli myslet na to, že jako lidská bytost nejsme nikdy úplně izolováni od okolního světa. Veškeré naše sociální vazby, včetně těch partnerských a rodinných, jsou do jisté míry nemocí ovlivněny (Křivohlavý, 2002).

2.1 Subjektivní vnímání

V souvislosti se subjektivním vnímáním nemoci můžeme uvažovat nad anglickým pojmem „illness“, který je do češtiny překládán jako zdravotní nepohoda. Zdravotní nepohoda je považována za jev psychologický a sociologický na rozdíl od choroby, která představuje spíše pohled patofyziologický (tamtéž). Z výše zmíněného vyplývá, že termín „illness“ klade důraz na subjektivní vnímání nemoci jedincem (Gurková, 2017).

Autor Falvo (2009) zmiňuje faktory, které se podílí na celkové zkušenosti člověka s chronickou nemocí.

Jedná se především o tyto faktory:

- **Osobnostní:** genderová příslušnost, rasa, copingové strategie a zkušenosti
- **Sociální:** rodinné vztahy, sociální podpora
- **Socioekonomické**
- **Kultura**
- **Prostředí:** fyzické, sociální a politické
- **Aktivity:** aktivity běžného dne, školní a pracovní
- **Individuální cíle jedince**

Mareš a Vachková (2009) dělí obsah pacientova prožívání na tři oblasti:

- **Kognitivní** (např. jak jedinec hodnotí symptomy nemoci a její léčbou)
- **Afektivní** (např. emoce jedince související s nemocí a její léčbou)
- **Konativní** (např. různé strategie jedince spojené s onemocněním)

Po stránce kognitivní, konativní i afektivní zachycuje subjektivní vnímání člověka Leventhalův model, který je zmíněný dále v této kapitole, viz str. 15.

2.2 Adaptace na chronické onemocnění

Při zamyšlení nad nemocným člověkem bychom se měli také soustředit na jeho možné potíže se zpracováním nemoci (Danzer, 2010).

Dle Mlčáka (2011) v sobě zvládání nemoci zahrnuje celkem pět etap:

- **Šok:** Stav vyskytující se na počátku při oznámení diagnózy.
- **Popírání nemoci:** V této fázi můžeme u člověka pozorovat emocionální útlum, apatii a sníženou motivaci. Objevuje se zde snaha o vytěsnění veškerých informací souvisejících s diagnózou.
- **Intruze:** Etapa intruze označuje nutkavé myšlenky na nemoc, která se často vyskytuje ve vědomí člověka. Může být jimi narušen i spánek.
- **Vyrovňávání:** Obsahuje několik pokusů o vyrovňání se s nemocí. Člověk přemýšlí o různých alternativách adaptace. Způsoby adaptace mohou být vhodné nebo nevhodné.
- **Smíření:** Zde již jedinec dokáže uvažovat o nemoci bez negativního náboje.

Výše jmenované etapy mohou následovat za sebou v různém pořadí. Jejich průběh je ovlivněn subjektivní i objektivní závažností nemoci. Čtvrtá etapa vyrovňávání, je pokládána za etapu nejdůležitější. Právě tato část v procesu zvládání nemoci v sobě zahrnuje termín adaptace (tamtéž).

Člověk se během čtvrté etapy vyrovnává s bolestí, úzkostí, vlastními problémy ohledně lékařského vyšetření, interpersonálními vztahy, prostředím nemocnice a také se zachováním velmi důležité opory od blízkých osob. Kromě toho hledá odpovědi na různé otázky a táže se po smyslu nemoci (tamtéž).

Ke smyslu onemocnění se Mareš (2011) vyjadřuje ve své knize jako o jednom důležitém aspektu v kontextu subjektivního vnímání nemoci. Tento aspekt nazývá

přesněji jako osobní smysl (*meaning of illness*), který pacienti přikládají onemocnění. Zdůrazňuje také, že se jedná o zcela subjektivní záležitost, která nemůže být dosažena žádnými jinými objektivními technikami. Pokud bereme v potaz chronicky nemocného pacienta, tak bychom měli mít na mysli níže uvedené otázky.

- Jak závažné je onemocnění pro nemocného?
- Jak působí na nemocného vlastní hodnocení nemoci?
- Vyhledává nemocný odbornou pomoc?
- Jak nemocný přijímá svoji diagnózu?
- Jakými změnami si prochází osobní identita nemocného? Ztotožní se s nemocí?
- Čeho bude chtít nemocný dosáhnout, co pro něj bude důležité a co už naopak ne?
(tamtéž).

2.2.1 Copingové strategie

Pro úplnost je nutné zdůraznit, že úspěšnost adaptace záleží na využití tzv. copingových strategií (Baštecká & Mach, 2015).

Copingové strategie jsou psychické procesy člověka zaměřené na vypořádání se s prožitou újmou (Vágnerová, 2014). Chápeme je jako soubory více aktů. Jedná se o nekonstantní strategie, které se mohou během času měnit a které jsou pro každého jedince zcela individuální a podvědomé. Jejich stěžejním úkolem je hlavně redukce úzkosti. Dále také napomáhají jedinci vytvořit prostor potřebný k dosažení opětovné rovnováhy a k návratu do produktivního života (Falvo, 2009).

Tyto strategie mohou navíc pro člověka nabývat funkci adaptivního nebo maladaptivního rázu (Vágnerová, 2014). Všeobecně však výzkumy vykazují rozdílné výsledky ohledně „správnosti“ či „nesprávnosti“ zvolené copingové strategie. Je tomu tak proto, že při zátěžové situaci jedná každý z nás zcela individuálně, a to vzhledem ke svým dispozicím a situačnímu kontextu. Podstatné je situaci co nejefektivněji zvládnout. Nelze proto přímo říci, že by některá z použitých strategií byla pouze účinná (pouze adaptivní) a jiná vždy jen neúčinná (pouze maladaptivní) pro daného jedince (Baštecká & Mach, 2015).

V případě zaměření člověka na zvládnutí problému hovoří někteří autoři o copingové strategii, zatím co snahu o zpracování vlastních emocí hodnotí spíše jako

využití obranného mechanismu. Dle (tamtéž) v reálném životě nic pouze „jen řešit“ nelze. Autoři poukazují na fakt, že lidské řešení problému je výsledkem působení obranných mechanismů. Proto berme v úvahu, že jakákoli činnost je pro člověka lepší než prožívání stavu bezmoci.

Rozlišujeme celkem pět druhů copingových strategií:

- **Odmítnutí:** Dochází k odmítání reálné situace jedincem. U chronicky nemocného se strategie projevuje nedodržováním domluveného postupu léčby nebo popíráním dopadu nemoci na vlastní život.
- **Regrese:** Chování jedince je více pasivní a závislé. Lze u něj také spatřit vyšší míru emočního vyjadřování.
- **Kompenzace:** Člověk nahradí původní cíl, který již nemůže díky chronické nemoci vykonávat, cílem jiným. Kompenzuje si tak své potřeby, kterých nelze již dosáhnout prostřednictvím cíle předchozího. Kompenzační strategie je efektivní, pokud je chování dotyčného ovlivněno touhou po dosažení nějakého pozitivního cíle.
- **Racionalizace:** Prostřednictvím racionalizace hledá nemocný akceptovatelné důvody pro obhájení vlastního chování před svým okolím. Většinou tak obhájuje ne úplně správné chování vztahující se k nemoci.
- **Odchýlení od pocitů (*Diversion of Feelings*):** Pacient přemění své pocity nebo myšlenky na sociálně akceptované chování. Jedná se o jedno z nejvíce pozitivních a konstruktivních řešení. Jednoduše je tato strategie využívána všude tam, kde nemocní lidé dokážou např. své pocity hněvu přetransformovat a vložit do akceptovatelné a pozitivní aktivity. Naopak může dojít i ke škodlivému užití strategie, kdy jedinec své pocity agrese a hostility vloží do negativního a pro druhé nepřijatelného chování (Falvo, 2009).

Jiní autoři pojednávají o nejčastěji využívaných copingových strategiích, mezi které patří: kognitivní strategie spojená s pozitivním myšlením a akceptací situace, sociální podpora, zvýšená sociální citlivost, adaptace na běžný život a vyhýbající strategie (Pérez-garín, Recio, Silván-ferrero, Nouvilas, & Fuster-Ruiz de Apodaca, 2020).

Ve srovnání copingových strategií u pohlaví skórovaly výše ženy v sociálním cítění a sociální podpoře a adaptaci (tamtéž).

Jistou roli hraje i informovanost. Lidé více informovaní využívali méně vyhýbavých strategií a skórovali výše ve strategii pozitivního myšlení, zvýšeném sociálním cítění a sociální podpoře a v adaptační strategii (tamtéž).

Rozdíl byl nalezen také mezi lidmi, kteří mají onemocnění od narození a mezi těmi, kteří získali nemoc během života. Lidé žijící s nemocí od svého narození měli vyšší skóre ve strategii pozitivního myšlení, zvýšeném sociálním cítění a sociální podpoře a v adaptační strategii. Ve faktorech týkající se vyhýbavé strategie skórovali níže (tamtéž).

2.3 Modely zpracování chronického onemocnění

O zpracování nemoci pacientem nám kromě jeho adaptace a využití copingových strategií mnohé prozrazují i četné modely (Gurková, 2017).

Za zmínku stojí Model přesvědčení o zdraví (HBM – *Health Belief Model*), Teorie odůvodněného konání, Teorie plánovaného chování, Sociálně-kognitivní teorie týkající se sebeúčinnosti, Eversové model kognitivního zpracování chronického onemocnění a další (tamtéž). Podrobněji se bude práce zabývat pouze modelem Leventhala, a to z důvodu jeho rozsahu a praktického využití.

2.3.1 Leventhalův model

Historie modelu sahá až do 60. let 20. stol, kdy vznikaly řady studií na téma komunikace strachu. Těmito tématy se zabýval právě Leventhal spolu se svými kolegy (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Model je pojmenován po svém autorovi. Ten jej v článku uvádí také jako **Commonsense Model of Self-Regulation**, ve zkratce CSM (Leventhal, Phillips & Bums, 2016). Pojem „common sense“ překládáme do českého jazyka jako „selský rozum“. Nachází se však v podobě různých anglických a českých názvů (Gurková, 2017).

Jedná se o komplexní a víceúrovňový model, který se zaměřuje na procesy seberegulace jedince ve zdraví a nemoci (Mc Andrew et al., 2008). Zjednodušeně má za úkol zjistit, jak pacienti zvládají chronické onemocnění a s ním spojené další záležitosti, které prožívají ve svém každodenním životě (Leventhal, Phillips & Bums, 2016).

Dle Diefenbacha a Leventhala (1996) model pohlíží na člověka jako na jedince, který je na cestě k řešení svého zdravotního problému.

Na této cestě se nemocný setkává se dvěma podstatnými jevy:

- Subjektivně vnímané ohrožení zdraví (kognitivní úroveň)
- Emoční reakce na tato ohrožení (emoční úroveň)

Oba dva jevy současně působí u třech níže zmíněných principů (tamtéž).

Tři centrální principy modelu:

- **Reprezentace ohrožení zdraví:** Jedinec je pojmán jako „testovatel“ hypotéz, které směřují k nalezení smyslu zdravotního stavu. Dle vlastních stanovených předpokladů následně jedná a pátrá po informacích. Pokouší se o nalezení smyslu svých somatických symptomů a fyzického stavu. Zároveň hledá reprezentovatelný význam nalezených příznaků pro širokou veřejnost. Obecně lze říci, že si člověk tvoří svoji vlastní reprezentaci onemocnění, které pomocí ní může vykládat sobě a svému okolí.
- **Copingové strategie:** Vlastní reprezentace nemoci je označena jako centrální řídicí konstrukt. Ten má vliv na další zvládání a hodnocení výsledků veškerých činností, které s ní souvisí.
- **Posouzení situace:** Pacient dochází k posouzení své situace za pomoci vlastní vytvořené reprezentace nemoci. Subjektivně vytvořené reprezentace nemoci a z nich plynoucí posudek nemusí být vždy v souladu s posudkem odborníků pracujících ve zdravotnictví (tamtéž).

Reprezentace

Jelikož jsou reprezentace často opakovaným pojmem, měli bychom si lépe objasnit, co přesně znamenají a co vše je jejich obsahem. Lze je zjednodušeně chápat jako představy člověka o své nemoci. Prostřednictvím jejich obsahu jedinec subjektivně vnímá typ ohrožení svého zdraví (Leventhal, Leventhal & Contrada, 1998). Každý obsah prezentace se skládá z šesti složek. Autor modelu v jednom ze svých článků řadí níže popsané složky na úroveň kognitivní. (Diefenbach & Leventhal, 1996).

Složky reprezentace jedince:

- **Identita:** Označení typu ohrožení v podobě nemoci.
- **Symptomy ohrožení:** Jak se nemoc projevuje.
- **Časová osa ohrožení:** Čas nutný pro úplný vznik nemoci, délka trvání nemoci, čas potřebný k uzdravení
- **Příčiny ohrožení:** Nemocný hledá příčinu nemoci.

- **Důsledky ohrožení:** Důsledky reálné např. potřeba změny zaměstnání a důsledky představované např. náhlá smrt.
- **Kontrola ohrožení:** Představa stupně, ve kterém se ohrožení (nemoc) nachází. Z toho usoudíme, do jaké míry můžeme nemoci zabránit, vyléčit ji nebo alespoň zamezit jejímu dalšímu progresivnímu vývoji (Leventhal, Leventhal & Contrada, 1998).

Obsahy reprezentací vyvolávají u nemocného různé druhy emočních odpovědí. Následné kognitivní strategie probíhají na základě pocíťovaných emocí. Ty jsou naopak vyvolané obecnou kognitivní představou ohrožení (Diefenbach & Leventhal, 1996). Obě dvě úrovně, kognitivní i emoční, působí současně a jsou na sobě závislé. Pro lepší představu viz schéma č. 1.

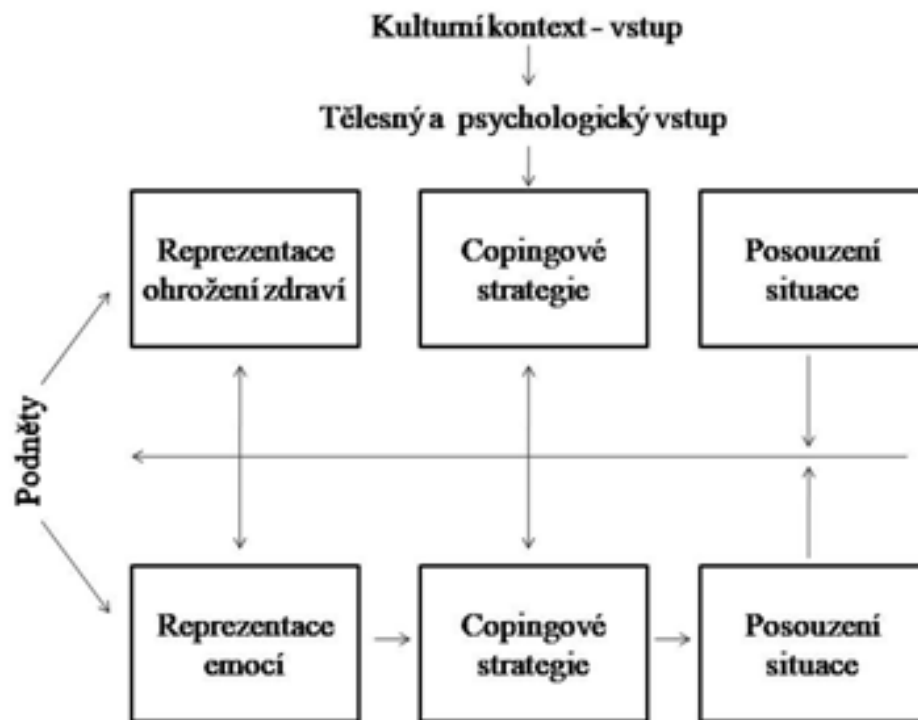


Schéma č. 1: Leventhalův model (Upraveno dle Diefenbach & Leventhal, 1996, 21)

2.4 Vliv chronické nemoci na rodinu a partnerský život

Palmer, Cenzona & Wai (1982) se věnovali výzkumu, do kterého zapojili pacienty s domácí hemodialýzou a ostatní členy rodiny. Ze závěrů vyplývá, že úspěšnější byly rodiny s více flexibilními partnery, kteří se přizpůsobili novým potřebám onemocnění. Tyto rodiny měly ve zvyku už před nemocí své jasně dané role vzájemně střídat, proto pro ně nutnost adaptace svých rolí s příchodem nemoci nebyla tak děsivá.

Oproti tomu některé nově vzniklé rodiny vykazovaly zcela jiné údaje. Ve svých rolích byli členové nejistí, a proto se bránili každé změně, kterou vnímali jako ohrožení už tak nejisté struktury (tamtéž).

V souvislosti se změnou rolí v čase byl zjištěn přesun odpovědnosti za chod domácnosti z pacientů s koronárním onemocněním na jejich partnery či partnerky. Ke změně odpovědnosti došlo dle subjektivních otázek kladených páru nejvíce v prvních třech měsících po začátku onemocnění. Poté se odpovědné role opět vrátily do stejného stavu, který byl nastolen před diagnózou nemoci (Helgeson, 1993).

Zajímavé je, že z více objektivního hlediska se výsledky trochu lišily. Změna odpovědných rolí partnerů nastala nejvíce v prvních třech měsících. Zbývajících devět měsíců byla také přítomna, ale méně intenzivní (tamtéž).

Zjistilo se, že nepřesné vnímání zvýšené zátěže nemoci oběma partnery při onemocnění jednoho z páru může být v rámci hranic normality výhodné pro obě strany. Zároveň však autoři upozorňují na možnost náznaku averze zdravého partnera, pokud vnímá zvýšenou zátěž způsobenou nemocí jako zcela normální (tamtéž).

Palmer, Cenzona & Wai (1982) poskytují poznatek o partnerské blízkosti a spokojenosti. Partneři si při chronickém onemocnění vytvořili bližší pouto, ale na druhou stranu tato blízkost ne vždy vedla k jejich spokojenému soužití. Méně spokojený byl zdravý partner, který se plně vzdal své autonomie a přizpůsobil své potřeby nemocnému partnerovi.

Ve shrnutí jako nejlepší možnou volbu pro dlouhodobou spokojenost všech členů v domácnosti výzkumníci udávají otevřenou a flexibilní rodinu, která je schopna zajistit podporu pro uspokojující kontrolu nemoci jejich blízkého. Tato rodina může zároveň nejlépe rozpoznat potřeby ostatních členů a zajistit tak prostředí pro jejich naplnění (tamtéž).

Charakteristika chronické nemoci v rodině se liší i co se týče pohlaví. Zjistilo se, že spokojenost páru s manželstvím, rolemi v rodině a vztahem souvisí spíše s výskytem chronické nemoci u muže nežli u ženy. Rozdíl v partnerčině spokojenosti, v porovnání s rodinami bez přítomnosti nemocného partnera, přirozeně vyplývá z jejího strachu a obav vzhledem k chronické nemoci manžela. Tyto ženy také u svého manžela např. pociťují méně časté vykonávání domácích rolí. Nemoc manžela však nemá vliv na spokojenost žen v jejich vlastním životě (Hafstrom & Schram, 1984).

Naopak nebyl nalezen rozdíl ve spokojenosti mužů u rodin bez onemocnění v porovnání s rodinami, kde je chronicky nemocná žena. Zajímavé je, že ženy s chronickou nemocí byly méně spokojeny samy se sebou v roli manželky a matky (tamtéž).

3 DIABETES MELLITUS I. TYPU

Kromě diabetu mellitu I. typu se v populaci vyskytuje také diabetes mellitus II. typu (Škrha, 2009). V současnosti je tento typ chronického onemocnění označován za epidemii, a to především skrze celosvětový nárůst diabetes mellitus II. typu (Karen & Svačina, 2018). Diabetes mellitus I. typu nalezneme u 8 % z léčených diabetiků. Při porovnání s diabetem mellitem II. typu by se toto číslo mohlo jevit jako zanedbatelné. V přepočtu se však jedná přibližně o 60 tisíc pacientů s diagnózou diabetu mellitu I. typu v České republice. (Šoupal, Petruželková, Picková & Klugar, 2019). Počty diabetických pacientů neustále narůstají. Každým rokem se jich nově registruje 25–30 tisíc. Světová zdravotnická organizace předpokládá, že roku 2030 by mohlo být na světě až 550 milionů osob s tímto onemocněním (Karen & Svačina, 2018).

Diabetes mellitus I. typu můžeme v jiných literaturách najít pod názvem úplavice cukrová (Mačák, Mačáková & Dvořáčková, 2012). Někde je také označován jako IDDM (Tress, Krusse, & Ott, 2008).

3.1 Klinický obraz

Nemoc je charakteristická poruchou látkové výměny, která se projevuje stabilně vysokou hladinou glukózy v krvi (hyperglykemií) (tamtéž).

Z počátku nemusí být její symptomy tak výrazné. Mezi nejčastější projevy patří mimo jiné časté močení (polyurie) a nadměrná žízeň (polydipsie). Pacient pociťuje také vystupňovanou únavu, nechut' k jídlu a ztrátu hmotnosti (Škrha, Šumník, Pelikánová & Kvapil, 2016). Někteří autoři mezi symptomy řadí i kolísání zrakové ostrosti (Češka, 2010).

Do akutních příznaků při dekompenzaci spadá hyperglykemie a nízká hladina cukru v krvi (hypoglykemie), která zároveň tvoří nejčastější komplikaci při léčbě (tamtéž).

Mezi varovné signály hypoglykemie Mokán a Kvapil (2010) řadí pocení, třes, hlad, bušení srdce a podrážděnost. Výskyt nízké i vysoké hladiny glukózy v krvi se obecně

řečeno projevuje poruchou vědomí. Špatná kompenzace hladiny glukózy v krvi bývá také důvodem některých infekcí (Češka, 2010).

Další možnou komplikací je ketoacidóza (zvýšený podíl ketolátek v organismu), která nastává po úplném nebo relativním nedostatku inzulínu. Kromě vynechání inzulínu ji může také předcházet stresová situace nebo závažná infekce (Škrha, 2009). Vokurka a Hugo (2015) dodávají také příčinu hladovění. U pacienta se stav projevuje zrychleným dýcháním a zápachem acetonu z úst. V nejtěžším případě může stav přejít až do kómatu (tamtéž).

Z dlouhodobého hlediska nemoci se pacienti mohou setkat s komplikacemi v oblasti mikrovaskulárního a makrovaskulárního systému (Češka, 2010).

Komorousová (2010) se vyjadřuje o problematice vyskytující se při dekompenzaci.

Mezi nejvíce zastoupené patří:

- **Neuropatie:** Nejčastějšími projevy bývá necitlivost, parestezie (brnění, pálení) nebo bolesti dolních končetin.
- **Retinopatie:** Poruchy vidění, které mohou vést k oslepnutí.
- **Nefropatie:** Poruchy funkce ledvin, které dle závažnosti mohou dospět až k nutnosti pravidelné dialýzy (tamtéž).

Aspoň náznakem bychom měli tušit také o možném syndromu nerozpoznání hypoglykémie. V tomto případě pacient trpí absencí varovných signálů před nebezpečně nízkou hladinou cukru v krvi (Mokáň a Kvapil, 2010).

Dle průběhu cukrovky rozlišujeme její dva typy:

- **Typický typ:** Je charakteristický začátkem v dětství nebo v adolescenci. Rychle narůstá až do terminálního stádia, kdy je jedinec plně závislý na vnějším podání inzulínu.
- **Latentní autoimunitní diabetes u dospělých – LADA (*latent autoimmune diabetes in adults*):** Typický pro něj bývá výskyt v dospělosti, nemá rychlý klinický průběh a jeho klinické příznaky nejsou tak výrazné. Zpočátku se klinicky manifestuje jako diabetes mellitus II. typu. Jeho epidemiologie není přesně určena (Češka, 2010).

3.2 Etiopatogeneze

Diabetes mellitus I. typu řadíme do kategorie autoimunitního onemocnění, při kterém dochází k proniknutí (infiltraci) lymfocytů do Langerhansových ostrůvků slinivky břišní. Díky tomu dojde k zánětu těchto ostrůvků, tedy k tzv. inzulitidě. V jeho důsledku dochází k degradaci B-buněk v Langerhansových ostrůvcích. To celé vede k postupnému snižování až zániku sekrece hormonu inzulinu, který tyto buňky produkují (Češka, 2010).

Doposud nebyl přesně specifikován spouštěcí mechanismus, který vede k autoimunitní reakci v Langerhansových ostrůvcích (tamtéž). Za jedny z možných faktorů způsobujících onemocnění lze označit vliv toxických látek či virů na organismus (Brunová et al., 2014). Jejich působení zařazujeme do faktorů environmentálních (Homsak, 2014). Mezi spouštěcí mechanismy je dále také řazen psychický stres a některé druhy potravinových bílkovin, např. kravské mléko (Češka, 2010). Jiní autoři dodávají genetické predispozice, a to ve spojitosti se specifickými vlastnostmi HLA (*human leukocyte antigen*) systému. Hovoří o autoimunitě, přesněji o protilátkách, které jsou selektivně namířeny proti vlastním B-buňkám Langerhansových ostrůvků (Mačák, Mačáková & Dvořáčková, 2012).

Faktory i příčiny vzniku nemoci jsou multifaktoriální (Češka, 2010). Usuzuje se tak dle výzkumu na jednovaječných dvojčatech, u kterých byla nalezena shoda ve výskytu diabetu mellitu I. typu pouze ve 20–40 % případů (Homsak, 2014). Mechanismy vzniku cukrovky jsou proto doposud nejasné a u každého člověka odlišné (Češka, 2010).

3.3 Terapie a nové technologie

V literatuře najdeme nepřehledné množství publikací týkajících se novinek v léčbě diabetu mellitu I. typu. Jejich podrobné rozebírání by však přesahovalo potřebný rozsah teoretického základu práce. Z tohoto důvodu budou zmíněny ve stručnosti.

Je známo, že I. typ diabetu mellitu je pokládán za inzulinově dependentní onemocnění, což znamená, že typ léčby souvisí s nutností aplikace inzulinu (Škrha, 2009).

Někteří autoři zmiňují předem určený cíl v léčbě diabetu mellitu I. typu. Lidé s nemocí diabetes mellitus I. typu by se měli dožít stejného věku jako lidé bez tohoto onemocnění. Navíc by měli mít dobrou fyzickou, ale i duševní výkonnost. Naplnění cíle

lze dosáhnout několika prostředky, z nichž je nejvíce kladen důraz na udržení stálé koncentrace glukózy v krvi (euglykemie) během dne i noci (Chlup et al., 2014).

3.3.1 Intenzifikovaný režim

Intenzifikovaný režim překládáme jako léčbu za pomoci aplikace třech až více dávek inzulínu během dne – MDI (*multiple daily injection*) nebo také jako léčbu inzulínovou pumpou – CSII (*continuous subcutaneous insulin infusion*). (Šoupal, Petruželková, Picková & Klugar, 2019). Dále je více rozebírána technika inzulínové pumpy. Nelze však opomenout ani technologických pokrok inzulínových per. Ty jsou dnes vybaveny bolusovými kalkulátory, a to i ve formách oficiálně schválených mobilních aplikací. Navíc existují drobné senzory, které kontrolují teplotu inzulínu a upozorní uživatele v případě ohrožení účinku léku (Kvapil, 2019).

3.4 Léčba inzulínovou pumpou – CSSI

Pod inzulínovou pumpou si představme přístroj velikosti mobilního telefonu, jehož součástí je zásobník na inzulín. Zásobník je připojený k podkoží pacienta kanylou (Štechová, 2019).

Vyskytují se i formy bezhadičkové (bez připojení k tělu skrze kanylu). Tyto formy zatím nejsou dostupné v České republice. Pumpa pracuje na principu bazál – bolus (tamtéž).

Princip bazál – bolus umožňuje pacientovi dvojí formu dávkování:

- **Bazální dávkování inzulínu:** Kontinuální aplikace inzulínu do podkoží pacienta, a to s možností změny okamžité rychlosti tohoto dávkování.
- **Bolusové dávkování inzulínu:** Umožňuje změny dávky inzulínu dle aktuální glykémie, příjmu sacharidů, fyzické aktivity, stresových situací atd. (Šoupal, Petruželková, Picková & Klugar, 2019).

Výhodou je možnost spojení inzulínové pumpy s kontinuálním monitorováním koncentrace glukózy (CGM) (Štechová, 2019). Rozhodnutí o propojení záleží na vztahu mezi pacientem a lékařem, cenové dostupnosti, lidském faktoru atd. (Kožnarová, 2018). Dalším pozitivem je způsob měření glykémie (Štechová, 2019).

Finančně je intenzifikovaná léčba pumpou dražší než léčba inzulínovým perem. Nárůst ceny je způsoben hlavně cenou samotného přístroje a potřebného spotřebního materiálu (např. infuzní sety, baterie atd.) (tamtéž).

V České republice je terapie inzulínovou pumpou plně hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Efektivní fungování pumpy není založeno pouze na jejím pasivním užívání pacientem. Léčba je pacientům indikována dle předem stanovených kritérií a je nutné její schválení revizním lékařem konkrétní zdravotní pojišťovny. Mimo jiné je potřeba správná edukace a motivace pacienta zdravotnickým personálem (Štechová, 2019).

3.5 Způsoby měření glykémie

V účelné léčbě inzulínem je důležité časté měření glykémie (selfmonitoring), tedy měření hladiny cukru v krvi. Měření v pravidelných intervalech lze lépe předpovědět výskyt hypoglykémie či hyperglykémie. K zjištění hodnot hladiny glukózy v krvi můžeme užít glukometry (Šoupal, Petruželková, Picková & Klugar, 2019).

Kvapil (2019) upozorňuje na vývoj těchto přístrojů v diabetologii, které jsou v současnosti vybaveny funkcí automatického stahování hodnot do aplikace v mobilním zařízení.

Selfmonitoring za pomoci senzoru dělíme na dva systémy, a to na **kontinuální monitoraci glukózy (CGM)** a novější **okamžité monitorování glukózy (FGM)** (Šoupal, Petruželková, Picková & Klugar, 2019). V současnosti se jako více klinicky přesné a uspokojující jeví monitorace skrze kontinuální senzor (Kvapil, 2019). Podrobnější popis technologií k selfmonitoringu nalezne čtenář v příloze č. 2.

Ve shrnutí se rychlý pokrok v technologii odráží i v možnostech léčby nemoci. K tomu v dnešní době přispívají složité hardwary a softwary, které dokážou upravovat funkci jiných přístrojů. Většinou jsou šířeny mezi pacienty i přesto, že se nejedná o certifikované zdravotnické prostředky (tamtéž).

4 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DIABETU MELLITU I. TYPU

V současnosti je spousta diabetiků schopna udržovat hladinu krevního cukru v normovaných hodnotách a zároveň zvládat omezení spojená s onemocněním. Zajímavý je výskyt časté souvislosti mezi nabouráním látkové výměny a emocionálními krizemi. Přímý vliv emoční krize na látkovou výměnu nebyl však doposud zjištěn (Tress, Krusse, & Ott, 2008). Naproti tomu Komorousová (2010) udává, že diabetes mellitus ovlivňuje psychiku a psychika má naopak vliv na toto onemocnění.

Předpokládá se, že chování člověka s diabetem mellitem není formováno velkými a zlomovými životními událostmi, ale spíše dlouhodobě přetrvávajícím interpersonálním napětím (tamtéž).

4.1 Vnímání nemoci jedincem

Pokud člověk s diagnózou cukrovky není smířený nebo čelí strachu z nepřijetí ostatními díky nemoci, tak se tento fakt pravděpodobně odrazí i v jeho chování. Může se snažit před okolím svůj zdravotní stav skrýt, nedodržovat dietní opatření nebo se pokouší zapojovat do činností, které nejsou v souladu s onemocněním (Falvo, 2009).

Ve spojitosti s přijetím nemoci v podobě diabetu se zajímáme o to, co pro pacienta tato diagnóza znamená a jak ovlivňuje jeho život. Přímý vliv cukrovky na spokojenost člověka v osobním, pracovním a sexuálním životě není zcela jistý (Komorousová, 2010)

4.1.1 Muži

Výzkumníci se zabývali kontrolu nemoci a zároveň dosahováním osobních cílů u mužů s diabetem mellitem I. typu. Zjistili, že péče a dodržování léčebného režimu se liší v závislosti na jejich osobních cílech.

Po provedení analýzy dat byly nalezeny celkem tři kategorie:

- Redukce závažnosti diabetu mellitu
- Dosahování cílů a péče/chybějící péče o diabetes mellitus
- Přehodnocení vztahu k diabetu mellitu

Zjistilo se, že muži přehodnotili vztah k onemocnění tak, aby mohli dosáhnout svého osobního cíle. Podobná souvislost byla nalezena i mezi redukcí závažnosti diabetu a splněním cílů. Zde se péče vzhledem k dodržování léčebného režimu mohla pro naplnění cíle odchylovat od ošetrovatelského doporučení (O'Hara, Gough, Seymour-Smith & Wats, 2013).

Ve shrnutí se cíle diabetika mění spolu s nestálými podmínkami v jeho životě. Vzhledem ke změnám podmínek muži přehodnocují také svůj vztah k diabetu. K tomu dochází proto, že dodržování léčebných opatření považují za prostředek ke splnění nového cíle (tamtéž).

Za stěžejní kategorii je považována především vlastní kontrola nad diabetem, aby bylo pro muže možné splnění jejich osobního cíle. Dohled nad nemocí se přitom týká spíše kontroly její přítomnosti v životě než kontroly hodnot glykémie nebo dodržování diety. V kontextu osobní kontroly diabetu se muži pokouší o sledování pracovních cílů nebo o splnění cílů léčebného režimu. Důvodem pro toto chování je předpokládaná schopnost postarat se o ostatní (tamtéž).

4.1.2 Ženy

Rasmussen, O'connell, Dunning, & Cox (2007) se zajímali o ženy mladého věku s diabetem mellitem I. typu a o jejich přechodná období v životě. Dle výsledků se u nich vyskytuje jeden základní problém, který můžeme v překladu nazvat jako „problém spoutání vlastní hladinou glykémie“ (*being in the grip of glucose levels*).

Problém se skládá ze tří hlavních kategorií:

- Důsledek náchylnosti žen ke kolísání hladiny glykémie
- Reakce ostatních lidí na cukrovku u konkrétních žen
- Dopad cukrovky u konkrétních žen na životy ostatních lidí

Pokud ženy zaznamenaly negativní reakce okolí, které souvisely s nemocí (internet, profesionálové, ostatní lidé), tak měly pocit většího spoutání vlastní hladinou glykémie.

Ten byl doprovázen pocity ztráty kontroly nad jejich nemocí, ale i celkově nad vlastním životem. Ženy se cítily více zranitelné, pokud okolí projevilo nečekané reakce na nemoc. To se týkalo hlavně mylné představy společnosti spojené s nedostatkem porozumění mezi dvěma základními typy cukrovky. Pro vyřešení výše zmíněných problémů ženy vyhledávaly stabilitu (tamtéž).

Utvoření stability v sobě zahrnuje tři vzájemně propojené procesy:

- Tvorba smysluplného vztahu
- Zvýšená pozornost k hladině glukózy v krvi
- Uspořádávání věcí do určité perspektivy

Všechny ženy uvedly sociální podporu a vztahy s lidmi jako důležitý faktor, který má vliv na stabilizaci jejich nemoci. Při pocitech izolace od ostatních, nízkého sebevědomí a nejistoty přehodnotily vztahy s okolím (tamtéž).

Ženy se zvýšenou pozorností směrem k hladině glykémie vyjadřovaly potřebu být předem připravené na nečekané události tím, že zvládají péči o diabetes a jsou schopny poznat a rychle reagovat na tělesné příznaky související s nemocí (tamtéž).

Při přechodu do nových sociálních rolí bylo potřeba změnit a poupravit také léčebný režim cukrovky. Uvedení věcí do perspektivy ženám napomohlo nalézt životní rovnováhu a přijmout život s diabetem (tamtéž).

S porovnáním žen a mužů s diabetem mellitem I. typu ve věku od 18 – 35 let byla zkoumána adaptace na nemoc, kde výzkumníci navíc poukázali na vliv osobnosti pacienta. Výsledky ukázaly u žen s diabetem mellitem vyšší míru svědomitosti a neuroticismu. Vyskytovala se u nich také nižší míra vnímané kontroly nemoci a vyšší míra pasivní rezignace. U mužů s diabetem mellitem vědci zjistili v porovnání s ženami vyšší míru otevřenosti (Rassart et al., 2014).

4.2 Vliv emocí

Falvo (2009) zmiňuje úzkost člověka s diabetem mellitem v souvislosti se strachem z možných dalších zdravotních komplikací spojených s nemocí. Pro některé jedince tyto pocity mohou být zdrcující a mohou vést až k sebedestruktivnímu chování v podobě vynechávání dávek inzulínu nebo nedodržování diety.

Ukázalo se, že ženy zapojené do výzkumu popisovaly primární obavy ve čtyřech oblastech, kterými byly ketoacidóza, oční komplikace, hypoglykémie a problémy v těhotenství. Největší dopad na jejich život měla právě hypoglykémie. Při hypoglykémii se jednalo hlavně o případy akutní hospitalizace, kde si ženy po zkušenosti s bezvědomím a následným probuzením uvědomovaly svoji vlastní zodpovědnost za život s cukrovkou (Rasmussen, O'connell, Dunning, & Cox, 2007).

Na druhou stranu pacienti zapojení do jedné ze studií uváděli vysokou kvalitu života spojenou se zdravím. Přes polovinu z nich zaznamenalo v jedné z dotazníkových metod EQ – 5D¹ dokonce perfektní zdravotní stav. Pacienti vykazující zdravotní problémy měli nejčastěji potíže v dimenzi deprese a úzkosti (Gillespie, 2018).

Dle Komorousové (2010) jsou některé psychické poruchy u diabetiků častější než u zbytku populace. Jedněmi z těchto možných náchylnějších nemocí jsou právě již zmíněné deprese a úzkosti. Dále sem spadají také poruchy příjmu potravy, kognitivní poruchy a demence. Pro lepší představu je depresivní porucha zastoupena v 25 % a úzkostná porucha v 17, 50 % případů.

Vzhledem k často zmiňované úzkosti a depresi v kontextu diabetu mellitu I. typu v různých článcích je užitečné vědět jejich dvě nejčastější příčiny.

Časté příčiny úzkosti a deprese:

- **Úzkost:** Strach spojený s komplikacemi, kontrolou glykémie a s aplikací inzulínu.
- **Deprese:** Problém s přizpůsobením se nemoci a terapii, rezistence na inzulín nebo jeho nedostatek.
(tamtéž)

¹ Dotazníková metoda se zaměřuje na zjištění kvality života u nemocného. Obsahuje pět dimenzí: úzkost, deprese, pohyblivost, sebe péče, obvyklé aktivity a bolest/nepohodlí (Gillespie, 2018).

4.2.1 Strach z hypoglykémie

Strach z hypoglykémie u lékařů a pacientů může mít vliv na mnohé pokusy o kompenzaci cukrovky. Hypoglykémie u pacientů tvoří psychosociální problém, zejména pak noční hypoglykémie (Olšovský, 2014).

Z výsledku nizozemské studie zaměřené na tento fenomén u dospělých jedinců s diabetem mellitem I. typu nebyla zjištěna jeho podmíněnost věkem, genderovou příslušností ani přítomností či absencí partnera. Strach z hypoglykémie je naopak asociován s výskytem těžké hypoglykémie v minulosti pacienta, a to bez ohledu na počet těchto hypoglykemií. Jedním z dalších souvisejících psychologických faktorů je také deprese (Nefs et al., 2015).

Ostatní autoři naopak uvádí odlišnou spojitost vysokého výsledku v dotazníku pro měření strachu z hypoglykémie (FHQ). Naměřené vyšší skóre dle nich sice souvisí s předchozí zkušeností s vážnými příznaky hypoglykémie, ale dále také s inzulínovou léčbou, ženskou genderovou příslušností, starším věkem a středoškolským vzděláním (Rossi et al., 2019).

Dle studie Suteau a kol. (2020) respondenti vyjadřovali největší obavy z hypoglykémie během spánku a v průběhu důležité činnosti. Z celkového počtu 315 celkem 35 z nich zmínilo výskyt alespoň jedné závažné hypoglykémie v půlročním období před zapojením se do studie. Nejčastějším chováním pro zamezení nízké hypoglykémie bylo zvyšování dávek inzulínu a zvýšené monitorování, a to až více než šest krát během dne.

Více než polovina lidí z celkového počtu diabetiků účastnících se výzkumu zaznamenala špatnou kvalitu spánku. Autoři uvádí, že pacienti s nekvalitním spánkem trpěli více úzkostnými a depresivními stavy než pacienti se spánkem kvalitním. Nebyly však zjištěny žádné rozdíly ve výskytu hypoglykemií u lidí zaznamenávajících dobrou kvalitu spánku, oproti lidem vyznačujících se jeho špatnou kvalitou (tamtéž)

4.3 Sociální podpora

Na adekvátní péči ohledně zdravotního stavu člověka s diabetem mellitem se spolupodílí mnoho životních faktorů. Často je stupeň péče diabetika o sebe samotného ovlivněn právě podporou ze strany jeho sociálního okolí. Rodina může blízkého podpořit svojí informovaností o cukrovce a dodržováním různých návyků a dietních opatření. Přátelé a kolegové přispívají k sebepojetí jedince a k jeho vlastní akceptaci onemocnění tím, že porozumí cukrovce a z toho plynoucím omezením (Falvo, 2019).

Pro podporu člověka s diabetem jsou dnes kromě nejbližších lidí v okolí dostupné mnohé podpůrné skupiny. Ty vytváří prostor pro diskusi vlastních obav a nalezení správného řešení potíží (Priya, Kalra, & Grewal, 2018).

Možnost sdílení vědomostí s někým, kdo má podobné zkušenosti, zvyšuje u partnerů pocit důvěry a také jejich schopnost žít zdravě. Sociální sítě navíc vytváří povědomí o diabetu mellitu I. typu ve společnosti. Rodiny mohou být také skrze sociální sítě podpořeny celebritami žijícími s touto nemocí (tamtéž).

4.4 Trávení volného času

Diabetes přináší do života člověka určité změny, a to i přes to, že dávkování a ochrana inzulínu před výkyvem teplot může být dnes upravena dle různorodosti aktivit. Změna aplikace inzulínu dle aktivity jde ruku v ruce s předběžným plánováním, které je na tomto místě nezbytné (Falvo, 2009).

Pro spoustu diabetiků předchází plnému zapojení do jejich života neviditelná a nedoceněná příprava po stránce mentální i tělesné. Při pohybu z místa do jiných lokací se jedinec musí pečlivě nachystat, i když je na pohyb zvyklý. Přesun může být doprovázen úzkostí. Pro některé účastníky ve výzkumu bylo těžce představitelné, že by měly cestovat na místa, kde bude péče o nemoc komplikovanější. Tito lidé mohli předpovídat strach ze změny, protože jejich první myšlenka vedla na potencionální (často neuskutečněné) diabetické komplikace na místo představy relaxace a rekreace (Lucherini, 2020)

Článek dokazuje také negativní ohlasy diabetiků pro rutinu a rytmus. Striktní dodržování samosprávy je prospěšné pro zdraví nemocného, ale méně přínosné pro jeho psychickou pohodu. V dotaznících lidé s diabetem často zmiňovali nedostatek každodenní spontánnosti (tamtéž).

(Tamtéž) upozorňuje na fakt, že život s diabetem není jen obrázek chmurnosti. Někteří diabetici účastníci se různých kurzů v samosprávě byli schopni návyku na život s cukrovkou. Rutina, rytmus a výhled do budoucna u diabetických pacientů by se tak ve znění autora mohli stát více pozitivními.

4.5 Potíže v sexualitě

Diabetes mellitus většinou přímo nepostihuje sexuální aktivitu. Pro oblast sexuálního života jsou hrozbou spíše komplikace nemoci. Např. důsledkem neuropatie, může dojít k impotenci u mužů a ke snížené citlivosti u žen. Ženy jsou také náchylnější k vaginálním infekcím. To vede k fyzickému nepohodlí v průběhu sexuálního styku (Falvo, 2009).

Z výsledků staršího výzkumu nebyla prokázána signifikantní souvislost sexuální dysfunkce mužů a žen s těmito komplikacemi diabetu: retinopatie, délka nemoci, dávka inzulínu, kvalita aktuální kompenzace cukrovky. Častější výskyt neuropatie byl u mužů s poruchami erekce. Naopak ženy s neuropatií si nestěžovaly na potíže se sexuálním vzrušením (Jensen, 1985b).

Oproti zdravým ženám a mužům skórovali nemocné ženy a muži také níže v sexuální spokojenosti u skupiny žen a v sexuální a celkové spokojenosti v případě mužské skupiny. U žen s komplikacemi diabetu byla shledána nižší skóre v dotazníku pro zjištění ženské sexuální problematiky – FSFI (*Female Sexual Function Index*). Ženy se sexuální dysfunkcí měly výrazně vyšší glykovaný hemoglobin². U mužů s výskytem diabetických komplikací vyšlo nižší skóre v dotazníku pro zjištění mužské sexuální problematiky – IIEF (*International Index of Erectile Function*). Propojenost glykovaného hemoglobinu a sexuální dysfunkce se u nich neprokázala (Bak et al., 2018).

²Jedná se o vazbu glukózy na molekulu hemoglobinu (červené krevní barvivo). Množství navázané glukózy je odrazem dlouhodobé koncentrace glukózy v krvi (glykemie) (Vokurka & Hugo, 2015).

Sexuální potíže narušují kvalitu pacientova života. U mužů se mohou nejčastěji vyskytovat erektilní a ejakulační poruchy a pokles testosteronu, který vede ke snížení jejich touhy. Ke ztrátě touhy může dojít i u žen, mimo jiné byl u nich zaznamenán také častý pokles vzrušení, bolestivý pohlavní styk a snížený výskyt orgasmu (Kizilay, Gali, & Serefoglu, 2017).

Celkově byly sexuální poruchy ve srovnání se zdravou populací zjištěny u poloviny mužů a třetiny žen s cukrovkou. Sexuální dysfunkce pozitivně korelují s výskytem deprese (Bak et al., 2018).

4.6 Vliv technologie

Z hlediska psychosociálního nacházíme interakci mezi pozitivní zkušeností pacientů s přístrojem a úspěchem technologie v léčbě. Bariéru v použití dané technologie k léčbě tvoří lidský faktor. Právě člověk může ovlivnit osvojení a následné úspěšné užívání technologie. Přijetí technologie pacientem bývá jednou z nejčastějších překážek, a to i přes důkazy jejich přínosů (Gonder-frederick, Shepard, Grabman, & Ritterband, 2016). Míra využití technologie je dále závislá na individuální charakteristice jedince (Naranjo, Tanenbaum, Iturralde & Hood, 2016).

Co se psychologického dopadu týče, bylo zjištěno, že typ použité technologie k léčbě diabetu nemá žádný vliv na distres u diabetika. I když výsledky ukázaly, že lidé využívající kontinuální monitoraci glykemie (CMG) měli více pozitivní postoj k technologii než lidé bez jejího užití. Diabetici, kteří používali k terapii inzulínovou pumpu (CSII), měli také kladnější postoj k technologii než diabetici užívající inzulínová pera (MDI) (tamtéž).

S výsledky předchozího výzkumu koresponduje následující fakt, kde v oblasti technologie mluví pacienti o životních změnách skrze užívání již zmíněné inzulínové pumpy (CSII) a kontinuální monitorace (CGM) (tamtéž).

Lidé s diabetem mellitem I. typu označují technologii jako prostředek k lepšímu zvládnání nemoci. Pozitivní je zvyšující se subjektivně vnímaná svoboda (např. cestování) a snižující se potřeba denních dávek inzulínu skrze injekční aplikaci. Na druhou stranu zmiňují i jisté zápory v podobě frustrace ohledně nefunkčnosti, cen techniky a narušeného spánku skrze upozorňující alarmy (Trief, Sandberg, Dimmock, Forken & Weinstock, 2013).

5 DIABETES MELLITUS I. TYPU V PARTNERSKÉM ŽIVOTĚ

„Sblížení se je začátek, společné bytí je pokrok a spolupráce je úspěch“ (Priya, Kalra, Grewal, Dardi, 2018, 300)

K úvodu do partnerského života jako takového je třeba poukázat na skutečnost, že se vzhledem k délce partnerství vztah dvou lidí vyvíjí a mění v čase. Tyto změny mohou být předvídatelné a typické pro určitá období, ale mohou být také zcela nečekané (Kratochvíl, 2009).

Období předmanželské v sobě zahrnuje lásku romantickou (tamtéž). Láska je vnímána jako vlastní investice pro pohodu (*well-being*) a prospěch druhé bytosti (Hegi & Bergner, 2010). Kratochvíl (2009) uvádí pojem láska jako hluboký kladný cit. V jiných pojetích se setkáváme s obecným pojetím lásky jako s označením vztahu k člověku a vztahu mezi mužem a ženou (Petrušek, Maříková, Vodáková, 1996)

Etapa následující po předmanželském soužití se vyznačuje svým realističtějším pojetím. Narození dítěte vnáší do partnerského soužití radosti, starosti a pozornost. Další důležité vývojové stádium tvoří dorůstání potomků (Kratochvíl, 2009).

Ovlivnění vztahu, kde má jeden z partnerů diabetes mellitus záleží individuálně na vyzrálosti, pochopení a očekávání obou partnerů. Problémy spojené s nemocí se mohou objevit později, a to především ve vztahu k rozhodování ohledně těhotenství nebo ve spojitosti s komplikacemi stavu nemocného (Falvo, 2009).

Obavy, které by měly být zahrnuty v diskusi před započítím manželství dvou jedinců, kdy má jeden z páru cukrovku uvádí ve svém článku Priya, Kalra & Grewal (2018).

Doporučená témata partnerů před uzavřením manželství dle (tamtéž):

- Trénink copingových schopností pro vypořádání se s různými situacemi
- Párová komunikace
- Rodinná komunikace
- Hospodaření s financemi

Diagnóza cukrovky v již započatém partnerském životě může mít vliv na zlepšení zdravotního chování v rodině. Tento fakt byl nalezen v komparaci s páry, kde nemá žádný z partnerů diabetes mellitus I. typu. Diagnóza s sebou do partnerství vnáší možnosti lepší prevence diabetu u zdravého partnera a zároveň zmírnění nebezpečí komplikací u partnera nemocného (Schmittiel, Cunningham, Adams, Nielsen, & Ali, 2018).

5.1 Podpora v partnerství

Bylo zkoumáno aktivní zapojení partnera (*active engagement*) nebo naopak skrývání jeho vlastních obav (*protective buffering*) v souvislosti se spokojeností obou partnerů v jejich partnerském životě s diabetem mellitem I. typu (Schokker et al., 2010).

Aktivní zapojení partnera (tamtéž) definuje jako podporující chování, které spočívá v zapojení partnera do diskuze, jeho zájmu o pocity ostatních a v poskytnutí strategií pro řešení problémů. Naopak skrývání vlastních obav partnerem je definováno jako méně podporující chování, které je charakterizováno jako popírání svých obav a starostí. Patří sem také tvrzení partnera, že je vše v pořádku ve chvílích, kdy tomu tak není.

Z výzkumu vyplývá, že byla shledána negativní asociace vzhledem ke spokojenosti partnerů v partnerském vztahu v případě skrývání vlastních obav druhým partnerem. Tento fakt byl přítomný pouze při poměrně nízkém výskytu obdrženého aktivního zapojení od druhého partnera. Stejně výsledky byly shledány u zdravého i nemocného partnera (tamtéž).

Shledané rozdíly mezi partnery ve vzájemném vnímání aktivního zapojení druhého partnera, skrývání vlastních obav druhým partnerem a v partnerské spokojenosti jsou pro lepší přehlednost uvedené v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Výsledná skóre ve vzájemném vnímání partnerů (tamtéž)

Přítomnost diabetu mellitu u partnera (ano/ne)	Vnímané aktivní zapojení druhého partnera (<i>active engagement</i>)	Vnímané skrývání vlastních obav druhým partnerem (<i>protective buffering</i>)	Spokojenost v partnerství
Ano	Uvádí vyšší skóre	Uvádí nižší skóre	Skóre se významně neliší
Ne	Uvádí nižší skóre	Uvádí vyšší skóre	Skóre se významně neliší

Pacienti v jiném kvalitativním výzkumu hovořili o svém partnerovi vzhledem k zapojení se do své sebe péče (*self-management*). Někteří popsali svého partnera jako podporujícího, pečujícího a nápomocného (Trief, Sandberg, Dimmock, Forken & Weinstock, 2013).

Jiní diabetici v souvislosti se zapojením svého partnera mluvili spíše o nezávislém přístupu. Ten mohl být založen na pacientově pocitu zodpovědnosti vzhledem k vlastní péči o diabetes mellitus nebo na dojmu, že jejich partneři netuší, jak jim pomoc poskytnout. Pacienti si nebyli jistí, jestli by jim vůbec partneři chtěli pomoci. Třetí skupina shledala partnery nápomocnými pouze v případě, když si o pomoc sami řeknou (tamtéž).

V souladu se zapojením pacienta a partnera do péče můžeme uvažovat i nad dostupnou technologií k léčbě.

Zdraví partneři se vyjadřovali o menším výskytu stresu a odpovědnosti, pokud partner s cukrovkou využíval k léčbě inzulinovou pumpu. Tu dokonce nazvali jako zdroj nezávislosti. Několik partnerů přiznalo, že jsou skrze tuto technologii méně zapojeni do péče o diabetes. Někteří z nich netuší o technickém nastavení inzulinové pumpy a nemají ponětí o řešení problémů v této oblasti (tamtéž).

5.2 Možné dopady na vztah

Cukrovka proniká hned do několika vrstev manželského života. Kromě vlivu na sociokulturní život partnerů je dobré brát v úmyslu i finanční výdaje, milostný život a plodnost partnerů (Priya, Kalra, Grewal & Dardi, 2018).

Diabetici mluvili obecně o dopadu cukrovky na vztah pozitivně nebo jako o jejím minimálním negativním vlivu, pokud stáli bok po boku podporujícímu partnerovi. Pouze

menší skupina diabetiků popisovala negativní dopad nemoci na partnerství. V tomto případě zde hrála roli emoční vzdálenost partnerů, intimní a sexuální problémy, rozdílné názory na založení rodiny, rozcházející se názory v péči o malé děti při neustálém ohrožení hypoglykemií a obecný nárůst stresu v partnerství (Trief, Sandberg, Dimmock, Forken & Weinstock, 2013).

Většina párů, kde má jeden z partnerů diabetes mellitus I. typu je spokojená, co se týče sociální situace. Více jsou prokázány komplikace v emoční oblasti (Jensen, 1985a).

Rozhodující roli podle (tamtéž) hrají:

- **Partnerské krize**

Řadíme sem krize vývojové (např. svatba, těhotenství a jiné), vstup nemoci do partnerství a projevy komplikací spojených s nemocí.

- **Psychosomatické reakce**

Jedná se o déletrvající emoční reakce ne nemoc, které nesouvisí s reálnou krizí v partnerství. Jistým faktorem je úspěch ve zpracování problémů nemoci pacientem a doktorem. Důležitá je i osobnost pacienta a využití jeho obranných mechanismů. Z odpovědí partnerů je zřejmé, že další faktory tvoří také osobnost zdravého partnera a stupeň komunikace mezi partnery (tamtéž).

Partneři žijící s partnerem s diabetem mellitem I. typu měli větší strach z hypoglykémie, pokud se u jejich nemocného partnera za poslední rok vyskytla těžká hypoglykémie. Zaznamenali také konflikt v manželství týkající se problémů spojených s touto nemocí a narušením spánků kvůli obavám z nočního výskytu hypoglykémie. Muži udávali při soužití s nemocnou partnerkou výrazně vyšší narušení vlastního spánku (Linda, Daniel, Boris, Diana, & William, 1997).

Psychosociální dopad těžké hypoglykémie na pár je nejvíce omezen na tu oblast partnerského života, která přímo souvisí s léčbou diabetu mellitu I. typu (tamtéž).

5.2.1 Milostný život

Ve vnímání sexuální touhy, aktivity a iniciativity nejsou dle Jensen (1985b) nezávisle na pohlaví shledány rozdíly mezi zdravým partnerem a partnerem s diabetem mellitem I. typu.

Partneři se sexuálními problémy uváděli častější výskyt svých problémů než partneři s absencí těchto potíží. Např. partner s cukrovkou udával potíže s erekcí až v 75 % případů. Jeho partnerka však vyhodnotila tuto problematiku pouze v 25 % případů. Ve většinovém zastoupení přičítalo 22 párů z celkového počtu 23 párů potíže v sexuálním životě cukrovce (tamtéž).

Páry se výrazně nelišily v psychosociálních faktorech, kterými jsou spokojenost v práci, finanční situace, bydlení a rodinný život. Tyto faktory signifikantně nesouvisely se sexuálními dysfunkcemi. Sexuální dysfunkce dle autora může souviset s potřebou naučení se akceptovat nemoc a její dopady na partnerský život (tamtéž). Předchozí tvrzení podporuje názor Bak a kol., (2018), podle kterého je problematika v sexuálním životě nižší u pacientů, kteří akceptují své onemocnění, tzn., že pocítují méně negativních emocí vzhledem k nemoci.

5.2.2 Těhotenství

Ze sdělených zkušeností těhotných žen s diabetem mellitem I. typu vyplynulo, že vnímaly nebo vnímají těhotenství jako těžké. V této souvislosti zmiňovaly nutnost dodržování přísného režimu a diety pro předejití komplikacím. To se projevovalo také tím, že si velmi často kontrolovaly glykémii během dne a snažily se jíst pravidelně ve stejný čas (Mcgrath & Chrisler, 2017).

Mnoho žen s cukrovkou se k těhotenství zároveň vyjádřilo jako k dosažitelnému cíli, který jim stál za námahu. Dítě pro ně bylo motivací a odměnou za celý proces těhotenství. Více než polovina žen dokonce označila toto období za jednoduché a bez komplikací. Pro mnohé z nich těžké zážitky během těhotenství nesouvisely s jejich nemocí (tamtéž).

Pro všechny z dotazovaných byla také společným tématem podpora. Ta v sobě zahrnovala širokou síť od primární rodiny, lékaře, partnera a kamarádů až po sociální síť a zkušenosti ostatních žen s cukrovkou. Různé druhy podpory nazvaly ženy jako nezbytné pro jejich úspěšný průběh těhotenství (tamtéž).

O pozitivním dopadu sociální podpory v době těhotenství se vyjadřují také Rasmussen, Dunning, Hendrieckx, Botti, a Speight (2013). Autoři dále ve svém článku pojednávají o částečném propojení těhotenství žen s diabetem mellitem s pocity viny vůči

jejich partnerům, rodině a přátelům. Ženy u sebe vnímaly změnu sebeúcty a nárůst úzkosti, která souvisela s jejich schopností vyrovnat se s nemocí a s těhotenstvím (tamtéž).

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Výzkumný problém je v literatuře pojednávající o kvalitativní metodologii definován jako problém, který potřebuje řešení (Hendl, 2008). Při zamyšlení se nad zvoleným tématem práce bychom měli vyzdvihnout spíše potřebu po zmapování dané problematiky. Tímto tvrzením si netroufáme popřít definici výzkumného problému. Cílem výše řečeného je nastínit náš obecný postoj k problematice týkající se partnerství v souvislosti s diabetem mellitem I. typu. Tento postoj je podpořen směrem symbolického interakcionismu, který se soustředí na zkoumání chování a sociálních rolí člověka za účelem porozumění jeho interpretacím a reakcím na okolní prostředí (Spencer, 2003).

Existuje nepřehledné množství zdrojů, ve kterých se můžeme dozvědět právě o životě lidí s diabetem mellitem I. typu. Většina prací zabývajících se přímo partnerstvím v souladu s touto nemocí je psána v anglickém jazyce. Jejich výsledky jsou nejvíce zmíněny v poslední kapitole teoretické části práce, která se zabývá tématem diabetes mellitus I. typu v partnerském životě.

Téma práce v sobě zahrnuje propojení tří základních oblastí vědění. Z počátku se práce zabývá vymezením chronického onemocnění a jeho psychosociálními aspekty v životě jedince. Dále je čtenář obeznámen s nemocí diabetes mellitus I. typu, a to jak z pohledu biologicko-medicínského, tak z pohledu psychosociálního. Na závěr teoretická část přechází do problematiky partnerského vztahu, kde jsou z kapacitních důvodů práce více popsány poznatky k životu v partnerství s touto nemocí.

Nejpodstatnější inspirací pro zvolené téma práce tvoří moje sestra, která má nemoc diabetes mellitus I. typu sedmnáct let a také její partner, který s ní kráčí životem již po dobu deseti let. Na první pohled to mnohdy vypadá, jako by nemoc v partnerství ani nebyla. Věřím ale, že i přesto mohou být chvíle, kdy je její přítomnost pro dva blízké lidi více citelná. Další motivací mi byla právě oblast klinické psychologie. Konečný důvod ke snaze propojit partnerský vztah dvou lidí s výskytem chronického onemocnění vystihuje tvrzení Baštecké a Macha (2015), kteří nad člověkem smýšlí jako nad jednotou bio-psycho-sociálně-spirituální. Lidská bytost dle nich jedná vždy ve vztazích k sobě, druhým

a světu. Tato myšlenka je v jiné podobě zpracována již v úvodu práce a zároveň tvoří jednu ze základních motivací pro zvolené téma.

6.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem práce je prozkoumat, jak vnímá diabetes mellitus I. typu nemocný a zdravý partner a také jak oba partneři vnímají vliv nemoci na partnerský vztah.

Výzkumné otázky by měly být směřovány vzhledem ke zkoumanému fenoménu (Hendl, 2008).

Pro naplnění stanoveného cíle práce byly sestaveny tyto výzkumné otázky:

- Jak vnímá diabetes mellitus I. typu partner s diabetem mellitem I. typu?
- Jak vnímá diabetes mellitus I. typu partner bez diabetu mellitu I. typu?
- Jak partneři vnímají vliv diabetu mellitu I. typu na partnerský vztah?

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

Úkolem následujících podkapitol je seznámení čtenáře s celkovým průběhem prováděného výzkumu počínaje volbou typu výzkumu přes pilotní studii, výběr participantů, uskutečnění rozhovorů, etiku výzkumu až po principy analýzy dat a konečné získání výsledků práce.

7.1 Metodologický přístup a typ výzkumu

Pro výzkum zaměřený na diabetes mellitus I. typu v partnerství a vnímání jeho vlivu na vztah oběma partnery byl zvolen kvalitativní přístup. Tento přístup má holistickou povahu. Umožňuje nám komplexní a více rozměrové zkoumání lidských bytostí, skupin a produktů člověka. Prostřednictvím kvalitativního přístupu lze chápat tyto rozměry integrovaně (Ferjenčík, 2000). Ve shrnutí je jeho velkou výhodou hluboký popis zkoumaných případů (Hendl, 2008).

Kvalitativní přístup s sebou nese také nevýhody a možná rizika. Jednou z nich je těžší možnost zobecnit nalezené výsledky na jinou populaci a prostředí. To je dáno také tím, že pracujeme s omezeným počtem jedinců. Výsledky výzkumu mohou být navíc lehce ovlivněny osobními preferencemi výzkumníka (tamtéž).

Data ve výzkumu jsou zpracována na základě strategie zakotvené teorie. K jejímu vzniku dochází prostřednictvím identifikace analytických kategorií a nalézáním vztahů mezi těmito kategoriemi (Spencer, 2003). Dle Hendla (2008) je cílem výzkumu vycházejícího z této strategie návrh pro fenomény v určité situaci. V tomto případě bychom mohli téma výzkumu pojmout jako fenomén – diabetes mellitus I. typu, který se vyskytuje v určité situaci – soužití dvou blízkých lidí, tedy partnerů.

7.2 Pilotní studie

Dle Miovského (2008) jsou kvalitativní studie svojí povahou vhodné pro provedení pilotního či orientačního výzkumu. Z důvodu zmapování terénu před samotným zahájením výzkumu jsme vytvořili krátký pilotní dotazník prostřednictvím využití webové stránky www.vyplnto.cz (tamtéž). Cílem dotazníku bylo prozkoumání možných problematických oblastí v partnerském životě s diabetem mellitem I. typu. Dotazník jsme vložili na stránku facebookové skupiny: „Diabetes mellitus 1. typ pro ČR a SR“ a zaslali jsme ho dvěma párům, kde má jeden z partnerů diabetes mellitus I. typu. Tyto páry nebyly zařazeny do samotného výzkumu, protože jsme předpokládali možné zkreslení výsledků výzkumu z důvodu známosti výzkumníka s účastníky.

Před dotazníkem se respondentům zobrazil text, ve kterém byl prozrazen záměr pilotního dotazníku, etické hledisko v souvislosti se zacházením nasbíraných dat poskytnutých respondenty a kontakt na výzkumníka.

Směrem k respondentům byla vznešena prosba, aby byl dotazník vyplněn oběma partnery. Touto cestou jsme chtěli získat názor na život s nemocí v partnerství od zdravého i nemocného partnera. Vzhledem k záměru pilotního dotazníku nebylo nutné spárování výsledků partnerů. Jeho účel byl pouze informační, tudíž jsme nepotřebovali získat náhled na získané informace v rámci celého páru. Podmínkou k vyplnění dotazníku bylo, aby jeden z partnerů měl diabetes mellitus I. typu. Vyplnění dotazníku nebylo pro pilotní studii omezeno věkově. Dotazník byl složen celkem z deseti otázek. Z toho byly dvě otázky zaměřeny na demografické údaje (pohlaví, věk) a jedna z otázek byla zaměřena na osobní údaj respondenta (email).

Kombinací uzavřených, otevřených a polouzavřených otázek byli respondenti dále dotazováni na údaje o délce trvání partnerského vztahu, život ve společné domácnosti, výskyt a počet dětí, výskyt diabetu mellitu I. typu a jiné chronické nemoci. Na závěr jsme respondenty požádali, aby do volného pole napsali své vlastní zkušenosti s nemocí nebo vše, co by je zajímalo na téma „Diabetes mellitus I. typu v partnerství a vnímání jeho vlivu na vztah oběma partnery“.

Dotazy na život ve společné domácnosti, výskyt dětí v partnerském životě a výskyt jiného chronického onemocnění byly pokládány z důvodu získání alespoň přibližného přehledu o reálné situaci v těchto partnerstvích.

Dotazník vyplnilo osm žen a pět mužů. Průměrný věk respondentů byl 31 let. Nemladším respondentem byl muž ve věku 22 let a nejstaršími respondenty byli muž a žena ve věku 42 let. Průměrná délka vztahu partnerů byla 10 let. Nejkratší délka vztahu byla 2 roky a nejdelší délka vztahu byla 18 let.

Pouze jeden muž a jedna žena uvedli, že nemají diabetes mellitus I. typu. K tomuto nemalému zkreslení výsledků mohlo dojít z důvodu sdílení pilotního dotazníku pouze na sociální stránce určené pro členy s diabetem mellitem I. typu. Šest respondentů uvedlo, že mají diabetes mellitus I. typu bez výskytu jiné chronické nemoci a pět případů tvořili respondenti, kteří měli diabetes mellitus I. typu a současně jiné chronické onemocnění.

Celkem čtyři respondenti nenapsali žádné téma. Z toho dva respondenti tak učinili z důvodu nezaznamenání problému ve vztahu v souvislosti s nemocí a další dva respondenti z důvodu absence nápadů na dané téma. Zbylé volné odpovědi probandů na poslední otázku pilotního dotazníku byly inspirací pro okruhy výzkumných otázek a jejich podotázek.

Před započítáním výzkumu jsme výzkumné otázky prozkoumali s pomocí jednoho páru, který byl v osobním vztahu s výzkumníkem a nemohl by být z těchto důvodů zařazen do výzkumu. Otázky byly kladeny každému z partnerů zvlášť. Výhodou znalosti páru bylo, že jsme se partnerů mohli přímou cestou zeptat, zda jsou pro ně otázky dostatečně srozumitelné a také nám partneři mohli poskytnout zpětnou vazbu toho, jak na ně celý rozhovor působil. Na základě pilotního rozhovoru bylo upraveno znění některých otázek tak, aby byly více srozumitelné. Otázkami bylo zodpovězeno vše podstatné vzhledem k výzkumnému záměru, proto se obsah otázek po proběhnutí pilotní studie nezměnil. Ověřena byla také časová náročnost celého rozhovoru.

7.3 Výzkumný soubor

Vzhledem k tématu výzkumu byl zvolen výběr párů dle následujících hledisek:

- Oba partneři jsou ve věku 20–40 let
- Pouze jeden z partnerů má diagnostikované onemocnění diabetes mellitus I. typu
- Partneři jsou spolu ve vztahu po dobu minimální délky půl roku

Předpokládali jsme obtížnější nábor partnerských párů, kteří budou ochotni zapojit se do výzkumu vzhledem k citlivosti tématu a potřeby provedení rozhovoru zvlášť

s každým partnerem. Přemýšleli jsme také nad časovou náročností výzkumu. Z tohoto důvodu jsou zvolili nepříliš přísná kritéria pro zařazení participantů do výzkumného souboru.

Participantů byli vybráni do výzkumného souboru nepravděpodobnostními metodami. Zvolili jsme metodu výběru souboru samovýběrem, metodu záměrného výběru přes instituce a metodu sněhové koule (Miovský, 2006).

Nejvíce zastoupena byla právě metoda výběru souboru samovýběrem. Její hlavní charakteristikou je nabídka možnosti účastnit se výzkumu, která bývá většinou zprostředkována skrze inzeráty či média. Další vlastností metody je také projev aktivního zájmu účastníků o zapojení se do výzkumu na místo pasivního souhlasu (tamtéž). Na stránku facebookové skupiny „Diabetes mellitus 1. typ pro ČR a SR“ byl spolu s oslovením a prosbou probandů o zapojení se do výzkumu zveřejněn také letáček prostřednictvím kterého se potenciální účastníci mohli krátce informovat o výzkumu, viz příloha č. 3. Pro rozšíření informací jsme na stejné online skupině zveřejnili také odkaz na webové stránky katedry psychologie Univerzity Palackého v Olomouci, kde si členové skupiny mohli přečíst bližší informace k výzkumu. Touto metodou se podařilo zařadit do výzkumného souboru celkem šest párů. Partneři se zájmem o účast na výzkumu nás mohli kontaktovat skrze email, mobilní telefon či za pomoci veřejné sociální sítě facebook.

Za využití metody záměrného výběru přes instituce byl kontaktován diabetologický lékař ordinující v nemocnici Boskovice. Lékař byl nejdříve osloven a požádán o spolupráci na výzkumu skrze email v rámci kterého obdržel žádost o účasti na výzkumu. V příloze byl dostupný také soubor poskytující bližší informace k výzkumu. Pár dnů po odeslání emailu byl lékař kontaktován telefonicky. Prostřednictvím osobního kontaktu s lékařem byly do diabetologické ambulance dodány informační letáčky. V tomto případě tištěné letáčky obsahovaly QR kód, který odkazoval na webovou stránku katedry psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. Kód byl přidán za účelem více pohodlného poskytnutí bližších informací pacientům a jejich partnerům. Prostřednictvím tohoto typu oslovení neprojevil zájem o účast ve výzkumu žádný z diabetologických pacientů.

Jako další použitá metoda pro výběr participantů byla zvolena metoda sněhové koule, která spočívá v navázání osobních kontaktů výzkumníka, přes které může dále oslovit skupinu prvních kandidátů (tamtéž). Touto metodou se do výzkumu zapojil jeden pár, kdy nám byl přes prostředníka, po souhlasu jednoho z partnerů, zprostředkován

kontakt. Partnerům byl spolu s prosbou o zapojení se do výzkumu zaslán odkaz na webové stránky katedry psychologie Univerzity Palackého v Olomouci pro získání více informací o výzkumu.

Tabulka č. 2: Shrnutí charakteristik partnerských párů zapojených do výzkumu

Značení páru	Pohlaví	*Věk	*Délka vztahu	*DM I. typu	Trvání DM I. typu	Společná domácnost partnerů	Děti v partnerství	Výskyt jiné chronické nemoci
1	M	38	7 let	Ž	23 let	Ano	1	Ne
	Ž	30						Ne
2	M	29	3 roky	Ž	9 let	Ano	0	Ne
	Ž	29						Ano
3	M	23	1 rok a 8 měsíců	Ž	9 let	Ano	0	Ano
	Ž	25						Ne
4	M	37	12 let	M	6 měsíců	Ano	2	Ne
	Ž	36						Ano
5	M	37	8 let	M	34 let	Ano	3	Ne
	Ž	34						Ne
6	M	24	6 měsíců	Ž	11 let	Ne	0	Ano
	Ž	22						Ne
7	M	26	9 let	Ž	8 let	Ano	1	Ne
	Ž	24						Ne

Poznámky:

Symbol *: označení sloupců obsahujících kritéria zvolená na počátku výběru výzkumného souboru

Ž, M: označení ženského a mužského pohlaví

DM I. typu: diabetes mellitus I. typu

Partneři zařazení do výzkumu splňovali výše zmíněná kritéria. Průměrný věk u párů byl 29,57 let. Průměrný věk u žen byl 28,57 let a průměrný věk u mužů byl 30,57 let. Nejmladším participantem byla žena ve věku 22 let a nejstarším participantem byl muž ve věku 38 let.

Většina účastníků pocházela z České republiky. Výjimku tvořil jeden pár, kde partner pocházel z jiné země.

7.4 Metoda získávání dat

Data byla získávána metodou pozorování a polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda je založena na principu, kdy si výzkumník vytvoří určité schéma okruhů otázek, na které se posléze táže účastníků výzkumu. Pořadí okruhů se může měnit pro získání co nejvíce možných informací (Miovský, 2008). V našem případě je zvažujeme, že nedodržení přesného pořadí okruhů mohlo přispět také k vyšší přirozenosti celého interview, kdy v některých případech participant zmínil odpověď na daný okruh v rámci širší odpovědi na jinou otázku. Polostrukturovaný rozhovor je jednou z nejčastěji užívaných metod v kvalitativním přístupu. Záporem zvolené metody získávání dat může být vyšší technická náročnost přípravy rozhovoru (tamtéž).

Schéma polostrukturovaného rozhovoru je tvořeno dvěma základními okruhy. Každý okruh obsahuje otázky, které zahrnují nápomocné podotázky pro lepší možné přiblížení oblasti tématu participantům. Záměrem rozhovoru bylo zjistit vnímání diabetu mellitu I. typu zdravým a nemocným partnerem. Dále také prozkoumat, zda má dle partnerů diabetes mellitus I. typu vliv na partnerský vztah.

- 1. okruh: Vnímání partnerského vztahu

Otázky:

- *Mohl/a byste mi co nejlépe přiblížit váš současný život s partnerem/ partnerkou?*
- *Jaký je pro vás váš vztah s partnerem/ partnerkou?*
- *Jakým způsobem spolu s partnerem/ partnerkou trávíte volný čas?*
- *Jak vnímáte případné konflikty/ problémy ve vašem partnerství?*
- *Jsou pro vás nějaké situace z minulosti, které podle vás mohou ovlivňovat vaše současné partnerství?*

- 2. okruh: Vnímání diabetu mellitu I. typu v partnerském vztahu

Otázky:

- *Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o onemocnění?*
(varianta pro zdravého partnera)
- *Jakým způsobem jste partnerovi/ partnerce řekl/a o diabetu mellitu I. typu?*
(varianta pro nemocného partnera)

- *Jak zvládáte společně s partnerem/ partnerkou onemocnění diabetes mellitus I. typu?*
- *Jaký je váš názor na technické pomůcky k léčbě diabetu mellitu I. typu?*

7.4.1 Výzkumný proces sběru dat

S participanty jsme přes komunikaci s kontaktujícím partnerem projednali místo, den a čas setkání. Volbu místa, datum i čas jsme se snažili co nejvíce přizpůsobit oběma partnerům. Při domluvě na místě setkání k rozhovoru jsme kladli důraz na to, aby pro oba partnery bylo prostředí co nejvíce pohodlné a bezpečné. Jistou slabinu v domluvě s účastníky výzkumu vidíme v komunikaci pouze s jedním z partnerů, kdy jsme tak nezískali předem souhlas s účastí od druhého partnera před uskutečněním výzkumu.

- **Den uskutečnění výzkumu:**

Realizace výzkumu byla plánovaná v rozmezí měsíců listopad až leden, nakonec byl poslední rozhovor s participanty uskutečněn v únoru.

- **Místo a čas uskutečnění výzkumu:**

Rozhovor byl z důvodu zajištění vhodného prostředí pro probandy realizováno v místě bydliště nebo poblíž místa bydliště partnerů. Majoritně byly zastoupeny různé kavárny či cukrárny. V jednom případě byl rozhovor uskutečněno přímo v domácnosti probandů. Čas setkání jsme se snažili po vzájemné domluvě přizpůsobit době nutné k dojezdu na místo realizace a také časovým možnostem participantů.

- **Průběh rozhovoru**

Rozhovor byl proveden s každým z partnerů zvlášť. Pořadí partnerů si participanti volili sami. Na začátku jsme se seznámili s oběma partnery a domluvili jsme se, zda pro partnery bude pohodlnější tykání či vykání během rozhovoru. Poté zůstal jeden z partnerů, se kterým byl proveden rozhovor. Druhý partner dorazil k rozhovoru v době střídání participantů nebo mezitím čekal na stejném místě s dostatečnou vzdáleností od partnera, který odpovídal na otázky. S každým z partnerů byl před začátkem rozhovoru podepsán informovaný souhlas, viz vzor informovaného souhlasu příloha č. 5. Partnerům jsme sdělili, že bude rozhovoru nahráván na diktafon a také na mobilní telefon, který sloužil jako technická záloha. Partnerům byla na začátku nebo během průběhu rozhovoru oznámena možnost nezodpovězení otázek. Ke konci rozhovoru jsme participantům poskytli prostor k vlastnímu vyjádření. Partneři byli odměněni drobným dárkem za

výzkum v podobě malého balíčku (čaj a zimní dekorace). Nabídnu byla také možnost objednání si libovolného nápoje z lístku během rozhovoru jako poděkování oběma partnerům za jejich účast ve výzkumu. Rozhovor jsme provedli se sedmi páry. Předpokládaný čas na rozhovor s jedním participantem byl 60 minut. Délka rozhovorů se u různých participantů lišila, viz tabulka č. 3. V případě opomenutí důležitých výzkumných otázek během rozhovoru byly tyto otázky zodpovězeny po souhlasu participanta prostřednictvím telefonu. Délka telefonického rozhovoru s participantem byla připočtena k délce rozhovoru, který proběhl při společném osobním setkání.

Tabulka č. 3: Shrnutí dob trvání rozhovoru

Pohlaví/ pár	Průměrná délka rozhovoru (min., s.)	Nejkratší délka rozhovoru (min., s.,)	Nejdelší délka rozhovoru (min., s.)
Muži	47,04	19,24	65,45
Ženy	55,97	28,14	85,4
Celý pár	103,01	47,38	140,62

Poznámky:

min., s.: označení časového trvání rozhovoru minutami a sekundami

7.4.2 Sebereflexe výzkumníka

Dle Hendla (2008) by měl výzkumník v rámci kvalitativního výzkumu popsat také sám sebe včetně vlastních charakteristik a vztahu sebe samotného k tématu výzkumu.

Na tomto místě si uvědomujeme, že vzhledem k tématu výzkumu byl v některých případech výzkumník více osobně zapojen vzhledem k informacím, které mu poskytuje vlastní zkušenost ze života s člověkem s diabetem mellitem I. typu.

7.5 Metoda zpracování a analýzy dat

Nejdříve jsme provedli primární transkripci získaných záznamů. Poté jsme přeepsaná data upravili odstraněním slov, která nebyla významově podstatná. Veškerá data jsme nahráli do počítačového programu, ve kterém byla následně analyzována. Data jsme před analýzou spárovali dle párů a rozdělili do skupin na základě partnerů s diabetem mellitu I. typu a partnerů bez diabetu mellitu I. typu.

Na začátku analýzy jsme podle výzkumných otázek vytvořili předběžné kódovací skupiny pro lepší orientaci v problematice. Způsobem otevřeného kódování docházelo

k postupnému odhalení témat v datech, jejich konkrétnímu pojmenování přiřazením konkrétních kódů a orientačnímu třídění do kódovacích skupin. S přibývajícimi informacemi jsme významově podobné kódy shlucovali do podskupin s více abstraktním pojmenováním (Hendl, 2005).

V průběhu axiálního kódování jsme zjistili, že se některá témata vzhledem k výzkumným otázkám opakují více či méně. Zde jsme uvažovali nad daty v rámci celého páru, ale také pouze v kontextu nemocných či zdravých partnerů. Tímto způsobem jsme hledali možné interakce mezi vzniklými kategoriemi vzhledem k výzkumnému záměru práce. Zjistili jsme, že některá témata jsou více podstatná pro další zpracování dat. Nejvíce zmiňované byly čtyři hlavní kategorie: *počáteční vliv nemoci, charakter partnerů a jejich pohled na život, doba příchodu nemoci a pomůcky k léčbě*. S těmito tématy souvisely další subkategorie, které svým významem doplňují kontext nalezené strategie (tamtéž).

Za využití selektivního kódování jsme opětovně procházeli získané informace, u kterých jsme provedli podrobnější vztahovou analýzu mezi čtyřmi zmíněnými kategoriemi a subkategoriemi. Tímto způsobem jsme shledali centrální kategorii, která se nejvíce vztahovala k předešlým hlavním kategoriím i subkategoriím (tamtéž).

7.6 Etika výzkumu

Pilotní dotazník byl označen jako průzkum bez zveřejnění výsledků veřejnosti, a to vzhledem k nutné ochraně osobních údajů respondentů

Při osobním kontaktu s lékařem pro domluvení se na spolupráci k výzkumu byla lékaři předána odměna jako poděkování za jeho spolupráci v podobě drobné sladkosti.

Účastníci byli před začátkem rozhovoru informováni o dobrovolnosti účasti na výzkumu a také o využití diktafonu a mobilního telefonu k záznamu celého rozhovoru. Participantům byla také sdělena možnost nezodpovězení otázek či možnost ukončení rozhovoru. Partneři byli informováni o šetrném zacházení s poskytnutými informacemi a o zachování anonymity. Dále byli participanté také ujištěni, že veškeré informace budou po zpracování výsledků pro účel bakalářské práce z nahrávajících zařízení smazány. S oběma partnery byl podepsán informovaný souhlas, viz příloha č. 5.

V případě předpokládané překročení délky rozhovoru jsme účastníkům připomenuli právo na ukončení rozhovoru a nabídli jsme jim tuto možnost. Na závěr rozhovoru byla oběma účastníkům poskytnuta společná odměna. Při doptání se na některé z podstatných

otázek prostřednictvím telefonu byl participant předem informován o tom, že bude hovor pro účel výzkumu nahráván a po jeho zpracování bude nahrávka smazána.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Cílem kapitoly je seznámení čtenáře s výsledky výzkumu. Pro lepší přehlednost jsme vytvořili dvě schémata, která shrnují výsledky práce.

První schéma zobrazuje vztah centrální kategorie: *vnímání nemoci* vzhledem ke kategoriím hlavním: *počáteční vliv nemoci*, *charakter partnerů a jejich pohled na život*, *doba příchodu nemoci* a *pomůcky k léčbě*. Dle schématu má doba příchodu nemoci jednostranný vliv na její vnímání. Vzájemný vztah byl nalezen mezi *vnímáním nemoci* a těmito kategoriemi: *počáteční charakter partnerů a jejich pohled na život*, *pomůcky k léčbě* a *počáteční vliv nemoci*.

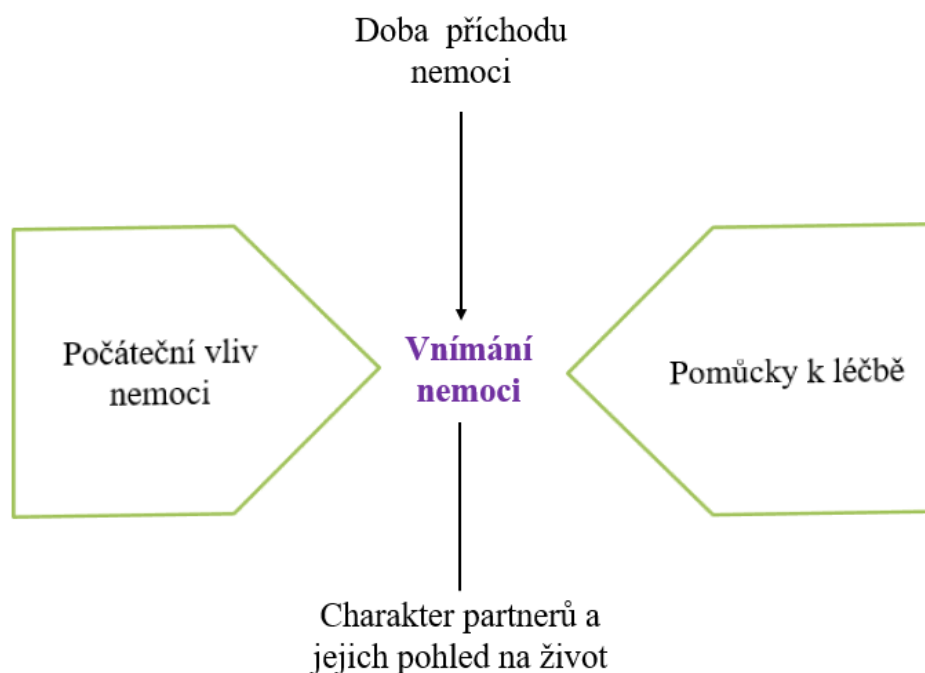


Schéma č. 2: Stěžejní kategorie v diabetes mellitus I. typu v partnerství a vnímají jeho vlivu na partnerský vztah

Druhé schéma poskytuje podrobnější informace o kontextu celé strategie. Jsou zde zobrazeny i subkategorie, které více specifikují dané parametry schématu (Hendl, 2005). Centrální kategorie, hlavní kategorie i subkategorie se jednostranně nebo vzájemně ovlivňují.

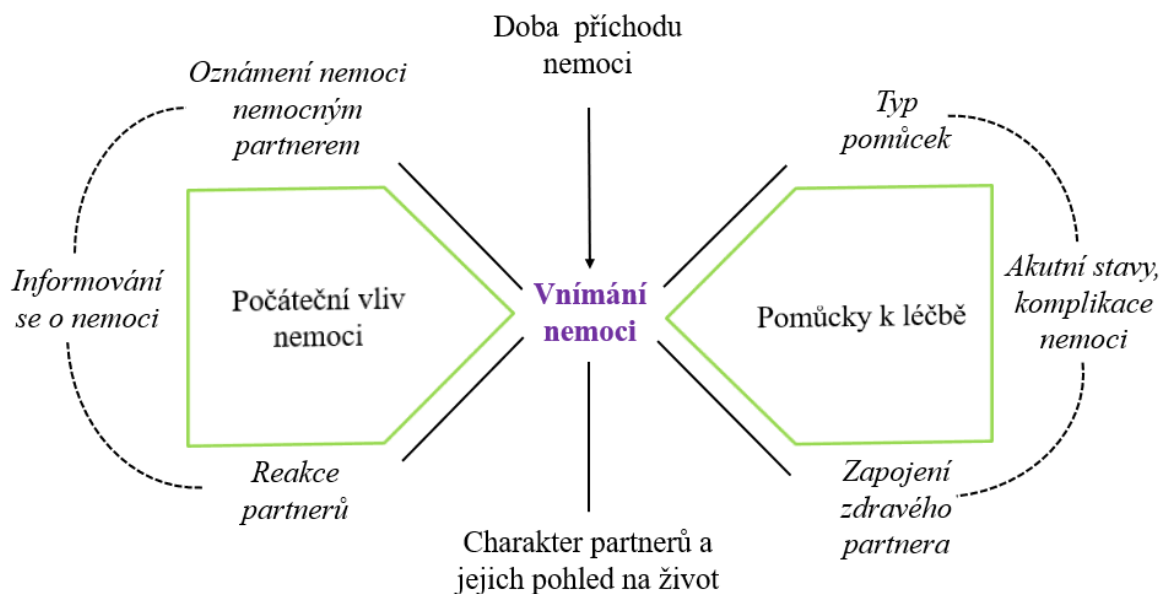


Schéma č. 3: Stěžejní kategorie a subkategorie v diabetes mellitus I. typu v partnerství a vnímání jeho vlivu na partnerský vztah

Výsledky práce jsou zmíněny dle hierarchie nalezených kategorií. U každé kategorie definujeme její význam, zmiňujeme, co je jejím obsahem a zároveň ji uvádíme ve vztahu k ostatním kategoriím a subkategoriím. Na místě vhodném pro dokreslení výsledků práce uvádíme přímé citace probandů. Tyto citace jsou psány kurzívou a označeny velkým písmenem dle pohlaví probanda a číslem, které je přiřazeno danému páru. Veškerá vlastní jména jsou anonymizována a v úryvcích označena písmeny X a Y.

Výsledky výzkumu jsme hodnotili dle oboustranného názoru zdravého i nemocného partnera. Na místě, kde se jedná o vyjádření druhého partnera (tzn. nemocný partner se vyjadřuje, jak podle něj vnímá nemoc partner zdravý nebo naopak) bude tato skutečnost zmíněna. Dále v textu užíváme označení „partner“ pro mužské i ženské pohlaví. Na místech potřebných rozlišení pohlaví sdělujeme informaci v mužském nebo ženském rodě.

8.1 Vnímání nemoci

Zajímalo nás, jak vnímá nemoc partner s diabetem mellitem I. typu a partner bez tohoto onemocnění. Většina nemocných partnerů zmiňovala v souvislosti s nemocí zkušenosti, které by mohly souviset s adaptací partnera na nemoc. Tímto tvrzením si však nejsme zcela jistí. Kategorie navíc zahrnuje vnímání nemoci zdravým partnerem.

U partnerů jsme shledali souvislost vnímání nemoci *s počátečním vlivem nemoci, pomůckami k léčbě, charakterem partnerů a jejich pohledem na život a také s dobou příchodu nemoci.*

Většina nemocných partnerů vnímala v souvislosti s diabetem mellitem I. typu omezení v zaměstnání, kdy byla ve dvou případech potřeba i změna pracovní pozice. Dále partneři vnímali omezení také ve sportovních aktivitách a cestování. U všech případů hrály roli pomůcky k léčbě, nutnost skladování inzulínu při určitých teplotách, hodnoty glykémie nebo vliv denního režimu vzhledem k pracovním směnám, které byly neslučitelné s diabetem mellitem I. typu.

Někteří zdraví i nemocní partneři mluvili o vlivu akutních stavů nemoci na náladu nemocného partnera. Jiní partneři naopak říkali, že nemoc na náladu nemá žádný vliv nebo že si nejsou jistí, zda je tento fakt určen kontextem a vlastností partnera nebo aktuální hladinou glykémie. Jeden z partnerů se zmínil o více akčním chování nemocné partnerky při hyperglykémii.

Ve dvou dalších případech tyto nálady dávali zdraví partneři do možné souvislosti s neshodami v partnerství. U prvního páru tomu tak bylo ze začátku vztahu, než partnerovi došla možná spojitost nálad partnerky s diabetem mellitem I. typu. U druhého páru byla pravděpodobná souvislost nálady partnera s nemocí řešena s diabetologem. Zdraví partneři náladu popisovali jako „*podrážděnost*“ či „*únavu*“.

Napříč různými rozhovory nezávisle na pohlaví partneři nevnímali výrazný vliv nemoci ve svém milostné životě. Ojediněle byla zmíněna hladina glykémie nebo psychosociální aspekt pomůcek, kdy partneři věnují pozornost pumpě, kterou je potřeba odpojit nebo si dávají pozor na to, aby nezavadili o kanylu a nezpůsobili tak bolest nemocnému partnerovi.

8.1.1 Charakter partnerů a jejich pohled na život

Někteří partneři vnímali nemoc v souvislosti s jejich charakterem nebo s tím, jak sami pohlíželi na život. Naopak byla také zaznamenána změna vlastnosti či pohledu na život partnera skrze vnímání nemoci.

Jeden z případů představovala dobrodružná povaha partnerky a touha po cestování. Cestování partnerka také vnímala jako možné odpoutání se od života s cukrovkou.

Ž 1: „Já si myslím, že to souvisí s tou cukrovkou, víš. Mně přijde, že ta cukrovka je pro mě tak jakoby omezující, jako kdybych byla zavřená do klece, ale jako jednou za čas tu klec potřebuji otevřít a udělat něco, něco praštěného, abych měla energii na to v té kleci zase vydržet nějakou dobu“.

Naproti tomu stál zdravý partner, který měl z cestování obavy vzhledem k jiné kultuře a prožitkům z dětství spojených s kulturou. Nemoc bychom v tomto případě mohli považovat za nepřímý důvod neshod v partnerském životě, kdy se partneři pokoušeli shledat kompromis mezi vycestováním z České republiky a nalezením bezpečí.

Zdravý partner u téhož páru o nemocné partnerce sdělil, že mu přijde „silnější“ ve zvládání nemoci a bolesti.

U dalšího páru sebe samého zdravý partner popsal jako člověka, který má rád humor. S tímto přístupem pak v některých situacích vnímal diabetes mellitus I. typu u nemocné partnerky, ale také své vlastní chronické onemocnění. Zdravý partner si myslí, že by pohled partnerky na život mohl mít vliv na to, že partnerka vnímá nemoc jako nespravedlnost. Nemocná partnerka ale naopak sama u sebe vnímá nemoc jako nepřímou součást jejího života, protože ji byla diagnostikována až v dospělosti.

Jiný zdravý partner o sobě naopak hovořil jako o flegmatikovi, což se také projevilo na začátku vnímání nemoci v partnerství, do té doby, než bylo o nemoci zjištěno více informací.

M 7: „Tak právě, že nebo moje pocity tak byly prostě takové flegmatické, jo. Taková ta: jo, cukrovka. Ale ano, nevěděli jsme ty informace právě, jo, takže postupně jsme do toho potom se dostávali.“

Nemocná partnerka naopak o svém partnerovi mluvila jako o změně partnerova chování z flegmatického na zodpovědného. Zde také kromě nemoci uváděla vliv narození dcery.

Dle slov zdravé partnerky bral nemocný partner těžké situace v životě jako výzvu. Žena zde dále zmiňovala souvislost partnerova vyrovnání se s nemocí s tím, že sama díky tomu vnímá nemoc jako řešitelnou. Nemocný partner se v tomto případě pokoušel s nemocí smířit a hledal různé cesty pro běžný život s diabetem mellitem I. typu.

M 4: *„Tak já to, no zamezit tomu nemůžu v podstatě ve chvíli, kdy já mám tu jedničkovou cukrovku, tak to v podstatě nemůžu nijak, nějakým způsobem to člověk může řídit, může si ji hlídat, je to trochu o životním stylu, ale je to neléčitelný v dnešní době. Takže prostě člověk se s tím musí naučit akorát tak žít.“*

Některé nemocné partnerky zároveň uváděly možné důsledky nemoci v kontextu jiného smýšlení o životě.

Ž 2: *„Jako prostě to nijak neovlivňuje, jenom, jenom asi, že se o sebe a o ostatní víc bojím, že to všechno vidím víc zodpovědněji.“*

Ž 7: *„Teďka to беру jako pozitivní věc, protože vlastně díky tomu jsem se naučila větší zodpovědnosti.“*

8.2 Doba příchodu nemoci

Doba příchodu s sebou kromě časového údaje přináší také okolnosti, za kterých nemoc do života jednotlivce či do partnerského vztahu vstupuje. To se odrazilo na vnímání nemoci nemocným i zdravým partnerem.

Ve většině případů partneři s diabetem mellitem I. typu zmiňovali častý pocit vlastní zodpovědnosti za péči o nemoc. Bylo tomu tak v případě, kdy bylo onemocnění diagnostikováno před vstupem do partnerského vztahu, ale i v případě, kdy nemoc přišla do partnerského vztahu v době, kdy už spolu partneři byli déle a bylo potřeba zajistit také péči o děti zdravou partnerkou. Pocit partnerovi zodpovědnosti souvisel s vnímáním nemoci zdravými partnery, kteří během rozhovoru zmiňovali, že se nemocný partner stará o nemoc sám. Od toho se také mimo jiné odvíjel jejich způsob zapojení do péče o nemoc.

V souvislosti s narozením dítěte však byla jednou ženou zmíněna potřeba většího zapojení partnera do péče od diabetes mellitus I. typu. Zároveň však bylo těhotenství u ženy bráno jako bod, kdy si zdravý partner uvědomil, co vše pro ni nemoc obnáší.

Ž 1: „*Já jsem byla po porodu tři měsíce bez senzoru, protože jsem prostě neměla energii na to řešit nějaký glykémie. Měla jsem to prostě nízko, jako no. Takže toto asi by mě bejvalo bylo docela pomohlo, kdyby partner v tuhle chvíli nějak citlivě zasáhnul.*“

V případě diagnózy nemoci na počátku partnerského vztahu jsme shledali větší zapojení obou partnerů do péče o nemoc, kdy se partneři společně informovali o diabetu mellitu I. typu. Společné seznamování se s nemocí mělo vliv na pozitivní vnímání vztahu nemocnou partnerkou.

Ž 7 „... *já si myslím, že díky té cukrovce jsem si našla úžasnej vztah se svým partnerem, že nás to vlastně jako kdyby spojilo, protože jsme v tom byli spolu od začátku.*“

8.3 Počáteční vliv nemoci

Většina párů neudávala žádný vliv diabetu mellitu I. typu na partnerský vztah nebo zmiňovala spíše počáteční vliv nemoci. Tento fakt souvisel často s tím, jak nemoc vnímal nemocný partner a také s tím, jak byla nemoc vnímána zdravým partnerem.

8.3.1 Oznámení nemoci nemocným partnerem

U některých žen, které měly nemoc před vstupem do partnerského života, byly nepříjemné pocity spojovány s oznámením nemoci partnerovi, anebo s počátečním měněním si pomůcek k léčbě před partnerem. V těchto situacích ženy vnímaly nemoc jako hendikep nebo se obávaly, aby ji tak nevnímal zdravý partner. V prvním případě se projevil vliv času diagnózy diabetu mellitu I. typu, kdy bylo onemocnění diagnostikováno až v dospělosti.

Ž 2: „... *takže třeba fakt jako mě to ovlivnilo úplně jiným způsobem, že to беру pořád jako něco na obtíž nebo prostě jako opruz, když to tak řeknu. Než ty lidi, kteří s tím v podstatě vyrůstají od mala a jsou na to fakt zvyklí říct, že prostě vyrostli, no.*“

Pomůcky k léčbě byly jinou nemocnou partnerkou zmíněny také v souvislosti s možným „*vyděšením*“ zdravého partnera z počátku vztahu v kontextu vzhledu pumpy na těle, ze které „*čouhaly různé hadičky*“

8.3.2 Reakce partnerů a informování se o nemoci

Zdraví partneři reagovali na oznámení nemoci zjišťováním si informací o diabetu mellitu I. typu. Většinové informování se o nemoci probíhalo za pomoci sdělení informací nemocným partnerem nebo jejich samostatným vyhledáváním.

Společné informování o nemoci jsme našli v situaci, kdy spolu partneři začínali vztah a do toho byl ženě diagnostikován diabetes mellitus I. typu.

Vnímání diabetu mellitu úzce souviselo s tím, jaké informace nemocní nebo zdraví partneři o nemoci měli. Vliv počátečního nedostatku informací nebo zjištění informací z jiného zdroje než od partnera vedl ke vnímání nemoci jako méně závažné nebo k větším obavám spojených s nemocí.

M 4: „*Já si myslím, že ona to vnímá, že to je možná trošku něco horšího než ve skutečnosti je. Protože nemá ty všechny informace, takže já se je postupně tak snažím jako říkat, že si myslím jako, že ...*“.

Na tomto místě spolu partneři měli rodinu v době, kdy byla nemoc před nedávnem diagnostikována partnerovi. Žena proto více studovala informace k výchově dětí a nemocný partner se informoval o cukrovce.

Proto byla nformovanost důležitá u zdravých partnerů, kdy nemoc byla přítomna před vstupem do partnerského vztahu, ale i u párů, kdy byl diabetes mellitus I. typu diagnostikován v době partnerského vztahu.

V některých případech zdraví partneři ze začátku přemýšleli o vstupu do vztahu s partnerem, který měl diabetes mellitus. Důvodem byly obavy spojené právě s nedostatkem informací o nemoci nebo přemýšlením o budoucnosti s partnerem v souvislosti s nemocí. Pohlaví partnerů v tomto případě nehrálo roli.

O budoucnosti a možném založení rodiny dle zdravé partnerky přemýšlel před vstupem do vztahu také nemocný partner v souvislosti s vnímanými zdravotními komplikacemi diabetu mellitu I. typu.

8.4 Pomůcky k léčbě

Vnímání nemoci souviselo s využitím pomůcek k léčbě. *Typ použitých pomůcek k léčbě byl často spojován s vnímáním nemoci nemocným partnerem, akutními stavy či komplikacemi nemoci a se zapojením partnera.*

8.4.1 Typ použitých pomůcek

Nejčastěji užívanými pomůckami k léčbě byli glukometry, inzulínová pera, senzory pro měření glykémie, inzulínové pumpy, systém uzavřené smyčky (*closed – loop*) a různé mobilní aplikace.

Nemocní partneři, kteří užívali inzulínové pumpy a senzory, mluvili také o propojení technologie k léčbě s mobilní aplikací. Nemocní i zdraví partneři vnímali technologii k léčbě pozitivně v souvislosti s vyjádřením se o „*normálním životě*“. V případě nemocných partnerů byl zmíněn také pocit svobody nebo možnost lepšího smíření se s nemocí.

M 5: *„Jo, mě to v podstatě vrátilo do normálního života, jo. Já už jsem fakticky tím, že jsem ty hypa nepoznal na sobě a okolí už se bálo, tak i v práci to bylo pořád: Změř se, zkontroluj se. To ono, prostě bylo to hrozné.“*

Jiná nemocná partnerka navíc také uvedla, že měla před užitím jiné technologie k léčbě strach z každodenního píchání jehel.

Negativně byla nemocnou ženou léčba vnímána z hlediska počátečního zvykání si na inzulínovou pumpu v souvislosti s pocity „*opravdu nemocná*“. Další partneři mluvili také o ucpávání hadiček u inzulínové pumpy nebo o narušeném soukromí v případě rušení technologií k léčbě během spánku.

Na aplikaci inzulínu za pomoci inzulínových per nemocnými partnery neměl vliv čas diagnózy nemoci. Tato technologie k léčbě byla užívána jak nemocnými s diagnózou nemoci v dospělosti, tak nemocnými s diagnózou nemoci v dětství. Můžeme zde brát v úvahu vnímání nemoci partnerem, kdy nemocné ženy i muži zmiňovali více psychosociální kontext užívání pumpy a senzorů, které by měli mít neustále na těle. Byla zde zvažována také viditelnost senzorů a pumpy u žen, které nechtěly na svoji nemoc příliš upozorňovat.

Ž 2: „...zase na druhou stranu ty senzory jak má člověk furt na sobě, tak je to takový za prvý, že je to vidět, takže ze začátku to bude těžký v tomhle..“

Dále partneři uváděli obavy o funkčnost jiné technologie v léčbě. V případě muže byl zmíněn také důvod sportovních aktivit a relaxace, při kterých by neustálá přítomnost pomůcek k léčbě mohla být překážkou.

M 4: „, A nikdy více. Jsou lidi, kteří by bez senzoru asi nežili, ale mě se to pletlo při basketu, vadilo to do sauny a nedalo se s tím pořádně běhat“.

Při užívání inzulínového pera byla nemocným mužem negativně vnímána bolestivá aplikace inzulínu a potřeba nezapomínání na píchání inzulínu. Tomuto muži byla nemoc diagnostikována v dospělosti. Dále zde také hrála role teplotních vlivů na inzulín v případě, kdy měl nemocný partner rád cestování.

Někteří zdraví partneři z řad mužů zmínili, že by technologie k léčbě diabetu mohla být rychleji inovována. O této skutečnosti mluvili v kontextu financování technických pomůcek k léčbě různými firmami.

8.4.2 Akutní stavy nemoci, komplikace

Nemocní partneři při užívání inzulínového pera k léčbě nezmiňovali větší zdravotní komplikace spojené s léčbou ani častý výskyt akutních stavů. Pokud partneři v době výzkumu uvažovali nad změnou inzulínového pera za využití senzoru a pumpy, tak tomu bylo z důvodu bolestivé aplikace inzulínu inzulínovým perem. Partneři také volili inzulínovou pumpu a senzory k monitoraci z důvodu dlouhodobých komplikací spojených s nemocí nebo pro potřebnou úpravu hodnot glykémie.

Ve většině případů byl zaznamenán strach zdravých partnerů o nemocného partnera při výskytu akutních stavů u partnera. Bylo tomu tak především u párů, kteří již měli zkušenost, kdy s partnerem řešili stavy týkající se hypoglykémie nebo hyperglykémie. Někteří zdraví partneři zmiňovali tuto obavu s pochybnostmi o svých vlastních schopnostech pomoc partnerovi. Zdraví partneři se také obávali o partnera v souvislosti s tím, že ostatní nebudou vědět o výskytu diabetu mellitu I. typu nebo nebudou dostatečně informováni o tom, jak partnerovi pomoc.

M 3: „...jako do teď, nemůžu říct, že bych o ni neměl strach. Prostě je to takový, že vím, že kdykoliv se jí... může s sebou prostě někdy švihnout a nikdo nebude vědět jak jí pomoc, protože tohle prostě u ní nezná nebo nevědí, jak se v takových situacích zachovat“.

8.4.3 Zapojení zdravého partnera

Typ použitých pomůcek souvisel také se *zapojením zdravého partnera*. Partneři se nezapojovali tolik do péče o nemoc, pokud si nemocný aplikoval inzulín pomocí inzulínového pera. To mohlo souviset také s mírou zodpovědnosti za vlastní onemocnění u nemocných partnerů, potřebou soustředění se na rodinu u zdravé partnerky v době, kdy nemoc přicházela do rodinného života nebo s délkou vztahu partnerů, kdy spolu partneři byli krátce a nežili ve společné domácnosti. Ve dvou případech měli zdraví partneři obavy z aplikace inzulínu inzulínovým perem skrze „*strach z jehel*“.

Všichni zdraví partneři byli v případě užívání inzulínových pump a senzorů informováni o technických pomůckách k léčbě. Někteří partneři zvládali aplikaci senzorů, jiní uměli zacházet i s nastavením inzulínové pumpy. Zapojení zdravých partnerů tak bylo především v aplikaci senzorů, pomoci s výměnou kanyly k pumpě a ve sledování hodnot glykémie na inzulínové pumpě během noci, když partnerka spala. Vnímáme zde také finanční podporu, kdy byly za pomoci zdravého partnera hrazeny pomůcky k léčbě nebo byla společně s partnerem uskutečněna investice do akcí pro výrobu pomůcek k léčbě.

Ve dvou případech bylo u použití pumpy a senzoru využito propojení se zdravým partnerem prostřednictvím využití mobilní aplikace, kdy se zdravý partner mohl podívat na hodnoty glykémie nemocného partnera. Jeden z nemocných mužů nazval tuto aplikaci uživatelským názvem „*rodičovská aplikace*“. U obou párů byl alespoň jednou v minulosti zaznamenán výskyt hypoglykemického kómatu. V dalším případě nemocná partnerka mluvila o možnosti propojení se zdravým partnerem za pomoci mobilní aplikace, kde se tak nerozhodla z důvodu předpokládaných větších obav zdravého partnera při zjištění hodnot glykémie. V některých případech spolu partneři také sdíleli novinky týkající se informací k technologii v léčbě nebo výsledky kontroly z návštěvy lékaře. Zdravá partnerka udávala pocit radosti, když měl partner dobré výsledky.

Při akutních stavech většina zdravých partnerů nemocnému partnerovi pomohla podáním sladkého nápoje, pokud byla pomoc potřeba. Ve třech případech také zdravý partner poznal změnu glykémie na partnerovi či partnerce bez použití technologii dle vzhledu partnera nebo také dle jeho chování. Tito partneři hovořili také o možné souvislosti hodnot glykémie u partnerů s náladami partnera, viz vnímání nemoci.

Při výskytu komplikací nemocného partnera a nerozpoznání hypoglykémie před užíváním systému uzavřené smyčky byla zdravá partnerka více zapojena v pomoci

partnerovi. Zdravá partnerka pomáhala svému partnerovi v případě ztráty orientace při hypoglykémii nebo také při včasném rozpoznání hypoglykémie na partnerovi. V tomto případě partnerka měla nižší důvěru ve svém muži, která souvisela se svěřením dětí do jeho péče. Nemocný partner se dle zdravé partnerky pak cítil špatně. Tato situace dle ženy vyvolávala neshody v partnerství. Nemocný partner se vyjádřil, že partnerka na stavy spojené s nemocí reagovala adekvátně. Dále zmiňoval vliv těchto stavů na děti, které nevěděly, co se s otcem děje a bylo potřeba jim následně situaci vysvětlit.

Jiný zdravý partner byl také více zapojen do péče o nemoc, když partnerka ze začátku nemoci po narození dítěte měla problémy s dodržováním léčebného režimu a s přijetím cukrovky. V této situaci nemocná partnerka udávala neshody s partnerem.

Ž 7: „Jo, určitě, tak když jsem třeba byla unevaná, tak řekl: Změř si cukr, třeba máš vysoký cukr nebo nízký cukr. A já jsem ho odpálkovala s tím, že mě to nezajímá, že nechcu, že tu cukrovku nemám a nemusím se hlídat.“

V některých případech nemocní partneri udávali také podporu zdravého partnera a rodiny v souvislosti s nemocí v partnerském životě. Muž s diabetickými komplikacemi mluvil o změně pohledu na život s příchodem dětí, pro které tu chce být co nejdéle. Tento fakt uvedl v kontextu možného výskytu jiných komplikací nemoci v budoucnosti. Jiná nemocná partnerka mluvila o podpoře partnera. Žena s diabetem mellitem I. typu dále mluvila o předpokladu lepšího smíření se s inzulínovou pumpou, kdyby byla již v době začátku její aplikace ve vztahu se zdravým partnerem. Tato žena zmínila také pocit většího bezpečí.

Ž 3: „Takže já se cejtím jako bezpečněji než, když jsem byla sama samozřejmě, protože tak nějak cejtím, že mě hlídá i on a že mu to není jako jedno“.

8.5 Odpovědi na výzkumné otázky

Jak vnímá diabetes mellitus I. typu partner s diabetem mellitem I. typu?

Vnímání nemoci nemocným partnerem s diabetem mellitem I. typu se odvíjí dle doby příchodu nemoci, charakteristiky partnerů a jejich postojů v životě, pomůcek k léčbě a počátečního vlivu nemoci v partnerském životě.

Většina nemocných žen vnímala častější psychickou podpora partnerů, kde zmiňovaly zapojení partnera v hlídání dodržování režimu ze začátku onemocnění, ujištění partnera při obavách z výsledků kontroly u lékaře nebo možnost „vypovídat se partnerovi“. Většina nemocných partnerů různými způsoby vyjadřovala vlastní zodpovědnost v péči o nemoc. Ve vztahu k vnímání nemoci partnery s diabetem mellitem I. typu můžeme také uvažovat nad možnými způsoby adaptace na nemoc. V otázce na plánování budoucnosti nebyl zmíněn závažný vliv nemoci na budoucnost nebo bylo zmíněno nutné plánování těhotenství, které ale ženy nepovažovaly za něco nezvládnutelného a počítaly s nutností vyrovnanosti hladiny glykémie. Žena, která vnímala těhotenství jako „psychicky náročné“ naproti tomu zvažuje volbu dalšího těhotenství. Zdravou partnerkou byla zmíněna obava nemocného partnera ze začátku vztahu o možnosti početí dětí a následně také obava, aby děti samy neměly toto onemocnění. U některých partnerů byla také řešena otázka dědičnosti diabetu mellitu I. typu. V majoritním zastoupení se nemocní partneři zajímali o pomůcky k léčbě, kdy hojně popisovali různé možnosti léčby diabetu mellitu I. typu nebo způsoby dodržování režimu léčby. Většina partnerů zmiňovala nedostatečnou informovanost veřejnosti o diabetu mellitu I. typu. Partneři mluvili také o zkušenostech s doktory v souvislosti s těhotenstvím, dále také o zkušenosti s odborníky v době diagnózy nemoci nebo o podpoře doktorů při užívání technických pomůcek k léčbě a dodržování léčebného režimu. Uváděné zkušenosti byly negativní i pozitivní. Partneři také zmiňovali omezení nemocí ve sportovních aktivitách, cestování nebo zaměstnání, kde byla v některých případech nutná změna zaměstnání.

Jak vnímá diabetes mellitus I. typu partner bez diabetes mellitus I. typu?

U zdravého partnera je diabetes mellitus I. typu vnímán dle doby příchodu nemoci, charakteristiky partnerů a jejich postojů v životě, pomůcek k léčbě a počátečního vlivu nemoci v partnerském životě. Většina zdravých mužů, kteří byli s partnerkou déle, se informovala především o technických pomůckách k léčbě. Někteří muži také zmiňovali, že by vývoj techniky k léčbě mohl jít více kupředu. Rozdílné vnímání nemoci bylo nejvíce na začátku vztahu partnerů, kdy někteří partneři váhali v souvislosti s informovaností o nemoci, zda mají navázat vztah s nemocným partnerem. Jiní participanti také ze začátku vztahu přemýšleli nad možností budoucího založení rodiny s nemocným partnerem. U všech zdravých partnerů byl přítomný strach či obavy při výskytu hypoglykemií či hyperglykemií u nemocného partnera. Partneři se obávali, aby se dostalo nemocným partnerům pomoci od okolí, které o nemoci nemá dostatečné informace nebo neví, že má partner diabetes mellitus I. typu. Vnímání nemoci zdravým partnerem mnohdy také souviselo s tím, jak vnímá nemoc partner s diabetem mellitem I. typu. Ve třech případech zdraví partneři vnímali možnou souvislost diabetu mellitu s náladou partnera.

Jak vnímají partneři vliv diabetu mellitu I. typu na partnerský vztah?

Z odpovědí participantů usuzujeme, že nemoc nemá přímý vliv na partnerský život. Někteří partneři zmínili vliv nemoci pouze ze začátku partnerství. Z těchto důvodů uvažujeme nad nepřímým vlivem diabetu mellitu I. typu na partnerství. Proto jsou ve výsledcích zahrnuty oblasti, prostřednictvím kterých nemoc zasahovala do života partnerů.

V partnerství mají svoji důležitou roli pomůcky k léčbě. Typ užitých pomůcek souvisí s vnímáním nemoci zdravými i nemocnými partnery a také s výskytem akutních stavů a komplikací nemoci. Dalším z důvodů je také potřeba srovnání hodnot glykémie. V případě užívání inzulínové pumpy či senzorů k monitoraci glykémie jsme zjistili větší zapojení zdravých partnerů do péče o nemoc vzhledem k výměně či kontrole pomůcek k léčbě. Při častých hypoglykemiích a komplikacích nemoci byl naopak zdravý partner více zapojen v poskytování pomoci nemocnému partnerovi. Zapojení zdravého partnera do péče mimo jiné závisí také na vnímání nemoci partnerem s diabetem mellitem I. typu.

Na počátku vztahu měla nemoc vliv zejména v jejím oznámení zdravému partnerovi, které souviselo také s tím, jak vnímá nemoc partner s diabetem mellitem I. typu. Nezávisle

na době příchodu diabetu mellitu I. typu jsme shledali důležitou roli informovanosti o této nemoci. Nedostatek informací vedl ke zlehčování závažnosti nemoci nebo k obavám.

9 DISKUZE

Práce se zabývá tématem „Diabetes mellitus I. typu v partnerství a vnímání jeho vlivu na vztah oběma partnery“. Cílem bylo zjistit, jak vnímá diabetes mellitus I. typu partner s tímto onemocněním a partner bez diabetu mellitu I. typu a jak pár vnímá vliv diabetu mellitu I. typu na partnerský život.

Závěrečné výsledky práce mohly být zkresleny následujícími podmínkami výzkumu. U charakteristiky výzkumného souboru si uvědomujeme, že se jedná o velmi heterogenní skupinu. Pro zařazení účastníků do výzkumu jsme zvažovali délku partnerského vztahu, věk obou partnerů a výskyt nemoci diabetu mellitu I. typu v partnerství. Tímto způsobem byli do výzkumu zařazeni partneři, kteří měli děti nebo byli bezdětní. V jednom případě partneři bydleli odděleně. Zařazen byl také pár, kde zdravý partner pocházel z jiné kultury. Zde se zamýšlíme nad možnou jazykovou bariérou ze strany partnera. U čtyř párů jsme zaznamenali výskyt jiné chronické nemoci. Nevyvážené bylo také poměrové zastoupení nemocných mužů a žen. Rozdíly byly napříč páry shledány i v době diagnózy diabetu mellitu I. typu. Tyto veškeré podmínky snižují možnost zobecnění výsledků na jinou populaci. Zároveň však v odlišné charakteristice párů vnímáme výhody v možnosti jejich vzájemné komparace.

Dle odpovědí partnerů bylo zjištěno, že nemoc nemá přímý vliv na partnerský život. Vliv diabetu mellitu I. typu byl některými probandy zmíněn vzhledem k začátku nemoci v partnerství. Podobné závěry vyšly Priya, Kalra, Grewal a Dardi (2018), kde lidé s diabetem mellitem I. typu mluvili o žádném nebo minimálním vlivu nemoci na vztah, pokud stáli bok po boku podporujícímu partnerovi. Také Komorousová (2010) se s nejistotou vyjadřuje k přímému vlivu cukrovky na spokojenost člověka v osobním, pracovním a sexuálním životě.

Z těchto důvodů jsme zaznamenali oblasti, které souvisí s nemocí a zároveň různými cestami zasahují do života partnerů. Výsledky proto pokládáme za nepřímý vliv diabetu mellitu I. typu na partnerský život, kde jsme jako centrální kategorii určili *vnímání nemoci zdravým i nemocným partnerem*.

S centrální kategorií *vnímání nemoci* jsou nejvíce spojeny tyto kategorie: *počáteční vliv nemoci a pomůcky k léčbě*. Na vnímání nemoci má velký vliv *dobu příchodu nemoci*. Do vzájemného vztahu s vnímáním nemoci uvádíme také *charakter partnerů a jejich postoj k životu*.

V souvislosti s vnímáním nemoci partnery s diabetem mellitem I. typu jsme shledali podobnost s výzkumem, kde autoři článku hovoří o přehodnocení vztahu mužů vzhledem k nemoci tak, aby mohli dosáhnout svého osobního cíle. Tyto cíle se však během života mění a s tím se také mění vztah mužů k nemoci (O'Hara, Gough, Seymour-Smith & Wats, 2013). Nemocný partner mluvil o dodržování léčebného režimu a také o důvodu neužití jiných pomůcek než inzulínu k léčbě z důvodu překážení jiných pomůcek při sportu a relaxaci. Druhý muž s diabetem mellitem byl při výskytu zdravotních komplikací motivován svojí rodinou, pro kterou tu chtěl být.

Rasmussen, O'connell, Dunning, a Cox (2007) shledávají hlavní problémy u žen s diabetem v oblasti ketoacidózy, oční komplikace, hypoglykémie a problémů s těhotenstvím.

V souvislosti s plánováním těhotenství si ženy byly vědomy nutnosti vyrovnání hladin glykémie, ale nevyjadřovaly přímo strach z těhotenství. Tyto ženy neměly před tím žádné děti. Pouze jedna žena s diabetem mellitem po zkušenosti s těhotenstvím odkládala pořízení druhého dítěte a označila těhotenství za „*psychicky náročné*“. Názor partnerky podporuje zjištění Mcgrath a Chrisler (2017), kteří ve svém článku hovoří o ženách s diabetem mellitem I. typu, které uvedly, že pro ně těhotenství bylo těžké.

Obavu jsme zaznamenali také u ženy, která měla dříve strach z hypoglykémie. Z tohoto důvodu se snažila udržovat vyšší hladiny glykémie před tím, než začala užívat inzulínovou pumpu a senzory k monitoraci. Případ ženy podporuje také výsledek Rossi a kol. (2019), který dává mimo jiné strach z hypoglykémie do souvislosti s ženskou genderovou příslušností a inzulínovou léčbou. Strach z hypoglykémie nebyl v našem výzkumu přítomný u více probandů. Proto nemůžeme kvalitně posoudit do jaké míry fenomén souvisí s genderovou příslušností.

Nezávisle na typu pohlaví byl zdravými i nemocnými partnery udáván vliv hypoglykémie či hyperglykémie na náladu partnerů s diabetem mellitem I. typu. Někteří partneři nesouhlasili a říkali, že nálada nemocného partnera nesouvisí s diabetem mellitem I. typu. V opačném případě si partneři nebyli jistí, zda nálada souvisí s akutními stavy

nemoci nebo s vlastnostmi jedince. Velmi podobné výsledky prezentují také Tress, Kruss a Ott (2008), kteří sice udávali souvislost metabolismu s emoční krizí u diabetika, ale nezaručovali tak přímý vliv emoční krize na látkovou výměnu. V naší práci partneri zmiňovali opačný vztah, tedy vliv akutního stavu na emoce diabetika.

Jistou podobnost vidíme v článku poukazujícím na diabetiky, kteří v některých případech vnímali svoji vlastní zodpovědnost za nemoc Trief, Sandberg, Dimmock, Forken a Weinstock (2013). Z výsledků práce vyplývá, že většina partnerů vnímá zodpovědnost vzhledem k péči o diabetes mellitus I. typu. Toto zjištění jsme navíc dávali do souvislosti s dobou příchodu nemoci do partnerského vztahu, kdy nemoc byla přítomna před navázáním partnerského vztahu, na začátku vzniku partnerského vztahu nebo vstoupila do rodinného života dvou partnerů, kteří už spolu žili déle a měli děti.

Falvo (2005) dává do souvislosti smíření s nemocí se strachem jedince z nepřijetí ostatními. Autor se zde zmiňuje o chování jedinců, kteří se následně mohou pokoušet svůj zdravotní stav skrýt nebo nedodržovat dietní opatření.

Podobné výsledky jsme shledali u tří žen, které měly potíže s nemocí na počátku partnerského vztahu nebo ze začátku života s diabetem mellitem I. typu. V souvislosti s vnímáním diabetu jsme u nemocných partnerek shledali pozdní oznámení nemoci partnerovi, obavy ze začátku partnerského vztahu při výměně pomůcek k léčbě před partnerem a nedodržování léčebného režimu, kdy byl partner dle nemocné partnerky zapojen tím, že ji režim připomínal.

Žena s diabetem mellitem uváděla potřebu cestování jako prostředek pro uvolnění se od života s cukrovkou. Podobné informace uvádí Lucherini (2010), který mimo jiné udává neblahý vliv rutiny na psychickou pohodu nemocného s diabetem mellitem I. typu.

Oproti výsledkům některých autorů v oblasti poruch sexuální dysfunkce jsme neshledali výrazné problémy v milostném životě ze strany zdravých ani nemocných partnerů. Ojediněle byl zmíněn psychosociální aspekt pomůcek k léčbě, kdy partneri mluvili o přítomnosti inzulínové pumpy. Místy probandi také poukázali na hypoglykémii nebo hyperglykémii, které ovšem nepovažovali za tak výrazné omezení. Oproti tomu Kizilay, Gali a Serefoglu (2017) udávají symptomy jako jsou snížení touhy, testosteronu, erektilní a ejakulační poruchy v případě mužů a snížení touhy, vzrušení a bolestivý pohlavní styk u žen. Z výzkumu Bak a kol. (2018) byly sexuální poruchy zjištěny u poloviny mužů a třetiny žen s diabetem mellitem I. typu. Rozdílné informace vzhledem

ke dvěma předchozím výzkumům poskytuje Falvo (2009), který neprokazuje přímý vliv diabetu mellitu I. typu na sexuální aktivitu. Vzhledem k povaze kvalitativního výzkumu se nemůžeme k těmto rozdílným závěrům více objektivně vyjádřit. Partneri se mohli více zdržovat ve svých odpovědích vzhledem k intimitě tématu a přímému kontaktu s výzkumníkem.

Muž s diabetem mellitem měl před užitím systému uzavřené smyčky časté hypoglykémie. Jeho partnerka tak byla díky frekventovanému výskytu nízké hladiny glykémie více zapojena do péče o nemoc. Tuto skutečnost podtrhuje také zjištění výzkumníků, dle kterých má výskyt těžké hypoglykémie největší dopad na oblast partnerství, která souvisí s léčbou nemoci (Linda, Daniel, Boris, Diana, & William, 1997). Zdravá partnerka navíc také udávala časté hypoglykémie u partnera jako důvod k obavám o svěřením dětí do péče manžela. Obavy byly v konečném výsledku také příčinou neshod mezi partnery. Zde vidíme oporu v jednom z článků, který pojednává o vlivu častých hypoglykemií na rozdílné názory v péči o malé děti (Trief, Sandberg, Dimmock, Forken & Weinstock, 2013).

Dle Naranjo, Tanenbaum, Iturralde a Hood (2016) mluvili účastníci o životní změně, když užívali inzulínové pumpy a senzory k monitoraci glykémie.

Výsledek studie koresponduje také s výsledkem práce, kde nám životní změnu prostřednictvím užití pomůcek k léčbě sdělili dva nemocní partneři. V případě předchozího výskytu nízkých hypoglykemií u partnera tuto změnu zaznamenala i zdravá partnerka.

Jiná studie pojednává o zvýšeném pocitu svobody a lepším zvládnutí nemoci partnerem s diabetem mellitu I. typu díky užívání technických pomůcek k léčbě. Ve stejném článku je také udáván pocit frustrace vzhledem k nefunkčnosti techniky a narušení spánku alarmem (Trief, Sandberg, Dimmock, Forken & Weinstock, 2013). I na tomto místě můžeme poukázat na podobnosti, kdy partnerka uváděla lepší smíření se s nemocí prostřednictvím užití techniky k léčbě. Dále byla partnery zmíněna nefunkčnost techniky v podobě ucpávání kanyl k pumpě a narušení spánku alarmem, který ve dvou případech budil hlavně zdravého partnera.

Ze stejného výzkumu pochází také tvrzení, že zdraví partneři byli při užívání inzulínové pumpy nemocným partnerem méně zapojeni do péče o nemoc (tamtéž). Ve vztahu k předchozí informaci jsme našli rozdílné výsledky, kdy jsme naopak zjistili vyšší míru zapojení zdravých partnerů do péče v případě kdy nemocný partner užívá k léčbě tyto

pomůcky. Zdraví partneri se do péče zapojovali převážně prostřednictvím aplikace senzorů, zacházením s inzulínovou pumpou nebo financováním pomůcek k léčbě. Zapojení zdravých partnerů do péče o partnera mohlo také souviset s tím, že nemocní partneri užívající inzulínová pera neměli problémy s udržení hladiny glykémie. Můžeme se také zamyslet nad tím, jak by tomu bylo v situaci, kdy bychom měli ve výzkumném souboru polovinu nemocných partnerů, kteří užívají k léčbě senzory a inzulínovou pumpu a polovinu partnerů, kteří užívají inzulínová pera. V našem případě byly poměry v užívání pomůcek k léčbě nevyrovnané.

Jansen(1985a) uvádí, že rozhodující roli v partnerství hrají partnerské a psychosomatické krize. Obsahem partnerských krizí může být vstup nemoci do partnerství, komplikace nemoci nebo těhotenství. V této perspektivě uvažujeme také v souladu s výsledky, kdy nám nemocná partnerka uvedla potřebu vyššího zapojení zdravého partnera v době narození dítěte, zatím co před touto situací vnímala více vlastní zodpovědnost v péči o diabetes mellitus I. typu. V kontextu výsledků Jensena (1985a) můžeme uvažovat nad možností propojení dvou krizí, kdy se partnerce narodilo dítě a zároveň řešila nestálé hodnoty glykémie po porodu. Vstup nemoci do partnerství nese podobný význam jako *počáteční vliv nemoci na vztah*, který byl uváděn partnery ve výzkumu.

Pozitivní vliv informovanosti na copingové strategie u chronicky nemocných zjistili Pérez-garín, Recio, Silván-ferrero, Nouvilas a Fuster-Ruiz de Apodaca (2020). V souladu s výsledky výzkumu jsme nezjistili prokazatelný pozitivní vliv informovanosti probandů. Vlivem nedostatku informací z počátku nemoci v partnerství však docházelo k obavám a zkrácení závažnosti diabetu mellitu I. typu.

Autoři článku dále zjistili rozdíl v užívání copingových strategií mezi lidmi, kteří mají onemocnění od narození a těmi, kteří získali nemoc během života (Pérez-garín, Recio, Silván-ferrero, Nouvilas a Fuster-Ruiz de Apodaca, 2020). Na skutečnost rozdílného vnímání nemoci na základě doby příchodu nemoci poukazovali také někteří partneri

V náhledu na porovnání výsledků s autory ostatních prací jsme zaznamenali, že se nám potvrdila většina dosud poskytnutých vědění z partnerského života s diabetem mellitem I. typu. Doufáme, že výsledky práce budou alespoň malým dílkem obohacení pestrobarevné palety dosud zjištěných skutečností v této oblasti.

Z dostupných zdrojů jsme shledali málo takových, které by se věnovaly přímo počátečnímu vlivu nemoci na partnerský vztah, kdy zdraví partneři přemýšleli nad vstupem do vztahu s nemocným partnerem vzhledem k obavám z budoucího založení rodiny nebo vzhledem k nedostatku zjištěných informací o diabetu mellitu I. typu. Informovanost v tomto případě hrála velkou roli.

Doporučujeme zabývat se v budoucnu více kvalitou informovanosti široké veřejnosti o diabetu mellitu I. typu se zaměřením na rozpoznání akutního stavu a poskytnutí pomoci. Ve většinovém zastoupení partneři zmiňovali nízké povědomí okolí o diabetu mellitu I. typu. V některých případech probandi sdíleli také vlastní zkušenosti s ne vždy adekvátními reakcemi ostatních na nemoc. S tím byl také spojen strach partnerů, kteří se obávali nerozpoznání hypoglykémie nebo hyperglykémie a neposkytnutí pomoci.

Většina partnerů měla pozitivní názor na technologii k léčbě. Někteří zdraví muži dodali, že by technika k léčbě diabetu mohla být rychleji inovována. Proto bychom na tomto místě chtěli sdělení partnerů podpořit. Pomůcky k léčbě diabetu jsou jednou z hlavních kategorií, která zasahuje do života partnerů a má vliv také na vnímání diabetu mellitu I. typu v partnerském vztahu.

10 SOUHRN

Práce se zabývá tématem „Diabetes mellitus I. typu v partnerství a vnímání jeho vlivu na vztah oběma partnery“. Vzhledem k záměru práce je teoretická část členěna celkem do pěti kapitol a směřována od obecných poznatků k poznatkům specifickým.

Zpočátku se práce věnuje vymezení chronického onemocnění a jeho psychosociálním aspektům. U psychosociálních aspektů je pozornost věnována subjektivnímu vnímání, možnostem adaptace na chronické onemocnění se zaměřením na Leventhalův model a vlivu chronické nemoci na rodinu a partnerství. Postupně čtenáře seznamujeme s příčinami, příznaky a způsoby léčby diabetu mellitu I. typu. V kapitole věnující se psychosociálním aspektům diabetu mellitu I. typu rozebíráme vnímání, emoce se zaměřením na strach z hypoglykémie, sociální podporu, volný čas, potíže v sexualitě a vliv technologie na život diabetika. Poslední kapitolou je diabetes mellitus I. typu v partnerském životě, která pojednává o podpoře v partnerství a dopadech diabetu mellitu na vztah.

Výzkum má za cíl zjistit, jak vnímají partneři diabetes mellitus I. typu a jak vnímají vliv tohoto onemocnění na partnerský vztah.

Výzkumná část byla zpracována za využití kvalitativního přístupu. Před výzkumem jsme provedli pilotní studii. Na základě studie byly sestaveny výzkumné otázky. Uskutečnili jsme pilotní rozhovor pro ověření kvality výzkumných otázek.

Do výzkumu se zapojilo sedm párů ve věku od 20–40 let. Diabetes mellitus I. typu byl přítomný u dvou mužů a pěti žen. Většina partnerů žila kromě jednoho páru ve společné domácnosti. Ve čtyřech případech měli partneři děti a u dalších čtyř párů byl zaznamenán výskyt jiné chronické nemoci v partnerství. Většina párů byla původem z České republiky. Výjimkou byl pár, kde muž pocházel z jiné země.

Data byla sbírána s každým z partnerů zvlášť metodou polostrukturovaného rozhovoru. Poté jsme data analyzovali dle schématu zakotvené teorie.

Výsledky výzkumu z velké části korespondovaly s poznatky uvedenými v teoretické části práce.

Centrální kategorií je *vnímání nemoci* oběma partnery, které bylo ve vzájemném vztahu se čtyřmi hlavními kategoriemi: *pomůcky k léčbě, počáteční vliv nemoci, doba příchodu nemoci a charakter partnerů a jejich pohled na nemoc*. Centrální a hlavní kategorie byly propojeny s kategoriemi vedlejšími.

Partneři nevnímají výrazný vliv nemoci na partnerský vztah. V některých případech bylo poukázáno na počáteční vliv nemoci. U partnerů jsme shledali podstatnou roli v informovanosti o diabetu mellitu I. typu. Nedostatek informací vedl ke zlehčení závažnosti nemoci nebo k obavám z onemocnění u zdravých i nemocných partnerů.

Většina nemocných partnerů vnímala nemoc jako svoji vlastní zodpovědnost. Míra vnímané zodpovědnosti měla vliv na zapojení se zdravého partnera do péče o nemoc. Důležitým aspektem při vnímání nemoci je doba jejího příchodu. U vnímání nemoci nemocnými partnery vidíme podobu se strategiemi používanými pro adaptaci na nemoc.

Typ pomůcek k léčbě závisí na *výskytu akutních stavů a komplikací nemoci* a souvisí se *zapojením zdravého partnera do péče o nemoc*. Při užívání inzulínové pumpy a senzorů nemocným partnerem byl zdravý partner více zapojen do péče. Zvolený typ pomůcek k léčbě závisel na vnímání nemoci nemocným partnerem a také na výskytu akutních stavů nebo komplikací nemoci. Zdravý partner byl zapojen více do péče také při častějším výskytu akutních stavů.

Výsledky práce v porovnání s teoretickou částí přináší navíc vliv nemoci diabetu mellitu I. typu zpočátku výskytu nemoci ve vztahu, kde hraje podstatnou roli informovanost partnerů. K technologii k léčbě se většina partnerů vyjadřovala pozitivně. Někteří zdraví partneři dodávali, že by mohla být inovace technologie v léčbě rychlejší. V některých případech byl typ zvolených pomůcek k léčbě velkým přínosem pro zlepšení kvality života partnerů. Proto shledáváme jako hlavní psychosociální přesah pomůcek k léčbě do života partnerů.

Většina partnerů se zmiňovala o nedostatečné znalosti široké veřejnosti o diabetu mellitu I. typu. Doporučujeme, abychom se do budoucna více zaměřili na kvalitu informovanosti veřejnosti o diabetu mellitu I. typu s důrazem na poskytnutí pomoci při akutním stavu hypoglykémie nebo hyperglykémie.

11 ZÁVĚR

Výsledky ukazují, že většina partnerů nezaznamenala výrazný vliv diabetu mellitu I. typu na partnerský vztah. Někteří partneři zmínili počáteční vliv nemoci na vztah. Vzhledem k těmto závěrům práce poukazujeme na nepřímý vliv nejvíce zastoupených oblastí, které souvisí s výskytem diabetu mellitu I. typu a vnímáním nemoci v partnerství.

Na základě výsledků práce jsme zjistili, že:

- V životě partnerů jsou široce zastoupeny pomůcky k léčbě, které mají vliv na vnímání nemoci, akutní stavy a komplikace nemoci a na zapojení partnerů do péče o diabetes mellitus I. typu.
- Zapojení partnerů do péče o nemoc je závislé na jejich vnímání nemoci.
- Počáteční vliv nemoci souvisí s vnímáním diabetu mellitu I. typu a důležitou informovaností partnerů.
- Nedostatek informací o diabetu mellitu I. typu vede u partnerů k obavám a ke zkreslenému vnímání nemoci.
- Čas a situační kontext doby příchodu nemoci jsou důležitými aspekty pro vnímání diabetu mellitu I. typu v partnerském vztahu.
- Strach u partnerů souvisí s obavami, které jsou spojené s výskytem hypoglykémie nebo hyperglykémie u nemocného partnera a nedostatečnou informovaností širší veřejnosti.

LITERATURA

1. Australian Institute of Health and Welfare. (23. listopadu 2019). *Chronic Diseases*. Získáno z <http://www.aihw.gov.au/chronic-diseases/>
2. Bak, E., Marcisz, C., Krzeminska, S., Dobrzyn-Matusiak, D., Foltyn, A., & Drosdzol-Cop, A. (2018). *Does Type 1 Diabetes Modify Sexuality and Mood of Women and Men? International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 958. doi:10.3390/ijerph15050958
3. Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
4. Blum, A. (2018). Freestyle libre glucose monitoring system. *Clinical Diabetes*, 36(2), 203-204. doi:10.2337/cd17-0130
5. Brunová, J., Bruna, J., Benda, K., Jindrová, J., Jensen, P. K., & Řezáčová, K. (2014). (Vol. First edition). *Clinical Endocrinology and Diagnostic Imaging*. Prague, Czech Republic: Charles University in Prague, Karolinum Press. Získáno 3. ledna 2020 z eBook Collection database.
6. Češka, R. (2010) *Interna*. Praha: Triton.
7. Danzer, G. (2010). *Psychosomatika: celostní pohled na zdraví těla i duše* (2. vyd.). Praha: Portál.
8. Dassau, E., Atlas, E., & Phillip, M. (2010). *Closing the loop. International Journal of Clinical Practice*, 64, 20–25. doi:10.1111/j.1742-1241.2009.02274.x
9. Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of social distress and the homeless*, 5(1), 11-38. doi:10.1007/BF02090456
10. Falvo, D. R. (c2009). *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability* (4. vyd.). Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett.
11. Gillespie, P. (2018). Factors influencing health-related quality of life in patients with Type 1 diabetes. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 16(1), 1-5. doi: 10.1186/s12955-018-0848-4
12. Gonder-frederick, L. A., Shepard, J. A., Grabman, J. H., & Ritterband, L. M. (2016). *Psychology, technology, and diabetes management*.
13. *American Psychologist*, 71(7), 577-589. doi:10.1037/a0040383

14. Hafstrom, J. L., & Schram, V. R. (1984). Chronic Illness in Couples: Selected Characteristics, Including Wife's Satisfaction with and Perception of Marital Relationships. *Family Relations*, 33(1), 195-203. doi:10.2307/584605
15. Hegi, K. E., & Bergner, R. M. (2010). What is love? An empirically-based essentialist account. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(5), 620-636. doi: 10.1177/0265407510369605
16. Helgeson, V. S. (1993). The onset of chronic illness: Its effect on the patient-spouse relationship *Journal Of Social And Clinical Psychology*, 12(4), 406-428. doi:10.1521/jscp.1993.12.4.406
17. Homsak, E. (2014). Diabetes as autoimmune disease – Diabetes type I *Biochemia Medica*, 24, S35. Získáno 24. ledna 2020 z <https://www.biochemia-medica.com/>
18. Chlup, R., Krystyník, O., Nádvořníková, M., Zálešáková, H., Ďurajková, E., Poljaková, I., & Procházka, V. (2014). Moderní technologie a způsob jejich využívání pro optimalizaci léčby diabetu 1. i 2. typu v praxi. *Klinická farmakologie a farmacie*, 28(2), 72-79.
Získáno 27. ledna 2020 z <https://www.klinickafarmakologie.cz/>
19. Chrastina, J., Žiaková, K., Ivanová, K., Schwetzová, D., & Vránová, V. (2011). Chronická nemoc, její definování a chápání pohledem nemocného a rodinných příslušníků. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. 112–127. Získáno 25. listopadu 2019 z <https://www.researchgate.net/>
20. Chronic Illness Alliance. (23. listopadu 2019). Získáno z <http://www.chronicillness.org.au/>
21. Jensen, S. B. (1985a). Emotional aspects in diabetes mellitus: A study of somatopsychological reactions in 51 couples in which one partner has insulin-treated diabetes. *Journal Of Psychosomatic Research*, 29(4), 353–359. doi:10.1016/0022-3999(85)90020-0
22. Jensen, S. B. (1985b). Sexual relationships in couples with a diabetic partner. *Journal Of Sex And Marital Therapy*, 11(4), 259-270. doi:10.1080/00926238508405452
23. Karen, I., & Svačina, Š. (2018). *Diabetes mellitus: Novelizace 2018* (1.vyd.). Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Získáno 1. února 2020 z <https://www.svl.cz/>
24. Kizilay, F., Gali, H. E., & Serefoglu, E. C. (2017). Diabetes and Sexuality. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 45-51. doi: 10.1016/j.sxmr.2016.07.002

25. Komorousová, M. J. (2010). Diabetici v psychiatrické ambulanci. *Psychiatrie pro praxi*, 11(4), 145-148.
Získáno 3. února 2020 z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/>
26. Kožnarová, R. (2018). Technologie v diabetologii. *Medicina Po Promoci*, 19(1), 20-24. Získání 3. února z <https://www.tribune.cz/>
27. Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. Praha: Portál.
28. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
29. Kvapil, M. (2019). *Diabetologie 2019*. Praha: Stanislav Juhaňák – TRITON.
30. Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13(4), 717-733. doi: 10.1080/08870449808407425
31. Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). Modelling management of chronic illness in everyday life: A common-sense approach. *Psihologijske teme*, 25(1), 1-18. Získáno 11. prosince z <https://hrcak.srce.hr/>
32. Linda, G.-Frederick, Daniel, C., Boris, K., Diana, J., & William, C. (1997). The Psychosocial Impact of Severe Hypoglycemic Episodes on Spouses of Patients With IDDM. *Diabetes Care*, 20(10), 1543-1544. doi: 10.2337/diacare.20.10.1543
33. Lucherini, M. (2020). Spontaneity and serendipity: Space and time in the lives of people with diabetes. *Social Science & Medicine*, 245, 112723.
doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112723
34. Mačák, J., Mačáková, J., & Dvořáčková, J. (2012). *Patologie*. Praha: Grada.
35. Mareš, J., & Vachková, E. (2009). *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno: MSD.
36. Mareš, J., & Vachková, E. (2011). *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD.
37. McAndrew, L. M., Musumeci-Szabó, T. J., Mora, P. A., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E. A., & Leventhal, H. (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process. *British journal of health psychology*, 13(2), 195-204.
doi: 10.1348/135910708X295604
38. McGrath, M., & Chrisler, J. C. (2017). A lot of hard work, but doable: Pregnancy experiences of women with type-1 diabetes [Online]. *Health Care For Women International*, 38(6), 571-592. doi:10.1080/07399332.2016.1267183
39. Mlčák, Z. (2011). *Psychologie zdraví a nemoci* (2. vyd.). Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

40. Mokáň, M., & Kvapil, M. (2010). *Syndrom nerozpoznání hypoglykémie*. Semily: Geum.
41. Naranjo, D., Tanenbaum, M. L., Iturralde, E., & Hood, K. K. (2016). Diabetes technology: uptake, outcomes, barriers, and the intersection with distress. *Journal of diabetes science and technology*, *10*(4),852-858.
doi: 10.1177/1932296816650900
42. Nefs, G., Bevelander, S., Hendriekx, C., Bot, M., Ruige, J., Speight, J., & Pouwer, F. (2015). Fear of hypoglycaemia in adults with Type 1 diabetes: results from Diabetes MILES - The Netherlands. *Diabetic Medicine*, *32*(10), 1289-1296.
doi:10.1111/dme.12739
43. O'Hara, L., Gough, B., Seymour-Smith, S., & Watts, S. (2013). 'It's not a disease, it's a nuisance': Controlling diabetes and achieving goals in the context of men with Type 1 diabetes. *Psychology & health*, *28*(11), 1227-1245.
doi: 10.1080/08870446.2013.800516
44. Olšovský, J. (2014). Hypoglykémie jako limitace léčby diabetes mellitus. *Vnitřní Lékarství*, *60*(9), 737-40. Získáno 3. února 2020 z: <https://www.prolekare.cz/>
45. Palmer, S. E., Canzona, L., & Wai, L. (1982). Helping families respond effectively to chronic illness: Home dialysis as a case example. *Social work in health care*, *8*(1), 1-13. doi: 10.1300/J010v08n01_01
46. Pérez-garín, D., Recio, P., Silván-ferrero, P., Nouvilas, E., & Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J. (2020). How to cope with disabilities: Development and psychometric properties of the Coping With Disability Difficulties Scale (CDDS). *Rehabilitation Psychology*, *65*(1), 31-44. doi:10.1037/rep0000293
47. Petrusek, M., Vodáková, A., & Maříková, H. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
48. Praško, J. (2010). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
49. Priya, G., Kalra, B., & Grewal, E. (2018). Premarriage counseling in Type 1 diabetes. *Indian Journal Of Endocrinology And Metabolism*, *22*(1), 126-131. doi: 10.4103/ijem.IJEM_550_17
50. Rasmussen, B., Dunning, T., Hendriekx, C., Botti, M., & Speight, J. (2013). Transition to motherhood in type 1 diabetes: design of the pregnancy and postnatal well-being in transition questionnaires. *Bmc Pregnancy*, *13*(1), 1-11.
doi:10.1186/1471-2393-13-54

51. Rasmussen, B., O'Connell, B., Dunning, P., & Cox, H. (2007). *Young Women With Type 1 Diabetes' Management of Turning Points and Transitions. Qualitative Health Research, 17(3), 300–310.* doi:10.1177/1049732306298631
52. Rassart, J., Luyckx, K., Klimstra, T. A., Moons, P., Groven, C., & Weets, I. (2014). *Personality and Illness Adaptation in Adults with Type 1 Diabetes: The Intervening Role of Illness Coping and Perceptions. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 21(1), 41–55.* doi:10.1007/s10880-014-9387-2
53. Rossi, M. C., Nicolucci, A., Ozzello, A., Gentile, S., Agliandolo, A., Chiambretti, A., et al. (2019). Impact of severe and symptomatic hypoglycemia on quality of life and fear of hypoglycemia in type 1 and type 2 diabetes. Results of the Hypos-1 observational study. *Nutrition Metabolism And Cardiovascular Diseases, 29(7), 736-743.* doi: 10.1016/j.numecd.2019.04.009
54. Schmittiel, J. A., Cunningham, S. A., Adams, S. R., Nielsen, J., & Ali, M. K. (2018). Influence of a new diabetes diagnosis on the health behaviors of the patient's partner. *The Annals of Family Medicine, 16(4), 290-295.* doi: 10.1370/afm.2259
55. Schokker, M. C., Stuive, I., Bouma, J., Keers, J. C., Links, T. P., Wolffenbuttel, B. H. R., et al. (2010). Support behavior and relationship satisfaction in couples dealing with diabetes: Main and moderating effects [Online]. *Journal Of Family Psychology, 24(5), 578-586.* doi:10.1037/a0021009
56. Skorunka, D. (2018). Pacient má rodinu! Individualizovaná péče v systemickém pojetí. *Prakticky Lekar, 98(1), 18-25.* Získané 25. listopadu 2019 z <https://www.prolekare.cz/>
57. Suteau, V., Saulnier, P. -jean, Wargny, M., Gonder-frederick, L., Gand, E., Chaillous, L., et al. (2020). Association between sleep disturbances, fear of hypoglycemia and psychological well-being in adults with type 1 diabetes mellitus, data from cross-sectional VARDIA study [Online]. *Diabetes Research And Clinical Practice, 160.* doi: 10.1016/j.diabres.2019.107988
58. Škrha, J. (2009). *Diabetologie.* Praha: Galén.
59. Škrha, J., Šumník, Z., Pelikánová T., & Kvapil, M. (2016). *Doporučený postup péče o diabetes mellitus I. typu, 4(19), 156-159.* Získáno 28. listopadu 2019 z <https://www.medvik.cz/>
60. Šoupal, J. (2018). Glukózové senzory v léčbě diabetu. *Praktickélékárenství, 14(4e), e10-e17.* Získáno 28. listopadu z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/>

61. Šoupal, M. J., Petruželková, M. L., Picková, M. K., & Klugar, P. M. (2019). Použití inzulinové pumpy a glukózových senzorů u pacientů s diabetem léčených inzulinem. Získáno z: <https://kdp.uzis.cz/>
62. Štechová, K. (2019). Léčba inzulinovou pumpou: Edukace a její cíle. *Vnitřní lékařství*, 65(4), 248–255. Získáno 5. února 2020 z <https://www.medvik.cz/>
63. Štechová, K., & Krollová, P. (2018). Kontinuální monitorace koncentrace glukózy (CGMS). Fakultní nemocnice motol. Získané 5. února 2020 z <https://www.cukrovka.cz/>
64. Šumník, Z. (2013). Novinky v dětské diabetologii: What is new in pediatric diabetes. *Pediatrica Pre Prax*, 14(6), 249-251. Získané 10. února 2020 z <http://www.pediatricapreprax.sk/>
65. Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
66. Trief, P. M., Sandberg, J. G., Dimmock, J. A., Forken, P. J., & Weinstock, R. S. (2013). Personal and relationship challenges of adults with type 1 diabetes: a qualitative focus group study. *Diabetes care*, 36(9), 2483-2488. doi: 10.2337/dc12-1718
67. Vágnerová, M. (2014). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
68. Vokurka, M., & Hugo, J. (2015). *Velký lékařský slovník* (2.vyd.). Praha: Maxdorf.
69. Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.
70. Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
71. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
72. Spencer, L., Ritchie, J., Lewis, J., & Dillon, L. (2003). Quality in qualitative evaluation: a framework for assessing research evidence. Získáno 10. března z <https://assets.publishing.service.gov.uk/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 2: Technologie užívané k selfmonitoringu

Příloha č. 3: Informační letáček

Příloha č. 4: Vzor informovaného souhlasu

Příloha č. 5: Ukázka přepisu rozhovoru

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Diabetes mellitus I. typu v partnerství a vnímání jeho vlivu na vztah oběma partnery

Autor práce: Martina Pařilová

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Počet stran a znaků: 79, 148 307

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 72

Abstrakt

Práce se zabývá problematikou výskytu diabetu mellitu I. typu v partnerském životě. Teoretická část obsahuje informace o chronickém onemocnění, diabetu mellitu I. typu a diabetu mellitu I. typu v partnerském vztahu. Zajímalo nás, jak každý z partnerů vnímá diabetes mellitus I. typu a jak partneři společně vnímají vliv této nemoci na partnerský vztah. Do výzkumu bylo zapojeno sedm párů. Data byla sbírána metodou polostrukturovaného rozhovoru a analyzována dle schématu zakotvené teorie. Výsledky práce jsou z velké části shodné s poznatky teoretické části. Partneři nezaznamenali výrazný vliv diabetu mellitu I. typu nebo vnímali pouze počáteční vliv nemoci na vztah. Počáteční vliv nemoci souvisel s vnímáním nemoci a informovaností partnerů o diabetu mellitu I. typu. Do života partnerů významně zasahují také pomůcky k léčbě nemoci.

Klíčová slova

chronická nemoc, diabetes mellitus I. typu, partnerský vztah, vnímání nemoci

ABSTRACT OF THESIS

Title: Diabetes mellitus type I in partnership and its influence on the relationship from the point of view of both partners

Author: Martina Pařilová

Supervisor: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Number of pages and characters: 79, 148 307

Number of appendices: 5

Number of references: 72

Abstract: This thesis deals with the issue of diabetes mellitus type 1 in a partner life. The theoretical part contains the information about the chronic disease, diabetes mellitus type 1 and diabetes mellitus type 1 in a partnership. We were interested in how each partner perceives diabetes mellitus type 1 in the partnership and how partners perceive the influence of this disease on the partnership. The research involved seven couples. Data were collected using the semi-structured interview method and were analyzed according to the grounded theory scheme. The results of the work are largely the same as the information in the theoretical part. The partners did not notice any significant effect of diabetes mellitus type 1 or they perceived only the initial effect of the disease on the relationship. The initial impact of the disease was related to the perception of the disease and to the awareness of partners about the diabetes mellitus type 1. The medical equipment for diabetes mellitus type 1 care considerably steps in the partnership.

Key words:

chronic disease, diabetes mellitus type 1, partnership, perception of the disease

Příloha č. 2: Technologie užívané k selfmonitoringu

Kontinuální monitorování glukózy (CGM)

Senzor se zavádí přes kůži (transkutánně). Nejčastějším místem jeho aplikace bývá podkoží břicha, hýždě nebo paže. Hladina glukózy je snímána z intersticiálního (mezibuněčného prostoru) (Šoupal, 2018). Použití systému vyžaduje kalibraci minimálně třikrát denně skrze spolehlivý glukometr (Chlup et al., 2014). Výhodou je možnost jeho propojení s inzulínovou pumpou. Při spojení se senzorem se spustí automatická funkce pumpy, která je vhodná pro ochranu pacienta před hypoglykemií (Šoupal, Petruželková, Picková & Klugar, 2019). Existují dva podtypy kontinuálních senzorů.

- **Zaslepený systém pro kontinuální monitoraci (CGM)**

Bývá aplikován spíše pro experimentální a profesionální využití (ve zdravotnickém zařízení). Důvodem je způsob měření, který probíhá formou retrospekce. To znamená, že je pacientovi zavedený systém, který průběžně ukládá jeho naměřené hodnoty hladin glukózy. Po skončení monitorace se hodnoty zobrazují stažením do počítače a následnou vizualizací za pomoci speciálního programu (Šoupal, 2018).

- **Monitorace v reálném čase (rtCGM)**

Pacient je průběžně informován o vývoji glykémie. Způsob monitorace nabízí také její grafické zobrazení. Součástí systému je alarm, který uživatele upozorní při překročení předem nastavených hranic glykémie nebo při rychlých změnách glykémie. Upozornění přístrojem je výhodou a přispívá k lepší kompenzaci diabetu mellitu I. typu (tamtéž). Nejvíce užívanými kontinuálními senzory v České republice jsou Enlite a Dexcom Seven Plus (Chlup et al., 2014). Šumník (2013) ve svém článku zmiňuje vznik uzavřeného systému za pomoci spojení kontinuálního měření glykémie a inzulínové pumpy, viz stručný popis principu systému uzavřeného okruhu dále v příloze.

Okamžité monitorování glukózy (FGM)

Část autorů pokládá okamžité monitorování glukózy za přechodný hybrid mezi klasickým glukometrem a kontinuální monitorací glukózy v reálném čase (rtCGM) (Šoupal, 2018). FGM mohou využívat navíc i pacienti, kteří si aplikují inzulín za pomoci inzulínového pera (Kožnarová, 2018). Senzor se zde stejně jako u CGM zavádí pod kůži.

Hladina glukózy je snímána každou minutu z intersticiální tekutiny a její naměřené hodnoty jsou každých patnáct minut ukládány (Blum, 2018).

K okamžitému zjištění hladiny glukózy je součástí příslušenství také čtečka. Tu lze vzhledově přirovnat k dotykovému displeji velikosti lidské dlaně. Pro okamžité odečtení hladiny glukózy se čtečka přikládá přímo k senzoru. Čtecí zařízení nám poskytne informace o hladině glukózy za posledních osm hodin, aktuální stav hladiny glukózy v těle pacienta a grafické zobrazení koncentrace glukózy v čase. (tamtéž).

Výhodou technologie je kalibrace, která probíhá již při výrobě. Pacient si ji tak nemusí zajišťovat sám skrze odečítání glukózy z krevního vzorku (tamtéž). Součástí systému není alarm, který by upozornil na měnící se hodnoty (Šoupal, 2018). Zástupce systému tvoří Free Style Libre a Free Style Libre Pro (Blum, 2018).

Systém uzavřeného okruhu (*closed – loop systém*)

Štechová a Kollarová (2018) rozlišují hybridní systém, který funguje na principu propojení kontinuálního měření a speciální inzulínové pumpy. Pumpa funguje jako hybridní okruh a aplikuje bazální dávky dle koncentrace glukózy naměřené za pomoci CGM. Pacient je zde stále aktivně zapojený a nastavuje si bolusy obvyklým způsobem. Další možnou vyvíjející se variantou je systém plně uzavřený (tamtéž).

V případě plně uzavřeného okruhu by celý systém sám vyhodnotil hladinu glukózy v krvi a sám také podal potřebnou dávku inzulínu. Dávky inzulínu by byly dle potřeby upravovány automaticky (tamtéž). Tento způsob podávání inzulínu lze zjednodušeně přirovnat k podobě umělé slinivky břišní (Dassau, Atlas & Phillip, 2010).

Systém je ve většině případů složen ze dvou ramen a z přístroje. Jedno rameno zajišťuje dodání inzulínu do lidského těla. To vše dělá na příkaz přístroje, který udává kdy a kolik dávek inzulínu bude aplikováno. Druhé rameno naopak opakovaně nebo kontinuálně snímá hladinu glukózy z krve člověka (Dassau, Atlas & Phillip, 2010).

Celý systém je zcela autonomní a nezávislý na zásahu pacienta. K tomu je však za potřebí splnění mnoha technických podmínek počínajících bezchybností dávkovacího systému až po zapojení velmi složitého softwaru umožňující různé varianty dávkování inzulínu (Štechová & Krollová, 2018)

Příloha č. 3: Informační letáček k výzkumu

Diabetes mellitus I. typu v partnerském životě

Dobrý den,

jsem studentka třetího ročníku psychologie Univerzity Palackého v Olomouci.

Mám zájem o pacienty s diagnózou Diabetes mellitus I. typu, kteří by byli ochotní zapojit se do kvalitativního výzkumu spolu se svými partnery/partnerkami a poskytnout mi tak cenná data.

KDO? PROČ? JAK? KDE? KDY?

Podívejte se na stránky s doplňujícími informacemi, které najdete i pod příslušným QR kódem ☺.

Webové stránky:

<https://psych.upol.cz/veda-a-vyzkum/vybrane-studentske-projekty/>

Tel.:

774 181 266

Email:

parima05@ff.upol.cz



Velmi si cením Vámi stráveného času a v případě Vaší spolupráce se budu těšit!

Pařilová Martina

Příloha č. 4: Vzor informovaného souhlasu

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu k bakalářské práci

Název práce: Diabetes mellitus I. typu v partnerství a vnímání jeho vlivu na vztah oběma partnery

Autor práce: Martina Pařilová

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Termín realizace:

Místo realizace:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu Diabetes mellitus I. typu v partnerství a vnímání jeho vlivu na vztah oběma partnery a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci bakalářské práce. Souhlasím s nahráváním rozhovoru na diktafon. Byl/a jsem informován/a o tom, že budou veškerá data po odevzdání bakalářské práce smazána. Rovněž беру на vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha č. 5: Ukázka přepisu rozhovoru

T: Ze začátku bych se vás chtěla zeptat, jestli byste mi mohl nějak víc přiblížit váš vztah nebo život s partnerkou? Třeba jak dlouho spolu jste, kde jste se poznali?

P: Tak. Jsme spolu osm let. Poznali jsme se na X, což je vlastně, tam představují různé spolky jakoby co pracují s dětmi, ať už to jsou nějakí skauti, ať už to jsou nějaké oddíly. Nebo nějaké volnočasové třeba volnočasové organizace, tak vždycky představují svoji činnost jednou za rok a tam jsme se právě poznali. Takže před těmi osmi lety, no.

T: Mhm (vyjádření souhlasu).

P: Nebo už devíti skoro. Je to devět teda, to bych kecal.

T: A teda z toho chápu, že bydlíte teďka asi spolu, když máte aji dcerku. Mohl byste mi třeba popsat nějak váš běžný den, jak vypadá?

P: Běžný den a pracovní nebo víkendový nebo..?

T: Můžete klidně oba dva.

P: Oba dva, tak co se týče, co se týče toho pracovního a tak ráno, že já dělám akorát ranní směny v práci.. Takže ráno v podstatě odcházím do práce, někdy teda vozím malou třeba do družiny nebo do školky jsem vozil a někdy, někdy do té školy třeba jde sama. Jo, nebo jede, jede, protože sestřenice bydlí hned vedle, ta je jenom o dva roky starší, chodí spolu do školy. Jo, tak třeba jedou spolu. Partnerka potom, záleží. Jestli taky jde do práce nebo nejde... takže tam v podstatě to těch, já nevím, když jdu do práce, do těch, do těch tří hodin se věnujeme teda vydělávání peněz a pak už jako takový běžný kolotoč bych řekl, jo, vyzvednout malou ze školy, udělat úkoly, udělat co je potřeba, nějaké kroužky třeba a je čas tak na koupel, na večeři a spát, jakože moc toho volného času není přes ten pracovní týden. Jo a ty víkendy, ty jsou, ty jsou volnější. A tam je to jak který víkend, jo jezdíme, jezdíme třeba na hory někdy. A na nějakou třeba chatu nebo za rodinou. Takže, anebo něco podnikáme jo někde vyjedem, takže tam. Teď si vyloženě užíváme ty víkendové dny teda.

T: Aha, takže chápu správně, že přes ten týden máte ten volný společný čas spíš jenom o těch víkendech?

P: Tak.

T: A během?

P: Jako jsme spolu, třeba odpoledne, ale na nějaké, na nějaké, já nevím, hry nebo na nějaké trávení toho volného času není moc kdy, takže. To jsou takové, takové praktické věci se řeší.

T: A s tou vaší partnerkou, jak často na sebe máte třeba čas během toho týdne?

P: Jak často?

T: Jenom sami pro sebe bez dcery?

P: Tak možná večer, když jde spát, to možná asi každý večer takhle, ale no, večer, když malá spí. Jinak, jinak není kdy, no.

T: Děkuji. Hraje ve vašem partnerství roli třeba i nějaké jiné onemocnění kromě té cukrovky?

P: Díky bohu ne.

T: Takže žádné třeba ani alergie nebo migrény nebo nějaké takové?

P: Tak alergie, alergie třeba jsou, ale takové jemnější formy. Nic, nic závažného.

T: Že to není tak závažný, mhm (znamení souhlasu). A jak dlouho vlastně takhle v tom partnerství... nebo kdy jste se dozvěděl o té nemoci o té cukrovce?

P: Dozvěděli jsme, nebo takhle, my jsme spolu začali v květnu. Na začátku září měla X takové, takové, že ji bylo vyloženě špatně a zvracela, měla návaly horka, zimnice avšecho, takže se odvezla se odvezla do nemocnice odpoledne a tam teda přišli, přišli s diagnózou cukrovky. No to jí, to jí bylo šestnáct.

T: A chápu teda správně, že ta cukrovka je teda toho prvního typu?

P: Píchá inzulín, ano. Že ta slinivka jako by vůbec nevytváří ten inzulín.

T: A teďka je to taková více osobní otázka, jestli nechcete, tak nemusíte odpovídat. Ale jaké to, jaké to pro vás vlastně bylo, když se zjistilo teda, že je to ta cukrovka?

P: Jaké to bylo. Jakož to si myslím většina populace, ta informovanost byla minimální, takže my jsme ani jeden z nás nevěděli, co to vlastně všechno bude obnášet a co bude potřeba. Jo, takže ten začátek byl takovej jako: „No, tak máš cukrovku a co jako?“ Jo, až vlastně pak postupně to přicházelo veškeré ty možné komplikace, co můžou nastávat, ta aplikace inzulínů a počítání těch jednotek toho jídla, jo. Takže to jsme tady nějak tak postupně, postupně brouzdali teprve. Nebo když si člověk uvědomoval, co z toho, že to je vlastně průšvih, jo, že to není taková nějaká rýmečka, no.

T: Já vím, že vy jste mi teďka říkal, jak se diagnostikovala ta cukrovka a jestli byste mi mohl ještě jednou zopakovat ten časový údaj? Jak už je to teda vlastně dlouho?

P: Jako jak dlouho má cukrovku?

T: Ano.

P: Cukrovku má osm let.

T: Osm let, děkuju. A co se třeba týče vaší nebo partnerčiny rodiny, tak jaký tam byly ty reakce toho okolí širšího nebo celkově třeba kamarádů?

P: Já si myslím, že právě nikdo z jako by, co se týče třeba rodičů, tak ti o té, o té cukrovce jako by věděli víc, protože máme to jakoby cukrovka je jedno z dědičných onemocnění. Nebo že tam hrajou nějaké ty geny prostě roli máme to jako by z obou stran tu cukrovku, jo jako by aji od partnerky od nějakých prarodičů, aji ode mě, takže třeba rodiče byli informováni líp, jo, že věděli, co to obnáší, ale jinak jako reakce si myslím, že v pohodě, jo. Každý se snažil pomoc, no, každý jako by chtěl, chtěl pomoc, co může udělat a s čím potřebujeme. Joo, nikdo nebyl třeba nějaký, nějaký bych řekl z toho špatný asi jo, že to je nemoc, se kterou se dá jenom bojovat, nedá se vyhrát bohužel, jo. Nedá se porazit aspoň zatím, takže.