



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Způsoby zpracování a zvládnutí zátěžových situací u jedinců s onemocněním diabetes mellitus I. typu

Vypracovala: Iveta Lávičková
Vedoucí práce: doc. Mgr. Alena Nohavová, Ph.D.

České Budějovice, 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Dále prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9. 5. 2020

Podpis studenta.....

Iveta Lávičková

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala mé vedoucí práce doc. Mgr. Aleně Nohavové, Ph.D. za velmi přínosné rady, odborné vedení a nemalou trpělivost s pomocí při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za účast a spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část této bakalářské práce.

Abstrakt:

Tato bakalářské práce se věnuje především popisu copingových strategií v zátěžových situacích u jedinců s onemocněním diabetes mellitus I. typu (DM1), kteří onemocněli během adolescentního věku. Teoretická část je zaměřena na dosavadní poznatky o diabetu mellitus I. typu, o copingu jako takovém, v neposlední řadě popisuje copingové strategie u jedinců s DM1. Pomocí kvalitativního výzkumu se praktická část věnuje zachycení zdrojů stresu a copingovým strategiím u jedinců s DM1 v adolescentním věku i v dospělosti. Součástí výzkumného souboru je pět jedinců, kterým bylo diagnostikováno onemocnění diabetes mellitus I. typu během adolescence. Výsledky výzkumu ukázaly, že tito jedinci vnímají stres zcela odlišně a volí různých copingových strategií při zvládnání zátěže. Adolescentní jedinci mají tendenci spíše volit maladaptivní copingové strategie. Na druhou stranu dospělý jedinci volí více adaptivní strategie. Stres má u těchto jedinců vliv na jejich průběh léčby.

Klíčová slova: diabetes mellitus I. typu, stres, coping, copingové strategie

Abstract:

This bachelor thesis tries to describe coping strategies in stressful situations in individuals with diabetes mellitus I. type (DM1), who became ill during adolescence. The theoretical part is focused on current knowledge about diabetes mellitus I. type, generally about coping, last but not least, the chapter seeks to describe coping strategies in individuals with DM1. Through qualitative research, the practical part tries to capture resources of stress and coping strategies in individuals with DM1 in adolescence and adulthood. The research group includes five individuals suffering from the disease DM1. Results of the research showed that these individuals perceive stress completely differently and choose different coping strategies in coping with stress. Adolescents tend to choose maladaptive coping strategies. On the other hand, adults choose more adaptive strategies. Stress in these individuals affects their course of treatment.

Key words: diabetes mellitus I. type, stress, coping, coping strategies

Obsah

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 Diabetes mellitus I. typu	11
1.1 Definice diabetu a jeho vymezení.....	11
1.2 Epidemiologie diabetu mellitus I. typu.....	11
1.3 Mortalita u lidí s diabetem mellitus I. typu	13
1.4 Etiopatogeneze diabetu mellitus I. typu.....	13
1.5 Klinický obraz diabetu mellitus I. typu	15
1.6 Průběh onemocnění diabetes mellitus I. typu.....	15
1.7 Léčba onemocnění diabetes mellitus I. typu	16
1.7.1 Dieta	16
1.7.2 Léčba inzulínem.....	17
1.7.3 Chirurgická léčba.....	17
1.8 Komplikace u lidí s diabetem mellitus I. typu	18
1.8.1 Akutní komplikace diabetu	18
1.8.2 Chronické komplikace diabetu.....	19
1.9 Fyzická aktivita u lidí s diabetem.....	20
1.10 Diabetes mellitus I. typu a vývoj jedince.....	20
2 Zvládání stresu (coping)	23
2.1 Vymezení pojmu coping	23
2.2 Adaptace	23

2.3	Zátěžové situace.....	25
2.4	Osobnostní proměnné ve vztahu k zvládnání zátěže.....	26
2.5	Stres.....	27
2.5.1	Teoretické přístupy ke stresu.....	28
2.5.2	Druhy stresu.....	30
2.5.3	Stresory.....	31
2.6	Copingové strategie a styly.....	32
2.6.1	Obranné mechanismy a copingové strategie.....	33
2.6.2	Teorie copingových strategií.....	34
3	Copingové strategie jedinců s diabetem mellitus I. typu.....	40
3.1	Copingové strategie adolescentů s diabetem mellitus I. typu.....	40
3.1.1	Copingové strategie dospělých jedinců s diabetes mellitus I. typu.....	42
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	44
4	Metodologie výzkumu.....	45
4.1	Výzkumné cíle.....	45
4.2	Výzkumné otázky.....	45
4.3	Výzkumný design.....	46
4.4	Specifikace výzkumného souboru.....	46
4.5	Metoda sběru dat.....	47
4.6	Metoda zpracování dat.....	48
4.7	Etika výzkumu.....	48
5	Analýza rozhovorů.....	50

5.1	Vyrovnnání se s diagnózou DM1	52
5.2	Reakce okolí na dané onemocnnění jedince	55
5.3	Vnímané přínosy onemocnnění DM1.....	57
5.4	Stres u jedinců s diabetes mellitus I. typu	58
5.4.1	Stres u jedinců s DM1 v adolescentním věku	58
5.4.2	Stres u jedinců s DM1 v dospělosti	60
5.5	Zvládání stresu u jedinců s diabetes mellitus I. typu	61
5.5.1	Copingové strategie v adolescentním věku.....	61
5.5.2	Copingové strategie v dospělosti	64
5.6	Potíže spojené s léčbou u jedinců s diabetem mellitus I. typu.....	66
6	Shrnutí výsledků výzkumu.....	69
7	Diskuse	73
	Závěr	75
	Literární zdroje	76
	Seznam tabulek	80
	Seznam příloh.....	81
	Přílohy	82

Úvod

K tématu mé bakalářské práce mě vedl zájem o pacienty s diabetem mellitus I. typu (DM1) a jejich psychické zpracování tohoto nevyléčitelného onemocnění, se kterým musí žít celý život a jsou nuceni upravit svůj dosavadní životní styl. Téma mé bakalářské práce jsem si také vybrala, protože je mi svým způsobem velice blízké, a zároveň si myslím, že by se mělo co nejvíce probádat. Nápad, na zaměření se na toto téma, mi vnukla mně blízká osoba, která si onemocněním prochází a velmi dlouho jí trvalo, než se s nemocí sžila natolik, aby ji přijala jako součást svého života.

Svou bakalářskou práci jsem blíže specifikovala na copingové strategie u jedinců, kteří onemocněli diabetem během své adolescence, neboť z výsledků kvalitativních studií vyplynulo, že adolescenti mohou diabetes považovat za náročnou nemoc. (Cosma & Băban, 2017) *„Adolescent v době svého dospívání podléhá množství psychických změn, které se projeví v jeho chování a jednání v různých životních situacích. V těchto životních zkouškách se do značné míry projeví citovost adolescentů závislá ve velké míře na citovosti prostředí, ve kterém se mladý člověk vyskytoval. Zda mladý člověk obstojí ve stresové situaci“* (Ulrichová, 2012, s. 20).

V první kapitole teoretické části se zabývám onemocněním diabetem mellitus I. typu. Popisuji jeho příznaky, příčiny, průběh, léčbu a možné komplikace spojené s touto nemocí. Ve druhé kapitole se zaměřuji na stres, tedy na jeho definici, druhy a zdroje stresu. Dále se druhá kapitola zabývá zvládáním stresu neboli copingovými strategiemi a copingovými styly. Ve třetí kapitole sumarizuji výsledky vybraných studií zabývajících se copingem u pacientů s diabetem mellitus I. typu.

V praktické části pak pomocí kvalitativního výzkumu zkoumám na pětičlenném výzkumném vzorku způsoby zvládání a zpracování zátěžových situací u jedinců s DM1. Konkrétněji popisuji jejich zdroje stresu a copingové strategie v dospělosti i adolescenci, potíže s léčbou, vyrovnání se s diagnózou DM1, vnímané přínosy onemocnění a jaké jsou reakce okolí na onemocnění jedince.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Diabetes mellitus I. typu

1.1 Definice diabetu a jeho vymezení

„*Diabetes mellitus je skupinou chronických, etiopatogeneticky heterogenních onemocnění, jejichž základním rysem je hyperglykémie*“ (Bartoš & Pelikánová, s. 46). Onemocnění diabetes mellitus (DM) můžeme také rozdělit na diabetes I. typu (DM1) a II. typu (DM2). Zvláštním druhem diabetu je gestační diabetes mellitus, který vzniká během těhotenství a po jeho skončení zase vymizí zcela sám. Dále existují i jiné typy diabetu a to například tzv. MODY (Maturity onset Diabetes of the Young), jak vysvětluje Rybka (2007) ve své publikaci.

Nicméně nejznámější a nejzákladnější rozdělení diabetu je na DM1 a DM2. Rozdíl mezi diabetem I. a II. typu je jak v příčinách, tak i v průběhu a léčbě nemoci. DM2 obvykle propukne v dospělosti a nejde jen o nedostatek inzulínu v těle, nýbrž i o necitlivost tkání k působení inzulínu a o jiné mechanismy. (Kvapil, 2018) Naproti tomu diabetes mellitus I. typu je definován jako inzulinodependentní typ diabetu, jehož základní příčinou je postupné snižování vlastní sekrece inzulínu v B–buňkách slinivky břišní, čímž se zásadně liší od diabetu II. typu. (Štechová, Perušičová, & Honka, 2014) DM1 u dítěte je mnohem závažnějším typem nežli DM2, a to nejen proto, že po 3 letech pacient zcela ztrácí schopnost tvorby inzulínu, ale i proto, že často postihuje jedince v období růstu a vývoje (Kopecký, 1986) a málokdy během dospělosti. Proto se mu někdy říká i „cukrovka dětí a mladistvých“. Pokud se přesto diabetes mellitus I. typu projeví ve vyšším věku, mluvíme o formě LADA (latent autoimmune diabetes in adults). Tato forma diabetu má průběh pomalý a často se jeví jako druhý typ diabetu, který se léčí jiným způsobem. (Štechová, Perušičová, & Honka, 2014)

1.2 Epidemiologie diabetu mellitus I. typu

Z epidemiologického hlediska je diabetes mellitus I. typu každým rokem častější a jedinců s tímto onemocněním neustále přibývá. Incidence vrcholí ve věku 13–15 let a pohybuje se kolem 25 na 100 000 obyvatel. (Bartoš & Pelikánová, 2003)

V roce 1975 Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR evidoval 234 071 s diabetem I. typu. V roce 1999 toto číslo bylo navýšeno až o 158 %. Z toho 7,6 % pacientů

trpělo DM 1. typu a 91,2 % DM 2. typu. (Bartoš & Pelikánová, 2003) Dle ÚZIS neboli Ústavu zdravotnických informací a statistiky a Českého registru dětského diabetu bylo v roce 2011 v České republice léčeno až 8% populace s DM1. Z toho 758 719 lidí se léčilo s diabetem mellitus II. typu a 55 542 s diabetem I. typu. (Štechová, Perušičová, & Honka, 2014)

V současné době nárůst diabetiků není homogenní napříč celým světem. V následující tabulce 1 lze vidět pro srovnání několik vybraných zemí, a to USA, Japonsko, Izrael či evropské státy typu Dánsko, Finsko a jiné. Výskyt DM1 je velmi rozdílný. V severských zemích je počet vyšší nežli v zemích jižnějších. Vysvětlením může být nejspíše prostředí a životní podmínky obyvatel, ve kterém žijí. Další příčinou může být například způsob testování těchto lidí.

Tabulka 1: Incidence DM 1. typu v různých zemích na 100 000 osob do 20 let věku

Stát	Incidence
Finsko	28,6
Skotsko	21,0
Švédsko	19,8
USA	Bílé rasy: 15,4 černé rasy: 9,6
Dánsko	14,0
Estonsko	10,1
Izrael	16,8
Polsko	6,6
Francie	4,7
Japonsko	0,8

(Bartoš & Pelikánová, 2003, s. 44)

Výraznější je také incidence v sezónních obdobích. V zimě je počet vyšší. Příčinou může být vyšší výskyt infekčních onemocnění objevující se v zimních obdobích, které patří mezi nejčastější spouštěče DM1. (Bartoš & Pelikánová, 2003) V následující tabulce 2 můžeme také vidět, že DM1 postihuje častěji jedince bílé rasy a přistěhovalce. V této tabulce je možné vidět, že prevalence převažuje v podzimních a zimních měsících.

Tabulka 2: Epidemiologie DM 1. typu

Prevalence a incidence	vysoká	nízká
Geografické vlivy	sever	jih
Sezóna	Podzim, zima	léto
Migrace	přistěhovalí	usedlí
Genetika	DR3, DR4, DQbeta	DR2
Rasa	běloši	černoši
Prostředí	Finsko	Estonsko

(Bartoš & Pelikánová, 2003, s. 45)

Nelze také opomenout tzv. *hygienickou hypotézu*. Vědci byl objeven fakt, že více autoimunitních onemocnění vzniká ve vyspělých státech či v rodinách s vyšší socioekonomickým statusem. Nejméně diabetiků se nalézá na území Asie či v oblastech s nižší socioekonomickou situací. Otázkou je, zda tyto statistické údaje lze číst takto přímočaře, protože lidé v uvedených oblastech dříve zemřou na podvýživu, nebo nemoc není včas podchycena a léčena. Každopádně bychom si měli uvědomit, že počet lidí s diabetem vzrůstá a čísla mohou být mnohem vyšší, než se uvádí ve statistikách. (Štechová, Perušičová, & Honka, 2014)

1.3 Mortalita u lidí s diabetem mellitus I. typu

Mortalita u osob s onemocněním diabetes mellitus I. typu je poměrně vysoká. Průměrný věk diabetika I. typu činí 49 let. Mortalita narůstá asi 36 let po stanovení diagnózy. Velmi záleží na věku nemocných a jak moc toto onemocnění zasáhne i jiné funkce v těle. Po 20 letech trvání onemocnění je nejčastější příčina úmrtí diabetická nefropatie (Bartoš & Pelikánová, 2003), tj. postižení ledvin způsobené onemocněním diabetes mellitus (Vokurka, Hugo et al., 2006). U lidí nad 40 let převažuje úmrtí z kardiovaskulárních důvodů (Bartoš & Pelikánová, 2003).

1.4 Etiopatogeneze diabetu mellitus I. typu

Na vznik diabetu I. typu se podílejí genetické faktory i faktory vnějšího prostředí. Výzkumy je dokázáno, že existuje riziko vyššího vzniku nemoci pro prvostupňového

příbuzného diabetiků. To je například dítě, sourozenec či rodič. Míra rizika vzniku onemocnění tedy záleží na tom, zda již onemocněl někdo z příbuzenstva. Pro dítě ženy, která již má diabetes, je 2 % šance na onemocnění. V ostatních případech je možnost 6–8 %. Avšak u jednovaječných dvojčat není překvapivě výskyt 100 %. Tento fakt vypovídá o tom, že se na vzniku onemocnění nepodílí pouze genetika, ale i jiné vlivy prostředí. (Achenbach, Bonifacio & Ziegler, 2005, cit. dle Štechová, Perušičová, & Honka, 2014)

Obvykle musí zapůsobit nějaký vnější spouštěč či dokonce několik spouštěčů najednou, aby se v těle daná predispozice k onemocnění projevila. Za nejčastější zevní spouštěč se považuje virové onemocnění, kterým je člověk ohrožen po celý život, a to zejména v období podzimních a zimních měsíců, kdy je statisticky největší nárůst onemocnění DM1. (Kopecký, 1986)

V dnešní době se také stále zkoumá a mnohé studie potvrdily, že psychologické faktory mají vliv na vznik DM1. Zjišťuje se, že diabetici mají vyšší míru těžkých životních zážitků než zdraví jedinci. Během takovéto stresové situace může dojít k poklesu aktivity imunitního systému, a to může vést k onemocnění, jako je DM1. (Křivohlavý, 2001) Tento stav poklesu imunitního systému vede ke vstupu patogenů zvenčí a k průběhům procesů, které organismus ohrožují a jsou za normálních podmínek imunitou drženy v přijatelných podmínkách. (Honzák & Honzák, 2018)

Jedním z dalších možných spouštěčů je očkování (Štechová, Perušičová, & Honka, 2014). Nicméně pokud bychom přímo věděli, které viry tuto nemoc způsobují, očkování by bylo velmi dobrou prevencí (Kopecký, 1986). Často se diskutuje i nad stravou jako nad možným faktorem, který by se mohl podílet na vznik DM1 (Štechová, Perušičová, & Honka, 2014). Studie též dokazují, že změna cirkadiánního biorytmu může mít neblahý vliv na regulaci homeostázi glukózy a zdraví beta buněk (Kvapil, 2018). Je tedy obtížné říci, co přesně DM1 způsobuje. U každého jedince mohla vzniknout nemoc úplně jinak, za jiných okolností a svou roli mohlo hrát nespočet faktorů. Dnešní medicína bohužel nezná jednoznačnou odpověď na tuto otázku.

1.5 *Klinický obraz diabetu mellitus I. typu*

V době, kdy ještě není nemoc léčena, se u člověka projevují příznaky, které souvisí hlavně s hyperglykemií, tj. vysoká hladina cukru v krvi. Protože tělo neprodukuje dostatek inzulínu, nedokáže zpracovat cukry, které jedinec přijímá jídlem. Hyperglykémie má pak vliv na další komplikace, které řadíme mezi prvotní příznaky neléčeného diabetu. Mezi ně patří např. polydipsie, což znamená pocit veliké žízně a zvýšený příjem tekutin, či polyurie neboli velmi časté močení. Lidé mají také zvýšenou chuť k jídlu, ale protože tělo nemůže přijmout potřebnou glukózu, často hubnou. Postižení trpí dušností a jejich dech je cítit po acetonu. K příznakům též patří velká únava a slabost celého těla z nedostatku energie. V nejhorších případech neléčené cukrovky dochází ke kómatu. (Rybka, 2007)

Důležitou otázkou je stanovení diagnózy diabetes mellitus I. typu, což může být obtížnějším úkolem u dětí či u starších lidí, a to z toho důvodu, že v obou případech může být nástup choroby velmi dramatický. Děti si mohou například stěžovat na bolest břicha a stav by se mohl jevit jako náhlá příhoda břišní. U starších lidí by mohla nastat komplikace v podobě dehydratace a následné zmatenosti. Ve stáří se zhoršují smysly a samozřejmě i pocit žízně, která patří mezi hlavní příznaky tohoto onemocnění v neléčené formě. (Štechová, Perušičová, & Honka, 2014)

1.6 *Průběh onemocnění diabetes mellitus I. typu*

Diabetes mellitus I. typu je klasifikován jako autoimunitní onemocnění. Náš imunitní systém zajišťuje obranu těla proti cizorodým strukturám. Proti vlastním strukturám by měl útočit pouze v případě, že jsou potenciálně nebezpečné, tento obranný mechanismus se nazývá imunologická tolerance vůči vlastním strukturám. Pokud je tato imunologická tolerance narušena a imunitní systém zaútočí proti tělu vlastním zdravým strukturám vzniká autoimunitní onemocnění. DM1 je typickým zástupcem takového orgánově specifického autoimunitního onemocnění. (Štechová, Perušičová, & Honka, 2014)

V případě diabetu I. typu jsou ničeny vlastní B–buňky (ty jsou součástí imunitního systému) v Langerhansových ostrůvcích, které se nacházejí v pankreatu neboli slinivce břišní, a ta zase produkuje látku zvanou inzulín. Inzulín je klíčový hormon glukózové homeostázy, to znamená, že pokud člověku chybí tento hormon, nemohou se do buněk vlastního těla vpravit potřebné sacharidy pro tvorbu energie v těle. (Neumann et al., 2013)

1.7 Léčba onemocnění diabetes mellitus I. typu

Dle Rybky (2007) spočívá správná léčba jedince s diabetem v dosažení optimální kompenzace diabetu. Zároveň je potřeba brát v potaz věk, zaměstnání a fyzickou aktivitu daného pacienta. Léčba má zajistit dobrou kvalitu života a zejména zabránit vzniku a rozvoji dlouhodobých cévních onemocnění.

K léčbě neodmyslitelně patří častá kontrola glykémie, tj. hladina cukru v krvi, pomocí glukometru a správný odhad vpravení inzulínu do těla dle množství cukru v potravě pomocí inzulínového pera či pumpy (Rušavský & Frantová, 2007). Na hladinu glykémie působí mnoho činitelů. Například jídlo, inzulín, pohyb či stres, který snadno vznikne u dětí a mladistvých ve školách po testu či zkoušení. Pokud dojde k hypoglykémii či hyperglykémii ve škole, dítě by nemělo být zkoušené, protože by mohlo být unavené a nesoustředěné. Je tedy nesnadné udržet ideální hladinu, pokud působí tolik činitelů najednou. Avšak dlouhodobé odchylky znamenají pro tělo akutní či chronické ohrožení. (Neumann et al., 2013)

Na co se ovšem také nesmí zapomínat v léčbě diabetu, je diabetická strukturovaná edukace. Cílem edukace je nejen předat postupně důležité informace, ale i naučit jej takovým nezbytným dovednostem, které bude ve svém následujícím životě potřebovat k zajištění adekvátní kompenzace diabetu. (Perušičová, 2008) K léčbě patří nejen správná edukace pacienta, ale i vedení k jeho samostatnosti, aby byl schopný vše vykonávat sám v domácím prostředí. Neopominutelná je také motivace pacienta, je důležité, aby byl důsledný v léčbě a nedocházelo zbytečně ke komplikacím. (Rušavský & Frantová, 2007) Pro děti je také nezbytná psychologická podpora, porozumění a pomoc dospělých během nemoci (Neumann et al., 2013).

1.7.1 Dieta

Každý jedinec s diabetem se postupem času stává „odborníkem“ na stravování během dne. Obsah potravin je pro diabetiky významnou součástí diety. Vzhledem k většímu sklonu k onemocnění aterosklerózy (Rušavský & Frantová, 2007), tj. onemocnění tepen, při kterém se na stěnách cév ukládá tuk a vápník, což vede k zúžení a nepružnosti cév a následně to může vést k ischemiím příslušné oblasti organismu, nejčastěji na koronárních tepnách srdce (ICHS), z nichž vzniká např. infarkt myokardu (Vokurka, Hugo, & et al., 2006), je významná edukace ve správné životosprávě. Jedinci s diabetem by se měli zvláště vyhnout

kouření, živočišným tukům a velkému množství soli nežli zdravý člověk. V zásadě by ale diabetik měl jíst velmi pestře a zařadit do svého jídelníčku téměř všechny potraviny. Co se týče alkoholu, dle lékařů není nutné jej zakazovat, pokud diabetik požívá alkohol „s rozumem“ a je edukován o možné hypoglykémii, nemusí být omezován. (Rušavský & Frantová, 2007)

Diabetická dieta spočívá hlavně v odhadu obsahu cukrů v jednotlivých potravinách, kterým se říká tzv. výměnné jednotky. V ČR představuje jedna výměnná jednotka (VJ) 12 g sacharidů, což jsou asi 2 kostky cukru. Pacient se postupně učí odhadovat přibližné množství sacharidů v potravinách a převádět jej na výměnné jednotky, podle kterých si pak vpraví do těla správný množství inzulínu. Je třeba znát i glykemický index neboli rychlost vstřebání sacharidů. Ten je dán složením každé potraviny, obsahem a druhem sacharidů či technologickým zpracováním potravin. Člověk s onemocněním diabetes mellitus I. typu se postupně učí znát všechny tyto důležité údaje jako nezbytnou součást svého životního stylu. (Rybka, 2007)

1.7.2 Léčba inzulínem

Léčba inzulínem patří neodmyslitelně DM1. Naštěstí v současné době existuje mnoho způsobů, jak nahradit chybějící inzulín v těle. Inzulín, jako látka proteinového charakteru, se musí podávat nitrožilně mimo trávicí trakt, jinak by byl rozložen, a tudíž neúčinný. (Neumann et al., 2013) Historicky první forma léčby inzulínem začala až ve 20. letech minulého století, kdy diabetici používali injekční stříkačky pro vpravení inzulínu do těla. Dnes se přešlo k modernějším přístrojům, a to k inzulínovým perům a k inzulínové pumpě. (Svačina, 2005)

V současné době se také vědci a lékaři snaží co nejvíce ulehčit život diabetiků a minimalizovat vedlejší účinky, jako je hypoglykémie, tj. nízký obsah cukru v krvi, či zvyšování tělesné hmotnosti. Proto vzniká řada nových technologií pro usnadnění léčby. Například nové typy inzulínových pump, kontinuální glukózové senzory či „umělý pankreas“. (Štechová, Perušičová, & Honka, 2014)

1.7.3 Chirurgická léčba

Mezi chirurgické léčby, týkající se diabetu, patří transplantace celé slinivky břišní, části slinivky břišní, pankreatických ostrůvků, ledvin a jiných postižených orgánů. Avšak tento

typ chirurgické léčby je velmi limitován počtem dárců, proto se nahrazuje lidský zdroj živočišným druhem, a to například psem. V této fázi již mluvíme o tzv. xenotransplantaci. V procesu výzkumu je též transplantace krysích kmenových buněk, které by byly schopny produkovat inzulín. (Ramesh, Chhabra & Brayman, 2013, cit. dle Štechová, Perušičová, & Honka, 2014)

100% vyléčení diabetu je zatím v dnešní diabetologii pouze snem (Svačina, 2005). Nicméně dnešní medicína, konkrétněji chirurgická léčba, nabízí pacientům s diabetem alespoň šanci na celkové uzdravení. Avšak tato léčba bývá za „velkou cenu“. Transplantace celého pankreatu je velký zákrok, který po úspěšné operaci vyžaduje dlouhodobou imunosupresivní léčbu, která je důležitá k přijetí cizího orgánu. Avšak zkušenosti s transplantací celého pankreatu jsou vcelku příznivé. Až 95 % pacientů žije 1 rok a 88,5 % žije kolem 5 let. (Štechová, Perušičová, & Honka, 2014)

1.8 Komplikace u lidí s diabetem mellitus I. typu

Komplikace u lidí s diabetem mellitus I. typu jsou v dnešní diabetologii velikým oříškem. Ukázalo se, že dříve nebo později se téměř u každého diabetika projeví nějaká komplikace. Vše se odvíjí od glykémie, tj. hladiny cukru v krvi, která je nejzákladnějším mechanismem u DM1. Tu musí každý diabetik I. typu kontrolovat pomocí tzv. *glukometru*, aby byla v normě. U zdravého člověka se správná hladina glykémie pohybuje v rozmezí 4–10 mmol/l. Pokud se hladina cukru dostane mimo toto rozmezí, nastávají akutní komplikace diabetu (Kopecký, 1986), kterým je věnována následující podkapitola 1.8.1. Tyto akutní komplikace diabetu pak vedou k chronickým komplikacím diabetu probírané v podkapitole 1.8.2.

1.8.1 Akutní komplikace diabetu

Mezi akutní komplikace diabetu řadíme tzv. *hypoglykémii*, která je charakteristická tím, že její hodnoty dosahují pod 4 mmol/l. To vypovídá o nízké hladině cukru v krvi. Pokud dojde u zdravého člověka k hypoglykémii (nejčastěji hladověním), pak si tělo dokáže s touto situací dobře poradit díky hormonům adrenalinu a glukagonu. Tyto hormony uvolní z jater zásobní cukr zvaný glykogen, a ten se promění v krvi v glukózu, která pak již může vstoupit do buněk za pomoci „klíče“, tedy inzulínu. (Kopecký, 1986) U diabetiků ale dochází k poruše tohoto mechanismu, a proto je větší pravděpodobnost rizik, která jsou spojená

s hypoglykemií. Tento stav je velice nebezpečný pro mozek. Hrozí slabost, únava, bolest hlavy, špatné vidění až bezvědomí s křečemi. Tento stav lze očekávat u diabetika v době před jídlem, po vynechání jídla, při zvracení, při zvýšené tělesné aktivitě a při podání příliš vysoké dávky inzulínu. Nicméně, pokud již hypoglykémie nastala a jedinec je stále při vědomí, podává se mu první pomoc v podobě rychle zpracovatelného cukru (např. hroznový cukr). Jestliže je jedinec již v bezvědomí, první pomocí pro něj je podání hormonu glukagon. (Neumann et al., 2013)

Naopak stav s vysokými hodnotami cukru v krvi (tj. nad 10–15 mmol/l) se označuje jako *hyperglykémie*. V prvotním stadiu na pacientech s DM1 nejsou viditelné příznaky, ale dlouhodobé hyperglykémie mohou vést ke zhoršení mentálních schopností (paměť, vštípení anebo vybavení myšlenek a jiné). Hyperglykémie v pokročilé formě přechází až ke stavu zvaném *diabetická ketoacidóza*. Pokud tělo nepřijímá sacharidy z nedostatku inzulínu, štěpí tělo jiné energetické látky, nejčastěji tuky. Tvoří se ketolátky, které se objevují v moči spolu s nerozštěpenými sacharidy. Kvůli vzniku ketolátek v těle pacientům často zapáchá z úst po acetonu. (Neumann et al., 2013) Štěpení ketolátek se děje i v normálním těle zdravého člověka při krátkém hladovění, ale ne v takové míře. Látky se dokonale spálí. (Kopecký, 1986)

1.8.2 Chronické komplikace diabetu

K nemoci, jako je diabetes mellitus I. typu, se mohou přidružovat různá chronická onemocnění. Ke vzniku pozdních orgánových komplikací vede nedokonalé dávkování inzulínu, které ústí v mírnou či značnou hyperglykémii. (Soudek, 2005) Při hyperglykémii je zvýšená hladina cukru v krvi. Molekula glukózy je velice reaktivní, toxická vůči okolní tkáni a ničí postupně stěny cév, což vede k řadě onemocnění. (Štechová, Perušičová, & Honka, 2014)

Nejčastěji se objevuje poškození ledvin, očí a nervů. Konečným stádiem těchto onemocnění může být slepota, selhání ledvin, poruchy hybnosti a citlivosti. Kromě těchto onemocnění postihují diabetiky ještě časté cévní mozkové příhody, infarkty a tzv. diabetická noha (Neumann et al., 2013), tj. syndrom se závažným narušením tkání nohy, která může vést až k celkové amputaci postižené končetiny (Vokurka, Hugo, & kolektiv, 2006). Není výjimkou, jestliže se k diabetu přidruží i celiakie, která je také autoimunitním onemocněním, nebo záněty, snížená funkce štítné žlázy a mnoho dalších (Neumann et al., 2013).

Chorobné projevy, které se dříve nebo později mohou u diabetiků projevit, představují pro diabetologii závažný problém. Pro jedince s diabetem to především znamená zhoršení kvality jejich života a dřívější úmrtí, než tomu tak může být u zdravých jedinců. (Rybka, 2007) Kopecký (1986) tvrdí, že výskyt komplikací může souviset s kvalitou léčby. Takže je otázkou, zda jedincům, kteří jsou po celý život velmi dobře kompenzovaní, se přidružené komplikace zcela vyhnou.

1.9 Fyzická aktivita u lidí s diabetem

Fyzická aktivita rozhodně nepatří mezi tabu pro diabetiky. Dokonce existují někteří jedinci, kteří jsou nebo v minulosti byli vrcholovými sportovci (Štechová, Perušičová, & Honka, 2014). Nicméně, nedoporučují se extrémní sporty, jako je například horolezectví, potápění, judo, box, motoristické sporty, skoky padákem atd. Tyto sporty mohou být dosti nebezpečné, pokud dojde u diabetika k hypoglykémii. (Kopecký, 1986) K hypoglykémii může snadno dojít při nesprávném poměru množství inzulínu a glukózy (ze stravy) na začátku zátěže, a pokud se diabetik právě nachází někde vysoko nad zemí při skoku padákem, může to vyústit v tragické neštěstí. (Rušavský & Frantová, 2007)

Dříve patřila fyzická aktivita k hlavním léčebným činitelům diabetu, v současné době ji vyměnila edukace. Fyzická aktivita u diabetiků se dostala do pozadí, protože se zjistilo, že nenapomáhá ke kompenzaci diabetu. Nicméně v současných studiích bylo dokázáno, že sice nevede ke kompenzaci diabetu, ale zato má nejspíše vliv na nižší úmrtnost u člověka, protože pravidelná fyzická aktivita vede k menšímu riziku vzniku hypertenze, obezity a poruchy metabolismu tuků, a naopak vede k lepší kvalitě života diabetika. (Rušavský & Frantová, 2007)

1.10 Diabetes mellitus I. typu a vývoj jedince

Diabetes mellitus I. typu znamená pro děti a dospívající výrazný převrat jejich dosavadního života, a to hlavně svou pravidelností a řádem, což může být v dospívání veliký problém. Problémy bývají často spojovány s nedodržením léčby. Neumann et al. (2013, s. 16) říká, že: „*Základem pro pochopení vlastního zájmu o příznivé výsledky léčení je perspektiva. Tu mají dospívající až mezi 17. – 24. rokem.*“ Při edukaci je tedy důležité uvědomit si, v jaké vývojové fázi se nyní pacient nachází. Pokud se dítě či dospívající přeceňují, nebo naopak podceňují, může to vést k selhání samostatnosti při léčbě.

Příčinou nespolupráce ve správné léčbě může být také pocit odlišnosti. Dospívající se často snaží ve všem vyrovnat ostatním a mohou zanedbávat léčebné doporučení, než aby se odlišovali. (Neumann et al., 2013) Příčiny neochoty spolupráce mohou spočívat také v nových zájmech a ve větší rozmanitosti denního programu, které v období dospívání obvykle nastává (Páv, 1988).

Nicméně v období dospívání nelze příliš naléhat adolescenta ze strany rodičů či zdravotníků na dodržování léčby. Ukázalo se, že přílišná snaha docílit co nejlepší kompenzace, vedla u vzorku 101 diabetiků až k 70 % zbytečnému vysokému dávkování, které způsobovalo časté hypoglykémie, nadměrnou chuť k jídlu, nežádoucímú vzestupu hmotnosti a jiné (Rosebloom & Giordano, 1977, cit. dle Páv, 1988). Lze tedy jen do určité míry usměrňovat léčbu dospívajícího jedince. Přílišné kontrolování a přikazování ze strany rodičů či lékařů může mít negativní dopad na psychický vývoj a postoje dospívajícího k okolí. (Páv, 1988)

Co se týče výchovy „malých diabetiků“, zůstává stejná jako u kteréhokoli dítěte. Dítě a dospívající s diabetem by měli být vychováváni úplně stejně jako jejich sourozenci, nebo jiné zdravé děti. Bez úzkosti a přílišného ochránářství. (Páv, 1988)

V psychické oblasti také neexistuje žádný rozdíl mezi zdravým dítětem a dítětem diabetikem. Nicméně je možné, že samotná nemoc může být pro některé typy osobností velmi zatěžujícím činitelem. Kopecký (1986, s. 98) o této problematice říká: *„Psychologické údaje ukázaly, že inteligence dětských a mladistvých diabetiků je v průměru na stejné úrovni jako jejich vrstevníků; nemají žádnou zvláštní strukturu osobnosti. Přece jen se však u nich častěji vyskytují neurotické symptomy, jako je agresivní chování, strach, citová labilita (kolísání). Tyto změny mohou mít původ v tom, jaký postoj vůči nim zaujímá okolí, hlavně rodiče, ale i v zátěži, kterou na ně klade sama nemoc. Nad těmito problémy nelze mávnout rukou. Musíme je vzít na vědomí a odstraňovat je.“* Je tedy možné, že nemoc jako taková může být pro některé děti či dospívající psychickou zátěží, ale v tomto vztahu může hrát roli i jiný faktor nebo dokonce faktory. Například je známo, že na dítě a jeho vývoj má vliv výchova rodičů, prostředí, ve kterém žije, vztahy s vrstevníky, zájmy a jiné (Vágnerová, 2012).

Své místo má v období dospívání i volba povolání. Samozřejmě, že toto platí i pro diabetiky. Pokud je dítě nadané, mělo by své schopnosti uplatnit. Ve své podstatě nejsou

diabetici příliš omezováni ve volbě povolání. Nicméně se nedoporučuje, aby bylo povolání příliš fyzicky náročné (např. horník), či aby bylo povolání vykonáváno ve výškách (např. pokrývač). Nedoporučuje se ani povolání na směny, zvláště ne s nočními službami. Dalším rizikovým povoláním pro diabetiky je profese řidiče hromadné či nákladové dopravy. V potaz se musí brát i přidružené onemocnění, které diabetika mohou v průběhu života potkat. Diabetici se zhoršeným zrakem by se měli vyhýbat povolání, kde je potřeba ostrého zraku (např. rytec a hodinář). Problém může nastat i při ucházení se o novou práci, kdy zaměstnavatel spíše vybere zcela zdravého jedince se stejnou kvalifikací, protože se může obávat větších absencí, a to z důvodu, že je velmi málo informován, co toto onemocnění obnáší. (Kopecký, 1986)

Diabetes u dítěte se může také stát důvodem k šikaně. DM1 je odlišnost, která může vést k nepřátelskému chování ostatních dětí. Samozřejmě samotný diabetes nemusí být důvodem šikany, ale pokud je diabetikem slabší a již povahově odlišný jedinec, pak může nastat riziko vzniku. Ve třídě může být také agresor, který vyhledává sebemenší odchylky a dítě s diabetem může být pro něho dostatečně odlišný, aby ho začal šikanovat. Je důležité, aby byl vyučující o této možnosti poučen, aby mohl zavčas zakročit. Avšak i ze strany dětí by mělo dojít k poučení. Pokud o diabetu nic nevědí, mohou si mylně myslet, že toto onemocnění může být například nakažlivé a tato domněnka by mohla jít ruku v ruce s distancí diabetika od kolektivu. Ve školním prostředí je žádoucí, aby byli spolužáci ve škole či mimoškolních aktivitách po příchodu nemocného informováni o jeho nemoci třídním učitelem a byl nastíněn způsob, jak mu může kolektiv pomáhat. (Neumann et al., 2013)

2 Zvládání stresu (coping)

2.1 Vymezení pojmu coping

Coping, neboli zvládání stresu, je odvozen od řeckého „kolaphus“ – rána uštědřena protivníkovi v boxu. Tím, kdo uštědřuje ránu, je samozřejmě člověk, který se dostal do těžké situace, která v něm vyvolala stres. Proces zvládání těžkostí je také někdy označován jako „čelení stresu“, „moderování stresu“ nebo „stress management“ (Křivohlavý, 2001).

„Lazarus hovoří o copingu jako o úsilí jednotlivce řešit problém, čelit požadavkům související s prosperitou (situaci nebezpečí nebo očekávání), když tyto požadavky kladou nároky na jeho adaptační schopnosti“ (Ulrichová, 2012, s. 45). Lazarus (1966) dále hovoří o zvládání jako o „procesu řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje“ (Křivohlavý, 2001).

Nakonečný (1997, s. 42) definoval coping jako *„zvládnutí nebo zvládání působícího stresoru, tj. nasazení sil k boji se stresem, přičemž se tu opět uplatňuje hledisko jednoty osobnosti a jejího životního prostředí; zvládnutí stresu je nejen záležitostí postižené osoby, jejích osobních vlastností, ale i jejího, především ovšem sociálního zázemí (pomoc rodiny, přátel, spoluzaměstnanců apod.). Současně tu nejde jen o řešení problému (kognitivní aspekt stresové situace), ale o nasazení celé osobnosti, tj. také např. o zvládnutí vzniklé emocionální situace.“*

2.2 Adaptace

V mnoha publikacích se rozlišuje pojem adaptace od copingu. Coping se uplatňuje hlavně v situacích, kdy je zátěž nadlimitní či podlimitní vzhledem k odolnosti. Je potřeba vynaložit větší úsilí ke zvládání, než je tomu u adaptace. (Paulík, 2008)

Slovo *adaptace* je latinského původu a znamená „připravit a upravit“, případně vyzbrojit se k boji nebo duševní příprava na těžkou zkoušku (Křivohlavý, 1994). Adaptace organismu pomáhá s vyrovnáním se s nároky, jejich změnami a udržovat si stabilní stav vnitřní rovnováhy, jinými slovy je to tzv. homeostáza, a to jak z hlediska biologického, tak i z hlediska psychiky. Adaptace představuje takové chování, které umožňuje organismu přežít ve stále se měnícím životním prostředí. (Paulík, 2009) Z evolučního hlediska *„každá adaptace*

je zkonstruována tak, aby řešila jeden adaptivní problém. Adaptivní problém je něčím, co musí určitý organismus vyřešit, má-li přežít a reprodukovat se“ (Evans & Zarate, 2002, s. 43). Schopnost adaptace systému na změny prostředí se označuje jako *adaptabilita* (Paulík, 2017).

Výrazné změny ve vnějším, ale i vnitřním prostředí jedince, které ohrožují jednotlivé subsystémy nebo celkově systém organismu, jsou označovány jako stresové situace. Podle potřeby dochází u organismu ke změnám fyziologickým, např. se to týká tělesné teploty, krevního tlaku, tepu atd. Příkladem adaptace může být dále fakt, že člověk na rozdíl od mnoha jiných živočichů dokáže lépe překonat dietní nerovnováhu či virové a bakteriální infekce, znečištění životního prostředí atd. (Paulík, 2017)

Co se týče psychologické stránky adaptace je situace komplexnější. Tato adaptace se zakládá na subjektivním hodnocení stresové situace doprovázené emocionální odezvou. Prožívání každého člověka závisí na osobnostních charakteristikách či na nasycených potřebách. Pro psychickou rovnováhu organismu je velice důležitý prožitek vnitřní pohody. Co se týče např. kognitivní oblasti a její stability, ta spočívá v rovnováze mezi stávajícím systémem poznatků a novými informacemi. (Paulík, 2017)

Adaptací se zabýval i Piaget (1970), který rozlišoval dva druhy adaptačních procesů, a to asimilaci a akomodaci. Pojmem *akomodace* se myslí spíše pasivní přizpůsobování nárokům okolí. Jde o změnu samotného jedince, aby vyhovoval prostředí. V sociální psychologii může být příkladem jedinec, který se snaží maximálně vyhovět lidem kolem sebe na úkor vlastního názoru. Což by se dalo označit jako tzv. konformismus. *Asimilace* se zakládá na přizpůsobení se okolnímu prostředí prostřednictvím změny, tedy jde o aktivní proces přizpůsobení člověka. Příkladem může být asertivita nebo agresivita v mezilidských vztazích. (Paulík, 2017)

Globálním ukazatelem adaptace jedince je jeho spokojenost sám se sebou, se svou identitou, zaměstnáním, sociálními vztahy a celkově se životem. Naopak pokud se adaptace nezdařila, mluvíme o *maladaptaci* či *maladjustici*. Ta se projevuje obtížemi, nedorozuměním a konflikty s okolím, nízkým sebevědomím, nesamostatností atd. Takovýto maladaptivní člověk se velmi těžko vyrovnává s těžkostmi, které mu život přináší. Často netrpí pouze sám, ale i ostatní. Obvykle bývá projevem maladaptace psychický problém, onemocnění či řada negativních sociálně nežádoucích jevů. Nesprávná adaptace mívá svůj dopad i na výkon.

(Paulík, 2017) Z toho vyplývá, že schopnost adaptace je velmi důležitou součástí života, a pokud někdo selhává, nastává problém po všech stránkách jedince.

2.3 Zátěžové situace

V literatuře řada autorů rozlišuje pojem zátěž od stresu. Například Kebza (2005), podle kterého je *zátěž* určitý požadavek kladen na organismus, aby ho stimuloval, a kterému je schopen dostát. Bez její stimulace by organismus stagnoval ve vývoji a neobstál by v soutěžích s ostatními.

Zátěžové situace jsou „*obecně každé vystavení organismu v interakci s prostředím nějakým nárokům vyžadujícím vynaložení určité energie*“ (Paulík, 2009, s. 9). Obvykle nepříjemný pocit začíná už u primárních potřeb, někdy se přidružuje i sociokulturní dopad (Cungi, 2001). Zátěžové situace mohou být životní události, radosti, drobné každodenní nepříjemnosti a jejich délka trvání či opakování. Existují také události, které jsou brány za obtížné všeobecně. Někteří autoři (viz např. Holmes & Rahe, 1967; Míček & Zeman, 1997) se snažili sestavit životní události od těch nejzávažnějších po méně závažné. Nejzávažnější je dle nich úmrtí manžela či dalších členů rodiny, jejich i vlastní vážné onemocnění, věznění, rozvod, smrt blízkého přítele, ztráta zaměstnání atd. (Paulík, 2009)

Hošek (1997) i Paulík (2017) řadí mezi zátěžové situace problémové situace, které jsou hlavně spojovány s něčím novým. Jedinec stojí před úkolem a musí najít nové řešení za pomoci svých intelektuálních schopností. Zásadní jsou dva momenty, a to rozhodování o možném řešení a konstatování omylu, které mají vliv na nepohodu jedince. Dále autoři uvádí, jako zátěžovou situaci, deprivaci, frustraci či konflikt. Ten, může být na úrovni intrapsychické (rozhodování mezi několika podněty atd.), nebo meziosobní (např. konflikty názorů, postojů, zájmů mezi 2 a více osobami).

Důležitou otázkou je, jak předejít nebo se vyrovnávat se vzniklými zátěžovými situacemi. Co pomáhá při zvládnutí těžkých chvílí? Částečnou odpověď můžeme nalézt například u Lazaruse, který tvrdí, že s bojem proti stresu nám pomáhá několik věcí. Hlavně je to dobrý zdravotní stav a dostatek síly. Také je to pozitivní postoj člověka k zvládnutí situace či dobré znalosti a dovednosti zvládnutí zátěže. Veliký důraz kladl Lazarus na sociální oporu a materiální situaci člověka. (Křivohlavý, 2001)

2.4 Osobnostní proměnné ve vztahu k zvládnání zátěže

Je již dlouho známý fakt, že každý člověk je jiný, a tudíž má i jiné mechanismy ke zvládnání. A také každý reaguje jinak na stres. Již J. Rotter v roce 1966 publikoval výsledky svého zjištění, že existují dva typy lidí, kteří se odlišně staví ke svým problémům. Buďto jsou lidé, kteří jsou internalisté, nebo externalisté. Interně založení lidé více spoléhají na své schopnosti a myslí si, že vše, co se kolem nich děje, dokážou ovlivnit. Naopak externě založení lidé se více orientují na vnější prostředí. Spoléhají se na to, že se vše vyřeší samo, např. pomocí osudu či náhody. (Kebza, 2005) Mnoho studií potvrdilo, že lokalizace místa kontroly ovlivňuje průběh zvládnání zátěží (Hošek, 1997).

Při studiu lidí, kteří se se zátěží vyrovnávají mnohem lépe než jiní, se došlo k závěru, že v jejich charakteristické výbavě je tzv. *resilience* neboli odolnost, elasticnost, pružnost, houževnatost, schopnost se rychle vzpamatovávat apod. Obdobnou osobnostní charakteristikou, se kterou poprvé přišla S. Kobasová, je tzv. *hardiness* čili osobní nezdolnost (tvrdość v zátěži). Tito lidé s vyšší hodnotou *hardiness* lépe zvládají např. zdravotní těžkosti po operacích srdce, jsou tělesně i psychicky zdravější, lépe se o sebe starají, používají častěji účinnější a aktivnější strategie řešení problémů než strategie vyhýbání se těžkostem, častěji využívají sociální opory atd. (Křivohlavý, 2001) Nezdolnost osobnosti zkoumal i profesor Antonovsky. Zjistil, že lidé, kteří lépe snášejí těžkosti, mají společný osobnostní rys tzv. „vědomí souvztažnosti“. Jde o globální orientaci jedince, která má 3 komponenty. Srozumitelnost (chápání okolních zákonitostí), zvládnutelnost (víra ve své schopnosti) a smysluplnost (smysl vynaloženého úsilí/cíl). (Hošek, 1997)

Důležitým faktorem dle Bandury (1977) při zvládnání životních těžkostí je tzv. *self-efficacy*, neboli vnímaná osobní zdatnost. Ta, souvisí s přesvědčením jedince, že jeho vlastní schopnosti dokážou řídit dění kolem něho. Zároveň dokážou řídit i svou emocionální stránku, což vede k úspěšnému řešení problémů. Studie *self-efficacy* ukázaly, že lidé s touto charakteristikou využívají častěji aktivní strategie zvládnání stresu. Čelem se staví těžkostem, které ve svém životě mají. (Křivohlavý, 2001)

Existuje mnoho dalších činitelů, který mohou mít vliv na coping. Vše se odvíjí od jednotlivce a jeho vnitřních charakteristikách. Např. může svou roli hrát to, zda je člověk optimista nebo pesimista, zda má vysokou míru sebehodnocení či nízkou, zda má smysl pro

humor nebo zda má náboženskou víru. (Křivohlavý, 2001) Pro odolnost jedince jsou dále důležité tyto proměnné: flexibilita, emocionální vyrovnanost, zájem o koníčky, inteligence, dobré výkony ve škole, perspektiva do budoucna, aktivní řešení problémů a jiné (Berndtová, 2015). Naopak V. Břicháček mluví o rizikových faktorech, které snižují odolnost. Jsou to faktory typu nízký socioekonomický status, chronicky působící negativní podmínky, traumatizující události a proměnlivost nároků současné společnosti. (Kebza, 2005)

Existují i jedinci, kteří jsou tzv. *vulnerabilní*, to znamená, že jsou více náchylní k prožívání stresu, jsou zranitelní (Kebza, 2005). Vulnerabilita představuje vnitřní faktory podílející se na nedostatečném zvládnutí zátěže (Paulík, 2009). Svou roli může hrát míra emotivity (Cungi, 2001) či špatný osud jedince (Berndtová, 2015).

2.5 Stres

Stres (z angl. slova stress, zátěž) vzniká tehdy, pokud na člověka působí nějaký nadměrně silný podnět dlouhou dobu, nebo pokud se ocitne v nesnesitelné situaci a setrvává v ní (Nakonečný, 1997). Existuje nespočet definic stresu. Například Cungi (2001, s. 11) definoval stres jako: „*Nespecifickou reakci jedince vystaveného stresorům. Probíhá na úrovni fyziologické (srdce, plíce, hormony, potní žlázy atd.), psychologické a chování, spouští tedy souhrn funkčních mechanismů člověka.*“ Křivohlavý (2001, s. 170) definuje stres jako: „*Negativní emocionální zážitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit.*“ Dále hovoří o tom, že je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a „silou“ (schopnostmi, možnostmi apod.) danou situací zvládnout. Lazarus vychází z toho, že člověk je obvykle v rovnovážné poloze (normální stav), avšak pokud na něj začne působit nějaký stresový faktor, nastává disbalance, a to člověka uvádí do stresového stavu. (Křivohlavý, 1994)

Selye říká, že stres je určitým stavem těla a mysli, který má na ně určitý dopad. Projevuje se řadou objektivně zjistitelných chemických a fyziologických dění v orgánech těla. Patří mezi ně například zvýšená vzrušivost, nebo naopak utlumenost, křečovitost, neschopnost uvolnit se psychicky ani fyzicky, svalový třes, „přiškrcený hlas“, zvracení, časté nutkání k močení či průjem. (Nakonečný, 1997) Co se týče kognitivních schopností mohou

být také snížené, např. schopnost udržet pozornost, zhoršená paměťová schopnost, zvyšuje se chybovost atd. (Fontana, 2016). Emocionálními příznaky stresu mohou být například: neschopnost empatie, projevy hypochondrie, denní snění, únava, podrážděnost, úzkostnost a jiné (Hošek, 1997).

2.5.1 Teoretické přístupy ke stresu

2.5.1.1 Fyziologické pojetí stresu

Fyziologickému pojetí stresu se zejména věnoval fyziolog Cannon, který definoval v roce 1920 stres, jako „stav, do něhož se zvíře dostane při stimulaci vyvolávající útěkovou nebo útočnou reakci“ (Ulrichová, 2012, s.). Toto pojetí stresu zkoumali z evolučního hlediska i Evans & Zarate (2002). Stres je dle nich vrozený a v organismu stále připravený jako reakce na něco, před čím musí člověk utíkat, nebo proti tomu útočit. Schopnost uniknout predátorům řadí mezi první duševní moduly lidstva. S únikem před predátorem vznikla i *poplachová reakce*, která nastává po náhlém působení silného podnětu. Dle Cannona (1929) se tělo v této fázi dostává do stavu pohotovosti pomocí nervové a hormonální soustavy, lépe řečeno, tj. příprava na boj nebo útěk (*fight or flight*). S tím souvisí známé příznaky typu bušení srdce, pocení rukou atd. Podstatou poplachové reakce je vytvoření látek (př. z jater se uvolňuje zásobní cukr atd.), za účelem dát tělu co nejvíce energie. (Ulrichová, 2012) Dříve, pokud jedinec vyhodnotil situaci jako neohrožující jeho život, dokázal své chování snadno zastavit, došlo k tzv. *falešnému poplachu*. Nicméně, pokud situaci vyhodnotil jako nebezpečnou, začal situaci řešit (*fight or flight*). Tento obranný mechanismus je biologicky určen pro fyzickou zátěž, avšak pokud k takové námaze nedojde, což u dnešního člověka není ojedinělé, dochází k přebytku cukru v krvi, zvýšení tukových látek, a to vede ke zhoršení průběhu diabetu nebo ke vzniku arteriosklerózy (Ulrichová, 2012).

Selye navázal na práci Cannona. Též se zabýval stresem ve smyslu biologicko – fyziologickém. Tento vědec je považován za nejvýznamnějšího představitele biologického pojetí stresu a zároveň autora první systematické teorie stresu. (Paulík, 2017) Stres dle něho spouští v člověku zabudovaný generální adaptační systém (GAS), který má tři fáze:

1. Alarm neboli poplachová reakce. Probíhá zde mobilizace všech pomocných mechanismů zachování života. Behaviorálním projevem je útok, nebo útek (*fight or flight*). (Paulík, 2017)
2. Rezistence neboli fáze odolávání. Rozvíjí se specifické mechanismy pro obranu organismu. Zmatek první fáze je zmírněn a organismus se brání. (Křivohlavý, 2001)
3. Exhaustce neboli stadium vyčerpání. Nastává po dlouhodobém působení stresoru a organismus nemá další prostředky pro adaptaci. (Křivohlavý, 2001) Pokud stresor stále působí, objevují se negativní důsledky, které mohou být fatální (Paulík, 2017). Křivohlavý (1994) přirovnává napětí při stresu k napětí struny u houslí, která je napjata do hranice únosnosti. Obdobně je tomu s našimi svaly či nervy, které jsou ve velkém napětí. Po určité době organismus selhává.

2.5.1.2 Psychologické pojetí stresu

Ukázalo se, že je důležité nejen sledovat biologickou oblast v pojetí stresu, ale je potřeba prozkoumat i psychologickou stránku jedince při stresové situaci, což si uvědomil i sám Selye (1979, cit. dle Paulík, 2017) a připustil, že psychika může mít větší váhu nežli vlastní reakce organismu.

V této teorii jde především o to, jaké jsme si během života vytvořili stereotypy pro „vidění světa“. Tyto vytvořené obrazy (sebe, světa, lidí, věcí, idejí atd.) jsou charakteristické pro naše chování a prožívání. Záleží, jak člověk vidí a na základě toho i vyhodnocuje, jak řešit zátěž. (Černý, 1999) Často stres vzniká na základě chybné interpretace významu situace a hodnocení míry ohrožení, a nejen na základě reálného vnímaného nebezpečí (Paulík, 2017). Tento fakt potvrzuje i známý vědec H. Selye výrokem: „*Tím hlavním, co ve stresové situaci hraje roli, není ani tak to, co se děje, jako to, jak vnímáme stresovou situaci*“ (Křivohlavý, 1994, s. 66).

Touto problematikou se věnoval i R. S. Lazarus, který se svou kolegyní S. Folkmanová (1984) vytvořili kognitivně založenou teorii stresu. Jejím obsahem je především hodnocení, které se týká prostředí jedince, které na sebe navzájem působí. (Baumgartner, 2001) R. S. Lazarus rozdělil kognitivní hodnocení na *primární*, *sekundární* a *terciální*. Primární hodnocení je založeno na transakcích jedince s okolím. V sekundárním hodnocení jedinec

zvažuje možnosti úspěšného zvládnutí situace a zhodnocení vlastních schopností pro zvládnutí (volby postupů), poslední hodnocení je terciální, tj. přehodnocení, ve kterém jedinec vyhodnocuje nové situace a mění myšlenkový postup vůči stresové situaci. (Kebza, 2005) Na hodnocení se podílí např. dosavadní zkušenosti, kognitivní dispozice člověka (inteligence, kognitivní variabilita a další), osobnostní předpoklady (neuroticismus, sebedůvěra, preference určitého zvládnutí zátěže, sociálně ekonomický status atd.) (Paulík, 2009). Pokud je situace vyhodnocena jako ohrožující, připravuje se tělo a mobilizuje energetické zdroje pro návrat do rovnovážného stavu (Paulík, 2017). Pokud situaci jedinec nepovažuje za stresovou, nemusí vůbec dojít k stresové reakci, kterou popsal Selye (Kebza, 2005).

Existuje nespočet dalších teorií, které podchycují psychologické pojetí stresu. Jedna z nich je např. „*model zachování zdrojů*“, která byla popsána S. E. Hobfollmem (1998, cit. dle Paulík, 2017). „*Tato teorie tedy předpokládá, že jednotlivci se snaží získat a udržet důležité zdroje*“ (Paulík, 2017, s. 76). Stres u jedinců vyvolává hrozba ztráty zdrojů, reálná ztráta zdrojů a nepoměr mezi investicí a očekávaným ziskem. Dále pak např. D. S. Goldstein (1995) ve své teorii považuje vznik stresu při nerovnováze mezi subjektivním přáním a vnímáním aktuální situace nebo očekáváním do budoucna (Paulík, 2017).

2.5.2 Druhy stresu

Z kvalitativní stránky odezvy na stres vzešlo rozdělení stresu na *distres* a *eustres*. Negativně prožívaný stres je literaturou označován jako tzv. distres. Má povahu spíše destruktivní. Na druhé straně eustres je vnímán jako pozitivní stres, při kterém nejde o negativní emocionální zážitek, nýbrž je často spojován s kladně přijímanou událostí (například svatbou, sportovním výkonem a jinými) a lidé ho mají tendenci spíše vyhledávat např. pomocí počítačových her, filmů atd. Tento pozitivní stres stimuluje člověka k lepšímu výkonu a dochází při něm ke zvýšené sekreci ACTH, tj. adrenokortikotropní hormon (Křivohlavý, 2001), který je považován za hlavní stresový hormon (Paulík, 2017) a který pozitivně působí na paměť, což je dobrý předpoklad pro uplatnění minulých zkušeností v řešení situace. (Paulík, 2009)

Křivohlavý (1994) také rozděluje stres na *hyperstres* a *hypostres*. Hyperstresem se rozumí takový stres, který překračuje hranici adaptability (schopnosti vyrovnat se se

stresem), naopak hypostresem se myslí takový stres, který nedosahuje obvyklých tolerancí stresu, což úzce souvisí se sensorickou deprivací, nudou, frustrací atd.

Hošek (1997) dělí stres dle místa působení na *fyzický* a *psychický*. Fyzický stres působí na periférii organismu jedince, nejčastěji se projevuje jako bolest. Oproti tomu psychický stres se týká oblasti cerebrální, tedy oblasti, kterou řídíme vůlí. Podobné rozdělení rozlišuje i Lazarus. Ten stres rozděluje na *fyziologický* stres, který se vyznačuje změnami v organismu a *psychologický* stres, při kterém dochází ke změně chování a prožívání. (Křivohlavý, 1994)

2.5.3 Stresory

Stresor je negativní vliv působící ve stresových situacích (Nakonečný, 1997). Hošek (1997) uvádí 10 základních potřeb člověka, které musí být naplněny, jinak se některá z nich může změnit na značný stresor. Patří mezi ně dech, žízeň, hlad, vyměšování, bolest, sex, mateřský pud, odpočinek/aktivita či teplo/chlad.

„Ačkoliv má člověk obrovskou způsobilost adaptace, je mnoho lidí po dlouhou dobu vystavováno působení nejrůznějších stresorů“ (Nakonečný, 1997, s. 41). Ty mohou mít povahu různorodou. Stresorem se mohou stát např. různé životní události, jako je smrt blízkého člověka, změna zaměstnání, změna bydliště, těhotenství, manželský spor, rozvod, odchod dítěte z domova a jiné (Černý, 1999). Stresorem také může být ztráta životního smyslu (Ulrichová, 2012). Značným stresorem pro člověka jsou nepříznivé podmínky v zaměstnání. Stresem na pracovišti může být u vulnerabilních jedinců, tj. méně odolných, např. časový tlak, příliš mnoho práce, neúměrná odpovědnost, nevyjasnění pravomocí, snaha o kariéru a sociální neshody. Fyzikální stresor, jako je hluk, špatné osvětlení, toxické látky, teplota a jiné, také narušuje pohodu člověka. (Křivohlavý, 2001) Fyzikální stresory mohou působit i mimo pracoviště. Jedná se především o atmosférické změny, gravitační a tepelné vlivy či radioaktivní záření (Hošek, 1997). Pro mnoho lidí bývá stresující i nedostatek peněz, hádka s blízkým člověkem, nezaměstnanost (Křivohlavý, 2001), nepřátelství, nevyspalost, nenávisť, zármutek atd (Ulrichová, 2012).

Nicméně není to tak jednoduché. Ten samý stresor může působit na jednoho člověka negativně, ale na druhého nemusí mít žádný dopad. Také záleží na době působení stresoru, jindy by u člověka nezpůsobil vůbec žádnou reakci a jindy zase ano. Vše se odvíjí od odolnosti

člověka (Hošek, 1997) a také záleží na motivaci a jeho způsobech zvládnání těžkostí (Křivohlavý, 1994).

Někteří autoři stresory také různě rozdělují. Například Nakonečný (1997) a Hošek (1997) rozlišují stresor *fyzický* a *sociální* (psychický). Obě tyto úrovně spolu úzce souvisejí. Fyzický stresor, např. zlomená ruka, má ihned dopad i na duševní stránku člověka. A naopak psychický stresor, např. rozvod rodičů, může způsobovat i somatické obtíže. Paulík (2017) dělí stresory na *reálné* (aktuálně ohrožující a rušící) a *potenciální* (situační aspekty, vyvolávající stres při určité intenzitě, frekvenci, kumulaci nebo době trvání, př. hluk, chlad, nahromadění povinností a jiné).

Stresor může být také *akutní* nebo *chronický*. Akutní stresor může mít podobu nějakého traumatizujícího zážitku, jako je například autonehoda či přepadení. Chronický stresor může být například pracovní přetížení nebo nepříznivé prostředí v práci. Dlouhodobá takováto zátěž může přivést člověka k vyčerpání. Jedinec je také vystaven možným zdravotním potížím při dlouhotrvajícím stresu. Např. migréne, alergiím, kožním onemocněním, ale i závažnějším onemocněním, jako je hypertenze, infarkt, žaludeční problémy a v neposlední řadě endokrinní problémy, kam spadá diabetes mellitus nebo porucha štítné žlázy. (Cungi, 2001)

2.6 Copingové strategie a styly

Copingový styl můžeme chápat jako: „*obecnější, stabilnější charakteristiky chování v zátěžové situaci, více osobnostně zakotvené a podložené i vrozenými činiteli*“ (Paulík, 2017, s. 121). Copingový styl je určitá preference copingových strategií. Oproti tomu *copingové strategie* můžeme chápat jako: „*pečlivě vypracovaný plán, postup, program k dosažení zcela určitého cíle*“ (Křivohlavý, 1994, s. 44). Jsou více situačně podmíněné a méně obecné. Jednoduše řečeno, copingové strategie jsou realizace copingového stylu jedince. (Paulík, 2017)

Vznik takovýchto zvládacích mechanismů si člověk postupně vytváří během života. Již od narození se postupně učí techniky, které následně využívá a zkouší je v praxi. Pokud v našem životě začnou působit nové zátěže, člověk se nejprve začne chovat náhodným způsobem. Poté jedinec většinou pochopí, že po určitém způsobu chování je subjektivně

negativní dopad zátěžové situace menší. Člověk pochopí, který styl chování pro zvládnutí těžkostí se mu vyplatil a začne ho používat i na jiné zátěžové situace. (Hošek, 1997) V té chvíli dochází u jedince k „*obecné tendenci jednat se stresující situací zcela určitým způsobem*“ (Taylor, 1995, cit. dle Křivohlavý, 2001, s. 85), vytvořil si tedy určitý (copingový) styl (Hošek, 1997). Mohapl (1992) považoval některé faktory za velmi významné pro vznik určitých copingových strategií daného jedince. Mezi takové faktory řadil významnou událost, dostupnou sociální oporu, a především osobnostní rysy jedince. (Ulrichová, 2012)

Na druhou stranu jsou tací lidé, kteří mají s výběrem copingových strategií problémy. Křivohlavý (1994) tvrdí, že někteří lidé jsou „*rigidní*“ v jejich volbě. Jsou lidé, kteří objeví jednu strategii zvládnutí a u ní zůstanou, i když je nepřínosná. Pak jsou lidé, kteří neustále a rychle mění své strategie, že nestíhají zjistit, které se jim vyplatily.

2.6.1 Obranné mechanismy a copingové strategie

Je mnoho způsobů, jak se vypořádat s těžkostmi. Významnými psychickými procesy při zvládnutí stresové situace jsou nejen copingové strategie, ale i *obranné mechanismy*, které bývají na nevědomé bázi a které poprvé popsal S. Freud (1926) a následně ho doplnila jeho dcera A. Freudová (2006). Znaky obou těchto reakcí jsou: ovlivnění emocí a snížení nežádoucího stresu, dynamičnost a jsou potenciálně vratné, rozvíjejí se s věkem a je lze rozlišit u nich dílčí složky. (Paulík, 2017) Ihilevich a Gleser (1986, s. 10) uvádějí: „*Že jak strategie zvládnutí, tak i obranné mechanismy představují adaptivní snahy řídit chod dění v situaci ohrožení*“ (Křivohlavý, 1994, s. 59).

Nicméně obranné mechanismy jsou všeobecně pojímány jako náhradní, neplnohodnotné způsoby zvládnutí, neboť u nich nejde plně o řešení problému, ale o vykonstruovanou iluzorní náhradu (Kebza, 2005). Zásadním rozdílem je, dle Křivohlavého (1989), také odlišný vztah k realitě obou těchto zvládacích způsobů. Po použití obranných mechanismů se jedinci zkresluje obraz reality, ačkoli je jeho účel snížit úzkost a posílení sebevědomí, účinný. Zvládací strategie jsou na realističtější bázi vnímání a umocňují pocit ve vlastní schopnosti danou situaci překonat. (Baumgartner, 2001) Důležitým aspektem copingu je také to, že je na vědomé a aktivní úrovni, na rozdíl od obranných mechanismů (Paulík, 2017). V následující tabulce 3 jsou uvedené rozdílné charakteristiky těchto dvou reakcí.

Tabulka 3: Charakteristiky obranných a zvládacích reakcí

Obranné reakce	Zvládací reakce
Obsahují implicitní operace.	Obsahují explicitní operace.
Aktivovány intrapsychicky.	Aktivovány prostředím, okolnostmi.
Obtížněji pozorovatelné.	Snadněji pozorovatelné.
Jedinec si je neuvědomuje.	Jedinec je ovládá vůlí.
Determinovány osobnostními rysy.	Determinovány jak osobnostně, tak situačně.
Základem je instinktivní chování.	Základem jsou kognitivní procesy.
Nepředchází zhodnocení situace.	Předchází zhodnocení situace i vlastních možností.
Výsledkem je automatické chování.	Výsledkem je promyšlené chování.

(Čáp & Mareš, 2007, s. 532, cit dle Paulík, 2017, s. 117)

2.6.2 Teorie copingových strategií

Je mnoho autorů, kteří se snaží o popis copingových strategií, nicméně neexistuje žádný univerzální výčet zvládacích strategií. V následujících kapitolách se snažím alespoň některé z těchto strategií popsat. Na jedné věci se ovšem mnoho autorů shoduje, a to na tom, že coping představuje „*stabilizující faktor, jenž může pomoci udržovat psychosociální adaptaci během stresuplné epizody*“ (Holahan, Moss, 1990, cit. dle Paulík, 2017, s. 118).

2.6.2.1 Lazarusova teorie copingových strategií

Jedním z nejznámějších autorů, zabývajícím se copingem, je R. S. Lazarus. Součástí jeho teorie jsou dva základní copingové styly, které Lazarus rozlišuje podle toho, kterým směrem působí: coping zaměřený na problém (*problem-focused coping*) a coping zaměřený na emoce (*emotion-focused coping*). První ze stylů, zde uvedených, představuje aktivní snahu úprav okolností nebo vlastního chování. Druhý styl je zaměřený na emoce, které se snaží jedinec dostat pod kontrolu. (Paulík, 2009) Lazarus dále hovoří o tom, že si člověk vybírá styl dle dané stresové situace. Pokud je jedinec přesvědčený, že se se situací něco dá dělat, volí coping zaměřený na problém. Na druhou stranu, pokud člověk vyhodnotí situaci tak, že není v jeho možnostech situaci zvládnout, volí coping zaměřený na emoce. Další autoři doplňují

Lazaruse ještě dalším typem copingu, a to vyhýbání se zátěži (*avoidance-oriented coping*). (Křivohlavý, 2001; Baumgartner, 2001)

Nelze také opominout práci Lazaruse z roku 1966 *Psychological Stress and Coping Process* (cit. dle Černý, 1999), ve které rozlišuje 4 základní typy zvládacích strategií.

1. strategie netečnosti, která bývá spojená s pocity beznaděje, bezmoci a depresí,
2. strategie vyhnutí se působení stimulu, což doprovází pocity bázně a strachu,
3. strategie napadení a útoku na stimul, což doprovází pocit ohrožení,
4. strategie různých druhů činností, které jsou spojené s posilováním vlastních zdrojů síly a zdokonalování pro boj se stimulem.

K těmto základním členění strategií zvládnání Lazaruse později doplnili C. S. Carver, M. F. Scheier a J. K. Weintraub (1989, cit. dle Paulík, 2009, s. 30) další strategie, které autoři rozčlenili podle směru působení copingu:

Na problém zaměřené strategie:

- a) aktivní postupy (záměrná koncentrace pozornosti, vyvíjení úsilí k dosažení cíle),
- b) uvážlivé plánování,
- c) selekce rušivých vlivů (odklad jiných záležitostí a aktivit odvádějících od řešení),
- d) jednání s časovým odstupem (kontrola tendencí k okamžitým reakcím).

Na emoce zaměřené strategie:

- a) vyhledávání emoční podpory okolí,
- b) přijetí problému a nutnosti jeho řešení,
- c) pozitivní interpretace situace (zaměření na kladné stránky problému a možný přínos),
- d) obrat k víře.

Křivohlavý (2001) a Baumgartner (2001) dále doplňují strategie, jako jsou regulace vlastních emočních doprovodů stresových situací (např. jedinec se snaží vyhýbat myšlenkách na ohrožení), expresivně vyjadřované emoce, reinterpretace jevů či popření.

Některé studie dokazují, že strategie zaměřené na pozitivní emoce, jsou velmi přínosné pro zvládání stresové situace. (Dunkel–Schetter, et al., 1992, cit. dle Kebza, 2005) Baumgartner (2001) také dodává, že volba strategie zaměřená na emoce je někdy jediné přijatelné východisko. Např. u člověka s nevyléčitelnou chorobou.

Dysfunkční strategie zvládání:

- a) projevování negativních emocí,
- b) mentální a behaviorální oddálení (snaha odpoutat se od problému zaměřením na jiné aktivity, projevy pasivity, bezmoci, rezignace na cíle),
- c) snaha uniknout z obtížné situace a vyhnout se nutnosti jejího řešení pomocí drog.

2.6.2.2 Teorie copingových strategií dle Janke a Erdmann

Janke a Erdmann (2003) rozdělují copingové strategie do 2 základních skupin. Pozitivní a negativní strategie zvládání. V jejich pojetí existují i strategie, které nejsou zcela obvyklé a nezapadají do těchto dvou kategorií, a proto je řadí zvlášť do jiné s názvem „Zřídka se vyskytujících strategií“.

Pozitivní strategie zvládání:

- 1) Podhodnocení:** Tato technika zvládání zachycuje tendenci podhodnocování vlastních reakcí ve srovnání s jinými osobami nebo je hodnotit příznivěji.
- 2) Odmítání viny:** Tato strategie spočívá v chybějící odpovědnosti za zátěž.
- 3) Odklon:** Zde je vyjádřeno to, jaký má jedinec tendence k odklonu při zátěži. V strategii jsou obsaženy další dvě proměnné. První je zaměřená na odvrácení zátěže. Druhá zachycuje tendence navození psychických stavů, které zmírňují stres.

- 4) **Náhradní uspokojení:** Strategie, kde je lze vidět tendenci k jednání zaměřeného na kladné city, které nejsou spjaté se stresem a vztahují se k sebeposílení vnějšími odměnami (např. jídlo, nákupy).
- 5) **Kontrola situace:** Tato strategie představuje tendence získat kontrolu nad zátěžovými situacemi. Strategie má 3 proměnné, a to: analýza aktuální situace a jejího vzniku, plánování opatření ke zlepšení situace/stavu a aktivní zásah do situace.
- 6) **Kontrola reakce:** Tato technika je založená na kontrole vlastních reakcí při zátěži. Součástí jsou dva aspekty. První je nedovolit, aby došlo k vzrušení či je nedát na sobě znát, druhý je čelení vzniklému vzrušení.
- 7) **Pozitivní sebeinstrukce:** Strategie poukazuje na to, jaké tendence má jedinec si přisuzovat kompetence sobě a dodávat si odvalu v zátěžových situacích.

Negativní strategie zvládnání:

- 1) **Úniková tendence:** Tato strategie je založená na rezignační tendenci. Jedná se o maladaptivní způsob řešení zátěže, který spíše stres zvyšuje, hlavně z dlouhodobého hlediska.
- 2) **Perseverace:** Tato technika spočívá v prodlouženém přemítání, neschopnosti se myšlenkově odpoutat od prožívaných zátěží. Negativní představy a myšlenky se stále vnucují a zabírají kapacitu myšlení ve značné míře a po dlouhou dobu, čímž se zátěž a negativní vzrušení prodlužuje.
- 3) **Rezignace:** Tato strategie obsahuje několik aspektů vyjadřující subjektivní nedostatek možností zvládat zátěž. Například pocit bezmocnosti a beznaděje k vlastním kompetencím situaci zvládnout.
- 4) **Sebeobviňování:** Tato strategie vyjadřuje sklon ke sklíčenosti a přisuzování chyb vlastní osobě.

Zřídka se vyskytující strategie zvládnání:

- 1) **Potřeba sociální opory:** Zde lze vysledovat tendenci jedince navázat kontakt s druhou osobou pro získání podpory při zpracování nebo řešení problému. Tendence

vyhledávat sociální oporu může být znakem pasivně rezignačních, bezmocných postojů, ale také může naznačovat aktivní vyhledávání podpory ve stresové situaci. Ukazuje se, že tuto strategii volí spíše ženy než muži.

- 2) Vyhýbání se:** Technika zvládnání skrz vyhnutí se zátěži. Zahrnuje záměrnost zamezení další konfrontace s podobnou situací. Lze tuto strategii chápat dvojím způsobem. Může jít o pozitivní zpracování ve smyslu zamezení zátěže na základě regulačních schopností jedince. Negativní strategií může být, pokud jde pouze o vyhnutí se zátěži.

2.6.2.3 Ostatní teorie copingových strategií

V této kapitole se snažím o sumarizaci některých dalších copingových strategií různých autorů, mezi něž můžeme řadit např. Paulhanovou (cit. dle Baumgartner, 2001), která dělí copingové strategie takto:

- modifikace pozornosti (strategie vyhýbání, odmítnutí a strategie soustředění na zdroj stresu), vyhnutí se je např. sport či relaxace
- změna subjektivního významu událostí, hlavně generováním pozitivních emocí, které snižují tenzi
- modifikace směru aktuálního vztahu člověk-prostředí, jestli konfrontace, vypracování plánu akce nepřímo přispívá ke změně emočního stavu

V naší zemi se pokusil o shrnutí tzv. technik zvládnání V. Hošek (1997). Techniky rozdělil na aktivní a pasivní, přičemž *aktivními technikami* míní aktivní řešení problémů. Lidé využívající těchto technik se nazývají „konfrontéři“ a jsou více ohroženi negativními zdravotními důsledky prožitého stresu. Mezi tyto techniky řadí např. agresi, upoutání pozornosti, identifikaci, kompenzaci, sublimaci atd. *Pasivní techniky* jsou, jak již název prozrazuje, charakteristické pasivním řešením, ale může být i aktivní v tom smyslu, že jedinec zvolí útek jako techniku zvládnání zátěže. Lidé využívající těchto technik jsou nazýváni „vyhýbači“. Mezi tyto techniky řadí izolaci, denní snění, regresi atd.

G. E. Vaillant (1977) popsal tzv. *nezralé obrany* a *zralé*, přičemž nezralými obranami míní např. neurotické, psychotické či vycházející z poruch osobnosti. Naopak zralé obrany považuje za „zdravé“ a řadí mezi ně odreagování pomocí pozitivních aktivit (př. sport,

zájmové materiální tvoření), humor, altruistické chování či zaměření na přípravu řešení problému na základě jeho předvídání. (Paulík, 2017)

Mnoho autorů (Cungi, 2001; Černý, 1999; Paulík, 2008, 2009, 2017; Křivohlavý, 1994, 2001; Kebza, 2005) se shoduje na tom, že velice přínosnou strategií při zvládání těžkých chvílí je *vyhledávání sociální opory*. Sociální opora ze strany přátel či rodiny je velice významným činitelem v životě jedince v těžkých situacích, jako je onemocnění či úraz člověka a nejen to, ale i přispívá ke klidu jedince a získání schopností, jak stresu čelit (Křivohlavý, 2001).

Další pozitivní strategií je *humor*. Tato strategie je vhodná a velice dobře dostupná. Již S. Freud (1960) hovořil o humoru jako o prostředku odreagování a příjemného uvolnění. (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989, cit. dle Kebza, 2005; Paulík, 2017) V literatuře můžeme nalézt i *relaxaci* jako pozitivní strategii zvládání (Fontána, 2016; Kebza, 2005; Křivohlavý 1994; Paulík, 2017). Studie také ukazují, že velice přínosnou strategií zvládání stresu je i *kontrola situace*, tedy mít kontrolu nad vývojem událostí a moci zasahovat do působícího prostředí (Frankenheuser, 1979; Karasek, 1979; Folkman, 1984; Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988; Frankenheuser, 2002, cit. dle Kebza, 2005), či *kognitivní restrukturalizace*, tj. nahrazení původních negativních myšlenek za pozitivní (Křivohlavý, 1994; Kebza, 2005).

Na druhou stranu mnoho autorů se shoduje na některých strategiích, které jsou spíše maladaptivní a jedinci spíše škodí, nežli pomáhají. Křivohlavý (1994) hovoří o tom, že některé strategie sice pomáhají v danou chvíli, ale z dlouhodobého hlediska nikoliv. Ba dokonce jsou škodlivé. Mezi takové strategie lze zařadit např. *zvýšenou konzumaci léků, cigaret a alkoholu*. (Paulík, 2017; Křivohlavý, 1994)

Zvládací strategie mohou být ovlivněny i dle genderového stereotypu. Fontana (2016) říká, že se reakce na stres různí podle pohlaví. Ve společnosti je přijatelné, pokud ženy pláčou, stáhnou se a mohou být obecně slabé (únikové reakce), naopak u mužů se toleruje vztek, agrese a sebeprosazování (bojové reakce). Ženy také více ve stresové situaci vyhledávají sociální oporu a mají tendenci k podpůrnému přátelskému chování, než je tomu u mužů. (Taylor et al., 2000, cit. dle Kebza, 2005)

3 Copingové strategie jedinců s diabetem mellitus I. typu

V této kapitole se zaměřuji na jedince s diabetes mellitus I. typu, jejich způsoby zvládání zátěže a na to, jaké copingové strategie volí při vyrovnání se s tímto onemocněním během adolescence a následně v dospělosti. Zvládání nebo přizpůsobení se stresovým událostem začíná nástupem nemoci a pokračuje po celý život diabetiků. V období adolescence člověk prochází řadou životních změn. Podle Havigursta se adolescenti musí vypořádat se změnami svého těla, rozvíjet své image, osvojit si společenské chování, rozvíjet intelektuální schopnosti či vědomý systém hodnot (Ražanauskaitė, 2017). Nicméně, pokud v tomto náročném období adolescent onemocní chronickou nemocí, může to pro něho být o dost náročnější období, než mají jeho zdraví vrstevníci. V následující kapitole 3.1. se snažím o sumarizaci copingových strategií u adolescentů s DM1.

V další kapitole 3.2 se pokouším o výčet některých copingových strategií u dospělých jedinců s diabetem. Adaptace na chronické onemocnění je obtížný a složitý proces dokonce i v dospělosti. Každý jedinec se liší ve vnímání kvality svého života a v aplikaci stylů zvládání při každodenním stresu. Každý pacient si buduje vlastní zkušenost s touto nemocí. Neexistuje shoda v tom, jaké styly zvládání jsou účinnější, které by se daly považovat jako prevence budoucích obtíží nebo k úlevám od emočního špatného přizpůsobení (Coelho, Amorim, & Prata, 2003). Během léčby daného onemocnění je u jedinců, dle studie Duangdao & Roesch (2008), přítomný stres. Jiná studie, (Peyrot, McMurry, & Kruger, 1999), tvrdí, že existuje značný vztah stresu, zvládání a adherence. Tyto komponenty jsou vzájemně provázány, a proto mají strategie zvládání zásadní roli ve zdraví pacienta.

3.1 Copingové strategie adolescentů s diabetem mellitus I. typu

Mnoho studií, zaměřených na výzkum copingových strategií u adolescentů s DM1, se shodují na tom, že pro zvládání a vypořádání se s těžkostmi je účinnější coping zaměřený na problém nežli coping zaměřený na emoce. Coping zaměřený na problém zahrnuje strategie, jako jsou (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989, cit. dle Paulík, 2009): aktivní postupy (záměrná koncentrace pozornosti, vyvíjení úsilí k dosažení cíle), uvážlivé plánování, selekce rušivých vlivů (odklad jiných záležitostí a aktivit odvádějících od řešení) či jednání s časovým odstupem (kontrola tendencí k okamžitým reakcím). Naopak coping zaměřený na emoce je typický pro strategie, jako je vyhledávání emoční podpory okolí, přijetí problému a nutnosti

jeho řešení, pozitivní interpretace situace či obrat k víře. Výběr copingových stylů má vliv i na průběh léčby adolescentního diabetika. Je prokázáno, že lepších výsledků dosahují jedinci využívající coping zaměřený na řešení problémů. (Jaser, et al., 2012; Skočic, et al., 2010; Reid, et al., 1994; Graue, et al., 2004; Soderstrom, et. al., 2000)

Nejčastěji se u adolescentních diabetiků objeví strategie, jako je řešení problému (*problem solving*), vyhýbavé chování (kouření, pití alkoholu a držení se mimo domov), relaxační chování (denní snění, poslouchání hudby), emocionální vyjádření (ventilace emocí), „zbožné přání“ (*wishful thinking*), kognitivní restrukturalizace a vyhledávání sociální opory. (Cosma & Băban, 2017; Hanson, et al., 1989; Edgar & Skinner, 2003; Grey, Cameron & Thurber, 1991; Delamater, et al., 1987)

U jedinců, kteří se s daným onemocněním lépe vyrovnávali, a přitom vykazovali i lepší výsledky v léčbě diabetu a větší životní spokojenost, bylo prokázáno využívání takových copingových strategií, jako je kognitivní restrukturalizace, tj. změna v pohledu na svět, z původního negativního pohledu se změní na pozitivní (Baron & Kenny, 1986, cit. dle Cosma & Băban, 2017). Použití kognitivní restrukturalizace bylo spojeno s menší depresí a větší pozitivní pohodou. Sociální podpora byla také významně spojena s vyšším pozitivním skóre pohody (Edgar & Skinner, 2003; Milousheva, Kobayashi, & Matsui, 1996). Dále pak dle Rathner & Zangerle (1996) je řešení problémů (*problem solving*) (spolu s vyhledáváním sociální opory) považováno za nejvíce pomáhající strategii (Grylli, et al., 2005). Mezi pozitivní copingové strategie, které naznačují i odolnost jedinců, lze řadit podle Jaser, & White (2011) i akceptaci nemoci či emocionální vyjádření. V neposlední řadě se ukázal také humor, pro zlehčení situace, jako pozitivní copingová strategie (Grey, Cameron, & Thurber, 1991).

Nicméně, vzhledem k vyšší míře psychosociálního špatného přizpůsobení u dětí s chronickým onemocněním (Breitmayer, et al., 1992; Gray, et al., 1991), může být u těchto mladých lidí větší riziko využívání dysfunkčních strategií k zvládnání (Davidson, & Grey, 1997). Ukázalo se, že pacienti s horší kompenzací diabetu volili strategie typu „zbožné přání“ (*wishful thinking*), tj. přání, že se situace změní/doufání, že se stane zázrak, vyhýbání se řešení (předstírání, že se nic neděje, vyhýbání se kontaktu s lidmi) či ventilace emocí (např. obviňovat ostatní za to, co se děje, rozzlobit se a řvát na lidi) (Delamater, et al., 1987; Hanson, et al., 1989).

3.1.1 Copingové strategie dospělých jedinců s diabetes mellitus I. typu

V mnoha studiích (např. Duangdao & Roesch, 2008; Kvam & Lyons, 1991) se ukázalo, že v období dospělosti je účinnějším zvládacím stylem coping zaměřený na problém nežli coping zaměřený na emoce, což vyplynulo i v předchozí kapitole pro jedince v adolescentním věku. Coping zaměřený na emoce je dokonce spojován více s depresivními symptomy u jedinců s diabetem. (Karlsen & Bru, 2002; Karlsen et al., 2004, cit. dle Clarke & Goosen, 2009) Naopak bylo zjištěno, že použití copingu zaměřeného na problém je spojován s lepší léčbou onemocnění, emočním stavem a celkově lepším přizpůsobením se pacientů s diabetem (Lundman a Norberg 1993, cit. dle Duangdao & Roesch, 2008).

Ukázalo se, že nejčastějšími copingovými strategiemi, které dospělí jedinci používají pro zvládání těžkostí, je humor, ventilace emocí a sebeobviňování (Tuncay, et al., 2008), přičemž sebeobviňování může být adaptivní strategií, pokud vede jedince s diabetem k přijetí odpovědnosti (Bulman & Wortman, 1977, cit. dle Karlsen & Bru, 2002).

Celkově mají pacienti vyšší tendence volit styly zvládání, jako je vyhýbání se, kam spadají strategie, jako je kognitivní vyhýbání, akceptace nemoci, rezignace, hledání alternativních odměn (*seeking alternative rewards*) nebo emoční vybití (Coelho, Amorim, & Prata, 2003). Nicméně v jiné studii (Tuncay, et al., 2008) byla zjištěna pouze malá menšina vzorku v daném výzkumu, která reagovala na problémy spojené s diabetem popřením, uvolněným chováním a užíváním návykových látek, jež bychom také řadili mezi vyhýbavé techniky zvládání.

Strategie vyhýbání se řešení problému se jak u dospělých jedinců, tak i u adolescentů považuje za coping, který má negativní dopad na kvalitu života, s výjimkou strategie vyhledávání alternativních odměn, které se u adolescentů příliš neobjevuje a která je hodnocena spíše pozitivně ve vztahu ke zvládání chronického onemocnění (Coelho, Amorim, & Prata, 2003).

V jiné studii bylo porovnáváno užívání copingových strategií u mužů a žen. Více mužů využívalo strategie zaměřené na řešení problémů. Zatímco u dospělých žen se častěji projevovala strategie, jako je splnění přání (*wish-fulfillment*) a odstup (*detachment styles*), přičemž plnění přání se ukázalo jako maladaptivní coping. (Kvam & Lyons, 1991)

Obecně nejčastěji používanou, a zároveň velmi příznivou strategií, je vyhledávání sociální opory a řešení problému. Dle některých studií (např. Karlsen & Bru, 2002; White, Richter, & Fry, 1992) je dokázáno, že lepší celkové zdraví může být spojeno s diabetiky, kteří vnímají silnou podporu od přátel. Předchozí empirické studie naznačily, že nízká sociální podpora vede k negativním zdravotním výsledkům (Nuckolls a kol., 1972; Henderson a kol., 1978; Berkman & Magnusson, 1979, cit. dle Kvam & Lyons, 1991). Karlsen & Bru (2002) ve svém výzkumu došli ke zjištění, že vyhledávání sociální opory může být funkční i v tom smyslu, že může podpora a porozumění okolí vést jedince ke copingu zaměřeného k řešení problémů. V tomto výzkumu bylo dále shledáno, že jedinci s chronickým onemocněním, kteří se lépe s daným onemocněním vyrovnali, používali vícero přístupů ke zvládnání.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Metodologie výzkumu

4.1 Výzkumné cíle

Cílem bakalářské práce je prozkoumat způsoby zpracování a strategie zvládnání stresu u vybraných jedinců, kteří onemocněli diabetes mellitus I. a u kterých je možné toto onemocnění označit za zátěž. V praktické části je u případových studiích zkoumáno, jak se jedinci vyrovnávají s uvedeným onemocněním a jaké strategie zvládnání zátěžových situací volí. Dále jsou popsány zdroje stresu u jedinců s DM1, reakce okolí na onemocnění jedince, potíže s léčbou a jaké jsou vnímané přínosy onemocnění DM1.

4.2 Výzkumné otázky

Téma bakalářské práce „Způsoby zpracování a zvládnání zátěžových situací u jedinců s onemocněním diabetes mellitus I. typu“ bylo rozčleněno na šest základních výzkumných otázek, přičemž VO1, VO4 a VO5 obsahují i specifické výzkumné otázky.

VO1: Jak se jedinci s DM1 vyrovnávají s diagnózou daného onemocnění?

SVO1: Jaké jsou první emoce a myšlenky u jedinců s DM1 po stanovení diagnózy?

SVO2: Jaké faktory hrají roli ve vyrovnání se s diagnózou?

VO2: Jak reaguje okolí na danou diagnózu jedinců?

VO3: Jaké jsou vnímané přínosy daného onemocnění?

VO4: Jaké jsou zdroje stresu u jedinců s DM1?

SVO3: Jaké jsou zdroje stresu u jedinců s DM1 v adolescentním věku?

SVO4: Jaké jsou zdroje stresu u jedinců s DM1 v dospělosti?

VO5: Jaké strategie volí zkoumané osoby s DM1 při vyrovnávání se stresem?

SVO5: Jaké strategie volí osoby s DM1 v adolescentním věku?

SVO6: Jaké strategie volí osoby s DM1 v dospělosti?

VO6: Jaké se objevují u jedinců s DM1 potíže s léčbou?

4.3 Výzkumný design

Vzhledem k povaze tématu této bakalářské práce jsem se rozhodla pro zvolení kvalitativního designu. *Kvalitativní design* umožňuje hlubší prozkoumání této problematiky. Dle Hendla (2005) získává tento druh designu podrobný popis a vhléd při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu či umožňuje blíže studovat procesy. Výhodou tohoto designu je také pružnost během výzkumu, kdy lze v závislosti na jeho vývoji upravit výzkumné otázky.

V kvalitativním výzkumu je důležitá úloha výzkumníka. Na druhou stranu jeho subjektivita při interpretaci získaných dat se může stát nevýhodou. Výzkumník využívá obzvláště metody typu: pozorování, rozhovor, analýza deníků atd. „*Data se induktivně analyzují a interpretují. Kvalitativní výzkumník nesestavuje ze získaných dat skládku, jejíž konečný tvar zná, spíše konstruuje obraz, který získává kontury v průběhu sběru a poznávání jeho částí. Výzkumník ve svém hledání významů a snaží se pochopit aktuální dění vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal. Snaží se nevynechat nic, co by mohlo pomoci vyjasnit situaci*“ (Hendl, 2005, s. 52).

4.4 Specifikace výzkumného souboru

Výzkumným souborem v této práci jsou dospělí jedinci v rozmezí 20–27 let, kteří onemocněli diabetem I. typu v adolescenci. Výzkumný soubor tvoří 5 jedinců, z toho 3 ženy a 2 muži.

Vyhledávání takovýchto participantů bylo nakonec poměrně náročnější, než jsem se původně domnívala. Je mnoho diabetiků, kteří se s danou nemocí již narodili, avšak daleko méně je těch, kteří onemocněli ve starším věku, zvláště právě v období adolescence (ve věku 11–20 let). Participanty byli osloveni tzv. *metodou sněhové koule*. Nejprve jsem vyhledala jedince, u nichž jsem věděla, že splňují dané kritérium (tj. DM1 jim byl diagnostikován v adolescenci). Následně jsem tyto jedince požádala o nominaci dalších osob, které dané kritérium splňují. Výběrový soubor se tedy rozrůstal prostřednictvím kontaktování dalších osob přes sociální sítě do různých skupin diabetiků v České republice (autorkou výzkumu nebo lidmi, kteří rozhovor již realizovali). Oslovením přímo přes lékařské instituce nebylo realizováno. S respondenty jsem si sjednala osobní schůzku, při které proběhl hloubkový rozhovor polostrukturovaného charakteru. Poslední rozhovor vzhledem k situaci, která

v období sběru dat nastala (celorepubliková karanténa kvůli pandemii COVID–19), proběhl na dálku přes videohovor.

V následující tabulce 4 můžeme vidět základní informace o respondentech. Pro účely bakalářské práce není nutné uvádět bližší informace. A protože jsem usilovala o co největší anonymitu, jména respondentů jsem náhodným způsobem pozměnila.

Tabulka 4: Základní informace o respondentech

Respondent	Současný věk	Věk stanovení diagnózy
Aneta	21	15
Petr	21	16
Lucie	22	15
Jana	20	15
Antonín	27	12

4.5 Metoda sběru dat

Poněvadž je přínosné dané téma blíže probádat, zvolila se metoda sběru dat v podobě *polostrukturovaného rozhovoru*, který nabízí možnost získat co nejvíce informací a dává dostatečný prostor respondentům pro vyjádření.

Předem připravené schéma otázek k rozhovoru bylo sestaveno na základě výzkumných a specifických otázek. Hlavními tématy této práce se staly: copingové strategie u jedinců s DM1, zdroje stresu, vyrovnání se s onemocněním, vnímané přínosy onemocnění, reakce okolí na onemocnění a potíže s léčbou. V průběhu rozhovoru se dotazování lišilo, záleželo na tom, jak se rozhovor s daným respondentem vyvíjel a jaké téma sám otevřel. Konkrétní dotazování vypadalo asi takto: „*V jakých situacích se dostanete snadno do stavu, kdy pociťujete stres?*“ – „*Popište takovou situaci a jak to na Vás působilo po stránce psychické či fyzické?*“ Další otázky k tomuto tématu například byly takovéto: „*Jaký vliv má takováto stresová situace na průběh diabetu?*“ nebo „*Jak často se dostáváte do takového stavu?*“

Doba trvání každého z rozhovorů se dost lišila. V podstatě se délka trvání odvíjela od postoje daného respondenta k nemoci. Pokud své onemocnění přijal již od začátku a neměl žádné výrazné obtíže po stanovení diagnózy, rozhovor trval asi 30–45 minut. Na druhé straně, pokud jedinec zažil v minulosti zátěžové situace v souvislosti s diabetem, délka rozhovoru se pohybovala v rozmezí 60–105 minut.

Dva rozhovory byly uskutečněny během listopadu roku 2019, další tři rozhovory byly provedeny následujícího roku 2020 během února–dubna. Na začátku každého rozhovoru byli všichni respondenti informováni o jejich právech. Respondenti byli také seznámeni s tím, že rozhovor se bude nahrávat a dále zpracovávat za účelem vypracování této bakalářské práce. Tomuto tématu se dále věnuje následující kapitola.

4.6 Metoda zpracování dat

Jelikož má výzkum kvalitativní charakter a rozhovor byl nahráván na audiozáznam, bylo nezbytné k dalšímu zpracování dat provést tzv. *doslovnou transkripci*. Ta spočívá v přesném zápisu průběhu rozhovoru. Dalším krokem bylo analytické zpracování dat pomocí tzv. *otevřeného kódování*, což je systematické prohledávání dat s cílem nalézt pravidelnosti a klasifikovat jejich jednotlivé části. „*Při označování nebo indexaci pročítáme jednotlivé fráze, věty a odstavce, rozhodujeme se, o čem materiál vypovídá, a pak přiřazujeme vhodné označení*“ (Hendl, 2005). Poté bylo využito těchto poznatků a byla vytvořena tabulka, kde došlo k sumarizaci a syntéze zpracovaných dat na úrovni jednotlivých respondentů (Hendl, 2005). Tento proces je označován jako tzv. *tematické kódování*. Výsledná analýza dat tedy probíhá na úrovni kategorií, v rámci kterých jsou představeny výpovědi jednotlivých respondentů v rovině vytvořených kódů. Pro zvýšení důvěryhodnosti výzkumu jsou k tomu přidány doslovné citace z rozhovorů.

4.7 Etika výzkumu

Z hlediska etiky výzkumu a zachování anonymity respondentů byla jejich jména pozměněna zcela náhodným způsobem. Informace o respondentech, které mi jedinci poskytnuli v rozhovoru a testu, se týkají pouze cílů výzkumu této bakalářské práce.

Otázka etiky je podchycena pomocí informovaného souhlasu, který mi každý z respondentů poskytnul a který je obeznámil o průběhu rozhovoru, zejména také o jejich

ochraně osobních údajů a možnosti z výzkumu odejít. Vzorový informovaný souhlas je v příloze této práce. Co se týče pohodlí a emočního bezpečí, toho jsem se snažila dosáhnout tím, že každý z probandů měl možnost si vybrat místo konání rozhovoru. Jejich důvěru jsem se snažila získat zpočátku neformální konverzací a následným maximálním nasloucháním jejich příběhu. Také jsem usilovala o to, aby měli vždy dostatek prostoru pro zodpovězení mých otázek, a pokud jsme se v rozhovoru dostali na citlivější téma, poskytovala jsem jedincům maximální emoční bezpečí, pokud to bylo možné.

5 Analýza rozhovorů

Tato kapitola se zakládá na shrnutí výsledků ze získaných dat pomocí tematického kódování. Kapitola pojednává o vyrovnávání se respondentů s diagnózou onemocnění diabetes mellitus I. typu, jejich prvních emocích/myšlenkách, o reakcích okolí na dané onemocnění a vnímaných přínosech diabetu. Dále se zaměřuje na copingové strategie respondentů v období adolescence, ale i v dospělosti. Nakonec se kapitola zabývá i kritickými situacemi spojenými s léčbou.

Tabulka 5: Přehled kódů jednotlivých respondentů dle tematických kategorií

Kategorie	Aneta	Petr	Lucie	Jana	Antonín
Emoce a myšlenky po stanovení diagnózy	neznalost nemoci, pláč, pocit konce světa, obavy z píchání inzulínu, myšlenky na budoucnost, pocit nepochopení, nenávisť vůči nemoci, nemoc jako něco zatěžujícího	neznalost nemoci, myšlenky na skloubení života s onemocněním, rozhození, dobré přijetí nemoci, mrzení, naštvaní, vnímaná nespravedlnost mít onemocnění	neznalost nemoci, myšlenky na budoucnost, obavy z léčby, lítost nad starostmi rodičů, dobré přijetí nemoci, nemoc jako něco zatěžujícího, beznaděj, otázky typu: „Proč já?“	dobré přijetí nemoci	neznalost nemoci, překvapení, dobré přijetí nemoci, otázky typu: „Proč já?“
Reakce okolí na nemoc	kolaps matky, psychologická pomoc matce, aplikace inzulínu spolužáky, pomoc s léčbou ze strany matky, dezinformovanost okolí	vyplašenost matky, pomoc s léčbou ze strany matky	vystrašenost rodičů, obavy nad léčbou, zoufalost rodičů, aplikace inzulínu kamarádkou, dezinformovanost okolí, konflikty mezi rodiči, lítost prarodičů	rozpoznání prvních příznaků, pomoc s léčbou ze strany rodiny	pláč prarodičů, dezinformovanost okolí
Faktory hrající roli ve vyrovnání se s diagnózou DM1	přístup lékařů (nedostatečné informace, neempatičnost), změna lékaře=nová léčba, účast na rekondicích, pomoc senzoru	–	účast na rekondici, změna lékaře= nová léčba, pomoc senzoru	otec diabetik, vyrůstání s režimem DM1, pozitivní přijetí onemocnění otce, účast na rekondici	jiný psychický problém, účast na diatáborech a rekondicích

Přínosy onemocnění	hodnota zdraví, nové informace o těle, výhody ve škole, seznámení se s novými lidmi/místy	hodnota zdraví, zdravý životní styl	hodnota zdraví, pomoc druhým	noví přátelé, rutina, nové informace o těle, zdravý životní styl, pomoc druhým	pomoc druhým, výhody ve škole, výmluvy na nemoc, rozšíření znalostí o technologiích
Pozitivní coping v adolescenci	kognitivní restrukturalizace	–	vyhledání psychiatrické pomoci, farmakoterapie	–	přenesení pozornosti
Negativní coping v adolescenci	odmítnutí psychologické pomoci, potlačování jako úniková tendence	–	rezignace, potlačování jako úniková tendence, dumání nad problémem (perseverace)	–	rezignace, pokusy o sebevraždu
Zřídka se vyskytující coping v adolescenci	vyhýbání se řešení problému	–	vyhledání sociální opory, vyhýbání se řešení problému	vyhledání sociální opory	–
Pozitivní coping v dospělosti	vypovídání se, požádání o pomoc, kognitivní restrukturalizace	aktivní řešení problému, podhodnocení, humor	humor, odsunutí problému, vypovídání se	vypovídání se jiným jedincům s DM1, aktivní řešení problémů, podhodnocení	odvrácení pozornosti, aktivní řešení problému, kognitivní restrukturalizace, relaxace, vyhledání sociální opory, farmakoterapie (BAP)
Negativní coping v dospělosti	–	dumání nad problémem	–	aktivní řešení problému sama	dumání nad problémem, alkohol
Zřídka se vyskytující coping v dospělosti	vyhledání sociální opory	vyhledání sociální opory	vyhledání sociální opory	vyhýbání se řešení problému	vyhýbání se
Zdroje stresu v adolescenci	zapomnění inzulínu, škola, rande, nedochvilnost, upoutání pozornosti na sebe,	–	náročnost režimu stravování, škola, nepochopení okolí, šikana, nespokojenost s postavou,	–	škola

	rozchod s prvním klukem		nabalování problémů a jejich utajování		
Zdroje stresu v dospělosti	škola	hádky s přítelkyní, potenciální nekompensovaná cukrovka	nejde něco dle plánu, špatná glykémie, práce	škola, sport	škola, práce, nezdary, špatná glykémie, nejde něco dle plánů
Potíže spojený s léčbou	potíže s léčbou při požívání alkoholu, hypoglykemický záchvat, nevyhovující dieta, potíže s aplikací inzulínu na veřejnosti, špatný vliv stresu na diabetes	potíže s aplikací inzulínu na veřejnosti	zasahování otce do léčby, problémy se stravováním, skloubení nemoci a sportu, nemoc jako něco zatěžujícího, hospitalizace v nemocnici, časté hypoglykémie, nezdravé stravování, potíže s léčbou při požívání alkoholu, pocit spoutání, potíže s léčbou v nemoci, špatný vliv stresu na diabetes	potíže s léčbou při požívání alkoholu, nemoc jako něco zatěžujícího, problémy s pravidelností stravování, neaplikace inzulínu před přáteli z VŠ	problémy se stravováním, špatné výsledky v dětství, nemoc jako něco zatěžujícího v adolescenci, laxní přístup k pozdním komplikacím v adolescenci

5.1 Vyrovnání se s diagnózou DM1

Diabetes mellitus I. typu je náročné onemocnění, zvláště v období adolescence, které vyžaduje úpravy dosavadního životního stylu. Ne každý se s chronickým onemocněním, jako je DM1, dokáže ihned vyrovnat, někdy je třeba delší proces, než se daný jedinec s diagnózou smíří (Coelho, Amorim, & Prata, 2003). Nicméně jsou tací jedinci, kteří své onemocnění přijali ihned po zjištění diagnózy. Takoví jedinci již s daným onemocněním měli zkušenost z minulosti, jako v případě Jany, kdy DM1 měli přímo v rodině. Jedinci s pozitivním přijetím, jako je Jana a Petr, se také dle jejich slov málo setkávají se stresovými situacemi. Nebo právě prožívali něco mnohem pro ně zásadnějšího, s čím se museli popasovat, jako tomu bylo u Antonína či Lucie.

„Tím, že od té doby, co jsem se narodila, táta už to měl, takže my jsme doma byli zvyklí, že máma vařila zdravě, prostě jsme byli zvyklí, snídat, obědvat, večeřet, do školy si brát svačiny... Takže vlastně tím, že já už jsem ten režim měla, to nebyl takový skok. (...) Právě asi mě to jako moc nevadilo, protože na něm jsem viděla, že s tím žije úplně normální plnohodnotný život.“ (Jana)

„(...) ze začátku jsem byl z toho takovej trošku rozhozenej nebo to, ale pak jsem to vzal, tak jako to je, takže jakoby si myslím, že jsem to zvládl celkem v pohodě...“ (Petr)

„No a první myšlenka byla, že jestli můžu dál tancovat... Jinak mi to bylo v podstatě jedno, že mi něco je a... Ale pro mě to bylo jako tehdy opravdu život to tancování.“ (Lucie)

„(...) Prošel jsem si obdobím, kdy jsem si to nepřipouštěl vlastně kvůli tomu, že jsem měl nějaký psychologický sezení... Na druhou stranu byla i jiná věc, se kterou jsem se smířoval, a to pak šla cukrovka do pozadí...“ (Antonín)

Ukázalo se, že často jedinci v období stanovení diagnózy netušili, co cukrovka znamená a co obnáší její léčba. Tato neznalost souvisela i s jejich prvními myšlenkami či emocemi po zjištění diagnózy. U respondentů se objevovaly často myšlenky na svou budoucnost. Lucie a Aneta si myslely, že už nikdy nebudou moct jíst sladké nebo že léčbu nezvládnou. Nejčastější emoce u těchto jedinců byl např. zmatek, pláč, pocit konce světa, rozrušení či překvapení.

„No a já jsem v podstatě v tu chvíli nevěděla, co to vlastně pro mě znamená, samozřejmě jsem myslela, že cukrovka je prostě v podstatě to, co si asi myslí všichni... Skoro nikdo se o to zas tolik nezajímá... Myslí si automaticky, že nemůžou sladký a podobně, tak jako taky mi proběhly takový myšlenky a nevěděla jsem, co to prostě pro mě bude jako obnášet no...“ (Lucie)

„(...) Já nevím... V těch 12 jsem byl takovej překvapenej, zmatenej, nevěděl jsem, co mě čeká...“ (Antonín)

„No... Skončil svět prostě že jo... Hysterickéj pláč, protože jsem si říkala, že to je v háji, že prostě proč se mi to děje... Takže jsem tam jen tak ležela, brečela, teď jsem vůbec jako netušila o cukrovce nic. Já jsem si prostě myslela, že člověk nemůže jíst sladký...“

a třeba nějaký inzulín a píchání inzulínu a tohleto... To jsem si říkala, já to nedám. Je to hrozný...“ (Aneta)

V průběhu doby trvání nemoci měli jedinci jako je Aneta, Lucie a Petr „slabé chvíle“, kdy brali své onemocnění jako něco zatěžujícího ve svém životě. Často chtěli znát důvod, proč zrovna oni dostali takovou nemoc? Proč právě oni? Tyto myšlenky se objevovaly i u jedinců, jako je Petr či Lucie, kteří nemoc v počátku přijali bez obtíží.

„Dřív jsem měla stavy, kdy jsem si úplně říkala, že to prostě nesnáším... a že to je úplně strašný... šílený...“ (Aneta)

„Někdy jsem si spíš říkala, proč já? Ale to byly takový ty začátky, no začátky, tak třeba rok a půl po tom... Kdy jsem si fakt říkala, proč... No mně spíš vadilo i to, že to nejde vyléčit, že se můžu snažit, jak chci... Proč? Proč?“ (Lucie)

„Říkám si vlastně, když to řeknu blbě... Nekouřím, nechlastám nic... Tak samozřejmě říkám si, co s tím nadělám? Nic... a pak vidím ty lidi vlastně... Ostatní, když to řeknu blbě, hulej, fetujou a nemaj nic...“ (Petr)

Proces vyrovnání se s diagnózou jedincům ztěžoval přístup lékařů, jejich neempatičnost či nedostatečné informování o daném stavu. Jako tomu bylo v případě Anety.

„Hlavně teda ta doktorka. Ta na mě byla fakt zlá, který jsem se jako fakt bála. A potom už že... Prostě chovala se ke mně hrozně. Pak přišla další doktorka, to byla nějaká Bulharka, která se taky ke mně trochu chovala hrozně... A furt mi házela nějaký knížky. Jako čti si to... Prostě, ať se dozvíš o tý nemoci... A to... Furt mi to jako by strkaly, místo aby mi to třeba nějak vysvětlily ony nebo (...) poslaly za mnou nutriční terapeutku, která teda byla specializovaná spíš na dvojkaře cukrovkáře. Ta mi řekla: „No já mám ráda sladký. To je blbý no, že nemůžeš jíst. A odešla.“ (Aneta)

Anetě či Lucii pomohlo změnit svého lékaře a přístup k léčbě DM1. Respondentky ocenily nový pokrok v medicíně v podobě tzv. senzorů, což jsou přístroje, které neustále měří hladinu cukru v krvi daného jedince a hlásí mu pomocí aplikace v mobilním zařízení jakékoli výkyvy. Sensory jedincům velmi pomohly v dodržování správné hladiny glykémie.

„(...) senzory mi fakt jako zachránily život...“ (Aneta)

„(...) teď když třeba vidím edukace, nevím, v Plzni, tak to je úplně skvělý... Tam jako mají fakt skvělý... i ty nutriční terapeuti, jak ti to po lopatě všechno vysvětlí. Úplně ti ukážou, že to není nic hrozného...“ (Aneta)

V procesu vyrovnání se s diagnózou se ukázala jako velmi přínosná účast na tzv. rekondicích, což jsou krátké pobyty, kde se sjíždí několik jedinců s DM1. Pobyt jsou často sportovně založené a naučné z hlediska daného onemocnění. Jedinci tak mají možnost se seznámit s lidmi se stejným onemocněním a vyměňovat si s nimi zkušenosti či si mezi nimi najít nové přátele, což např. Anetě pomohlo s vyrovnáním se s nemocí. Na podobném principu fungují i tzv. diatábory, které jsou určeny pro děti a mládež.

„Teda první zkušenost s nima... Tak to bylo, že jsem byla v lázních ve Varech, kde vlastně byla fakt moje první zkušenost, kde jsem potkala diabetiky v mém věku... Což mi hodně pomohlo... Po těch lázních jsem si i začala píchat inzulín na veřejnosti, že dřív bych to neudělala třeba...“ (Aneta)

5.2 Reakce okolí na dané onemocnění jedince

Během sběru dat vyvstala další kategorie, která zachycuje reakce okolí na dané onemocnění jedince. Tyto reakce se nejčastěji týkají rodiny a přátel. Ukázalo se, že na dané onemocnění si musí zvyknout nejen samotní jedinci s DM1, ale i jejich blízcí. Někteří rodiče, zvláště matky, nesly dané onemocnění svého dítěte těžce. V některých případech, jako např. u rodičů Lucie, i hůře než jejich děti. Mezi první reakce rodičů a prarodičů lze zařadit např. kolaps, vyplašenost, zoufalost, obavy, lítost či pláč.

„Že ti z toho byli víc hotoví než já, ti se fakt hrozně báli, že se to nenaučím. (...) Samozřejmě i ti rodiče museli docházet na nějaký edukace. Byli z toho vždycky takoví zoufalí, mně jich bylo líto...“ (Lucie)

„Babička to hodně prožívala, babička to dokonce obřečela...“ (Antonín)

„Teď jako i máma to nesla strašně blbě. Ta, to nesla ještě hůř, než já teda... Za tou... Prostě, ta tam i zkolabovala, když jí jako... když nám oznámili, že mám teda cukrovku. A to za ní pak posílali i psychologa právě, aby to s ní probíral.“ (Aneta)

Antonín, Aneta a Lucie během svého života narazili na lidi, kteří nebyli dostatečně dobře informovaní o dané nemoci a na základě dezinformací jednali, toto jednání nebylo respondentům příjemné. V počátcích docházelo u rodičů Lucie i ke konfliktům kvůli dodržování léčby svého dítěte.

„Spolužáci... Já nevím... Samozřejmě ze začátku mi hrozně vadilo to, že všichni tvrdili, že to mám z toho, že jsem jedl moc cukru a já jsem se jim snažil vysvětlit, že to tak není, že to není pravda a dodneška s tím trochu bojuju, protože ti lidi jako neví, co to znamená...“ (Antonín)

„(...) když jsme jeli na dovolenou a já jsem měla nastaveno, že musím jíst oběd mezi 1–2 hodinou, a to jsme prostě nestíhali... No a já říkám: „Já už bych potřebovala jíst, já jsem se ptala, jestli si mám udělat něco k obědu, anebo jestli se někde stavíme...“ A oni že se stavíme... A já: „Za jak dlouho?“ A oni: „Jojojo, už tam budeme...“ Tak se pohádali kvůli tomu...“ (Lucie)

Nicméně i přesto měli jedinci s DM1 ze začátku velikou podporu a pomoc ze strany rodiny. Zejména matky svým dětem velice pomáhaly s léčbou a stravováním s ním spojené.

„(...) Ale strašně mi teda pomáhala máma. Úplně šíleně... Ona mi vždycky připravovala ty svačiny do školy, přesně napočtený jednotky a to... Takže, jako já jsem to měla strašně ulehčený... A spíš jako ona měla co dělat než já...“ (Aneta)

„(...) určitě mi s tím pomohla, že mi ze začátku vařila zdravě nebo vařila podle těch jednotek samozřejmě, jak mám jíst... takže mi s tím určitě hodně pomohla...“ (Petr)

Lucie a Aneta měly podporu i ze strany přátel, kteří byli zvědaví na nemoc a sami se nabízeli, že respondentkám aplikují inzulín.

„Ale našla jsem tam kámošku, která se extrémně o to zajímala a v potom v průběhu toho školního roku nebo těch 2 let, co já jsem tam byla, tak už to bylo: „A můžu ti píchnout já?“ A takhle... Ta si to opravdu užívala (smích)...“ (Lucie)

Velmi přínosné se také ukázalo povědomí o příznacích DM1 ze strany rodičů. Poněvadž se již v rodině dané onemocnění vyskytovalo, nebylo těžké pro rodiče svého dítěte, tedy Jany, rozpoznat prvotní příznaky DM1.

„Celý týden mi bylo divně, unaveně, bylo zvláštní i to, že jsem musela často v noci na záchod, což jsem si uvědomila, že asi není úplně normální, a pak když jsme se vrátili zpátky do Prahy, furt se to nezlepšovalo, tak rodiče napadlo, díky tomu, že táta to má taky, ale tomu to diagnostikovali asi ve 30, tak podle příznaků to rodičům tak nějak došlo, takže táta vzal glukometr, změřil mě a měla jsem asi přes 30. Takže jim to došlo a druhý den ráno jsme jeli do nemocnice.“ (Jana)

5.3 Vnímané přínosy onemocnění DM1

Během rozhovorů vyvstalo další nové téma, a to vnímané přínosy onemocnění DM1. Respondenti uvedli během rozhovoru několik přínosů, za které jsou rádi, že jim cukrovka dala. Mezi nejčastější přínosy je vnímání hodnoty zdraví. Jedinci, jako je Petr či Lucie, si po stanovení diagnózy a v průběhu let s nemocí začali více vážit své zdraví. Pro Anetu se zdraví stalo dokonce prioritou v životě.

„Teď je zdraví úplně prioritou, první místo. Prostě nic víc není než zdraví. A předtím jsem vlastně tak jako... Bylo mi to jedno všechno nějak... Jsem si říkala, jsem mladá, nemůžu být nemocná, že jo... Podle mě, kdyby mě nepotkala cukrovka, tak si to zdraví tolik prostě nevážím...“ (Aneta)

Jana, Aneta a Lucie také často uváděly větší povědomí o fungování těla a Antonín rozšíření vědomostí o technologiích jako přínosy nemoci.

„Člověk se dost ocelí v technologiích. Hodně jsem se zdokonalil používat ty technologie a v životě by mě nenapadlo, že budu programovat nějakou aplikaci. Rozšířil jsem si znalosti v té oblasti informačních technologií... a v těch technologiích všeobecně... protože z hlediska té cukrovky je to obrovský pomocník.“ (Antonín)

„Hlavně o tom víc vím a přijde mi to zajímavý, jak funguje to moje tělo, jak tam jedou ty orgány, hormony...“ (Jana)

Jana a Petr přijali nový režim velmi pozitivně. Dokonce jim dal jakousi rutinu a řád. Mají důvod dodržovat zdravý životní styl.

„Že třeba vím více o té stravě, já k tomu ještě teda sportuju, takže si říkám, že ty moje spoluhráčky... Že s tím sportem by se mělo řešit i to stravování a nikdo o tom moc neví“

a neřeší to, co jedí, nejedí... A já furt musím řešit počítání těch sacharidů a všechno... Tak v tomhle mě to něco naučilo...“ (Jana)

Onemocněním DM1 získala Jana s Anetou nové přátele z kruhů jedinců s diabetem. Aneta poznala nová místa díky rekondicím či měla s Antonínem výhody ve škole díky nemoci. Antonín se dokonce na danou nemoc v minulosti vymluvil. Lucie, Jana i Antonín zužitkovali své znalosti o daném onemocnění k pomoci jiným, stejně postiženým lidem.

„(...) že jsem učila další diabetiky nebo informovala, jaký to právě bylo, nebo taky mám senzor, co mi měří tu glykémii, tak třeba já s tím žiju, jak se to používá, jak mi to pomohlo... Tak nějaký ten kontakt s dalšíma diabetikama... Já jsem vlastně předtím neměla... a bylo pro mě vlastně fajn předat něco, co já už jsem zažila a pomoci jim...“ (Lucie)

„Jako dala mi nějaký výhody, neříkám, že jsem se na ní nikdy nevymluvil, samozřejmě taky... Kolikrát jsem řekl, že mám diabetickou ketoacidózu, protože se mi prostě nechtělo jít na brigádu...“ (Antonín)

5.4 Stres u jedinců s diabetes mellitus I. typu

Stres u jedinců s diabetem mellitus I. typu se objevuje jako u každého jiného zdravého jedince. Jedinci si procházeli v období adolescence mnoha stresovými situacemi, avšak z rozhovorů, například u Anety vyplynulo, že v období dospělosti došla k názoru, že je zbytečné se tolik stresovat a nyní se snaží o „flegmatictější“ pohled na svět.

„(...) teďka se fakt nestresuju... Já teďka úplně poslední rok třeba... tak... Vůbec se nestresuju...“ (Aneta)

5.4.1 Stres u jedinců s DM1 v adolescentním věku

Jedinci s DM1, jako je např. Aneta, si během adolescence prošlo různými stresovými situacemi. Adolescence sama o sobě je velmi složité období, při kterém dochází k mnoha změnám, se kterými se musí každý vyrovnat (Vágnerová, 2012). Z hlediska diabetu a jeho kompenzace se jedná o velmi významné období. Často dochází ke komplikacím spojené s léčbou (Perušičová, 2008). Potížemi s léčbou u jedinců s DM1 se bude dále věnovat kapitola 5.3. Prožívání stresu je u těchto daných respondentů zcela individuální.

Nejčastějším stresorem v období adolescence se ukázala jednoznačně škola u všech zmiňovaných respondentů. Pro Anetu se staly stresorem zkoušky a včasné odevzdání úkolu, u Lucie se také objevila šikana ze strany spolužáků či kantorů, a i pro ni byly stresorem zkoušky a udržení si dobrého prospěchu. U Antonína se stal stresorem samotný systém školy.

„Já jsem všechno musela mít, když jsem něco neodevzdala do termínu, tak jsem úplně z toho vyřízená...“ (Aneta)

„Já jsem vždycky byla perfekcionalistka... Už na základce samý jedničky a prostě neexistovalo, že to bude jinak, a ne že by tam byl tlak od rodičů, to vůbec, ale já jsem to měla takhle nastavený a... Teď jakmile já jsem něco neuměla, jsem se bála do té školy jít prostě.“ (Lucie)

„Pak když jsem šla... vycházela odtamtad, tak jsem jen slyšela, jak ty lidi jdou ze třídy po tom testu, já jsem to nedopsala samozřejmě, a začali tvrdit, že jsem si to vymyslela a že simuluju... Takže v tu chvíli to pro mě bylo... A teď vyvracej jim to, oni nevědí, jak se ten člověk cítí při tom... A bylo to strašně nepříjemný.“ (Lucie)

Ze stresu měla Lucie či Aneta problémy i s léčbou diabetu. Stres se značně podepsal na jejich stavu glykémie a objevovaly se u nich i hypoglykemické stavy.

„Mně bylo fakt zle... My jsme ještě měli patro, vlastně společný pokoj se sestrou, takže prostě slézt z toho patra, když se ti úplně klepou nohy takovým šíleným způsobem, já fakt byla jako... Já jsem i málo viděla jo... že prostě jsem měla úplně zatemnění, bylo to strašný jo...“ (Lucie)

U jedinců s diabetem se objevovaly i takové stresové situace, jako jsou potíže s pojetím své postavy, což v období adolescence není nic neobvyklého (Macek, 2003). Nicméně u Lucie, která nebyla dostatečně informovaná o léčbě a možné dietě, vznikl konflikt, ve kterém řešila nespokojenost vůči své postavě a to, že si myslela, že nemůže nasadit žádnou dietu.

„(...) Jak se člověk hodně vyvíjí... Takže jsem hodně nabrala. To jako bylo pro mě hodně... Nebyla jsem na to zvyklá jo... Prostě že nohy mi opravdu ztloustly a byla jsem z toho fakt špatná... Ale prostě, teď jsem si říkala, že vlastně já nemůžu absolvovat

žádnou dietu, že to je nebezpečný. V tu chvíli jsem ještě nevěděla, jak to funguje.“

(Lucie)

Aneta či Lucie stres prožívaly velmi často. Stresor v daném období pro Anetu např. znamenala situace, kdy měla jít rande, z upoutané pozornosti na sebe, ze zapomnění inzulínu, z rozchodu s prvním chlapcem nebo z nepochopení situace okolím. Lucie měla potíže z nabalování problémů a jejich utajování.

„(...) když jsem měla jít s klukem na rande, to jsem byla šíleně vystresovaná... Ale fakt jako až strašně, až mi bylo úplně na zvracení že jo... Úplně jsem byla z toho vyřízená...“ (Aneta)

„Pro mě asi bylo nejvíc stresující, když jsem řešila nějaký situace ve škole a nechtěla jsem to přiznat doma, nechtěla jsem přiznat, že je něco špatně a hodně jsem to v sobě dusila. A teď jsem najednou začala ztrácet... neměla jsem už o čem mluvit s rodiči, protože jsem furt chtěla být taková ta dobrá, ne dokonalá, v podstatě bez problému, a když problém, tak jakoby malý.“ (Lucie)

5.4.2 Stres u jedinců s DM1 v dospělosti

V období dospělosti mají jedinci s DM1 tendence ke stresu především kvůli udržení správné hladiny glykémie. Např. Antonína, Petra či Lucii dokáže stresovat, pokud nemají správnou hladinu cukru v krvi, a to i hypoteticky.

„Dokáže mě stresovat špatná glykémie, paradox a myslím, že to má víc lidí, protože když vidíte, že to jde úplně jinak, než byste předpokládali, než prostě vy jste plánovali... A nejhorší na tom je, naprosto ubíjející je, když se díváte na tu situaci, kterou vidíte v té aplikaci a říkáte si, proč? Vždyť jsem udělal všechno správně tak, jak to? A to vás dokáže užírat třeba na hodiny... že si prostě říkáte, jak to? Co jsem udělal špatně? A samozřejmě největší paradox na tom je, že to opět ovlivňuje tu glykémii, protože vás to svým způsobem zase stresuje...“ (Antonín)

Někteří jedinci, jako je Aneta, Jana či Antonín, stále chodí do školy, tudíž se u nich objevuje stres z různých zkoušek a systému školství. Antonín a Lucie, kteří již chodí do práce, mají stres především z toho, pokud se na ně nahrne mnoho věcí najednou a jsou pod tlakem v práci.

„Typický stres jsou nějaký zkoušky, nemám to rád, hlavně zkoušky našeho školství, třeba středoškolský, já teď vlastně dodělávám vyšší odbornou školu, a to je taková lepší střední a tam se pořád jede právě ten středoškolský, potažmo základěškolský režim, kde opravdu je to o memorování dat a musíte to prostě zopakovat... a to nemám rád, já si rád tvořím na danou problematiku vlastní názor...“ (Antonín)

„Když je konec, nebo začátek měsíce, tak většinou je hodně věcí, co se potřebují udělat. Většinou se to nahrne najednou. Musím si pak říct, jak udělat ty věci, co má tu prioritu a nezhroutit se na začátku, když si říkám, že toho mám hodně... Protože vlastně mám, ale něco musí počkat. Takže ten stres tam je, ale myslím si, že je to takovej ten docela zdravej.“ (Lucie)

Antonína a Lucii v dospělosti trápí např. i to, pokud něco není dle jejich plánů. Antonína stresují i nezdary. Petr vidí zdroj stresu v hádce s přítelkyní a Jana zažívá stres při sportu.

„Stresuje mě, když se mi něco nedaří...“ (Antonín)

„Tak co mě ještě tak napadá, tak občas při tom sportu, já hraju teda softball, takže při zápasech. Ale to je takovej ten normální stres.“ (Jana)

5.5 Zvládání stresu u jedinců s diabetes mellitus I. typu

Každý z daných respondentů má zcela individuální způsob zvládání zátěže, a to jak v minulosti během adolescentního věku, tak i v dospělosti. Nicméně např. u Anety a Lucie došlo ke změně zvládání stresu. U Jany a Petra zase stres neznamenal nikdy příliš velkou překážku.

„Já myslím, že jsem fakt schopná se s tím dobře vypořádat, že mě to pak dlouho ani netrápí. Jak to přijde, tak to odejde.“ (Jana)

5.5.1 Copingové strategie v adolescentním věku

Nejčastěji zmiňovanou strategií v období adolescence bylo vyhledávání sociální opory u přátel, rodiny či vrstevnických jedinců s DM1. Jejich blízcí jim byli velkou oporou během těžkých chvílí. Tuto strategii lze zařadit dle Janke a Erdmann (2003) mezi „zřídka se vyskytující“. Jedinci, jako je např. Lucie a Jana, hodnotily pozitivně. Strategie pro ně byla

přínosná při zvládnání zátěžových situací, a to často v tom smyslu, že se mohly blízkým lidem vypovídat. Pomocí se stala i strategie vyhledání odborné psychiatrické pomoci.

„Já jsem začala pak začala chodit k psychiatrovi, protože prostě jsem si říkala, že už to není normální, abych se stresovala tolik... Takže, to mi pomohlo, to musím říct, že jo...“
(Lucie)

„A přece jenom řešit to... Jako jo, občas něco s tatškou řešíme, ale to není takový, jako povídat si s vrstevníkem, takže tam jsem poprvé poznala takový lidi podobného věku a bylo dobrý si s nima o tom promluvit.“ (Jana)

Antonín během dospívání volil pozitivní copingovou strategii, a to odvrácení pozornosti. Aneta zvolila kognitivní restrukturalizaci, při níž došlo k výměně původních negativních myšlenek za pozitivní.

„Člověk na to tam zapomněl, všichni kolem mě měli tenhle problém, takže jsem měl čas, na to užít si prázdniny, užít si tábor, užít si celotáborovou hru a užít si tyhle věci, který s tím souvisí...“ (Antonín)

„(...) jednou jsem říkala, že vypadám jako fetišák, když jsem měla prostě zabodlí to pero v ruce... A on mi jako řekl, že fetišáci vypadají fakt jinak než já, a hlavně to dělají někde potají jako, kde je nikdo nevidí ...Tuta věta... Tu mám furt prostě v paměti, že prostě mi to řekl... Ale úplně si říkám, to je vlastně jedno, že já to vlastně potřebuju, abych si zachránila život a je mi úplně jedno, jak na mě ostatní koukají, to jsem třeba strašně ráda, že jsem k tutomu došla, protože na začátku jsem to takhle vůbec neměla, to bylo takový... Takový špatný...“ (Aneta)

Nicméně Aneta volila během své adolescence i maladaptivní copingovou strategii, a to odmítání psychologické pomoci v období, kdy se vyrovnávala s nemocí. Lucie zvolila strategii „vyhýbání se“, která může být dle Janke a Erdmann (2003) chápána dvojitým způsobem, viz kapitola 2.6.2.2. Patří také mezi strategie „zřídka se vyskytující“. V tomto případě bychom mohli chápat tuto strategii negativně. Lucie se vyhýbala řešení problému, což jí nepřinášelo potřebnou úlevu od zátěže.

„Odpovídala jsem jí (psycholožce) tak jednoslovně, spíš za mě odpovídala máma a nebylo mi to příjemný se někomu svěřovat, protože se nerada svěřuju, ještě takhle,

když to bylo takhle na začátku... Protože jsem o tom nechtěla mluvit (...) a já byla ráda, že mě nechal na pokoji, já jsem s ním, s nikým jsem nechtěla o tom mluvit.“
(Aneta)

„Pak vygradovalo, takže jsem... Já jsem třeba pak se i schovávala na záchodech ve škole, protože jsem doma nemohla říct, že nepůjdu do školy... a... Pak jsem na tu hodinu nešla, pak jsem to nějak prostě vymyslela... a uhrála, než abych prostě šla... než abych třeba byla zkoušená... Jsem to prostě takhle oddalovala, abych se to naučila.“ (Lucie)

Další negativní copingovou strategií, kterou Aneta s Lucií používaly, bylo potlačování emocí či problémů jako únikové tendence.

„Držela jsem to v sobě. Že jako fakt jsem to prostě nedávala znát že jo, ale potom když jako dlouho v sobě hromadíš, jako emoce a všechno tuto, tak prostě jednou bouchneš že jo... Hysterickéj pláč a teď všichni, co se ti stalo a tuto ...“ (Aneta)

U Antonína se také objevila maladaptivní copingová strategie – rezignace.

„(...) já třeba jsem se pro něco nadchnul, snažil jsem se, ale když už druhý den zjistíte, že to nefunguje, tak se na to vyprdnete, tak vás to přestane bavit, přestane vás to motivovat, nemáte vůbec chuť to dělat, protože vidíte, že to stejně nemá cenu...“
(Antonín)

Další maladaptivní copingovou strategií, kterou Lucie zvolila během svého dopívání, bylo např. dumání nad problémem (perseverace). Antonín zvolil maladaptivní strategii, jako je pokus o sebevraždu.

„Bylo to samozřejmě kvůli hypoglykemiím, ale taky se mi furt honily myšlenky v hlavě a spala jsem strašně málo... Jako dost se to na mě podepsalo.“ (Lucie)

„Mám za sebou 3 pokusy o sebevraždu, tak to mi fakt moc nepomohlo, inzulínem konkrétně...“ (Antonín)

5.5.2 Copingové strategie v dospělosti

V dospělém věku všichni respondenti zmiňovali nejčastěji „zřídka se vyskytující“ strategii vyhledávání sociální opory (Janke & Erdmann, 2003). Opět daní jedinci hodnotili strategii pozitivně při vyrovnání se stresem. Tato strategie skýtá v sobě pozitivní aspekty pro řešení problému, jako je požádání o pomoc či vypovídání se blízkému člověku. Aneta a Lucie jsou s používáním této strategie opatrné. Lucie při použití této strategie cítí provinilost, na druhou stranu Aneta má problémy se svěřováním se. Nicméně i přesto obě hodnotí strategii za zcela funkční a přínosnou.

„Třeba zajdeme ven s kamarádama že jo... Pokecáme zase, podrbeme že jo, co a jak...“ (Petr)

„Asi bych to musela někomu říct teda... I když teda nerada se svěřuju, ale jako v tutom to pomůže, když jsi ve velkém stresu... a potom... Asi bych požádala i možná o pomoc?“ (Aneta)

„Asi popovídat si s kamarádkami. To jo. Ale někdy mám takovýto... Přemýšlím, jestli tím spíš neztrácím čas s nimi a mám to věnovat tomu učení, ale ne... Ty holky mi pomáhají hodně. Já mám ráda být ve společnosti lidí.“ (Lucie)

Další velmi častou copingovou strategií, kterou Petr, Jana či Antonín v dospělosti volí, je aktivní řešení problému. Aneta a Antonín volí také strategii kognitivní restrukturalizace.

„Kolikrát jsme se třeba... když to řeknu blbě... pohádali s přítelkyní nebo něco... ale... Nebylo to nic, že bych nějak z toho jakoby, pociťoval něco... Jako já si s tadytim vyrovnávám docela dobře...“ (Petr)

„A jak ses s tím vyrovnával?“ (výzkumnice)

„No tak snažil se to nějak urovnal, když to řeknu jo... nějak to dát zase zpátky nebo takhle...“ (Petr)

Na druhou stranu Lucie volí také krátké vyhýbání se problému, které se jí vyplácí. Tato copingová strategie je v tomto případě chápána jako pozitivní. Lucie zamezila zátěž na základě svých regulačních schopností. Antonín používá často relaxace či také strategii

vyhýbání se problému v podobě zaspání negativních myšlenek, což bychom řadili mezi negativní chápání této strategie.

„Já to fakt nechám v tý práci zatím. Já to prožívám docela, tu práci ne, že ne, ale nastavila jsem si, že když odejdu z práce, tak i když vím, že mi skáčou maily, tak prostě neotevřu to, až ráno v práci, o víkendu vůbec nedělám, prostě mám zaklaplej počítač a nešáhnu na to.“ (Lucie)

„Já používám rád autogenní trénink, nebo všeobecně relaxaci... Dřív jsem používal hlavně ASMR videa (videa zaměřené na mozkový orgasmus), přes uši se to vnímá, je to velmi uklidňující, já u toho většinou usnu... musíte si vybrat samozřejmě... je to různý šustění, klepání nehtů, musíte si najít oblíbený zvuky... Tak ty mi pomáhají, autogenní trénink, nebo řízená relaxace, nejčastěji pomocí nějakých videí na Youtube... nebo to zaspat...“ (Antonín)

Antonín také volí pozitivní strategii, jako je odvrácení pozornosti např. pomocí televize. Petr a Jana volí strategii podhodnocování či nepřipouštění si tolik stresu.

„Snažím se zamyslet opravdu nad něčím jiným, pustit třeba si tu televizi, aby to člověk přestal řešit.“ (Antonín)

„Si asi řeknu... Nevím, tak stresovat se zkouškou nebo tady chybou v zápase, že to není nic tak hrozného. Prostě když nejde o život, nejde o nic. Jsou prostě horší věci, který by se mohly stát a nemá cenu tohle brát nějak vážně, mít z toho zbytečný stres, který pak spíš může něco... Dlouhodobý stres působí blbě pak na všechno.“ (Jana)

Další adaptivní copingovou strategií, kterou jedinci, jako je např. Petr a Lucie, volí, je humor pro zlehčení situace.

„Poplácám ho po rameni a pošlu ho dál, takže jako... (smích) takže jako vůbec... spíš se tomu zasměju, když to řeknu...“ (Petr)

Antonínovi se také vyplatilo požívat doporučená farmaka, která užívá v případě, kdy je na něj stres až moc neúsnosný.

„Pokud je to opravdu neúsnosný, tak já na to mám farmaka, já mám k dispozici farmaka...“ (Antonín)

Nicméně respondenti volí v některých případech i copingové strategie, které bychom řadili mezi maladaptivní. Je to např. strategie perseverace, tj. dumání nad problémem, která se vyskytuje u Petra či Antonína.

„Kdybych třeba nekorigoval vlastně tu moji léčbu nebo něco, kdyby se mi to nedařilo, tak pak... asi jo... Samozřejmě bych přemýšlel nad tím že jo, dumal jakoby, jak to dát dohromady nebo jak to prostě... By mě to asi žralo...“ (Petr)

U Antonína se objevila i maladaptivní strategie, jako je požívání alkoholu.

„Jaké strategie volíte dál?“ (výzkumnice)

„Bude to hodně špatně, ale bude to alkohol.“ (Antonín)

„A to se vám osvědčilo?“ (výzkumnice)

„Ne. Je to ještě horší.“ (Antonín)

5.6 Potíže spojené s léčbou u jedinců s diabetem mellitus I. typu

Přístup jedinců k léčbě se postupně měnil v závislosti na době trvání onemocnění DM1. Jedinci si museli zvyknout na nový režim spjatý s pravidelným stravováním, častým měření hladiny cukru v krvi, tj. glykémie, s následnou aplikací inzulínu. Některým z respondentů dělal nový životní styl ze začátku potíže více, některým zase méně. Avšak v současné době by se dalo říct, že jsou jedinci na léčbu natolik zvyklí a mají mnoho zkušeností. Léčba jim nedělá téměř žádné potíže. Co mají všichni jedinci s daným onemocněním také společné, je to, že jim léčbu, konkrétně hladinu cukru v krvi, ztěžují stresové situace.

„A vůbec to teda nemá vliv na průběh toho diabetu?“ (výzkumnice)

„No jako jo... Při stresu se mi zvyšuje, to už jsem tak nějak vyzorovala na těch hladinách, že to tak mám při zápasech nebo možná při tom zkouškovém tam bylo něco málo zvýšeného...“ (Jana)

U každého z respondentů se objevila minimálně jedna krizová situace spojená s novým životním stylem, který DM1 vyžaduje dodržovat. Nejčastější situací, se kterou měli daní respondenti na začátku potíže, bylo korigování požívání alkoholu se správnou glykemií.

V případě Anety toto nekorigování skončilo dokonce natolik špatně, že jí šlo o život. Dostala se do tzv. hypoglykemického kómatu.

„Já jako jsem to neuměla, že jo s alkoholem, takže jsem si píchla normálně jako vždycky... Vůbec jsem to nějak nepočítala, no a že jo, tancovali jsme, pohyb a to... No a vlastně pohyb ti dobíhá ještě 12 hodin a sráží se ti cukr... No takže já, že jo jsem to nevěděla, tak jsem normálně usnula, ráno jsem se probudila na snídani no a než sem vstala z té postele, tak prostě... už že jo, záchvat... Měla jsem záškuby, vypadá to jako epilepták... prostě... Rozkousla jsem si jazyk že jo... Máma teď si myslela, že umírám, že mi tekla krev z pusy... prostě... hrozný... Takže hned volala záchranku, píchli mi glukagon a jela jsem do nemocnice...“ (Aneta)

Problémy s dodržováním nového režimu a správné životosprávy, což jsou dva velmi důležité aspekty při léčbě diabetu, se objevovaly ze začátku nemoci u např. u Lucie, Antonína a Anety. Často se potíže týkaly počátečních nesnází při skloubení nemoci s pohybem či celkově s přísným režimem stravování, které mnohdy bylo v adolescentním věku na obtíž.

„No a samozřejmě i tohle bylo pak složitý, protože když do sebe naláduješ rychle cukr nebo džus a jdeš pak rychle tancovat, jako hejbat se, tak to bylo takový náročnější... Ale nějak jsme to zvládly...“ (Lucie)

„(...) já třeba nebyla zvyklá svačit pořádně... vůbec... A teď jsem opravdu měla zavedeno snídani, svačina, oběd, svačina, večeře, druhá večeře... Takže pro mě to bylo úplně v podstatě... Já jsem jedla mnohem víc, než jsem byla zvyklá, a to třeba bylo pro mě občas asi i stresující... (...) A takže jako jsem se rozbrečela, že jsem si říkala... Já bych si třeba dala jen ten salát, tam ten sacharid není, že jo...“ (Lucie)

U Anety a Petra se objevily i potíže s aplikací inzulínu na veřejnosti. Mají pro to své důvody, nejhlavnější důvod jsou obavy z negativní reakce okolí. Nutno podotknout, že např. Petr nevnímá jako něco zatěžujícího, když si aplikuje inzulín někde v ústraní. Pro Anetu jsou potíže s aplikací na veřejnosti minulostí.

„Šla jsem na záchod si píchnout, aby to nikdo neviděl nebo prostě někde, kde to nikdo nevidí, nebo jsem třeba ani nejedla, abych si nemusela píchat inzulín...“ (Aneta)

„A když pak někam přijdu a jsou tam cizí lidi, který neznám, nikdy jsem je neviděl a koukají na mě jako kdybych... Zvednu tričko a píchat si inzulín, tak jako... Oni by asi nijak nereagovali, že jo, ale pak už koukají divně nebo tohleto... Takže já to dělám nebo většinou to dělám u stolu, že mě nikdo nevidí...“ (Petr)

Problémy s aplikací inzulínu se objevuje u Jany a mezi jejími přáteli, kteří o nemoci nevědí.

„A při tom přechodu na vejšku jsem neměla nějak potřebu jim to ze začátku říkat a vědět to už takhle 2 roky žiju...“ (Jana)

„A ty se s nima i stýkáš mimo školu? Nebo to jsou prostě jen spolužáci a vídáte se jen ve škole?“ (výzkumnice)

„Jako převážně ve škole, párkrát jsme třeba s holkama šly ven, ale...“ (Jana)

„A to nezjistily?“ (výzkumnice)

„No, já si ten inzulín vždycky píchnu na záchodě...“ (Jana)

Léčba diabetu potřebuje určitou míru zodpovědnosti ze strany jedinců s diabetem. Během adolescence se objevilo pár „slabších chviliek“, kdy byl přísný režim léčby na Lucii a Anetu „příliš“. Problémy se objevily i ve spojení s rodiči Lucie a jejich snaze pomoci.

„A já říkám, já nic nemůžu... V těchle chvilích, kdy ten člověk fakt dospívá... No nechtěla jsem... A chtěla jsem si užívat toho života... A věděla jsem, že musím mít nějaký ten alarm, říct si to stop... Být zodpovědná...“ (Lucie)

„Třeba taťka... S tím jsem se občas pohádali kvůli dávkám inzulínu, protože on si zapamatoval některý věci z té nemocnice, a to se mi snažil vnutit.“ (Lucie)

6 Shrnutí výsledků výzkumu

V této kapitole se snažím o shrnutí výsledků z analýzy rozhovorů. Výsledky výzkumu jsou rozčleněny do šesti následujících hlavních výzkumných otázek.

VO1: Jak se jedinci s DM1 vyrovnávají s diagnózou daného onemocnění?

První výzkumná otázka je rozčleněna do dvou následujících témat, a to na faktory hrající roli v procesu vyrovnání se s DM1 a na emoce a myšlenky po stanovení diagnózy. Bylo zjištěno, že ne všichni jedinci procházeli procesem vyrovnání se s daným onemocněním. Jedinci svou nemoc přijali téměř okamžitě po stanovení diagnózy, s tím, že v průběhu doby trvání nemoci měli jedinci chvíle, kdy jim bylo onemocnění na obtíž a pomalu si začali uvědomovat, že s nimi nemoc bude do konce jejich života. Pouze jedna respondentka, Aneta, měla potíže s vyrovnáním se s nemocí od jejího nástupu.

SVO1: Jaké jsou první emoce a myšlenky u jedinců s DM1 po stanovení diagnózy?

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že jedinci často v období stanovení diagnózy netušili, co cukrovka znamená a co obnáší její léčba. Tato neznalost souvisela i s jejich prvními myšlenkami či emocemi po zjištění diagnózy. U respondentů se objevovaly často myšlenky na svou budoucnost či na samotnou léčbu nemoci, o které pochybovali, že ji zvládnou. Nejčastější emoce po zjištění diagnózy u těchto jedinců byl např. zmatek, pláč, pocit konce světa, rozrušení či překvapení. U jedinců se objevily i chvíle, kdy brali své onemocnění jako něco zatěžujícího. Tyto chvíle se objevovaly i u jedinců, kteří nemoc v počátku přijali bez obtíží.

SVO2: Jaké faktory hrají roli ve vyrovnání se s diagnózou?

Jedinci, kteří své onemocnění téměř ihned začali akceptovat bez procesu vyrovnání se, měli již s nemocí zkušenost z minulosti, nesetkávali se příliš často se stresovými situacemi či řešili v té době jiné, pro ně zásadnější problémy. Při vyrovnání se s nemocí měl značný vliv přístup lékaře v době stanovení diagnózy. Úplné přijetí nemoci nastalo po změně lékaře a uvolnění striktní léčby. Velmi účinná se ukázala i účast na tzv. rekondicích či diatáborech, kde jedinci poznali vrstevníky se stejným onemocněním.

VO2: Jak reaguje okolí na danou diagnózu jedinců?

Ukázalo se, že na dané onemocnění si musí zvyknout nejen samotní jedinci s DM1, ale i jejich blízcí. Často nesli rodiče, zvláště matky, nemoc hůře než jejich děti. Mezi první reakce rodičů a prarodičů lze zařadit např. kolaps, vyplašenost, zoufalost, obavy, lítost či pláč. Respondenti se také potýkali s dezinformovaným okolím, což jim nebylo příjemné. V jednom případě docházelo u rodičů docházelo i ke konfliktům kvůli dodržování léčby svého dítěte. Nicméně i přesto rodina i přátelé poskytovali jedincům velikou podporu při léčbě. Velmi přínosné se také ukázalo povědomí o příznacích DM1 ze strany rodičů pro včasné zachycení nemoci u jejich dítěte.

VO3: Jaké jsou vnímané přínosy daného onemocnění?

Z rozhovorů vyplynulo, že jedinci s DM1 vnímají přínosy daného onemocnění. Mezi takové přínosy lze zařadit: vyšší hodnota zdraví, větší znalosti o fungování lidského těla a technologiích, rutina, zdravý životní styl, získání nových přátel z kruhů jedinců s diabetem, poznání nových míst díky rekondicím, výhody ve škole, výmluvy na nemoc či získání znalostí, které zúžitkovali k pomoci jiným stejně postiženým lidem.

VO4: Jaké jsou zdroje stresu u jedinců s DM1?

Tato výzkumná otázka je rozčleněna na zdroje stresu v adolescentním věku a na zdroje stresu v dospělosti.

SVO3: Jaké jsou zdroje stresu u jedinců s DM1 v adolescentním věku?

Adolescentní věk je velmi náročné období, proto se ani daným respondentům nevyhnuly stresové situace, se kterými se museli vypořádat. Nutno podotknout, že stres se projevuje na jejich zdraví a léčbě DM1. Nejčastějším zdrojem stresu v adolescenci byla pro jedince s DM1 jednoznačně škola. Jedinci se také potýkali se stresovými situacemi, jako jsou např. potíže s pojetím své postavy, rande, upoutaná pozornost na daného jedince, pocit nepochopení, nabalování problémů a jejich utajování, zapomnění inzulínu či rozchod s prvním chlapcem.

SVO4: Jaké jsou zdroje stresu u jedinců s DM1 v dospělosti?

V období dospělosti mají jedinci s DM1 tendence ke stresu především kvůli udržení správné hladiny glykémie. Pro jedince je stále největším stresorem stále škola či se stala

stresorem práce. Jedince s DM1 v dospělosti trápí i např. pokud něco není dle jejich plánů, nezdar, hádka s přítelem/přítelkyní či sport.

VO5: Jaké strategie volí zkoumané osoby s DM1 při vyrovnávání se stresem?

Tato výzkumná otázka obsahuje dva okruhy témat. Volba strategií u osob s DM1 v adolescenci a volba strategií v dospělosti.

SVO5: Jaké strategie volí osoby s DM1 v adolescentním věku?

V období adolescence volí jedinci s DM1 spíše maladaptivní strategie zvládnání. Nejčastěji využívanou strategií u jedinců s DM1 v adolescenci bylo vyhýbání se řešení problémů v negativním slova smyslu (Janke & Erdmann, 2003), potlačování jako úniková tendence, rezignace či uzavírání se do sebe. Dalšími negativními strategiemi, které respondenti využívali, bylo odmítnutí psychologické pomoci, pokusy o sebevraždu či perseverace. Nicméně našli se i tací, co volili i pozitivní copingové strategie, jako je odklon, kognitivní restrukturalizace, vyhledání psychiatrické pomoci či farmakoterapie. Respondenti také často volili „zřídka se vyskytující“ strategii, dle Janke & Erdmann (2003), vyhledávání sociální opory, kterou jedinci hodnotili velice kladně a pomáhající. Respondentům dle jejich slov pomáhá, pokud se vypovídají svým blízkým lidem nebo jedincům se stejným onemocněním.

SVO6: Jaké strategie volí osoby s DM1 v dospělosti?

V období dospělosti volí mnozí z respondentů již více pozitivní copingové strategie jako je humor, kognitivní restrukturalizace, podhodnocení, aktivní řešení problému, odklon, relaxace, farmakoterapie či vyhýbání se v pozitivním slova smyslu dle Janke & Erdmann (2003). Nejčastěji jedinci volí „zřídka se vyskytující“ strategii, dle (Janke & Erdmann, 2003), vyhledávání sociální opory. Jež je jedinci hodnocena pozitivně, jako tomu bylo u předchozí výzkumné otázky. Respondentům pomáhá vypovídání se blízkým osobám a jedincům se stejným onemocněním, či pokud požádají někoho o pomoc při řešení problému.

Během rozhovoru se vyskytly i negativní copingové strategie, které jedinci s DM1 v dospělosti volí. Mezi takové strategie lze zařadit perseveraci, tj. dumání nad problémem, požívání alkoholu nebo vyhýbání se řešení problému v negativním pojetí dle Janke & Erdmann (2003).

VO6: Jaké se objevují potíže spojené léčbou u osob s DM1?

Přístup jedinců k léčbě se postupně měnil v závislosti na době trvání onemocnění DM1. Nejvíce obtížné pro respondenty bylo období adolescence pro zvládnání léčby. Potíže s léčbou měly nejčastěji charakter skloubení léčby a alkoholu, dodržování striktního režimu stravování, zasahování rodičů do léčby nebo korigování hladiny cukru s pohybem. Dalším častým problémem je (u některých byla) aplikace inzulínu na veřejnosti či před jejich přáteli.

7 Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo za pomoci kvalitativního výzkumu více prozkoumat zvládání zátěžových situací a proces vyrovnávání se u jedinců s diabetem mellitus I. typu. Konkrétněji měla za cíl probádat, jaké copingové strategie tito jedinci volili během adolescence a jaké strategie volí v dospělém věku.

Výsledky z analýzy rozhovorů se v některých případech shodují s výzkumy, které jsou součástí teoretické části této práce. Například se výsledky výzkumu shodují na tom, že strategie vyhledávání sociální opory je u jedinců s DM1 velice často používaná a respondentům pomáhá v procesu vyrovnávání se s nemocí i se stresem obecně v adolescenci (Grylli, et al., 2005), i v dospělosti (Karlsen & Bru, 2002; White, Richter, & Fry, 1992). Některé studie dokazují, že strategie zaměřené na pozitivní emoce, mezi něž můžeme zařadit emoční podporu, jsou velmi přínosné pro zvládání stresové situace (Dunkel-Schetter, et al., 1992, cit. dle Kebza, 2005). Baumgartner (2001) také dodává, že volba strategie zaměřená na emoce je někdy jediné přijatelné východisko. Např. u člověka s nevléčitelnou chorobou.

Výsledky z těchto výzkumů vyzdvihují i strategii aktivní řešení problémů, která je pro jedince s DM1 velice příznivá, nicméně z výzkumu této práce se ukázalo, že tuto strategii používají respondenti až v dospělém věku. Výsledky této práce také poukazují na lepší zvládání zátěže během dospělosti. V adolescentním věku mají jedinci tendenci spíše volit dysfunkční strategie zvládání (Davidson, & Grey, 1997). Výsledky výzkumu se také shodují na tom, že neexistuje žádný určitý copingový styl u jedinců s DM1, každý se s daným onemocněním vyrovnává a celkově se stresem zcela odlišně (Coelho, Amorim, & Prata, 2003). Dále je pak ve shodě fakt, že jedinci s DM1 mají potíže uhlídat si svou hladinu glykémie, tj. hladinu cukru v krvi, pokud se dostanou do stresové situace (Peyrot, McMurry, & Kruger, 1999).

Tato práce má i své limity. Limitem shledávám v samotném designu výzkumu, tedy kvalitativním designu, který podléhá riziku subjektivity, zkreslení dat, a především přenesení svého očekávání výzkumníka na respondenty. Metoda sběru dat v podobě rozhovorů také není dostatečně standardizovaná. Nedostatky této práce vidím také v malém vzorku respondentů. Vzhledem k časové náročnosti sběru dat, jejich následné zanalyzování, nebylo

možné oslovit více jedinců. Navíc je malé množství jedinců, kteří onemocněli diabetem mellitus I. typu během své adolescence.

Další limity vidím v tom, že nemusely zaznít všechny copingové strategie, které respondenti volí při zvládání zátěže. Setkala jsem se s tím, že dotazovaní jedinci „tápali“, když měli sdělit, co jim pomáhá při zvládání stresu, zvláště bylo obtížné, když si měli jedinci vybavit zvládání v období adolescence. Navíc někteří z respondentů uváděli, že stres se v jejich životě příliš nevyskytuje, v tu chvíli bylo nesnadné najít s nimi nějaké situace, kdy se dostávají do stresu. Nedostatek shledávám také v tom, že jsem jedincům musela vícekrát vysvětlit položenou otázku či jim dokonce dát na výběr z možných odpověďových alternativ. Mohla jsem tak značně ovlivnit jejich odpovědi.

Cílem této práce bylo prozkoumání zvládání zátěže u jedinců s DM1 v dospělém věku i v adolescenci, kdy si jedinci prochází procesem vyrovnání se s diagnózou, a zároveň si prochází jedním z nejnáročnějších období života. Domnívám se, že je stále malé povědomí o tom, jak náročné onemocnění je diabetes mellitus I. typu pro jedince v adolescentním věku a jakou váhu má např. počáteční přístup lékařů k jedinci na proces vyrovnání se s diagnózou. Navíc širší laická veřejnost nemá mnohdy o nemoci správné informace, jsou vybaveni různými dezinformacemi, jako je např. zákaz konzumace sladkého u jedince s diabetem. Při výzkumu vyvstalo i nové zajímavé téma, a to reakce okolí na nemoc jedince s DM1. Zvláště rodinní příslušníci si procházeli určitým procesem vyrovnáním se, mnohdy dramatičtější, než tomu bylo u samotných jedinců. Domnívám se, že by bylo velice zajímavé, pokud by se budoucí výzkumy zabývaly i tímto tématem. Také se domnívám, že by bylo velice přínosné prozkoumat i jinou skupinu jedinců s DM1. Tento výzkum se zabýval jedinci v relativních počátcích jejich nemoci. Budoucí výzkumy by se mohly zaměřit na jedince v již pokročilejším věku, kteří s diabetem žijí již několik desítek let a mohou mít zkušenosti s pozdními komplikacemi diabetu.

Závěr

Cílem této bakalářské práce s názvem „Způsoby zpracování a zvládnání zátěžových situací u jedinců s onemocněním diabetes mellitus I. typu“ bylo hlubší prozkoumání způsobů zvládnání zátěžových situací u jedinců s diabetem mellitus I. typu (DM1), kteří onemocněli během adolescentního věku. Cílem prozkoumání bylo i probádání procesu vyrovnání se s tímto onemocněním. Bakalářská práce byla rozdělena do dvou částí, a to na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části se snažím popsat dosavadní poznatky o nemoci diabetes mellitus I. typu, přesněji o jejích příznacích, průběhu, léčbě, komplikacích a jiné. Druhá kapitola se pak zaměřuje na stres jako takový, copingové strategie a styly. Nakonec obě tyto kapitoly spojuji do jedné kapitoly, která se zabývá konkrétními copingovými strategiemi u jedinců s diabetes mellitus I. typu.

Praktická část této práce je zaměřená na výzkum způsobů zvládnání zátěžových situací a vyrovnávání se jedinců s diabetes mellitus I. typu. Výzkum má kvalitativní charakter, proto byl sběr dat realizován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Z proběhlých rozhovorů byl vytvořen audiozáznam a jeho následný přepis. Dalšími kroky bylo pak otevřené kódování rozhovorů a následné představení výsledků bylo opřeno o tematické kódování.

Shrnutí výsledků pak obsahuje údaje o procesu vyrovnání se s diagnózou zmiňovaného onemocnění, o reakcích okolí na nemoc, vnímaných přínosech nemoci, zdrojů stresu, o potížích s léčbou či copingových strategiích těchto jedinců. V této kapitole také lze nalézt shody s některými výzkumy uvedených v teoretické části této práce. Strategie, jako je vyhledávání sociální opory a aktivní řešení problému, jsou považovány jako jedny z nejvíce příznivých a využívaných strategií u jedinců s DM1 (Karlsen & Bru, 2002; White, Richter, & Fry, 1992), což se v práci ukázalo zejména v dospělosti u respondentů. Výsledky této práce také poukazují na lepší zvládnání zátěže během dospělosti. Adolescenti spíše volí dysfunkční strategie (Davidson, & Grey, 1997). Neexistuje také žádný určitý copingový styl u jedinců s DM1, každý se s daným onemocněním vyrovnává a celkově se stresem zcela odlišně (Coelho, Amorim, & Prata, 2003). Jedinci s DM1 mají také potíže, uhlídat si svou hladinu glykémie, tj. hladinu cukru v krvi, pokud se dostanou do stresové situace (Peyrot, McMurry, & Kruger, 1999).

Literární zdroje

Bartoš, V., & Pelikánová, T. (2003). *Praktická diabetologie*. Praha: Maxdorf.

Baumgartner, F. (2001). Zvládanie stresu – coping. In J. Výrost, I. Slaměnik, (Eds), *Aplikovaná sociální psychologie II.* (s. 191-208). Praha: Grada.

Berndtová, Ch. (2015). *Odolnost: nepřízeň osudu lze překonat*. Praha: Beta.

Clarke, D., & Goosen, T. (2009). The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and Individual Differences, 46*(4), 460–464.

Coelho, R., Amorim, I., & Prata, J. (2003). Coping Styles and Quality of Life in Patients With Non-Insulin. Dependent Diabetes Mellitus. *Psychosomatics, 44*(4), 312–318.

Cosma, A., & Băban, A. (2017). Emotional responses of adolescents with type 1 diabetes. Cognition, Brain, Behavior. *An Interdisciplinary Journal. 21*(2), 117–134.

Cungi, Ch. (2001). *Jak zvládat stres*. Praha: Portál.

Černý, V. (1999). *Jak překonat stres: testy a cvičení*. Praha: Computer Press.

Davidson, M., Boland, E. A., & Grey, M. (1997). Teaching Teens to Cope: Coping Skills Training for Adolescents With Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 2*(2), 65–72.

Delamater, A. M., Kurtz, S. M., Bubb, J., White, N. H., & Santiago, J. V. (1987). Stress and Coping in Relation to Metabolic Control of Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 8*(3), 136–140.

Duangdao, K. M., & Roesch, S. C. (2008). Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 31*(4), 291–300.

Edgar, K., A. & Skinner, T., C. (2003). Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology, 28* (7), 485–493.

Evans, D. & Zarate, O. (2002). *Evoluční psychologie*. Praha: Portál.

Fontana, D. (2016). *Stres v práci a v životě*. Praha: Portál.

Graue, M., Wentzel–Larsen, T., Bru, E., Hanestad, B., R., & Sovik, O. (2004). The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Practical Diabetology*, 5(4), 217–224.

Grey, M., Cameron, M., E., & Thurber, F., W. (1991). Coping and Adaptation in Children with Diabetes. *Nursing Research*, 40(3), 144–148.

Grylli, V., Wagner, G., Hafferl–Gattermayer, A., Schober, E., & Karwautz, A. (2005). Disturbed eating attitudes, coping styles, and subjective quality of life in adolescents with Type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 65–72.

Hanson, C., L., Cigrang, J., A., Harris, M., A., Carle, D., L., Relyea, G., & Burghen, G., A. (1989). Coping styles in youths with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 644–651.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Honzák, R., & Honzák, F. (2018). *Čas psychopatů*. Praha: Galén.

Hošek, V. (1997). *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum.

Janke, W., & Erdmann, G. (2003). *Strategie zvládání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum.

Jaser, S. S., & White, L. E. (2011). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Child: care, health and development*, 37(3), 335–342.

Jaser, S. S., Faulkner, M. S., Whittemore, R., Jeon, S., Murphy, K., Delamater, A., & Grey, M. (2012). Coping, self–management, and adaptation in adolescents with type 1 diabetes. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 43(3), 311–319.

Karlsen, B., & Bru, E. (2002). Coping styles among adults with Type 1 and Type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 7(3), 245–259.

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

- Kopecký, A. (1986). *Cukrovka dětí a mladistvých*. Praha: Avicenum.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kvam, S. H., & Lyons, J. S. (1991). Assessment of Coping Strategies, Social Support, and General Health Status in Individuals with Diabetes Mellitus. *Psychological Reports, 68*(2), 623–632.
- Kvapil, M. (2018). *Diabetologie*. Praha: TRITON.
- Milousheva, J., Kobayashi, N., & Matsui, I. (1996). Psychosocial problems of children and adolescents with a chronic disease: Coping strategies. *Acta Paediatrica Japonica, 38*(1), 41–45.
- Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Neumann, D. et al. (2013). *Dítě s diabetem v kolektivu dětí*. Praha: Mladá fronta.
- Paulík, K. (2008). Vybrané osobnostní proměnné a odolnost vůči pracovní zátěži. In Z., Mlčák, K., Paulík, & H., Záškodná (Eds.), *Osobnost v kontextu prosociálního chování a zátěžové odolnosti* (s. 81–109). Ostrava: Ostravská univerzita.
- Paulík, K. et al. (2009). *Moderátory a mediátory zátěžové odolnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Páv, J. (1988). *Klinická diabetologie*. Praha: Avicenum.
- Perušičová, J. (2008). Edukace diabetiků 1. typu v dospělosti. In Perušičová, J. (Eds.), *Diabetes mellitus 1. typu* (s. 317–331). Praha: GEUM.
- Peyrot, M., McMurry, J. F., & Kruger, D. F. (1999). A Biopsychosocial Model of Glycemic Control in Diabetes: Stress, Coping and Regimen Adherence. *Journal of Health and Social Behavior, 40*(2), 141.

- Ražanauskaitė, V. (2017). „The same or different“: strategies of coping with the “difference” in the relationship among adolescents with type 1 diabetes and teenagers. *Social Work: Experience and Methods*, 19(1), 135–159.
- Reid, G. J., Dubow, E. F., Carey, T. C., & Dura, J., R. (1994). Contribution of Coping to Medical Adjustment and Treatment Responsibility among Children and Adolescents with Diabetes. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 15(5), 327–335.
- Rušavský, Z., & Frantová, V. (2007). *Diabetes mellitus čili cukrovka. Dieta diabetická*. Praha: Forsapi.
- Rybka, J. (2007). *Diabetes mellitus-komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada.
- Skočić, M., Rudan, V., Brajković, L., & Marčinko, D. (2010) Relationship among psychopathological dimensions, coping mechanisms, and glycemic control in a Croatian sample of adolescents with diabetes mellitus type 1. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 19, 525–533.
- Soderstrom, M., Dolbier, C., Leiferman, J., & Steinhardt, M. (2000). The relationship of hardiness, coping strategies, and perceived stress to symptoms of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(3), 311–328.
- Středa, M., (1985). *Diabetologie*. Praha: Avicenum.
- Svačina, Š. (2005). *Trendy soudobé diabetologie*. Praha: Galén.
- Štechová, K., Perušičová, J., & Honka, M. (2014). *Diabetes mellitus I. typu*. Praha: Maxdorf.
- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D., & Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 79.
- Ulrichová, M. (2012). *Člověk, stres a osobnostní předpoklady*. Ústí nad Orlicí: Oftis ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vokurka, M., & Hugo, J., et al. (2006). *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Incidence DM 1. typu v různých zemích na 100 000 osob do 20 let věku	12
Tabulka 2: Epidemiologie DM 1. typu	13
Tabulka 3: Charakteristiky obranných a zvládacích reakcí	34
Tabulka 4: Základní informace o respondentech	47
Tabulka 5: Přehled kódů jednotlivých respondentů dle tematických kategorií	50

Seznam příloh

Příloha 1: Informovaný souhlas.....	82
-------------------------------------	----

Přílohy

Příloha 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Nyní s Vámi budu vést rozhovor, který je součástí mého výzkumu v bakalářské práci, která nese název „*Způsoby zpracování a zvládnání zátěžových situací u jedinců s onemocněním diabetes mellitus I. typu*“. Délka trvání je zcela individuální, může trvat i přes hodinu.

S Vašimi daty bude zacházeno důvěrně. Obtíže ani rizika by neměla nastat. Kdykoli budete mít otázky vztahující se k výzkumu nebo jiné, můžete se zeptat. V průběhu rozhovoru můžete kdykoli zrušit Vaši účast, a to bez jakýchkoliv nežádoucích následků. V případě pozdějších dotazů mě můžete kontaktovat na telefonním čísle, které Vám poskytnu.

Svým podpisem stvrzuji souhlas s výše uvedeným textem a účast na mé bakalářské práci.

Jméno a příjmení respondenta:

Datum:

Podpis: